

MARIA TRIASSI

PATRIZIA CUCCARO

ALESSANDRA DIONISIO

Il Management in Sanità

Esperienze e progetti di management sanitario in tempi di emergenza

Analisi, prospettive strategiche e nuove sfide



Maria Triassi

Patrizia Cuccaro Alessandra Dionisio

IL MANAGEMENT IN SANITÀ

**Esperienze e progetti di management
sanitario in tempi di emergenza**

Analisi, prospettive strategiche e nuove sfide

ATENEAPOLI Editore

ISBN: 978-88-97840-75-6

copyright 2022



Ateneapoli srl

via Pietro Colletta, 12 (80139) Napoli

www.ateneapoli.it

BOOKSTORE

www.ateneapoli.it/libri

Questo libro è dedicato a Rosaria Calabrese
Medico, collega ed amica dalle doti umane ineguagliabili.
Grazie per aver condiviso con noi un pezzo della tua strada.
Sei stata per noi un punto di riferimento
ben oltre il percorso formativo.

Ciao Rosaria...

*La versione digitale del libro
con le tesi integrali è disponibile sul
bookstore dell'editore
all'indirizzo: **www.ateneapoli.it/libri***



*Scuola di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Sanità Pubblica
Scuola di Formazione in Management Sanitario
Master di II livello in Management Sanitario
Direttore: Prof.ssa Maria Triassi*

Master in Management Sanitario

Edizione XVII e XVIII

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Direttore del Corso:
prof.ssa **Maria Triassi**

Coordinatore Tutor d'area tematica:
dott. **Vincenzo Giordano**

TUTOR AREE TEMATICHE (in ordine alfabetico):

- Procedure gestionali innovative: HTA, Telemedicina, quality assessment
dott. **Eugenio Maria Covelli**
- Governo clinico e risk management
dott.ssa **Patrizia Cuccaro**
- Comunicazione organizzativa sanitaria, project-management e gestione dei gruppi di lavoro
dott.ssa **Alessandra Dionisio**
- Management della prevenzione, dell'integrazione socio-sanitaria, della medicina territoriale
dott.ssa **Grazia Formisano**, dott.ssa **Laura Leoncini**
- Organizzazione e gestione delle strutture sanitarie
dott. **Vincenzo Giordano**, dott.ssa **Rossella Bellopede**

Coordinatore attività didattiche e gestione delle dinamiche d'aula, referente per i rapporti con i docenti:
dott.ssa **Alessandra Dionisio**

Coordinatore della Segreteria organizzativa:
dott.ssa **Anna Russo**

Webmaster:
dott. **Massimo di Gennaro**

Sito web: www.management-sanitario.it

Autori del volume:

- **Maria Triassi**
- Patrizia Cuccaro
- Alessandra Dionisio

Coautori del volume:

(in ordine alfabetico)

- Pasquale Arpaia
- Rossella Bellopede
- Eugenio Maria Covelli
- Grazia Formisano
- Vincenzo Giordano
- Laura Leoncini
- Nicola Moccardi
- Antonio Salvatore

Autori dei contributi editoriali

Maria Triassi

Presidente della Scuola di Medicina e Chirurgia - Università “Federico II”
Direttore Dipartimento Sanità Pubblica, Farmacoutilizzazione Dermatologia AOU
Federico II
Professore Ordinario di Igiene - Università degli Studi di Napoli “Federico II”

Patrizia Cuccaro

Dirigente Medico UOC Organizzazione e Programmazione dei Servizi
Ospedalieri e Sanitari Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale “Sant’Anna e San
Sebastiano” di Caserta
PhD Economia e Management delle Aziende e delle Organizzazioni Sanitarie

Alessandra Dionisio

I. O. Comunicazione, Urp e Ufficio stampa
Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II
PhD Scienze della Comunicazione

Pasquale Arpaia

Ordinario di Misure al DIETI di Federico II, Project Manager di Federico II al CERN
di Ginevra, direttore del CIRMIS (Centro Interdipartimentale di Ricerca su
Management e Innovazione in Sanità) e responsabile del laboratorio del progetto
MUR Dipartimento di Eccellenza del DIETI, ARHeMLab (Augmented Reality
Health Monitoring Laboratory)

Vincenzo Giordano

Direttore Sanitario AORN Santobono-Pausillipon
Coordinatore Tutor d'Area Tematica

Nicola Moccardi

Ricercatore senior di ARHeMLab DIETI, ha due lauree, in Ingegneria
Elettronica e Scienze della Comunicazione, ed è autore di vari articoli su Nature
sul Brain Computer Interface e sulla Siringa Elettronica

Antonio Salvatore

Docente di Economia e Management Sanitario
Università degli Studi di Napoli “Federico II”

Autori delle tesi-progetto del Master in Management Sanitario

(in ordine di presentazione)

XVII Edizione del Master

Raffaella Andreozzi

CPS - Infermiere addetto alle infezioni ospedaliere

Filomena Barbato

Specialista ambulatoriale in Dermatologia presso AORN Santobono-Pausilipon e ASL Napoli 1

Bruna Bronzini

Funzionario presso Soresa Spa

Luisa Caliendo

Vice Direttore sanitario casa di cura C.G. Ruesch

Italia Caprio

Dirigente Architetto Azienda Ospedaliera Dei Colli

Maria Teresa Carbone

Responsabile UOS Malattie Metaboliche e Rare. AORN Santobono-Pausilipon Napoli

Raffaele Coppola

Direttore UOS di Neonatologia, Ospedale “Moscati”, Aversa, ASL CE

Nadia Della Cioppa

Dirigente medico Anestesista I livello A.O. dei Colli

Paola Del Prete

Dirigente sanitario biologo presso la Direzione Scientifica dell'IRCCS Fondazione G. Pascale di Napoli

Enrica de Sanctis

Referente Operativo Centri Odontoiatrici

Silvia Ileana Sara Fattoruso

Dirigente medico di oncologia presso ASL NA2 Nord

Angelo Fede

Infermiere

Tonino Ferrante

Avvocato

Sabina Garofalo

Referente E.T.S. FIADDA Campania, presso CRR Impianti Cocleari e Diagnostica Audiologica dell'A.O.R.N. Santobono-Pausilipon di Napoli

Antonella Giuliani

Dirigente Amministrativo - Ufficiale Rogante U.O.C. Tecnico Patrimoniale e ICT - Ingegneria Clinica - AORN Santobono-Pausilipon

Francesca Landolfi

Avvocato

Maria Madonna

Dipendente presso la Direzione Amministrativa di So.Re.Sa. S.p.a.

Ada Marino

Dirigente sanitario biologo presso la UOSD Patologia clinica, Presidio ospedaliero CTO Azienda Ospedaliera dei Colli

Adele Maria Marzocco

Collaboratore Professionale Sanitario, Infermiere in possesso di laurea magistrale. Responsabile del PICC-Team Territoriale a gestione infermieristica del Distretto Sanitario n. 27 dell'ASL Napoli 1 Centro. Responsabile dell'ambulatorio infermieristico

Luigi Masini

Dirigente Medico UOC Pneumologia Pediatrica e UTSIR, AORN Pediatrica Santobono-Pausilipon, Napoli; Incarico professionale di alta specializzazione in Disturbi respiratori nel sonno e polisinnografia

Assunta Micco

Dirigente Medico Responsabile di Struttura Semplice di Terapia Sub-Intensiva Respiratoria. UOC di Pneumologia - A.O. "San Pio" di Benevento

Emanuela Muto

Responsabile e controller del laboratorio di analisi e di tutti gli spoke facenti parte, responsabile pianificazione attività Amministrative e gestionali, Responsabile sicurezza sul lavoro

Pietro Pagnini

Dipendente So.Re.Sa. Spa in servizio presso la Direzione acquisti

Mariantonietta Petrizzo

Field Value Manager Bristol Myers Squibb

Rosanna Pluvio

OC Pediatria - P.O. "Santa Maria delle Grazie" Pozzuoli

Eduardo Ponticiello

Dirigente I livello dipartimento di emergenze pediatriche AORN Santobono-Pausilipon

Roberto Ruocco

Dipendente presso la So.Re.Sa. Spa - Direzione Amministrativa

Elena Sammarco

Specialista Ambulatoriale in Dermatologia e Venereologia AORN Santobono-Pausilipon Napoli

Raffaele Scognamiglio

Ingegnere Azienda Ospedaliera Ospedali dei Colli

Carlotta Maria Simeone

Consulente legale amministrativo

Fulvio Verrecchia

Libero professionista

Albina Viviano

Responsabile Servizio Ingegneria Clinica del Network di ricerca clinica Neuromed (Centro Servizi Med Via Atinense Pozzilli - IS)

XVIII Edizione del Master

Antonio Barile

Dirigente medico presso l'unità di ortopedia dell'ospedale "Rizzoli" di Ischia

Miriam Carrieri

Asl Napoli 1 Centro, Ser.D.28 Scampia Dirigente Medico Psichiatra

Domenica Coppola

Dirigente Avvocato presso la UOC Affari Giuridico-Legali e Contenzioso dell'ASL Napoli 1 Centro

Carmine Costanzo

Dirigente Medico Veterinario AUSL Modena

Daniele De Brasi

Dirigente Medico di pediatria - Responsabile UOS di Genetica Medica AORN Santobono-Pausilipon

Michele Dinardo

Dirigente Medico presso U.O.S.I.D. Centro Regionale Pediatrico Nutrizione Clinica N.A.D. e Dietetica A.O.R.N. Santobono-Pausilipon

Gabriele Di Rienzo

Associato, sin dal 2014, con l'associazione di professionisti denominata Studio Legale "Di Rienzo e Associati", struttura specializzata da oltre un ventennio nella delicata materia della responsabilità professionale sanitaria

Claudia Forziato

Dirigente medico U.O.C. Pediatria-responsabile del C.V.R. Ospedale "S. Maria delle Grazie" di Pozzuoli

Rebecca Gambardella

Chirurgo Ortopedico

Lucia Gifuni

Specialista Ambulatoriale in Oculistica - Ospedale Pellegrini - Asl Napoli 1 Centro

Fabio Guarriello

Collaboratore Amministrativo - Dipartimento di Salute Mentale ASL Latina

Francesca Lanni

Dirigente medico di I livello con IPAS in cardioimaging

Antonio Frappola

Dirigente Ingegnere del Ruolo Professionale presso l'ASL Napoli 3 Sud, Direttore dell'UOC Sviluppo e Gestione Impianti Tecnologici Adeguamento Sismico e Antincendio

Gennaro Gravino

Dirigente medico I livello presso subintensiva pneumologia Covid Hospital Boscotreccecase ASL Napoli 3 Sud

Maria Amparo Manganaro

Dirigente medico, Direzione Medica di Presidio Ospedaliero Asl Napoli 1 Centro

Gian Maria Manzo

Avvocato

Gaetano Mirto

Direttore delle U.O.C. denominate: Gestione Attività Tecniche ed Ingegneria Biomedica (GATIB) e dei Sistemi Informativi Aziendali (SIA), dell'AORN "A. Cardarelli" di Napoli

Giovanni Mottola

Collaboratore amministrativo professionale presso ASL Avellino

Pasquale Orsi

Collaboratore amministrativo Asl Caserta, Sindaco del Comune di Letino

Antonio Pace

Collaboratore Amministrativo Professionale impiegato presso la U.O.C. Gestione Economico Finanziaria dell'AORN di Caserta

Angelo Padula

Dirigente Medico Veterinario ASL Salerno UOSD6

Pia Podda

Collab. Amm. Prof.le attualmente in servizio presso la A.O.R.N. "Santobono-Pausilipon"

Giuseppe Ruggiero

Medico Radiologo Dirigente di I livello presso ala U.O.S.C. di Radiologia Generale e di Pronto Soccorso della A.O.R.N. "A. Cardarelli" di Napoli

Pierluigi Sica

Avvocato del Foro di Salerno

Andrea Tajani

Assegnista di ricerca Dipartimento di Sanità Pubblica U.O.C. di Dermatologia Clinica

Giuliana Vespere

Dirigente medico - UOC di Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva - P.O. Ospedale del Mare - ASL Napoli 1 Centro

IL MANAGEMENT IN SANITÀ

Esperienze e progetti di management sanitario in tempi di emergenza

Analisi, prospettive strategiche e nuove sfide

Il volume contiene gli abstract delle tesi progetto della
XVII e XVIII edizione del Master in Management in Sanità

INDICE

La sanità dei dualismi. Spazio all'*Evidence Based Management* per il rilancio del sistema salute

Maria Triassi, Patrizia Cuccaro, Alessandra Dionisio pag. 21

L'impatto della pandemia da Covid-19 sull'economia e sul sistema salute

Antonio Salvatore pag. 29

L'impatto della pandemia da Covid-19 sulle tecnologie per la salute

Pasquale Arpaia, Nicola Moccardi pag. 51

L'esperienza pandemica e l'evoluzione organizzativa in sanità

Vincenzo Giordano pag. 63

PARTE APPLICATIVA

**Le tesi della XVII edizione del Master in
Management Sanitario dell'Università Federico II di Napoli:**

**La ridefinizione delle attività gestionali sanitarie in ottica di miglioramento LEA
e sostenibilità economica nei diversi ambiti applicativi del percorso formativo**

- Area organizzazione e gestione delle strutture sanitarie pag. 67
Tutor: Vincenzo Giordano, Rossella Bellopede
- Area governo clinico e risk management pag. 95
Tutor: Patrizia Cuccaro
- Area procedure gestionali innovative: HTA, telemedicina,
quality assessment pag. 105
Tutor: Eugenio Maria Covelli
- Area comunicazione organizzativa sanitaria, project-management e
gestione dei gruppi di lavoro pag. 119
Tutor: Alessandra Dionisio
- Area prevenzione, dell'integrazione socio-sanitaria, della
medicina territoriale pag. 133
Tutor: Grazia Formisano, Laura Leoncini

Le tesi della XVIII edizione del Master in Management Sanitario dell'Università Federico II di Napoli:

La gestione delle strutture sanitarie in ottica di miglioramento LEA in periodi emergenziali, a garanzia della sostenibilità, accessibilità ed appropriatezza nei diversi ambiti applicativi del percorso formativo

- Area organizzazione e gestione delle strutture sanitarie pag. 147
Tutor: Vincenzo Giordano, Rossella Bellopede
- Area governo clinico e risk management pag. 171
Tutor: Patrizia Cuccaro
- Area procedure gestionali innovative: HTA, Telemedicina,
quality assessment pag. 181
Tutor: Eugenio Maria Covelli
- Area comunicazione organizzativa sanitaria, project-management e
gestione dei gruppi di lavoro pag. 193
Tutor: Alessandra Dionisio
- Area prevenzione, nell'integrazione socio-sanitaria, della
medicina territoriale pag. 207
Tutor: Grazia Formisano, Laura Leoncini

La sanità dei dualismi. Spazio all'*Evidence Based Management* per il rilancio del sistema salute

di *Maria Triassi, Patrizia Cuccaro, Alessandra Dionisio*

*Diffidate di chi vende certezze, perché certezze
non ne ha nessuno, od almeno nessuno di
quelli che conoscono bene la materia.
Prof. Giovanni De Simone⁽¹⁾*

Uno dei significati attribuiti al concetto di dualismo⁽²⁾ fa riferimento alla “presenza, in un’organizzazione o in una concezione, di due principî fondamentali cospiranti a un fine o [anche] contrastanti”; in alternativa, il dualismo è una “teoria che ammette la coesistenza di due principî distinti od opposti”.

A ben vedere, non necessariamente una contrapposizione od una antitesi, ma talvolta una concorrenza di spinte, sinergiche o disallineate, che muovono la medesima organizzazione o il medesimo sistema.

A conti fatti sembra che l’ultimo faticoso triennio si sia disputato, anche a causa della pandemia da COVID-19, sull’onda di dualismi multipli e complessi, che hanno investito tutti i sistemi sociali – di vita, cultura, lavoro, sviluppo, salute – con una regia non sempre evidente.

Uno dei dualismi più interessanti nell’ambito dei modelli di salute contemporanei riguarda il concetto di *prossimità* in sanità. Si tratta di un termine che ha destato

(1) Già Professore Ordinario di Medicina Interna, Università Federico II di Napoli; Già membro dello Statistic Committee dell’American Heart Association. Professore Associato di Medicina, Cornell University Medical College, New York, USA; Presidente del Council on Hypertension dell’European Society of Cardiology. Editorialista per diverse testate on line, ha scritto anche per Repubblica ed il Corriere.

(2) Treccani

particolare risonanza negli ultimi anni, grazie anche ad un progetto sempre più avanzato di rilancio della sanità territoriale. Usando le parole pronunciate dal Ministro Speranza di fronte alla Commissione Affari Sociali della Camera nel settembre del 2020, *prossimità* è “cominciare a pensare un Servizio Sanitario Nazionale prossimo, vicino, nell’immediatezza delle esigenze del cittadino”. E nello stesso anno si è avviata anche la preparazione del documento “Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”, conosciuto ai più come D.M. 71⁽³⁾ e licenziato in bozza nel giugno dell’anno successivo, che punta alla valorizzazione della assistenza primaria quale paradigma di inclusività, equità, convenienza ed efficienza per il miglioramento della salute fisica e mentale degli individui, così come del benessere della società. Il 2020 diviene, dunque, l’anno in cui si getta il seme per la materializzazione (e il dimensionamento) di nuove strutture di accesso e presa in carico dei cittadini, ispirate alla prossimizzazione dei servizi, ivi inclusi quelli di ricovero e di *transitional care* (Ospedali di Comunità, Case di Comunità).

Eppure il 2020 è stato anche l’anno del *distanziamento*, del disassemblamento, della frammentazione della comunità, del contingentamento dei posti a sedere, della chiusura degli accessi, della limitazione degli scambi sociali, della protezione individuale. Un distanziamento che ha drammaticamente separato il cittadino dai servizi generali e dai servizi assistenziali, che lo ha allontanato dai punti di riferimento, che ha creato barriere e filtri, che ha posto limiti e distillato le priorità, che hanno condotto ad una profonda solitudine dell’uomo malato, relegato alla solitudine del telefono e degli strumenti tecnologici in nome della paura del virus.

In questa distanza hanno trovato spazio dei “filler” assistenziali, destinati a “riempire” il vuoto lasciato dalle norme di cautela. Tra questi, le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), costituite in ottemperanza all’Articolo 8 del Decreto-Legge 9 Marzo 2020 n. 14 ed al DL 9 marzo 2020 della Commissione Salute, approvato in data 16 marzo 2020, e volte ad implementare la gestione dell’emergenza sanitaria per l’epidemia da COVID-19 nell’ottica di consentire al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta o al medico di continuità assistenziale di garantire l’attività di assistenza ordinaria. O, ancora, gli strumenti digitali di sorveglianza attiva, sviluppati in molti contesti con una velocità straordinaria. Un esempio, in Regione Campania, è la piattaforma e-Covid SINFONIA, implementata dalla Direzione Innovazione Logistica Integrata Sanità Digitale sulla base del “Protocollo operativo regionale per la cura e la gestione a domicilio dei pazienti sospetti/affetti da SARS-CoV-2 (COVID19)”. E-COVID Sinfonia “realizza – si legge sul sito della Regione - uno strumento digitale evoluto a supporto dell’interazione della medicina territoriale con il cittadino/paziente

(3) Per fare da contraltare al DM 70/2015 sugli standard ospedalieri, attualmente in revisione.

anche attraverso un'apposita Mobile App, consentendo un tracciamento uniforme delle informazioni a livello regionale, un supporto al coordinamento delle risorse della medicina territoriale del SSR coinvolte nella gestione dell'emergenza, il consolidamento e il trattamento uniforme delle informazioni dei test clinici Covid19 (sierologici e tamponi) e la loro integrazione nei processi di gestione e monitoraggio dei pazienti Covid19 non ospedalizzati.

In sintesi una maggior complessiva coesione di intenti e di azione per contenere in modo coordinato proattivamente e reattivamente le potenziali situazioni di rischio in questa emergenza e per garantire una nuova modalità di *vicinanza* del servizio sanitario regionale ai cittadini". Dal gennaio 2020, peraltro, è stato rilasciato un nuovo aggiornamento che implementa SINFONIA con le funzionalità di richiesta alle USCA da parte di MMG/PLS e di richiesta agli specialisti e relativa gestione da parte degli stessi.

Sempre nella direzione di colmare il vuoto del distanziamento e creare un surrogato di prossimità, nuovo impulso hanno avuto le sperimentazioni di telemedicina, televisita, teleassistenza e teleconsulto, sebbene con profonda disomogeneità tra regione e regione e con numerosi punti ancora da risolvere in termini di organizzazione dell'offerta, rendicontazione amministrativa ed economica, nonché in termini di *health (il)literacy* dei cittadini e dei *caregiver*. Sempre più raffinate e creative, infine, le iniziative di Intelligenza Artificiale, con applicazioni interessanti sia nell'ambito della diagnostica non invasiva che a supporto dell'analisi degli esami clinici.⁽⁴⁾

In definitiva, nel dualismo prossimità/distanziamento, senza attendere l'avvento del metaverso⁽⁵⁾ fantascientifico, peraltro appena trasformato in realtà dai giganti del social networking, è doveroso riporre estrema aspettativa nell'attuazione del Decreto del 6 agosto 2021 *Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione*⁽⁶⁾ e allo stesso PNRR, che affronta il Piano Salute nella Missione 6, rispetto alla quale sono assegnati 15,63 mld di euro per le componenti:

- M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale.
- M6C2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN.

Gli interventi della componente 1 saranno rivolti a "rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi

(4) Si legga a tal proposito, il contributo "Impatto della pandemia sulle tecnologie per la salute" a cura di Pasquale Arpaia e Nicola Moccaldi, più avanti in questo volume.

(5) Il termine è stato coniato da Neal Stephenson in *Snow Crash* (1992), libro di fantascienza cyberpunk, e rimanda ad una di realtà virtuale condivisa tramite internet, dove si è rappresentati in tre dimensioni attraverso il proprio avatar.

(6) GU Serie Generale n. 229 del 24-09-2021.

territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), a rafforzare l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari” mentre quelle della componente 2 “mirano al rinnovamento e l’ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale”.

Insomma sembra che siamo di fronte ad una contraddizione tra bisogno di prossimità e potenziamento del territorio (case della salute, ospedali di comunità) e trasformazione tecnologica che genera lontananza (telemedicina, teleconsulto, ecc.).

Dove porterà il dualismo *prossimità/distanziamento*? Staremo a vedere.

Un altro binomio di estrema attualità, di quelli che sanno generare dialettiche intriganti non solo nella comunità scientifica, riguarda il dualismo *infettività e virulenza*, cui si dà il merito di aver quasi fatto dimenticare quello di mortalità e letalità, impostosi all’inizio della pandemia. Un tempo termini confinati nei salotti di esperti o nei testi di epidemiologia ed infettivologia, hanno ora espresso con chiarezza la potenza del proprio significato anche al grande pubblico, impegnato fin dai primi mesi del 2020 a verificare comportamenti dissimili del virus responsabile della pandemia da COVID-19 a seconda del tipo di soggetto contagiato (anziani vs giovani, soggetti a rischio maggiore o minore ecc). Con l’attuale e progressivo passaggio di testimone dalla variante Delta (lignaggio B.1.617.2 e relativi sotto-lignaggi) alla variante Omicron (lignaggio B.1.1.529 e relativi sotto-lignaggi) sembra sia documentabile (ma ancora in via di conferme scientifiche definitive) una maggiore diffusibilità di quest’ultima a fronte di una minore patogenicità (e, di conseguenza, letalità). Eppure, secondo il perverso gioco di taluni dualismi, cambiando l’ordine (o, meglio, l’intensità) dei fattori il prodotto non cambia: lo stress che si sta registrando sui servizi di assistenza e cura, sia territoriali che ospedalieri, ha indotto il Ministero della Salute, nelle ultime settimane del 2021, a disporre un nuovo *rafforzamento delle misure organizzative per la gestione della fase epidemica*⁽⁷⁾, raccomandando alle “regioni la tempestiva attivazione di tutte le misure organizzative atte a fronteggiare un eventuale incremento anche sostenuto della domanda di assistenza sanitaria legata all’infezione da SARS-CoV-2, sia a livello territoriale che ospedaliero,

(7) Tra novembre e la prima metà di dicembre 2021, sul territorio nazionale sono stati registrati rapidi incrementi dell’incidenza, fino a raggiungere i 241 casi/100.000 con un tasso di occupazione dei posti letto in terapia intensiva (9,6%) e nelle aree mediche (12,1%).

garantendo l'adeguata presa in carico dei pazienti affetti da COVID-19 in relazione alle specifiche necessità assistenziali", al grido de "L'Italia si trova in fase epidemica acuta, caratterizzata da una elevata velocità di trasmissione del virus SARS CoV-2 nella maggior parte del paese." (Circolare del Ministero della Salute 0026081-18/12/2021-DGPROGS-DGPROGS-P).

E la crisi del sistema è tanto evidente che la prima ordinanza dell'anno 2022 della Regione Campania dispone la sospensione dei ricoveri programmati [non COVID, ndr] sia medici che chirurgici presso le Strutture sanitarie pubbliche, limitando la possibilità di effettuare ricoveri ai soli casi che rivestano carattere d'urgenza "non differibile", con la dovuta eccezione dei ricoveri per pazienti oncologici, oncoematologici, di pertinenza ostetrica, trapiantologica, nonché delle prestazioni salvavita e di quelle la cui mancata erogazione può pregiudicare nell'immediato la salute del paziente e, pertanto, non procrastinabili. Dispone, inoltre, la sospensione di tutte le attività di specialistica ambulatoriale, nelle medesime strutture, che non siano caratterizzate da urgenza o indifferibilità.

Ed è proprio la saturazione, ormai insostenibile, dei sistemi sanitari a condurci ad un'altra riflessione: quella sulla *giustizia distributiva*, un concetto che rimanda alla equità della ripartizione dei beni materiali e morali in una comunità politica -o, se vogliamo, alla ripartizione delle risorse disponibili in modo giusto tra coloro che ne hanno bisogno-. Applicato allo scenario della società attuale, messa in crisi ad ogni livello dalla pandemia, si hanno almeno due ambiti su cui è opportuno riflettere su questo aspetto dell'equità: il primo riguarda proprio la scelta di allocare le risorse, in un contesto che le vede per definizione limitate, ad un bisogno piuttosto che ad un altro. Sia nel 2020 che nel 2021, nelle fasi critiche dell'epidemia, le istituzioni hanno dirottato tutti i mezzi disponibili (uomini, macchine, posti letto, attività di ricerca...) al contrasto dell'epidemia stessa e delle sue conseguenze sui sistemi sanitari e sociali, intendendo l'una e le altre come bisogno prioritario. Tutto ciò che non fosse *COVID-related*, è stato gerarchizzato secondo una scala di urgenza/non urgenza, allo scopo di rinviare a tempi migliori i bisogni di salute che fossero in condizione di attendere tempi migliori. Questo capitava quando i beneficiari (o gli esclusi) della ripartizione avevano una pari condizione di "innocenza" rispetto al bisogno espresso (il cardiopatico o il contagiato da COVID non avevano colpe evidenti, non avevano compiuto scelte che avessero cagionato il loro *status* di bisognosi di cure). Nel 2022, la giustizia distributiva ha compiuto la medesima selezione, stabilendo ancora una volta che il cardiopatico differibile possa aspettare tempi migliori per far spazio al malato COVID. Tuttavia, un ulteriore elemento etico di non poco conto si insinua oggi in questa considerazione, e diviene il secondo ambito di riflessione del concetto di equità distributiva: la maggior parte dei pazienti COVID che richiedono cure e, tra queste, cure intensive, è rappresentata da pazienti che hanno scelto di non vaccinarsi. Ad essi è riservata una assistenza

critica, disperata, realizzata con tutti i fondi del barile della abnegazione, della responsabilità, della dedizione, della competenza dei professionisti della salute, al contempo sottratta ad altri che non hanno avuto possibilità di scegliere. Lungi dal voler esaurire una speculazione etica estremamente complessa, non sembra fuori luogo riportare l'appello del Presidente dell'Ordine dei Medici di Napoli, Bruno Zuccarelli, che in un'ANSA del 6 gennaio dice: "Non metteteci in condizione di dover applicare il codice nero", riferendosi all'utilizzo di protocolli di scelta tra chi curare e chi non curare⁽⁸⁾, una sorta di triage inverso che nega il diritto alle cure a chi ha meno probabilità di salvarsi. O, facendo dell'appello una libera estensione maliziosa, a chi ha fatto scelte che non lo rendono meritevole di cure.

L'esercizio dei dualismi potrebbe continuare con altre dialettiche sollecitate dalla analisi della società contemporanea: da quella storica e sempre estremamente attuale tra *prevenzione e cura*, a quella "pandetica" tra *libertà individuale e pubblica sicurezza tra obbligo vaccinale e non obbligo vaccinale*, a quella tra *pubblico e privato con allestimento di piattaforme informatiche che oramai di privato non hanno più nulla*, ma si tratta di approfondimenti che vanno al di là degli obiettivi di questa prefazione.

In una sanità basata sulle scelte, l'imperativo categorico invocato è che queste scelte siano basate sull'«evidenza». Come già successo per la medicina, anche per la policy sanitaria è diventato automatico fondere per la prima volta nella storia la politica con la "scienza" e con l'«evidence based» per prendere decisioni sensibili e di vasta portata affidandosi ai "comitati tecnico-scientifici", spesso non tenendo conto che la "scienza" è uno strumento ed è figlia del paradigma del tempo. Le conseguenze di quanto sopra ricadono anche sul Management Sanitario, a tutti i livelli, ai fini della programmazione delle scelte allocative e di investimento. Come già la medicina basata sull'evidenza ha tentato e tenta di comporre l'apparente dualismo tra clinici e manager, così il management basato sull'evidenza promette di affrontare, con il rigore della tecnica e della scientificità, le contraddizioni e le contrapposizioni che sfidano la complessità della sanità contemporanea.

Più che una mera provocazione, e al di là del semplice postulato, l'impegno della Scuola di Formazione in Management Sanitario dell'Università Federico II di Napoli, è di cogliere questa nuova sfida, e di ispirare la didattica e le progettualità del prossimo anno accademico ai nuovi paradigmi spesso contraddittori, dell'Evidence Based Management.⁽⁹⁾

A conclusione di questa breve prefazione, si presenta l'edizione 2022 del volume *Il Management in Sanità* che, in linea con i dualismi che aleggiavano nel panorama

(8) Nel 2020, un discusso documento della Società Italiana di Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIARTI) aveva delineato tali principi di scelta.

(9) Si veda anche *Impatto della pandemia da Covid-19 sull'economia e sul sistema salute*, a cura del Prof. Antonio Salvatore, più avanti in questo volume.

sanitario contemporaneo, è anch'essa un'edizione bigemina: vi trovano posto le tesi progetto di due annualità del Master, la XVII e la XVIII edizione della scuola. La prima, svoltasi nell'anno accademico 2019-20, reca ancora le vestigia di un tempo quasi vergine da stati di emergenza, da cui, peraltro, fu travolta in pieno svolgimento con una rapida transizione alla didattica virtuale. La seconda, relativa all'anno accademico 2020-21, è la prima edizione del Master svoltasi integralmente in periodo epidemico, come dimostrano numerosi *project work* fortemente orientati allo sviluppo di strategie di riorganizzazione e resilienza in tempo di crisi. La raccolta delle tesi progetto è aperta da due approfondimenti tecnici di notevole pregio e spessore: il primo, *Impatto della pandemia da Covid-19 sull'economia e sul sistema salute*, è a cura del Prof. Antonio Salvatore, docente di Economia e Management Sanitario Università degli Studi di Napoli "Federico II"; il secondo, *Impatto della pandemia sulle tecnologie per la salute*, curato dal Prof. Pasquale Arpaia, Ordinario di Misure al DIETI di Federico II, e dal Prof. Nicola Moccaldi, Ricercatore senior di ARHeMLab DIETI, ed è introdotta da una presentazione del Dott. Vincenzo Giordano, Direttore Sanitario Aziendale dell'AORN Pediatrica Santobono Pausillipon sull'evoluzione organizzativa in sanità nell'esperienza pandemica Covid-19.

L'impatto della pandemia da Covid-19 sull'economia e sul sistema salute

Antonio Salvatore

INTRODUZIONE

Per fronteggiare l'emergenza sanitaria dovuta alla diffusione del virus SARS-CoV-2, nel 2020 sono state adottate misure di contenimento che hanno impattato sull'economia. L'Italia è stato il Primo Paese dell'UE ad imporre il lockdown generalizzato: uno stop a molti settori e rigide restrizioni alla mobilità individuale.

Questo contributo cerca di offrire una sintesi dell'impatto di tali misure sull'economia, delle azioni intraprese per mitigare le conseguenze economiche e sociali, dell'impatto che la crisi pandemica ha avuto sulle finanze pubbliche e dei benefici che potrebbero derivare dal Recovery Fund.

Illustra le finalità del Next Generation EU, del Dispositivo di Ripresa e Resilienza, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e, infine, identifica alcune proposte di sviluppo del Servizio Sanitario Nazionale e del sistema salute in generale.

1.1 Effetti della pandemia sull'economia globale

A dicembre 2019, nella città cinese di Wuhan, alcuni cittadini avevano mostrato sintomi di una "polmonite anomala", definita, a gennaio 2020, *Coronavirus 2019*. Una patologia che sarebbe collegata al commercio di animali vivi.

Nel gennaio 2020, le autorità cinesi resero pubbliche le sequenze genetiche del virus all'origine delle polmoniti e l'11 febbraio 2020 la malattia fu denominata dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) **Covid-19** (*Corona Virus Disease 2019*).

L'11 marzo 2020, l'OMS dichiarò che il focolaio internazionale d'infezione "Covid-19" fosse considerato una pandemia.⁽¹⁾

La rapida diffusione della pandemia da Covid-19 indusse i governi ad adottare drastici provvedimenti: **limiti alla circolazione e blocco delle attività non essenziali**.

Il primo Paese ad adottare il *lockdown* fu la Cina, seguita da Giappone e India.

In Europa, l'Italia dispose il *lockdown* il 9 marzo 2020, seguita da Spagna e Francia, rispettivamente il 14 e 17 marzo 2020. Il 23 marzo 2020, fu la volta di Germania e del Regno Unito. Con tempistiche e intensità differenti tra Stati, il continente americano dichiarò il blocco produttivo tra il 19 e il 24 marzo 2020.

Insomma, nei primi mesi del 2020 quasi l'intera economia globale subì un blocco quasi totale a causa delle misure restrittive adottate dai governi. Solo a seguito della riduzione dei contagi e delle progressive riaperture delle attività economiche si ebbero segnali di ripresa nei primi mesi estivi del 2020. Tuttavia, un nuovo rallentamento dell'economia globale si ebbe nell'autunno del 2020, con la recrudescenza della pandemia dovuta alla presenza di varianti e mutazioni del virus.

Negli Stati Uniti, la caduta del PIL è stata più contenuta di altri Paesi, con una flessione del 3,5% nel 2020 rispetto al 2019. Nel continente asiatico, invece, a fronte del calo del 4,8% del PIL giapponese, la Cina - dove tutto è iniziato - è stato l'unico Paese del G20 ad aver chiuso il 2020 con un incremento del PIL del 2,3% rispetto al 2019.⁽²⁾

Nei Paesi dell'eurozona, la contrazione dell'attività economica ha avuto il suo epicentro nel secondo trimestre del 2020, con un calo senza precedenti dell'11,8%.

Nel periodo in questione la maggiore caduta del PIL si è registrata in Spagna (-18%), in Francia (-14%) e in Italia (-13%). In Germania, invece, il calo del PIL è stato meno marcato (-10%). Nel terzo trimestre del 2020, il PIL dell'area euro ha iniziato a crescere per poi subire una nuova contrazione nell'ultimo trimestre del 2020, anche a causa - come già evidenziato - della recrudescenza della pandemia.

1.2 Il calo del PIL e l'indebitamento

La pandemia da Covid-19 ha avuto effetti devastanti sul piano umano, economico e sociale: circa **245** milioni di persone contagiate e **5** milioni di morti.

L'Italia, con **132** mila morti su **4,8** milioni di casi accertati è tra i Paesi con il maggior tasso di letalità (fonte: *Health Emergency Dashboard*, 28 ottobre 2021).

Sul versante economico, il Fondo Monetario Internazionale (FMI) ha quantificato, per l'anno 2020, una riduzione del PIL mondiale del **3,3%** - la più alta dalla seconda guerra mondiale - e di circa il **9%** nel commercio.

Insomma, un vero e proprio "tsunami" che s'è abbattuto sull'economia globale.

(1) Istituto Superiore di Sanità, 2020, "Tutto sulla pandemia da Covid-19"

(2) Banca d'Italia, 2021, "Bollettino economico n. 2 - aprile 2021".

Le politiche monetarie hanno evitato che la crisi pandemica si trasformasse in una crisi finanziaria; quelle di bilancio sono state invece cruciali per famiglie e imprese, grazie all'attivazione della clausola di salvaguardia generale del Patto di stabilità e crescita, e al considerevole aumento della flessibilità nell'uso dei fondi europei di coesione.⁽³⁾

In area Euro, la contrazione del PIL conseguente alla pandemia da SARS-CoV-2 è stata la più alta dall'avvio dell'unione monetaria.

Le inevitabili restrizioni e i moventi precauzionali hanno infatti inciso sui consumi e sui risparmi. L'Italia è tra i Paesi maggiormente colpiti dalla pandemia, sia sotto il profilo sanitario che economico. Il PIL italiano ha registrato un calo dell'**8,9%**: il più alto dalla seconda guerra mondiale.

Hanno inciso, in misura significativa: il crollo dell'attività globale, dell'esportazioni e degli afflussi turistici; la contrazione dei consumi; la riduzione degli investimenti delle imprese a causa dell'incertezza.

L'indebitamento netto è schizzato al **9,5%** del PIL, rispetto all'**1,6%** del 2019. Una situazione che ha interessato comunque gran parte dei Paesi dell'Eurozona.

In base alle stime effettuate da Eurostat, il rapporto debito/PIL dell'Eurozona, dopo aver toccato la soglia psicologica del 100% nel primo trimestre 2021, nel secondo trimestre è sceso al **98,3%**.

Pur in presenza di una costante crescita del debito - per compensare gli effetti della crisi pandemica - il PIL nei 19 Paesi dell'Eurozona è cresciuto in misura maggiore, facendo calare il rapporto debito-PIL appunto al **98,3%**. Un calo registrato anche in Italia. Nel periodo in esame, il debito pubblico è passato dal 160% al 156,3% del PIL. Nel 2020, invece, il rapporto debito-PIL italiano si è attestato al **155,6%**.

La tabella 1.1 illustra il trend dell'indebitamento italiano 2017/2020

(3) Nel 2020, l'Unione europea ha adottato alcuni provvedimenti finalizzati a utilizzare i fondi della politica di coesione per contrastare l'emergenza sanitaria (cfr. Le Politiche pubbliche, in l'Economia delle regioni italiane. Dinamiche recenti e aspetti strutturali, Banca d'Italia, 2020). Dal 1° febbraio 2020, pertanto, è stato possibile impiegare le risorse della coesione per finanziare il settore sanitario e per supportare la liquidità di imprese e famiglie. Il tasso di cofinanziamento europeo è stato portato al 100% per il periodo 1° luglio 2020 - 30 giugno 2021 e le risorse di PON e POR sono state riprogrammate per 5,4 e 6,5 mld.

In base ai dati di OpenCoesione, gli interventi hanno riguardato la concessione di contributi a famiglie ed imprese. Tra i maggiori interventi rientrano l'incremento della dotazione finanziaria della riserva PON imprese e competitività per le piccole e medie imprese (1,4 mld di euro) e la concessione di un bonus a fondo perduto - una tantum - a favore di microimprese colpite dalla crisi da Covid-19 a valere sui POR FESR Campania (229 mln di euro) e Sicilia (125 mln di euro).

Valori espressi in mln di euro	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020
Prodotto Interno Lordo * PIL	1.736.593	1.771.391	1.794.935	1.653.577
Debito Pubblico	2.329.818	2.381.490	2.409.982	2.573.468
Rapporto Debito - PIL	134,2%	134,4%	134,3%	155,6%
Indebitamento netto	42.010	38.781	27.779	158.441

Tabella 1.1 – Trend indebitamento netto italiano 2017 – 2020 (Fonte: Istat, 2021)

1.3 Venti mesi di pandemia

La situazione epidemiologica ha giocato dunque un ruolo fondamentale per l'economia. Una volta esaurito l'iniziale rimbalzo, l'economia ha incominciato a perdere slancio.

Negli ultimi mesi la situazione sanitaria ed economica è nettamente migliorata, grazie alle misure preventive basate sul “**rischio calcolato**”, al grande sforzo del personale sanitario, alla disciplina dei cittadini, alle misure di sostegno a famiglie e imprese attuate dal Governo, alla campagna vaccinale contro il Covid-19.

Per l'effetto, anche l'economia ha ripreso a macinare risultati positivi.

La campagna vaccinale ha giovato un ruolo fondamentale nella lotta alla pandemia. Allo stato, in Italia, circa l'85% della popolazione ha completato il ciclo vaccinale, pur permanendo una parte di essa che non ha inteso vaccinarsi. Una criticità di non poco conto, dal momento che, in previsione del periodo influenzale e della minore protezione dei vaccini, per coloro che hanno ultimato il ciclo vaccinale da oltre sei mesi, il virus potrebbe riprendere a circolare maggiormente con l'inevitabile adozione di misure restrittive territoriali.

La vaccinazione resta, quindi, la principale “arma” per contenere la diffusione virale e le inevitabili implicazioni economico-sociali.

Le tabelle che seguono illustrano il trend epidemiologico in 20 mesi di pandemia.

Anno 2020	mar-20	apr-20	mag-20	giu-20	lug-20	ago-20	set-20	ott-20	nov-20	dic-20
Positivi al virus	105.792	99.671	27.556	7.559	6.959	21.677	45.647	364.569	922.124	505.612
Deceduti	12.428	15.539	5.448	1.352	374	342	411	2.724	16.958	18.583
Tamponi eseguiti	506.968	847.933	2523.838	1.511.371	1.430.503	1.824.246	2.689.063	4.450.539	6.160.638	4.653.508
Tasso di letalità	11,7%	15,6%	19,8%	17,9%	5,4%	1,6%	0,9%	0,7%	1,8%	3,7%
Tasso di positività	20,9%	11,8%	1,1%	0,5%	0,5%	1,2%	1,7%	8,2%	15,0%	10,9%

Tabella 1.2 – Trend epidemiologico 2020 (Fonte: Ministero della Salute - ISS)

Anno 2021	gen-21	feb-21	mar-21	apr-21	mag-21	giu-21	lug-21	ago-21	set-21	ott-21
Positivi al virus	445.066	372.233	658.179	439.209	195.168	42.088	90.119	189.963	132.364	99.610
Deceduti	14.357	9.183	11.647	11.461	5.321	1.438	497	1.158	1.700	1.179
Tamponi eseguiti	6.068.119	7.466.161	9.769.610	8.677.255	7.592.503	5.410.951	5.960.988	6.491.525	8.429.923	11.786.316
Tasso di letalità	3,2%	2,5%	1,8%	2,6%	2,7%	3,4%	0,6%	0,6%	1,3%	1,2%
Tasso di positività	7,3%	5,0%	6,7%	5,1%	2,6%	0,8%	1,5%	2,9%	1,6%	0,8%

Tabella 1.3 – Trend epidemiologico 2021 (Fonte: Ministero della Salute - ISS)

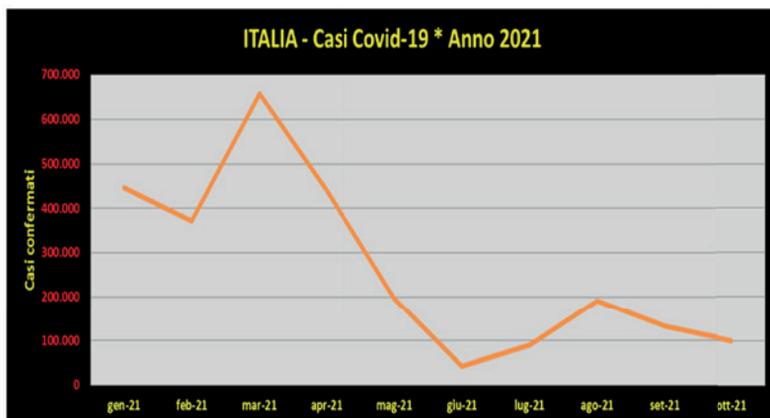


Figura 1.1 – Trend Covid-19 in Italia (Fonte dei dati: Ministero della Salute - ISS)

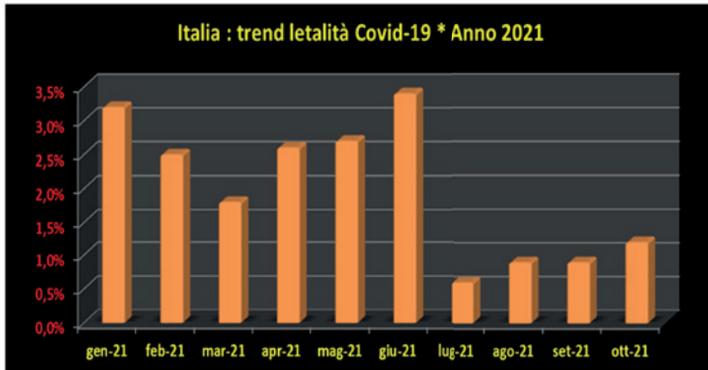


Figura 1.2 – Trend letalità Covid-19 - 2021 (Fonte dei dati: Ministero della Salute - ISS)

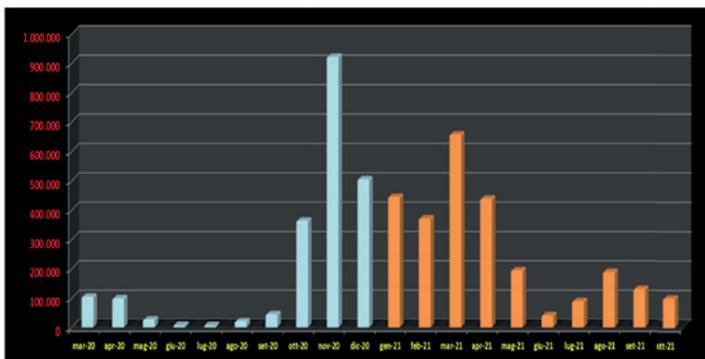


Figura 1.3 – Trend positivi al virus 2020 - 2021 (Fonte dei dati: Ministero della Salute - ISS)

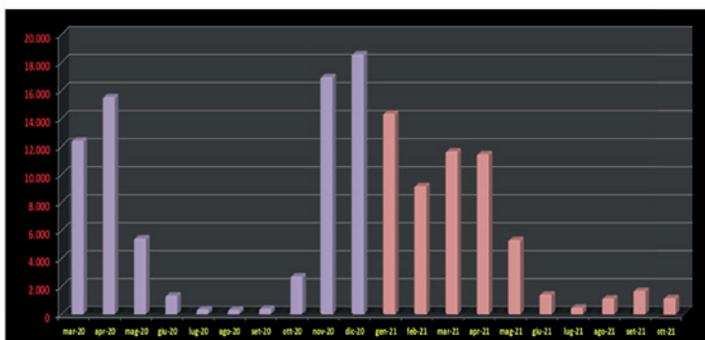


Figura 1.4 – Trend decessi 2020 - 2021 (Fonte dei dati: Ministero della Salute - ISS)

Alla fine del 2020 è iniziata la campagna vaccinale. Sono state dapprima interessate le categorie di popolazione maggiormente esposte al rischio contagio (operatori sanitari, forze dell'ordine, personale scolastico) o di sviluppare forme severe di malattia (ospiti di RSA, ultra ottantenni e categorie fragili). Successivamente, le vaccinazioni sono state gradualmente estese alle altre fasce di popolazione. Nei mesi estivi è stata incoraggiata la vaccinazione degli adolescenti anche per garantire la ripresa in sicurezza dell'anno scolastico. Pertanto, a novembre 2021, risultano somministrate circa **90** mln di dosi di vaccino anti Covid-19 e quasi l'85% della popolazione vaccinabile è stata immunizzata. Residuo, tuttavia, **7,3** mln di italiani che non hanno inteso vaccinarsi (il **12,3%** della popolazione italiana). Inoltre, i tassi di copertura vaccinale non sono uniformi su tutto il territorio nazionale: vi sono regioni (come Lazio e Sicilia) e province autonome (quella di Bolzano) dove il tasso di copertura è inferiore alla media nazionale.



Figura 1.5 – Popolazione da vaccinare – ottobre 2021 (Fonte: Ministero della Salute)

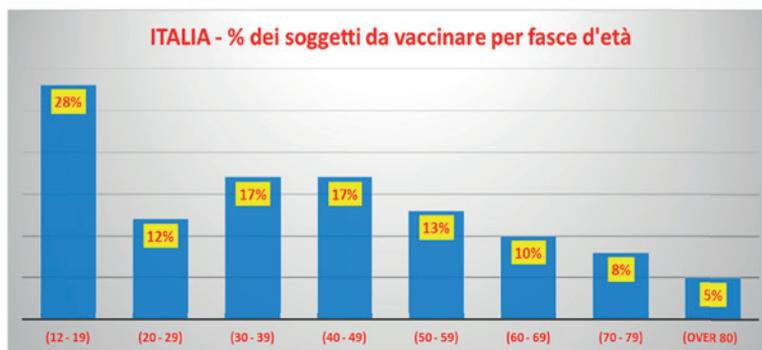


Figura 1.6 – % Popolazione da vaccinare – ottobre 2021 (Fonte: Ministero della Salute)

1.4 Situazione macroeconomica italiana

Buone notizie dall'economia reale: nel primo semestre del 2021, la crescita del PIL ha superato le previsioni. Pur ipotizzando un fisiologico rallentamento della crescita nell'ultimo trimestre dell'anno, la previsione annuale di aumento del PIL sale al 6% rispetto al 4,5% di qualche mese fa. Tuttavia, non bisogna trascurare alcune criticità: l'evoluzione della pandemia, l'andamento della domanda globale, la carenza di materie prime, l'aumento esponenziale dei prezzi energetici. Fattori che potrebbero impattare sui piani di produzione e di sviluppo. Ciò nonostante, nei prossimi anni, l'espansione dell'economia italiana sarà spinta da favorevoli condizioni monetarie, da una crescita della domanda e, soprattutto, dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR): un'occasione per rilanciare il nostro Paese all'insegna della sostenibilità ambientale e sociale. In base a quanto emerge dalla Nota di aggiornamento del Documento di Economia e Finanza 2021 (DEF), deliberata dal Consiglio dei Ministri il 29 settembre 2021, la nuova previsione tendenziale indica tassi di crescita del PIL reale del nostro Paese del 4,2% nel 2022, del 2,6% nel 2023 e dell'1,9% nel 2024. Dal 2025, inoltre, si prevede un'ulteriore crescita della produzione, dell'occupazione e del benessere socio-economico per i cittadini italiani. Fattori che incideranno sui livelli d'indebitamento dei prossimi anni. Si prevede, infatti, un deficit al 2,1% nel 2024, rispetto a una stima programmata iniziale del 3,4%. Per conseguenza, il rapporto debito-PIL per il 2021 è stimato al 153,5%, a fronte del 155,6% del 2020. La piana lettura del DEF ci dice che la politica di bilancio resterà espansiva per favorire la crescita del PIL e dell'occupazione sino al 2024. Successivamente, saranno adottate politiche di bilancio orientate alla riduzione del disavanzo strutturale allo scopo di ricondurre il rapporto debito/PIL al 134,3% entro il 2030. La completa realizzazione del PNRR resta, quindi, la scommessa per i prossimi anni, in un contesto mondiale che si presenta complesso e articolato.

