

COSTRUIRE

UNA SANITÀ SOSTENIBILE

SFIDE, NUOVI ORIZZONTI E PERCORSI OPERATIVI



A ATENEAPOLI
EDITORE

a cura di

MARIA TRIASSI

PATRIZIA CUCCARO ALESSANDRA DIONISIO



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI
FEDERICO II

SMC
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

Maria Triassi

Patrizia Cuccaro Alessandra Dionisio

IL MANAGEMENT IN SANITÀ

COSTRUIRE

UNA SANITÀ SOSTENIBILE

Sfide, nuovi orizzonti e percorsi operativi

ATENEAPOLI Editore

ISBN: 978-88-9784-0800

copyright 2025



Ateneapoli srl

via Pietro Colletta, 12 (80139) Napoli

www.ateneapoli.it

BOOKSTORE

<https://ateneapoli.it/libri-e-ebook/>

*La versione digitale del libro
con le tesi integrali è disponibile sul
bookstore dell'editore
all'indirizzo: **<https://ateneapoli.it/libri-e-ebook/>***



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI
FEDERICO II

*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

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**
- Management della prevenzione, dell'integrazione socio-sanitaria, della medicina territoriale
dott.ssa **Laura Leoncini**
- Organizzazione e gestione delle strutture sanitarie
dott. **Vincenzo Giordano**, dott.ssa **Annalisa Granata**

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)

- Eugenio Maria Covelli
- Grazia Formisano
- Vincenzo Giordano
- Annalisa Granata
- Laura Leoncini
- Antonio Salvatore

Coordinamento redazionale:

- Anna Russo

Supporto redazionale:

- Alessandro Cante

Autori dei contributi editoriali:

Maria Triassi

Professore di Igiene e Medicina Preventiva - Direttore del Master di II livello in Management Sanitario - Università degli Studi di Napoli “Federico II”

Patrizia Cuccaro

Dirigente Medico Direzione Ospedaliera AORN Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta, PhD Economia e management delle organizzazioni e delle strutture sanitarie

Alessandra Dionisio

Dirigente Comunicazione, Urp e Ufficio stampa
Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II
PhD Scienze della Comunicazione

Antonio Salvatore

Direttore del Dipartimento Salute di Anci Campania

Autori delle tesi-progetto del Master in Management Sanitario

XXI Edizione del Master

(in ordine di presentazione)

Marianna Daria Devastato

Dirigente Psicologo Asl BT

Luigi Niglio

*Coordinatore di Reparto presso la U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia
Ospedale del Mare ASL Napoli 1 Centro*

Michele Sorrentino

*Medico Igienista - Dipartimento di Sanità pubblica
Università degli studi di Napoli "Federico II"
Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense
Campus della Salute, presso Policlinico San Matteo - Università di Pavia*

Giovanni Mazzei

*Assistente Medico in Formazione - "Igiene e Medicina Preventiva"
Università Degli Studi di Napoli "Federico II"*

Linda Degl'Innocenti

Dirigente Biologo A.O.R.N. "A. Cardarelli"

Michelangelo Mercogliano

Dipartimento di Sanità Pubblica - Università degli Studi di Napoli "Federico II"

Giuseppa Utrale

Neuropsichiatra Infantile ASL BN

Francesco Petino

*Infermiere presso U.O.C. di Sub Intensiva Respiratoria
AORN dei Colli*

Simona Del Sorbo

*Dipartimento di Sanità Pubblica
Università degli Studi di Napoli "Federico II"*

Stefania Muzzica

Dirigente Medico AORN Santobono

Cristina Schiattarella

Dirigente Medico ASL Napoli 2 Nord

Nadia Ruffini

Direttore Acquisti e Progetti Speciali So.Re.Sa. S.p.A.