1.5 Le politiche di bilancio e le misure a sostegno di famiglie, lavoratori e imprese

L'andamento dell'economia internazionale e di quella italiana continua ad essere condizionata dalla pandemia da Covid-19. In base alle stime ufficiali ISTAT, il 2020 ha fatto registrare un calo del PIL dell'8,9% in termini reali e del 7,8% in termini nominali. Sono stati attuati interventi di politica economica per circa **108** mld di euro - il 6,5% del PIL - e altri a sostegno dell'economia: la moratoria sui prestiti e mutui bancari, le garanzie dello Stato per nuovi prestiti, etc.

Insomma, la finanza pubblica ha svolto il ruolo di *“ammortizzatore della crisi”*.

Per conseguenza, l'indebitamento netto della Pubblica Amministrazione è salito al **9,5%** del PIL, dall'1,6 del 2019. Il rapporto debito/PIL è schizzato al 155,6%, dal 134,6% del 2019. L'indebitamento netto delle Amministrazioni pubbliche è stato di 156,9 mld di euro, 129 mld in più rispetto al 2019. Pertanto, è agevole ipotizzare che il rapporto debito/PIL del 2021 raggiungerà il 157,8%, per poi scendere al 150,9% nel 2024.

Nonostante gli stimoli di natura fiscale del decreto-legge n. 41 del 22 marzo 2021 (il “Decreto-Legge Sostegni), la previsione di crescita annuale del PIL per l’anno 2021 è del 4,1%. Il ritmo congiunturale prevede una crescita del PIL nel terzo trimestre 2021 e un fisiologico rallentamento nel quarto trimestre. Purtroppo, le proiezioni sono collegate alla campagna vaccinale, alla protezione dei vaccini anti Covid-19, e all’evoluzione del trend epidemiologico di fine anno.

La tabella 1.4 illustra il quadro macroeconomico tendenziale, validato dall’Ufficio Parlamentare di Bilancio.

Variazioni percentuali	2020	2021	2022	2023	2024
PIL	-8,9	4,1	4,3	2,5	2,0
Deflattore PIL	1,2	1,1	1,2	1,3	1,2
Deflattore consumi	-0,2	1,0	1,2	1,3	1,2
PIL nominale	-7,8	5,2	5,6	3,8	3,2
Occupazione – ULA	-10,3	3,5	3,9	2,2	1,7
Occupazione – FL	-2,8	-1,2	2,9	2,1	1,6
Tasso di disoccupazione	9,3	9,9	9,5	8,8	8,2
Bilancia partite correnti (saldo in % PIL)	3,6	2,6	2,8	2,8	2,8

Tabella 1.4 – Quadro macroeconomico tendenziale

Per fronteggiare l’emergenza socio-economica causata dalla pandemia da Covid-19, il Governo ha messo in campo misure straordinarie per supportare lavoratori, famiglie e imprese maggiormente colpite dalla crisi economica. Da aprile a dicembre 2020, le somme erogate dalla Banca d’Italia, per conto dell’INPS, dell’Agenzia delle Entrate e Ministero dei Beni Culturali e del Turismo, ammontano a 22,5 mld di euro, con 26,3 mln di operazioni effettuate.⁽⁴⁾

(4) L’ambito dell’analisi è circoscritto ai pagamenti effettuati dalla Banca d’Italia direttamente ai beneficiari a fronte delle misure introdotte dai decreti emanati per far fronte all’emergenza sanitaria. Va rilevato che tali pagamenti non esauriscono il quadro degli interventi di sostegno al reddito che hanno operato nel 2020. Con riferimento alla CIG, ai pagamenti diretti oggetto d’analisi vanno aggiunte le anticipazioni CIG concesse dai datori di lavoro, soggette a rimborso mediante compensazione e che, in base a quanto dichiarato dall’INPS con comunicato stampa del 25 gennaio 2021, avrebbe interessato 3,4 mln di lavoratori. Vanno inoltre considerati il Reddito di Cittadinanza (RdC) e la Nuova Assicurazione Sociale per l’Impiego (NASpI), già previste nella normativa ed implementate nel 2020.

I contributi a favore di lavoratori e famiglie ammontano, rispettivamente, a **11,1** mld di euro (di cui 5,1 mld di euro per Cassa Integrazione Guadagni – CIG) e a **1,4** mld di euro. I pagamenti effettuati alle imprese, inclusi i contributi disposti dall’Agenzia delle Entrate (AdE) e quelli concessi dal Ministero dei Beni Culturali (Mibact), in favore degli operatori del settore, ammontano a circa **10** mld di euro. Inoltre, col decreto “Cura Italia” sono stati erogati i bonus a sostegno di lavoratori autonomi e professionisti. Nel 2020, sono stati effettuati pagamenti per circa **6** mld di euro a **4,4** mln di beneficiari.

La tabella 1.5 che illustra le erogazioni dirette della Tesoreria per il sostegno al reddito dei lavoratori su disposizione INPS (1 aprile 2020 - 31 dicembre 2020).

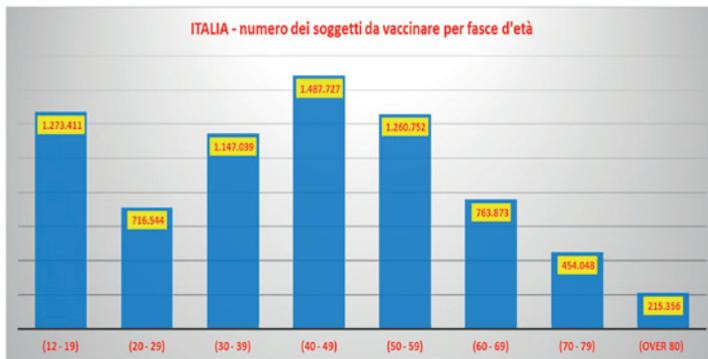


Figura 1.5 – Popolazione da vaccinare – ottobre 2021 (Fonte: Ministero della Salute)

Nel 2020 si è registrato un aumento dei pagamenti per la disoccupazione non agricola (NASpI); da aprile a dicembre 2020, sono stati erogati circa **7,6** mld rispetto ai **6,8** mld corrisposti nel 2019 (+7,1%).

Per quanto riguarda le famiglie, sono stati pagati sussidi per **1,4** mld di euro. In questo ambito, la misura maggiormente significativa (819 mln di euro) è stata il “reddito di emergenza” (REM) – previsto dall’art. 82 del Decreto “Rilancio” – in favore di nuclei familiari in difficoltà economiche (che non avevano le caratteristiche per rientrare tra i percettori del Reddito di Cittadinanza).

La tabella 1.6 che illustra le misure di sostegno al reddito delle famiglie.

Misura di sostegno al reddito delle famiglie	Prestazioni (migliaia)	Importo (mln €)
Reddito di emergenza * REM	1.487,8	819,2
Bonus baby-sitter	747,7	515,2
Bonus centro estivo	304,3	92,1
Totale misure di sostegno al reddito delle famiglie	2.539,8	1.426,5

Tabella 1.6 – Misure di sostegno al reddito delle famiglie

Nel 2020, a causa dell'emergenza da Covid-19, la Tesoreria dello Stato ha pagato alle imprese, per il tramite dell'Agenzia delle Entrate e del MIBACT, circa 10 mld di euro.

La tabella 1.7 ne illustra il dettaglio.

Misura di sostegno al reddito delle imprese	Prestazioni (migliaia)	Importo (mln €)
Contributi a fondo perduto – art. 25 del Decreto “Rilancio”	2.388,6	6.625,5
Contributi a fondo perduto – art. 59 del Decreto “Agosto”	35,1	87,3
Contributi a fondo perduto – art. 1 del Decreto “Ristori”	669,9	2.649,8
Totale contributi erogati dall'Agenzia delle Entrate	3.093,6	9.326,6
Finanziamenti MIBACT per turismo e spettacolo	24,9	601,3
Totale contributi erogati alle imprese	3.118,5	9.963,9

Tabella 1.7 – Misure di sostegno al reddito delle imprese

L'economia italiana ha dunque risentito **pesantemente** degli effetti della crisi sanitaria ed economica causata dal Covid-19.

Il graduale allentamento delle misure restrittive ha concorso a sostenere l'inversione di tendenza osservata nel secondo trimestre 2021, quando l'attività economica è lievitata di oltre il 17% rispetto al corrispondente periodo del 2020.

In base alla stima effettuata dall'ISTAT il 29 ottobre 2021, nel terzo trimestre 2021, il PIL sarebbe cresciuto del 3,8% rispetto al corrispondente periodo del 2020 e del 2,6% rispetto al trimestre precedente.

In base all'indicatore trimestrale dell'economia regionale (ITER) elaborato dalla Banca d'Italia, la ripresa è stata più marcata al Nord rispetto al resto del Paese.

1.6 La spesa sanitaria italiana

Nel 2020 la spesa delle Amministrazioni locali è salita del **2,9%**.

Si è attestata a **256,9** mld di euro, pari al **15,5%** del PIL.

È cresciuta, in misura significativa (dell'**1,9%**), la spesa corrente (a **225,2** mld di euro), soprattutto per le misure atte a rafforzare i sistemi sanitari regionali.

Per conseguenza, la spesa sanitaria pubblica è lievitata del **6,7%** a circa **123,5** mld di euro; in rapporto al PIL, si è attestata al **7,5%** (un punto percentuale in più rispetto alla media degli ultimi 10 anni).

Una dinamica fortemente influenzata dai provvedimenti adottati nel 2020 a sostegno dell'**assistenza ospedaliera e della medicina territoriale**.

In particolar modo, è stata rafforzata l'offerta di personale (con un piano straordinario di assunzioni e con l'aumento di borse di studio per gli specializzandi) e la disponibilità dei posti letto ad alta intensità di cura.

In base a quanto emerge dal Rapporto della Banca d'Italia di novembre 2021 sulle "Economie Regionali" (§ 5), il personale è aumentato di circa **61.000** unità, pari al **10%** degli addetti impiegati nelle strutture sanitarie pubbliche nel 2019.

Circa il **40%** delle nuove assunzioni riguarderebbe gli infermieri, il **25%** i medici e la restante parte il personale tecnico e altri profili professionali.

Tuttavia, solo un quinto dei nuovi rapporti di lavoro è a tempo indeterminato.

In base alla popolazione residente, la crescita sarebbe maggiore nelle regioni centrali (**12** nuovi addetti ogni 10.000 abitanti) rispetto alle altre regioni (**10** nuovi addetti ogni 10.000 abitanti).

Per quel che concerne i posti letto ad alta intensità di cure, le misure emergenziali sono state orientate a garantire una dotazione omogenea sul territorio nazionale di **14 posti letto ogni 10.000 abitanti**.

In base ai dati forniti da Agenas (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari) a ottobre 2021, nelle regioni del centro nord era stato attivato un numero di posti letto superiore (19 posti letto su 10.000 abitanti) a quello standard; nella maggior parte delle regioni del sud e delle isole, invece, l'adeguamento non era stato ancora completato.

Gli interventi sull'assistenza territoriale⁽⁵⁾ hanno riguardato il potenziamento delle cure domiciliari, grazie anche alle Unità speciali di continuità assistenziale.

Le tabella 1.8 illustra la spesa sanitaria complessiva (in €/000) di ciascuna regione nel quinquennio 2016 – 2020 con evidenza della spesa pro-capite (espressa in €) relativa al 2020, mentre la tabella 1.9 illustra il **bilancio sanitario** consuntivo 2020 e preventivo 2021 della Campania.

(5) La medicina territoriale è costituita da un insieme di prestazioni extra-ospedaliere, erogate in strutture dedicate o, in alcuni casi, direttamente al domicilio del paziente. Vi rientrano: (i) la medicina di base, (ii) la medicina preventiva e di pronto intervento, (iii) le attività di diagnosi, di cura e di riabilitazione di primo livello. L'assistenza territoriale è presente nei LEA e nei Patti per la salute. Tuttavia, in assenza di una disciplina nazionale degli standard di erogazione del servizio – a differenza di quanto accade nell'assistenza ospedaliera i cui standard sono definiti dal DM 70/2015 – nell'assistenza territoriale si sono sviluppati modelli regionali molto diversi fra loro. Le regioni del Nord hanno infatti sviluppato modelli di offerta basati su strumenti maggiormente innovativi; quelle del Sud, invece, sono più orientate verso servizi tradizionali. In termini di prevenzione, il Mezzogiorno presenta un livello di copertura assai più basso. Il livello di prestazioni di assistenza ambulatoriale, invece, è pressoché omogeneo sul territorio nazionale, sebbene con modelli organizzativi molto diversi: nel Nord l'offerta ambulatoriale è garantita da poche strutture medio-grandi, di cui circa il 60% è pubblico; nel Mezzogiorno, invece, il 75% delle strutture ambulatoriali fa capo ai privati e l'offerta è molto frammentata in strutture di piccole dimensioni distribuite capillarmente sul territorio. Un ruolo centrale della assistenza territoriale è svolto ai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dagli specialisti.

REGIONE	POPOLAZIONE 1° gennaio 2021	SPESA 2016	SPESA 2017	SPESA 2018	SPESA 2019	SPESA 2020	SPESA 2020 PRO-CAPITE €
ABRUZZO	1.285.256	2.411	2.464	2.471	2.486	2.595	2.019
BASILICATA	547.579	1.035	1.069	1.060	1.052	1.083	1.978
CALABRIA	1.877.728	3.427	3.416	3.514	3.538	3.619	1.927
CAMPANIA	5.679.759	10.011	10.159	10.301	10.395	10.859	1.912
EMILIA ROMAGNA	4.445.549	8.846	9.027	9.157	9.227	10.089	2.269
FRIULI VENEZIA G.	1.198.753	2.366	2.433	2.496	2.567	2.622	2.187
LAZIO	5.720.796	10.702	10.698	10.713	10.791	11.592	2.026
LIGURIA	1.509.805	3.185	3.210	3.227	3.252	3.376	2.236
LOMBARDIA	9.966.992	18.936	19.438	19.846	20.057	21.075	2.114
MARCHE	1.501.406	2.792	2.825	2.853	2.891	3.005	2.001
MOLISE	296.547	661	650	646	742	680	2.293
PA di BOLZANO	533.715	1.187	1.237	1.266	1.277	1.408	2.638
PA di TRENTO	544.745	1.148	1.194	1.199	1.213	1.306	2.397
PIEMONTE	4.273.210	8.242	8.304	8.391	8.534	9.015	2.110
PUGLIA	3.926.931	7.231	7.263	7.376	7.462	7.704	1.962
SARDEGNA	1.598.225	3.291	3.215	3.263	3.302	3.482	2.179
SICILIA	4.840.876	8.834	9.042	9.211	9.185	9.691	2.002
TOSCANA	3.668.333	7.278	7.447	7.397	7.506	8.027	2.188
UMBRIA	865.013	1.673	1.716	1.743	1.720	1.836	2.123
VALLE D'AOSTA	123.895	256	255	256	262	287	2.316
VENETO	4.852.453	8.980	9.245	9.327	9.469	10.108	2.083
ITALIA	59.257.566	112.492	114.307	115.713	116.928	123.459	2.083

Tabella 1.8 – Spesa sanitaria 2016 - 2020

VOCE DEL CONTO ECONOMICO (CE) - Valori in €/000	Anno 2020	Anno 2021	Δ (2021 - 2020)	Δ (%)
Quota FSN - Riparto	11.066.649	11.167.389	100.740	0,9%
Rettifica contributi in conto esercizio - Investimenti	-139.139	-93.332	45.807	-32,9%
Fondi di esercizi precedenti	70.380	236.722	166.342	236,3%
Altri contributi in conto esercizio	124.939	143.470	18.531	14,8%
Compartecipazione alla spesa sanitaria (Ticket)	36.885	36.885	0	0,0%
Payback	141.659	59.100	-82.559	-58,3%
Altre entrate	76.270	76.272	2	0,0%
Altre rettifiche di anni passati	-764	-464	300	-39,3%
Costi capitalizzati	150.480	144.215	-6.265	-4,2%
Entrate da mobilità attiva extra-regionale	133.295	133.295	0	0,0%
TOTALE RICAVI [A]	11.660.654	11.903.552	242.898	2,1%
Personale	2.760.009	2.912.089	152.080	5,5%
IRAP	208.346	227.801	19.455	9,3%
Beni sanitari e non sanitari	2.034.365	2.054.293	19.928	1,0%
Servizi sanitari e non sanitari	1.238.898	1.366.081	127.183	10,3%
Prestazioni acquistate dai privati	3.912.658	4.006.633	93.975	2,4%
Prestazioni acquistate da soggetti pubblici	3.083	3.078	-5	-0,2%
Accantonamenti	814.722	617.864	-196.858	-24,2%
Oneri finanziari	10.660	10.660	0	0,0%
Oneri fiscali - senza IRAP	15.964	15.964	0	0,0%
Ammortamenti	164.695	161.819	-2.876	-1,7%
Mobilità passiva extra-regionale	484.355	484.355	0	0,0%
Saldo partite straordinarie	5.950	35.255	29.305	492,5%
Rivalutazioni e Svalutazioni	7.179	7.179	0	0,0%
Saldo Intramoenia	-1.866	-1.866	0	0,0%
TOTALE COSTI [B]	11.659.018	11.901.205	242.187	2,1%
RESULTATO DI ESERCIZIO = [A] - [B]	1.636	2.347	711	43%

Tabella 1.9 – Bilancio sanitario della Campania 2020 - 2021

1.7 Le prospettive per l'economia italiana

L'andamento ciclico economico italiano è purtroppo condizionato dall'evoluzione della pandemia. Il diffondersi di nuove e più contagiose varianti dell'infezione e la riduzione dell'efficacia dei vaccini condizionano la performance economica italiana del 2021.

Tuttavia, dopo 20 mesi di pandemia, il sistema economico sembra coesistere col virus. L'economia è molto più resiliente, essendo aumentata la capacità d'adattamento, sia sul piano delle scelte organizzative che dei comportamenti sociali. Rispetto alla prima fase dell'emergenza, anche le misure appaiono essere meno nocive per l'economia.

Pertanto, le prospettive sono incoraggianti: i segnali provenienti dalle recenti indagini congiunturali denotano un miglioramento del trend delle costruzioni e della manifattura, con indici di gran lunga superiori a quelli pre-crisi.

I servizi, invece, stentano a riprendersi, poiché su di essi grava l'approccio attendista del consumatore.

Nello scenario programmatico, il tasso di crescita del PIL sale al **4,5%** per l'anno 2021 per poi lievitare al **4,8%** nel 2022 e attestarsi al **2,6%** nel 2023.

Grazie alla dinamica congiunturale, il PIL potrebbe recuperare i livelli pre-crisi nel 3° trimestre del 2022, per poi mantenersi su livelli superiori a quelli previsti dalla Legge di bilancio 2021 per tutto l'orizzonte temporale di previsione.

La dinamica espansiva del PIL si incardina, tuttavia, su due ambiti d'intervento:

- (a) sostegno alle famiglie e alle imprese, per superare l'emergenza sanitaria e giungere al ripristino delle condizioni di normalità operativa;
- (b) potenziamento degli interventi programmati nell'ambito del PNRR con l'aumento delle risorse complessive.

A tal riguardo, nell'ambito del Bilancio UE 2021-2027, la Commissione europea ha introdotto la **Recovery and Resilience Facility Fund**, quale strumento per la ripresa economica post crisi da Covid-19 (il "PNRR").

Questo si poggia su tre pilastri fondamentali:

1. sostenere la ripresa degli Stati membri con riforme strutturali e con EU Green Deal;
2. rilanciare l'economia e sostenere gli investimenti privati con sostegni alle imprese e digitalizzazione;
3. trarre insegnamento dalla crisi agendo su salute, sicurezza e ricerca scientifica.

Per fare tutto ciò, il Recovery Fund mette a disposizione **723,8** mld di euro per la ripresa economica dell'Europa.

L'Italia è la prima beneficiaria con un importo di **191,5** mld di euro in aggiunta ai **30,6** mld del fondo complementare finanziato attraverso lo scostamento di bilancio approvato il 15 aprile 2021.

Pertanto, il totale degli investimenti previsti ammonta a **222,1** mld di euro.

Il Piano include un pacchetto di riforme della pubblica amministrazione, della giustizia, della semplificazione normativa e della concorrenza.

Si tratta di un intervento epocale che intende riparare i danni economici e sociali della crisi pandemica, contribuire a risolvere le debolezze strutturali dell'economia italiana, e accompagnare il Paese verso un percorso di transizione ecologica e ambientale.

Il Piano ha come principali beneficiari le donne, i giovani e il Mezzogiorno e tende a favorire l'inclusione sociale e ridurre i divari territoriali.

La tabella 1.10 illustra il dettaglio delle risorse del **PNRR** allocate per missione, considerando i fondi del Recovery Fund (**RF**) di **191,5** mld, del Fondo Complementare (**FC**) di 30,6 mld e del React EU (**REU**) di 13,0 mld.

Fondi in mld di €	Missione 1 Digitalizzazione Competitività Cultura	Missione 2 Rivoluzione verde Transizione ecologica	Missione 3 Infrastrutture per mobilità sostenibile	Missione 4 Istruzione e Ricerca	Missione 5 Inclusione sociale	Missione 6 Salute
RF	40,29	59,46	25,4	30,88	19,85	15,63
FC	8,74	9,16	6,06	1,0	2,77	2,89
REU	0,8	1,31	0	1,93	7,25	1,71
Totale	49,83	69,93	31,46	33,81	29,87	20,23

Tabella 1.10 – Dettaglio risorse PNRR per missione

Data la rilevanza delle riforme da presentate alla Commissione europea con il PNRR, il Governo italiano ha scelto di inglobare il Programma Nazionale di Riforma (PNR) nel PNRR, come previsto dal Regolamento istitutivo del Dispositivo di Ripresa e Resilienza (Recovery and Resilience Facility – RRF). Pertanto, il Piano dettaglia gli interventi che il nostro Paese attuerà per rispondere al meglio ai problemi macroeconomici evidenziati dalla Commissione Europea nell'ambito della procedura sugli squilibri macroeconomici ed alle raccomandazioni dalla stessa rivolte al nostro Paese nel 2019 e nel 2020.⁽⁶⁾

(6) Nota di aggiornamento del documento di economia e finanza 2021, ottobre 2021.

Inoltre, il Piano contribuisce ai 7 programmi di punta:

- (1) *Power up* (Accendere);
- (2) *Renovate* (Ristrutturare);
- (3) *Recharge and refuel* (Ricaricare e ridare energia);
- (4) *Connect* (Connettere);
- (5) *Modernise* (Ammodernare);
- (6) *Scale-up* (Crescere) e
- (7) *Reskill and upskill* (Migliorare le competenze dei lavoratori e riqualificarli).

Si sviluppa intorno a **3 assi** strategici: (a) digitalizzazione e innovazione; (b) transizione ecologica e (c) inclusione sociale. Le priorità d'investimento, come già detto, sono articolate in **6 componenti** raggruppate in **6 missioni**.

Per conseguire gli obiettivi generali del PNRR – e per dare una risposta alle criticità di natura strutturale evidenziate dalla Commissione Europea – il Governo ha inserito nel Piano un massiccio pacchetto di riforme strutturali che coinvolgono i “colli di bottiglia” della nostra economia: **Pubblica Amministrazione, Giustizia e Concorrenza**.

Riforme che sono “orizzontali”, essendo interventi strutturali volti a migliorare l'equità, l'efficienza e la competitività del nostro Paese.

Inoltre, sono previste riforme settoriali per migliorare il quadro regolatorio di specifici ambiti o attività economiche: misure contro il dissesto idrogeologico, la sicurezza dei ponti, la lotta al lavoro sommerso, la gestione dei rifiuti, il sistema degli istituti tecnici e delle università.

In quest'ottica, il Consiglio dei Ministri ha approvato il decreto-legge 6 novembre 2021 recante disposizioni urgenti per l'attuazione del PNRR.

Il decreto-legge si prefigge di posizionare le 7 “pietre miliari” delle 51 che il PNRR prevede che si posino entro il 31 dicembre 2021.

Il decreto-legge consta di 52 articoli e, appunto, reca misure urgenti per realizzare gli obiettivi previsti dal PNRR per l'anno 2021 per alcuni settori (turismo, infrastrutture ferroviarie, ZES, Università), nonché altre finalizzate ad accelerare le iniziative del PNRR (ambiente, rigenerazione urbana, efficientamento energetico, etc.).

La maggior parte dei fondi è prevista per le annualità 2024-2026, in virtù della presenza di alcuni investimenti in cui occorrerà essere a regime per materializzare l'ammontare massimo di spesa annua.

Volendo fornire un'interpretazione economico-aziendale del PNRR, è agevole rilevare che: (a) le risorse sono destinate solo a investimenti in conto capitale (non sono previste risorse di parte corrente) che dovranno aumentare la produttività della spesa corrente; (b) la spesa per investimenti ben potrà essere anche immateriale (ricomposizione della frammentazione erogativa, crescita di competenze professionali, re-ingegnerizzazione dei processi, trasformazione ed efficientamento dei servizi); (c) le fonti di finanziamento sono molteplici (PNRR, altri fondi EU, fondi propri regionali) per cui è necessario che vi sia un budget

unico di spesa con precisa attribuzione delle responsabilità.

In termini assoluti, si tratta di finanziamenti significativi, che corrispondono quasi al 30% delle risorse in conto capitale investite nel SSN in 17 anni: dal 2000 al 2017.

Un’opportunità che, per non essere persa, dovrà considerare alcuni aspetti:

1. in un Paese caratterizzato da elevato indebitamento, da invecchiamento demografico e da scarsa crescita, è necessario che gli investimenti promuovano il riassetto del SSN in chiave di efficienza ed efficacia, ma anche lo sviluppo di filiere produttive in grado di crescere e di competere sui mercati internazionali;

2. le previsioni di finanziamento della spesa corrente nel 2021-2024, contenute nel DEF di aprile 2021, sono decrescenti.

La tabella 1.11 illustra la previsione della spesa sanitaria pubblica italiana 2021 - 2024.

Anno – Valori in € / 000	2021	2022	2023	2024
Spesa sanitaria	127.138	123.622	126.231	124.410
Spesa sanitaria in % di PIL	7,3%	6,7%	6,6%	6,3%
Tasso di variazione in %	3,0%	-2,8%	2,1%	-1,4%

Tabella 1.11 – Spesa sanitaria pubblica italiana 2021 - 2024

Alla sesta missione “Salute” risultano allocate risorse per 20,23 mld di euro, destinate a rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari del territorio, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario e garantire equità di accesso alle cure.

Il Piano prevede la creazione di **1.288** Case di Comunità, di **381** Ospedali di Comunità ed il potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare anche mediante la telemedicina e l’assistenza remota.

Il Ministero della Salute ha formulato una proposta di riparto tra le regioni delle risorse previste dalla missione 6 del PNRR, in base al Decreto MEF del 6 agosto 2021.

La proposta è articolata in 8 interventi che prevedono un costo complessivo di 8 mld di euro. L’ipotesi di riparto è avvenuta sulla base della quota d’accesso al Fondo Sanitario Nazionale 2021, con il vincolo di destinare almeno il **40%** delle risorse alle regioni del Mezzogiorno, in base a quanto previsto dal decreto-legge 31 maggio 2021 n. 77.

La tabella 1.12 illustra l’ipotesi ministeriale di riparto regionale delle risorse.

Codice	Intervento	Importo in €	Target EU – 2026
M6C1 (a)	Case della Comunità	2.000.000.000	Almeno 1350 Case della Comunità
M6C1 (b)	Telemedicina	204.517.588	Almeno 600 COT
M6C1 (c)	Ospedali di Comunità	1.000.000.000	Almeno 400 Ospedali di Comunità
M6C2 (a)	Upgrade tecnologico degli Ospedali	2.639.265.000	Almeno 3100 apparecchiature
M6C2 (b)	Ospedale sicuro	638.851.084	Almeno 109 interventi antisismici
M6C2 (c)	Infrastruttura per l'analisi dei dati - LEA	30.300.000	Tutte le Regioni adottano i flussi
M6C2 (d)	Sviluppo delle competenze del personale	80.026.994	Da formare 293.386 dipendenti
PNC	Ospedale sicuro e sostenibile	1.450.000.000	220 interventi ultimati

Tabella 1.12 – Ipotesi di riparto * Ministero della Salute

REGIONE	Riparto FSN 2021	Proposta PNRR	RISORSE (€)
ABRUZZO	2,19%	2,62%	€ 209.970.065
BASILICATA	0,93%	1,11%	€ 89.623.998
CALABRIA	3,14%	3,76%	€ 301.652.654
CAMPANIA	9,27%	11,10%	€ 888.026.175
EMILIA ROMAGNA	7,55%	6,80%	€ 549.099.006
FRIULI VENEZIA G.	2,07%	1,87%	€ 151.113.257
LAZIO	9,59%	8,65%	€ 695.339.700
LIGURIA	2,67%	2,40%	€ 193.893.522
LOMBARDIA	16,78%	15,12%	€ 1.217.962.722
MARCHE	2,57%	2,32%	€ 186.936.867
MOLISE	0,51%	0,61%	€ 49.005.832
PA di BOLZANO	0,87%	0,78%	€ 63.482.039
PA di TRENTO	0,91%	0,83%	€ 66.019.154
PIEMONTE	7,37%	6,64%	€ 535.818.160
PUGLIA	6,58%	7,88%	€ 631.116.199
SARDEGNA	2,73%	3,27%	€ 263.055.756
SICILIA	8,06%	9,64%	€ 772.462.533
TOSCANA	6,31%	5,68%	€ 458.949.744
UMBRIA	1,49%	1,34%	€ 108.244.167
VALLE D'AOSTA	0,21%	0,19%	€ 15.353.310
VENETO	8,20%	7,39%	€ 595.835.806
ITALIA	100,00%	100,00%	€ 8.042.960.666

Tabella 1.13 – Ipotesi di riparto regionale * Ministero della Salute

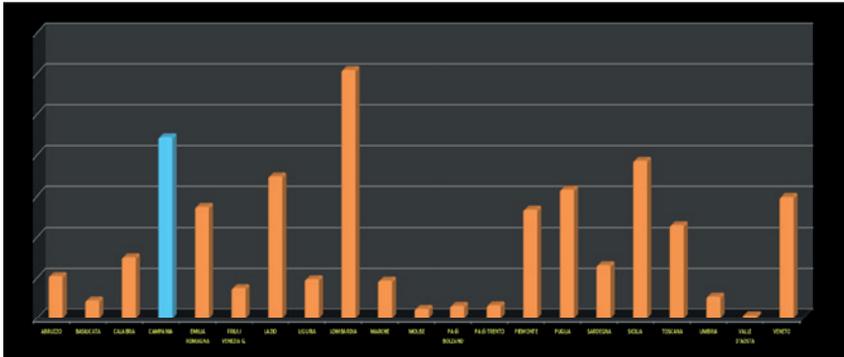


Figura 1.7 – Ipotesi di riparto regionale * Ministero della Salute

PNRR – Ambiti di intervento della Missione 6 * risorse stanziare 7 mld di euro

Riforma 1	Servizi sanitari di prossimità – standard per l’assistenza territoriale	0
Investimento 1	Case della Comunità e presa in carico della persona	2,00
Investimento 2	Casa come primo luogo di cura – assistenza domiciliare - telemedicina	4,00
Investimento 3	Sviluppo delle cure intermedie	1,00

Tabella 1.14 – Ambiti della Missione 6

Per l’assistenza di prossimità il PNRR prevede uno stanziamento di ben 7 mld di euro. La definizione degli standard (strutturali, tecnologici e organizzativi) per l’assistenza territoriale e l’identificazione delle strutture ad essa deputate avverrà con un apposito decreto da emanarsi entro il 2021. Entro la metà del 2022, invece, sarà definito, con un disegno di legge *ad hoc*, il nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con l’approccio “One-Health”.

Lo stanziamento maggiore è per l’ADI (4 mld di euro), per le 1.350 Case di Comunità è previsto lo stanziamento di 2 mld di euro e la loro attivazione dovrà avvenire entro metà del 2026. Per i 400 Ospedali di Comunità, invece, lo stanziamento è di 1 mld di euro.

Strumento	Strutture finanziate dal PNRR	Strutture previste dal DM71	Strutture esistenti	Bacino d'utenza	Target principale	Target secondario
Case della Comunità	1.350	2.400	553	25.000	Cronici (40%)	Anziani Fragili
Centrale Operativa T.	600	602	60	1 per D.S.	Fragili e LTC	-
Ospedale di Comunità	400	1.200	177	50.000	Ricoverati B.I.	-

Tabella 1.15 – Fabbisogno per ADI

È del tutto evidente che, per poter rafforzare il territorio, sarà necessaria una grande e difficile opera di razionalizzazione dell'offerta sanitaria oggi esistente, senza trascurare: l'attuale frammentazione di ambulatori e laboratori, la quota del privato accreditato ed il relativo livello di concentrazione, la presenza di strutture intermedie.

La tabella 1.16 illustra le rete territoriali di alcune regioni italiane (fonte: Annuario del Ministero della Salute, 2019 e Censimento OASI 2021, allegati PNRR).

REGIONE	Ambulatori e Laboratori	Case della Salute e simili 2020	Case della Comunità Previsione 2026
PIEMONTE	390	71	90
LOMBARDIA	652	25	203
VENETO	442	72	99
EMILIA ROMAGNA	516	126	91
TOSCANA	550	76	77
LAZIO	781	22	118
CAMPANIA	1.418	0	150
PUGLIA	683	33	106
SICILIA	1.442	55	131
ITALIA	8.798	553	1.350

Tabella 1.16 – Ripartizione delle Strutture Intermedia

In base a questi obiettivi, le stime di personale necessario all’implementazione non sono collimanti con le reali disponibilità. La tabella che segue illustra il fabbisogno effettivo.

DM 71 – Bozza AGENAS	Offerta attiva	Offerta mancante	Personale Infermieristico Fabbisogno necessario
2.400 Case della Comunità	553	1.847	Nessuno
1.200 Ospedali di Comunità	177	1.023	9.207
602 Centrali Operative - COT	60	542	2.710
23.000 Infermieri di Comunità	3.000	20.000	20.000
Copertura ADI (10% over 65)	7,2%	93% ore annuali	70.026
Totale fabbisogno			101.943

Tabella 1.17 – Fabbisogno di personale infermieristico

1.8 Conclusioni: le macro-aree di sviluppo

La pandemia ha reso maggiormente evidente alcune criticità del nostro sistema salute e, dunque, l’esigenza improcrastinabile di intervenire sull’assistenza territoriale mediante l’implementazione di strutture intermedie. Ha anche evidenziato una correlazione diretta pandemia-economia, laddove la prima comprime, in modo incontrovertibile, la seconda. Il PNRR è uno strumento eccezionale per compiere una riorganizzazione radicale del sistema salute nazionale, in cui privilegiare la formazione degli operatori sanitari, far entrare nei percorsi diagnostici e terapeutici le nuove tecnologie, analizzare i big data con sistematicità per rivoluzionare le politiche di prevenzione e di cura.

Pertanto, le macro-aree di sviluppo per il rilancio del S.S.N. e dell’intero sistema salute del Paese sono indiscutibilmente: **personale, digitalizzazione e big-data**.

La sanità del futuro esige competenze. Pertanto, è nodale la valorizzazione del capitale umano, a partire dai medici della medicina territoriale.

E, per acquisire competenze, occorre la formazione: dalle scuole superiori di secondo grado ai corsi di laurea a indirizzo specialistico-professionale.

La riforma epocale del sistema salute nazionale richiede, tra l’altro, competenze digitali, in vista dell’innovazione dei modelli di servizio prevista dal PNRR.

In tale ambito, ben potranno essere incoraggiati percorsi formativi in ITS, semmai in partnership con imprese e con il SSN.

Del pari, andranno implementate le capacità manageriali.

Tuttavia, giova evidenziare la circostanza che la valorizzazione delle professionalità transita anche attraverso adeguate forme di inquadramento e retribuzione.

La rimodulazione dell'inquadramento retributivo nonché la differenziazione salariale dei profili critici ben potrebbero garantire attrattiva per le migliori professionalità.

La digitalizzazione per l'innovazione dei processi di cura è un ulteriore ambito su cui si dovrà agire prioritariamente. A tal riguardo, è necessario promuovere l'*evidence based management* a supporto del digitale. È necessario analizzare i fabbisogni assistenziali quali-quantitativi delle popolazioni associati all'analisi dei fattori ambientali e sociali.

È altresì necessario realizzare una infrastruttura tecnologica adeguata, moderna e che sia soprattutto interoperabile. L'analisi della dotazione tecnologica è fondamentale per assicurare una base tecnologica comune e consente l'utilizzo dei dati tra clinici, pazienti e manager, anche in strutture diverse - pubbliche e private - tra consumi derivati dalla spesa pubblica e quelli da spesa *out of pocket*, che riguardano il 26% delle prestazioni sanitarie e il 40% di quelle ambulatoriali.

Occorre infine potenziare l'uso delle cartelle cliniche elettroniche e del FSE, attraverso l'integrazione di più dati.

Il digitale, però, esige attenzioni e normative diverse rispetto ad un servizio tradizionale. Non bisogna trascurare la circostanza che l'uso di strumenti di sanità digitale richiede capacità e conoscenza delle dotazioni anche per i processi clinici.

Andranno dunque rafforzate le competenze digitali di tutti gli attori coinvolti in questo processo epocale di cambiamento del sistema salute italiano.

Infine, occorrerà utilizzare i big data con finalità d'analisi e di programmazione. Ingenti quantità di dati - clinici e amministrativi - sono già disponibili ma non valorizzati.

È dunque necessario procedere alla loro standardizzazione e digitalizzazione per poterli usare nei processi di valutazione e programmazione.

Il FSE, nella sua attuale configurazione, è un deposito passivo, spesso incompleto e non interoperabile. Andrà costruita una infrastruttura unica di raccolta dati – **infrastruttura interoperabile** – superando i pregiudizi della digitalizzazione quale prassi rischiosa per la privacy dei cittadini.

Le analisi statistiche su dati clinici e amministrativi e i modelli predittivi della domanda e dei consumi attesi generano informazioni rilevanti, sia per l'organizzazione dei servizi sia per la programmazione sanitaria, consentendo di anticipare le esigenze e le attività delle strutture sanitarie e di allocare le risorse in modo più oculato ed appropriato.

L'impatto della pandemia da Covid-19 sulle tecnologie per la salute

(ottobre 2021)

Pasquale Arpaia, Nicola Moccaldi

*“Ahi Velasquez, fino a quando inventeremo
Un nido di rose ai piedi dell'arcobaleno
E tante stelle, tante nelle notti chiare
Per questo mondo, questo mondo da cambiare?”
da 'Velasquez', Roberto Vecchioni*

Le grandi guerre hanno spesso determinato importanti progressi tecnologici. Quella con il Covid-19 è stata una guerra che l'umanità intera ha intrapreso contro un comune nemico invisibile. Dell'effetto bellico il Covid-19 ha manifestato la capacità di innescare eccezionali spinte solidaristiche, radicate nella condivisione di un nemico comune, mobilitare ingenti risorse, e focalizzarne l'impiego verso obiettivi circoscritti. Grazie a queste caratteristiche, la pandemia di Covid-19 ha svolto un'azione di catalizzatore per l'innovazione tecnologica, agendo sullo sdoganamento di soluzioni già esistenti, ma che incontravano resistenze culturali ed organizzative e sullo sviluppo di soluzioni totalmente inedite.

Restringendo il focus al rapporto tra tecnologia e salute, emergono alcune interessanti domande: come stanno cambiando le prestazioni offerte dal Servizio Sanitario sotto l'effetto della pandemia? Come evolve, in particolare il rapporto fra tecnologia e promozione della salute? La riflessione che segue prova a formulare alcune risposte a questi interrogativi, distinguendo le tre fasi fondamentali della prevenzione primaria (così come definita dall'Organizzazione Mondiale della sanità [1]), della *diagnostica* e della *cura*.

1 - PREVENZIONE PRIMARIA

La prevenzione primaria è volta a impedire l'insorgere iniziale di una malattia. È diretta a persone e gruppi caratterizzati da fattori di rischio riconoscibili, spesso associati a comportamenti a rischio.

Nel seguito dunque si cerca di evidenziare le principali soluzioni tecnologiche innovative a servizio della prevenzione primaria innescate dalla recente pandemia.

1.1 Contact Tracing

Nella attuale fase della crisi pandemica sono venute prepotentemente alla ribalta quelle tecnologie giudicate come capaci di rispondere alla domanda di rilancio delle attività economiche, lavorative e sociali, e dunque necessarie a promuovere la ripresa della vita dopo il lockdown. Tra queste, sicuramente la più rilevante per contrastare il contagio durante la vita di relazione è la tecnologia digitale a supporto delle attività di *contact tracing* tradizionale (da molti chiamato 'analogico'). Il contact tracing avanzato durante la pandemia si è avvalso di tecnologie per il rilevamento delle prossimità, semplicemente realizzato mediante applicazioni software (App).

Dal nostro senso comune di tecnologi, o di persone della strada, sorge un interrogativo da girare ai filosofi del diritto delle nuove tecnologie: ma quanto la nostra privacy è violata o molestata dalle esigenze della Salute Pubblica? Da una parte, gli operatori sanitari hanno il dovere sociale ed etico di mettere in guardia una persona dalla sua esposizione, supportati da dispositivi legali che permettono di agire per contenere una malattia trasmissibile. D'altro canto, i soggetti infetti hanno comunque diritto alla riservatezza generale e medica. Cosa prevale dunque? Il bene pubblico o la salvaguardia della libertà individuale? Dove finisce la mia esigenza di salute e dove inizia la mia libertà di non essere schedato o tracciato? Il tecnologo per forma mentis non osa addentrarsi in questi dilemmi, se non fuori dal suo lavoro, tra buoni amici, corroborato da una generosa dose di birra.

1.2 Social media e monitoraggio in tempo reale su larga scala

A proposito invece del monitoraggio su larga scala, è significativo l'esempio di Facebook. L'azienda di Zuckerberg ha sostenuto University of Maryland nel raccogliere dati sulla diffusione della pandemia per l'analisi in tempo reale del suo andamento anche attraverso algoritmi predittivi. Ciò avviene attraverso un sondaggio cui il soggetto decide scientemente di partecipare. Come sostiene Zuckerberg, è il modo meno invasivo di raccogliere dati, in quanto tutti gli iscritti a Facebook sono tracciati, almeno per ciò che scrivono sulla piattaforma. Dopo due settimane dalla presentazione per gli Stati Uniti, University of Maryland ha poi realizzato una carta geografica globale interattiva con i risultati di un sondaggio su larga scala. "Serve a decidere quando e dove

riaprire dopo la quarantena”, spiegano dal social network che ne prepara il lancio mondiale. Ma non sono i soli: si stanno muovendo anche Google, Apple, e Microsoft. Siamo d’accordo con Zuckerberg che la raccolta dati sia solo a questo scopo e non venga utilizzata per altri tornaconti? I governi devono agire eticamente con trasparenza, in modo che le misure intraprese siano monitorate e, se del caso, ritirate in futuro.

1.3 Logistica intelligente adattativa

Nuove piattaforme digitali hanno consentito a livello regionale e nazionale di gestire il sistema di prenotazioni ed erogazioni della vaccinazione. Gli stessi sistemi hanno permesso di implementare una distribuzione mirata, in tempo reale, di un prodotto velocemente deperibile. Ancora: la piattaforma digitale del Green Pass. Nella nota del 6 maggio 2021, prot. n. 7754, il Ministro della Salute ha inizialmente precisato che le predette certificazioni “saranno *esclusivamente* esibite” alle forze dell’ordine, “senza la possibilità di raccolta, conservazione e successivo trattamento”. Questo spiega la apparente stranezza del comportamento dei ristoratori che questa estate chiedevano agli avventori il possesso del Green Pass, ritraendosi poi precipitosamente quando questi ultimo volevano esibirlo. Salvo poi le successive modifiche legislative da settembre in poi con la progressiva obbligatorietà della certificazione.

1.4 Prevenzione basata su sensori indossabili

La perenne ansia da prestazione di fare regali a chi ha già tutto, nelle occasioni in cui non possiamo assolutamente esimerci, ha portato alla proliferazione sul mercato di smartwatch e braccialetti per diagnosticare l’insorgere di patologie. Ciò porterà conseguentemente a breve ad un aumento della richiesta di visite specialistiche. Prima domanda: il SSN sarà in grado di rispondere a queste nuove esigenze? Grazie anche al continuo miglioramento della qualità degli algoritmi predittivi, la loro importanza per la salute viene facilmente estesa anche alla lotta al Covid-19, supportando la rivelazione precoce dei primi sintomi della malattia. Diversi paesi al mondo stanno studiando applicazioni specifiche per questi dispositivi, “tagliandole” sul coronavirus. Ad esempio, lo Scripps Research Translational Institute di La Jolla in California ha attivato un programma basato sui parametri vitali rilevati dai possessori di diversi marchi di wearables per tracciare le persone in base alla loro attività fisica, e risalire a possibili sintomi da contagio. Tutti i dati dei soggetti che partecipano (in completo anonimato) vengono salvati in un database e condivisi su base volontaria.

Diverso discorso è quello dei ‘termoscanner’. Sono ormai diffusi agli ingressi dei supermercati rivelatori di temperatura del viso in grado di fornire misurazioni di temperatura estremamente precise e senza contatto. O anche i ‘body termoscanner’ che consentono automaticamente l’accertamento immediato sullo stato della temperatura corporea dell’utente in entrata al control-

lo accessi. La loro principale funzione è di impedire l'accesso ad utenti con temperatura sopra la soglia consentita, in modo da rivelare potenziali stati febbrili, principale sintomo di infezioni virali. Infine, alcuni termo-scanner includono anche un analizzatore del viso per rivelare la presenza della mascherina nei soggetti in transito.

Ma attenzione per chi li utilizza in modo automatico ('unsupervised' in gergo tecnico) per eventualmente lanciare imbarazzanti alert sonori. Innanzitutto, attenzione alla configurazione del misuratore per la giusta remissività (ovvero la quantità di radiazione termica) caratteristica del corpo da confrontare con il modello ideale del corpo nero (quella della pelle è circa a 0.95). Inoltre, la radiazione a infrarossi ha origine anche nell'ambiente di misura e una sua significativa parte sarà riflessa sulla zona della pelle sotto misura. Per di più, sia la radiazione misuranda, sia quella riflessa parassita, variano anche in base all'assorbimento atmosferico, perciò la temperatura ambientale svolge un ruolo chiave per tale bilancio. Infine, è necessario calibrare la corretta distanza di misura perché essa influisce significativamente sulla fascia di incertezza: più ci si allontana, maggiore sarà la dispersione della radiazione termica. Sia i modelli a pistola che le termo-camere hanno di solito una fascia di incertezza strumentale più o meno di un grado o un grado e mezzo, circa una tolleranza tra il 3 e il 4%. In altri termini, se sto leggendo 37.5 °C potrebbero essere 36 °C come 39 °C. Quindi, i sensori non devono avere incertezza troppo elevata, perché ciò implicherebbe artefatti. Ad esempio, un falso positivo: una misura di 36 °C quando, invece, la persona ha una febbre significativamente più alta. Il risultato? Verrebbe lasciata passare al controllo, col possibile pericolo di contagio di un gran numero di soggetti. Per questo motivo, il monitoraggio si deve fare, ma eseguendo professionalmente le misure e utilizzando strumenti correttamente tarati periodicamente.

2 - DIAGNOSTICA

La tecnologia di supporto alla diagnostica⁽¹⁾ precoce ha avuto un dirompente sviluppo negli ultimi anni già prima della pandemia. Ma alcuni esempi di impatto del Covid-19 sulla tecnologia a servizio della diagnostica sono realmente degni di nota.

2.1 Affermazione della telemedicina

Il Covid-19 è stato un catalizzatore per l'impiego diffuso della telemedicina ed in particolare nella diagnosi a distanza [2]. Anche se il Covid-19 è ancora in fase 2, il lockdown è stato significativamente ridotto rispetto alla fase 1. Le istituzioni che si occupano della diagnosi e della terapia necessitano di

(1) Non va confusa l'azione, la "diagnostica", con il suo risultato, la "diagnosi"

un rapido adattamento funzionale per rispondere ai bisogni dei pazienti. In tal senso, la possibilità di utilizzare la tecnologia per attivare e gestire i processi diagnostici (diagnosi preliminare) e di intervento in remoto si fa sempre più interessante. Noi tecnologi della sanità assistiamo ad un fenomeno imbarazzante: accesi luddisti o sospettosi scettici, in era pre-Covid-19, si sono trasformati ora nei più accesi sostenitori della telemedicina. Gli operatori sanitari chiedono ora a gran voce nostri prodotti di punta già belli e pronti per il mercato, dopo averne ritardata la diffusione, anche dopo il recepimento normativo. Infatti, secondo i dati dell'Osservatorio Innovazione Digitale in sanità della School of Management del Politecnico di Milano, il 47% degli specialisti ricorre attualmente al teleconsulto, percentuale che arrivava appena al 21% prima della pandemia. No comment.

Dal punto di vista operativo, comunque possiamo censire due modelli di telemedicina per la diagnostica e l'intervento. La fase di intervento ha implementato modelli ben noti basati sull'evidenza ad esempio per i bambini in età prescolare, scolare e superiore in un formato online, anche con il supporto dei genitori. Come ben noto, la diagnostica è composta da due fasi consecutive: consultazione pre-specialistica e valutazione specialistica. I modelli di lavoro basati sulla telemedicina in fase Covid-19 danno risposte specialistiche preliminari alle famiglie senza mirare a sostituire la preferibile valutazione di persona. L'approccio della telemedicina è accettato dai genitori, aumenta il loro senso di competenza, aumenta l'adesione all'intervento e migliora le competenze di comunicazione sociale dei bambini.

In conclusione, un parere equilibrato per chi opera nella ricerca tecnologica per la sanità è che i modelli di lavoro basati su telemedicina devono essere considerati come risposte parziali all'attuale stato di emergenza e allo stesso tempo come possibili integrazioni agli approcci tradizionali.

2.2 Diagnostica non invasiva basata su Intelligenza artificiale (AI)

Il discorso sull'impiego sempre più massiccio di AI in medicina porta lontano e non si può affrontare in questa sede. Basti dire che, subito dopo la sua creazione, CIRMIS ha stipulato un accordo quadro con ReCEPL (Research Centre of European Private Law), specificamente per favorire l'integrazione della ricerca tecnologica in sanità con una corrispondente innovazione degli istituti di diritto privato e diritto pubblico. Le prime attività in collaborazione hanno subito riguardato la normativa sulla AI in campo sanitario e sulla privacy delle misure delle emozioni. Questo importante allargamento della nostra prospettiva di tecnologi della sanità ci ha portato a indirizzare la nostra ricerca verso una tecnologia di XAI (eXplainable Artificial Intelligence). La AI supporta il medico nella diagnostica: ma invece di emettere una diagnosi apparentemente incomprensibile, si preoccupa di spiegare come ci è arrivata. Speriamo bene.

Ma torniamo a come Covid-19 abbia impattato sull'evoluzione (skyrocke-

ting in inglese, in questo caso) dell'AI per la diagnosi precoce. Un esempio degno di nota è l'analisi di registrazioni dei colpi di tosse [3]. Significativo è lo studio di MIT. È stato messo a punto un approccio di "deep learning" che consta di due fasi: in un primo momento, è stato avviato un processo di crowdsourcing a livello mondiale, condotto on line con lo scopo di realizzare un database composto da registrazioni vocali di colpi di tosse di circa 5300 soggetti. Inoltre, questi ultimi sono stati sottoposti ad una indagine di dieci domande relative ad informazioni (anonime) quali sesso, età, paese e regione di origine per verificare se i soggetti si fossero già sottoposti ad altri test di diagnosi e se presentassero sintomi come febbre, stanchezza, mal di gola, tosse, ecc... In un secondo momento, i dati sono stati analizzati utilizzando il cd. "MIT open voice model" (basato su una rete neurale convoluzionale - "CNN") già noto ai ricercatori per le sue applicazioni in riferimento agli studi per la rilevazione dell'Alzheimer (detto *ResNet50*). Esso, una volta adattato alle peculiarità del caso concreto, si è dimostrato capace di analizzare ed isolare alcuni biomarcatori acustici associati alla presenza della malattia da Covid-19. I ricercatori hanno attenzionato tre biomarcatori: degradazione muscolare, cambiamenti nelle corde vocali, valori della respirazione e nel funzionamento dei polmoni. In una comparazione tra soggetti sani ed infetti, essi consentono all' algoritmo di individuare la malattia nel caso asintomatico. Successivamente ai primi test, i risultati sono stati molto confortanti, presentando un'accuratezza del 98% sull'intero campione, ottenendo fino al 10% nel caso di soggetti asintomatici, successivamente verificati mediante test molecolare.