Alessandro Frangiosa

*Assistente Medico in Formazione "Igiene e Medicina Preventiva"
Università degli Studi di Napoli "Federico II"*

Giuseppe Romeo

Dirigente Medico, UOC Urologia - Ospedale AORN - "A. Cardarelli" - Napoli

Arianna Scala

*Ricercatrice a Tempo Determinato di tipo A
Dipartimento di Sanità Pubblica - Università degli Studi di Napoli "Federico II"*

Teresa Angela Trunfio

Dipartimento di Sanità Pubblica - Università degli Studi di Napoli "Federico II"

Sergio Capece

AOU San Giovanni Di Dio e Ruggi D'Aragona

Benito Alessio Vanacore

Responsabile amministrativo nella Cooperativa sociale "Madame Service"

Francesca Ammaturo

Infermiera Professionale - UOC Anestesia e Rianimazione P.O. Nola - Asl Napoli 3 Sud

Salvatore Di Sarno

Università degli Studi di Napoli Federico II

Salvatore Bellopede

*Assistente Medico in Formazione "Igiene e Medicina Preventiva"
Università degli Studi di Napoli "Federico II"*

Sabrina Iodice

*Assistente medico in formazione "Igiene e Medicina Preventiva"
Università di Napoli "Federico II"*

Roberta Racioppi

Dirigente Veterinario Servizio Igiene degli alimenti di origine animale ASL Benevento

Simonetta Riello

*Assistente Medico in Formazione - “Igiene e Medicina Preventiva”
Università degli Studi di Napoli “Federico II”*

Bartolomeo Ferrante

*Assistente Medico in Formazione - “Igiene e Medicina Preventiva”
Università degli Studi di Napoli “Federico II”*

Maria Luisa Maccauro

*Assistente Medico in Formazione - “Igiene e Medicina Preventiva”
Università degli Studi di Napoli “Federico II”*

Mahrokh Mosavat

U.O. Medicina di laboratorio - P.O. San Giovanni di Dio Frattamaggiore

Valeria Iodice

*U. O. SerD 31, U. O. C. Dipendenze Ovest
Dipartimento Dipendenze, Asl Napoli 1 Centro*

Germana Nazzaro

Funzionario amministrativo presso U.O.C. G.E.F. - A.O.U. “L. Vanvitelli”

Alfonso Nardo

*Assistente Medico in Formazione “Igiene e Medicina Preventiva”
Università degli Studi di Napoli “Federico II”*

Pasquale Russo

Funzionario Asl Napoli 2 Nord

Roberta Giordana

Referente Area ospedaliera e Mobilità - Monitoraggio SSR – Soresa s.p.a.

Emanuele Ragosta

Collaboratore Amministrativo - AORN Santobono Pausilipon

IL MANAGEMENT IN SANITÀ

COSTRUIRE UNA SANITÀ SOSTENIBILE

Sfide, nuovi orizzonti e percorsi operativi

Il volume contiene gli abstract delle tesi progetto della
XXI edizione del Master in Management in Sanità

INDICE

Il Master in Management Sanitario: un percorso di innovazione continua

Maria Triassi, Patrizia Cuccaro, Alessandra Dionisio pag. 17

**Elementi caratterizzanti un servizio sanitario
nazionale in crisi di identità e sostenibilità**

Antonio Salvatore pag. 21

Flash-News

Social Media e Digital Manager nella Pubblica Amministrazione

Intervista a Francesco Di Costanzo pag. 73

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

- Area Organizzazione e gestione delle strutture sanitarie pag. 76
Tutor: Vincenzo Giordano, Annalisa Granata
- Area Governo clinico e Risk Management pag. 89
Tutor: Patrizia Cuccaro
- Area Procedure gestionali innovative: HTA, Telemedicina, quality assessment pag. 102
Tutor: Eugenio Maria Covelli
- Area Prevenzione, nell'integrazione socio-sanitaria, della medicina territoriale pag. 115
Tutor: Grazia Formisano
- Area Prevenzione, nell'integrazione socio-sanitaria, della medicina territoriale pag. 128
Tutor: Laura Leoncini
- Area Comunicazione organizzativa sanitaria, project-management e gestione dei gruppi di lavoro pag. 140
Tutor: Alessandra Dionisio

Il Master in Management Sanitario: un percorso di crescita continua

Maria Triassi, Patrizia Cuccaro, Alessandra Dionisio

È ai nastri di partenza la XXIII edizione del Master di II livello in Management Sanitario del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università Federico II di Napoli. Questo percorso formativo nasce con l'obiettivo di offrire ai professionisti della salute competenze specialistiche e strumenti concreti per intervenire efficacemente nella complessità dei sistemi sanitari contemporanei, adottando un approccio tecnico, aggiornato, consapevole ed etico. Da sempre, il Master punta al connubio tra saper essere e saper fare, integrando una formazione tecnica rigorosa con una particolare attenzione alla dimensione umana, ai processi comunicativi e allo sviluppo delle capacità di leadership.