In conclusione, AI, se correttamente progettata e realizzata in un quadro organico a livello etico e normativo, è solo alla preistoria del suo impiego in sanità. Ipse dixit, ma si attendono smentite autorevoli in merito...

2.3 AI a supporto dell'analisi degli esami clinici

In tutto il calderone eruttante di iniziative in questo campo, vale la pena di soffermarsi su alcune punte di diamante cinesi. Mette in evidenza *Società e Rischio* [4] che nel marzo 2021, Damo Academy, spin off del colosso cinese Alibaba, ha sviluppato una AI per analizzare le TAC polmonari: avrebbe un'accuratezza del 96% in venti secondi. Baidu, il principale motore di ricerca cinese, dal suo canto ha reso disponibile per attività di ricerca il suo algoritmo *LinearFold*, lanciato nel 2019 insieme alla Oregon State University e alla University of Rochester. Esso predice la struttura secondaria di una sequenza di acido ribonucleico di un virus in modo 120 volte più veloce dello stato dell'arte, riducendo il tempo di analisi da 55 minuti a 27 secondi.

C'è poi il caso di InferVision, start up cinese che usa AI per analizzare gli esami basati su imaging, come TAC ed ecografie. A febbraio 2021, il dispositivo era operante in 34 ospedali della Cina e aveva contribuito a trattare 32.000 casi di Covid-19.

3 - CURA

In ambito terapeutico, a riguardo dell'impatto del Covid-19 sui vari settori tecnologici, risultano particolarmente promettenti due sviluppi significativi in *farmacologia e riabilitazione*.

3.1 Big Data e supercalcolo a servizio della farmacologia

Server ad alte prestazioni e connettività potenziata hanno consentito ai ricercatori di utilizzare quantità ingenti di dati (Big Data) per lo sviluppo di AI, riuscendo in tempi brevissimi a prototipare vaccini e terapie. Tre potenti centri europei di supercalcolo sono impegnati nello studio e nello sviluppo di vaccini, cure e diagnosi per Covid-19 [5]. L'obiettivo è confrontare i modelli digitali delle proteine del coronavirus con una banca dati di migliaia di medicinali esistenti, per individuare le combinazioni di molecole attive che reagiscono al virus. Si integrano il classico approccio clinico di prova ed errore. Una casa farmaceutica e numerosi grandi istituti di biologia e biochimica partecipano fornendo accesso alle loro banche dati di medicinali e composti. Il progetto *Exs-calate4CoV*, sostenuto da finanziamenti dell'UE per appena 3 miliardi di euro, conduce ricerche utilizzando una piattaforma di supercalcolo sostenuta dall'UE per verificare il potenziale impatto di molecole conosciute contro la struttura del coronavirus. Bisogna poi andare a spiegare, ad esempio alle associazioni dei pazienti diabetici di tipo 1, perchè questi soldi sottratti alla ricerca nel loro settore siano più fruttuosi nel diminuire la mortalità per Covid-19 di quella per diabete. Bisognerebbe spiegarlo in parole semplici ad "un bracciante lucano, a un pastore abruzzese, a una casalinga di Treviso"⁽²⁾...

Per quanto concerne la connettività, la Commissione e l'Organismo dei regolatori europei delle comunicazioni elettroniche (BEREC) hanno istituito un meccanismo di informazione speciale e monitorano la situazione del traffico Internet in ciascuno Stato membro per essere così in grado di reagire a eventuali problemi di capacità garantendo standard adeguati per l'erogazione di servizi on-line.

3.2 Telemedicina per l'erogazione di trattamenti riabilitativi domiciliari

Diversi studi hanno evidenziato come la telemedicina sia stata di prezioso supporto durante l'emergenza sanitaria Covid-19. Ciò, non solo come visto per la diagnostica [7, 2], ma anche per la comunicazione e collaborazione tra clinici e famiglie per garantire il proseguo delle cure anche nel contesto

(2) "La pandemia ha portato l'opinione pubblica a riconoscere l'importanza della ricerca scientifica, ma ha anche prodotto una riduzione di risorse per chiunque non si stia occupando strettamente di Covid-19 - afferma Lorenzo Piemonti del San Raffaele- [6]. Si tratta ovviamente di un grave errore, come il caso del diabete dimostra: la salute di una società è qualcosa di organico. Ecco perchè, mentre cerchiamo di sconfiggere il Covid-19 e la diffusione della pandemia, dobbiamo continuare a sostenere la ricerca su patologie croniche come il diabete".

familiare [8].

Ad esempio, a Pavia è nato il programma di telemedicina *EnFORCE* [9] per garantire la continuità assistenziale ai bambini con disabilità dello sviluppo neurologico e ridurre il disagio emotivo e il burnout psicologico familiare. Inoltre, gli interventi di telemedicina hanno facilitato l'erogazione diretta di programmi riabilitativi anche a ragazzi e giovani adulti attraverso giochi virtuali terapeutici con monitoraggio remoto da parte dei terapisti, utilizzando strumenti low cost e di comune uso (pc, console di gioco e mobile devices) nella popolazione di riferimento [10, 11, 12].

Vale la pena sottolineare ancora una volta che la telemedicina è uno dei motori più potenti di Health 4.0 e della innovazione in sanità? Domanda retorica.

4 - RIFLESSI NORMATIVI

Grazie al Covid-19, il legislatore sembra essersi ripreso dal suo storico torpore in materia di innovazione in sanità. È come se l'emergenza avesse rasserenato l'ansia di produrre una legislazione coerente e sistematica. La vocazione tutta italiana dell'emergenza ha liberato dalla responsabilità del "ben fatto" in favore de "il meglio è nemico del bene".

Pertanto, a parte l'attuale clima legislativo inquinato dai dibattiti sul no-vax, che lasciano il tempo che trovano, restano però significativi alcuni interventi. Partiamo da un breve richiamo dell'impatto sul Piano della Salute del 2014, che già aveva delineato come prioritarie una serie di linee di sviluppo fortemente basate sulle tecnologie digitali e sull'e-health. Si passa poi a richiamare e commentare l'atto di indirizzo per l'anno 2021 del Ministero della Salute. Quest'ultimo è gravido di fecondi spunti per l'innovazione tecnologica in sanità. A noi operatori in materia saper poi vedere l'opportunità dietro il problema.

4.1 Piano della Salute 2014

Il piano della Salute 2014 è stato l'ultimo documento di pianificazione nazionale redatto in materia sanitaria. È interessante valutare come intenti già ben delineati sette anni fa abbiano subito un'improvvisa accelerazione grazie all'emergenza Covid-19 che ha funto da vero e proprio catalizzatore. Il Piano del 2014 già identificava con coraggiosa chiarezza come prioritario lo sviluppo dell'e-health ai diversi livelli del Servizio Sanitario Nazionale (SNN), attraverso la definizione e l'evoluzione nel tempo di una strategia complessiva di e-health a livello nazionale. Ovviamente, il Piano poteva permettersi il lusso di essere ardito. Il problema è che si sarebbe poi dovuto mettere su con ordine e disciplina non italiana un piano attuativo sostenibile. Esso, con altrettanto coraggio meritocratico e competitivo ('peer reviewed in inglese'), avrebbe dovuto fornire i mezzi e gli strumenti attuativi a soggetti meritevoli e al di sopra di ogni sospetto di "combine". Comunque, al di là delle recrimi-

nazioni (facile criticare, difficilissimo fare bene), tale strategia era condivisa nell'ambito della Cabina di regia del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS). Inoltre, era già finalizzata ad indirizzare coerentemente le iniziative progettuali di e-health a livello regionale e locale, ai fini dell'attuazione della sanità digitale all'interno del processo di modernizzazione del SSN.

4.2 Atto di indirizzo per l'anno 2021 del Ministero della salute

In piena pandemia (23 febbraio 2021), l'Atto di indirizzo del 2021 definisce la trasformazione in atto del SSN in risposta all'emergenza Covid-19. Le principali misure, introdotte dai decreti legge nel corso dell'emergenza, hanno riguardato con specifico riferimento all'accelerazione tecnologica:

- *Fascicolo sanitario elettronico*: la sua semplificazione deve permettere un accesso diretto ai dati dei pazienti da parte degli operatori sanitari. Con l'obiettivo di ammodernare la presa in carico del paziente e la sua gestione lungo tutto il percorso di cura, viene indicato che sarà necessario potenziare gli investimenti in tecnologie, processi e digitalizzazione, applicando soluzioni innovative. Ciò deve agevolare il contatto tra medico e paziente, puntando ad una sanità di "prossimità".

- *Diffusione delle nuove tecnologie*: In questo senso, l'Atto ritiene di fondamentale importanza l'attivazione di un percorso di diffusione dell'utilizzo della tecnologia nell'ambito dei servizi sanitari basato sulla telemedicina e teleassistenza, sulle cartelle cliniche elettroniche, su piattaforme tecnologiche di AI, sulla diagnostica point-of-care e sulle piattaforme per l'empowerment dei pazienti per l'educazione sanitaria dei cittadini.

- *Sistema informativo sanitario*: esso verrà potenziato per supportare le Regioni e il Ministero della salute nell'esercizio delle loro competenze e verrà adottata ogni azione necessaria a rendere più efficace e completo il fascicolo sanitario elettronico.

- *Ricerca sanitaria*: per garantire una sanità che risponda ai bisogni di assistenza e cura, sarà di fondamentale importanza promuovere la ricerca sanitaria. Essa renderà possibile innovative applicazioni cliniche, che offriranno ai pazienti nuove e più efficaci cure e percorsi assistenziali. In ultimo, nei prossimi anni, il Paese sarà impegnato nell'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), grazie alle risorse messe a disposizione dall'Unione Europea con il Next Generation EU per la realizzazione di riforme e investimenti orientati a sviluppare la ricerca.

Pertanto, la politica sanitaria del prossimo triennio, in termini di opportunità, vincoli ed in linea con il quadro strategico del nuovo patto della salute 2021-2022, andrà ad incidere sulle seguenti macroaree, riferite sempre all'innovazione tecnologica: (i) rafforzamento del governo dei processi di innovazione scientifica e tecnologica; (ii) sviluppo del sistema informativo e

statistico sanitario; e (iii) ammodernamento della governance farmaceutica e dei dispositivi medici.

5 - PROSPETTIVE FUTURE

Questo quadro tutto sommato positivo di nuovi impulsi alla diffusione delle nuove tecnologie in sanità trova tuttavia ancora un clima di reciproco sospetto tra medici e tecnologi. Esso resta ancora un ostacolo potente da dissipare con iniziative volte alla frammistione culturale ed umana. Si pensi alla difficoltà di attivazione nelle Università pubbliche di percorsi di studio di medicina ad indirizzo tecnologico, create da sacche consistenti autoreferenziate e sorde al mercato del lavoro.

Comunque, a parte questi aspetti di arretratezza culturale del nostro Paese, restano alcuni spunti interessanti per il futuro.

5.1 Connettività

Si rende dunque necessaria una nuova consapevolezza, riguardante soprattutto la duplice strategicità della diffusione capillare dell'accesso ad internet e di un banda sufficientemente ampia per fruire qualitativamente dei nuovi servizi digitali offerti dal 5G. A tal proposito, sia di monito per la sanità la recente debacle di DAZN in campo entertainment.

5.2 Robot in corsia

La pandemia ha portato ad un impiego massivo a livello mondiale (soprattutto in Cina) di robot in corsia. Essi hanno svolto mansioni semplici in condizioni di pericolo di contagio in ospedali Covid-19, rappresentando un contesto di test diffuso di impiegabilità del robot in compiti di assistenza di base in presidi ospedalieri.

5.3 Medicina personalizzata

L'esperienza maturata in occasione del contrasto alla pandemia favorirà la costruzione e condivisione di sequenze genomiche complete finalizzate ad implementare terapie cliniche più precise con farmaci mirati. Grazie alla possibilità di produrre, condividere e processare quantità ingenti di dati, la predisposizione alle malattie sarà rilevata in anticipo, permettendo prevenzione e intervento precoce. Applicazioni di genomica accoppiate con tecnologie AI e dispositivi digitali per uno stile di vita monitorato e agganciato a sistemi di allerta saranno sempre più al centro della nuova autogestione della salute e dell'adozione di strumenti di prevenzione.

5.4 Diagnostica a distanza

Devono essere maggiormente impiegati nuovi canali informativi (quale ad esempio quello acustico) come successo nel caso della diagnosi di Covid-19

attraverso l'analisi della voce del paziente. L'impiego di nuovi segnali per la diagnostica (la voce, il colorito del viso, la patina oculare, ecc) consentiranno di realizzare diagnosi non invasive implementabili anche a distanza.

5.5 Epidemiologia real-time

Essa sarà sempre più basata su impiego di app per smartphone e social per monitorare la diffusione di patologie su larga scala.

6 CONCLUSIONI

Per tutta la prima metà del 2020, la pandemia ha avuto un impatto significativo e senza precedenti sulla salute e sulle condizioni economiche di ogni Paese. Per la sanità, l'imposizione di blocchi e di allontanamento sociale ha minato il modello tradizionale di assistenza sanitaria in presenza nella maggior parte delle situazioni non di emergenza. Tuttavia, la pandemia ha spinto gli enti a incrementare l'uso di svariate tecnologie a supporto di prevenzione, cura e assistenza. Vi è stata una rapida accelerazione del tasso tecnologico: in particolare, la telemedicina, le consultazioni virtuali e il monitoraggio remoto dei pazienti. Secondo una recente analisi di Deloitte [13], il 65% degli intervistati europei dichiara che la propria organizzazione ha incrementato l'impiego di tecnologie digitali per supportare il lavoro degli operatori sanitari con una percentuale del 66%. Per quanto riguarda invece l'utilizzo di tecnologie digitali per fornire supporto e modalità di ingaggio virtuali ai pazienti, il 64% ha dichiarato di aver assistito in generale a un incremento. Durante l'emergenza, per quanto riguarda le tecnologie rivolte agli operatori sanitari e per quelle destinate ai pazienti, sono soprattutto i medici di medicina generale a confermare di avere assistito a un potenziamento di tali tecnologie.

Cresce parallelamente la domanda di servizi self-service nei cittadini europei. Le persone non sono più disposte a essere destinatari passivi di cure: si aspettano di poter accedere ai servizi di assistenza di cui hanno bisogno più rapidamente, più facilmente e più comodamente.

Quindi in conclusione: ora sta a noi operatori dell'innovazione saper cogliere l'opportunità insita nel grande problema della pandemia.

◦ *Testo redatto nel mese di ottobre 2021*

References

- [1] B. Smith, K. C. Tang, and D. Nutbeam. “Glossario OMS della Promozione della Salute: nuovi termini”. In: (2006).
- [2] Antonio Narzisi. “Phase 2 and later of Covid-19 lockdown: Is it possible to perform remote diagnosis and intervention for autism spectrum disorder? An online-mediated approach”. In: *Journal of clinical medicine* 9.6 (2020), p. 1850.
- [3] Jordi Laguarda, Ferran Hueto, and Brian Subirana. “Covid-19 artificial intelligence diagnosis using only cough recordings”. In: *IEEE Open Journal of Engineering in Medicine and Biology* 1 (2020), pp. 275–281.
- [4] Società e Rischio. url: <https://www.societaerischio.it/cid/1030>.
- [5] Commissione Europea. “Soluzioni digitali durante la pandemia”. In: Available on line. url: https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/digital-solutions-during-pandemic_it.
- [6] IRCCS Ospedale San Raffaele. url: <https://www.hsr.it/news/2020/novembre/giornata-mondiale-diabete-2020-ricerca>.
- [7] Eugenia Conti et al. “Moving Toward Telehealth Surveillance Services for Toddlers at Risk for Autism During the Covid-19 Pandemic”. In: *Frontiers in Psychiatry* 11 (2020), p. 1285.
- [8] Nurussakinah Daulay. “Home education for children with autism spectrum disorder during the Covid-19 pandemic: Indonesian mothers experience”. In: *Research in Developmental Disabilities* 114 (2021), p. 103954.
- [9] Livio Provenzi, Serena Grumi, and Renato Borgatti. “Alone with the kids: tele-medicine for children with special healthcare needs during Covid-19 emergency”. In: *Frontiers in Psychology* 11 (2020).
- [10] Elisa Mantovani et al. “Telemedicine and virtual reality for cognitive re-habilitation: a roadmap for the Covid-19 pandemic”. In: *Frontiers in neurology* 11 (2020), p. 926.
- [11] Antonio Narzisi. *Handle the autism spectrum condition during Coronavirus (Covid-19) stay at home period: Ten tips for helping parents and caregivers of young children*. 2020.
- [12] Ravi Pratap Singh et al. “Significant applications of virtual reality for Covid-19 pandemic”. In: *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews* 14.4 (2020), pp. 661-664.
- [13] Deloitte. url: https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/it/Documents/public-sector/CS%20Deloitte%20_%20Shaping%20the%20future%20of%20European%20healthcare.pdf.

L'esperienza pandemica e l'evoluzione organizzativa in sanità

Vincenzo Giordano

L'esperienza Covid-19 ha delineato ulteriormente la necessità di un diverso equilibrio di risorse tra i livelli di assistenza ospedaliera e territoriale.

Una transizione assistenziale che deve agire su un reale cambio di modalità assistenziali e richiede integrazioni funzionali tra ospedale e territorio.

Questa transizione va definita in uno scenario che deve tener conto dell'effettiva presa in carico del bisogno di salute con un outcome assistenziale territoriale efficiente ed efficace. Non è più possibile proprio alla luce dell'esperienza pandemica pensare a cluster ospedalieri e territoriali separati, l'assistenza deve essere integrata e partecipata.

Il Covid ha definito ambiti assistenziali che devono tener presente:

- una nuova *epidemiologia del territori* ad impatto assistenziali”;
- nuovi paradigmi assistenziali (es: assistenza domiciliare USCA); teleassistenza/telemedicina;
- nuovi paradigmi di offerta di cure con un energico processo di implementazione dell'assistenza territoriale.

Nuove esigenze di governo della salute dove la triade bisogno-domanda-offerta deve sviluppare reali dinamiche integrative ospedale territorio ed, in particolare, l'enfasi posta sulla transizione epidemiologica post Covid, la gestione delle problematiche familiari e delle comorbidità, rappresentano il futuro della sanità.

Il rischio più grande è trascurare la “visione di insieme”, l'effetto finale della somma di interventi è creare una sanità a due velocità di sviluppo che deve tener conto del bisogno di salute e della transizione epidemiologica in corso Covid.

La deospedalizzazione assicura appropriatezza, ma si devono rafforzare le cure intermedie e primarie; individuare i fabbisogni reali di personale che garantirà una

reale efficienza; l'individuazione di strutture e servizi territoriali vedi case della salute, ospedali di comunità, reale funzionalità di AFT ed UCCP garantiranno un'offerta ospedaliera efficace ed efficiente ed integrata con il territorio in termini assistenziali, la logistica assistenziale e la sua funzionalità sarà determinante in ottica *clinical governance e disease management* per i percorsi diagnostico-terapeutici realmente funzionali.

Il salto di paradigma non si può affrontare se non partendo da un presupposto: i nuovi cluster di bisogno -sanitario ed economico- meritano non solo figure dei professionisti e dei tecnici di settore ma di un care management innovativo definito dalla transizione epidemiologica vissuta che, a differenza di quanto avvenuto in risposta alle tradizionali emergenze, rappresenterà un momento di vera implementazione assistenziale rendendo reale l'integrazione ospedale territorio con un reale ruolo del territorio. La flessibilità delle risposte territoriali è il nodo di governo clinico più rilevante più meritevole.

L'esperienza Covid, la domiciliazione delle cure, ed al tempo stesso l'individuazione di ospedali Covid dedicati per governare realmente il sistema, dovrà spingere verso un reale sviluppo della medicina "di iniziativa" su basi epidemiologiche valorizzando la sinergia tra i nodi assistenziali del sistema e la stretta alleanza culturale ed operativa tra le professionalità ospedaliere e territoriali con ruoli definiti.

Il management sanitario dovrà definire il coordinamento tra i diversi livelli e l'integrazione degli indirizzi ospedalieri e territoriali di cura ai fini di orientare positivamente e in maniera sinergica l'offerta sanitaria su tutto il percorso di cura.

Il Master in Management Sanitario ed il suo ruolo formativo e di indirizzo

Il Master è un prodotto articolato e completo dell'offerta formativa della Scuola di formazione in Management Sanitario che ogni anno accoglie 40 allievi provenienti da Aziende Sanitarie e Ospedaliere e dalla Sanità Privata che si misurano con esperti universitari, aziendali e istituzionali in sedute d'aula, attività seminariali, laboratori, esercitazioni e meeting interattivi ed i discenti si misurano con il confronto intra e interdisciplinare ampio e complesso con il fine ultimo di condividere ed implementare i saperi.

Le tesi seguenti rappresentano una sintesi dei percorsi progettualinsvolti dai discenti nell'edizione XVII e XVIII del percorso formativo. Un distillato delle esperienze dei professionisti della salute che si sono confrontati con il complesso contesto pandemico, restituendo così lo spaccato di una Sanità che è andata avanti proseguendo senza sosta nella gestione delle progettualità.

**Tesi della XVII edizione del
Master in Management Sanitario
dell'Università Federico II di Napoli
(a.a 2018-2019)**

TESI AREA TEMATICA

La ridefinizione delle attività gestionali sanitarie in ottica di miglioramento LEA e sostenibilità economica nell'ambito dell'organizzazione e gestione delle strutture sanitarie

Tutor: Vincenzo Giordano

Diagnosi e management dei tumori melanocitici cutanei in età pediatrica: criticità e PDTA

Filomena Barbato

Specialista ambulatoriale in Dermatologia presso AORN Santobono-Pausilipon e ASL NA1

PDTA malattie rare: il modello assistenziale della fenilchetonuria

Maria Teresa Carbone

Responsabile UOS Malattie Metaboliche e Rare. AORN Santobono-Pausilipon Napoli

Appropriatezza nei Sistemi di Acquisizione delle Tecnologie Sanitarie in Sanità. Risvolti in Termini di Performance Clinica: Il Caso dell'AORN Santobono Pausilipon

Antonella Giuliani

Dirigente Amministrativo - Ufficiale Rogante U.O.C. Tecnico Patrimoniale e ICT - Ingegneria Clinica - AORN Santobono-Pausilipon

Dal pensiero multidisciplinare al concetto di Pediatria integrata: come costruire un percorso condiviso di diagnosi e cura per il paziente con Sleep apnea in età pediatrica e di transizione nella regione Campania. Valutazione delle criticità aziendali e strategie di intervento interaziendale

Luigi Masini

Dirigente Medico UOC Pneumologia Pediatrica e UTSIR, AORN Pediatrica Santobono-Pausilipon, Napoli; Incarico professionale di alta specializzazione in Disturbi respiratori nel sonno e polisonnografia

BPCO: PDTA e Deospedalizzazione

Assunta Micco

Dirigente Medico Responsabile di Struttura Semplice di Terapia Sub-Intensiva Respiratoria. UOC di Pneumologia- A.O. “San Pio” di Benevento

Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2.500 grammi non correlata a malattia congenita

Rosanna Pluvio

OC Pediatria - P.O. “Santa Maria delle Grazie” Pozzuoli

PDTA per trauma cranico minore pediatrico

Eduardo Ponticiello

Dirigente I livello dipartimento di emergenze pediatriche AORN Santobono-Pausilipon

L'importanza di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) nella diagnosi e management degli Emangiomi infantili e delle Malformazioni vascolari in età pediatrica da attuare presso AORN Santobono-Pausilipon

Elena Sammarco

Specialista Ambulatoriale in Dermatologia e Venereologia AORN Santobono-Pausilipon Napoli

Diagnosi e management dei tumori melanocitici cutanei in età pediatrica: criticità e PDTA

Filomena Barbato

Specialista ambulatoriale in Dermatologia presso
AORN Santobono-Pausilipon e ASL NA1

PREMESSA

I tumori cutanei rappresentano un problema sanitario rilevante a causa della loro elevata incidenza nella popolazione. In Italia si stima che almeno 15-30 persone su 100.000 sviluppino ogni anno un melanoma che è il tipo di tumore cutaneo più temibile. Lo screening del melanoma quindi riveste una particolare rilevanza per almeno due motivi: il primo concerne l'elevata mortalità di questa neoplasia, se la diagnosi non è tempestiva; il secondo riguarda la grande frequenza della sua controparte benigna: i nevi melanocitici, che sono presenti sulla cute di gran parte della popolazione. Di conseguenza, lo screening del melanoma e dei tumori cutanei dovrebbe coinvolgere un numero di persone molto elevato.

Negli ultimi anni l'attenzione nei confronti di questa neoplasia è molto aumentata, con risultato di una progressiva saturazione delle strutture preposte allo screening del melanoma. Liste di attesa di mesi, o addirittura anni, rappresentano ormai la norma per accedere agli ambulatori di screening, così come le liste di attesa per l'accesso agli ambulatori chirurgici, a causa dell'elevato numero di nevi benigni che, non riconosciuti clinicamente, vengono asportati inutilmente al fine di diagnosticare il melanoma in fase precoce. Tale situazione è paradossale perché per i pazienti con melanoma diviene sempre più difficile l'accesso alla diagnosi precoce e al trattamento tempestivo, visti i tempi di attesa così lunghi.

Al di sotto dei 15 anni di età, il melanoma fortunatamente è un tumore raro che costituisce il 2% dei Melanomi maligni (MM), ma tale rischio aumenta moltissimo nei pazienti in terapia immunodepressiva con o senza coesistenza di altre neoplasie, in terapia ormonale (ormone della crescita), con alterazioni genetiche come lo xeroderma pigmentoso, con familiarità per melanoma, con fototipo chiaro e numerosi nevi.

Nella popolazione pediatrica generale invece, bisogna prestare molta attenzione ai nevi congeniti di diametro superiore ai 2 cm e alle lesioni nodulari in rapido accrescimento. In questi casi il controllo dermatologico si rende necessario per due ordini di motivi: il primo è relativo alla possibile insorgenza di un melanoma nel contesto di un nevo congenito; se è vero che il melanoma è raro nell'infanzia, è anche vero che la maggior parte dei casi riportati sono legati ai nevi presenti dalla nascita, che mostrano un rischio di trasformazione proporzionale alla loro

dimensione. In particolare, i nevi di dimensioni inferiori ai 2 cm presentano un rischio praticamente nullo, mentre circa 1:200 di quelli di dimensioni superiori ai 2 cm possono sviluppare un melanoma nel corso della vita. Il secondo è rappresentato dalla comparsa di un nodulo in rapido accrescimento: le lesioni palpabili dei bambini in rapido accrescimento da meno di un anno, sia che siano pigmentati che di colore rosa-rossastro, possono rappresentare un difficile problema diagnostico differenziale, non soltanto clinico ma anche istologico. In alcuni casi, cioè, ci si può trovare di fronte ad un caso di nevo di Spitz o di tumore di Spitz atipico, lesione melanocitaria caratterizzata da una biologia intermedia fra una lesione completamente benigna ed un melanoma.

OBIETTIVO

Obiettivo di questo lavoro è l'implementazione di una rete di specialisti ed un percorso multidisciplinare e multilivello cioè un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) dedicato, per i pazienti pediatrici affetti da Melanoma e lesioni Spitzoidi, con obiettivi di prevenzione e cura che hanno lo scopo di:

- Incrementare le diagnosi precoci con conseguente riduzione della mortalità e dei costi associati alla malattia avanzata;
- Ridurre il numero di asportazioni inutili (riduzione spesa sanitaria);
- Ridurre i tempi di attesa negli ambulatori diagnostici, chirurgici e oncologici;
- Omologare delle linee di comportamento appropriate per le lesioni di incerto significato biologico come i nevi di Spitz atipici e i Tumori Spitzoidi per i quali non ci sono linee guida specifiche;
- Incrementare la qualità del servizio assistenziale ai pazienti con conseguente riduzione del numero di pazienti che si recano fuori regione;
- Garantire un modello assistenziale per i pazienti con sospetto diagnostico di melanoma attraverso una unità aziendale interdisciplinare integrata con MMG e PLS le strutture dermatologiche territoriali, per l'organizzazione di un percorso finalizzato a migliorare la qualità della vita e delle cure, l'appropriatezza dell'impiego delle tecnologie e delle risorse aziendali.

METODOLOGIA

Di seguito sono descritte le fasi del percorso:

- 1) Screening di 1° livello
- 2) Diagnosi del melanoma e tumori melanocitici cutanei
- 3) Trattamento e Follow-up

Prima fase: lo screening di 1° livello vede la collaborazione con i MMG e PLS, che nel sospetto clinico nell'ambito delle tipologie di pazienti al di sotto di 15

anni che presentano: nevo congenito > 2 cm, nodulo in accrescimento, immunodepressione, neoplasie concomitanti, terapie ormonali, fototipo chiaro e nevi multipli, inviano all'ambulatorio di dermatologia generale aziendale.

Seconda fase: il territorio e la stessa dermatologia generale aziendale valuta attraverso il dermatoscopio manuale che consente di visitare velocemente e su tutto l'ambito cutaneo il paziente e se necessario invia all'ambulatorio di Dermoscopia aziendale di 2 livello che è preposto attraverso la videodermoscopia, all'approfondimento diagnostico e all'eventuale follow up delle lesioni sospette poiché spesso, alcune di esse, nei bambini, hanno un vero percorso dermoscopico che se corrisponde alle variazioni attese, possono tranquillamente essere risparmiate dall'escissione chirurgica. In caso di lesione fortemente sospetta, l'ambulatorio di dermatoscopia invia alle chirurgie preposte per la escissione e l'esame istologico

Terza fase: il trattamento e follow up del melanoma e e tumori spitzoidi e nevi di spitz atipici prevede l'adesione a protocolli terapeutici e di follow up in base allo stadio di malattia. A questo scopo un tavolo di lavoro multidisciplinare a volte anche con gruppi di altre aziende, avrà la responsabilità di gestire i casi più complessi dal punto di vista diagnostico e terapeutico con lo scopo di offrire al paziente un supporto di elevato livello di professionalità come quello di un gruppo multidisciplinare. Gli incontri hanno l'obiettivo di:

- studiare tutte le opzioni relative alla gestione diagnostico-terapeutica della malattia
- discutere i rischi e benefici legati alle scelte operative
- fornire al paziente un punto di riferimento univoco nel suo percorso

In caso di melanoma si procede alla stadiazione del paziente per impostare il protocollo più corretto di terapia e follow up.

Se non vi sono localizzazioni di malattia regionale e a distanza si procede al trattamento di radicalizzazione del melanoma primitivo con o senza biopsia del linfonodo sentinella a seconda del livello di Breslow. Se al contrario gli esami manifestano malattia a distanza o a livello regionale, la gestione sarà più complessa perché rivolta anche al trattamento sia medico che chirurgico delle metastasi.

Nel caso di tumore/nevo di Spitz atipico, si era soliti trattarli, fino a pochi anni fa, seguendo le linee guida del melanoma tradizionale. Numerosi studi retrospettivi sono stati poi effettuati ed è stato osservato che la prognosi infantile di queste lesioni è buona e lo è anche in presenza di metastasi linfonodali. I maggiori esperti pertanto si orientano a consigliare solo un allargamento della lesione e follow up stretto dermoscopico ed ecografico. In realtà non esistono linee guida e/o raccomandazioni specifiche a riguardo pertanto risulta molto complessa la decisione che va sempre presa caso per caso. Lo scopo del follow up invece, è quello di

riconoscere la ricorrenza di malattia e o l'insorgenza di altre lesioni primitive e si avvia di esami clinici e strumentali.

Contesto aziendale e risultati

Dalla fine del 2013 ad oggi, presso il P.O.Pausilipon è attivo un ambulatorio dedicato alle lesioni melanocitarie infantili. Dal 2014 alla fine del 2019, sono state escisse 317 lesioni di cui: 156 nevi di Spitz- Reed, 34 Tumori di Spitz/Nevi di Spitz atipici e 3 Melanomi Spitzoidi; per alcuni di questi in base allo spessore (superiore a 1 mm breslow) sono stati effettuati 16 linfonodi sentinella di cui 5 risultati positivi. Di questi, due sottoposti poi a svuotamento linfonodale mentre 3, sono sottoposti a follow up.

Dal 2011 al 2013 invece sono state escisse ben 218 lesioni di cui: 27 Nevi di Spitz, 5 Nevi/Tumore di Spitz atipici e 2 Melanoma Spitzoide; sono stati effettuati 5 linfonodi sentinella(per i melanomi e per i N/T di Spitz atipici con Breslow > 1 mm) e per i 3 risultati positivi, si è proceduto a svuotamento linfonodale

Da circa un anno presso il PO Pausilipon seguiamo questo orientamento:

In caso di lesione spitzoide in un bambino < 12 anni

- Pattern clinico-dermoscopico tipico, simmetrico
- Diametro <8 mm
- Sedi ad elevato impatto estetico
- Follow up a 3 mesi per 3 volte poi a 6 mesi fino a stabilizzazione
- Lesione nodulare, pattern dermoscopico atipico, multicomponente, velo grigio blu
- Diametro > 8 mm, incremento dimensioni senza tendenza alla stabilizzazione
- Sedi di difficile ispezione, monitoraggio, interpretazione
- Criteri di sospetto al follow up
- Escissione

CONCLUSIONI

Un percorso integrato, così organizzato per la gestione delle lesioni melanocitiche garantisce:

- 1) una valutazione diagnostica accurata e possibile attraverso un ambulatorio dedicato di II livello in grado di effettuare, videodermatoscopia con immagazzinamento di immagini in modo da garantire da un lato diagnosi precoci di lesioni melanocitiche maligne, dall'altro un accurato e attento follow up di molte lesioni che, diversamente, per le atipie che presentano, sarebbero candidate alla escissione;

2) una conseguente e drastica riduzione delle escissioni di lesioni benigne melanocitarie che clinicamente appaiono atipiche, con vantaggio del rispetto di salute per il paziente e riduzione del disagio dello stesso e dei familiari

3) un conseguente risparmio della spesa sanitaria

4) omogeneità di comportamento dei vari specialisti con cui il paziente si confronta; in ambito pediatrico esistono delle lesioni melanocitiche ad incerto significato biologico come il Nevo/Tumore di Spitz atipico: per queste a differenza del Melanoma, non esistono Linee Guida pertanto i vari centri di riferimento pediatrici si sono comportati nei confronti della loro gestione in maniera diversa facendo riferimento all'esperienza e spesso venivano adottate le linee guida classiche del Melanoma Maligno. Presso il P.O. Pausilipon negli ultimi anni in seguito a confronti multidisciplinari e con i maggiori esperti anche di altre aziende, nonché sulla base di recenti evidenze scientifiche, ha adottato un comportamento meno aggressivo limitandosi alla escissione chirurgica e alla eventuale radicalizzazione infatti numerosi studi hanno dimostrato che i Tumori di Spitz atipici pediatrici di qualunque spessore di Breslow, anche in presenza di metastasi linfonodali, hanno una buona prognosi. Sulla base di questo è opinione maggiore evitare un'inutile biopsia di linfonodo sentinella che se positivo impone poi una linfadenectomia radicale con conseguente probabile secondaria stasi linfatica che altererebbe la qualità di vita dei piccoli pazienti. Per casi complessi, un confronto multidisciplinare è sempre operativo per scegliere il tipo di management più adeguato

5) la definizione di un percorso e la continua collaborazione tra gli operatori migliora senza dubbio l'offerta assistenziale dove il paziente è il protagonista e ha la consapevolezza di esserlo ottenendo il miglioramento della percezione di efficacia della struttura nella gestione della malattia (qualità percepita)

6) nell'anno 2019 sono state effettuate 295 nevoscopie e tra queste sono stati escisse 29 lesioni spitzoidi, 5 tumori di Spitz atipici, 1 Melanoma sottile, 14 nevi atipici, solo un Linfonodo sentinella (per il MM) che è risultato negativo. Nell'anno 2012, sono stati escissi 1 Tumore di Spitz atipico e 4 Nevi di Spitz, 70 nevi atipici e 2 Linfonodi sentinella; Da ciò si evince che sono aumentati rispetto al 2012 le lesioni in follow up, la diagnostica è più efficace e sono diminuite le asportazioni di nevi. Nel futuro si spera di effettuare sempre meno escissioni che devono essere sempre più mirate e nessun linfonodo sentinella per tumori di Spitz.

PDTA malattie rare: il modello assistenziale della fenilchetonuria*Maria Teresa Carbone*

Responsabile UOS Malattie Metaboliche e Rare. AORN Santobono-Pausilipon Napoli

DEFINIZIONE MALATTIE RARE

Secondo una definizione adottata in ambito comunitario, le malattie rare (MR), hanno una prevalenza nella popolazione inferiore a 5 casi ogni 10.000 abitanti. Si tratta di patologie eterogenee, accomunate da problematiche assistenziali simili, che necessitano di essere affrontate globalmente e che richiedono una particolare e specifica tutela, per le difficoltà diagnostiche, la gravità clinica, il decorso cronico, gli esiti invalidanti e l'onerosità dei trattamenti.

Il ritardo nella diagnosi delle MR dipende da vari fattori, tra cui *la mancanza di conoscenze adeguate da parte dei medici spesso collegata alla estrema rarità della malattia, la presenza di segni clinici individualmente non diagnostici, limitata disponibilità di test diagnostici, la frammentazione degli interventi*. Questi problemi, uniti anche alla difficoltà, da parte dei clinici, di comunicare la diagnosi di malattie gravi o infauste, si riflettono sul ritardo nella presa in carico e sulla sua efficacia e spesso le persone affette ricorrono a trattamenti non appropriati.

Numerosi trattamenti (sintomatici, di supporto, riabilitativi, educativi, sostitutivi o supplementativi di funzioni, palliativi), possono cambiare notevolmente il decorso clinico e l'attesa di vita, il grado di autonomia e la qualità di vita delle persone affette e dei loro familiari. L'accesso a questi trattamenti già disponibili e i loro aspetti innovativi costituiscono elementi chiave nelle politiche per l'assistenza ai malati rari.

DEFINIZIONE IPERFENILALANINEMIA

L'iperfenilalaninemia è la più diffusa malattia metabolica congenita del metabolismo proteico. Il deficit dell'enzima epatico fenilalanina idrossilasi (PAH), a trasmissione autosomica recessiva, determina l'accumulo dell'aminoacido essenziale fenilalanina, con conseguente incremento dello stesso oltre gli intervalli biologici di riferimento in differenti liquidi biologici (sangue, urine, liquido cefalo-rachidiano).

L'iperfenilalaninemia se non trattata precocemente conduce, nelle sue forme più severe, a ritardo psicomotorio e mentale irreversibile, ma se diagnosticata alla nascita (quindi in fase pre-clinica), l'evoluzione clinica sfavorevole può essere prevenuta con una dieta ad apporto ridotto e controllato di fenilalanina.

L'introduzione dello screening neonatale ha permesso di diagnosticare preco-

cemente anche le forme più lievi di iperfenilalaninemia, consentendo di valutare con maggior accuratezza l'incidenza della patologia, attualmente pari a circa 1:4000 nati vivi (maggiore nelle isole) e dei portatori sani (eterozigoti), che nella popolazione generale è stimata essere pari a circa 1:50.

Il trattamento standard per la PKU consiste in una dieta a basso contenuto proteico e di Phe, nella supplementazione di Tyr (il prodotto della normale attività dell'enzima PaH) e di miscele aminoacidiche. Attraverso un buon controllo delle concentrazioni di Phe durante la prima infanzia, la maggior parte dei pazienti affetti presentano uno sviluppo neurologico e fisico nella norma.

In accordo alle ultime linee guida raccomandano un trattamento dietetico a vita.

La dietoterapia della PKU è un meccanismo complesso che richiede una organizzazione tra laboratorio, pediatra esperto in malattie metaboliche, dietiste e psicologo e collaborazione della famiglia che deve essere seguita e monitorata nella difficile gestione dietetica del bambino PKU. Il follow up del paziente si deve avvalere di un *percorso integrato* tra famiglia (comprendendo in ciò anche le Associazioni di pazienti/genitori), l'Ospedale e le Strutture territoriali (ad esempio: Pediatra di Libera Scelta/Medico di base, Consulteri Pediatrici, Centri vaccinali zonali).

DEFINIZIONE PDTA

Il PDTA è una descrizione dettagliata degli interventi medico-sanitari messi in atto per una determinata patologia nella loro sequenza cronologica, necessari per conseguire il massimo livello di qualità con i minori costi e ritardi, nel rispetto del contesto organizzativo in cui si opera al fine di:

- **adottare comuni criteri di sospetto della malattia**
- **adottare comuni criteri di diagnosi, terapia e follow-up**
- **applicare il protocollo clinico in modo omogeneo in tutto il territorio aziendale/regionale**
- **fornire strumenti di monitoraggio del processo assistenziale**

Attualmente il PDTA per le iperfenilalaninemie segue le indicazioni fornite dalla delibera sugli screening neonatali estesi (D.R. 25/3/2019).

Alla luce di tali indicazioni risulta necessaria adeguata implementazione dello stesso a livello regionale ed aziendale (UOS Malattie Metaboliche e Rare- AORN Santobono Pausilipon Napoli).

OBIETTIVI GENERALI DEL PDTA

L'obiettivo di un PDTA è incrementare la qualità dell'assistenza migliorando gli outcome del paziente, promuovendo la sicurezza dei pazienti, aumentando la soddisfazione dell'utenza ed ottimizzando l'uso delle risorse.

OBIETTIVI DEL PDTA DELLA PKU

Perseguire una gestione multidisciplinare integrata del paziente con fenilcheto-

nuria mediante tempestive e produttive procedure diagnostico/terapeutiche.

Offrire una presa in carico immediata, efficienza diagnostica e riduzione e/o eliminazione fuga della domanda.

METODOLOGIA

INDICATORI DI PROCESSO:

N° di pz inseriti per PKU nel registro interregionale malattie rare

INDICATORI DI ESITO:

A breve termine

N° di pz. inseriti nel PDTA che tornano all'accesso post dimissione prima della visita programmata (1 - 2 mesi)

A medio termine

N° di pz. che necessitano di un ricovero nei 3 - 9 mesi di follow up diagnostico terapeutico

A lungo termine

N° di pz. che non tornano a controllo e/o cambiano centro di riferimento

N° di pz in età adulta con adeguato outcome neurologico

Gruppo di lavoro del PDTA per le iperfenilalaninemie regione Campania

- *Laboratorio di riferimento regionale per gli screening neonati*
- *Laboratorio di riferimento regionale per la diagnostica molecolare*
- *Centro clinico di riferimento regionale*
- *Team specialistico multidisciplinare*
- Dirigente medico esperto in malattie metaboliche
- Dietista
- Psicologa
- Personale infermieristico dedicato

Stakeholder e caregiver

A.P.E. (Associazione PKU e...)

RISULTATI ATTESI

L'implementazione del PDTA contribuirebbe a migliorare la sensibilità degli operatori nei confronti della malattia considerata.

L'applicazione omogenea a livello regionale delle indicazioni inserite nel documento PDTA permetterebbe, inoltre, agli operatori di utilizzare comuni e riconosciuti criteri di diagnosi, terapia e percorsi di follow-up.

Il PDTA per la PKU potrà quindi rappresentare per i malati e le loro famiglie uno strumento di rafforzamento del rapporto di fiducia nei confronti dei professionisti ai quali si sono rivolti, oltreché contribuire a una migliore percezione della qualità di tutto il percorso diagnostico, clinico e assistenziale

**Organizzazione e Gestione dei Servizi Sanitari
Appropriatezza nei Sistemi di Acquisizione delle Tecnologie
Sanitarie in Sanità. Risvolti in Termini di Performance Clinica:
Il Caso Dell’AORN Santobono Pausilipon**

Antonella Giuliani

Dirigente Amministrativo - Ufficiale Rogante U.O.C. Tecnico Patrimoniale e
ICT - Ingegneria Clinica - AORN Santobono-Pausilipon

PREMESSA

Il tema dell’acquisto dei beni e servizi delle aziende sanitarie è oggi al centro di un profondo processo di cambiamento che sta intervenendo su numerosi aspetti legati alla funzione acquisti. Tale cambiamento si inserisce in un contesto in cui, sul piano finanziario, si registra un progressivo ridimensionamento delle risorse pubbliche, che si concretizza in stringenti vincoli per le aziende sanitarie, a fronte di un fabbisogno in continua crescita (si pensi ad esempio a fenomeni quali l’invecchiamento della popolazione e l’aumento delle patologie croniche). Si tratta di condizioni che, seppure di contesto e contingenti, favoriscono la ricerca di soluzioni innovative e ne stimolano la concreta attuazione, anche in un’ottica di crescente *accountability* delle aziende sanitarie sotto il profilo delle performance organizzative. Tali stimoli hanno, pertanto, promosso l’implementazione di strumenti e logiche gestionali innovativi, e in generale, soluzioni di *governance* nella ricerca di livelli più elevati di efficienza, garantendo cioè una migliore utilizzazione delle risorse, nonché l’introduzione di tecnologie che consentano di identificare opzioni assistenziali maggiormente costo- efficaci, proprio nell’ottica di garantire, a parità di risorse impiegate, il massimo valore possibile in termini di salute.

In particolare, tali elementi di innovazione sono ulteriormente rafforzati da diversi scenari:

- Il contesto normativo degli appalti pubblici, sia a livello comunitario che nazionale, che enfatizza in modo trasversale gli aspetti di trasparenza ed integrità, favorendo maggiore flessibilità per le aziende sanitarie. L’introduzione di alcune procedure di selezione dei fornitori, quali il dialogo competitivo e l’accordo quadro, rappresenta un importante sforzo del legislatore per andare incontro ad alcune esigenze specifiche dei professionisti aziendali responsabili della funzione acquisti;

- La costituzione di organismi tecnici specializzati di secondo livello per la gestione delle funzioni di procurement (i soggetti aggregatori e le centrali di committenza regionali e nazionali) al fine di cercare maggiori economie di scala e specializzazione;
- Il rafforzamento del ruolo dell'*e-procurement*, che oggi risulta complementare all'attività di Consip s.p.a., offrendo, rispetto a quest'ultima, un livello maggiore di flessibilità nei prodotti offerti ed una più ampia attenzione alle specificità aziendali;
- L'inclusione nelle regole sugli acquisti di elementi relativi all'innovazione ed alla Qualificazione delle Stazioni Appaltanti.

Il lavoro della tesi, partendo dalla difficoltà di ricondurre a fattori comuni i suddetti parametri, relativamente ad esempio, alla coniugazione della centralizzazione delle funzioni di *procurement* con l'acquisto di tecnologie sanitarie innovative, fornite magari da un solo operatore sul mercato, approccia la soluzione di un problema così articolato, scomponendolo in sottoproblemi e cercando di andare alla radice delle cause (*root cause*).

Si può affermare che la ricerca dell'appropriatezza degli acquisti tecnologici in Sanità, debba avvenire attraverso il ripensamento del ruolo della funzione acquisti, che necessita di competenze di base solide e integrate, anche attraverso l'introduzione di nuove logiche nel processo, come quella dell'HTA.

In un'ottica strategica, la funzione acquisti, così integrata, dovrebbe presidiare l'intero processo, dall'analisi dei fabbisogni e relativa programmazione fino alla valutazione e gestione del contratto. Da un punto di vista manageriale interpretare gli acquisti alla luce degli obiettivi specifici e trasversali di *policy*, permetterebbe di spostare il focus dal mero rispetto formale della norma, alla ricerca di soluzioni organizzative, gestionali, giuridiche più pertinenti a risolvere il problema specifico che l'acquisto deve affrontare per il raggiungimento di quegli obiettivi e performance organizzative e gestionali che in sanità si traducono nella migliore cura per il paziente.

METODOLOGIA

Si è analizzato il contesto attuale in cui si colloca l'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale Santobono-Pausilipon, all'interno di un assetto istituzionale organizzativo del SSR fortemente accentrato, per descrivere il percorso attivato nell'ambito dei processi di acquisizione delle tecnologie, nonché sull'analisi di casi e *best practice*; ciò al fine di fornire gli strumenti gestionali utili al reale miglioramento delle *performance* aziendali, non solo dal punto di vista strettamente amministrativo, gestionale e procedurale, ma anche in termini di miglioramento degli outcome sanitari, attraverso la creazione di reale valore aggiunto dal punto di vista del miglioramento qualitativo delle prestazioni cliniche erogate.

Si sono analizzate le criticità associate ad una procedura di appalto, con particolare riferimento all'approvvigionamento di tecnologie sanitarie e servizi correlati,

nonché i benefici attesi ed effettivamente raggiunti, a seguito della recente introduzione del Nucleo HTA. Tra gli aspetti maggiormente critici rilevati si richiama i seguenti:

- L'Analisi dei profili economici dei contratti pubblici dal punto di vista della corretta individuazione del fabbisogno, attraverso la scelta saggia e consapevole delle tecnologie efficaci e appropriate, in relazione anche agli aspetti qualitativi, del perseguimento dell'efficienza amministrativa attraverso la razionalizzazione della spesa e della corretta tutela delle dinamiche concorrenziali.
- La definizione, a partire dal quadro normativo vigente, di un protocollo operativo delle azioni che i dirigenti amministrativi e i funzionari, in collaborazione e coordinamento con tutte le professionalità coinvolte, dai medici agli ingegneri clinici, devono seguire nel corso della gestione della gara e del contratto.
- L'analisi delle opportunità, degli strumenti e delle metodologie del ricorso ai nuovi strumenti di contrattazione nonché all'utilizzo delle nuove piattaforme telematiche di gestione delle procedure di gara, con notevoli benefici attesi in termini di snellimento procedurale.

A tal fine, è stato analizzato il processo di approvvigionamento delineando un percorso che ne garantisca efficacia, sicurezza e sostenibilità, attraverso la definizione della mappa strategica e del relativo sistema di indicatori di performance costruiti secondo la logica della Balanced Scorecard.

Si è proceduto con particolare riferimento all'analisi del protocollo operativo attivato per la gestione delle gare, dei contratti nonché dei processi a monte legati all'analisi dei fabbisogni e alla connessa programmazione e di quelli a valle, relativi alla gestione del contratto e alla connessa valutazione delle prestazioni contrattuali, che ricopre un ruolo fondamentale in chiave di miglioramento continuo.

RISULTATI ATTESI/CONCLUSIONI

L'analisi condotta sui risultati raggiunti a seguito dei nuovi processi di approvvigionamento attivati dall'AORN, anche grazie all'introduzione della logica HTA, consente di rilevare l'impatto positivo soprattutto nell'ambito dei processi a monte, quelli relativi all'analisi dei fabbisogni, che consentono di identificare quali sono gli acquisti "critici", che necessitano di un presidio maggiore. Si è riscontrata, infatti, l'implementazione di un processo di programmazione non meramente formale ma funzionale allo svolgimento efficiente del processo di acquisto, con il coordinamento dei tempi amministrativi con quelli organizzativi, seppure con ulteriori margini di miglioramento dei tempi di svolgimento delle relative procedure, a causa delle criticità dovute al sottodimensionamento delle risorse amministrative, a causa del blocco del turnover per il rispetto del piano di rientro regionale.

Sicuramente, i vantaggi di un coerente e sistematico processo di programmazione in ottica HTA si traducono anche nella diffusione della percezione dell'AORN come di un'amministrazione virtuosa e trasparente nell'*agere* amministrativo, che riesce ad inserirsi nel mercato in un'ottica di governo delle asimmetrie informative, notoriamente a vantaggio degli operatori economici.

L'auspicio è che tali innovazioni procedurali, ancora in fase di avvio, anche attraverso l'implementazione e lo sviluppo nel sistema di controllo direzionale e gestionale, che si serva di un cruscotto di monitoraggio e un sistema di reporting, per guidare i diversi livelli di management nella scelta e verifica della combinazione tecnologica più confacente rispetto ai vincoli istituzionali ed economico-finanziari, secondo un approccio improntato sull'appropriatezza, in una equilibrata integrazione tra efficacia degli interventi ed esigenze di economicità, possano permeare appieno la cultura organizzativa dell'AORN e tradursi in un complessivo *empowerment* dell'azienda nel governo dei processi di acquisizione, visti come un *continuum* di processi in cui ognuno crea valore aggiunto.

Sicuramente un approccio strategico alla funzione acquisti, che nell'ambito dei propri processi implementa la logica dell'HTA, consentirà la predisposizione di tutte le condizioni organizzative, professionali, finanziarie per un'efficace ed efficiente utilizzo della tecnologia a servizio del miglioramento dei livelli di appropriatezza delle cure, a garanzia dell'incremento dei benefici reali sui piccoli pazienti, sia in termini di garanzia di equità nell'accesso all'innovazione e alla qualità dei servizi, che in termini di sostenibilità per la stessa AORN.

**Dal pensiero multidisciplinare al concetto di
Pediatria integrata: come costruire un percorso condiviso
di diagnosi e cura per il paziente con Sleep apnea in età pediatrica e di
transizione nella regione Campania. Valutazione delle criticità
aziendali e strategie di intervento interaziendale**

Luigi Masini

Dirigente Medico UOC Pneumologia Pediatrica e UTSIR, AORN Pediatrica
Santobono-Pausilipon, Napoli; Incarico professionale di alta specializzazione in
Disturbi respiratori nel sonno e polisonnografia

PREMESSA

La Medicina del Sonno è una disciplina che rappresenta un terzo della Medicina Interna, pari al tempo che passiamo a dormire. Il sonno è il tempo critico della funzione respiratoria, rappresentando un osservatorio privilegiato dove riconoscere precocemente complessi patologici che possono compromettere nel tempo la dinamica cardiorespiratoria e la funzione neurocognitiva. Costruire un percorso assistenziale per pazienti cronici medicalmente complessi significa costruire un ponte per aprire al territorio la conoscenza della disciplina, per riconoscere precocemente la Sleep apnea e sincronizzare tempi di screening e intenti di follow up, disegnando un link di consegne condivise tra medicine di varie età, favorendo l'integrazione tra culture diverse, ma non distanti, per realizzare compiutamente una "cultura di transizione", con network di management interdisciplinare e multiprofessionale, necessari per complessità delle prestazioni e tempo dovuto alle stesse, per rischio connesso al trattamento e opportunità di follow-up complesso, per esigenza di perseguire una visione unitaria e integrata dei problemi clinici del paziente.

L'analisi di questo contesto suggerisce l'opportunità di promuovere una "sleep care" dell'età evolutiva già a partire dal filtro territoriale, sviluppandosi, in una Rete coordinata del Sonno, verso livelli successivi di competenza, da tradurre in livelli successivi di complessità assistenziale, diagnostica e terapeutica.

PRESUPPOSTI SCIENTIFICI

I Disturbi del Sonno rappresentano un vasto capitolo della Medicina Pediatrica, interessano una grossa fetta della popolazione e includono insonnie, disturbi respiratori nel sonno, ipersonnie di origine centrale, disturbi del ritmo circadiano sonno veglia, parasonnie e disturbi del movimento sonno correlati.

I Disturbi Respiratori nel Sonno (DRS) comprendono uno spettro ampio di patologie con diversi gradi di espressività che vanno dal russamento primario, mani-

festazione più lieve, alla sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS), manifestazione più grave, passando per le ipoventilazioni ostruttive o miste, associate o meno a vari complessi sindromici; dalle anomalie del massiccio craniofacciale alla patologia neurochirurgica progressiva; dalle patologie da aumentato carico respiratorio (*lung failure*) per malattie sistemiche o dell'apparato respiratorio, alle patologie da deficit di forza dei muscoli respiratori (*pump failure*) per malattie neuromuscolari; dalla ipoventilazione alveolare centrale congenita (*drive failure*) alla sindrome obesità ipoventilazione (OHS). L'OSAS è un disturbo respiratorio che si verifica in sonno e si caratterizza per episodi prolungati di ostruzione completa o parziale delle alte vie respiratorie, che compromettono la ventilazione notturna, alterando l'architettura del sonno. In età evolutiva, la Sleep apnea interessa tutte le fasce di età, con un picco in epoca prescolare, che sovente si può accompagnare a comorbidità; in letteratura, la prevalenza varia ampiamente in base alla popolazione studiata, ai metodi utilizzati per rilevare il respiro durante il sonno e alle definizioni usate per la diagnosi, raggiungendo percentuali massime del 27.6% per il russamento abituale e del 5.7% per la sindrome delle apnee ostruttive nel sonno.

I DRS sono molto comuni, nell'adulto come nel bambino, incidono su morbilità e mortalità, come sulla sfera sociale, sulle relazioni psicoaffettive e sul rendimento scolastico (dalla iperattività alla difficoltà a mantenere un adeguato stato di attenzione o di veglia; dai risvolti sulla sfera socioeconomica alla incidenza sulla qualità di vita dei soggetti affetti), rappresentando una malattia cronica e sociale; i DRS non diagnosticati in età evolutiva sono più di quelli diagnosticati e trattati, configurando un quadro di epidemia sommersa che incide in modo significativo sui costi diretti (sanitari) e indiretti (sociali) del sistema sociosanitario.

CONTESTO DI RIFERIMENTO

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione *Santobono-Pausilipon* di Napoli è il polo operativo di riferimento della Regione Campania per l'emergenza territoriale e per l'alta specialità in età evolutiva; è l'unica azienda ospedaliera pediatrica in Campania e rappresenta un punto di riferimento anche per regioni limitrofe come Basilicata, Calabria e Molise che non hanno ospedali pediatrici sul territorio; l'Azienda ospedaliera pediatrica è organizzata in dipartimenti assistenziali che sono coinvolti, tra le altre attività, nella gestione dei disturbi neurologici e respiratori sonno correlati. Analizzando i dati della letteratura scientifica internazionale e dei documenti ministeriali, sulla base di proiezioni statistiche, emerge come i disturbi respiratori nel sonno in età evolutiva siano una patologia sottostimata nella regione Campania, senza network efficienti per un Percorso assistenziale di gestione integrata dei pazienti, con conseguenze onerose per il servizio sanitario (nella nostra regione i soggetti che necessitano di una diagnosi di OSAS in età pediatrica e di transizione potrebbero essere stimati in circa sessantamila, assumendo una prevalenza della malattia del 6% nella popolazione campana residente in età 0-18 anni); è, dunque, necessario fare cultura sull'argomento e creare i presupposti per la realizzazione di una Rete in grado di

rispondere alle esigenze che provengono dai pazienti cronici medicalmente complessi e dalle loro famiglie.

OBIETTIVO, FINALITÀ E METODOLOGIA

L'obiettivo del presente lavoro è descrivere l'organizzazione, la gestione e lo sviluppo di una Rete coordinata di Medicina del Sonno in età pediatrica e di transizione, attraverso livelli differenziati di competenza, nel contesto di un sistema sanitario regionale in grado di pensare multidisciplinare e operare in una prospettiva di Pediatria integrata verso livelli successivi di complessità assistenziale, diagnostica e terapeutica.

La finalità del lavoro è sviluppare uno schema progettuale di percorsi assistenziali condivisi (PDTA), partendo dall'analisi dei punti di forza e di debolezza aziendale, una volta valutati rischi e opportunità del sistema e del contesto regionale di riferimento, per realizzare, in un concetto integrato di Rete funzionale operativa, una gestione corretta e tempestiva dei DRS in età pediatrica e di transizione sul territorio regionale, per gestire le diverse patologie di base in piattaforme logistiche di ricovero, garantendo l'integrazione funzionale delle diverse competenze professionali e operando per livelli successivi di competenza (dal filtro territoriale al terzo livello assistenziale) e livelli paralleli di competenza (tra la specialità di competenza per la patologia di base, causa o concausa della Sleep apnea, e il centro regionale di riferimento, entrando nel contesto della interdisciplinarietà necessaria per integrare e condividere le strategie terapeutiche), per contenere i costi sanitari e sociali, per ridurre i tempi di attesa e arginare il fenomeno della migrazione verso i servizi sanitari delle regioni centro-settentrionali, per intercettare il fenomeno dell'epidemia sommersa e modificare la storia naturale della malattia.

Fasi preliminari di sviluppo del percorso

- Fase 1 - Informazione e comunicazione
- Fase 2 - Istruzione e formazione

Fasi di realizzo nel breve termine

- Fase 3 - Realizzazione dei livelli successivi di competenza per complessità assistenziale secondo un concetto di Rete integrata (la medicina di filtro; la medicina di competenza; la medicina di eccellenza)
- Fase 4 - Realizzazione dei livelli successivi di competenza per complessità diagnostica secondo un concetto di Rete integrata (il filtro territoriale; il filtro specialistico; il riferimento regionale)
- Fase 5 - Realizzazione dei livelli successivi di competenza per complessità terapeutica secondo un concetto di Rete integrata (la rete ambulatoriale territoriale, ospedaliera e universitaria; la rete di degenza)
- Fase 6 - Follow up multiprofessionale e interdisciplinare

Fasi di realizzo nel medio e lungo termine

Fase 7 - Database, monitoraggio epidemiologico, network interdisciplinare e ricerca clinica.

- **Obiettivi** (generali; specifici)
- **Finalità** (generali; specifiche)
- **Indicatori di struttura** (il laboratorio del sonno; il centro di riferimento regionale)
- **Indicatori di outcome** (indicatori di processo; indicatori di esito).

CONCLUSIONI

Molta strada bisogna ancora percorrere per sensibilizzare media, opinione pubblica, istituzioni e addirittura gestori e operatori del settore, circa l'importanza di istituire nella regione Campania e nell'Azienda ospedaliera pediatrica di riferimento, percorsi efficaci ed efficienti di informazione, formazione e ricerca, per lo sviluppo della disciplina, per il coordinamento delle attività specialistiche coinvolte nella gestione multiprofessionale e interdisciplinare dei pazienti medicalmente complessi e per avvicinare il filtro territoriale al terzo livello assistenziale, allo scopo di intercettare, affrontare e gestire compiutamente, nel breve come nel medio e lungo periodo, il bambino portatore del complesso patologico che caratterizza la Sleep apnea, nel tentativo di modificare la storia naturale della malattia in età evolutiva, con particolare riguardo alla medicina di transizione, laddove più forte, nelle famiglie e nella società, è la richiesta di interventi incisivi sui bisogni di salute di questi pazienti, soprattutto in termini di miglioramento della qualità di vita, come altrettanto forte è l'esigenza, proveniente da operatori del settore e istituzioni, di dare risposte adeguate ai livelli crescenti di cronicità in una fascia di età dove si riscontra ancora carenza di punti di riferimento.

BIBLIOGRAFIA

- American Academy of Sleep Medicine, *International Classification of Sleep Disorders (ICSD-3)*, 3rd Ed. Darien, IL USA, 2014;
- D.M. n. 70 del 2 aprile 2015, “*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera*”;
- Intesa della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, legge 5 giugno 2003 n. 131, sul documento recante “*La sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS)*” (Rep. Atti n. 87/CSR del 12 maggio 2016);
- Intesa della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell’articolo 4, comma 1, decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, sul documento recante “*Piano nazionale della cronicità*” (Rep. Atti n. 160/CSR del 15 settembre 2016);
- MARCUS CL et al. *Diagnosis and Management of Childhood Obstructive Sleep Apnea Syndrome. Technical Report*. Pediatrics 2012 Sep;130(3):e714-55.

BPCO: PDTA e Deospedalizzazione

Assunta Micco

Dirigente Medico Responsabile di Struttura Semplice di Terapia Sub-Intensiva Respiratoria. UOC di Pneumologia- A.O. “San Pio” di Benevento

PREMESSA

La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è una comune malattia, prevenibile e trattabile, caratterizzata da persistenti sintomi respiratori e ostruzione al flusso aereo persistente ed evolutivo, che è dovuto ad anomalie delle vie aeree e/o alveolari solitamente causate da una significativa esposizione a particelle nocive o gas. *Il principale fattore di rischio per la BPCO è il fumo di sigaretta inalato* ma anche l'esposizione ad altri inquinanti inalatori, come polveri organiche ed inorganiche, agenti chimici e fumi, inquinamento urbano e inquinamento interno da biocombustibili. Il modo migliore per misurare l'entità della limitazione al flusso aereo è la spirometria, che rappresenta il test di funzionalità polmonare più diffuso e riproducibile. La BPCO può indurre importanti effetti sistemici ed essere associata frequentemente a complicanze e comorbidità, molto comuni nei soggetti più anziani o con condizione patologica in fase avanzata.

OBIETTIVI E METODOLOGIA

I Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (P.D.T.A), basati su protocolli condivisi e progettati per la gestione del paziente con patologia cronica, nonché strutturati attraverso l'integrazione tra potenzialità assistenziali territoriali e risorse professionali e strumentali ospedaliere, definiti sulla base delle evidenze scientifiche formulate a livello nazionale e internazionale, costituiscono un ottimo strumento per ridurre la variabilità assistenziale ed ottimizzare l'utilizzo delle risorse, migliorando l'efficacia clinica. La Regione Campania nell'ambito del Piano Nazionale Cronicità ha rivisto il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale della Broncopneumopatia cronico-ostruttiva, di cui è parte integrante il Piano Operativo di Implementazione [Decreto Commissariale N°3 del 17/01/2018] e ha dato inizio al progetto “AGIRE” (Appropriatezza clinica Gestionale In Regione Campania per la BPCO), con l'obiettivo di realizzare il Piano Operativo del PDTA BPCO, migliorare l'appropriatezza diagnostica e l'aderenza terapeutica realizzando un percorso formativo e gestionale per la Presa In Carico (PIC) del Paziente da parte della Medicina Generale e della Specialistica Pneumologica.

RISULTATI ATTESI

Questo lavoro, partendo da un'analisi di contesto, definisce una proposta di percorso clinico assistenziale di presa in carico del paziente BPCO secondo la logica

di un modello di gestione multi-professionale e multidisciplinare integrata ospedale-territorio-domicilio, all'interno del quale si inserisce l'intervento sinergico del MMG, dello specialista pneumologo ambulatoriale e ospedaliero, del fisiatra, dello psicologo, del geriatra, e delle figure sanitarie, non mediche, attinenti (fisioterapista, infermiere professionale) raggruppate nell'ambito di un unico Centro di Costo: il "Dipartimento delle Cronicità" con l'obiettivo generale di ottimizzare i percorsi diagnostici e terapeutici, mettendo il paziente e non il sistema al centro dell'organizzazione assistenziale attraverso la realizzazione di un modello che:

- Incrementi il numero di diagnosi precoci corrette e di un'adeguata stadiazione della BPCO
- Garantisca interventi efficaci e tempestivi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria
- Attui gli interventi secondo i principi della medicina basata sulle evidenze
- Razionalizzi gli accessi e migliori la disponibilità dei servizi diagnostico-terapeutico-riabilitativi (accessi programmati e condivisi con il paziente)
- Riduca il numero di ricadute di BPCO
- Migliori la gestione delle ricadute e la qualità dell'intervento
- Soddisfi il paziente con relativo miglioramento della qualità della vita per facilità di accesso agli esami necessari per la diagnosi e facilità di accesso alle cure.
- Riduca il numero di erogatori (attori) di servizi e riduca la variabilità di azione tra i vari erogatori (MMG, Distretti Sanitari, ASL, Aziende Ospedaliere)
- Renda omogenei e di facile accesso i flussi informativi
- Crei ambulatori infermieristici dedicati gestiti da professionisti infermieri a stretto contatto col MMG.
- Renda obbligatorio l'interscambio tra professionisti ospedalieri e territoriali per la presa in carico dello stesso paziente.
- Assicuri la possibilità di attivare gradualmente un modello di assistenza domiciliare o territoriale con strutture residenziali e semiresidenziali per deospedalizzare il più possibile il paziente con BPCO anche in fase avanzata di malattia ossia in presenza di insufficienza respiratoria con necessità di ossigenoterapia a lungo termine e ventilazione meccanica non invasiva.
- Assicuri la possibilità di misurare sia la qualità delle cure che il miglioramento degli esiti.

Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita

Rosanna Pluvio

UOC Pediatria - P.O. "Santa Maria delle Grazie" Pozzuoli

PREMESSA

In Italia, gli eventi avversi che si verificano durante il travaglio, il parto, subito dopo la nascita e nel periodo neonatale, sono rari rispetto al totale delle nascite, tuttavia, le conseguenze fisiche, psicologiche ed economiche che ne possono derivare e l'impatto che esse hanno sul bambino, la famiglia ed i professionisti coinvolti fanno sì che su di essi si debba porre una particolare attenzione. Si sottolinea inoltre che la morte del neonato e la disabilità permanente che avvengono in modo inatteso non sempre costituiscono eventi prevenibili; l'inquadramento diagnostico ed etiologico di tali eventi è spesso difficile per la complessità dei fattori che li determinano, ad oggi non tutti riconoscibili e diagnosticabili. Le conoscenze disponibili indicano che le carenze organizzative, quali la mancanza di procedure assistenziali e/o la non adeguata presenza di competenze rispetto alla complessità del processo clinico-assistenziale, la sottovalutazione dei fattori di rischio, l'inadeguata formazione e addestramento del personale, ed in particolare, la mancanza di un linguaggio comune tra gli operatori di contesti operativi differenti, possono aumentare la possibilità di errore nel momento in cui devono essere condivise informazioni sulle condizioni materne o fetali e sulle azioni da compiere in condizioni di urgenza.

OBIETTIVO

L'obiettivo del documento è quello di promuovere la realizzazione di appropriate misure organizzative, economiche, gestionali, e comportamentali per evitare o minimizzare l'insorgenza di eventi avversi nell'assistenza al parto o al post-partum in modo da ridurre la mortalità potenzialmente evitabile. A tal fine vengono indicate di seguito le attività specifiche individuate per la fase *pre-natale*, *peri-partum* e *post-natale* e, successivamente, le attività che trasversalmente interessano l'intero processo assistenziale.

ANALISI DEL CONTESTO

La procedura è rivolta a tutti i Responsabili delle Unità Operative Materno-Infantile, Blocco Parto ed a tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza delle donne in gravidanza, al parto e dei loro neonati, dell'ASL Napoli 2. L'Azienda ha una popolazione giovane, con un alto tasso di natalità rispetto a quello regionale

e nazionale, e con caratteristiche socio-economiche, culturali molto diversificate. Da i dati riguardanti i nati da parti eseguiti con taglio cesareo nelle strutture pubbliche e nelle Case di Cura accreditate risulta che il tasso è superiore al tasso regionale, inoltre dall'analisi delle schede CeDAP sulla mobilità intra-regionale risulta che solo il 33 % delle donne residenti nell'ASL Napoli 2 Nord hanno scelto i punti nascita aziendali.

METODOLOGIA

La Direzione Strategica, la UOC Risk Management sono i promotori dell'implementazione della presente procedura, che dovrà essere diffusa agli operatori sanitari interessati. La responsabilità della conservazione e distribuzione di tale documento, della diffusione dei suoi contenuti e della supervisione rispetto alla sua applicazione è dei Direttori/Responsabili e dei Coordinatori infermieristici delle UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia dell'ASL Napoli 2 Nord. Le responsabilità dell'applicazione del documento è di tutto il personale sanitario e sono descritte nelle tre matrici: fase *pre-partum*, *peri-partum*, *post-partum*.

La fase *pre-natale* ha lo scopo di attuare degli interventi preventivi, di individuare i fattori e valutare i livelli di rischio e mettere in atto le misure più efficaci per prevenire o ridurre della, laddove possibile, le complicanze e migliorare gli esiti per la madre e per il neonato. La fase *peri-partum* rappresenta una fase molto complessa durante la quale, in un tempo relativamente breve, possono realizzarsi le condizioni favorevoli esiti particolarmente gravi sia per la madre sia per il feto-neonato per cui prevede l'utilizzo di protocolli e percorsi assistenziali. La fase *post-natale*, in particolare le prime ore dopo la nascita, rappresenta un periodo molto delicato per il neonato e richiede un attento monitoraggio e valutazione delle condizioni del neonato, con la tempestiva identificazione e gestione delle eventuali criticità che possono intervenire in sala parto, al momento della transizione dalla sala parto e durante la degenza. Il fine di questa fase è quello di realizzare linee guida, protocolli formulati su evidenze scientifiche in grado di tutelare la sicurezza sia della madre che del neonato. La qualità e la sicurezza dell'intero processo nascita saranno valutate attraverso la misura degli indicatori di monitoraggio.

PDTA per trauma cranico minore pediatrico

Eduardo Ponticciello

Dirigente I livello dipartimento di emergenze pediatriche AORN Santobono-Pausilipon

PREMESSA

Il trauma cranico risulta essere uno dei più frequenti motivi d'accesso al Pronto Soccorso (PS) in età pediatrica. Oltre il **90%** dei bambini che vengono condotti in PS per trauma cranico presenta un trauma cranico minore (TCM). I traumi cranici minori rappresentano una delle più importanti cause di morbilità e mortalità nell'età pediatrica (meno di 15 anni).

Tra uno e cinque anni gli incidenti stradali rappresentano il 9% della mortalità, tra i cinque e i quattordici anni rappresentano il 22%.

Negli Stati Uniti dieci bambini ogni cento mila muoiono ogni anno di trauma cranico.

Questa patologia rappresenta dunque uno dei più frequenti motivi di accesso in PS.

Il trauma cranico risulta essere uno dei più frequenti motivi d'accesso al Pronto Soccorso (PS) in età pediatrica. Oltre il **90%** dei bambini che vengono condotti in PS per trauma cranico presenta un trauma cranico minore (TCM).

I bambini con trauma cranico minore presentano un rischio di lesione intracranica relativamente basso, < 5%; tuttavia l'esito potenzialmente fatale o invalidante che ne può derivare, ne impone un'accurata valutazione.

Nel nostro ospedale, nell'anno 2017, i bambini da 0 a 14 anni con diagnosi di dimissione di trauma cranico in PS/OBI sono stati 3066 non seguiti da ricovero ordinario.

OBIETTIVI

OBIETTIVI GENERALI

- Garantire una gestione del bambino con trauma cranico minore omogenea e condivisa tra PS, Neurologia, Neurochirurgia, Neuroradiologia, Chirurgia Pediatrica;
- Individuare i pazienti con trauma cranico minore a bassa probabilità di lesioni, che non necessitano di approfondimento diagnostico radiologico, con riduzione del danno da radiazioni ionizzanti e migliore uso delle risorse;
- Riconoscere precocemente i casi (1-3%) di trauma cranico minore potenzialmente evolutivi, tanto da portare a morte il paziente, se non trattati tempestivamente (morti evitabili).

OBIETTIVI SPECIFICI

Gestione Appropriata del Trauma Cranico Minore

Questo aspetto clinico assistenziale è fondamentale in ottica di appropriatezza, gestione del rischio ed efficienza di utilizzo delle risorse. Essa si realizza attraverso:

- A) la valutazione e classificazione del Trauma Cranico Minore in base alla gravità;
- B) la definizione di un chiaro Algoritmo di Triage;
- C) la definizione e classificazione del Trauma Cranico Minore sulla base del Rischio di Lesione Endocranica;
- D) i criteri di appropriatezza, efficacia ed efficienza per la consulenza specialistica Chirurgica Pediatrica, Neurochirurgica, Neuroradiologica;
- E) criteri di appropriatezza efficacia ed efficienza per la richiesta di T.C. Cranio ed Rx Cranio.

METODOLOGIA

Il protocollo si applica nella scelta di interventi diagnostici nei bambini vittime di trauma cranico minore, senza storia personale di disordini della coagulazione, senza malattie neurologiche precedenti potenzialmente aggravanti il trauma e non vittima di maltrattamenti.

Esso prevede:

1) LA VALUTAZIONE E CLASSIFICAZIONE DEL TRAUMA CRANICO IN BASE ALLA GRAVITÀ

La Glasgow Coma Scale e, per età inferiore ai 2 anni, la Pediatric Glasgow Coma Scale, è utilizzata per la valutazione dello stato di coscienza nei pazienti affetti da trauma cranio-encefalico e rappresenta uno strumento universalmente diffuso per classificarlo in base alla gravità. In base al punteggio ottenuto alla prima valutazione i pazienti possono essere suddivisi nelle seguenti categorie:

- trauma cranio-encefalico **minore**: GCS o pGCS 14-15;
- trauma cranio-encefalico **moderato**: GCS o pGCS 9-13;
- trauma cranio-encefalico **severo**: GCS o pGCS 3-8.

2) UTILIZZO DEI PREDITTORI CLINICI DI LESIONE ENDOCRANICA

Sulla base dei predittori clinici di lesione (dinamica, sintomi, segni obiettivi), valutati complessivamente, si distinguono 3 fasce di rischio

- Alto (Rischio di lesione endocranica 4,4% in età < 2 aa e 4,3% in età > 2 aa): prevede l'alterazione dello stato mentale/Glasgow 14;

- Medio (Rischio di lesione endocranica 0,9% indipendentemente dall'età): prevede la dinamica importante, la perdita di coscienza per entrambe le fasce d'età; l'ematoma dello scalpo e il comportamento non abituale secondo i genitori per i bambini di età inferiore ai 2 anni; il vomito ripetuto (> 3 episodi), l'amnesia e la cefalea ingravescente per i bambini più grandi, di età superiore ai 2 anni;
- Basso (Rischio di lesione endocranica 0,02% in età < 2 aa e 0,05% in età > 2 aa): prevede l'assenza dei predittori clinici che caratterizzano il rischio alto e medio.

RISULTATI ATTESI/CONCLUSIONI

Il protocollo ha lo scopo di introdurre criteri clinici di valutazione più rigorosi per garantire dalla presa in carico in PS la corretta gestione del paziente con trauma cranico minore per:

- Garantire una gestione del bambino con trauma cranico omogenea e condivisa tra PS, Chirurgia Pediatrica, Pediatria e Neurochirurgia, Neuroradiologia;
- Individuare i pazienti a bassa probabilità di lesioni, che non necessitano di approfondimento diagnostico radiologico, con riduzione del danno da raggi e migliore uso delle risorse;
- Riconoscere precocemente i casi (1-3%) potenzialmente evolutivi, tanto da portare a morte il paziente, se non trattati tempestivamente (morti evitabili).

L'importanza di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) nella diagnosi e management degli Emangiomi infantili e delle Malformazioni vascolari in età pediatrica da attuare presso AORN Santobono-Pausilipon

Elena Sammarco

Specialista Ambulatoriale in Dermatologia e Venereologia AORN Santobono-Pausilipon Napoli

L'Emangioma infantile rappresenta il più frequente tumore benigno dei tessuti molli dell'infanzia, con una incidenza stimata del 3 -10 % nuovi casi /nuovi nati per anno. In particolare presenta una prevalenza del 4-5% nei nati a termine, e, nei pretermine con peso <1000gr, si arriva anche al 23%.

Le lesioni solitamente non sono visibili alla nascita ma compaiono durante le prime settimane di vita. Possono essere cutanei o extra cutanei.

Anche se la maggior parte degli Emangiomi infantili non causa preoccupazione circa il 12% dei casi presenta una complessità significativa tale da richiedere un percorso multidisciplinare ed un trattamento sistemico farmacologico se la localizzazione compromette funzioni vitali (es emangiomi laringei) o impedisce la maturazione di organi (es emangiomi palpebrali) o infine per ulcerazione precoce con elevato rischio di esiti estetici. Da molti anni esiste la possibilità di trattare queste lesioni con il Propranololo farmaco per uso sistemico in preparazione commerciale che ha avuto le regolari autorizzazioni dell'AIFA (Determina n° 426/2016) con le seguenti indicazioni:

- 1) Emangiomi che costituiscono una minaccia per la vita o le sue funzioni;
- 2) Emangiomi ulcerati accompagnati da dolore e/o non rispondenti ai normali interventi di medicazione;
- 3) Emangiomi a rischio di cicatrici o deformazioni permanenti.

Il trattamento deve essere iniziato in bambini di età compresa tra le 5 settimane e i 5 mesi per ottenere il miglior risultato medico.

In risposta ai bisogni di salute espressi da questi pazienti, si propone la realizzazione di un Percorso Terapeutico Assistenziale (PDTA) dedicato, che tenga conto dell'utilizzo delle nuove tecnologie e dell'attività multidisciplinare offerta dall'AORN Santobono-Pausilipon di Napoli.

La Gazzetta Ufficiale N 65 del 18 marzo 2017 nell'ambito della revisione dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) inserisce tra le patologie emergenti le Malformazioni vascolari di cui fa parte l'Emangioma infantile. In virtù di tale premessa giuridica si ipotizza come obiettivo primario del PDTA l'identificazione, la diagnosi e la presa in carico dei piccoli pazienti affetti da Emangiomi in-

fantili o Malformazioni vascolari complesse la cui diagnostica differenziale può essere effettuata solo grazie ad un team multidisciplinare esperto in tale ambito lavorativo.

Obiettivi secondari del progetto sono la riduzione di problematiche di natura estetico/funzionale legate a Emangiomi e malformazioni non diagnosticati e trattati precocemente nonché la formazione e informazione continua diretta ai pediatri di libera scelta, ai patologi neonatali e a quanti prendano in carico i piccoli pazienti affetti da tale patologia.

In questo PDTA è prevista la figura di un Case Manager (il Dermatologo) e di un gruppo multidisciplinare in cui partecipano: cardiologi, radiologi, oculisti, chirurghi, otorinolaringoiatri neurologi e neurochirurghi, genetisti.

Il Dermatologo, esperto in Dermatologia pediatrica con ampie competenze sulle patologie malformative vascolari, prende in carico i piccoli pazienti si occupa del percorso diagnostico organizza le consulenze e la terapia e gestisce i rapporti con le famiglie ed il pediatra di riferimento, tutto questo per garantire una assistenza costante e completa.

RISULTATI ATTESI

Al momento della programmazione del progetto tesi in essere non esiste in Regione Campania un PDTA sugli Emangiomi infantili né sulle Malformazioni vascolari in età pediatrica. Pertanto l'obiettivo di questo progetto tesi è di crearne uno in linea con le nuove direttive del Governo clinico e le normative sui nuovi LEA (GU 18/3/2017) per le patologie complesse.

Inoltre dalla valutazione dei dati statistici di incidenza della patologia trattata e dalla rivalutazione critica e statistica di quanto realizzato negli anni precedenti presso l'AORN Santobono-Pausilipon si ipotizza che la formalizzazione di tale PDTA possa diminuire la migrazione sanitaria (mobilità passiva fuori regione) dei piccoli pazienti dalla nostra regione e dal centro sud in generale.

Tale PDTA avrà lo scopo di eliminare il più possibile i ritardi e gli sprechi diagnostico/terapeutici, contenere l'utilizzo di terapie non più adatte o errate, assicurare la continuità della presa in carico e dell'assistenza dei piccoli pazienti e delle loro famiglie e non ultimo migliorare gli esiti utilizzando al meglio le risorse umane e strumentali presenti all'interno dell'Ospedale pediatrico di riferimento della Campania

TESI AREA TEMATICA

La ridefinizione delle attività gestionali sanitarie in ottica di miglioramento LEA e sostenibilità economica nell'ambito del Governo Clinico e Risk Management

Tutor: Patrizia Cuccaro

Gestione del rischio clinico in sala parto: il processo di trasporto del neonato

Raffaele Coppola

Direttore UOS di Neonatologia, Ospedale "Moscati", Aversa, ASL CE

Governance clinica e logica imprenditoriale: progetto di risanamento economico-gestionale e di efficientamento di una struttura odontoiatrica convenzionata con il SSN

Enrica de Sanctis

Referente Operativo Centri Odontoiatrici

Risk Management in Patologia Clinica: Applicazione della tecnica FMECA in medicina di laboratorio

Ada Marino

Dirigente sanitario biologo presso la UOSD Patologia clinica, Presidio ospedaliero CTO Azienda Ospedaliera dei Colli

Il Rischio clinico nell'attività di un PICC Team territoriale

Adele Maria Marzocco

Collaboratore Professionale Sanitario, Infermiere in possesso di laurea magistrale. Responsabile del PICC-Team Territoriale a gestione infermieristica del Distretto Sanitario n. 27 dell'ASL Napoli 1 Centro. Responsabile dell'ambulatorio infermieristico

Risk management in diagnostica per immagini: valutazione con metodica FMEA/FMECA

Emanuela Muto

Responsabile e controller del laboratorio di analisi e di tutti gli spoke facenti parte, responsabile pianificazione attività Amministrative e gestionali, Responsabile sicurezza sul lavoro

Gestione del rischio clinico in sala parto: il processo di trasporto del neonato

Raffaele Coppola

Direttore UOS di Neonatologia, Ospedale “Moscati”, Aversa, ASL CE

PREMESSA

Il processo assistenziale correlato al travaglio-parto-nascita è un processo fisiologico nella teoria, ma che può diventare altamente patologico, con grande rischio per la madre e il neonato. Le elevate aspettative con i relativi investimenti emotivi connessi all’evento nascita e la necessità di un lavoro multidisciplinare fanno sì che siano necessarie elevate competenze, tanto cliniche quanto organizzative, del personale che gestisce il cosiddetto periodo peripartum.

OBIETTIVO

Oggetto del presente lavoro è la valutazione dei processi assistenziali del periodo peripartum, con particolare attenzione alla prevenzione degli eventi traumatici che possono verificarsi. I traumatismi del neonato correlati a questa fase sono, per fortuna, rari, ma possono essere di gravità assai variabile. Il più grave è la caduta accidentale del neonato dalle mani degli operatori (ostetrica o infermiera pediatrica) dopo la nascita, con esiti talora gravi per il neonato. La sicurezza di questo processo, inoltre, è minata dalla distanza, non sempre trascurabile, tra il tavolo operatorio/sedia gestatoria e l’isola neonatale. Pertanto, l’adozione di un sistema di trasporto dedicato si pone come possibile strumento di prevenzione del rischio clinico.

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto presso l’Ospedale “S. Giuseppe Moscati” di Aversa, ove è stata avviata un’analisi retrospettiva del rischio caduta del neonato in camera operatoria/sala parto in un arco di tempo da Gennaio 2016 a Dicembre 2019. In questo periodo si sono verificati 2 eventi sentinella (caduta del neonato) e 4 “quasi eventi” (“near miss”). È stato, pertanto, realizzato un intervento consistente nell’introduzione di una culla dedicata al trasporto del neonato dal tavolo operatorio/sedia gestatoria all’isola neonatale. È stato costituito un team dedicato, costituito da quattro professionisti dell’area materno-infantile (un’ostetrica,

un ginecologo, un neonatologo, un'infermiera pediatrica), che ha analizzato il processo con metodologia FMECA (*Failure Mode and Effect and Criticality Analysis*).

RISULTATI

L'analisi ha evidenziato una significativa riduzione dell'indice IPR (*Indice di Priorità di Rischio*) correlato al rischio caduta dopo l'utilizzo del correttivo descritto, ovvero della presenza di una culla dedicata alla sala parto/camera operatoria. Il monitoraggio periodico del percorso, tuttora in corso, ha consentito di verificare una persistenza degli effetti positivi attesi.

Governance clinica e logica imprenditoriale: progetto di risanamento economico-gestionale e di efficientamento di una struttura odontoiatrica convenzionata con il SSN

Enrica de Sanctis

Referente Operativo Centri Odontoiatrici

Le patologie odontoiatriche affliggono una gran parte della popolazione italiana. Sono parte integrante del S.S.N ma non sempre le cure sono sostenibili sia per un problema di accessibilità che per questioni economiche. Si stima che circa il 38% della popolazione debba ricorrere alle cure odontoiatriche e di questo circa il 65% si rivolge agli ambulatori pubblici o convenzionati dal SSN (dati ISTAT).

Per tutti gli indicatori di accesso alle cure e alla salute orale permangono quindi le disuguaglianze sociali.

L'importanza degli ambulatori specializzati in tali cure che agiscono in regime di SSN rimane fondamentale non solo dal punto di vista socio-economico quanto in termini di valutazione della qualità delle cure, di efficacia ed efficienza.

L'obiettivo di questo lavoro è illustrare il miglioramento economico e gestionale di un ambulatorio odontoiatrico con lo scopo di aumentare i livelli di efficienza attraverso l'attuazione di un governo clinico teso a modificare i modelli di cura obsoleti e superati.

Mentre si assiste sempre di più ad una mercificazione della sanità odontoiatrica, nell'ambulatorio in oggetto è stato mandato avanti un progetto teso a migliorare la qualità dei percorsi assistenziali, seguito dal miglioramento dell'accessibilità alle cure e dall'istituzione di protocolli operativi rivolti a:

- Manutenzione della struttura,
- Gestione dei laboratori esterni,
- Formazione del personale dipendente e dei collaboratori professionali attraverso l'istituzione di audit clinici e staff meeting periodici.

Si è inoltre instaurata una politica di riduzione degli sprechi e di recupero dell'efficienza identificando quelle figure che non davano contributo alla produttività.

Per raggiungere questo obiettivo, tramite l'attuazione del Governo Clinico e l'applicazione della SWOT Analysis sono state identificate diverse linee operative:

- Riduzione degli sprechi
- Aumento della produttività implementando l'offerta delle prestazioni private
- Riduzione delle diseconomie
- Riduzione delle inefficienze

Dopo avere chiarito gli obiettivi da raggiungere e predisposto una programmazione dedita all'aumento dell'efficienza abbiamo effettuato un'analisi della produttività relazionata alla spesa materiali. Lo scopo di questo progetto è stato il miglioramento dei risultati, dell'outcome e dell'assistenza ai pazienti. La durata di oltre 3 anni ha permesso di dimostrare come la tecnica di clinical governance adottata, tesa al miglioramento qualitativo dell'outcome assistenziale inteso come risposta positiva del pubblico, sia stata vincente.

Il centro, oltre al raggiungimento degli obiettivi richiesti, ha sviluppato un trend di crescita dell'attività sanitaria che lo ha reso centro di riferimento territoriale per le cure odontoiatriche.

Risk Management in Patologia Clinica: Applicazione della tecnica FMECA in medicina di laboratorio

Ada Marino

Dirigente sanitario biologo presso la UOSD Patologia clinica, Presidio ospedaliero CTO Azienda Ospedaliera dei Colli

La gestione del rischio è uno degli elementi fondamentali della clinical governance e gioca un ruolo determinante per erogare prestazioni e servizi di qualità sia di tipo tecnico-professionale che gestionale-organizzativo. Il risk management è identificato invece come il processo di gestione del rischio inteso come l'insieme delle attività e delle metodologie messe in campo da un'organizzazione per controllare i rischi. Il contesto legislativo nazionale e regionale riconosce tali aspetti quali componenti fondamentali del miglioramento complessivo della sicurezza delle cure spingendo l'attenzione verso tali tematiche basti pensare alla Legge di stabilità del 2016 (legge n. 208/2015) la quale ribadisce che la realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario rappresenta un interesse primario del SSN perché consente maggiore appropriatezza nell'utilizzo di risorse disponibili e garantisce la tutela del paziente (art1, c. 538), concetti rafforzati ed ampliati dalla Legge sulla responsabilità professionale degli operatori sanitari (legge n. 24/2017 – “legge Gelli”) il cui impianto è totalmente basato sul risk management e sulla necessità che questo tema diventi strategico nella gestione di strutture sanitarie che erogano servizi sanitari e per finire il non ultimo DCA 51/2019 della Regione Campania che recependo i Requisiti generali per l'accreditamento Istituzionale (protocollo d'intesa 19.02.2015 Conferenza Stato Regioni n. 32/CSR) richiede l'attivazione in tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie di una funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management) supportata anche dall'attuazione di un'analisi FMEA almeno annuale (scheda linee guida e gestione dei rischi). Il lavoro di tesi, svolto in collaborazione con il Centro per la Qualità di Ateneo (CQA), prendendo spunto dall'analisi dei processi del laboratorio di patologia clinica del Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali (DISMET) e del Dipartimento ad attività integrata (DAI) di medicina interna, immunologia clinica, patologia clinica e malattie infettive dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II, già in possesso di certificazione ai sensi della UNI EN ISO 9001:2015, si pone come obiettivo il miglioramento della mappatura ed interazione dei processi esistenti oltre che dell'analisi dei rischi gestionali e clinici.

Tale obiettivo è stato perseguito mediante l'applicazione della metodologia FMEA (Failure Mode and Effect Analysis) / FMECA (Failure Mode and Critical

Effect Analysis), che prevede in primis una mappatura dei processi per individuare proattivamente i rischi, favorendo quindi l'individuazione delle possibili azioni di miglioramento attuabili.

I risultati dell'analisi descritta nel presente lavoro sono perfettamente coerenti con la letteratura che dimostra che, attualmente, le fasi pre e post analitiche del processo relativo all'esame di laboratorio sono più suscettibili all'errore rispetto alle fasi analitiche, a conferma della falsità dell'assioma errore di laboratorio = errore analitico.

L'applicazione della tecnica FMECA ha permesso di individuare le priorità di rischio su cui si dovrà intervenire con azioni di miglioramento. Gli interventi di miglioramento dovranno prevedere: modifiche organizzative soprattutto in relazione alle modalità di trasporto dei campioni, attività formative (audit, corsi di formazione, ecc.), redazione e revisione di procedure/protocolli. Sarà necessaria poi una fase di monitoraggio in cui saranno individuati degli indicatori per rivalutare i processi alla luce delle azioni di miglioramento apportate.

Il Rischio clinico nell'attività di un PICC Team territoriale

Adele Maria Marzocco

Collaboratore Professionale Sanitario, Infermiere in possesso di laurea magistrale.
Responsabile del PICC-Team Territoriale a gestione infermieristica del Distretto Sanitario n. 27
dell'ASL Napoli 1 Centro - Responsabile dell'ambulatorio infermieristico

Questo elaborato nasce dalla volontà di ridurre il rischio clinico correlato con l'attività di un PICC TEAM territoriale e di standardizzare la procedura di gestione dei cateteri venosi ad inserzione periferica tipo PICC (Peripherally Inserted Central Catheter) per prevenire le complicanze relative ad una non corretta gestione dei dispositivi stessi.

L'obiettivo è mettere a punto dei bundle operativi costruiti in base alle raccomandazioni presenti in letteratura e alle principali linee guida che, applicate in modo costante e completo dagli infermieri coinvolti nell'attività del PICC TEAM, permettano di ridurre significativamente le complicanze tromboemboliche ed infettive fino a raggiungere il cosiddetto targeting zero.

In molte Aziende Sanitarie Locali italiane, come si legge in letteratura, sono state adottate diverse procedure. Questo lavoro vuole confrontare la procedura in uso al PICC TEAM del Distretto Sanitario 27 dell'ASL Napoli 1 Centro con la metodologia applicata a supporto del rischio clinico nel Policlinico Universitario A. Gemelli di Roma, realtà riconosciuta quale miglior esempio di best practice.

Il PICC TEAM dell'Asl Napoli 1 Centro, nato nell'aprile 2017, ha fin da subito adottato una procedura che descrive la sequenza delle attività, relative all'inserimento e alla gestione dei presidi PICC, con l'obiettivo di assicurare che esse vengano svolte, compatibilmente con le competenze delle professionalità coinvolte, in condizioni controllate, rispettando i principi delle attività tecniche e assistenziali, e permettendo agli operatori di agire in sicurezza.

La procedura in uso nell'Ambulatorio PICC Team dell'ASL Napoli 1 Centro, confrontata con altre realtà italiane di eccellenza, può ancora essere migliorata, con l'utilizzo di kit procedurali monouso completi di tutti i materiali necessari per eseguire le procedure di impianto e medicazione secondo le linee della best practice facilitando gli operatori nell'attività.

Risk management in diagnostica per immagini: valutazione con metodica FMEA/FMECA

Emanuela Muto

Responsabile e controller del laboratorio di analisi e di tutti gli spoke facenti parte, responsabile pianificazione attività Amministrative e gestionali, Responsabile sicurezza sul lavoro

La sicurezza dei pazienti è uno dei fattori determinanti per la qualità delle cure e pertanto rappresenta uno degli obiettivi prioritari che il Servizio Sanitario Nazionale si pone. L'obiettivo basilare della gestione del rischio è quello di promuovere una cultura della sicurezza. Il sistema sanitario si compone di processi complicati da diverse variabili (specificità dei singoli pazienti, complessità degli interventi, procedure e modelli gestionali diversi, ad esempio), e richiede un elevato controllo dei rischi. In tale contesto, l'errore umano deve essere contemplato come evento possibile ed è fondamentale, in primo luogo, garantire le condizioni lavorative ideali e porre in atto azioni che rendano difficile per l'uomo sbagliare attuando sistemi di difese in grado di arginare le conseguenze di un errore che si è verificato. Attualmente tutte le organizzazioni sanitarie hanno ricevuto linee di indirizzo per sviluppare analisi preventive dei rischi, utilizzando sistemi di segnalazione spontanea (incident reporting) di situazioni pericolose (near miss) o incidenti (eventi sentinella) per "sterilizzare" le situazioni individuate come pericolose, associate ad azioni di sostegno per i professionisti che adottano comportamenti organizzativi aperti, basati sull'insegnamento fornito dall'errore, con disponibilità ad analizzare tutti i possibili errori. L'attività di un'Unità Operativa di Radiologia deve essere considerata come un processo che porta a suddividere le funzioni quotidiane in una serie di tappe, ciascuna motivata e da ciascuna delle quali è atteso un prodotto, concatenato in sequenza logica. Gli aspetti del processo di formazione del prodotto radiologico che assumono valore critico nell'attività quotidiana possono essere schematicamente distinti nelle seguenti fasi:

- 1) tempo di sistema
- 2) anagrafiche
- 3) gestione ricoveri e ordini
- 4) worklist
- 5) stato di avanzamento dell'esame e conferma di archiviazione
- 6) distribuzione delle immagini
- 7) controllo del processo

Il presente progetto prevede la costituzione di un gruppo multidisciplinare di lavoro formato in ciascuna Unità Operativa di Radiologia degli Ospedali della Regione Campania da un Medico Radiologo (con funzione di coordinatore), da un Tecnico Sanitario di Radiologia Medica, da un Infermiere professionale e da un Esperto Informatico. Suddetto gruppo avrà il compito di organizzare una struttura per il controllo del Rischio Clinico in Radiologia utilizzando gli strumenti specifici per l'analisi del rischio che analizzano i processi per prevenire gli eventi con modalità di tipo proattivo. Lo strumento utilizzato per l'analisi proattiva sarà la Failure Mode and Effect Analysis. Per ogni evento critico sarà calcolato il livello di probabilità di insorgenza e di gravità dell'errore che può derivare e la possibilità di rilevare, attraverso strumenti specifici o l'osservazione diretta, la sua comparsa. Il primo passo consisterà nella scomposizione del processo, prodotto o sistema in esame in sotto-sistemi elementari. Successivamente, nell'analisi dei guasti di ogni sottosistema, saranno identificate informazioni base quali: oggetto/soggetto del processo, sua funzione, deficit dell'oggetto/soggetto, causa ed effetto del deficit, controlli in atto, elencazione di tutti i possibili modi di guasto. Il rischio verrà quantificato attraverso un indice di priorità del rischio ($IPR=P \times G \times R$). In caso di risultati attesi con elevato IPR saranno attuati progetti di miglioramento atti a modificare comportamenti e attività, cercando di progettare e gestire un'organizzazione in grado di ridurre la probabilità che si verifichino errori, sia consapevoli che inconsapevoli, quindi non percepiti.

TESI AREA TEMATICA

La ridefinizione delle attività gestionali sanitarie in ottica di miglioramento LEA e sostenibilità economica nell'ambito delle procedure gestionali innovative: HTA, Telemedicina, quality assessment

Tutor: Eugenio Maria Covelli

Programmazione regionale degli investimenti in edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico. Programma di investimenti ai sensi dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67

Italia Caprio

Dirigente Architetto Azienda Ospedaliera Dei Colli

Home monitoring dei dispositivi impiantabili: vantaggi economici e gestionali

Nadia Della Cioppa

Dirigente medico Anestesista I livello A.O. dei Colli

Ciclo della Performance e il Sistema di Misurazione e Valutazione (SMVP) nell'Asl di Caserta

Francesca Landolfi

Avvocato

Percorso diagnostico integrato in oncematologia-modello nelle gammopatie monoclonali

Mariantonietta Petrizzo

Field Value Manager Bristol Myers Squibb

Coronavirus in ambiente lavorativo “Obblighi del datore di lavoro”

Raffaele Scognamiglio

Ingegnere Azienda Ospedaliera Ospedali dei Colli

**Quality assessment nel governo delle apparecchiature
elettromedicali: implementazione di un IPS innovativo per
la gestione del rinnovo tecnologico**

Albina Viviano

Responsabile Servizio Ingegneria Clinica del Network di ricerca clinica Neuromed (Centro
Servizi Med Via Atinense Pozzilli - IS)

**Programmazione regionale degli investimenti in edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico.
Programma di investimenti ai sensi dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67**

Italia Caprio

Dirigente Architetto Azienda Ospedaliera Dei Colli

Le politiche di salute sono volte alla riqualificazione dell'offerta pubblica attraverso la definizione di reti ospedaliere conformi ai migliori indirizzi di assistenza moderna e tecnologicamente avanzata e di reti di servizi territoriali che filtrino l'assistenza ospedaliera e si pongano in necessaria continuità rispetto ad essa.

Il Programma straordinario regionale di investimenti in edilizia sanitaria ai sensi dell'art. 20 della legge 67/88 rappresenta, in ottica di sostenibilità economica e di miglioramento dei LEA, il momento di sintesi tra politiche di investimento e riqualificazione dei settori che offrono servizi ai cittadini.

In tale contesto, l'attività di management sanitario finalizzata alla definizione del Programma di investimenti finalizzati alla ristrutturazione edilizia e all'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico rientra tra le procedure gestionali innovative e di quality assessment.

Lo scopo del lavoro di tesi è la definizione del programma di interventi di edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico in ambito regionale, attraverso la predisposizione di un Documento programmatico che supporti la Regione nella proposta ai Ministeri affiancati di Accordo di Programma ai sensi dell'art. 20 della Legge 11 marzo 1988 n. 67, in attuazione della programmazione sanitaria regionale.

OBIETTIVO DELLO STUDIO

Valutare, attraverso una metodologia ex-ante, l'appropriatezza di interventi di edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico da includere nel Programma regionale di investimenti ex art. 20 L. 67/88.

L'art. 20 della Legge 11 marzo 1988 n. 67

È la norma che autorizzata l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico.

L'art. 5-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502

Nell'ambito dei programmi regionali per la realizzazione degli interventi previsti

dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n.67, possono essere stipulati Accordi di programma per la qualificazione e messa a norma delle strutture sanitarie. Gli Accordi stabiliscono la copertura finanziaria degli interventi in un arco di tempo pluriennale e disciplinano la realizzazione di opere, l'accelerazione delle procedure, le funzioni di monitoraggio e di vigilanza e la riprogrammazione e riassegnazione, in caso di mancata attivazione del programma nei termini, in favore di altre regioni con capacità di spesa e di immediato utilizzo delle risorse.