L'approccio multidisciplinare costituisce il cuore del percorso formativo, coinvolgendo sia un team docente eterogeneo e qualificato sia discenti provenienti da diverse aree disciplinari. Il Master, infatti, è rivolto a laureati di tutte le classi di laurea magistrale ed è stato riconosciuto dalla Regione Campania come corso abilitante alle funzioni direttive delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale. Pertanto, a partire dallo scorso anno, il titolo di Master di II livello conferisce anche l'attestato di formazione manageriale valido per l'accesso alle funzioni di direttore generale, direttore sanitario, amministrativo e direttore di struttura complessa.

La storia del Master è segnata da una continua ricerca di innovazione e qualità, sia nelle metodologie didattiche sia nella scelta e aggiornamento dei contenuti e del corpo docente. L'obiettivo rimane costante: formare professionisti della sanità consapevoli delle dinamiche che regolano il sistema salute e capaci di orientarne il miglioramento in modo efficace e responsabile.

Per garantire un'esperienza formativa concreta e pratica, il Master prevede 300 ore di didattica in presenza, articolate in incontri settimanali in formula full immersion. Durante le lezioni, sono proposti case study, simulazioni, role-play e testimonianze, metodologie attive che favoriscono l'apprendimento parteci-

pativo e applicativo. Il percorso si completa con attività di studio guidato e l'elaborazione di una tesi-progetto, per un impegno stimato complessivo di 1.200 ore, sotto la supervisione di un tutor indicato dalla Direzione del Master.

Le migliori tesi-progetto vengono selezionate e raccolte nel volume *Il Management in Sanità*, pubblicato in formato cartaceo ed e-book, allo scopo di diffondere e favorire la replicabilità delle esperienze manageriali sviluppate. Questo strumento rappresenta anche un'opportunità per approfondire i temi più attuali e rilevanti dello scenario sanitario contemporaneo. Negli anni, il Master ha consolidato la sua attrattività a livello nazionale, con una crescente presenza di discenti provenienti da diverse regioni d'Italia.

L'importanza di costruire una sanità sostenibile, equa ed etica

La sanità è il cuore pulsante di una società che aspiri a essere equa, moderna e inclusiva. In un'epoca caratterizzata da grandi trasformazioni - demografiche, tecnologiche, economiche e ambientali - il sistema sanitario si confronta con una sfida complessa: conciliare sostenibilità e universalismo, innovazione e diritti, efficienza e prossimità.

Di conseguenza, è necessario raccogliere riflessioni e proposte operative destinate a tutti gli attori coinvolti nella tutela della salute pubblica: decisori politici, professionisti sanitari, amministratori, studiosi e cittadini.

La sostenibilità sanitaria non si limita al contenimento dei costi o alla razionalizzazione delle risorse, ma richiede una visione sistemica e lungimirante. È indispensabile ripensare i modelli organizzativi, il finanziamento del sistema, l'adozione delle tecnologie digitali e valorizzare la centralità delle persone - pazienti, operatori, comunità - in un ecosistema sanitario resiliente, equo e orientato al futuro.

Questo volume offre non solo un quadro aggiornato delle criticità del Servizio Sanitario Nazionale, ma anche indicazioni concrete per affrontarle efficacemente. Dalla riforma dell'assistenza territoriale all'impiego dell'intelligenza artificiale, dalla revisione dei livelli essenziali di assistenza alla gestione delle risorse umane e finanziarie, l'obiettivo è costruire un orizzonte possibile in cui innovazione e equità si sostengano reciprocamente.

“Costruire una sanità sostenibile, equa ed etica” rappresenta quindi un atto collettivo di responsabilità, rivolto a chi oggi necessita di cure, alle future

generazioni e a un sistema che, se ben governato, costituisce uno dei pilastri fondamentali del nostro patto democratico.

La collana Il Management sanitario

La collana *Il Management sanitario*, con cadenza annuale o biennale, raccoglie le tesi-progetto dei discenti del Master e numerosi contributi di professionisti, studiosi, direttori generali delle aziende sanitarie campane ed esperti nazionali nei campi della sanità, della comunicazione e dell'organizzazione aziendale.