LA VALUTAZIONE EX-ANTE

“strumento metodologico volto al rilancio della funzione programmatoria”

“processo di valutazione interattivo ed iterativo, durante il quale il programmatore riceve sostegno e opinioni dal valutatore, per rivedere il programma in corso di preparazione”

METODOLOGIA

- Analisi di contesto: analisi socio-sanitaria-economica e bisogni che ne conseguono
- Strategia rispetto ai bisogni
- Obiettivi di Programma: definizione interventi
- Coerenza con la programmazione regionale e sostenibilità degli interventi
- Risultati attesi e valutazione degli impatti: indicatori di Programma
- Attuazione del Programma: gestione e monitoraggio

Home monitoring dei dispositivi impiantabili: vantaggi economici e gestionali

Nadia Della Cioppa

Dirigente medico Anestesista I livello A.O. dei Colli

BACKGROUND

I pazienti portatori di dispositivi cardiaci impiantabili come pacemaker (PM) e defibrillatori (ICD) richiedono controlli seriatrimestrali che tradizionalmente prevedono l'erogazione di numerose visite ambulatoriali. Il controllo dei pazienti con dispositivi impiantabili costituisce un carico di lavoro pesantissimo per le strutture sanitarie, difficilmente sostenibile a medio-breve termine. Dispositivi innovativi consentono un controllo remoto attraverso l'impiego di tecnologie di telecomunicazione con la trasmissione dei dati e degli allarmi tecnici e/o clinici inviati dal domicilio del paziente al centro di riferimento (monitoraggio remoto MR). Numerosi studi hanno dimostrato l'efficacia del MR nel rilevamento e nella gestione tempestiva di eventi sia clinici che tecnici e ne hanno approvato l'adozione. L'implementazione del controllo remoto su larga scala consentirebbe di ridurre il consumo di risorse sanitarie attraverso la riduzione delle visite di controllo ambulatoriali, riduzione delle riospedalizzazioni, miglioramento della qualità di vita del paziente e maggiore efficienza nel management del dispositivo.

OBIETTIVO

Lo studio propone una valutazione dei costi diretti connessi all'erogazione della prestazione di controllo annuale ICD, distinguendo tra i costi sopportati dall'Azienda Ospedaliera e quelli sostenuti dal singolo paziente e, inoltre, comparando quelli rilevati utilizzando un follow-up di controllo remoto (RM) rispetto a quelli necessari al convenzionale controllo ambulatoriale trimestrale.

METODOLOGIA

Presso l'Unità di Aritmologia ed Elettrostimolazione dell'UOC di Cardiologia Vanvitelli è stato condotto, tra il mese di gennaio 2018 ed il mese di aprile 2019, uno studio prospettico randomizzato in cui sono stati arruolati 223 pazienti sottoposti ad impianto di dispositivi intracardiaci (ICD/PM) divisi in due gruppi omogenei.

I 223 pazienti, impiantati con defibrillatore/pacemaker, sono stati reclutati e ran-

domizzati con indice di 1 a 1, tra due differenti popolazioni:

- **Gruppo RM:** protocollo di controllo in remoto.
- **Gruppo di controllo:** protocollo di controllo tradizionale.

Sono state considerate due popolazioni di pazienti, omogenee tra loro, sottoposte al protocollo di controllo annuo dell'apparecchio impiantabile. I pazienti, randomizzati al momento dell'impianto, sono stati consecutivamente osservati dalla struttura ospedaliera per un periodo complessivo di 12 mesi \pm 3. Dotati tutti di ICD o PMK (con o senza terapia di risincronizzazione cardiaca) con indicatori standard di alcuni segni vitali, le popolazioni si differenziano a seconda della modalità di controllo trimestrale dell'apparecchio impiantabile a cui sono stati sottoposti. Tali protocolli di follow-up potevano prevedere:

- 1 visita di controllo ambulatoriale programmata e 3 trasmissioni remote dei dati (**Gruppo RM**)
- 4 visite ambulatoriali programmate (**Gruppo di Controllo**)

RISULTATI

La ricerca ha portato a rilevare un sostanziale risparmio, in termini di costi diretti, sia per l'Azienda Ospedaliera erogatrice del servizio, sia per i pazienti che sostengono i controlli. A livello aggregato, l'indagine sui costi diretti, che ha preso in considerazione sia quelli aziendali che quelli sui pazienti, evidenzia quindi anche una **rilevanza sociale** del fenomeno. L'utilizzo del protocollo di follow-up con monitoraggio a distanza comporta un risparmio netto per l'Azienda Ospedaliera pari a 20,2 € per paziente/anno ($p = 0,01$), mentre il risparmio netto sui costi diretti ai pazienti ammonta a 156,34 € per paziente/anno ($p = 0,0001$). La ricerca mostra da entrambe le prospettive analizzate che il controllo annuo del defibrillatore impiantabile consente un risparmio, in termini di costi diretti, se effettuato attraverso l'ausilio della telemedicina, risultando più vantaggioso. A livello aggregato nel Gruppo RM, è stato riscontrato un risparmio netto in termini di costi diretti, rispetto al Gruppo di controllo, di oltre 176 € per paziente/anno.

CONCLUSIONI

Il monitoraggio remoto porta vantaggi correlati sia all'aspetto clinico che all'aspetto economico-organizzativo. I benefici economici non sono secondari a quelli clinici: monitoraggio remoto significa riduzione delle visite non necessarie, permettendo allo staff di focalizzare le proprie energie sui pazienti più compromessi. E inoltre, abbattimento dei costi sociali e diminuzione delle ospedalizzazioni. Da anni il mondo della cardiologia si interroga sulla ratio dei mancati rimborsi DRG per queste procedure di monitoraggio da remoto, stante lo straordinario apporto in termini di risparmio e di qualità della prevenzione. In un'ottica di miglioramento dell'efficienza dell'assistenza sanitaria, sarebbe opportuna una Revisione del no-

menclatore tariffario, riforma da tempo auspicata dagli attori del panorama della salute, anche per questa procedura. Il rimborso delle prestazioni di monitoraggio remoto potrebbe essere introdotto a costo zero, senza destinare risorse aggiuntive, semplicemente equiparandolo al controllo di pacemaker o defibrillatore ambulatoriale. In questo modo la spesa globale per i follow up di molti pazienti verrebbe ridotta, con un conseguente recupero di risorse. Sembra plausibile, quindi, ragionare sulla possibilità, in una prospettiva futura, di considerare a carico dei pazienti il pagamento di un ticket connesso a un apposito DRG per poter usufruire dei benefici degli apparecchi impiantabili dotati di controllo a distanza, che contribuirebbe a rendere ancora più conveniente l'utilizzo di tale tecnologia.

Ciclo della Performance e il Sistema di Misurazione e Valutazione (SMVP) nell'Asl di Caserta

Francesca Landolfi

Avvocato

Il piano della performance illustra agli stakeholder dell'Azienda Sanitaria, ai sensi dell'art.10 del D.Lgs n.150/2009 e ss.mm.i.i., gli obiettivi strategici ed operativi dell'ente.

Trattasi di uno strumento di "trasparenza" dell'ente nei confronti dei portatori di interesse a tutti i livelli istituzionali, in grado di esplicitare le strategie aziendali, gli obiettivi del sistema e la capacità di raggiungere i traguardi prefissati, evidenziando punti di forza e punti di criticità previsti nel percorso. La performance costituisce il profilo "dinamico" della trasparenza e si concretizza con il processo di formulazione e verifica degli obiettivi aziendali evidenziando i legami che sussistono tra missione istituzionale, obiettivi strategici e operativi.

Dopo una presentazione generale dell'Azienda, si riassume la mission aziendale e la conseguente strategia ideata per darne attuazione.

La strategia sarà quindi articolata nelle diverse aree di intervento e, per ciascuna di esse, saranno individuati gli obiettivi da perseguire.

Ad ogni obiettivo strategico corrisponderà, sul piano tattico, uno o più obiettivi gestionali, volti a tradurre in azioni pratiche gli orientamenti più astratti della strategia.

Il Piano analizza quindi in modo specifico gli obiettivi operativi più rilevanti per risorse impiegate, impatto organizzativo o carattere innovativo, specificando per ciascuno di questi le azioni messe in atto per darne applicazione e procedere, di conseguenza, con la valorizzazione del merito.

L'ASL Caserta è un'azienda territoriale molto vasta con presenza contemporanea di sette Presidi Ospedalieri, dodici Distretti Sanitari e tre Dipartimenti strutturali con molteplici tipologie di prestazioni sanitarie di obiettivi di salute da raggiungere. Definire un documento della Performance, che tracci obiettivi da raggiungere con un chiaro percorso mitologico ed identificare indicatori per la misurazione dei risultati intermedi, utili ai fini del monitoraggio, ed una valutazione finale non è facile. Il lavoro, dopo un breve analisi del contesto in cui operare, chiarisce gli aspetti procedurali, le strategie aziendali, gli obiettivi del sistema e la capacità di raggiungere i traguardi prefissati, evidenziando punti di forza e punti di criticità previsti nel percorso, identifica gli strumenti e gli indicatori di valutazione e traccia un panel con i vari obiettivi di salute e di processo per le varie area (Ospedaliera, Territoriali e Gestionali).

Nel lavoro vengono identificare anche indicatori che riacordino il Piano della performance con il Programma Triennale Anticorruzione e per la Trasparenza, essendo le misure previste dal documento programmatico, parti integranti del Piano della performance e soprattutto degli obiettivi strategici aziendali. Il risultato atteso è quello di consentire all'ASL di organizzare il proprio lavoro in un'ottica di miglioramento delle prestazioni e dei servizi resi, attraverso lo svolgimento di un'attività di programmazione, gestione e controllo volta alla verifica dell'efficacia dell'azione amministrativa.

Percorso diagnostico integrato in oncoematologia-modello nelle gammopatie monoclonali

Mariantonietta Petrizzo

Field Value Manager Bristol Myers Squibb

Le migliori condizioni igienico-sanitarie, gli standard di qualità di vita più elevati e la continua innovazione tecnologica nell'ambito delle scienze mediche, hanno avuto come conseguenza un aumento della durata della vita media delle persone che non vede precedenti nella storia umana.

Questo rappresenta senza dubbio una delle più grandi conquiste dell'umanità ma porta con sé una serie di tematiche che non possono essere trascurate.

L'incremento della popolazione anziana è, infatti, caratterizzata da quadri clinici complessi, polipatologici e cronici, richiede un intervento che garantisca la migliore qualità di vita in un contesto di sostenibilità del sistema.

Il Servizio Sanitario Nazionale e, di riflesso, quello Regionale, si trovano di fronte principalmente a due sfide.

La prima riguarda l'entità stessa del Fondo Sanitario, soggetta a tagli continui negli ultimi decenni e che pare essere palesemente insufficiente per garantire il sostentamento di un sistema sanitario universalistico.

In secondo luogo, è necessaria una riflessione, ed un profondo ripensamento sulla modalità di gestione delle risorse disponibili. Ci si ritrova, infatti, nella condizione di effettuare controlli e operare continue valutazioni al fine coniugare le esigenze di soddisfare i crescenti bisogni assistenziali con la sostenibilità economica.

I responsabili del governo regionale e le direzioni strategiche delle aziende sanitarie ritengono, in genere, che la spesa debba essere "controllata" perché non siano superati i vincoli di bilancio. Da ciò deriva la necessità di pianificare e programmare, di evitare la frammentazione e la mancanza di sinergia degli interventi da parte delle diverse figure professionali, di evitare lo spreco di risorse economiche e di ottimizzare le risorse umane.

L'emergenza Covid-19, oltre a dimostrare che se non esiste un piano di investimento in salute le conseguenze sull'economia sono disastrose, ha fatto emergere maggiormente l'esigenza di costruire percorsi di cura dedicati, definiti, e che garantiscano la giusta presa in carico dei pazienti. Percorsi di cura che partono dalla diagnosi.

Il Percorso Diagnostico Integrato (PDI) nelle gammopatie monoclonali si focalizza sulla diagnostica e sulla gestione unica con un vantaggio organizzativo-ge-

zionale e di velocità di diagnosi che, se fatta precocemente, impatta fortemente sull'outcome del paziente.

Allo stato attuale un paziente con una sospetta gammopatia monoclonale viene inviato dal medico di medicina generale all'ematologo, e si incammina in un non-percorso rappresentato da un iter diagnostico articolato che, coinvolgendo diverse complessità di analisi laboratoristiche e strumentali e diversi profili di specializzazione, può portare, se non adeguatamente modulato e gestito, ad una plethora di esami inutile, talora poco appropriati e ad un elefantiasico utilizzo di ambulatori, laboratori e corsie di ospedale con aggravio di costi non solo economici. Questo porta ad un impiego maggiore di tempo da parte del paziente e/o del care-giver, incidendo anche sulla qualità di vita, in quanto si sentono spaesati, non "accolti", preoccupati, porta ad uno spreco di risorse economiche e soprattutto porta ad un ritardo della diagnosi.

Lo specialista potrebbe trovarsi davanti ad alcune condizioni tali da ricoverare il paziente, anche solo per un giorno, per eseguire gli esami di screening di II livello, in modo da andare incontro alle esigenze del paziente e per giungere prima alla diagnosi.

La gestione del PDI viene eseguita esclusivamente in regime ambulatoriale senza necessità di ricovero, per cui non si hanno ricoveri inappropriati (0-1 gg), si liberano posti letto che possono essere utilizzati per ricoveri di natura diversa a beneficio dei costi e delle liste d'attesa.

Inoltre, consente di produrre dati clinici attendibili e comparabili, essendo eseguiti sempre nello stesso centro, che vanno ad alimentare un database scientificamente valido.

<p>S – Punti di Forza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestione del Percorso Diagnostico in ambulatorio, senza necessità di ricovero. • Appropriately delle prestazioni. • Ottimizzazione della presa in carico del paziente • Diagnosi precoce • Tutti gli esami strumentali e di laboratorio vengono eseguiti in un unico centro. • Attendibilità dei dati clinici. • Database scietificamente valido. 	<p>W – Punti di Debolezza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mancanza di Normativa Regionale per l'attuazione • Applicabile solo negli ambulatori di ematologia afferenti a centri ospedalieri dove tutte le prestazioni possono essere eseguite
<p>O – Opportunità</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riduzione liste di attesa. • Maggiore integrazione e interazione H/T. • Riduzione ricoveri 0-1 giorno • Riduzione occupazione posti letto, per cui si riducono i tempi di attesa per i ricoveri. • Aumento della qualità di vita per il paziente • Ottimizzazione del tempo per il paziente e/o per il care giver. 	<p>T – Minacce</p> <ul style="list-style-type: none"> • Scarso interesse da parte della Regione

L'attuale sistema di remunerazione prevede il pagamento a tariffa per prestazioni, il PDI si propone di essere un modello innovativo non pagando la singola prestazione ma pagando il processo, il risultato. Risultato che viene valorizzato ulteriormente se gli esiti sono positivi, ossia viene pagata anche l'efficienza del percorso, e viene perseguito l'obiettivo principale del nostro SSN, la Salute.

Coronavirus in ambiente lavorativo “Obblighi del datore di lavoro”

Raffaele Scognamiglio

Ingegnere Azienda Ospedaliera Ospedali dei Colli

Questo lavoro nasce dalla personale esperienza come Responsabile del Servizio di Protezione e Prevenzione per la società So.Re.Sa. SpA e dall'esigenza di ottemperare a quanto disposto dalla circolare del Ministero della Salute n°3190 del 03/02/2020 per l'epidemia da Coronavirus (Covid-19), in corso nella Repubblica popolare cinese.

La circolare ministeriale del 3 febbraio 2020 detta le indicazioni per gli operatori dei servizi/esercizi a contatto con il pubblico ricordando ai datori di lavoro la responsabilità di tutelare i lavoratori dal rischio biologico con la collaborazione del medico competente.

Al fine di ottemperare alle disposizioni ministeriali ho iniziato ad elaborare e condividere con il medico competente un documento finalizzato a valutare il rischio da contagio Coronavirus (Covid-19) per i lavoratori e gli ospiti presenti nella sede del Centro Direzionale di Napoli all'isola F9 “Palazzo Esedra”.

Dopo la contestualizzazione dell'ambito lavorativo in cui lavoro sia nel generico del settore uffici che nel dettaglio della realtà della società So.Re.Sa. SpA, si è proceduto, approfondendo l'attuale normativa in materia di sicurezza negli ambienti di lavoro e contestualizzato il lavoro, nella ricerca dei dati necessari per la stesura di una procedura gestionale per l'infezione da Coronavirus (Covid-19) come integrazione alla valutazione dei rischi già esistente.

Obiettivo principale del lavoro non è stato solo quello di ottemperare a quanto disposto dalla circolare del Ministero della Salute n°3190 del 03/02/2020 ma di individuare le misure di prevenzione e protezione necessarie a prevenire un eventuale rischio da contagio da Coronavirus e di diffondere a tutti i lavoratori della So.Re.Sa. SpA. le raccomandazioni e le procedure sul corretto lavaggio delle mani pubblicate sul sito del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore della Sanità.

Quest'ultime sono state inviate a tutti i lavoratori So.Re.Sa. utilizzando l'intranet aziendale che ha consentito una rapida e sicura consegna. Inoltre, le stesse sono state affisse a tutti i piani dell'edificio.

L'obiettivo principale di questo lavoro di tesi è quello di individuare le misure da adottare per prevenire e proteggere i lavoratori, negli ambienti So.Re.Sa., dall'epidemia da Coronavirus e approfondire le scarse conoscenze che si hanno del Covid-19.

Quality assessment nel governo delle apparecchiature elettromedicali: implementazione di un IPS innovativo per la gestione del rinnovo tecnologico

Albina Viviano

Responsabile Servizio Ingegneria Clinica del Network di ricerca clinica Neuromed (Centro Servizi Med Via Atinense Pozzilli - IS)

L'evoluzione delle tecnologie biomediche ha portato numerosi benefici in tutti i settori che hanno lo scopo di tutelare e migliorare la salute dell'uomo, all'interno delle strutture sanitarie cresce sempre di più il numero di apparecchiature biomediche e di tecnologie avanzate per la diagnosi e la terapia e questo ha radicalmente modificato l'approccio alla cura della salute. A fronte di una distribuzione sempre più vasta e ormai irrinunciabile di queste tecnologie, la struttura sanitaria dovrà essere in grado di scegliere quelle più appropriate, di impiegare correttamente la strumentazione, di garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori, nonché la qualità del servizio erogato, ottimizzando i costi di acquisto e gestione.

La crescente diffusione delle tecnologie biomediche di notevole complessità, allo scopo di fornire una maggiore qualità nella cura della salute dei pazienti, necessita una efficiente gestione delle tecnologie stesse, pena il venir meno dei vantaggi auspicati. A questo fondamentale problema sovrintende una nuova disciplina, l'ingegneria clinica, sviluppatasi all'interno dell'ingegneria biomedica.

«Senza dati sei solo un'altra persona con un'opinione», così sosteneva l'ingegnere statunitense W. Edwards Deming, al quale si deve l'esposizione della teoria PDCA (Plan-Do-Check-Act), una strategia operativa modulare che può essere applicata all'organizzazione nel suo insieme. Il lavoro di tesi è stato principalmente focalizzato sulla fase di check, con l'obiettivo di ottenere un cruscotto di Technology Management in grado di fornire un supporto decisionale fondamentale per le attività di monitoraggio e programmazione. Ciò che è stato portato all'attenzione, è quello dell'*Evidence-based*, vale a dire l'osservazione e la valutazione dell'*efficienza* e dell'*efficacia* del servizio mediante lo studio e la rappresentazione di un vasto set di dati riguardanti le singole apparecchiature. L'obiettivo principale è stato quello di elaborare un nuovo algoritmo per la valutazione dell'indice di priorità di sostituzione (IPS) al fine di garantire l'appropriatezza, la sicurezza e il continuo aggiornamento del patrimonio tecnologico biomedicale, rinnovando le apparecchiature obsolete o non più adeguate agli standard di sicurezza in vigore, e programmando al tempo stesso l'acquisizione di nuove tecnologie che rendano più efficace ed efficiente l'erogazione delle prestazioni sanitarie. In questo modo si garantisce la permanenza in attività solo delle apparecchiature sicure, utili, economicamente vantaggiose e rispondenti alle normative tecniche vigenti.

TESI AREA TEMATICA

La ridefinizione delle attività gestionali sanitarie in ottica di miglioramento LEA e sostenibilità economica nell'ambito della comunicazione organizzativa sanitaria, project-management e gestione dei gruppi di lavoro

Tutor: Alessandra Dionisio

E-Health e il sistema del teleconsulto: il progetto “Isole”

Bruna Bronzini

Funzionario presso Soresa Spa

Ricerca Sanitaria e Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

Paola Del Prete

Dirigente sanitario biologo presso la Direzione Scientifica dell'IRCCS
Fondazione G. Pascale di Napoli

Comunicazione in situazione di crisi

Tonino Ferrante

Avvocato

“Ascolta! Senti anche tu, previeni con noi”

Comunicazione per la salute ed alleanze intersettoriali nel progetto di screening scolastico della sordità

Sabina Garofalo

Referente E.T.S. FIADDA Campania, presso CRR Impianti Cocleari e Diagnostica Audiologica dell'A.O.R.N. Santobono-Pausilipon di Napoli

Progetto SInfoNIA: una nuova piattaforma nel panorama dei sistemi informativi regionali, per il rilancio di un modello organizzativo più efficiente, centralizzato e performante nel sistema sanitario campano

Maria Madonna

Dipendente presso la Direzione Amministrativa di So.Re.Sa. S.p.a.

Centrale unica dei pagamenti: dinamiche evolutive

Pietro Pagnini

Dipendente So.Re.Sa. Spa in servizio presso la Direzione acquisti

Sicurezza in ambiente di lavoro come fattore di successo del management aziendale in So.Re.Sa spa

Roberto Ruocco

Dipendente presso la So.Re.Sa. Spa - Direzione Amministrativa

E-Health e il sistema del teleconsulto: il progetto “Isole”

Bruna Bronzini

Funzionario presso la Soresa Spa

Negli ultimi anni la Sanità, in Italia, ha dovuto fronteggiare un processo di razionalizzazione delle risorse che ha obbligato le strutture del SSN a riorganizzare processi e strumenti. La trasformazione digitale e la messa in rete dei servizi di assistenza e cura è oramai la scelta più diffusa per garantire i livelli di assistenza minimi richiesti dagli standard europei. Ciò risulta essere ancora più importante per tutti quei territori lontani dalle aree metropolitane (isole, comuni montani, etc.) che hanno visto aumentare il Digital Divide rispetto alle aree più fortemente urbanizzate. Nella riorganizzazione della rete dei servizi sanitari risulta, quindi, fondamentale dotare le strutture di presidio al fine di assicurare una strumentazione idonea e affidabile per garantire i livelli di assistenza richiesti dal SSN.

La Regione Campania, in accordo con le Aziende Sanitarie Napoli 1 Centro e Napoli 2 Nord, si è attivata per migliorare i livelli di assistenza nelle cosiddette aree “disagiate” del territorio campano, tra cui le isole di Capri, Ischia e Procida, che appunto beneficeranno del Progetto Isole 2019.

Con decreto dirigenziale n. 190 del 05 Settembre 2018 la Regione Campania, ha incaricato la SO.RE.SA SpA quale Centrale di committenza regionale di curare la progettazione e l’affidamento ad una azienda esperta la realizzazione del primo pilota del progetto di Teleconsulto per le isole di Ischia, Procida e Capri. Il soggetto attuatore è stato successivamente individuato nella RTI Almaviva S.p.A/Almawave S.r.l/ Indra Italia S.p.A/Pwc Advisory S.p.A

Al centro del progetto ISOLE c’è il sistema del Teleconsulto che rappresenta, nel panorama dei servizi di medicina a distanza, la base per il rafforzamento di una rete di servizi territoriali supportati da reti e-Health che possano meglio rispondere ai bisogni socio-assistenziali e garantisca minori costi e migliori risultati per la popolazione, condividendo le migliori professionalità messe a disposizione. L’utilizzo di soluzioni di Teleconsulto comporta innumerevoli vantaggi per il SSN, per le aziende e le organizzazioni sanitarie, per i medici e per i pazienti. Il progetto prevede di dotare le strutture sanitarie di Procida, Ischia e Capri di moderne tecnologie di Teleconsulto al fine di assicurare una comunicazione efficace tra personale on-site e remoto, e la condivisione di tutte le informazioni necessarie per supportare il personale sanitario in una diagnosi quanto più veloce e precisa.

Nello specifico, il Teleconsulto medico del progetto ISOLE 2019 consiste nella possibilità per i medici, situati in postazioni remote, dislocate in sedi isolate e disagiate (Digital Divide), ed in sedi specialistiche dove professionisti sono coin-

volti in second opinion, di condividere e valutare un particolare caso clinico attraverso l'analisi del maggior numero possibile di informazioni a loro disposizione, e l'impiego, ove necessario, della video conferenza personale, utile per sottoporre lo stesso ad eventuali commenti estemporanei ed a scambi di pareri, sulla base dello specifico know-how di ciascun professionista.

Ricerca Sanitaria e Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

Paola Del Prete

*Dirigente sanitario biologo presso la Direzione Scientifica
dell'IRCCS Fondazione G. Pascale di Napoli*

L'Articolo 12 bis, comma 3, del Decreto legislativo 502/1992 (9), come modificato dal Decreto legislativo 229/1999 (10), individua nella ricerca sanitaria lo strumento fondamentale per l'attuazione degli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale, secondo le indicazioni fornite nel Programma Nazionale della Ricerca Sanitaria.

La Ricerca Sanitaria, essendo parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), è elemento fondamentale per garantire ai cittadini una sanità efficiente e rispondente ai reali bisogni di assistenza e cura del Paese e pertanto, per "Ricerca Sanitaria", si deve intendere quella vasta gamma di attività multidisciplinari, che hanno come scopo quello di accrescere in modo significativo le conoscenze ma anche quello di promuovere lo sviluppo di nuovi approcci di diagnosi e strategie terapeutiche.

In questo contesto, sono stati analizzati, i modi con cui si deve e si può raggiungere quella integrazione che sviluppa valore in un contesto interdisciplinare e le reali motivazioni per le quali la politica, può promuovere la ricerca in ambito biomedico/sanitario, con obiettivi strategici complessi e declinati nel contesto europeo.

In quest'ottica, il Ministero della Salute, in sinergia con le Amministrazioni centrali, Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca (MIUR) e dello Sviluppo Economico (MISE), le Amministrazioni regionali e finanche, il partenariato privato, devono confrontarsi e condividere le scelte strategiche delle policy in tema di ricerca e innovazione, per il miglioramento dell'assistenza, delle cure e dei servizi, compreso l'ammodernamento delle tecnologie per la diagnosi e la terapia delle malattie, con l'obiettivo finale di incrementare significativamente la salute dei cittadini, le loro aspettative e qualità di vita. Non dobbiamo dimenticare che, oggi più che mai, proprio la ricerca sanitaria pubblica, ha consentito la gestione dell'attuale epidemia di Coronavirus (Covid-19), attraverso studi, interventi e strategie che vedono i Servizi Sanitari Nazionali lavorare a stretto contatto con l'OMS e con scienziati internazionali, governi e partner per condividere rapidamente le conoscenze scientifiche su questo nuovo virus, per tracciarne la diffusione, la virulenza, cercare il giusto siero terapeutico o vaccino, approntare kit diagnostici veloci, sensibili e specifici per l'individuazione del virus, nonché fornire il necessario know-how a quei paesi carenti di tali conoscenze, per proteggere la salute degli individui e prevenire la diffusione mondiale di questo focolaio.

Comunicazione in situazione di crisi

Tonino Ferrante

Avvocato

La comunicazione organizzativa in ambito sanitario non va inquadrata come problematica a sé stante, in quanto sottesa al processo di produzione di servizi: sarebbe infatti difficile pensare una produzione di servizi destinata al cittadino che non preveda un impianto di interazione comunicativa.

La questione va invece inquadrata all'interno di un piano di astrazione e di successiva focalizzazione, considerando la *gestione della comunicazione* e mettendo sullo stesso livello sia il piano della comunicazione rivolta al cliente-cittadino esterno sia il piano della comunicazione rivolta al cliente interno, ovvero il collega o la struttura organizzativa interna.

Questo tipo di assioma, tutt'altro che scontato, è ciò che forse determina il livello più critico. Se infatti affermiamo - come alcuni autori - che *l'efficacia della comunicazione esterna dipende in modo proporzionale dall'efficacia della comunicazione interna*, arriviamo a dire che l'azienda che comunica efficacemente con il cittadino è l'azienda che comunica efficacemente al proprio interno.

L'obiettivo di questo lavoro è quello di individuare una corretta modalità di gestione della comunicazione in situazione di stress ed altresì di mostrare come la comunicazione interna possa essere organizzata per consentire una giusta comunicazione esterna. Noi tutti sappiamo che comunicare argomenti che riguardano la salute presenta notevoli rischi, quindi diventa sempre più indispensabile elaborare uno schema con delle linee guida per la comunicazione tra i soggetti istituzionali e i cittadini.

Schematizzando il processo comunicativo ed individuando gli attori che devono intervenire nei modi e nei tempi stabiliti, si potrà avere la giusta comunicazione, che dovrebbe avere i seguenti requisiti: chiarezza, completezza, tempestività, giusta argomentazione, condivisione ed efficacia.

C'è comunque un aspetto particolare della comunicazione - di grande attualità, alla luce della pandemia da Covid-19 che sta sconvolgendo l'esistenza di milioni di persone in tutto il mondo - che si è ritenuto opportuno considerare in questo lavoro: l'*infodemia*, cioè la diffusione di una quantità enorme di informazioni, provenienti da fonti diverse e non sempre attendibili.

Esattamente come i virus, oggi le notizie si diffondono in modo rapidissimo e attraverso canali molteplici. Il *contagio informativo* ha l'effetto di rendere assai più complessa la gestione dell'emergenza, in quanto pregiudica la possibilità di trasmettere istruzioni chiare e univoche e di ottenere, quindi, comportamenti

omogenei da parte della popolazione. Ciò marca una differenza epocale rispetto alle emergenze globali, non solo sanitarie, del passato, quando la maggior lentezza di trasmissione delle notizie e il numero limitato di mezzi di comunicazione permettevano di reagire in modo più ordinato.

Alla luce di quanto premesso, attraverso lo studio e l'analisi del progetto elaborato da una ASL, si cercherà di far emergere le linee guida per gestire correttamente la comunicazione degli eventi avversi.

Infine, si andranno ad analizzare le possibili conseguenze che la comunicazione di eventi avversi può avere nel nostro ordinamento giuridico, stabilendo anche una comparazione con gli ordinamenti di *common law*.

**“Ascolta! Senti anche tu, previeni con noi”
Comunicazione per la salute ed alleanze intersettoriali
nel progetto di screening scolastico della sordità**

Sabina Garofalo

Referente E.T.S. FIADDA Campania, presso CRR Impianti Cocleari e Diagnostica Audiologica dell’A.O.R.N. Santobono-Pausilipon di Napoli

L’individuazione precoce di un problema dell’udito è fondamentale per impedire che la sordità provochi un ritardo o un mancato apprendimento del linguaggio con effetti molto negativi sulla vita futura dei bambini. Purtroppo la diagnosi, il trattamento, la riabilitazione e gli interventi educativi di questo difetto sensoriale sono, ancor oggi, sono frequentemente tardivi e inappropriati, e si traducono in compromissioni linguistiche, neuropsicologiche, educative e sociali che ostacolano il processo di piena autonomia del soggetto. Le evoluzioni scientifiche, mediche e tecnologiche degli ultimi 15-20 anni hanno dimostrato che un’identificazione, una diagnosi e un intervento protesico e riabilitativo molto precoci sono procedure oggi realizzabili, efficaci ed anche economiche.

Il progetto di tesi nasce dalla collaborazione tra Fiadda Onlus (Famiglie Italiane Associate per la Difesa dei Diritti degli Audiolesi, sezione di riferimento per la Campania), l’Associazione VERSOnonDOVE (Presidente Lucio Allegretti) e la consulenza scientifica del Dott. Antonio della Volpe, in qualità di Direttore del CRR Impianti Cocleari e Diagnostica Audiologica dell’A.O.R.N. Santobono-Pausilipon di Napoli e Presidente della Società Italiana di Otologia e Scienze dell’udito (SIOSU). L’aumento di diagnosi tardive ed errate rilevate dal CRR Impianti Cocleari e Diagnostica Audiologica dell’A.O.R.N. Santobono-Pausilipon, hanno spinto gli attori su citati ad ampliare e meglio strutturare un modello regionale integrato per la prevenzione e la comunicazione. Infatti, pur esistendo lo screening neonatale regionale, (diventato nazionale con i LEA approvati nel 2017) è stato deciso di sperimentare la sorveglianza audiologica scolastica, affiancata da un’accurata campagna di comunicazione, inaugurata il 20 gennaio 2020.

Il progetto ‘*Ascolta, senti anche tu, previeni con noi!*’ ha avuto come azione principale, appunto, la realizzazione di uno screening audiologico scolastico gratuito, condotto con visite e test audiometrici per bambini di età compresa tra i 5 e i 7 anni, presso tutte le scuole che hanno aderito all’iniziativa. I genitori dei bambini risultati positivi ai test, nel pieno rispetto della privacy, sono stati tempestivamente informati sulle procedure di approfondimento diagnostico attuate presso il reparto di Diagnostica Audiologica dell’A.O.R.N. Santobono-Pausilipon.

Le azioni e gli strumenti della campagna di comunicazione di supporto all'azione principale, sono state:

- Diffusione gratuita presso tutte le scuole del territorio di Napoli e Provincia del film documentario *'Dentro il silenzio'* tratto da una storia vera, prodotto da Aquilafilm nella persona di Lucio Allegretti per mettere a conoscenza di un problema sempre più diffuso, di cui oggi esistono tecniche che restituiscono una vita fuori dall'isolamento e con un adeguato inserimento socio-relazionale.
- Divulgazione della campagna di informazione attraverso: la realizzazione di uno Spot inedito per la sensibilizzazione alla prevenzione, relativa divulgazione sui più diffusi e accreditati social e su VideoMetrò;
- Cartellonistica cittadina, con affissioni di cartelloni pubblicitari stradali

L'intero programma progettuale, risponde coerentemente sia al Piano Nazionale Sanitario 2020-2025, per il quale la comunicazione per la salute risulta strumento necessario e determinante per il raggiungimento degli obiettivi di servizi per la prevenzione dei rischi e delle patologie, così come per la promozione della salute dei cittadini, sia al Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, che ha come priorità, trasversale a tutti gli obiettivi, la riduzione delle principali disuguaglianze sociali e geografiche che si osservano nel Paese.

In nove mesi di lavoro, con poche risorse umane (7 soggetti) ed economiche (contributi dell'associazione VersoNONdove), sono stati raggiunti 980 bambini di età compresa tra i 5 e i 7 anni, di circa 30 scuole (su 2.104 di tutto il territorio campano). Tra questi, sono stati individuati ben cinque bambini con deficit uditivo, di cui: 4 con sordità neurosensoriale medio-grave monolaterale ed uno con sordità neurosensoriale medio-grave bilaterale. Questo risultato conferma il razionale scientifico che è alla base del piano di lavoro: in età scolare ogni 1000 nati il 3-4 % risulta positivo ad un approfondimento diagnostico per la sordità. Considerato che ogni soggetto con sordità medio-grave non trattata costa allo stato 750.000,00 euro, per tutto l'arco della vita, compresi oneri sanitari e socio-assistenziali, il progetto ha prodotto un risparmio socio-economico di ben 3.750.000,00 (*tre milioni e settecentocinquantamila*) a fronte di una spesa annuale di 129 mila euro.

A ciò si aggiunga, l'aumento degli accessi in aziende ospedaliere, contabilizzabili grazie al pagamento ticket, ottenuto dall'aumento della domanda di servizi di salute in ambito audiologico ad origine, non solo dai soggetti individuati come positivi, ma da tutti coloro che sono stati avvicinati dalla sensibilizzazione sul tema della prevenzione della salute uditiva e che su questa hanno agito con un cambiamento culturale.

Fare prevenzione, dunque, non solo permette di curare in maniera efficace la patologia, ma soprattutto consente di aiutare il Sistema Sanitario Nazionale, evitando poi successivi costi sociali elevatissimi per far fronte alle cure, ma anche arginando rischi di diagnosi errate, permettendo un approccio facilitato a

terapia protesica o chirurgica, supporto familiare, riabilitazione comunicativa. Inoltre, la comunicazione per la salute, presente nel progetto, ha seguito un modello procedurale di quattro fasi:

- 1) Lo sviluppo di un piano e di una strategia;
- 2) Lo sviluppo del messaggio;
- 3/4) La realizzazione del progetto; il monitoraggio, la valutazione e il miglioramento del progetto.

Questa scansione ha definito le tappe della pianificazione della comunicazione, partendo dalla definizione del problema di salute e mettendone a punto le strategie e gli obiettivi, individuando i destinatari, scegliendo gli stili della comunicazione, testando i messaggi, organizzando il lancio del progetto e realizzandone azioni di controllo e previsioni.

In fine, seguendo parametri riconosciuti ampiamente in letteratura, di accessibilità ed affidabilità del contenuto della comunicazione, è stato prodotto un messaggio con caratteristiche (linguaggio, il mezzo utilizzato...) appropriate alle capacità di comprensione del destinatario, pur essendo basato sulle più aggiornate prove scientifiche. Gli esiti raggiunti e le valutazioni delle azioni di comunicazione paramtrate sui contenuti degli obiettivi di sensibilizzazione e prevenzione, hanno permesso di stabilire questi risultati: è aumentata la conoscenza e la consapevolezza su un problema di salute e la sua soluzione, è stata facilitata l'azione dei cittadini, sono stati illustrati dei comportamenti salutari, sono stati mostrati i benefici che si possono ottenere da un cambiamento nei comportamenti, si è ottenuto un aumento della domanda di servizi di salute, ma anche il supporto a essi, sono stati sfatati miti e luoghi comuni e, in fine, sono stati rafforzati i rapporti tra le organizzazioni.

Progetto SInfoNIA: una nuova piattaforma nel panorama dei sistemi informativi regionali, per il rilancio di un modello organizzativo più efficiente, centralizzato e performante nel sistema sanitario campano

Maria Madonna

Dipendente presso la Direzione Amministrativa di So.Re.Sa. S.p.a.

Il presente lavoro riguarda lo sviluppo e l'implementazione del progetto SINFONIA (Sistema Informativo saNità CampanIA) il sistema informativo integrato della Sanità campana.

Il progetto nasce dalla collaborazione tra Regione Campania e SORESA Società Regionale per la Sanità (costituita con DGRC n. 361 del 27/02/2004), in attuazione dell'art. 6, della L.R. n. 28 del 26/12/2003 per la realizzazione di azioni strategiche finalizzate alla razionalizzazione della spesa sanitaria regionale.

SINFONIA, è una piattaforma informatica che, attraverso l'uso delle tecnologie dell'informazione, consente lo sviluppo e la diffusione della digitalizzazione dei servizi sanitari rivolti ai cittadini campani.

La missione di *Sinfonia* è la costruzione di una rete di collegamenti tra: Aziende sanitarie, operatori sanitari, personale amministrativo, cittadini e associazioni di volontariato; con l'obiettivo di rendere più efficiente tutti i processi ed i servizi sanitari.

La piattaforma informatica sarà al servizio di:

- 1) *Pazienti della regione Campania,*
- 2) *Ospedali e strutture sanitarie,*
- 3) *Personale medico sanitario.*

Ha come obiettivo quello avvicinare il paziente all'assistenza sanitaria, attraverso un portale web ed una app.

Le attività previste saranno:

- 1) *Anagrafe Regionale degli Assistiti*
- 2) *Anagrafe Regionale Strutture Sanitarie*
- 3) *Anagrafe Regionale del personale SSR*
- 4) *Gestione dei Medici di Medicina Generalee dei Pediatri*
- 5) *Mobilità Sanitaria*
- 6) *Gestione dei flussi informativi*

Con l'adozione di SINFONIA il sistema della sanità campana passerà dalla parcellizzazione dei singoli sistemi informatici delle ASL e Strutture Ospedaliere, ad

una gestione integrata del comparto su tutto il territorio, operando un'innovativa pianificazione delle risorse di settore che fa crescere esponenzialmente quantità e qualità delle funzioni, con l'obiettivo di sostenere le eccellenze della sanità operativa, attraverso le opportunità della sanità digitale.

Attraverso l'uso delle tecnologie di data analytics applicate ai flussi informativi sanitari, inoltre sarà possibile prevedere l'impatto delle principali patologie sul Sistema Sanitario e mettere in atto strategie utili a gestire, in maniera ottimale, l'offerta di servizi sanitari, l'andamento dei costi sanitari ed assistenziali, nonché l'aumento di complessità nella gestione del paziente/assistito causata da una serie di fattori quali il miglioramento delle condizioni socio-sanitarie, l'aumento dell'aspettativa di vita e l'invecchiamento demografico.

AGGIORNAMENTI

Durante l'emergenza Covid-19, il progetto Sinfonia ha avuto la possibilità di farsi conoscere e apprezzare dalla platea interessata.

In un primo momento attraverso il portale, per l'adesione alla campagna vaccinale, successivamente attraverso l'apposita app E-Covid, che ha consentito ai cittadini di: aderire alla campagna vaccinale, comunicare eventuali contatti con positivi e ricevere sul proprio smartphone l'esito del tampone molecolare e/o test sierologico.

Il 30.05.2021 l'app E-Covid è risultata la più scaricata in Italia per la categoria Medicina, sulle due principali piattaforme online: App Store e Google Play”.

I numeri raggiunti e la presenza nella classifica delle App più utilizzate - dice Corrado Cuccurullo, presidente di Soresa spa - premiano gli sforzi fatti dalla Regione Campania sul tema della innovazione digitale applicata alla Sanità regionale. Dobbiamo fare tesoro di quanto realizzato in questo periodo di emergenza per realizzare una sanità regionale sempre più connessa e innovativa”.

Centrale unica dei pagamenti: dinamiche evolutive

Pietro Pagnini

Dipendente So.Re.Sa. Spa in servizio presso la Direzione acquisti

So.Re.Sa. Spa è delegata, ai sensi dell'articolo 1269 del Codice civile, alla esecuzione dei pagamenti, dovuti per l'esercizio del servizio sanitario, e dei debiti, regolarmente accertati, delle ASL e delle AO individuate con deliberazione di Giunta regionale e costituisce, per tali Aziende, centrale unica di pagamento.

I metodi adottati da So.Re.Sa. Spa sono tra l'altro improntati alla digitalizzazione dei processi, alla standardizzazione degli strumenti e delle procedure delle Aziende regionali.

Il risultato atteso dal lavoro della tesi è di analizzare l'attuale contesto operativo regionale e di prospettare una visione evolutiva dei processi di pagamento in uso.

Il progetto si inserisce nell'operatività della Centrale unica dei pagamenti di So.Re.Sa. Spa

La Regione Campania consta di n.7 ASL (Napoli 1 Centro, Napoli 2 Nord, Napoli 3 Sud, Avellino, Benevento, Caserta, Salerno), n.7 AO (Cardarelli, Colli, Moscati, Pascale, Sant'Anna e San Sebastiano, San Pio, Santobono), n.3 AOU (Federico II, Ruggi, Vanvitelli).

Allo stato attuale operano in completa centralizzazione di tutti i pagamenti correnti, compresi quelli relativi al personale dipendente, e dei pagamenti delle prestazioni sanitarie di rilevanza sociale ex DGRC n.282/2016: l'ASL Napoli 1 Centro, l'ASL Napoli 3 Sud, l'ASL di Salerno, l'AORN Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta, l'AORN Cardarelli e l'ASL di Benevento.

Operano in centralizzazione dei soli pagamenti delle prestazioni sanitarie di rilevanza sociale ex DGRC n.282/2016: l'ASL di Avellino; l'ASL di Caserta; l'ASL Napoli 2 Nord.

Con Decreto n.68 del 27.09.2019 è stato disposto il completamento del Sistema Informativo Amministrativo Contabile (SIAC) presso tutte le Aziende sanitarie e l'adesione di queste ultime alla centrale unica dei pagamenti, affidata alla So.Re. Sa. Spa, entro il 31.12.2020.

Sicurezza in ambiente di lavoro come fattore di successo del management aziendale in So.Re.Sa. Spa

Roberto Ruocco

Dipendente presso la So.Re.Sa. Spa - Direzione Amministrativa

Il presente lavoro riguarda un tema particolarmente attuale e portato, negli ultimi tempi, alla ribalta dal recente Testo Unico sulla sicurezza: l'importanza della formazione come arma preventiva contro gli infortuni. Questo lavoro ha avuto il via dall'incontro tra il mio interesse di studio e le esigenze concrete di un nuovo approccio alla formazione sulla sicurezza da parte di So.Re.Sa. Spa, azienda presso cui lavoro.

In questo modo è stato possibile sviluppare un processo di ricerca che passasse dall'approfondimento teorico e metodologico all'analisi sul campo dei concetti analizzati, fino alla progettazione di un intervento che mettesse in moto un processo di cambiamento basato sui comportamenti.

Per sviluppare tale progetto, in primo luogo è stato necessario svolgere uno studio dal punto di vista legislativo.

Nel primo capitolo, quindi, sono esplicitate le normative vigenti per quanto riguarda la sicurezza sul lavoro, gli antecedenti giuridici e lo sviluppo attuale, ossia l'entrata in vigore del dinamico Testo Unico (D.lgs. 81/08) per la salute e la sicurezza sul lavoro.

A questa prima parte di analisi giuridica, segue un capitolo descrittivo dei soggetti principali coinvolti nel sistema di sicurezza aziendale e i relativi obblighi.

Successivamente, il terzo capitolo è volto ad illustrare le nuove procedure attuate da So.Re.Sa. Spa per la formazione dei lavoratori in materia di sicurezza nel lavoro, gestione della cassetta del primo soccorso e gestione degli infortuni.

L'obiettivo di questa tesi-progetto è di affermare un nuovo modello che di fatto sostituisca i classici format standardizzati, per ridurre da una parte il numero di infortuni in azienda e dall'altra per costruire, insieme ai lavoratori, un nuovo modello gestionale che contribuisca nel tempo a modificare il comportamento e la consapevolezza degli stessi riguardo la sicurezza sul lavoro e diffondere un messaggio di cultura della sicurezza stessa.

TESI AREA TEMATICA

La ridefinizione delle attività gestionali sanitarie in ottica di miglioramento LEA e sostenibilità economica nell'ambito della prevenzione, dell'integrazione socio-sanitaria, della medicina territoriale

Tutor: Grazia Formisano, Laura Leoncini

La risorsa umana e la qualità delle cure: organizzazione, motivazione e team working

Raffaella Andreozzi

CPS - Infermiere addetto alle infezioni ospedaliere

La psicologia del lavoro e delle organizzazioni: evoluzione storica e contesto organizzativo, teoria e tecniche psicologiche e sociali, test e sociogramma

Luisa Caliendo

Vice Direttore sanitario casa di cura C.G. Ruesch

La Prevenzione Oncologica attraverso la dietetica preventiva in ambito distrettuale

Silvia Ileana Sara Fattoruso

Dirigente medico di oncologia presso ASL NA2 Nord

Centrale Operativa Territoriale (COT): il modello operativo di rete assistenziale per l'attuazione di processi integrati e standardizzazione del PDTA nell'assistenza domiciliare nel Veneto per la presa in carico dell'utente protetto al fine di ridurre e o prevenire l'ospedalizzazione

Angelo Fedè

Infermiere

La cartella clinica nel processo di governance

Carlotta Maria Simeone

Consulente legale amministrativo

Il ruolo dei media nella prevenzione sanitaria

Fulvio Verrecchia

Libero professionista

La risorsa umana e la qualità delle cure: Organizzazione, motivazione e team working

Raffaella Andreozzi

CPS - Infermiere addetto alle infezioni ospedaliere

La tesi e gli argomenti trattati nascono da un interesse personale e da esperienze che mi trovo ad affrontare ogni giorno che hanno fatto sorgere in me dei quesiti. Ho pensato ad un argomento attuale, che potesse trovare dei risvolti pratici nella realtà lavorativa e fornisse informazioni, conoscenze e risposte a chi, come me, è una risorsa umana. La vera competitività aziendale o meglio, il raggiungimento di un vantaggio competitivo sostenibile, deriva dal possedere risorse rare, uniche e inimitabili: attributi appunto che connotano in pieno le risorse umane. Da ciò discende che una gestione efficace delle risorse umane diviene sempre più per l'impresa un obiettivo primario. Quindi organizzazione, motivazione e creazione di un team working sono i principali obiettivi che un leader deve porsi, per motivare persone valide ad affrontare quello che è il mondo del lavoro. Tanto più una persona sente di appartenere all'azienda per la quale collabora in quanto ne condivide gli obiettivi, i valori, il modus operandi, tanto più cresce la spinta interiore ad impegnarsi e a scegliere di rimanere in modo consapevole e proattivo all'interno dell'organizzazione. La dimensione della motivazione è strettamente connessa all'impegno, all'importanza di focalizzare le proprie energie verso il raggiungimento degli obiettivi, alla responsabilizzazione, alla fiducia verso l'organizzazione e verso sé stessi. Una delle caratteristiche di un gruppo è il senso di appartenenza, questo si può ottenere motivando e incentivando un gruppo.

In un sistema come il nostro dove gli incentivi cadono a pioggia su tutti, dove il sistema premiante non è per chi fa ma per tutti, anche per chi non fa, bisogna iniziare da questi presupposti per arrivare al massimo dei risultati perché come già detto il gruppo rappresenta la risorsa umana, che a sua volta è il cuore di un'azienda.

Un team deve essere soddisfatto. Un team soddisfatto è un gruppo che valuta positivamente il processo vissuto, che sente all'interno di quest'ultimo riconosciuti e appagati i propri bisogni e le proprie aspirazioni.

La soddisfazione lavorativa è certamente un aspetto fondamentale nella gestione delle risorse umane in quanto, se sperimentata, facilita il raggiungimento degli obiettivi aziendali e contribuisce ad innescare processi virtuosi di generazione di valore.

La non soddisfazione, o l'insoddisfazione, è da tenere costantemente sotto controllo perché pregiudica l'ottenimento dei risultati sperati.

Infine posso affermare che gli elementi più rilevanti che caratterizzano un gruppo di lavoro sono proprio la soddisfazione, la motivazione ed il coinvolgimento che, se costantemente presenti in tutti i contesti lavorativi condurrebbero sicuramente alla massimizzazione delle prestazioni e dei risultati in termini di produttività e successo dell'azienda.

La psicologia del lavoro e delle organizzazioni: evoluzione storica e contesto organizzativo, teoria e tecniche psicologiche e sociali, test e sociogramma*Luisa Caliendo*

Vice Direttore sanitario casa di cura C.G. Ruesch

In questo lavoro si è esposto come l'appropriatezza complessiva del sistema sanitario si dovrebbe fondare sulla reale attivazione della "presa in carico" della persona e con implementazione di modelli e di erogazione contestualizzata alle varie realtà. Atteso che qualunque presa in carico dovrebbe contemplare una continuità di percorso assistenziale a partire dalla analisi della richiesta (di cosa ha bisogno?), alla prescrizione di cura in termini di appropriatezza (cosa è necessario erogare?), alla operatività osservata della cura assicurando ciò che è giusto nel momento giusto e con le risorse a disposizione (criterio basic della qualità) e, considerato che può essere realizzato di fatto il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per ogni bisogno di salute dalla domanda alla "dimissione del bisogno", in questo lavoro si esplicita il modello organizzativo che la Casa di Cura Ruesch come sistema privato sanitario ha realizzato in asse con questi presupposti.