In particolare, il presente volume include un contributo di Antonio Salvatore, manager di lungo corso e esperto di sanità pubblica, coordinatore designato del Dipartimento Salute e Assistenza di Prossimità di ANCI Campania (Associazione Nazionale Comuni Italiani). Nel suo saggio, arricchito da infografiche esplicative, vengono analizzati i fattori che caratterizzano un Servizio Sanitario Nazionale in crisi di identità e sostenibilità. Oltre a descrivere gli aspetti più rilevanti, il testo propone anche percorsi di intervento risolutivi, contribuendo a delineare strategie concrete per il rilancio del sistema.

Il volume presenta inoltre un breve ma significativo approfondimento, denominato *flash-news*: un'intervista a Francesco Di Costanzo, Presidente di PA Social e Fondazione Italia Digitale, sulla nuova figura del Social Media Manager nella Pubblica Amministrazione. Con l'approvazione del Decreto PA, la comunicazione pubblica italiana compie un deciso cambio di passo: il Social Media e Digital Manager è ora una figura riconosciuta e istituzionalizzata nel settore pubblico. Questo segnale bipartisan testimonia la crescente consapevolezza dell'importanza della comunicazione digitale e del ruolo cruciale dei professionisti che ne sono il motore quotidiano nelle politiche pubbliche. Il nuovo profilo, previsto all'articolo 4 della Legge 9 maggio 2025 n. 69, ha una missione chiara: elaborare strategie digitali, presidiare i social media e le piattaforme digitali, promuovere l'uso consapevole e corretto delle nuove tecnologie - dall'intelligenza artificiale alla realtà virtuale - al servizio dell'interesse pubblico.

Infine, il volume raccoglie gli abstract delle tesi-progetto della XXI edizione del Master, organizzati per area tematica. Questi lavori rappresentano esperienze concrete e sperimentazioni progettuali che hanno inciso sulle organizzazioni e strutture sanitarie di appartenenza dei discenti. Essi intendono fornire ai lettori idee innovative, stimoli per una riflessione critica

e modelli esportabili che, con un'adeguata contestualizzazione, possano essere applicati in altri contesti sanitari, contribuendo così alla diffusione di buone pratiche e al miglioramento continuo del sistema.

Il percorso di riflessione e approfondimento che questo volume propone vuole essere un contributo significativo al dibattito in corso sulla sostenibilità e sull'innovazione del sistema sanitario nazionale. Attraverso l'esperienza formativa del Master in Management Sanitario e le idee elaborate dai suoi discenti, si evidenzia come la sanità del futuro debba fondarsi su competenze aggiornate, visione strategica e una forte responsabilità collettiva. Solo con un impegno condiviso tra istituzioni, professionisti e cittadini sarà possibile costruire un sistema sanitario più equo, efficiente e resiliente, capace di rispondere alle sfide complesse di un mondo in continuo cambiamento.

Con l'auspicio che questo volume, come da consolidata tradizione, sappia suscitare profonde riflessioni, alimentare nuove idee e guidare ciascun lettore nel proprio cammino professionale e personale verso una sanità sempre più sostenibile e innovativa.

Elementi caratterizzanti un servizio sanitario nazionale in crisi di identità e sostenibilità

Antonio Salvatore

La sanità italiana è stata un punto di riferimento per il modello universalistico, garantendo a tutti i cittadini l'accesso alle cure. Tuttavia, negli ultimi anni, complici i piani di rientro e i commissariamenti di molte Regioni, il sistema salute italiano si è progressivamente indebolito nelle sue condizioni operative, avendo subito, tra l'altro, tagli lineari per esigenze di bilancio.

Negli ultimi quindici anni, si è badati più alla tenuta economico-finanziaria del SSN che alla tutela del sistema di garanzia. Ne è conseguito un depotenziamento strutturale in termini di risorse umane e materiali ed una crescente pressione sui medici e su tutti gli operatori sanitari. Un cocktail esplosivo che ha determinato una massiccia migrazione dal sistema sanitario pubblico verso quello privato, nonché verso sistemi sanitari europei, maggiormente attrattivi sia sotto il profilo economico che lavorativo.