Si è rallentata l'attesa alla domanda di bisogno di cura per non dire annullata (Muda); vi è la presa in carico con allerta di fragilità (esiste in clinica un sistema cromotografico che allerta la tipologia del paziente) con un infermiere dedicato che si reca a casa del paziente e compila una scheda apposita, effettua una valutazione generale del paziente (storia clinica, patologie pregresse, scala di Conley, scala di Braden, scala GCS); Fattibilità del ricovero, con referenza alla parte sanitarie che programma lo stesso in termini di tempo modalità e durata (Muda di produzione); accoglienza in clinica e svolgimento delle cure con affidamento ad un curante esterno se il paziente è chirurgico o allo staff interno costituito da una unità Anestesiologica e Medica in h24; e dimissione in sicurezza. Per una fascia di età a cui è codificata la dizione di "fragilità" (procedura consolidata dalla Direzione Sanitaria) si estende la presa in carico per 30 giorni dall'uscita dalla clinica effettuabile con un referente Medico a cui poter far riferimento qualunque cosa accada, controllo domiciliare per qualunque dubbio o criticità diagnostica con erogazione di prestazioni dedicate. Nell'ottica di assistenza domiciliare pre o postoperatoria, la Clinica Ruesch propone una vasta gamma di servizi domiciliari per assistere la persona in qualsiasi fase del suo percorso di cura, prevenzione o riabilitazione.

Pertanto presso la Clinica Ruesch *si è riusciti a mettere in pratica la "Lean Organization" abbattendo i 7 sprechi del Sistema Toyota. Come?* Con appropria-

tezza delle indagini, evitando la eccessiva produzione rispetto a quella richiesta; abbattimento delle attese, con una buona programmazione giornaliera sia di ricoveri (calcolando le dimissioni e gli ingressi giornalieri) sia di interventi chirurgici; riduzione dei trasporti/spostamenti inutili; assenza di movimenti inutili, con allocazione di presidi in postazioni strategiche; assenza di perdite di processo, operazioni inutili, come doppie registrazione di dati; riduzione di giacenze in magazzino, instaurando un registro di carico e scarico protesi, con implementazione del concetto di sottoscorta; riduzione di processi difettosi e con albero di chi fa che cosa.

Si può quindi affermare che: la qualità è fare ciò che si deve fare nel tempo giusto con le risorse a disposizione e con chiari obiettivi da perseguire passo per passo dando respiro alla dinamicità del concetto CURA.

La Prevenzione Oncologica attraverso la dietetica preventiva in ambito distrettuale

Silvia Ileana Sara Fattoruso

Dirigente medico di oncologia presso ASL NA2 Nord

La correlazione tra alimentazione e cancro ha radici solide fondate su evidenze scientifiche. Alla luce di tali evidenze sono state stilate delle vere e proprie raccomandazioni/linee guida da parte della World Cancer Research Fund (WCRF)/ American Institute for Cancer Research (AICR) con l'intento di dare indicazioni sulle abitudini alimentari da adottare per la prevenzione di diverse forme di cancro sia in soggetti sani (prevenzione primaria) sia per ridurre il tasso di recidive di alcune forme di cancro in soggetti già malati (prevenzione terziaria). La dieta mediterranea, con ampio consumo di frutta e verdure, poca carne rossa e uso di grassi vegetali come l'olio di oliva, sembra, ancora ad oggi, rappresentare la migliore dieta possibile a scopo antitumorale. Su tali evidenze questo lavoro di tesi ha avuto l'intento di mostrare dapprima la aderenza della popolazione del nostro territorio (provincia nord di Napoli) alle linee guida alimentari vigenti, a seguire, l'intento di mostrare l'incidenza di tumori solidi in correlazione con il tipo di alimentazione e come impattare su di essa.

MATERIALI E METODI

Gli strumenti per la elaborazione dei dati sono stati rappresentati da colloqui individuali e compilazione di questionario da parte di soggetti afferenti a degli ambulatori di consulenza nutrizionale presenti su tutto il territorio della ASL NA2 Nord (distretto 45, ospedale di Frattaminore) da maggio 2019 a febbraio 2020. Sono stati intervistati 242 pazienti, e somministrati anche questionari di recall a 6 mesi.

RISULTATI

Dei 242 pazienti valutabili, la maggioranza è obesa ($135/242 = 55\%$), seguono i pazienti in sovrappeso ($73/242 = 30\%$) e normopeso ($34/242 = 14\%$); la loro circonferenza addominale nel 79% ($193/242$) dei casi è fuori la norma. All'analisi del punteggio del questionario sul tipo di alimentazione effettuata, la maggioranza dei pazienti ha totalizzato un punteggio che rientra nella sufficienza (5-9), ($171/242$ pazienti pari al 70%). Il 4,9% dei pazienti ha mostrato un punteggio scarso (0-4); il 24% del campione ha mostrato una condotta alimentare ottima con aderenza alle linee guida (WCRF) con punteggio 10-14. Il consumo di alcool, è rilevante (R) solo in 23 pazienti (9,5%). In tutto il campione anamnesi positiva

(familiare) per cancro è pari al 36% con 89 casi su 242. Nell'arco dei controlli ambulatoriali i pazienti hanno mostrato aderenza ai regimi nutrizionali consigliati ed aumento della propria attività fisica nel 63% dei casi (152 pazienti) con associata anche perdita di peso corporeo, solo nel 18% (43 pazienti) normalizzazione della circonferenza addominale. Nessuna nuova diagnosi di cancro.

OBIETTIVO

Lo scopo del lavoro è quello di mostrare la diretta correlazione tra condotta alimentare e sviluppo di tumori sul territorio e se l'azione correttiva sui fattori di rischio alimentare (prevenzione primaria) possa cambiare l'incidenza di alcune neoplasie. Chiaramente lo studio longitudinale necessita di un follow-up molto più lungo. Ulteriore obiettivo potrà essere quello di impostare dei regimi nutrizionali dedicati ai pazienti in trattamento oncologico per migliorare il loro PS e ritardare la cachessia neoplastica. Questo lavoro potrebbe essere uno spunto per ogni ASL per far rientrare tale pratica clinica tra gli Ambulatori di Prevenzione Primaria inserendoli nei LEA.

Centrale Operativa Territoriale (COT): il modello operativo di rete assistenziale per l'attuazione di processi integrati e standardizzazione del PDTA nell'assistenza domiciliare nel Veneto per la presa in carico dell'utente protetto al fine di ridurre e o prevenire l'ospedalizzazione

Angelo Fedè

Infermiere

Lo scopo di questo elaborato è di descrivere il servizio offerto della Centrale Operativa Territoriale (COT) veneta, da qualche anno punto di partenza in ambito sanitario, per la riqualificazione e l'organizzazione dei servizi territoriali. Portare a conoscenza questo tipo di modello, in Campania, regione in cui il servizio territoriale è innovativamente, strutturalmente ed organizzativamente più indietro rispetto a quello veneto, è la sfida che mi sono posto per far sì che ci possa essere un elemento di confronto con chi è ai vertici delle strutture sanitarie presenti in regione e con i colleghi partecipanti a questo corso di studi, al fine di prendere spunto da questo tipo di servizio e creare un modello all'avanguardia. È stata effettuata un'attenta analisi del modello in questione, sulla base di dati forniti da chi lavora in questo ambito, della normativa regionale che lo ha istituito e della demografia territoriale, analizzando anche i vantaggi, gli svantaggi e gli obiettivi futuri di questo tipo di servizio.

La cartella clinica nel processo di governance

Carlotta Maria Simeone

Consulente legale amministrativo

Ai fini del progetto sperimentale di lavoro, in tema di responsabilità sanitaria, l'autrice introduce il concetto di cartella clinica nel processo di *governance*, identificandolo nella sua definizione, comprensiva dei requisiti formali e sostanziali, come momento fondante nella gestione del *risk management*.

Nel contempo, analizzandone la giurisprudenza di legittimità e di merito, pone l'accento sulla rilevanza giuridica di questo documento ufficiale, necessariamente comprensivo dell'acquisizione del consenso informato, alla luce delle nuove normative (Legge Gelli-Bianco) in ambito penale e civile della responsabilità sanitaria e la Legge 219/17 in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

L'intervento progettuale si svolge nell'area di prevenzione del rischio clinico, nel contesto del Presidio Ospedaliero di Marcianise "A. Guerriero" (ASL Caserta), utilizzando i *form* di correzione, predisposti e forniti dalla Direzione Sanitaria di Presidio, dove l'autrice ha svolto durante il tirocinio del Master, il ruolo sperimentale di tutor in materia legale per la formazione del personale sanitario, con il compito specifico di informare gli operatori sanitari, dei vari reparti, sui risvolti legali dell'errata compilazione della cartella clinica e sugli obblighi del consenso informato.

Il metodo utilizzato si è avvalso dell'analisi accurata dei report correttivi, relativi alla compilazione di 1426 cartelle cliniche, dell'anno 2019, provenienti dai vari reparti di degenza.

Sulla base di tale analisi le è stato possibile evidenziare numericamente e tracciando dei grafici, gli errori e le omissioni più ricorrenti e in quali reparti questi dati erano maggiormente rappresentati. Nella fase successiva del progetto, nel ruolo di tutor, l'autrice ha svolto attività formativa *on the job*, per il personale sanitario interessato, durante la quale sono state messe a fuoco e rivalutate, in modo condiviso, tutte le anomalie rilevate e gli aspetti critici che ne derivavano, evidenziando i rischi professionali e medico-legali delle errate modalità di raccolta documentale.

L'uso del percorso di formazione *on the job*, con il quale venivano presi in considerazione le prassi utilizzate e i suggerimenti per la loro correzione, come ad esempio l'uso di una *check list*, cioè una lista di controllo, da allegare alla cartella clinica, per garantire un'autovalutazione della corretta acquisizione e compilazione dei dati, ha determinato il consolidamento del controllo continuo da parte delle

figure preposte, quali Primario e Coordinatore Infermieristico, sulla gestione dei requisiti fondamentali della cartella clinica.

L'efficacia degli interventi correttivi proposti è stata testimoniata dal significativo miglioramento dei dati, rilevato, dopo un congruo periodo di tempo, anche dal Servizio Ispettivo Aziendale della ASL Caserta.

L'obiettivo organizzativo-gestionale è stato quindi raggiunto, dimostrando come tali errori inficiano la completezza e riducano l'attendibilità dell'operato dei sanitari, esponendo gli stessi e la struttura ad imputabilità di danno della persona del paziente, con richiesta risarcitoria e aumento dei costi della spesa sanitaria

Il ruolo dei media nella prevenzione sanitaria

Fulvio Verrecchia

Libero professionista

Nella prevenzione sanitaria, un ruolo fondamentale arriva dai media. In questo lavoro si è voluto analizzare il contributo che stampa, televisione e nell'ultimo decennio anche i social, offrono alla popolazione sul fronte, appunto, della prevenzione. Il giornalista ha, dunque un ruolo fondamentale nell'indurre il lettore a proteggere la propria salute. Ma, se da un lato giornali e TV propongono nella stragrande maggioranza dei casi informazioni documentate, rivelando fonti autorevoli e accreditate, dall'altro l'imperversare di fake news sui social, spesso disorienta o addirittura porta fuori strada il lettore. Determinando, spesso, danni enormi sia sul fronte sociale che economico. Con questo lavoro si è voluto, dunque, analizzare sia i vantaggi di una informazione corretta e documentata con i conseguenti benefici sulla salute della popolazione e delle casse della sanità pubblica sia i pericoli generati dalle fake news a cui, come è noto, è estremamente difficile trovare una soluzione.

Tesi della XVIII edizione del
Master in Management Sanitario
dell'Università Federico II di Napoli
(a.a 2019-2020)

TESI AREA TEMATICA

La gestione delle strutture sanitarie in ottica di miglioramento LEA in periodi emergenziali a garanzia della sostenibilità, accessibilità, appropriatezza delle performance assistenziali nell’ambito dell’organizzazione e gestione delle strutture sanitarie

Tutor: Vincenzo Giordano, Rossella Bellopede

Percorsi clinici per interventi di protesi di anca e ginocchio secondo il sistema “fast track surgery” in periodo di Covid-19

Antonio Barile

Dirigente medico presso l’unità di ortopedia dell’ospedale “Rizzoli” di Ischia.

Malattie Rare come modello assistenziale di Disease Management nell’AORN Santobono-Pausilipon

Daniele De Brasi

Dirigente Medico di pediatria - Responsabile UOS di Genetica Medica AORN Santobono-Pausilipon

Percorso di salute diagnostico-terapeutico assistenziale dislipidemie in età pediatrica, processo traslazionale ospedale/territorio

Michele Dinardo

Dirigente Medico presso U.O.S.I.D. Centro Regionale Pediatrico Nutrizione Clinica N.A.D. e Dietetica A.O.R.N. Santobono-Pausilipon

Strategie ed implicazioni sulla gestione degli ospedali italiani ed analisi del trattamento delle fratture del pilone tibiale durante il periodo Covid-19

Rebecca Gambardella

Chirurgo Ortopedico

Gestione del paziente con infezione da Sars-Cov2 in un presidio ospedaliero della ASL Napoli 1 Centro: dalla diagnosi alla riabilitazione precoce

Maria Amparo Manganaro

Dirigente medico, Direzione Medica di Presidio Ospedaliero Asl Napoli 1 Centro

Valutazione della copertura vaccinale nei lavoratori dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II" di Napoli come strumento di programmazione sanitaria e prevenzione

Andrea Tajani

Assegnista di ricerca Dipartimento di Sanità Pubblica U.O.C. di Dermatologia Clinica

Livello dell'ASL Napoli 1: la corretta gestione del paziente anche in un periodo di emergenza sanitaria

Giuliana Vespere

Dirigente medico - UOC di Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva - P.O. Ospedale del Mare - ASL Napoli 1 Centro

Percorsi clinici per interventi di protesi di anca e ginocchio secondo il sistema “fast track surgery” in periodo di Covid-19

Antonio Barile

Dirigente medico presso l'Unità di Ortopedia dell'Ospedale “Rizzoli” di Ischia

INTRODUZIONE

L'Artrosi, intesa come malattia degenerativa evolutiva della cartilagine articolare, risulta essere la più diffusa ed invalidante tra le patologie croniche nella popolazione mondiale.

Nei casi avanzati richiede il ricorso alla chirurgia con interventi di sostituzione completa dell'articolazione.

Nei prossimi anni è previsto un ulteriore incremento del numero, già elevato, di interventi di protesi, specie di anca e ginocchio, con notevole impatto economico ed organizzativo a carico del SSN.

È necessario, al fine di ridurre i tempi di degenza e quindi la spesa sanitaria, individuare e seguire un percorso di cura accelerato che sia la sintesi delle tecniche chirurgiche più innovative e di quelle mediche più efficaci nella gestione del dolore, del sanguinamento e delle possibili complicanze. A questa fase deve seguire quella della riabilitazione accelerata, il tutto compatibile con un criterio di massima attenzione ai contagi da Covid-19.

METODOLOGIA

Si descriveranno le tappe del percorso che i candidati ad intervento di protesi di anca e ginocchio devono seguire a partire dal preoperatorio sino alla riabilitazione postoperatoria.

OBIETTIVI

L'obiettivo di questo studio è quello di disegnare un percorso clinico, realizzabile anche in periodo di Covid-19, in regime di “FAST TRACK SURGERY” che consenta di ridurre i tempi di ricovero e degenza senza avere ripercussioni negative sulla qualità del servizio.

CONCLUSIONI

La validità di questo percorso accelerato, in confronto con un percorso standard, andrà valutato prendendo in considerazione la riduzione dei giorni di degenza in rapporto con il tasso di mortalità o riammissione in ospedale, i costi di gestione per la struttura ospedaliera, il grado di soddisfazione dei pazienti.

Malattie Rare come modello assistenziale di Disease Management nell'AORN Santobono-Pausilipon

Daniele De Brasi

Dirigente Medico di pediatria - Responsabile UOS di Genetica Medica
AORN Santobono-Pausilipon

Le Malattie Rare sono un gruppo di patologie che colpiscono un numero ristretto di persone e di conseguenza generano problemi specifici legati alla loro rarità. Una malattia si definisce “rara” quando la sua prevalenza non supera la soglia fissata allo 0,05% nell’UE, ossia 5 casi su 10.000 persone. Secondo la rete Orphanet Italia, nel nostro Paese i malati rari sono circa 2 milioni. Si stima che l’80 % di tutte le Malattie Rare sia di origine genetica. Dal punto di vista assistenziale, le Malattie Rare possono coinvolgere diversi distretti e sistemi del corpo umano e a volte anche più di un organo o sistema, diventando così patologie che richiedono un approccio multispecialistico/multidisciplinare. La quasi totalità delle Malattie Rare sono anche croniche e invalidanti. L’attenzione nei confronti delle Malattie Rare si è sviluppata in Italia a partire dagli anni ’90 ed è cresciuta negli ultimi anni. La recente Legge 279/2001 (Decreto Ministeriale 279/2001 GU n. 160 del 12-7-2001 - Suppl. Ordinario) ha disposto una serie di interventi a livello nazionale, tra cui la realizzazione di una rete nazionale costituita da Presidi, appositamente individuati dalle Regioni per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle Malattie Rare. Nell’ambito di tale gruppo di malattie, i Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) costituiscono un efficace strumento per garantire la standardizzazione dei processi di cura e migliorarne l’efficienza. Figure assistenziali cruciali nella gestione clinica dei Malati rari sono il *DISEASE MANAGER* (il medico del centro di riferimento per le Malattie Rare) e il *CASE MANAGER* (il pediatra di libera scelta o il medico di medicina generale), responsabili dell’attuazione del percorso di cure. Recentemente sono stati anche ridefiniti i LEA per le Malattie Rare, in cui si stabiliscono le prestazioni erogabili in assenza di contributo del cittadino ai malati affetti da Malattia Rara, ciascuna per le proprie necessità assistenziali (Art. 13, 52, 64, allegati 3, 4, 7 del DPCM 12 gennaio 2017). Per molte malattie rare il percorso che conduce alla diagnosi e all’eventuale trattamento può essere difficoltoso, sia dal punto di vista diagnostico, che dal punto di vista terapeutico, per lo scarso interesse delle industrie farmaceutiche alla ricerca e sviluppo di farmaci utilizzabili da pochissimi Malati Rari (Farmaci orfani). Attualmente, apposite legislazioni per i farmaci orfani in Europa favoriscono, con agevolazioni fiscali e commerciali, lo sviluppo di medicinali orfani, per incentivare le industrie farmaceutiche e gli istituti di ricerca

alla messa a punto di trattamenti per Malattie Rare. Il costo dei tali trattamenti resta comunque elevato. Un punto cruciale per l'assistenza ai Malati rari è la cosiddetta "transizione", il processo cioè in cui il paziente passa da una gestione di tipo pediatrico ad una di tipo adulto. Nonostante numerosi tentativi di disegnare ed applicare un modello realizzabile di transizione, questo resta per i Malati rari un capitolo di estrema difficoltà di attuazione. La rarità e difficoltà di gestione del Malato raro rende molto frequente in quest'ambito di patologie il fenomeno della migrazione interregionale, nonostante il tentativo legislativo, attraverso i LEA, di uniformare il territorio nazionale nell'assistenza a tali pazienti. Le peculiari necessità sanitarie e sociali del paziente affetto da Malattia Rara hanno spinto nel tempo i pazienti e i loro familiari a coordinarsi in Associazioni, con lo scopo di analizzare in maniera sistematica necessità e bisogni dei malati rari e di portare, in maniera organizzata, le proprie istanze ai decisori in ambito medico e sociale. Ad oggi in Italia esistono 233 associazioni di Malattie Rare che aderiscono all'Alleanza Malattie Rare (AMR), che rappresenta un luogo di fattiva collaborazione tra la società civile ed il mondo istituzionale con lo scopo di migliorare l'organizzazione dell'intero settore delle malattie rare, toccando anche i temi della disabilità, dell'assistenza e dell'inclusione.

D'altro canto, il *Disease Management* costituisce un approccio sistemico ed Evidence-based alle patologie croniche, che vede il coinvolgimento di tutti i "produttori di assistenza" nella presa in carico dei "fabbisogni complessi" di salute del paziente, non soltanto cioè dei bisogni di tipo clinico, diagnostico e terapeutico, ma anche di quelli relativi al più ampio concetto di "qualità di vita" (secondo il concetto di "salute globale" indicato dall'OMS). Esso include nei suoi punti salienti il processo di identificazione della popolazione da prendere in carico, l'identificazione degli interventi secondo le *Evidence-based practice guidelines*, l'adozione di un modello di pratica clinica di riferimento, l'identificazione dei rischi e raffronto tra gli interventi possibili con i bisogni individuati, l'educazione del paziente all'autogestione, la misura, l'analisi e la gestione dei processi e degli esiti, la reportistica di routine, e l'uso appropriato dell'*information technology (IT)*, e come punto di forza l'integrazione tra *primary care* e *secondary care*.

Nel presente manoscritto sono state analizzate le potenziali applicazioni di un modello di Disease Management per le Malattie Rare, focalizzando l'attenzione sulla gestione in Regione Campania, ed in particolare nell'AORN Santobono-Pausilipon, che costituisce di fatto l'unica azienda ospedaliera pediatrica regionale.

Su una popolazione di circa 5,8 milioni di abitanti in Regione Campania, il dato stimato di Malati rari presenti è di circa 16.685, cioè circa lo 0.29% della popolazione, verosimilmente sottostimato. La rete regionale per le Malattie Rare in Campania è stata concepita ed attuata ad inizio degli anni 2000. Sono stati progressivamente individuati i presidi di riferimento e il Centro di riferimento regionale, e nel 2010 è stato attivato il Registro delle Malattie Rare della Regione. Ancora, nel 2017 è stato approvato il Piano Regionale per le Malattie Rare e il

Documento Percorso Diagnostico-Assistenziale del paziente raro, con successive modifiche e integrazioni, in cui viene specificato il percorso diagnostico assistenziale del malato raro, con indicazione delle varie fasi di gestione, dal sospetto clinico, all'iter diagnostico, con definizione di *Case manager* e di *Disease manager*, con presa in carico e definizione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) per il malato raro.

L'AORN Santobono-Pausilipon è stata riconosciuta con deliberazione regionale n. 1362 del 21 ottobre 2005 quale Centro di Riferimento nell'ambito della rete regionale delle Malattie Rare in età pediatrica. Di fatto, l'AORN Santobono-Pausilipon costituisce centro di riferimento pediatrico per tutte le Malattie Rare di qualsiasi gruppo o disciplina, avendo al suo interno la possibilità di gestire in maniera completa il bambino con Malattia Rara nella sua complessità. Un percorso assistenziale di consulto e presa in carico del Malato Raro è già presente in Azienda, così come esiste un percorso definito in ambito regionale. Tuttavia, nella pratica, non infrequentemente tale percorso non risulta realizzabile o realizzato, molto spesso nella sua parte più importante, cioè l'adattamento del percorso alle esigenze del paziente e dei familiari. Ed è per questo che nel manoscritto sono state effettuate un'analisi SWOT e una mappa BCG, mediante le quali sono stati individuati punti di forza e di debolezza, minacce ed opportunità nell'ambito dell'AORN Santobono-Pausilipon per le Malattie Rare, sono stati individuati degli indicatori di processo ed è stato disegnato un diagramma assistenziale per il bambino con Malattia Rara, che preveda oltre la gestione assistenziale in ambito AORN, anche la necessità di un collegamento con le strutture territoriali. Infatti, solo l'integrazione col territorio può consentire una gestione assistenziale completa che preveda la presa in carico dei "fabbisogni complessi" di salute del paziente, non soltanto cioè dei bisogni di tipo clinico, diagnostico e terapeutico, ma anche di quelli relativi al più ampio concetto di "qualità di vita", secondo il modello di *Disease Management*. Nell'analisi sono quindi stati sottolineati possibili punti miglioramento in Azienda, inclusi l'utilizzo di un modello di *Customer satisfaction* intra-aziendale, la creazione di un processo di razionalizzazione dei collegamenti e riferimenti con le strutture ed i sanitari territoriali, secondo un modello di *Hub & Spoke*, mediante un consistente miglioramento degli aspetti tecnologici informatici, una implementazione delle conoscenze mediante un sistema di formazione/informazione efficace che, oltre alle metodiche formative tradizionali, utilizzi metodologie nuove di apprendimento, tipo il modello di *learning by doing*, in cui l'acquisizione delle conoscenze avviene sul campo, la partecipazione alla stesura di *PDTA* funzionali, che devono essere definiti in associazione ai pazienti/familiari, e che possano essere calati nella realtà ed adottati come veri modelli assistenziali. Non va dimenticata in tale ambito la promozione della ricerca scientifica che è uno degli obiettivi Aziendali, per il quale le Malattie Rare costituiscono un'opportunità, dato che si prestano ad effettuare una *ricerca trasversale e poliedrica*, coinvolgendo di fatto tutte le specialità, e potendosi articolare sia in progetti clinici che di ricerca di base.

Infine, non va dimenticata l'opportunità legislativa in ambito Malattie Rare offerta dal Testo Unificato approvato alla Camera a maggio 2021, recante "*Norme per il sostegno della ricerca e della produzione dei farmaci orfani e della cura delle malattie rare*", e diretto a garantire l'assistenza e la cura delle persone con Malattia Rara e il sostegno alla ricerca per i farmaci orfani e per la cura di queste patologie.

Il tutto al fine di rendere il complesso mondo dei Malati rari, un mondo più vicino ai reali bisogni dei pazienti, migliorandone la qualità di vita a trecentosessanta gradi.

Nutrizione pediatrica. Percorso di salute diagnostico terapeutico assistenziale dislipidemie in età pediatrica, processo traslazionale ospedale/territorio

Michele Dinardo

Dirigente Medico presso U.O.S.I.D. Centro Regionale Pediatrico Nutrizione
Clinica N.A.D. e Dietetica A.O.R.N. Santobono-Pausilipon

Le dislipidemie sono un'alterazione del profilo lipidico plasmatico, riconosciute come un fattore di rischio per le malattie cardiovascolari con sviluppo di lesioni aterosclerotiche evidenziabili fin dalle primissime epoche di vita e che progrediscono gradualmente per tutta la vita. Le alterazioni del profilo lipidico possono avere una eziologia estremamente eterogenea e multifattoriale abbracciando un contesto clinico molto ampio e multidisciplinare, infatti possiamo distinguere forme primitive determinate spesso geneticamente o forme secondarie a condizioni cliniche che fisiopatologicamente alterano l'assetto lipemico dell'individuo o ancora secondarie a trattamenti farmacologici spesso cronici o a particolari stili di vita (obesità e sedentarietà). Molto importante è sottolineare che le dislipidemie sono generalmente asintomatiche. L'importanza clinica quindi della individuazione precoce delle dislipidemie in età pediatrica deriva dal fatto che esse possono determinare patologie le quali con una diagnosi precisa e tempestiva possono essere prevenute e curate come l'aterosclerosi (l'ispessimento medio-intimale carotideo è un marcatore di aterosclerosi prematura nei bambini con FH esso è già evidente a 7 anni), la pancreatite, l'infarto miocardico e lo stroke.

Questo PDTA, dedicato al paziente pediatrico dislipidemico, è finalizzato ad offrire a tutti i professionisti coinvolti nel processo di cura della età evolutiva linee di indirizzo semplici ed applicabili uniformemente, di definire e di favorire l'applicazione di un unico sistema procedurale all'interno del Sistema Sanitario Regionale condiviso da tutte le figure professionali che si occupano della gestione del paziente dislipidemico, ciò al fine di ottimizzare il processo di traslazione ospedale/territorio tra Centro di Riferimento Pediatrico Regionale di Nutrizione e PLS e facilitare la transizione dalla medicina pediatrica alla medicina degli adulti.

Le finalità del PDTA sono:

- realizzare un miglioramento continuo del processo di cura, attraverso la riorganizzazione dei servizi attuali nella prospettiva di un sistema più orientato all'attenzione ai bisogni globali del paziente;
- verificare il percorso in essere rispetto agli standard di riferimento regionali, nazionali e internazionali;

- intercettare in maniera corretta e precoce le patologie dislipidemiche in età pediatrica con riduzione del rischio delle conseguenze metaboliche e cardiovascolari che potrebbero verificarsi nelle epoche successive;
- garantire la corretta gestione e presa in carico del paziente presso il Centro di Nutrizione dell’A.O.R.N. Santobono con un approccio multi-disciplinare.
- costruire un percorso ottimale dal processo diagnostico al follow-up;
- identificare gli attori responsabili, le competenze e i ruoli all’interno del PDTA;
- identificare gli indicatori di processo ed esito per la verifica e l’implementazione del PDTA.
- pianificare un percorso traslazionale del paziente con dislipidemie dall’età di due anni fino al passaggio alla medicina degli adulti.

L’individuazione precoce delle dislipidemie in età pediatrica prevede necessariamente il coinvolgimento e la partecipazione da parte della medicina del territorio che con un’azione di screening in adesione alle nuove linee guida e protocolli diagnostici internazionali svolge un cruciale ruolo di monitoraggio e reclutamento dei possibili soggetti a rischio i quali una volta individuati e selezionati possono essere indirizzati ai centri di riferimento regionali. L’obiettivo della medicina traslazionale è di combinare discipline, risorse, competenze e tecniche per promuovere miglioramenti nella prevenzione, nella diagnosi e nelle terapie ed è supportata da tre colonne “benchside, bedside and community” ossia dal laboratorio, al letto del paziente, al dialogo con la comunità con l’obiettivo di integrare studi ed esperienze di varia natura in modo da offrire soluzioni in grado di migliorare le politiche della salute.

La U.O.S.I.D. Centro Regionale Pediatrico Nutrizione Clinica N.A.D. e Dietetica dell’A.O.R.N. Santobono-Pausilipon svolge, in accordo con i dettami presenti nel PDTA, un ruolo di coordinamento e responsabilità del network costituito tra le specialistiche multidisciplinari presenti in azienda, la traslazione con la medicina del territorio e la transizione alla medicina degli adulti. Le modalità e le tempistiche con cui tale processo traslazionale multidisciplinare si concretizza formano il corpo del PDTA e sono descritti in maniera dettagliata specificando le varie competenze e le precise responsabilità dei singoli attori coinvolti prevedendo percorsi dedicati con DH che curi l’aspetto diagnostico-strumentale e un ambulatorio dedicato per l’inquadramento, il monitoraggio e il follow-up del paziente, che funga, durante il trattamento nutrizionale-farmacologico, da interfaccia tra l’azienda e la medicina del territorio. Inoltre sorge la necessità di inserire nella convenzione già in essere con il CHEINGE le modalità di implementazione del rapporto con tale disciplina a scopo oltre che diagnostico anche di ricerca.

Strategie ed implicazioni sulla gestione degli ospedali italiani ed analisi del trattamento delle fratture del pilone tibiale durante il periodo Covid-19

Rebecca Gambardella

Chirurgo ortopedico

INTRODUZIONE

Dalla fine del febbraio 2020 una forte diffusione del Covid-19 ha interessato l'Italia ed in particolare le sue regioni settentrionali, determinando una forte richiesta di ricoveri, introducendo un nuovo fattore nella gestione degli ospedali italiani su come procedere con le implementazioni attuali e future della strategia sanitaria.

OBIETTIVI

Partendo da un'analisi sull'impatto del ciclo della gestione della catena di approvvigionamento, operazioni ospedaliere e finanziarie e dei ricavi sanitari, si approfondirà la creazione degli obiettivi di riduzioni dei costi e le identificazioni possibili fonti di risparmio in base all'organizzazione di capitale e liquidità.

METODOLOGIA

Considerando il periodo di estrema emergenza sanitaria, verrà sviluppata l'analisi del trattamento delle fratture del pilone tibiale, un impegnativo banco di prova per il Traumatologo specie nei tempi attuali. Il campo d'azione verterà partendo dall'esperienza di una data casistica, sistematizzando i tipi di fratture, descrivendo alcuni casi emblematici dell'esperienza chirurgica con annessi gli elementi clinico diagnostici più importanti, al conseguimento delle tecniche chirurgiche eseguite e dei risultati ottenuti.

RISULTATI/CONCLUSIONI

I risultati di questo studio inoltre sottolineano che, nonostante la riduzione dei posti letto per la maggior parte dei reparti ospedalieri, la disponibilità delle unità di terapia intensiva non è cambiata tra il 2010 ed il 2017.

Gestione del paziente con infezione da Sars-Cov2 in un presidio ospedaliero della ASL Napoli 1 Centro: dalla diagnosi alla riabilitazione precoce

Maria Amparo Mangano

Dirigente medico, Direzione Medica di Presidio Ospedaliero Asl Napoli 1 Centro

BACKGROUND

La pandemia da Coronavirus si è rapidamente diffusa nel mondo, determinando un ineguagliabile e repentino bisogno sanitario complesso che ha portato alla necessità di attuare dei cambiamenti all'interno dei sistemi sanitari, che si sono trovati nel febbraio 2020 a dover affrontare un vero e proprio tsunami sanitario. Il mondo non conosceva il Coronavirus e pertanto non disponeva di conoscenze scientifiche specifiche, imponendo spesso di dover adottare scelte rapide senza il supporto della letteratura scientifica. Ad oggi sta diventando sempre più evidente che le diverse decisioni di programmazione sanitaria effettuate all'inizio del ciclo della pandemia hanno avuto un impatto rilevante in termini di esiti, basti guardare ai tassi di mortalità iniziali risultati probabilmente differenti per le diverse scelte in merito al management sanitario attuato dalle regioni. La Regione Campania, nel far fronte all'incremento esponenziale di pazienti Covid positivi con necessità di ricovero, ha pianificato e realizzato un percorso per il management dei pazienti affetti da Covid-19 prevedendo una riorganizzazione dei presidi ospedalieri in una rete hub-spoke per la suddetta patologia, coinvolgendo anche l'ASL di riferimento della città di Napoli. In base a questa organizzazione alcuni presidi sono stati dedicati esclusivamente alla cura dei pazienti Covid positivi e ad altri sono state assegnate caratteristiche miste, soprattutto per la maggiore ampiezza strutturale. Nello specifico con una disposizione di marzo 2020, in attuazione alle Ordinanze del Capo Dipartimento della Protezione Civile con "finalità di contrastare il contesto di criticità in atto, assicurando l'indispensabile assistenza e ricovero alla popolazione colpita, di rimuovere le situazioni di contaminazione e rischio", l'unità di crisi Regionale ha programmato, con tempi di realizzazione rapidi, presso uno dei PO cittadini l'intera riconversione dei pp.II di terapia intensiva, di sub-intensiva e di degenza ordinaria da dedicare esclusivamente ai pazienti con diagnosi confermata di Covid-19. Successivamente nella fase 2 di recrudescenza della pandemia, a causa dell'aumento dei casi anche in Regione Campania, si è provveduto alla riconversione di un altro presidio ospedaliero cittadino dedicato alle attività assistenziali specialistiche, anche di tipo chirurgico (ginecologico/ostetrico, ortopedico, chirurgia generale).

Durante la fase pandemica i PS si sono trovati a dover gestire:

- pazienti con patologie tempo dipendenti, per le quali è previsto un accesso in sala emergenza/sala rossa indipendentemente dal rischio Covid
- pazienti con patologie non correlabili all'infezione da SarsCoV 2 per i quali non è possibile escludere l'infezione in prima valutazione
- pazienti con un quadro patologico suggestivo per patologia da Coronavirus
- pazienti con patologia di natura traumatica.

È stato pertanto di fondamentale importanza assegnare, fin dall'accesso in ps, un percorso specifico per ciascuna tipologia di paziente, per scongiurare l'overcrowding ed assegnare a ciascun paziente il setting assistenziale più appropriato. In base alla presentazione clinica inoltre si è proceduto all'identificazione dei pazienti Covid positivi distinguendo 4 scenari che prevedono setting e percorso di cura diversi:

- Scenario clinico 1 – dimissione o ricovero in UO medicina Covid
- Scenario clinico 2 – ricovero in UO medicina Covid
- Scenario clinico 3 – ricovero in UO sub-intensiva Covid
- Scenario clinico 4 – ricovero in UO terapia intensiva Covid

MATERIALI E METODI

- Strumenti per la tutela della sicurezza dei pazienti e degli operatori
- Protocollo di gestione del paziente sospetto in pronto soccorso
- Gestione ospedaliera per intensità di cura del paziente Covid positivo
- Riconversione organizzativa per aree ad intensità di cura
- Revisione dei percorsi interni al presidio
- Protocollo di riabilitazione respiratoria per pazienti Covid positivi

INDICATORI

In attesa dei dati aggregati aziendali e regionali che sono in fase di aggiornamento, si sono utilizzati gli standard di riferimento nazionale definiti dal DM 30 aprile 2020 in merito al monitoraggio del rischio sanitario e alcuni indicatori, di esito e di processo, di assistenza ospedaliera, utilizzando come riferimento regioni benchmark come la Toscana.

CONCLUSIONI

Nonostante la pandemia da Covid-19, che ha visto l'assorbimento di quasi tutte le risorse, durante la fase emergenziale il presidio ospedaliero sede di DEA ha continuato a garantire l'attività di urgenza/emergenza con oltre 40000 prestazioni di pronto soccorso nell'anno della pandemia. I ricoveri ordinari urgenti/non differibili sia medici che chirurgici e gli oncologici sono stati superiori a 15000 e oltre 17000 in regime diurno, pur considerando il blocco delle attività differibili e programmate. È stato pienamente garantito il percorso nascita Covid free.

La grande paura del Covid, di cui potremmo non liberarci per il ripetersi/riacu-

tizzarsi dell'epidemia, ha posto l'accento sull'accettabilità di un sistema sanitario in alcuni casi squilibrato, basato sulla mobilità sanitaria passiva, con politiche della salute regionalizzate e in taluni casi molto differenti. La tutela della salute è un fatto sociale collettivo, è una questione di sicurezza nazionale. L'integrazione delle attività ospedaliere e territoriali è alla base di un sistema sanitario che prenda in carico il paziente nella sua interezza. Ad oggi l'ospedale deve essere concepito come nodo strategico di una rete assistenziale che include al suo interno la rete dell'emergenza e si relaziona con la rete territoriale. L'ospedale deve essere organizzato per intensità di cura, strutturato per aree funzionali omogenee, progressive in relazione al bisogno assistenziale e ai livelli tecnologici e preferibilmente raggruppato in dipartimenti. L'organizzazione dipartimentale per raggruppamenti di aree funzionali omogenee deve prevedere spazi e attività di formazione e ricerca al fine di creare team multidisciplinari, divenuti oggi molto importanti nel caso della gestione clinico-organizzativa del paziente Covid positivo. L'ospedale per intensità di cura è organizzato per processi e, in quanto tale, presuppone la conoscenza delle attività (know-how) da parte degli operatori, anche di tipo organizzativo gestionale. Nella governance sanitaria la capacità di anticipare e far fronte alle incertezze e agli eventi inattesi con opportune strategie preventive si è dimostrata quanto mai carente e non sempre strutturata, non coinvolgendo nelle fasi iniziali gli attori e i servizi più direttamente implicati nel processo pandemico ovvero la medicina territoriale e le cure di prossimità. Un ruolo fondamentale hanno svolto le USCA (unità speciali di continuità assistenziale), progetto non completamente e uniformemente attuato, nel garantire la presa in carico precoce dei contagiati e la loro cura a domicilio, oltre che evitare il sovraccarico degli ospedali con ricoveri impropri o tardivi in terapia intensiva in cui si è registrata una mortalità troppo alta. La crisi pandemica ha imposto alle organizzazioni sanitarie la predisposizione di strumenti capaci di standardizzare le buone pratiche clinico-assistenziali attraverso l'utilizzo di percorsi diagnostico terapeutici, importante riferimento per la gestione di patologie complesse con approccio multidisciplinare. Tra i progetti futuri dell'ASL vi è la realizzazione di un PDTA aziendale per la gestione del paziente Covid positivo, con lo scopo di favorire il continuous quality improvement attraverso il coinvolgimento e la responsabilizzazione del personale sanitario rispetto alla riduzione dei comportamenti autoreferenziali e alla partecipazione in percorsi di cura realmente multidisciplinari e multiprofessionali. Sono in fase di raccolta i dati aggregati riguardanti l'attività assistenziale dell'ultimo anno, potendo cominciare ad affermare che la scelta di costruire, anche per la patologia da SarsCoV2, una rete assistenziale strutturata secondo il modello di derivazione anglosassone HUB e Spoke è stata efficace in termini di risorse e di appropriatezza clinico assistenziale. Anche in merito al tema della sicurezza per gli operatori sanitari possiamo anticipare che i dati sono soddisfacenti con una percentuale di contagiati molto bassa. Possiamo quindi concludere affermando, con una citazione del gruppo di studiosi inglesi del Department of Global Health and Development della London School of Hygiene

and Tropical Medicine e dell'Institute of Development Studies di Brighton, che il nostro Sistema Sanitario a livello Regionale ha reagito con resilienza sanitaria mostrando una buona capacità di assorbire, adattarsi e trasformarsi quando esposto ad uno shock come una pandemia, un disastro naturale, un conflitto armato o una crisi finanziaria, mantenendo comunque lo stesso controllo sulla propria struttura e sulle funzioni garantite secondo un approccio di efficace ed efficienza.

Valutazione della copertura vaccinale nei lavoratori dell’Azienda Ospedaliera Universitaria “Federico II” di Napoli come strumento di programmazione sanitaria e prevenzione

Andrea Tajani

Assegnista di ricerca Dipartimento di Sanità Pubblica U.O.C. di Dermatologia Clinica

AREA DI INTERVENTO

La gestione delle Strutture Sanitarie in ottica di miglioramento LEA in periodi emergenziali a garanzia funzioni sostenibilità, garanzia dell’accessibilità, appropriatezza in ottica di miglioramento delle performance assistenziali nell’ambito Organizzazione e gestione delle strutture sanitarie

BREVE BIOGRAFIA DISCENTE

Attualmente sono un borsista con funzioni di assistente amministrativo presso l’U.O.C. di Dermatologia Clinica della AOU Policlinico Federico II.

Ho il compito di coordinare i reparti infermieristici sia di DH che ambulatoriali. Supportare l’amministrativo con posizione organizzativa e sono uno degli assistenti del direttore. Curo i contatti esterni istituzionali e con le aziende farmaceutiche, i rapporti interi aziendali e ogni tipologia di attività, comunicazioni e formazione inerenti la Scuola di Specializzazione in Dermatologia Clinica ed il Direttore in persona. Nella veste di consulente del Dipartimento di Sanità Pubblica mi sono occupato in passato di studi osservazionali su patologie croniche (Sclerosi Multipla) pubblicandone i risultati. Attualmente collaboro con un team multidisciplinare prima per la stesura e poi per l’applicazione del PDTA sull’artrite reumatoide in Regione Campania.

INTRODUZIONE

Il presente lavoro è concepito come uno strumento di documentazione e di riflessione per tutti gli attori e Responsabili della Sanità Pubblica ed esegue un’analisi critica dei problemi circa le politiche vaccinali correnti e si indirizza verso tutti coloro sensibili alla tematica. L’idea nasce dalla volontà di capire e conoscere le abitudini e i problemi connessi al calendario vaccinale dei lavoratori afferenti alla AOU Policlinico “Federico II” di Napoli ed utilizzare tali importanti dati come strumento fondamentale di programmazione sanitaria per la prevenzione di rischi connessi alla mancata esecuzione della relativa profilassi. L’importanza delle vac-

cinazioni è oggi di grande attualità in Italia, ed è un argomento portato alla ribalta dalla drammatica pandemia da Sars-Cov-2 che ha incrementato lo scetticismo nei confronti di questa strategia sanitaria e dei rischi connessi alla sua assenza tale da spingere il governo ad attuare misure preventive. I vaccini sono dei preparati biologici dotati di potere antigenico, quindi capaci di stimolare le difese immunitarie. Essi sono in grado di indurre immunità attiva, la quale offre protezione dalle rispettive infezioni o dalla manifestazione di malattia. La vaccinazione rappresenta uno degli interventi più efficaci e sicuri a disposizione della Sanità Pubblica per la prevenzione primaria delle malattie infettive. Tale pratica comporta benefici non solo per effetto diretto sui soggetti vaccinati, ma anche in modo indiretto, inducendo protezione ai soggetti non vaccinati. Il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-19 prevede un ciclo base delle vaccinazioni per Difterite, Tetano e Pertosse in età pediatrica, normalmente presente all'interno della vaccinazione esavalente, al 3°, 5° e 11°-13° mese di vita. Il completamento delle dosi primarie avviene poi con un ulteriore richiamo previsto di norma al sesto anno di vita nella combinazione trivalente difterite-tetano-pertosse (DTPa). Un ulteriore richiamo difterite-tetano-pertosse nella formulazione per adulti (dTpa) avviene al 12°-18° anno di vita. Infine, il PNPV 2017-19 prevede un'offerta attiva del richiamo dTpa ogni 10 anni a partire dai 19 anni di età. In particolare, il PNPV 2017-19 raccomanda fortemente il richiamo con dTpa a tutti gli operatori sanitari, alle figure professionali che assistono neonati ed alle donne al 3° trimestre di gravidanza. L'implementazione dell'offerta attiva alle categorie professionali a rischio, come gli operatori sanitari, è particolarmente importante vista l'elevata contagiosità di malattie infettive quali la pertosse ai neonati non ancora vaccinati.

Stando ai dati ufficiali ministeriali 2017, la copertura media nazionale 0-24 mesi per le vaccinazioni DTPa risulta esser al di sotto della soglia del 95% stabilita dall'OMS, con profonde differenze inter-regionali. Inoltre, espandendo l'analisi oltre al classico indicatore OMS della copertura 0-24 mesi ed includendo quindi altri indicatori quali la copertura 0-36 mesi, 0-6, 0-8 e 0-16 anni si evince che la copertura in molti casi diminuisce ulteriormente negli anni, suggerendo che il ciclo primario di vaccinazione non venga completato, dato che solleva dubbi sulle attuali strategie di offerta attiva e recupero vaccinale. Inoltre, se la letteratura disponibile sulla copertura DTPa nell'adolescente e sul completamento del ciclo primario può essere considerata insufficiente, la letteratura disponibile sulla copertura dTpa in fase adulta risulta ancora più esigua, con pochi studi che hanno stimato la copertura in Europa ed in Italia, senza inoltre indagare le conoscenze ed attitudini verso la vaccinazione dTpa in età adulta, nella popolazione generale o negli operatori sanitari, considerati tra le popolazioni a rischio.

Un miglioramento delle conoscenze disponibili sullo stato di copertura e determinanti della vaccinazione dTpa in età adulta appare tuttavia fondamentale nonostante le coperture vaccinali in media buone in tutta Europa, ad eccezione

che per la Francia, nei paesi dell'Unione Europea vicini all'Italia si sta assistendo negli ultimi anni ad un preoccupante aumento dell'incidenza della Pertosse. Se tuttavia tale incidenza aumentata non si riflette ancora con aumenti registrati anche in Italia, molti studi hanno sollevato dubbi sull'attuale e futura immunità di gregge, considerando l'aumento di ceppi resistenti per il batterio *B.pertussis*, ma anche il ridotto periodo di immunità vaccinale dopo il completamento del ciclo, sia per Pertosse che per Difterite, per molteplici fattori quali efficacia vaccinale, aumento di ceppi resistenti e suscettibilità individuale. L'attuale cambiamento dello scenario epidemiologico associato alla vaccinazione per difterite, tetano e pertosse fa riflettere sulla necessità di migliorare le attuali conoscenze in merito alle coperture ed ai determinanti associati alle coperture della vaccinazione dTpa nella popolazione adulta, con particolare riferimento a quelle considerate a rischio come gli operatori sanitari, al fine di migliorare le attuali strategie di offerta attiva con conseguente miglioramento della copertura vaccinale. Pertanto, il presente studio si propone come obiettivo principale quello di stimare la copertura vaccinale dTpa, oltre che le conoscenze ed attitudini in tale materia negli operatori sanitari dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II" di Napoli e cerca di individuarne le relative criticità da colmare con strategie di management sanitario e, si offre di supportare l'attività della Direzione Strategica in un'ottica di miglioramento dell'offerta e di prevenzione di possibili rischi associati alla mancanza di profilassi vaccinale nei lavoratori afferenti.

METODOLOGIA

Studio quali-quantitativo che si pone l'obiettivo di stimare la copertura dTpa e le attitudini e conoscenze verso le vaccinazioni nell'adulto con focus particolare alla dTpa negli operatori sanitari tramite raccolta prospettiva di dati attraverso l'elaborazione e la somministrazione di un questionario, anonimo e validato, agli operatori sanitari soggetti a sorveglianza sanitaria periodica. Tale questionario mira ad indagare informazioni come: età, sesso, stato sociale, professione, livello di istruzione raggiunta, reparto di affiliazione, conoscenze vaccinali, ed altre informazioni per ottenere una statistica robusta e accurata che identifica con assoluta precisione le informazioni utili da poter utilizzare per migliorare la pianificazione e gestione aziendale. La somministrazione del questionario, anticipata dal consenso informato, verrà integrata alle attuali strategie di prevenzione sanitaria attuate nell'ambito del protocollo di sorveglianza sanitaria e sarà consigliata a coloro che si recano in sede per la suddetta sorveglianza presso l'edificio 12 del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università "Federico II". All'interno di questo edificio è presente un ambulatorio di Sorveglianza Sanitaria che nel 2018 ha visitato circa 1000 dipendenti aziendali interni e circa 3000 dipendenti di aziende esterne, e si esplicano molteplici attività:

- Si effettuano le visite di sorveglianza sanitaria che includono indagine cliniche e strumentali, programmate secondo profili di rischio specifici, per i di-

pendenti dell’AOU Federico II, per i Medici in Formazione Specialistica e gli studenti dei CdL Triennali (Professioni Sanitarie) dell’Università degli Studi di Napoli Federico II, per i dipendenti del CEINGE e i Discenti di Master Universitari. Si esegue inoltre sorveglianza sanitaria ai dipendenti di Aziende esterne quali ad esempio ANM, EAV, CTP (ai sensi dell’art. 25 comma 1 lettera a del D. Lgs. 81/08 e smi).

- Vengono espletate attività di promozione della salute in materia di alimentazione e disassuefazione dal fumo. Sono, inoltre, attivi un ambulatorio di Nutrizione Preventiva e il Day Hospital di Medicina Preventiva (ai sensi dell’art. 25 comma 1 lettera a del D. Lgs. 81/08 e smi).
- Infine è stata di recente attivata la Campagna Vaccinale Antinfluenzale per gli Operatori Sanitari dipendenti dell’AOU Federico II, ai sensi del D.Lgs 81/08 e smi e della Circolare Ministeriale contenente le Raccomandazioni per la stagione Influenzale 2018-2019.

Quindi, la somministrazione di un questionario validato e compilato in ogni sua parte dai dipendenti interni della AOU Policlinico Federico II consentirà di avere una mole di dati ricavati e veritieri capaci di mostrare la fotografia della copertura vaccinale, delle conoscenze relative e suggerimenti utili. Tali informazioni elaborate, purificate e analizzate fornirà ai manager un valido strumento di pianificazione sanitaria e di sanità pubblica che potrebbe essere espanso ed attuato ad altre realtà e problematiche. L’importanza di questo lavoro potrebbe riflettersi su altri due ambiti a parer mio fondamentali: Ricerca e comunicazione. Due aspetti che se utilizzati nella maniera più appropriata, potrebbero aumentare, favorire e rafforzare la fiducia nei confronti delle vaccinazioni e la comprensione del valore e dei benefici connessi. Questi obiettivi passano anche e soprattutto attraverso il ruolo cruciale che devono ricoprire gli operatori sanitari per trasferire alla popolazione una conoscenza corretta e completa e che garantisce un processo decisionale informato. Quindi uno studio/progetto di questo tipo in una grande realtà come l’AOU Policlinico “Federico II” è l’ideale per stimare la copertura vaccinale e le attitudini vaccinali in età adulta utile per ridurre possibilità di rischio occupazionale della popolazione sorvegliata.