Nonostante l'Italia disponga di un buon sistema sanitario, questo non si è purtroppo adeguato negli anni ai mutati bisogni di salute della popolazione e, pertanto, è divenuto "obsoleto".

La programmazione, intesa come pianificazione strategica e organizzativa dei servizi sanitari, funzionale alla determinazione quali-quantitativa dei volumi e delle tipologie di prestazioni, è stata pressoché inesistente.

Inoltre, il costante invecchiamento della popolazione, l'aumento delle cronicità e l'evoluzione tecnologica hanno fatto lievitare, e in misura significativa, la domanda di prestazioni da parte dei cittadini. Per diretta conseguenza, il sistema salute è andato in difficoltà, anche a causa del progressivo depotenziamento strutturale patito negli anni.

Pertanto, è doverosa una ristrutturazione radicale del SSN, sostenibile e resiliente, affinché esso utilizzi al meglio le nuove tecnologiche, come la telemedicina e l'intelligenza artificiale, e che sia in grado di garantire una collaborazione tra i vari livelli di assistenza: dalla medicina territoriale, nelle sue articolazioni (dalla medicina generale alla specialistica ambulatoriale, dalla guardia medica all'emergenza

territoriale), all'assistenza ospedaliera e domiciliare.

Una ristrutturazione che dovrà tener conto di determinanti ambientali, politiche, sociali, socio-economiche e culturali, essendo queste fortemente impattanti sul SSN e sulla sua efficacia.

Un nuovo paradigma che preveda il coinvolgimento di tutti gli stakeholder. Un contesto nel quale non sono sufficienti solo maggiori risorse finanziarie da destinare al SSN, accresciute in misura significativa negli ultimi anni - nonostante gli stringenti vincoli di finanza pubblica - ma anche e soprattutto lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi basati su programmazione, prevenzione, formazione, governance e comunicazione. Il tutto con l'obiettivo di creare un nuovo SSN solido, sostenibile e resiliente.

Economia, ambiente e salute

Le determinanti politiche, ambientali, sociali ed economiche impattano sulla "salute".

In base all'ultimo rapporto annuale ISTAT sullo stato di salute del Paese, l'economia italiana nel 2024 è cresciuta allo stesso ritmo del 2023. È proseguito il calo dell'inflazione, schizzata nel biennio 2021-2022, il PIL del 2024 è aumentato leggermente rispetto a quello del 2023 (+0,7%) e l'occupazione è cresciuta con un parziale recupero del potere d'acquisto dei salari.

Il debito pubblico ha raggiunto un nuovo record (circa 3 mila miliardi di euro, pari al 135,3% del PIL) e la spesa per i consumi interni e gli investimenti è calata rispetto al 2023, un trend confermato anche nei primi mesi del 2025.

L'attività economica si espande in un clima di forte incertezza, a causa delle crescenti tensioni internazionali, geo-politiche e commerciali.

I principali indicatori congiunturali segnalano infatti un indebolimento delle prospettive di crescita, anche a causa delle recenti politiche commerciali attuate dagli Stati Uniti.

Giova ricordare che l'economia italiana si caratterizza per una specializzazione manifatturiera e per l'export, che la rendono sensibile all'evoluzione del quadro economico internazionale.

Nel 2024, il valore delle esportazioni italiane è calato leggermente rispetto al biennio 2021-2022, a causa di una contrazione delle vendite verso i paesi UE, con particolare riguardo verso Francia e Germania (che da sole

assorbono circa il 40% delle vendite intra-UE italiane).

Per i mercati extra-UE, invece, sono calate le esportazioni verso Stati Uniti, Svizzera e Cina. Una riduzione compensata dall'aumento dell'export italiano verso Regno Unito, Turchia e diversi mercati emergenti.

I principali mercati di sbocco restano Germania (11,4%), Stati Uniti (10,4%) e Francia (10%), che assieme rappresentano oltre un quarto dell'export italiano.

Nel 2024 è cresciuta anche l'occupazione: +1,5% (+352 mila unità).

L'inflazione ha proseguito il rallentamento iniziato dopo il picco di ottobre-novembre 2022, quando il tasso di crescita ha raggiunto il 12,6% rispetto allo stesso periodo del 2021, come conseguenza della fase acuta della crisi energetica sui mercati internazionali.