RISULTATI ATTESI

Obiettivi principali:

1. Valutare il grado di conoscenza in materia vaccinale e stimare le coperture dTpa negli operatori sanitari dell’Azienda Ospedaliera Universitaria “Federico II” di Napoli
2. Identificare i fattori socio-demografici ed attitudinali associati alle coperture dTpa negli operatori sanitari
3. Implementare un counselling di prevenzione vaccinale nell’ambito della

sorveglianza sanitaria.

4. Fornire uno strumento che consenta una più efficace pianificazione del management sanitario.
5. Diminuire i rischi connessi alla mancanza di profilassi vaccinale negli operatori sanitari dell'AOU policlinico Federico II di Napoli.
6. Attuare strategie di management sanitario e di sanità pubblica per colmare i vuoti e criticità nella copertura vaccinale della popolazione sorvegliata e riduzione dei rischi legati a malattie infettive a prevenzione vaccinale.

Format di accesso al questionario

OBIETTIVI SECONDARI

1. Valutare il grado di conoscenza in materia vaccinale e stimare le coperture dTpa in una coorte di lavoratori afferente all'AOU "Federico II" di Napoli per sorveglianza sanitaria
2. Identificare le criticità connesse alla sorveglianza sanitaria vaccinale a cui periodicamente devono essere sottoposti gli operatori sanitari.
3. Definire la conoscenza dello stato di benessere del personale come strumento di prevenzione e di sanità pubblica.
4. Aumentare la comunicazione del rischio/beneficio della profilassi vaccinale.
5. Sensibilizzare il personale sanitario al completamento del calendario vaccinale.
6. Aumento e rafforzamento della fiducia nei confronti della somministrazione dei vaccini da parte del personale sanitario che si riflette sui pazienti e sulla cittadinanza tutta.

CONCLUSIONI E PROSPETTIVE

Lo studio pone le basi per andare ad identificare i punti critici della sorveglianza sanitaria in un ottica di gestione e tutela del personale attivando politiche di prevenzione e promozione della salute a tutela della sanità pubblica.

Le prospettive principali sono in ottica di prevenzione sanitaria e di miglioramento delle coperture vaccinali degli operatori sanitari che, primi fra tutti dovrebbero avere una copertura vaccinale completa e capace di tutelare loro stessi e i pazienti soprattutto in epoca pandemica da SARS-CoV-2 o Covid-19. Le conclusioni, rispetto ai risultati, sono di più ampio respiro e lasciano la possibilità di descrivere eventuali possibili ricadute, a lungo termine, sull'intero sistema e possibili step successivi del progetto.

BIBLIOGRAFIA

01. Donzelli A, Bellavite P, Demicheli V. [Epidemiology of pertussis and prevention strategies: problems and perspectives]. *Epidemiol Prev.* 2019;43(1):83-91.
02. Center for Disease Control and Prevention. History and epidemiology of global smallpox eradication. 2014.
03. Salute Md. Dati coperture vaccinali 2019 [Available from: <http://www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/dettaglioContenutiVaccinazioni.jsp?lingua=italiano&id=811&area=vaccinazioni&menu=vuoto>].
04. Esposito S, Principi N. Immunization against pertussis in adolescents and adults. *Clin Microbiol Infect.* 2016;22 Suppl 5:S89-s95.
05. Weinberger B. Adult vaccination against tetanus and diphtheria: the European perspective. *Clin Exp Immunol.* 2017;187(1):93-9.
06. Genovese C, Picerno IAM, Trimarchi G, Cannavo G, Egitto G, Cosenza B, et al. Vaccination coverage in healthcare workers: a multicenter cross-sectional study in Italy. *J Prev Med Hyg.* 2019;60(1):E12-e7.
07. World Health Organisation. WHO | Diphtheria-tetanus-pertussis (DTP3) immunization coverage: World Health Organization; 2019 [updated 2018-12-28 09:51:5814/07/19]. Available from: <https://www.who.int/gho/immunization/dtp3/en/>.
08. ECDC. Disease data from ECDC Surveillance Atlas for pertussis 2019 [Available from: <https://ecdc.europa.eu/en/pertussis/surveillance-and-disease-data/atlas>].
09. Sealey KL, Harris SR, Fry NK, Hurst LD, Gorringer AR, Parkhill J, et al. Genomic analysis of isolates from the United Kingdom 2012 pertussis outbreak reveals that vaccine antigen genes are unusually fast evolving. *J Infect Dis.* 2015;212(2):294-301.
10. Guiso N, Hegerle N. Other Bordetellas, lessons for and from pertussis vaccines. *Expert Rev Vaccines.* 2014;13(9):1125-33.
11. Cherry JD. Why do pertussis vaccines fail? *Pediatrics.* 2012;129(5):968-70.
12. Klein NP, Bartlett J, Fireman B, Aukes L, Buck PO, Krishnarajah G, et al. Waning protection following 5 doses of a 3-component diphtheria, tetanus, and acellular pertussis vaccine. *Vaccine.* 2017;35(26):3395-400.
13. Acosta AM, DeBolt C, Tasslimi A, Lewis M, Stewart LK, Misegades LK, et al. Tdap vaccine effectiveness in adolescents during the 2012 Washington State pertussis epidemic. *Pediatrics.* 2015;135(6):981-9.
14. Sealey KL, Belcher T, Preston A. Bordetella pertussis epidemiology and evolution in the light of pertussis resurgence. *Infect Genet Evol.* 2016;40:136-43.
15. Crespi CM, Ganz PA, Petersen L, Castillo A, Caan B. Refinement and psychometric evaluation of the impact of cancer scale. *J Natl Cancer Inst.* 2008;100(21):1530-41.

**PDTA malattie infiammatorie croniche intestinali in un'età di II livello
dell'ASL NA 1: la corretta gestione del paziente anche in un
periodo di emergenza sanitaria**

Giuliana Vespere

Dirigente medico - UOC di Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva
P.O. Ospedale del Mare - ASL Napoli 1 Centro

PREMESSA

Le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI in italiano e IBD in inglese) sempre più frequenti, sono principalmente rappresentate dalla colite ulcerosa (CU) e dalla malattia di Crohn (MC). Caratterizzate da comorbidità, hanno un decorso spesso complesso e a volte iperacuto e possono evolvere anche in patologie oncologiche; hanno a tutt'oggi una patogenesi sconosciuta o idiopatica, anche se talora si nota una frequenza familiare e genetica ovvero risultano correlate a disordini immunitari. La loro manifestazione appare pertanto spesso a partenza intestinale, ma con manifestazioni collaterali che rendono le MICI delle vere e proprie sindromi sistemiche, la cui diagnosi differenziale può spesso risultare difficile. Le MICI, rappresentano dunque vere e proprie “malattie sociali”, di grande impatto economico il cui costo raggiunge valori rilevanti ed il ritardo diagnostico riscontrato può essere anche notevole, comportando non soltanto la persistenza di disturbi invalidanti, ma anche la progressione verso forme più gravi ed estese, che inesorabilmente si ripercuotono sulla qualità di vita del paziente sotto vari punti di vista (sociale, personale, lavorativo).

La *colite ulcerosa (CU)* è caratterizzata da un processo infiammatorio cronico limitato alla mucosa che interessa il grosso intestino e può avere estensione variabile (proctite, procto-sigmoidite, colite sinistra, colite estesa, pancolite). La *malattia di Crohn (MC)* è invece caratterizzata da un processo infiammatorio segmentario e transmurale che può interessare qualunque distretto del canale alimentare. La MC può essere classificata in base alla sede delle lesioni (ileo, ileo-colon, solo colon, tratto digestivo superiore) e in base al comportamento clinico (prevalentemente infiammatorio, stenosante, fistolizzante).

La diagnosi di MICI si basa sulla integrazione di diverse variabili: dati clinici, di laboratorio, endoscopici, istologici, radiologici e chirurgici. La radiologia convenzionale è ancora oggi il gold standard per lo studio dell'intestino tenue; tuttavia un ruolo sempre più rilevante stanno assumendo altre metodiche di immagine quali l'ecografia, la tomografia computerizzata e la risonanza magnetica particolarmente utili per la diagnosi di complicanze quali ascessi, fistole, malattia perianale e per la stadiazione.

CONTESTO LAVORATIVO

Fondamentale è la gestione dei pazienti all'interno di strutture altamente specializzate; motivo per cui in Italia e così anche in Campania, esistono solo pochi centri specializzati che in forma di Hub o Spoke rappresentano dei punti di riferimento per il paziente complesso MICI. In Regione Campania attualmente esistono al momento circa 18 Centri prescrittori, di cui alcuni accorpati nel 2020 per la riorganizzazione ospedaliera causa emergenza Covid-19 come il P.O. San Giovanni Bosco o P.O. Loreto Nuovo, oppure per conversione di ospedali in strutture diagnostiche e di cura territoriali come il S. Gennaro dei Poveri. Per l'ASL Napoli 1 i Centri specializzati di riferimento con annesso Centro prescrittore sono il PO Ospedale del Mare e il PSI Napoli Est che prendono in carico anche i casi di maggiore complessità diagnostica e terapeutica. Il territorio dove sorge il recente DEA di II livello dell'ASL Na 1 Centro – PO Ospedale del Mare è molto vasto e variegato sia per l'utenza che per la distribuzione geografica, consentendo un facile accesso a un cospicuo gruppo di utenti, per la sua semplice accessibilità attraverso vie di comunicazioni autostradali e periferiche. Tale territorio pertanto comprende un bacino di popolazione compreso tra l'ASL Na 1 e l'ASL NA 3 Sud ma anche l'ASL Na 2 nord, in cui insistono Presidi Ospedalieri di primo livello senza specifica attività nella gestione delle MICI.

OBIETTIVI

Obiettivo del lavoro è dunque quello di istituire un PDTA nell'ambito di una entità organizzativa multi-specialistica ossia "IBD UNIT" già operativa all'interno dell'Ospedale del Mare dell'ASL Na 1 presso l'UOC di Gastroenterologia, al fine di garantire ai pazienti le medesime opportunità di cura e definire un percorso clinico-assistenziale omogeneo per tutti.

Il PDTA rappresenta dunque uno strumento di "Clinical Governance" che, attraverso un approccio per processi, definisce gli obiettivi, i ruoli e gli ambiti di intervento; garantisce chiarezza delle informazioni all'utente e chiarezza dei compiti agli operatori; aiuta a migliorare la qualità, la costanza, la riproducibilità e l'uniformità delle prestazioni erogate; aiuta a prevedere e quindi ridurre i rischi e le complicanze.

La discrepanza tra domanda assistenziale e la risposta sanitaria è infatti ulteriormente aumentata nel periodo dell'emergenza sanitaria della pandemia da SARS-COV 2, dove la maggiore concentrazione di risorse è stata volta alla gestione del Covid con rischi di carenza e interruzione dei servizi rivolti ai pazienti affetti da MICI e rischio di riacutizzazione. In tal senso avere a disposizione un PDTA ospedaliero che possa eventualmente integrarsi anche con i servizi territoriali faciliterebbe l'accesso dei pazienti ai servizi con minore dispendio di forze e miglior output assistenziale.

METODOLOGIA

Sulla base delle Linee Guida nazionali ed internazionali e della letteratura di riferimento, viene descritto il PDTA con la pianificazione della sequenza logica e cronologica di tutti gli interventi diagnostici e terapeutici del paziente con sospetto e diagnosi di MICI, con particolare riferimento all'applicazione di tali procedure nelle dinamiche territorio-ospedale in collaborazione con il centro IBD PSI Napoli EST (ASL Na 1) e con P.O. S. Gennaro dei Poveri e con il P.O. Ascalesi/Annunziata per il riferimento di Laboratorio di Patologia Clinica.

Il PDTA si compone di un gruppo definito di professionisti (dirigente medico responsabile-case manager e infermiere specializzato), in spazi dedicati (sala infusioni con multi-postazioni, spazio accettazione, studi medici, locale di lavoro per gli infermieri). Il PDTA prevede inoltre, l'integrazione di altri attori che sono gli specialisti dedicati ed esperti delle possibili manifestazioni extraintestinali (reumatologo, oculista, infettivologo, dermatologo, internista esperto in patologie autoimmuni e emostasi/trombosi, coagulopatie, infettivologo, nutrizionista ed endocrinologo, medico medicina d'urgenza, anestesista-rianimatore) nonché gli specialisti che vengono spesso coinvolti nella fase diagnostica elettiva o in urgenza come il radiologo e il medico di medicina d'Urgenza, chirurgo generale e d'urgenza, Dirigente Medico di laboratorio organizzato nella diagnosi delle principali complicanze infettive o autoimmuni) e infine gli attori della parte amministrativa e organizzativa direttiva (Dirigente Medico di Direzione Sanitaria e farmacista ospedaliero).

RISULTATI ATTESI/CONCLUSIONI

La realizzazione di un Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) nasce dalla necessità di standardizzare criteri condivisi per la diagnosi, terapia ed assistenza dei pazienti affetti da MICI.

La corretta diagnosi e follow up clinico ambulatoriale di tali patologie non solo determina un radicale miglioramento in termini di diagnosi precoce, ma anche una riduzione di accessi in pronto soccorso e di spesa sanitaria pubblica nonché di migrazione interregionale. Dunque la creazione di una IBD Unit, ovvero unità funzionali trasversali con obiettivi di cura specifici tra cui:

- conseguente riduzione del ritardo diagnostico, attivazione di percorsi che facilitino l'accessibilità alle cure;
- miglioramento della qualità della vita e dell'outcome clinico nei pazienti affetti da MICI attraverso la multidisciplinarietà, la centralità del paziente dal primo accesso al follow up, la gestione dei casi complessi, la ricerca e la collaborazione con le associazioni degli assistiti;
- determina sicuramente il miglioramento della qualità delle cure, la garanzia dell'accessibilità anche in periodi emergenziali, l'appropriatezza in ottica di miglioramento delle performance assistenziali.

- facilita la flessibilità e gli adattamenti ai cambiamenti consentendo di strutturare ed integrare attività ed interventi in un contesto in cui diverse specialità, professioni e aree d'azione sono coinvolte nella presa in carico del cittadino con problemi di salute.

Tutto ciò è in linea con il nuovo concetto di “Disease management” delle malattie croniche con lo scopo del raggiungimento del soddisfacimento dei bisogni complessi del paziente e dunque della “salute globale” come indicato dall’OMS.

TESI AREA TEMATICA

La gestione delle strutture sanitarie in ottica di miglioramento LEA in periodi emergenziali a garanzia della sostenibilità, accessibilità, appropriatezza delle performance assistenziali nell’ambito del Governo Clinico e Risk Management

Tutor: Patrizia Cuccaro

Implementazione di un Centro per le Vaccinazioni dei soggetti “a rischio” (CVR) quale strumento di Governo Clinico e mantenimento dei LEA in corso di pandemia da Sars-Cov-2: esperienza della U.O.C. di Pediatria del P.O. “S. Maria delle Grazie” - Pozzuoli

Claudia Forziato

Dirigente medico U.O.C. Pediatria-responsabile del C.V.R. Ospedale “S. Maria delle Grazie” di Pozzuoli

Riorganizzazione strutturale e funzionale del dipartimento medico chirurgico del cuore e dei vasi: il modello organizzativo per intensità di cura come paradigma innovativo di assistenza e management

Francesca Lanni

Dirigente medico di I livello con IPAS in cardioimaging
AORN “SG Moscati” Avellino UOC cardiologia / UTIC

Malpractice medica ed il ricorso all’autoassicurazione dei rischi di responsabilità civile: impatto economico e sostenibilità del sistema

Antonio Pace

Collaboratore Amministrativo Professionale impiegato presso la U.O.C. Gestione Economico Finanziaria dell’AORN di Caserta

Implementazione di un Centro per le Vaccinazioni dei soggetti “a rischio” (CVR) quale strumento di Governo Clinico e mantenimento dei LEA in corso di pandemia da Sars-Cov-2: esperienza della U.O.C. di Pediatria del P.O. “S. Maria delle Grazie” - Pozzuoli

Claudia Forziato

Dirigente Medico U.O.C. Pediatria-Responsabile del
C.V.R. Ospedale “S: Maria delle Grazie” di Pozzuoli

INTRODUZIONE

Le vaccinazioni sono da sempre considerate, nell’ambito della prevenzione delle malattie infettive, uno strumento efficace e sicuro.

Secondo i dati dell’OMS, l’introduzione delle vaccinazioni ha portato al dimezzamento dei decessi imputabili alle più note malattie prevenibili da vaccino, consentendo di evitare ogni anno tra i 2 ed i 3 milioni di decessi.

A tal proposito la Regione Campania con la Deliberazione di Giunta n.1572 del 26 agosto 2004 ha ritenuto opportuno procedere, sulla base degli input ministeriali, ad un ampliamento dei Centri di Riferimento Regionali per le vaccinazioni dei soggetti a rischio (CVR) presenti sul territorio regionale ed alla loro riorganizzazione, al fine di garantire sempre più sicurezza nella pratica vaccinale mediante il miglioramento sia dell’offerta clinico-assistenziale che della conoscenza, gestione e valutazione dei possibili eventi avversi correlati alle vaccinazioni stesse.

La diffusione dell’epidemia da Sars-Cov-2 nei primi mesi del 2020, ha imposto una serie di misure restrittive alla circolazione degli individui e agli accessi sanitari programmati, oltre a determinare una tendenza dei cittadini a non fruire dei servizi sanitari non urgenti per timore di contagio. Tale condizione ha posto in forte discussione l’efficacia dei percorsi terapeutici in vari setting di cura e, ancor di più, dei percorsi di prevenzione.

In ottica di Clinical Governance, i centri vaccinali sono stati chiamati ad implementare le proprie strategie di catching e rafforzare l’efficacia delle campagne vaccinali, garantendo le misure di sicurezza nell’accesso e riducendo al minimo il rischio di contagio degli operatori e degli utenti, assicurando i LEA.

La U.O.C. di Pediatria del Presidio Ospedaliero “S. Maria delle Grazie” di Pozzuoli è sede del Centro di riferimento regionale per le vaccinazioni dei soggetti a rischio giovani adulti e pediatrici (C.V.R.).

Il presente lavoro illustra le modalità con le quali è stato garantito il mantenimento dei livelli essenziali di vaccinazione in corso di pandemia da Sars-Cov-2 nel C.V.R e i risultati conseguiti.

OBIETTIVI

Obiettivo generale del presente lavoro è stata la minimizzazione del fisiologico drop-out degli utenti per la campagna vaccinale 2020-21 in concomitanza con la pandemia da Sars-Cov-2 attraverso l'implementazione del C.V.R. a valenza sovra-distrettuale della UOC di Pediatria del P.O. Santa Maria delle Grazie.

Sono stati obiettivi specifici:

- garantire le vaccinazioni obbligatorie previste dai LEA in un target di pazienti ad alto rischio, che non avrebbero altrimenti effettuato le suddette vaccinazioni;
- garantire la sicurezza dei pazienti ad alto rischio durante la pratica vaccinale in un setting assistenziale quale quello ospedaliero;
- garantita, in corso di pandemia, la pratica vaccinale presso il C.V.R. tramite l'attuazione di protocolli basati sulle indicazioni ministeriali, finalizzati al contenimento e prevenzione del contagio da Sars-Cov-2.

MATERIALE E METODI

Dal 2005 a maggio 2021 presso il C.V.R. dell'U.O.C. di Pediatria dell'ospedale "S. Maria delle Grazie" di Pozzuoli sono afferiti 1091 persone (498M e 593F) con età compresa tra i 2 mesi di vita e 21 anni, la media è stata di 2 anni e 7 mesi con lieve prevalenza del sesso femminile. La maggior parte ha risposto ai criteri di eleggibilità al C.V.R. infatti sono pazienti allergici con asma medio-grave e con precedenti reazioni avverse ai vaccini.

Nel biennio 2020-2021, causa pandemia da Sars-Cov-2, si è dovuto rimodulare il modello organizzativo in funzione dei protocolli per il contenimento del contagio, con un decremento del setting ambulatoriale, attraverso: una comunicazione efficace ed esaustiva con i familiari dei pazienti, pre-triage telefonico, calendarizzazione degli accessi al fine di evitare affollamenti, tampone molecolare per l'accesso alla struttura, misurazione temperatura corporea con termo scanner e uso di dispositivi di protezione individuale.

RISULTATI

Nel triennio 2017-2019 si è registrato, rispetto al periodo 2005-2016, un incremento esponenziale del numero di vaccinazioni sia in ambito distrettuale, che in ambito sovra-distrettuale nei C.V.R. per i pazienti a rischio, anche in esito a quanto previsto dal D.L. n.73/2017 e sua successiva conversione in Legge n.119/2017.

Sebbene la pandemia da Covid-19 nel biennio 2020-2021 abbia impattato sulla campagna vaccinale (37,6% in meno rispetto alla media del triennio citato), tuttavia si è registrato un numero di vaccinazioni presso il C.V.R. di Pozzuoli del 62,4%, un valore comunque superiore rispetto alla media del periodo 2005-2016 antecedente al D.L. n.73/2017, grazie alla messa in essere di una serie di strategie di governance finalizzate all'adesione da parte della popolazione in oggetto.

CONCLUSIONI

Dall'analisi dei risultati ottenuti, è emerso che l'implementazione di strategie organizzative di Governo Clinico, quali l'istituzione dei CVR rappresentano uno strumento di efficienza e di efficacia anche in corso di pandemia da Sars-Cov-2, dal momento che hanno garantito:

- l'erogazione dei LEA (vaccinazioni obbligatorie e facoltative) nei pazienti a rischi
- la tutela e promozione della salute in modo trasversale
- la qualità assistenziale e le performance aziendali e regionali assicurando la prevenzione e il contenimento del contagio da Sars-Cov-2 durante la pratica vaccinale

Riorganizzazione strutturale e funzionale del dipartimento medico chirurgico del cuore e dei vasi: il modello organizzativo per intensità di cura come paradigma innovativo di assistenza e management

Francesca Lanni

Dirigente medico di I livello con IPAS in cardioimaging
AORN “SG Moscati” Avellino UOC cardiologia / UTIC

INTRODUZIONE

L'elevatissima variabilità che caratterizza la domanda di assistenza clinica rende estremamente difficile erogare servizi personalizzati. Qualsiasi risorsa è priva di valore se non si è in grado di rispondere con tempestività ad una domanda così differenziata e, per la stragrande maggioranza dei casi, imprevedibile. Pianificare il lavoro è difficile sia per l'autonomia di cui godono i professionisti, sia per la quantità di prestazioni erogate sia elettive che in emergenza/urgenza. Nonostante la maggiore flessibilità apportata dal sistema dipartimentale, questa variabilità appare comunque difficilmente sostenibile: i dipartimenti non sono infatti organizzati per tipologia di assistenza e per processi ma per procedure prevalenti, per cui il livello di assistenza fornito può spesso non coincidere al fabbisogno effettivo.

Il Dipartimento Cardiovascolare Intraaziendale per intensità di cure potrebbe rappresentare, in questo contesto, una possibile soluzione al problema delle diverse graduali intensità di cura richieste nei diversi momenti dal singolo malato, sia perché consente di conservare la specificità delle professionalità, sia perché valorizza l'efficienza del “chi fa che cosa”.

PRESENTAZIONE E METODOLOGIA DEL PROGETTO

Attualmente, l'AORN SG Moscati prevede, un Dipartimento Medico-Chirurgico del Cuore e dei Vasi Cardiovascolare che comprende tre U.O.C. rappresentate dalla Cardiologia, che ha al suo interno ha l'U.O.S. di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC) e l'U.O.S. di Cardiologia e Aritmologia Interventistica (Emodinamica e Elettrofisiologia), l'U.O.C. Cardiochirurgia con la U.O.S. Cardiochirurgica d'Urgenza, l'U.O.C. Chirurgia Vascolare con la U.O.S. di Chirurgia Endovascolare, mentre l'U.O.C. di Terapia Intensiva Cardiochirurgica e Cardioanestesia è inserita nel Dipartimento di Emergenza.

Il Comitato di Dipartimento Cardiovascolare dell'AORN SG Moscati, costituito dai direttori delle singole U.O.C., dal direttore del Dipartimento a sua volta direttore della U.O.C. di Cardiologia e dai rappresentanti della dirigenza medica e del comparto, hanno formulato una proposta di modifica della struttura del Dipartimento da verticale ad orizzontale perseguendo il “*principio di continuità*”

della cura”, “l’integrazione dei servizi”, il “case management” o la “coordinazione della cura”, che si sono radicati nelle reazioni dell’Healthcare Redesign dei periodi più recenti.

Il processo di pianificazione per il raggiungimento degli obiettivi è stato elaborato attraverso la SWOT analisi.

Il progetto di riorganizzazione del Dipartimento si ispira a quattro pilastri cui corrispondono altrettanti livelli progettuali:

- Integrazione: la separazione fisica e organizzativa tra reparti si supera per dare spazio ad interdipendenza e interazione tra di essi (“comprehensive critical care”).
- Programmazione della forza lavoro: le attività di recruitment, selezione, allocazione, formazione e valutazione del personale devono avvenire secondo modalità di programmazione chiara e coerente.
- Basi attendibili e gestione evidence based: il governo clinico e gli esiti eccellenti sono consentiti grazie alla disponibilità di risorse informative complete e tempestive: si introducono standard assistenziali (protocolli e procedure) e dei “codici organizzativi” per formalizzare la gestione dell’assistenza.

Attualmente i reparti di degenza delle singole UO che costituiscono il Dipartimento, così come le sale operatorie e l’emodinamica, sono dislocate su differenti piani e nei due settori (A e B) dell’edificio che ospita l’AORN SG Moscati. Il progetto prevede una redistribuzione degli spazi fisici attraverso la collaborazione tra medici e progettisti (architetti o ingegneri), con lo scopo di dar vita a spazi che consentano fluidità di lavoro e il mantenimento di standard di igiene sempre più elevati. L’integrazione degli spazi interni delle Unità Operative dovrà avvenire accorpando le macroaree di specialità (terapia intensiva, subintensiva, degenza ordinaria, DH/DS, ambulatori, blocco operatorio/emodinamica, elettrofisiologia). Le risorse come i posti letto, le sale operatorie e le svariate categorie di equipaggiamento, vengono messe in comune costituendo delle piattaforme produttive, la cui dimensione varia in base alla domanda. Il bisogno assistenziale del paziente e del suo percorso di cura avviene attraverso la considerazione dei valori ottenuti da due differenti valutazioni (di intensità assistenziale clinica e di intensità assistenziale infermieristica), che consentono di collocarlo in una delle seguenti aree di intensità:

- Bassa intensità: (DH/DS) accoglie i casi che hanno bisogno di assistenza sanitaria a bassa intensità ma che non richiedono di far uso di tecnologia avanzata.
- Media intensità: (degenza ordinaria e subintensiva) vi si trovano degenze richiedenti assistenza complessa e variabile, implicando il coinvolgimento di un’ampia varietà di medici ed infermieri. Rappresenta il reparto più consistente per numerosità di pazienti presenti.
- Alta intensità: le terapie intensive dove si trovano pazienti la cui situazione clinica è molto instabile. Il ricovero in quest’area si ha quando sono, o possono essere, compromesse più funzioni vitali e/o ci sono criteri di instabilità clinica, inoltre in quest’area vengono accolti i pazienti nella fase postoperatoria.

Nella fattispecie, il proposito è di unire strutturalmente in un'unica area ad elevata intensità la U.O.C. di Terapia Intensiva Cardiocirurgica e Cardioanestesia e la U.O.S. Terapia Intensiva Cardiologica poiché entrambi i settori possono condividere personale medico e soprattutto di comparto con competenze simili e tecnologie identiche. L'area a media intensità è costituita dall'accorpamento dei posti letto delle UU.OO. di Cardiologia, Chirurgia Vascolare e Cardiocirurgia. Infine è prevista un'unica area a bassa intensità per gli ambulatori di tutte le UU.OO. e il DH e DS.

Si è deciso di utilizzare come score clinico assistenziale per la misurazione dell'instabilità clinica la scala MEWS (national Early Score), strumento di facile utilizzo prodotto e validato dal Royal College of Physicians.

Per evitare la dispersione dei malati assegnati ad una specialità verrà favorita una collocazione «geografica» specifica, mantenendo nel contempo flessibilità nell'utilizzo dei posti letto.

Nella pratica la proposta di riorganizzazione prevede un'articolazione del processo di continuità di cura in 10 punti salienti, che lo sintetizzano:

1. I pazienti continuano ad essere affidati all'Unità Operativa (Disciplina/Specialità) di pertinenza e ad essere ricoverati in spazi fisici ben identificabili;
2. I pazienti hanno un Medico ed un Infermiere di riferimento;
3. Ogni U.O. ha a disposizione tre blocchi di degenza:
Terapia intensiva e rianimazione
Degenza a media intensità di cura
Degenza a bassa intensità di cura
4. Direttore di U.O. continua ad essere il responsabile della qualità tecnico-professionale delle performance dei medici della propria U.O.;
5. Attuazione di PDTA per singole patologie;
6. Nel briefing di inizio giornata si supera il vecchio modello del giro visita;
7. La cartella clinica informatizzata permette di condividere le informazioni medico-infermieristiche in qualunque momento ed in qualunque luogo dell'Azienda;
8. La pianificazione dei ricoveri avviene secondo Classi di Priorità Clinica;
9. La preospedalizzazione lavora con logica "pull" (capacità produttiva massima del sistema);
10. La programmazione dell'utilizzo del Blocco Operatorio, su liste fornite dal Direttore di U.O., è affidata ad un Manager di linea.

In questa ottica la previsione è quella di una maggiore appropriatezza dei ricoveri con una ottimizzazione della degenza attuata attraverso una costante comunicazione tra gli operatori sanitari volta ad un controllo delle complicanze e degli eventi avversi, alla riduzione della mortalità per specifiche patologie, alla riduzione dei reingressi e al miglioramento della qualità percepita dall'utenza.

Malpractice medica ed il ricorso all'autoassicurazione dei rischi di responsabilità civile: impatto economico e sostenibilità del sistema

Antonio Pace

Collaboratore Amministrativo Professionale impiegato presso la U.O.C. Gestione Economico Finanziaria dell'AORN di Caserta

La Raccomandazione del Consiglio d'Europa del 9 giugno 2009 sulla sicurezza dei pazienti chiarisce che: "La scarsa sicurezza dei pazienti rappresenta un grave problema per la sanità pubblica ed un elevato onere economico per le scarse risorse sanitarie disponibili. Gli eventi sfavorevoli, sia nel settore ospedaliero che in quello delle cure primarie, sono in larga misura prevenibili e la maggior parte di essi sono riconducibili a fattori sistemici"

La domanda delle cure è in continua evoluzione, ed impone alle Aziende Sanitarie l'adozione di modelli di servizio innovativi capaci di far fronte al continuo invecchiamento della popolazione, alla carenza di una adeguata prevenzione, la diffusione di malattie croniche, oltre le grandi aspettative di cure "personalizzate" e sempre più evolute.

Il SSN è continuamente investito dal fenomeno del moltiplicarsi delle denunce per malpractice medica, che vanno a gravare sulle strutture sanitarie ed i singoli professionisti con il conseguente aumento dei costi assicurativi ed ulteriori aggravii economici per la progressiva diffusione della cosiddetta "medicina difensiva".

Inoltre negli ultimi anni è divenuto sempre più difficile assicurare le conseguenze della malpractice medica e la rarefazione dell'offerta assicurativa ha ripercussioni evidenti, la gran parte delle Regioni Italiane gestisce ormai in autoassicurazione i rischi di responsabilità civile con sistemi misti in cui l'intervento di un assicuratore è richiesto soltanto per gestire i sinistri più gravi.

Il monitoraggio dei dati relativi alle denunce di sinistri rientra nella funzione di Osservatorio Nazionale Sinistri e Polizze Assicurative attribuita ad AGENAS, dall'Intesa Stato Regioni del 20 marzo 2008 e dal successivo Decreto Ministeriale dell'11/12/2009, recante l'istituzione del SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità), le Regioni e le Province Autonome mettono a disposizione del Ministero della Salute le informazioni relative agli eventi sentinella e a disposizione di AGENAS i dati inerenti le denunce di sinistri.

La necessità di rilevare e monitorare le informazioni inerenti le denunce di sinistri presentate nei confronti delle strutture sanitarie viene avvertita con crescente urgenza a tutti i livelli (aziendale, regionale e nazionale) sia per le implicazioni di carattere economico connesse al volume e alle caratteristiche del contenzioso, che per la rilevanza che dette informazioni possono avere nella definizione di strate-

gie di gestione del rischio clinico e nella messa a punto e successiva valutazione di adeguati modelli organizzativi per la gestione dei sinistri.

In Italia un sinistro ogni 10 giorni per struttura pubblica;

Sono in media 35 per struttura pubblica, vale a dire circa uno ogni 10 giorni, i sinistri da medical malpractice registrati in un anno: è quanto emerge dal nuovo report MedMal realizzato da Marsh Italia. Il report analizza circa 13.500 sinistri con anno di denuncia dal 2004 al 2018, relativi a 66 strutture pubbliche (presidi di primo livello, aziende ospedaliere polispecialistiche e universitarie e ospedali specializzati) distribuite sul territorio nazionale. La sezione dedicata alla sanità privata considera, nel medesimo arco temporale della sanità pubblica, i sinistri di 23 case di cura specialistiche e polispecialistiche e, novità di quest'anno, anche 61 residenze sanitarie assistenziali (RSA), analizzate in una sezione dedicata del report.

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "Sant'Anna e San Sebastiano" ha adottato la "Procedura per la corretta segnalazione e gestione dei NEAR MISS, Eventi Avversi ed Eventi Sentinella.

In ambito sanitario il monitoraggio dei Near Miss, degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella costituisce un'importante indicatore di qualità, in quanto consente di individuare le aree di criticità nel processo assistenziale e rappresenta un utile strumento di prevenzione del rischio e di sicurezza delle cure.

All'interno della nostra Azienda Ospedaliera viene perseguita una politica generale di miglioramento continuo della qualità ed in questo contesto assume grande rilevanza la gestione del rischio clinico.

Dall'esercizio 2017 l'AORN opera in regime di equilibrio economico finanziario.

Le azioni che hanno reso possibile il miglioramento dei risultati economico-finanziari da parte dell'amministrazione aziendale sono state il prodotto di una politica gestionale che ha strategicamente indirizzato per obiettivi le attività amministrative e sanitarie ed ha favorito una forte integrazione.

I principali risultati hanno riguardato il contenimento dei costi e la riduzione del contenzioso e del debito per effetto degli accordi transattivi sottoscritti anche sulla debitoria pregressa.

Obiettivo dell'Azienda Ospedaliera prevede il mantenimento dell'equilibrio economico per l'anno 2021.

TESI AREA TEMATICA

La gestione delle strutture sanitarie in ottica di miglioramento LEA in periodi emergenziali a garanzia della sostenibilità, accessibilità, appropriatezza delle performance assistenziali nell'ambito delle procedure gestionali innovative: HTA, Telemedicina, quality assessment

Tutor: Eugenio Maria Covelli

PDTA per la presa in carico globale ed integrata dei soggetti con disturbi dello spettro autistico in età evolutiva: il modello ASL Avellino

Domenica Coppola

Dirigente Avvocato presso la UOC Affari Giuridico-Legali e Contenzioso dell'ASL Napoli 1 Centro

Abbattimento delle Liste di Attesa Chirurgiche in Oculistica nell'ASL Napoli 1 centro - Ospedale Pellegrini

Lucia Gifuni

Specialista Ambulatoriale in Oculistica - Ospedale Pellegrini - Asl Napoli 1 Centro

Istituzione e Organizzazione del dipartimento attività tecniche - ingegneria biomedica - sistemi Informativi - patrimonio

Gaetano Mirto

Direttore delle U.O.C. denominate: Gestione Attività Tecniche ed Ingegneria Biomedica (GATIB) e dei Sistemi Informativi Aziendali (SIA), dell'AORN "A. Cardarelli" di Napoli

HTA - Health Technology Assessment e la valutazione di un sottile equilibrio tra nuove tecnologie e politiche gestionali di sanità pubblica

Giovanni Mottola

Collaboratore amministrativo professionale presso ASL Avellino

Trasformazione ed evoluzione nella gestione del Servizio di Radiologia in periodo emergenziale di pandemia SARS-CoV-2 al fine di garantire le funzioni di sostenibilità, accessibilità e appropriatezza: l'esperienza della A.O.R.N. "A. Cardarelli" - Napoli

Giuseppe Ruggiero

Medico Radiologo Dirigente di I livello presso ala U.O.S.C. di Radiologia Generale e di Pronto Soccorso della A.O.R.N. "A. Cardarelli" di Napoli

PDTA per la presa in carico globale ed integrata dei soggetti con disturbi dello spettro autistico in età evolutiva: il modello ASL Avellino

Domenica Coppola

Dirigente Avvocato presso la UOC Affari Giuridico-Legali e Contenzioso dell'ASL Napoli 1 Centro

I disturbi dello spettro autistico sono un disordine dello sviluppo di origine multifattoriale per cui la letteratura più recente è concorde nell'indicare una base genetica e/o l'associazione di fattori ambientali di vario tipo tra cui le infezioni contratte dalla madre in gravidanza, lo status immunologico materno-fetale, l'esposizione a farmaci o agenti tossici e l'età avanzata dei genitori.⁽¹⁾

La complessità del disturbo ha notevoli ricadute sulla qualità di vita del soggetto e della sua famiglia, comportando un significativo peso economico per la stessa, così come per il SSN.

Attualmente si parla di “disturbo dello spettro dell'autismo” perché le manifestazioni cliniche variano in base alla gravità della compromissione, al livello di sviluppo e all'età cronologica e il riferimento a una prospettiva evolutiva e longitudinale dovrebbe quindi consentire una migliore conoscenza delle diverse manifestazioni del disturbo in questione, che tenderanno a mutare nel tempo.

Gli interventi devono essere personalizzati e adattati all'età del bambino, al suo sviluppo e alle sue competenze cognitive e relazionali, riconoscendo la gradualità del disturbo e l'unicità individuale.

Il successo del trattamento si riscontra scegliendo strumenti e interventi in “scienza e coscienza” che meglio rispondono alle caratteristiche sia del paziente che della sua stessa famiglia, lavorando allo sviluppo di abilità individuali e di sistema che consentono al bambino e alla famiglia un migliore adattamento nell'ambiente.

I disturbi dello spettro autistico hanno acquistato, per la loro rilevanza epidemiologica, un significativo impatto che richiede un impegno importante da parte del Sistema Sanitario Regionale.

Con la recente DGRC n. 31 del 31/03/2021 la Regione Campania, nel definire il nuovo PDTA, che dovrà essere recepito dalle Aziende Sanitarie, si basa sulle principali e più aggiornate linee guida e linee di indirizzo nazionali e internazionali e nasce dalla necessità di garantire ad ogni assistito della regione Campania un percorso assistenziale/riabilitativo ottimale tenendo conto delle peculiarità di questa condizione e allo stesso tempo capace di organizzare e definire i tempi brevi della presa in carico. Con esso la Regione ha evidenziato che le linee guida e di indirizzo internazionali, nazionali e regionali sottolineano il ruolo cruciale dell'equipe multidisciplinare per

(1) (Aggiornamento delle linee di indirizzo dei Disturbi dello Spettro Autistico 2018).

la presa in carico globale diagnostica, terapeutica ed assistenziale della persona con disturbo dello spettro autistico, e la responsabilità stessa dell'equipe di attuare le migliori pratiche professionali e gestionali del paziente. Il nucleo familiare deve essere protagonista attivo e partecipe di ogni scelta operata, collaborando con tutte le agenzie presenti sul territorio per ogni azione che favorisca l'acquisizione di competenze adattive. Ha quindi disposto che in ogni ASL, per un bacino di utenza non superiore a 200.000 abitanti, debba essere garantita la presenza di almeno un Nucleo per i Disturbi del Neurosviluppo e Neuropsichiatrici, a competenza distrettuale e pluridistrettuale.

Il Nucleo per i disturbi del Neurosviluppo e Neuropsichiatrici, come descritto nel Piano regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale (DCA n.83/2019), è costituito da figure professionali di ambito sanitario e sociale che vanno a comporre una Equipe Multidisciplinare.

Il Catalogo dei servizi residenziali, semiresidenziali, territoriali e domiciliari di cui al Regolamento di attuazione della L.R. 11/2007 prevede lo strumento del PTRI sostenuto da budget di salute, che si rivela particolarmente utile nelle fasce di età da preadolescenziale in poi, in quanto rivolto ad incrementare i livelli di autonomia del soggetto

L'Azienda Sanitaria Locale di Avellino ha percorso i tempi, fornendo poi un prezioso contributo alla elaborazione del PDTA regionale.

Difatti, già sulla scorta del DCA 93/2019 della Regione Campania, con delibera n. 1758 del 17/12/2019 avente ad oggetto "D.C.A. n. 93/19.11.2019 - Presa d'atto. Provvedimenti", ha previsto l'istituzione de:

1) il Centro per la Neuropsichiatria dell'Infanzia, dell'Adolescenza e dello spettro autistico, identificandolo con la UOC Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, all'interno del Dipartimento Salute Mentale dell'Asl di Avellino;

2) tre nuclei di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NNPI) a livello interdistrettuale, di cui il primo nucleo che comprende i distretti di Avellino e Baiano; il secondo che comprende i distretti di Atripalda e Monteforte Irpino; il terzo nucleo che comprende i distretti di Ariano Irpino e Sant'Angelo dei Lombardi.

Con l'insediamento del nuovo Direttore della UOC Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza nel marzo 2020, l'Azienda sta progressivamente procedendo all'aggiornamento delle singole posizioni dei minori affetti da sindrome dello spettro autistico, invitando le famiglie a condurre i piccoli presso l'ambulatorio dell'ASL del distretto di competenza al fine del necessario aggiornamento delle diagnosi e della conseguente prescrizione terapeutica. Sta al contempo procedendo, di volta in volta, alla presa in carico di quei minori le cui posizioni non erano presenti in archivio. Ha inoltre indetto, e concluso nel corso del 2020, una procedura di gara europea aperta per l'affidamento delle prestazioni per il trattamento dei disturbi dello spettro autistico in regime domiciliare e semiresidenziale, compresa la gestione del Centro diurno di S. Angelo dei Lombardi. Il Centro è stato inaugurato all'inizio del 2021 ed è funzionante.

Il presente lavoro si propone di illustrare il percorso autismo in atto presso l'Asl di Avellino in parallelo con il neo-approvato PDTA regionale, evidenziando i primi risultati raggiunti.

Abbattimento delle Liste di Attesa Chirurgiche in Oculistica nell'ASL Napoli 1 Centro - Ospedale Pellegrini

Lucia Gifuni

Specialista Ambulatoriale in Oculistica - Ospedale Pellegrini - Asl Napoli 1 Centro

Questo lavoro si pone come obiettivo, prima di tutto, l'analisi del contesto oculistico dell'Ospedale Pellegrini riguardanti le liste di attesa operatorie aggravate dalla pandemia Covid-19, l'analisi delle normative che regolano le liste di attesa in generale incluse quelle chirurgiche con riferimento al Piano Nazionale di Gestione Liste di Attesa (PNGLA), al Piano Regionale di Gestione Liste di Attesa (PRGLA), ai Programmi Attuativi Aziendali e al ruolo svolto dall'Osservazione Nazionale per le liste di attesa.

La pandemia Covid-19 ha determinato un calo delle attività ordinarie che riguarda sia le prestazioni di visite specialistiche ambulatoriali sia gli interventi chirurgici con conseguente allungamento delle liste di attesa. Questo anche per la conversione di reparti da dedicare alla gestione Covid-19 e blocco dei ricoveri chirurgici di elezione per buona parte del 2020.

Per porre rimedio alle distorsioni create dalla pandemia è stato emanato il decreto legge 14 agosto 2020 n. 104 convertito in legge il 13 ottobre 2020 n. 126 art. 29 "disposizioni urgenti in materia di liste di attesa" recepito dalla regione Campania con delibera 620 del 29/12/2020.

Facendo riferimento a questo decreto e utilizzando, in particolare, le liste di attesa esistenti all'Ospedale Pellegrini, vengono proposti dei Percorsi specifici (PDTA) per l'abbattimento delle liste di attesa per le cataratte utilizzando risorse economiche aggiuntive messe a disposizione allo scopo.

Istituzione ed Organizzazione del dipartimento Attività tecniche - ingegneria biomedica - sistemi Informativi - patrimonio

Gaetano Mirto

Direttore delle U.O.C. denominate: Gestione Attività Tecniche ed Ingegneria Biomedica (GATIB) e dei Sistemi Informativi Aziendali (SIA), dell'AORN "A. Cardarelli" di Napoli

PREMESSA

Nell'ambito dell'Azienda Sanitaria le Unità Operative Complesse, preposte alle attività tecniche e patrimoniali ed alla gestione dei servizi informativi e biomedici, sono connotate da una condivisa situazione di disomogeneità dell'azione e degli interventi che, in ogni caso, vengono attuati in condizioni di emergenza ed in assenza di programmazione.

In tale contesto, si rende necessario ed indifferibile un intervento di riorganizzazione, che partendo da un'analisi del contesto interno e Regionale, attraverso la strutturazione di apposito progetto realizzi il Dipartimento Tecnico Patrimoniale, Ingegneria Biomedica e del SIA, quale struttura di carattere strategico, in ragione della sensibile multidisciplinarietà delle funzioni in cui si articola.

OBIETTIVI

Il Dipartimento si connota per lo svolgimento di funzioni a forte carattere tecnico-amministrativo, orientate alla realizzazione dei seguenti obiettivi generali:

- definire le strategie e le modalità di espletamento delle gare d'appalto di lavori e opere di competenza e di acquisizione di beni e servizi, sorvegliando sulla esecuzione dei relativi procedimenti nel pieno rispetto delle norme vigenti;
- assicurare le necessarie competenze tecnico-scientifiche indispensabili per garantire il miglior esito qualitativo delle procedure di gara;
- definire e programmare gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria per mantenere in efficienza e a norma le strutture e gli impianti in cui si svolgono le attività dell'Azienda, valorizzando il patrimonio aziendale;
- curare le relazioni istituzionali con gli altri Enti autorizzativi e di controllo (Regione, Comuni, Vigili del Fuoco, Enti di vigilanza e controllo a livello locale e statale) anche al fine di concordare le più opportune soluzioni, con assunzione di responsabilità personale di natura professionale amministrativa e penale allo scopo di garantire la perfetta esecuzione formale e sostanziale di tutti gli interventi attuati;
- garantire la gestione appropriata, sicura ed efficiente di beni, strutture, reti e tecnologie, in funzione delle risorse economiche disponibili;

- ricercare e proporre soluzioni innovative nell'ambito dei sistemi informatici sanitari, amministrativi e della telemedicina;
- rendere coerente il sistema informativo con l'evoluzione organizzativa e con la nuova identità dell'Azienda, mediante innovazione tecnologica;
- supportare la direzione aziendale nella realizzazione dell'obiettivo strategico di realizzare un sistema multicanale di accoglienza e front-office per i cittadini;
- garantire il supporto tecnico e tecnologico per la valorizzazione, la conoscenza e l'utilizzo del patrimonio informativo aziendale;
- migliorare lo standard di accoglienza e di comfort nelle sedi territoriali, elaborando parallelamente piano di dismissione degli immobili non di proprietà non necessari.

I principi guida ed i conseguenti risultati attesi dalla costituzione del Dipartimento sono:

- uniformità delle competenze attraverso la omogeneizzazione delle diverse attribuzioni tecnico funzionali assegnate con l'atto aziendale;
- regolamentazione dei procedimenti, nelle materie di competenza al fine di fornire strumenti operativi univoci sotto il profilo tecnico ed amministrativo;
- flessibilità organizzativa e mansionale all'interno delle UU.OO. di cui si compone il Dipartimento al fine di evitare duplicazioni di processi tecnici ed amministrativi non funzionale agli obiettivi di efficienza ed efficacia perseguiti;
- definizione di standard progettuali e manutentivi da garantire attraverso strumenti contrattuali in linea con l'approccio derivante dalla certificazione di qualità ISO 9001 da estendere a tutto il territorio di afferenza aziendale.

Il Dipartimento si articola in:

- UOSD Attività Amministrative.
- UOC Tecnica e Patrimonio
- UOC Sistemi e Tecnologie Informatiche e di Comunicazione
- UOC Ingegneria Clinica

RISULTATI ATTESI E CONCLUSIONI

Il superamento della disorganizzazione cronica delle unità operative che ragionano a compartimento stagni, cioè per funzioni e la realizzazione di una struttura che garantisca l'efficacia, l'efficienza e l'economicità dell'azione amministrativa, anche mediante l'adozione di sistemi di qualità ISO 9000 e 14001.

L'intento del presente lavoro è quello di fornire un modello organizzativo utilizzabile in ambito Regionale per affrontare in modo efficace, efficiente ed economico il complesso dei processi cui sono preposte le singole Unità operative sopra citate.

Gli *steps* successivi all'adozione/creazione del Dipartimento in ambito Aziendale, sono essenzialmente sintetizzabili nella verifica dei risultati attesi al fine di poter esportare il richiamato modello in ambito Regionale.

Area di intervento

Sviluppo ed implementazione di Progettualità, quali procedure gestionali ed innovative nei seguenti campi: Manutenzione, Adeguamenti normativi, Ristrutturazione, Acquisti e/o Forniture, HTA, Telemedicina, quality assestment, etc.

Breve biografia discendente

Dal 09/04/2018 ricopre il ruolo di Direttore dei Sistemi Informativi Aziendali dell'AORN "A. Cardarelli" di Napoli (Struttura Complessa), per aver superato, nel Dicembre 2017 una selezione pubblica per mobilità Interregionale. Dal 16/07/2018 ricopre, presso la medesima Azienda, anche il ruolo di Direttore ad Interim del Uff. Tecnico ed Ingegneria Clinica (G.A.T.I.B.).

In data antecedente al 09/04/2018 ha ricoperto, per circa 6 anni il ruolo di Dirigente Ingegnere a tempo indeterminato titolare delle Strutture Complesse: Manutenzione e Gestione Immobili nel Dip. Tec. Patrimoniale; Investimenti del Dip. Tec. Patrimoniale dell'AUSL di Bologna.

In data antecedente il dicembre 2012 e fino al 2000 ha ricoperto il ruolo di Dirigente di Struttura Semplice a tempo indeterminato, presso il Dip. Tecnico Patrimoniale dell'AUSL di Bologna, a seguito del superamento di Concorso Pubblico.

Dal 1999 al 2000 ha ricoperto il ruolo di Responsabile dell'Uff. di Direzioni Lavori dell'Autorità Portuale di Ravenna a tempo indeterminato (Equivalente della Posizione Organizzativa dell'attuale contratto del comparto dei Dip. Pubblici-Quadro), a seguito del superamento di concorso pubblico.

Dal 1997 al 1999 ha lavorato come Responsabile del Nucleo Progettazione (Ex VIII livello) presso gli Impianti Sporti della Città di Torino, a seguito del superamento di apposito concorso Pubblico a tempo indeterminato.

Consulente del Tribunale e della Corte d'Appello di Bologna da oltre 20 anni e precedentemente del Tribunale di Napoli, con esperienza di oltre 200 cause, tra le quali: La Scuola Europea di Parma, il nuovo Ospedale di Cona (Ferrara) e diversi indennizzi per i Comuni di Rimini e Riccione.

HTA - Health Technology Assessment e la valutazione di un sottile equilibrio tra nuove tecnologie e politiche gestionali di sanità pubblica

Giovanni Mottola

Collaboratore amministrativo professionale presso ASL Avellino

Il lavoro di ricerca svolto si occupa di analizzare l'health technology assessment e di compararlo successivamente con le più moderne tecnologie sanitarie.

Partendo dal significato dell'health technology assessment, si prova a comprendere il significato attraverso il suo utilizzo e successivamente attraverso la sua evoluzione.

Strumento amministrativo, volto alla valutazione dell'opportunità di inserimento delle nuove tecnologie all'interno di contesti di sanità pubblica, l'health technology assessment, opera questa valutazione sotto la lente di diverse materie, tra cui quella sanitaria, deontologica, sociale, giuridica, economica e tecnologica.

Terminata la disamina di questo strumento importantissimo, quanto necessario, si è passati alla studio ed analisi di quelle che sono le tecnologie con un'importanza primaria in materia sanitaria, fino all'analisi, per quanto concesso in termini di informazioni recepibili, delle ultime tecnologie sviluppate in ambito sanitario.

Le tecnologie che attualmente sono degne di considerazione sono molteplici ed il campo dello studio per ragioni dovute alla natura del lavoro svolto si sono concentrate solo su alcune di esse.

Una prima analisi ha interessato tutto quel mondo visionario che grazie ad Elon Musk si concretizza in Neuralink e nel suo chip impiantabile nel cervello umano, con risvolti sia etici che sanitari molto evoluti.

Ulteriore oggetto delle nostre attenzioni ha riguardato l'ambito della robotica, suscitato soprattutto dal periodo pandemico e dall'utilizzo dei robot proprio in quei contesti ad altissimo rischio di infezione, con lo scopo di salvaguardare quanto più possibile gli operatori sanitari. Come vedremo l'utilizzo di questirobot non è ridotto solo all'ambito pandemia ma trova applicazione in tantissimi ambiti sanitari, tra cui anche quello chirurgico

Trasformazione ed evoluzione nella gestione del Servizio di Radiologia in periodo emergenziale di pandemia SARS-CoV-2 al fine di garantire le funzioni di sostenibilità, accessibilità e appropriatezza: l'esperienza della A.O.R.N. "A. Cardarelli" - Napoli

Giuseppe Ruggiero

Medico Radiologo Dirigente di I livello presso ala U.O.S.C. di Radiologia Generale e di Pronto Soccorso della A.O.R.N. "A. Cardarelli" di Napoli

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "Antonio Cardarelli" di Napoli è sempre stata in prima linea nella lotta all'emergenza epidemiologica dovuta alla diffusione del nuovo Coronavirus SARS-CoV-2. Nella prima settimana di marzo 2020 l'Azienda Cardarelli ha prontamente organizzato le Aree di ricovero Intensive e Sub-intensive per i pazienti affetti da SARS-Covid-19. Tali aree di ricovero sono state rappresentate dal:

- **Padiglione M** (Padiglione in precedenza dedicato a tutte le attività di ricovero e cura per i pazienti in regime di ALPI);
- **Padiglione H** (Padiglione in precedenza dedicato a tutte le attività diagnostiche, di ricovero e cura dei pazienti afferenti alle Ortopedie ed alla Fisiocinesiterapia);
- **Piano 0 Padiglione A** (Reparto in precedenza dedicato alla week-surgery);
- **OBI-Covid** (Reparto in precedenza dedicato all'Osservazione breve intensiva di pazienti provenienti dal Pronto Soccorso).

Nello specifico:

- Il Padiglione M è stato interamente trasformato in un Reparto di Terapia Intensiva Covid;
- Il Padiglione H è stato suddiviso in un Reparto di Terapia Intensiva Covid ed in tre Reparti di Medicina Covid;
- Il piano 0 del Padiglione A è stato trasformato in un quarto reparto di Medicina Covid;
- Il Reparto OBI-Covid è una Astanteria per pazienti affetti da SARS-Covid-19 provenienti dal Pronto Soccorso, cui vengono effettuate le prime cure in attesa di trasferimento nei Reparti di Medicina Covid.

Tutti i Reparti citati hanno un'assistenza radiologica "dedicata" h24. In particolare nella prima settimana di marzo 2020 è stata installata una TAC sia presso il Pad. M che presso il Pad. H.

Sia al Pad. M che al Pad. H i Reparti hanno avuto apparecchi ecografici dotati di

tutte le sonde e software necessari per diagnosi accurate.

Sono stati inoltre localizzati apparecchi amplificatori di brillantezza dedicati alle camere operatorie del Pad. M e del Pad. H con i quali poter eseguire arteriografie, coronarografie e fornire assistenza radiologica per interventi ortopedici o di chirurgia generale.

Sono stati localizzati apparecchi radiologici da corsia per l'esecuzione degli esami radiologici del torace unitamente ad Unità CR per la visualizzazione ed archiviazione nel PACS delle relative immagini radiografiche.

Nell'area radiologica del Pad. H oltre alla TAC è presente anche una sala radiologica convenzionale per l'esecuzione di radiogrammi di tutti i distretti scheletrici.

I pazienti degenti nell'area PS-OBI eseguono le TAC presso il Pad. M, attiguo al Pronto Soccorso, dove vengono trasportati da una ambulanza dedicata.

I pazienti degenti al piano 0 del Pad. A eseguono le TAC presso il contiguo Pad. H, dove vengono trasportati da una ambulanza dedicata.

Tutte le sedi radiologiche citate sono dedicate esclusivamente ai pazienti affetti da SARS-COV19 e sono state abbinate all'organizzazione del percorso "sporco" e percorso "pulito" come prevede la normativa vigente.

Sono dedicati a tali aree radiologiche Dirigenti Radiologi, Tecnici di Radiologia, Infermieri, O.S.S. con turni h24.

Tutto il Personale è stato formato sulla corretta "vestizione e svestizione" per l'utilizzo dei DPI previsti. Le sale radiologiche ed i relativi apparecchi sono quotidianamente sottoposti al programma di sanificazione disposto dalla Direzione Sanitaria.

Tutte le prestazioni (ecografie, radiografie, TAC) richieste con carattere di urgenza ed indifferibilità per i pazienti Covid vengono eseguite nell'immediatezza, mentre le prestazioni non ritenute di particolare urgenza sono garantite nell'arco delle 12 ore.

Non vi è alcuna frammistione fra il percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti Covid e dei pazienti non Covid ed i flussi sono completamente separati.

Questo ha consentito di non interrompere le attività diagnostiche radiologiche per tutti gli altri pazienti non Covid afferenti dal Pronto Soccorso, dai Reparti Intensivi e SUB-Intensivi del DEA, da tutti i Reparti di elezione e di Day-Hospital dell'Azienda "A. Cardarelli".

Per quanto attiene le attività radiologiche finalizzate agli ammalati in pre-ospedalizzazione ed ambulatoriali la Radiologia si è strettamente attenuta alle disposizioni aziendali in subordine alle disposizioni regionali, assicurando sempre la continuità assistenziale a tutti i pazienti urgenti ed onco-ematologici in sedi radiologiche separate.

Tutti gli esami radiologici ed i relativi referti prodotti per i pazienti ricoverati nelle Aree Covid e non Covid confluiscono nel sistema di archiviazione digitale RIS-PACS, valutabili e confrontabili sempre.

TESI AREA TEMATICA

La gestione delle strutture sanitarie in ottica miglioramento LEA in periodi emergenziali a garanzia della sostenibilità, accessibilità, appropriatezza delle performance assistenziali nell'ambito della comunicazione organizzativa sanitaria, project-management e gestione dei gruppi di lavoro

Tutor: Alessandra Dionisio

Strutture Sanitarie in Italia: criticità, differenze nel territorio italiano, costi degli affari contenziosi e problematiche generate dalla Legge n. 24/2017

Gabriele Di Rienzo

Associato, sin dal 2014, con l'associazione di professionisti denominata Studio Legale "Di Rienzo e Associati", struttura specializzata da oltre un ventennio nella delicata materia della responsabilità professionale sanitaria

Servizio di supporto psicologico telematico nel contesto pandemico. Dall'ideazione all'implementazione, percorsi organizzativi e gestionali: il caso della ASL Latina

Fabio Guarriello

Collaboratore Amministrativo – Dipartimento di Salute Mentale ASL Latina

Welfare e sostenibilità: appunti per un cambio di paradigma

Gian Maria Manzo

Avvocato

Presa in carico del malato terminale. La gestione degli interventi palliativi durante la pandemia da Sars-CoV-2. Proposte operative

Pia Podda

Collab. Amm. Prof.le attualmente in servizio presso la A.O.R.N. “Santobono-Pausilipon”

Comunicazione e collaborazione interistituzionale nella gestione strategica delle forniture in periodo di emergenze pandemiche in contesto italiano e transfrontaliero.

La nuova sfida italiana ed internazionale della rivisitazione dei processi di procurement tra innovazione tecnologica, controllo dei meccanismi di aggiudicazione e necessaria tutela della filiera nazionale

Pierluigi Sica

Avvocato del Foro di Salerno

Strutture Sanitarie in Italia: criticità, differenze nel territorio italiano, costi degli affari contenziosi e problematiche generate dalla Legge n. 24/2017

Gabriele Di Rienzo

Associato, dal 2014, con l'associazione di professionisti denominata Studio Legale "Di Rienzo e Associati", specializzata da oltre un ventennio nella delicata materia della responsabilità professionale sanitaria

Questo progetto persegue l'obiettivo di analizzare le principali problematiche delle Strutture Sanitarie Nazionali (SSN), cercando di approfondirne vari aspetti.

Per effettuare tale disamina, conviene, innanzitutto, soffermarsi sul contesto socio-economico nel quale operano le Strutture Sanitarie Nazionali (SSN).

Le strutture infatti interagiscono con il territorio su fattori politici, economici, sociali e tecnologici.

Sicuramente tali fattori hanno fortemente influenzato la gestione delle Strutture Sanitarie che, al loro interno, sono caratterizzate da una organizzazione variegata e multidisciplinare per garantire al paziente ed alla comunità diverse tipologie di assistenza e di trattamenti.

Le Strutture Sanitarie Nazionali (SSN) hanno subito, negli anni, trasformazioni riconducibili a molteplici fattori che hanno determinato, nel tempo, mutamenti nella gestione interna e nei trattamenti riservati ai pazienti-consumatori.

Nel tempo vi sono stati molti interventi dello Stato per poter, in qualche modo, potenziare i livelli assistenziali nazionali, si pensi alla Legge 502/92 e d.lgs 59/97 e ss. in materia di Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e in materia di accreditamento di Strutture, anche private presso le Aziende Sanitarie Locali (ASL).

In tale orizzonte culturale c.d. Weltanschauung, le Aziende Locali, gli Ospedali e le Strutture Sanitarie Nazionali hanno dovuto far fronte, ab estrinseco, alla evoluzione delle necessità e del fabbisogno della popolazione a livello nazionale, regionale e provinciale e nell'ambito del Management Sanitario, hanno subito l'influenza anche di altri fattori, quali, politici, economici, sociali e tecnologici.

In conseguenza, attualmente l'organizzazione delle medesime, previa analisi del territorio, appare variegata, multidisciplinare e complessa.

In siffatto clima di cambiamento, l'organizzazione Sanitaria ha subito ulteriori modifiche nella propria organizzazione interna, ab intrinseco, in riferimento alle seguenti problematiche: la comparsa di nuovi patogeni, riemersione di vecchi patogeni, aumento di soggetti immunodepressi (per età, malattie o per terapie),

aumento di soggetti anziani, disabili e fragili, modificazioni ambientali ed aumento delle calamità naturali.

Ciò posto, in ambito sanitario, il rapporto comunicativo tra il medico ed il paziente (e, soprattutto, i suoi familiari) è in crisi: reciproca insofferenza e diffidenza, rendono spesso deludente l'inevitabile confronto tra questi due universi.

Infatti, spesso si crea un'asimmetria informativa, tra sanitari e pazienti, che ha sempre caratterizzato questa relazione è oggi ancora più accentuata dall'aggressività e intransigenza dei pazienti e dalla loro presunzione di avere una sempre maggiore conoscenza su diagnosi e terapie.

Non sempre tale organizzazione sanitaria risulta essere efficace, in quanto la complessità delle strutture risulta essere, talvolta, un deterrente alle necessità, ai fabbisogni del paziente e/o dei pazienti nella contingenza di molteplici cause e/o improvvise complicazioni nel soggetto o nei soggetti in cura, i quali spesso lamentano un comportamento negligente e/o omissivo da parte dei Sanitari.

Tali criticità del Sistema Sanitario, si sono riverberate anche sulla sfera giuridica ed hanno, più volte richiesto, l'intervento del Legislatore, il quale ha emanato delle norme ad hoc che regolassero il contenzioso emergente dalle problematiche di tale così complessa organizzazione medico-scientifica.

Infatti, con la Legge 8 novembre 2012, c.d. "Balduzzi" prima, e, con la Legge 8 marzo 2017 n. 24 dopo, c.d. "Gelli - Bianco", il Legislatore ha tentato di snellire il contenzioso per evitare inutili lungaggini processuali e sgravare il più possibile le Strutture Sanitarie da responsabilità.

Tuttavia, nonostante i grandi progressi politici, economici, sociali e tecnologici, ad oggi, la gestione sanitaria non riesce a sopperire del tutto alle problematiche odierne di natura sociale che si riverberano inevitabilmente in ambito giuridico ed economico, concorrendo a generare un contenzioso legale in sanità di oltre 500 mila euro al giorno.

In definitiva, a parere dello scrivente, bisognerebbe proporre un cambio di rotta nello scenario del Management Sanitario e delle Pubbliche Amministrazioni, proponendo, come base, un intervento legislativo preciso, efficace e realizzabile su tutto il territorio nazionale (regioni, province e comuni). Soltanto a seguito di ciò, dopo aver analizzato e migliorato il territorio in tal senso, si potrà procedere a rinnovare le Strutture Sanitarie Nazionali, rendendole efficaci ed efficienti nei confronti della comunità.

**Servizio di supporto psicologico telematico nel contesto pandemico.
Dall'ideazione all'implementazione, percorsi organizzativi
e gestionali: il caso della ASL Latina**

Fabio Guarriello

Collaboratore Amministrativo - Dipartimento di Salute Mentale ASL Latina

Il Servizio Sanitario Nazionale, nel contesto dell'emergenza sanitaria da SARS-COV-2 è stato chiamato ad erogare una serie di servizi rivolti a utenti obbligati in quarantena o in isolamento fiduciario. Tali servizi hanno avuto il duplice scopo di contribuire a contrastare la diffusione del virus e garantire la continuità della cura e dell'assistenza. In questo scenario è stato di prioritaria rilevanza l'utilizzo delle tecnologie digitali e di telecomunicazione moderne, le quali hanno offerto le migliori opportunità operative nel contesto emergenziale. In tale contesto, l'Azienda Sanitaria Locale (ASL) di Latina si presta ad essere da esempio in termini di servizi offerti ai cittadini che si trovano in una situazione di disagio a causa delle conseguenze da Covid-19. La Asl di Latina ha, infatti, attivato un progetto di attività di tele-supporto psicologico proattivo come linea di intervento assistenziale alle persone della Provincia di afferenza con stati emotivi e psicologici di estremo disagio e/o comunque problematici.

Gli obiettivi specifici del progetto consistono in:

- a) nell'offrire aiuto e strumenti per gestire il disagio psicologico legato al contagio del Covid-19;
- b) prevenire esiti di cronicità in pazienti che presentano fattori di rischio per possibili esiti da Disturbo Post Traumatico da Stress, di Lutto Complicato (DSM 5), stress lavoro correlato e Sindrome di *Burn out*.

Le consultazioni esperte, attraverso un ascolto empatico del dolore e dell'angoscia connessa all'emergenza, favoriscono l'attivazione di un processo di elaborazione degli eventi traumatici derivanti dalla pandemia. Tutto ciò consente agli utenti presi in carico, l'acquisizione di competenze emotive e cognitive utili per affrontare emotivamente non solo l'emergenza, ma anche il periodo di post-emergenza. Gli obiettivi, riportati nelle Indicazioni della letteratura di riferimento, consistono nel sorvegliare proattivamente le condizioni di salute dei pazienti presi in carico: dalle sedi territoriali dipartimentali, gli psicologi in servizio attivano, con la modalità della chiamata telefonica o della videochiamata, il contatto con gli utenti individuati. I questionari utilizzati per la valutazione dell'impatto degli eventi stressanti sull'utente e sul suo funzionamento psicologico fanno riferimen-

to alle evidenze disponibili tipo *IESr* e *GHQ*.

I dati relativi all'impatto psicologico hanno evidenziato: l'impatto psicosomatico su sonno, alimentazione, regolazione emotiva, conseguente al contagio è diminuito del 33% negli arruolati rispetto all'inizio, del 17% nei non arruolati; gli arruolati hanno percepito un senso di sicurezza e fiducia durante la malattia maggiore del 15% in più rispetto ai non arruolati; gli arruolati in Tele registrano la riduzione del senso di allarme del 36% rispetto all'inizio mentre i non arruolati del 21%; l'importanza dell'assistenza in TM sulla gestione della malattia per gli arruolati è molto elevata (81%); gli arruolati mostrano livelli più bassi di stress attuale e di solitudine. Dai dati emerge l'efficacia dal punto di vista clinico dell'assistenza in Telemedicina, attraverso il supporto psicologico e del Tele-Monitoraggio per i pazienti con sintomi lievi e medi. La guarigione viene favorita anche dall'attivazione di risorse psicologiche grazie alla creazione di un canale di comunicazione tra operatori e pazienti. Il paziente si sente meno solo, sa che può contare su un intervento tempestivo, si sente più sicuro e si abbassano i livelli di stress.

Tale progetto, per le sue caratteristiche e potenzialità, mira a configurarsi come il primo passo per la costruzione di un PDTA rivolto a pazienti Covid-19, assistiti sul territorio, in cui l'assistenza psicologica potrebbe affiancarsi a quella pneumologica, nefrologica e cardiologica. Il progetto così strutturato, inoltre, può essere replicato ponendo come target di riferimento le persone che hanno subito infortuni sul lavoro gravi o gravissimi, loro familiari e *caregiver*.

La Tele-Salute, il Tele-Monitoraggio e la Tele-Assistenza rappresentano un grande traguardo per la gestione del paziente con evidenti vantaggi non solo sono per l'assistito ma anche per il personale sanitario che ha in cura il paziente e ne monitora l'andamento.

Occorre, ancora, mettere in evidenza il grande valore aggiunto dato dalla possibilità di permettere al paziente di vivere in famiglia o in una zona di comfort ed essere al contempo assistito dal suo medico o da un centro di assistenza con le garanzie di sicurezza e professionalità necessarie.

Welfare e sostenibilità: appunti per un cambio di paradigma*Gian Maria Manzo*

Avvocato

Lo scenario in cui operano i sistemi di Welfare dei Paesi ad alto tasso di sviluppo è interessato da profondi cambiamenti con cui bisogna necessariamente misurarsi. Il viraggio demografico ha ridisegnato la struttura dei bisogni e della domanda, e i sistemi sociosanitari di oggi e del prossimo futuro dovranno affrontare sempre più le prevalenze legate alla cronicità e il progressivo invecchiamento della popolazione, che richiedono una presa in carico complessiva e continuativa del paziente. In un contesto così mutato deve essere anche inserito l'evento pandemico, che ha aggiunto ulteriore complessità al quadro generale e reso indispensabile un radicale cambio di paradigma, che dovrà essere focalizzato più sulla salute e privilegiare il percorso piuttosto che la singola prestazione. L'orizzontalità sarà chiamata a sostituire la verticalità dei sistemi attuali, e ad essa dovrà adattarsi anche il sistema allocativo. Le due dimensioni fondamentali con cui ridisegnare le nostre organizzazioni assistenziali per il prossimo futuro si possono individuare nell'appropriatezza e i meccanismi del finanziamento sanitario. Con il presente lavoro, pertanto, ci si interroga sulla sostenibilità dell'attuale sistema di Welfare e si effettua una indagine per individuare un approccio alternativo basato sulla Sanità degli esiti misurabili, in luogo di quella per volumi di prestazioni. Il lavoro è anche corredato dalla prima rilevazione del progetto Val.Pe.ROC., con il quale è stato effettuato uno studio analitico sull'importanza, sia dal punto di vista clinico che finanziario, della logica del percorso di cure misurabile.

Preso in carico del malato terminale. La gestione degli interventi palliativi durante la pandemia da Sars-CoV2. Proposte operative

Pia Podda

Collab. Amm. Prof.le attualmente in servizio presso la A.O.R.N. "Santobono-Pausilipon"

L'O.M.S. definisce la medicina palliativa come "...un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza, per mezzo di un'identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicosociale e spirituale."⁽²⁾

Con la locuzione "cure palliative" si suole indicare un'insieme di cure rivolte alla persona nella sua totalità, nella dimensione fisica, psicologica e spirituale.

Il contesto emergenziale generato dall'epidemia da Covid-19 ha richiamato nuovamente l'attenzione sui concetti di *terminalità* e di *dolore* contribuendo senz'altro ad un notevole aumento dei bisogni di cure palliative nella popolazione, sia per quei soggetti che, avendo contratto il virus, hanno poi purtroppo sviluppato quadri clinici particolarmente gravi, sia per quella parte di popolazione che, già affetta da patologie croniche, ha assistito all'inevitabile peggioramento delle proprie condizioni psico-fisiche, in concomitanza alle restrizioni conseguenti alle misure di isolamento (riduzione degli accessi ospedalieri o ambulatoriali per visite ed esami di controllo). Si è pertanto manifestata forte l'esigenza di ricorrere all'approccio terapeutico tipico delle "cure palliative" garantendo - queste ultime - la piena attuazione del diritto alla salute così come è inteso dalla nostra Carta Costituzionale quale stato di benessere psico-fisico globalmente inteso. L'epidemia da Covid-19, ha dunque riaperto l'interesse su un diritto, spesso dimenticato e poco conosciuto, il cd. "*diritto a non soffrire*" e sulla impellente necessità di portare a completamento quel percorso che, a livello nazionale, era iniziato già nel lontano 2010, con l'approvazione della Legge n. 38, la quale garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore a tutti i cittadini nel rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, dell'equità nell'accesso all'assistenza e della qualità delle cure.

Da un lato, infatti la pandemia ha contribuito ad esaltare alcune esperienze territoriali virtuose nelle quali "*la rete*" assistenziale territoriale di cure palliative era non già solo esistente sul piano teorico ma - soprattutto - discretamente funzio-

(2) (World health organization, National cancer control programmes. Policies and managerial guidelines, 2002, p.84).

nante e organizzata, in tal senso fornendo un formidabile strumento di supporto nell'emergenza attraverso il tipico approccio d'èquipe in cui ciascun professionista interviene con la propria specificità e competenza collaborando con gli altri membri e tramite il peculiare modello relazionale-comunicativo di assistenza al paziente e ai propri familiari in cui *“il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura”*⁽³⁾.

Al contempo, però l'emergenza sanitaria ha dimostrato che si è ancora lontani dalla garantire piena attuazione e dignità alle cure palliative.

L'elaborato, con riferimento alla normativa nazionale e regionale in materia, si pone l'obiettivo di illustrare il sistema in atto - con riferimento anche alla Regione Campania - per garantire l'accesso a cure palliative di qualità attraverso meccanismi di *governance* e forme di integrazione ospedale-territorio nel percorso di assistenza soffermandosi altresì su alcune proposte virtuose che hanno consentito la gestione degli interventi nella fase pandemico-emergenziale, a garanzia dei Lea.

La necessità di un approccio palliativo è stata sollevata di recente dalla Società italiana di cure palliative (Sicp) che, insieme alla Società italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva e alla Federazione cure palliative, ha pubblicato un documento in cui prende posizione – *cd. “position paper”* - in cui ha chiesto alle istituzioni sanitarie nazionali, regionali e locali di prevedere urgentemente specifici protocolli di cure palliative e di inserire la figura del palliativista nelle unità di crisi regionali e locali.⁽⁴⁾

In risposta alle esigenze di rafforzamento dell'assistenza di tipo territoriale, resosi oggi ancora più necessarie, alla luce proprio di quanto accaduto nelle ore più *“calde”* della pandemia, si è richiamato poi il recente lavoro dell'ASL Avellino per creazione del *cd. “Ospedale di Comunità”* luogo di assistenza per le cure intermedie e dunque di *“filtro”*, emblema della integrazione ospedale-territorio essendo finalizzato a garantire la continuità assistenziale da un lato e il contenimento dei ricoveri ospedalieri inappropriati dall'altro rappresentando, di fatto, un modello intermedio a valenza *“territoriale”* per la presa in carico del paziente nella fase di post-acuzie che possa fungere da soluzione alternativa all'ospedale, perciò potenzialmente in grado di direzionarsi verso differenti tipologie di pazienti, finanche quelli la cui malattia abbia sì una prognosi infausta a breve termine, ma le cui condizioni potrebbero non renderli eleggibili per altre forme di assistenza come quella offerta in *hospice*. Tali strutture, dunque, pur non essendo destinate per vocazione, al trattamento del paziente terminale a breve termine per il quale, specie nelle realtà nelle quali insistono setting assistenziali più appropriati (*hospice*) ben però potrebbero potenzialmente fornire una risposta territoriale anticipata seppur a carattere temporaneo, con finalità sì di stabilizzazione, di riabilitazione

(3) art. 1 comma 8 della Legge 219 del 22 dicembre 2017 *“Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”*

(4) POSITION PAPER SICP - SLAARTI - FCP *“Le Cure Palliative nel trattamento dei malati Covid-19/SARS-CoV-2”* Milano, 2 aprile 2020

ma anche, volendo, di palliazione in tal senso coordinandosi e integrandosi con gli attori della rete di cure palliative territoriale già attiva.

Pertanto, in conclusione, è dunque oggi necessario prospettare un potenziamento della Rete di Cure Palliative, la quale, partendo dall'ultimo Decreto-legge n. 34 del 19 maggio 2020 convertito in Legge 17 luglio 2020, n. 77, istitutivo della prima Scuola di Specializzazione in Medicina e Cure Palliative a decorrere dall'anno accademico 2021-2022, nonché da quanto stabilito in sede di adozione del cd. *“Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza”* - PNRR - si articoli su alcune linee di intervento. Vi è oggi la necessità anzitutto di un forte investimento in cure palliative in termini di formazione degli operatori sanitari, in particolare ripensando ad interventi di formazione rivolti a coloro che operano in tutti i setting di assistenza, ospedaliera, residenziale, territoriale in modo da assicurare “tempestivi interventi palliativi di base e l’integrazione con il livello specialistico della rete di cure palliative”.⁽⁵⁾

È necessaria una preparazione, formazione specifica in modo che le cure palliative “abbraccino” e informino tutte le altre specialità.

Per poter portare a termine ed implementare quanto previsto dalla legge n. 38/2010 è poi indispensabile, a monte, un potenziamento dell’assistenza territoriale, in quanto l’implementazione delle cure palliative e della terapia antalgica oltre a comportare il miglioramento della qualità di vita dei pazienti, raggiunge anche l’obiettivo di garantire una maggiore adeguatezza delle cure complessive con l’esito, di non poco conto, di ottenere un risparmio della spesa a carico del sistema sanitario nazionale dato dalla riduzione dei ricoveri e degli accessi per cure intensive inappropriati e spesso causati proprio da sofferenza non controllata recidivante. In quest’ottica meriterebbe certamente una particolare attenzione anche l’implementazione dell’assistenza domiciliare per le cure palliative pediatriche alla luce, in particolare, di quanto stabilito in seno alla Conferenza Stato-Regioni del 25 marzo 2021, la quale, a completamento di quanto già fatto per la rete di cure palliative relativa al paziente adulto, ha approvato l’accordo “Accreditamento della rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche ai sensi della legge 15 marzo 2010 n. 38”, per le quali si rende necessario assicurare un’adeguata assistenza medica e psicologica ai bambini e alle loro famiglie che necessitino di cure particolari e palliative con gestione specialistica integrata eseguita da équipe appositamente dedicate formate dal palliativista, dall’infermiere, dallo psicologo.

Nella scia del potenziamento del territorio, riveste importanza anche il completamento dell’assistenza territoriale relativa alle cure intermedie, proprio nell’ottica di garantire un intervento più tempestivo, precoce e territoriale, che funga da filtro e che limiti l’assistenza ospedaliera alle sole acuzie. Lo stesso Recovery Plan o Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ha previsto, tra le sue missioni, quella di rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, mo-

(5) *Mozione Parlamentare sulle cure palliative nel contesto dell’emergenza coronavirus- Roma, 6 maggio 2021.*

dernizzando e digitalizzando il sistema sanitario e garantendo equità di accesso alle cure. In particolare, il Piano investe nelle reti di prossimità e nelle strutture di assistenza intermedia proprio per far fronte alla quota crescente di popolazione affetta da malattie croniche, attraverso il Progetto di realizzazione delle cd “*Case della Comunità*” come casa delle cure primarie, strumento tramite il quale coordinare i servizi di assistenza socio-sanitaria nonché degli “*Ospedali di Comunità*” in ossequio anche a quanto previsto a livello regionale dal DCA n. 83/2019 “Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021”.

Comunicazione e collaborazione interistituzionale nella gestione strategica delle forniture in periodo di emergenze pandemiche in contesto italiano e transfrontaliero.

La nuova sfida italiana ed internazionale della rivisitazione dei processi di procurement tra innovazione tecnologica, controllo dei meccanismi di aggiudicazione e necessaria tutela della filiera nazionale

Pierluigi Sica

Avvocato del Foro di Salerno

L'attuale crisi pandemica ha dimostrato la necessità di un opportuno efficientamento dei meccanismi di dialogo interistituzionale. Ciò sia a livello internazionale che nella specifica realtà italiana per giungere infine al contesto regionale.

Il tema degli acquisti strategici sanitari apre riflessioni più ampie, che toccano anche lo sviluppo di una filiera nazionale. Oggi chi fa procurement non deve avere solo competenze amministrative, ma deve conoscere il mercato interno ed internazionale ed avere quindi conoscenze tecnologiche e manageriali.

Molte strutture sono state poste dinanzi alle scelte tra il rispetto delle normali procedure con i soliti tempi di attesa oppure accelerare saltando magari alcuni passaggi. Essenziale il ruolo di ANAC che dovrebbe controllare in modo efficace i vari fornitori segnalando quelli con cui si può procedere. Oggi invece le singole aziende vengono più volte controllate da enti diversi e spesso subiscono gli stessi controlli. Introduzione di un sistema di vendor rating avanzato che consenta di definire un albo di fornitori affidabili per capacità produttiva, continuità di fornitura, soluzioni di logistica e velocità di risposta.

La costituzione di scorte/riserve strategiche non può essere assicurata in modo autonomo da nessun operatore economico, in quanto i costi del capitale circolante per sostenerla sarebbero troppo elevati. La modalità più efficiente è l'acquisto della disponibilità costante di un quantitativo di dispositivi critici, con la responsabilità dell'operatore economico di assicurare che, in caso di necessità, questi dispositivi possano essere utilizzati e non siano invece scaduti.

I vari operatori economici coinvolti nella fornitura dovranno effettuare una pianificazione della produzione e del magazzino in modo tale da garantire sia il mantenimento dello stock sia la sua rotazione per evitare l'obsolescenza. Il servizio di stoccaggio può essere poi arricchito con un servizio di logistica volto ad assicurare, in caso di emergenza, la tempestiva fornitura in funzione delle esigenze delle singole strutture sanitarie, secondo le procedure di gara (Decreto Legge 16 luglio 2020, n. 76, così come convertito dalla L. n. 120 dell'11 settembre 2020, e

che riguarda tutte le procedure di affidamento di lavori, servizi, forniture e servizi tecnici per l'ingegneria e l'architettura).

Una visione lungimirante del procurement sanitario deve essere quindi, accompagnata da adeguate politiche industriali, volte a rafforzare la produzione nazionale. Tutto ciò attraverso una ridefinizione dei criteri di selezione ed aggiudicazione tali da considerare non solo il mero costo delle forniture ma anche altre essenziali indicatori di produzione quali rispetto delle politiche di green economy e la tutela dei diritti dei lavoratori.

TESI AREA TEMATICA

La gestione delle strutture sanitarie in ottica miglioramento LEA in periodi emergenziali a garanzia funzioni della sostenibilità, accessibilità e appropriatezza delle performance assistenziali nell'ambito del management della prevenzione, dell'integrazione socio-sanitaria, della medicina territoriale

Tutor: Grazia Formisano

Elaborazione di un percorso diagnostico-assistenziale di prevenzione cardiologica rivolto a utenti dei Servizi per le Dipendenze Patologiche in trattamento con metadone

Miriam Carrieri

Asl Napoli 1 centro, Ser.D.28 Scampia Dirigente Medico Psichiatra

Procedura Dipartimentale di Pronta Disponibilità del Servizio di Prevenzione Medico Veterinario del Distretto di Forlì (FC)

Carmine Costanzo

Dirigente Medico Veterinario AUSL Modena

Azioni per la Governance dell'Azienda Sanitaria Locale nella Prevenzione del Rischio da Radioattività Naturale derivante dal gas Radon per la Popolazione

Antonio Frappola

Dirigente Ingegnere del Ruolo Professionale presso l'ASL Napoli 3 Sud, Direttore dell'UOC Sviluppo e Gestione Impianti Tecnologici Adeguamento Sismico e Antincendio

Ruolo della medicina territoriale e della integrazione sociosanitaria, ospedale territorio nel periodo emergenziale: aspetti legislativi ed organizzativi con particolare riferimento all'ambito della ASL Napoli 3 SUD

Gennaro Gravino

Dirigente medico I livello presso subintensiva pneumologia
Covid Hospital Boscoreccase ASL Napoli 3 Sud

Assistenza integrativa: la gestione dell'insufficienza renale cronica (I.R.C) e del paziente diabetico in tempo di pandemia da Covid-19

Pasquale Orsi

Collaboratore amministrativo Asl Caserta, Sindaco del Comune di Letino

Approccio One-Health: Valutazione del rischio microbiologico e implementazione delle procedure per il contenimento del patogeno Salmonella spp. dall'animale all'uomo

Angelo Padula

Dirigente Medico Veterinario ASL Salerno UOSD6

Elaborazione di un percorso diagnostico-assistenziale di prevenzione cardiologica rivolto a utenti dei Servizi per le Dipendenze Patologiche in trattamento con metadone

Miriam Carrieri

Asl Napoli 1 Centro, Ser.D.28 Scampia Dirigente Medico Psichiatra

Premessa

Il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) è uno strumento indirizzato a migliorare l'appropriatezza clinica ed organizzativa nella gestione di pazienti affetti da specifiche malattie, sia acute che croniche. È inoltre uno strumento fondamentale per una gestione attiva e programmata della patologia. Per il paziente, il percorso assistenziale è il cammino che egli percorre all'interno del sistema sanitario regionale utilizzando piani di cura multidisciplinari che identificano la migliore sequenza di attività necessarie a raggiungere gli obiettivi di salute.

Attraverso l'utilizzo del PDTA si vuole promuovere un programma di screening e monitoraggio ECG relativo alla valutazione dei tratti QT e Qtc allo scopo di prevenire gravi rischi cardiaci in pazienti trattati in mantenimento con Metadone Cloridrato a dosaggi significativi (Pourmand A. et al, 2017).

Il Metadone rappresenta oggi il gold standard di efficacia per il trattamento farmacologico della dipendenza da oppiacei. Il Metadone, come molti altri farmaci, è stato implicato nel prolungamento del tratto QT, intervallo misurabile con un semplice ECG, considerato un marcatore per aritmie anche fatali come la torsione di punta (Bart. G. et al, 2017, Walroth T.A., 2020). In letteratura sono riportate indicazioni sull'associazione tra metadone a dosaggi terapeutici e torsione di punta e morti cardiache improvvise.

Le strutture e i servizi attraverso i quali si svolgerà il P.D.T.A. saranno le U.O. Ser.D. e gli ambulatori di cardiologia del Distretto.

Obiettivi

Valutare l'efficacia e l'accettabilità dello screening elettrocardiografico per prevenire morbosità e mortalità cardiache correlate nel trattamento con Metadone per la dipendenza da Oppioidi. Saranno coinvolti nello studio circa 160 pazienti in trattamento con Metadone cloridrato afferenti al Ser.D. di Scampia del D.S. 28 dell'Asl Na1 Centro.

Metodologie

Gli screening cardiaci verranno effettuati presso gli ambulatori cardiologici del suddetto distretto dell'Asl Na1 Centro.

Sono state effettuate ricerche su Medline, Embase, Cinahl, The Cochrane Central Register of Control Trials.

Risultati attesi

Sviluppare delle linee guida, attualmente non esistenti, riguardanti lo screening del tratto QT e QTc nei soggetti in trattamento con Metadone al fine di identificare i pazienti con anomalie al di sopra delle soglie considerate a rischio per aritmie cardiache al fine di intraprendere trattamenti farmacologici alternativi.

Area di intervento

Management della prevenzione, dell'integrazione socio – sanitaria, della medicina territoriale

Procedura Dipartimentale di Pronta Disponibilità del Servizio di Prevenzione Medico Veterinario del Distretto di Forlì (FC)

Carmine Costanzo

Dirigente Medico Veterinario AUSL Modena

La procedura di “pronta disponibilità” è una prestazione di assistenza sanitaria del S.S.N., istituita su tutto il territorio italiano, al fine di garantire una assistenza continuativa nelle 24H al cittadino, sulla base dei LEA inerenti la medicina veterinaria. Il D.P.C.M 12 Gennaio 2017 decreta all’articolo 1 che il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche e in coerenza con i principi e i criteri indicati dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833 e dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modifiche e integrazioni, i seguenti livelli essenziali di assistenza:

- prevenzione collettiva e sanità pubblica
- assistenza distrettuale
- assistenza ospedaliera

Per ciò che concerne la prevenzione collettiva ed assistenza sanitaria in ambiente di vita e di lavoro ritroviamo i seguenti punti di interesse assistenziale veterinario:

- Salute animale e Igiene Urbana veterinaria - Sanità pubblica veterinaria (sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali, farmacovigilanza veterinaria, vigilanza dei mangimi)
- Sicurezza Alimentare - Tutela della salute dei consumatori - Tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale.

La pronta disponibilità garantisce al cittadino o alle forze dell’ordine che ne avessero bisogno, la continuità di un servizio che normalmente viene erogato in orari lavorativi diurni; come si evince anche nei LEA di riferimento, il settore medico veterinario è organizzato sostanzialmente in due gruppi definiti Aree, in virtù delle competenze specialistiche dei Dirigenti Medici Veterinari che li compongono. Nella attuale organizzazione aziendale vi è la presenza di un singolo Medico Veterinario per turno di pronta disponibilità, che ricopre gli oneri di entrambe le aree; pertanto l’obiettivo prefissato è quello di fornire alla direzione generale delle utili argomentazioni che possano suscitare interesse nel porre delle modifiche alla attuale procedura.

Azioni per la Governance dell'Azienda Sanitaria Locale nella Prevenzione del Rischio da Radioattività Naturale derivante dal gas Radon per la Popolazione

Antonio Frappola

Dirigente Ingegnere del Ruolo Professionale presso l'ASL Napoli 3 Sud, Direttore dell'UOC Sviluppo e Gestione Impianti Tecnologici Adeguamento Sismico e Antincendio

Il Radon

La caratteristica principale del Radon è la sua radioattività ed essendo un gas è in grado di spostarsi agevolmente fra gli interstizi del terreno, risalire in superficie ed entrare all'interno dei locali, dove può raggiungere alte concentrazioni e diventare molto pericoloso per gli abitanti.

Le fonti di ingresso del Radon negli immobili

Il Radon ha molteplici vie di ingresso all'interno degli edifici, per cui tutti possono essere esposti al pericolo.

La dinamica di emissione e spostamento del Radon dal suolo all'interno dei fabbricati è complessa e dipende da svariati fattori. I principali sono:

- Il grado di fratturazione delle rocce, in quanto all'interno di rocce compatte il Radon rimane imprigionato, mentre in quelle fratturate può muoversi liberamente; può inoltre essere veicolato da acque contaminate, direttamente o tramite i suoi predecessori (Uranio e Radio), che decadendo lo liberano nel terreno.
- La permeabilità del terreno, dato che più un terreno è permeabile, più è facile che il Radon riesca ad arrivare in superficie, tramite correnti d'aria o fuoriuscita di acqua sorgiva. Al contrario un terreno compatto, ad alta presenza di limo e argilla, può costituire una forte barriera alla sua diffusione.
- Le variazioni di temperatura e di pressione dell'aria tra l'interno e l'esterno degli edifici, che provoca oscillazioni stagionali e giornaliere delle concentrazioni di Radon. In genere tali concentrazioni sono maggiori d'inverno e durante la notte. Dipendendo da svariati fattori, tali situazioni sono comunque molto variabili.

Gli edifici svolgono un ruolo attivo, in quanto a causa dei moti convettivi dovuti al riscaldamento, si crea un effetto camino che porta ad avere una depressione nei piani bassi dell'edificio, favorendo così l'ingresso del Radon. Altri fattori causa di depressione all'interno degli ambienti sono: canne fumarie, impianti di scarico, aspiratori meccanici ed il vento.

L'infiltrazione nei fabbricati può avvenire in diversi punti:

- crepe e giunti in pavimenti e pareti, fori di passaggio dei cavi, tubazioni e fognature;
- pozzetti ed aperture di controllo;
- prese di luce ed altre aperture nelle pareti delle cantine, camini, ascensori, montacarichi;
- componenti costruttivi permeabili quali solai in legno, laterizi forati, muri in pietra e simili.

Presenza del Radon negli immobili esistenti

La prima cosa da fare se si abita o si lavora in edifici sospetti, è misurare la concentrazione negli ambienti chiusi. Le misurazioni devono coprire un intero anno solare poiché i valori del Radon sono variabili nell'arco della giornata e dell'anno. Ci si può rivolgere a tecnici esperti qualificati che provvederanno ad effettuare la misurazione utilizzando un dispositivo (dosimetro) da posizionare nell'ambiente che si vuole monitorare e, al termine dell'esposizione, andrà inviato ad un laboratorio accreditato per l'analisi.

Bonifica da Radon

Una volta accertata la presenza di Radon, si può diminuirne la pericolosità con il supporto di un tecnico che decide quale azione di rimedio più appropriata può essere vantaggiosa per risolvere la problematica.

Le azioni di rimedio sono:

- depressurizzazione del terreno, aerazione degli ambienti;
- aspirazione dell'aria interna specialmente in cantina;
- pressurizzazione dell'edificio, ventilazione forzata del vespaio;
- impermeabilizzazione del pavimento;
- sigillatura di crepe e fessure;
- isolamento di porte comunicanti con le cantine;
- ventilazione forzata del vespaio.

I costi di bonifica, in base alla concentrazione di gas e alla struttura dell'edificio, possono variare da 500 a 3.000 € per singolo intervento.

Il metodo più efficace ed immediato per liberarsi del gas è arieggiare correttamente: ad es. le finestre devono essere aperte almeno tre volte al giorno per dieci minuti, iniziando dai locali posti ai livelli più bassi; la chiusura, invece, deve iniziare dai piani più alti, al fine di limitare l'effetto "camino".

Per gli edifici nuovi il problema è differente

Una semplice prevenzione può ridurre il rischio e limitare i costi intervenendo già in fase di predisposizione dei piani urbanistici e, soprattutto, di progettazione degli edifici.

È indispensabile, ad esempio, monitorare il terreno anche dopo lo scavo delle

fondazioni, isolare l'edificio dal suolo mediante vespai o pavimenti galleggianti ben ventilati, impermeabilizzare i pavimenti e le pareti delle cantine con guaine isolanti, evitare collegamenti diretti con interrati o seminterrati, isolare le canalizzazioni degli impianti, usare materiali non sospetti: sabbia, ghiaia, calce sono quasi sempre innocui; così come la pietra calcarea, il gesso naturale, il legno, il cemento puro e quello alleggerito.

Conclusioni

Nonostante il varo di campagne di monitoraggio del radon negli ambienti confinati a livello nazionale e locale, l'adozione di iniziative da parte di singole Regioni e la predisposizione di un Piano Nazionale Radon, fino a tempi recenti, la percezione di questo importante fattore di rischio per la salute da parte del pubblico è stata generalmente scarsa, assai inferiore ad esempio a quella riguardante inquinanti noti come il benzene o fattori di rischio solo ipotizzati quali i campi elettromagnetici a 50 Hz.

Questo documento, in estrema sintesi, rappresenta il tentativo di informare in modo semplice, completo e obiettivo il grande pubblico sul problema rappresentato dal Radon nelle abitazioni e negli immobili in generale, fornendo al contempo indicazioni di intervento e riferimenti istituzionali.

Si prefigge, altresì, lo scopo di verificare l'applicabilità di idonee azioni per la governance di un'Azienda Sanitaria Locale nella prevenzione del rischio da radioattività naturale derivante dal gas Radon per la popolazione, costituendo un utile strumento per l'organizzazione e l'effettuazione degli adempimenti di competenza del personale dei Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL. preposto ai controlli ispettivi previsti da normativa.

Ruolo della medicina territoriale e della integrazione sociosanitaria, ospedale territorio nel periodo emergenziale: aspetti legislativi ed organizzativi con particolare riferimento all'ambito della ASL Napoli 3 SUD

Gennaro Gravino

Dirigente medico I livello presso subintensiva pneumologia
Covid Hospital Boscotrecase ASL Napoli 3 Sud

Premessa

L'arrivo della pandemia da coronavirus a febbraio 2020 in regione Campania è sostanzialmente coinciso con l'applicazione dei nuovi LEA e con l'avvio dei nuovi indicatori di valutazione, nonché con la fuoriuscita dai piani di rientro; l'avvio della pandemia si è accompagnato da una parte con la necessità di identificare una serie di ospedali dedicati esclusivamente ai pazienti Covid, come il presidio ospedaliero di Boscotrecase; dall'altra l'assistenza ordinaria, anche dedicata all'implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici (PDTA) dei nuovi LEA, si è drammaticamente ridotta.

Obiettivi

Verifica legislativa di riferimento per l'applicazione dei nuovi LEA, dei nuovi indicatori sintetici di valutazione, delle nuove linee guida di trattamento della cronicizzazione post-covid, delle proposte per migliorare l'applicazione ed il recupero dei LEA, nonché la gestione delle liste di attesa in regione Campania e le proposte in itinere per migliorare l'organizzazione del territorio alla luce del PNRR del 30 aprile 2021.

Descrizione della nostra esperienza di organizzazione ex novo del Reparto Covid di subintensiva, con valutazione dei risultati ottenuti e delle proposte di miglioramento per il prossimo futuro, anche alla luce dei dati di riferimento territoriali della ASL Napoli 3 SUD nel periodo marzo 2020 – aprile 2021.

Metodologia e risultati attesi dal lavoro

Ricerca su internet dei riferimenti legislativi necessari per descrivere i punti sovraesposti.

Ricerca sulle cartelle cliniche del reparto di Subintensiva Covid dell'Ospedale di Boscotrecase nel periodo marzo 2020 – aprile 2021 per la descrizione della casistica e degli aspetti critici della nostra esperienza.

Descrizione delle linee guida per la somministrazione degli anticorpi monoclonali secondo il protocollo aziendale della ASL Napoli 3 SUD

Ricerca tramite i canali istituzionali di riferimento dei dati complessivi Covid in

rapporto ai reparti di area Critica dell’Ospedale di Boscotrecase.

Proposta di implementazione della organizzazione ambulatoriale della ASL Napoli 3 SUD per seguire nel tempo i pazienti cronici postcovid.

Conclusioni

L’evento pandemico Covid-19 ha disarticolato completamente l’organizzazione ospedaliera campana obbligando la riconversione di alcuni ospedali come quello di Boscotrecase ad ospedale esclusivamente dedicato ai pazienti affetti da Covid-19 ed alla creazione dal nulla di reparti Covid subintensivi con risultati peraltro lusinghieri in linea con i tassi di morbilità e mortalità nazionale, aprendo peraltro a percorsi condivisi tra ospedale e territorio, come nell’esperienza della ASL Napoli 3 sulla somministrazione degli anticorpi monoclonali in pazienti selezionati nella fase precoce e sulla attivazione di ambulatori post Covid per affrontare i percorsi di cronicizzazione post Covid.

L’applicazione corretta del piano nazionale di recupero e resilienza offre l’opportunità di affrontare il tema della riorganizzazione della medicina di base e di quella territoriale mediante la progettazione degli ospedali di comunità e delle cure domiciliari, affidando ai distretti sanitari la continuità delle cure Covid e post-covid, i programmi vaccinali futuri, il pua (punto unico di accesso per le valutazioni multidimensionali).

Assistenza integrativa: la gestione dell'insufficienza renale cronica (I.R.C) e del paziente diabetico in tempo di pandemia da Covid-19*Pasquale Orsi*

Collaboratore amministrativo Asl Caserta, Sindaco del Comune di Letino

La tesi ha l'intenzione di mettere in evidenza la gestione dei pazienti effetti dall'Insufficienza Renale cronica e dei pazienti diabetici, infatti all'interno del Primo capitolo si è andati a fare una breve descrizione delle patologie e dei servizi offerti dall'Unità Operativa Assistenza Sanitaria di Base Semplici (UOASB) e in particolar modo, all'interno dell'Assistenza Integrativa. I servizi sono stati distinti in base alla patologia, infatti per quanto riguarda i soggetti effetti da insufficienza renale cronica si è andati a distinguerli per tipologia di trattamento: emodialisi e dialisi peritoneale.

L'Assistenza Integrativa, infatti, va a risarcire il paziente da punto di vista del costo dei trasporti per il proprio centro di dialisi di riferimento, mentre, per quanto riguarda i soggetti che vengono sottoposti al trattamento della dialisi peritoneale si va ad acquistare tutto il materiale sanitario per tale procedura.

Successivamente, all'interno del secondo capitolo, si è posto l'accento sull'impatto che avuto l'attuale crisi sanitaria sui pazienti diabetici e su quelli effetti da insufficienza renale cronica, facendo un breve passaggio su quello che è cambiato presso l'Unità operativa dove il sottoscritto lavora.

La procedura di acquisto dei presidi sanitari è burocraticamente lunga e durante il periodo di pandemia siamo venuti incontro al paziente effettuando le consegne direttamente presso il domicilio andando a fare un doppio controllo per le entrate merci.

Approccio One-Health: Valutazione del rischio microbiologico e implementazione delle procedure per il contenimento del patogeno *Salmonella spp.* dall'animale all'uomo

Angelo Padula

Dirigente Medico Veterinario ASL Salerno UOSD6

L'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19 ha mostrato che gli interventi di Sanità Pubblica sono fondamentali per lo sviluppo economico e sociale di un Paese e che la salute di tutti dipende dalla salute di ciascuno.

Fondamentali nella *governance* della prevenzione, per tutti i livelli (centrale, regionale e locale), sono il monitoraggio e la valutazione del PNP e dei PRP (Piani regionali della prevenzione) per misurarne l'impatto sia nei processi sia negli esiti di salute. Strumento operativo è l'attività di verifica degli adempimenti dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e di monitoraggio dei LEA.

Il PNP 2020-2025 rafforza una *vision* che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (One Health), riconoscendo che la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi sono interconnesse, con esso, ne promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali (*risk assessment*) o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente, animali, ecosistemi.

Giacché la drammatica e recente esperienza della pandemia da SARS-COV2 ha rimarcato come uomo, animali e ambiente siano fortemente connessi in una relazione di interdipendenza e come semplici azioni quotidiane, quali il consumo di cibo possano rappresentare un importante fattore di rischio di veicolo e di trasmissione di contagio.

Tra gli strumenti volti ad implementare e a migliorare gli obiettivi strategici, con riferimento alla trasversalità con altri macro obiettivi, il Ministero della Salute ha prodotto attraverso il PNP 2020-2025 un programma predefinito PP9 "Ambiente, clima e salute" che rappresenta uno strumento atto a ridurre l'impatto ambientale della filiera agricola e zootecnica nella gestione di animali e assicura interventi a tutela della salute dei consumatori garantendo lungo tutta la filiera la sicurezza alimentare. A tal proposito, nel seguente lavoro di tesi con un approccio One Health, si attuerà un'analisi del *risk assessment*, relativo alla presenza di *Salmonella spp.* nella filiera delle carni suine, con riferimento all'impatto che essa può avere nella salute pubblica. Attraverso l'implementazione delle attività di pianificazione e di programmazione si elaboreranno una serie di misure volte a ridurre il numero di casi di salmonellosi umana partendo dalla produzione primaria.