L'inflazione media annua è scesa dall'8,7% del 2022 fino all'1,1% del 2024.

Pertanto, il benessere del nostro Paese, anche sotto il profilo della “salute”, dipende da molti fattori esterni: situazione macro-economica, spesa corrente e rischi climatici.

Quanto ai rischi climatici, l'Agenzia Europea per l'Ambiente stima che il loro impatto sulle attività economiche e, quindi, sulla ricchezza dei Paesi UE, dal 1980 al 2023, abbia causato perdite per circa 738 mld di euro e che l'Italia sia al secondo posto con circa 134 mld di euro di perdite, dietro la Germania con 180 mld di euro.

I rischi climatici e l'ambiente in generale incidono fortemente sulla tenuta del SSN per due ordini di ragioni: in primis, perché il fabbisogno delle prestazioni dipende anche da situazioni ambientali che caratterizzano i territori regionali (come nel caso della “terra dei fuochi”, in cui si registra una maggiore incidenza di prestazioni oncologiche); in secundis, perché i rischi ambientali incidono sulle attività economiche riducendo le risorse disponibili per la spesa corrente, di cui quella sanitaria fa parte.

I nuovi livelli essenziali di assistenza e la loro sostenibilità

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) rappresentano il complesso delle attività, dei servizi e delle prestazioni di tipo preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo e di presa in carico assistenziale rilevante sotto il profilo sanitario che lo Stato, la Regione o un organismo a ciò deputato eroga direttamente o avvalendosi di erogatori esterni (i soggetti privati accreditati). Alla locuzione “livelli” è abbinato il termine “essenziale”, per cui nel

campo dei servizi sanitari si parla di LEA (Livelli essenziali d'assistenza sanitaria); nei servizi sociali si parla invece di LIVEAS (Livelli essenziali di assistenza sociale).

Il novellato articolo 117, comma 2, lettera m) della Costituzione ha poi introdotto il termine “livelli essenziali di prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”. Una novella basata sull'ineludibile principio di “universalità”.

Par d'uopo ricordare che la determinazione dei LEP (Livelli essenziali delle prestazioni) è di competenza esclusiva dello Stato, in quanto le prestazioni recano diritti civili e sociali che vanno garantiti su tutto il territorio nazionale. La loro determinazione deve avvenire in modo tale da salvaguardare la loro funzione di tutela dell'integrità economica e la coesione sociale del Paese, rimuovendo gli squilibri territoriali.

Quanto al concetto di “livelli”, presente nell'evoluzione dei LEA, alcuni autori ritengono che questi potrebbero essere intesi come: diritti soggettivi esigibili; livelli minimi di copertura, tipologie di offerta e standard minimi di prestazione.

In merito al concetto di essenzialità invece si individuano due diversi approcci: il primo che qualifica l'essenzialità quale sufficienza delle prestazioni; il secondo invece la individua come idoneità a conseguire obiettivi di benessere ed equità oltre il piano strettamente finanziario.

La prima versione dei LEA, avvenuta con il D.P.C.M. 29 novembre 2001, ha rappresentato il completamento di un lungo processo di definizione concettuale, operativa e normativa, cui è seguita la prima attuazione, caratterizzata da criticità manifestatesi nel tempo.

Con il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 (Decreto), emanato in attuazione della Legge di Stabilità 2016 (articolo 1, commi 553 e 554, legge 28 dicembre 2015 n. 208), si è operata una revisione dei LEA, sostituendo integralmente il precedente D.P.C.M. 29 novembre 2001.

Il Decreto è il frutto di un lavoro condiviso tra Stato, Regioni e Società Scientifiche.

In sintonia con il fine istitutivo dei LEA, il Decreto:

- a. definisce le attività, i servizi e le prestazioni garantite ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione del SSN;
- b. descrive con maggiore dettaglio e precisione le prestazioni e le attività già incluse nei LEA;
- c. innova i nomenclatori di specialistica ambulatoriale e di assistenza

- protesica, introducendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed escludendo quelle obsolete;
- d. ridefinisce ed aggiorna gli elenchi delle malattie rare, croniche e invalidanti.

Il Decreto individua tre (3) grandi livelli:

1. Prevenzione collettiva e sanità pubblica:
 - sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e programmi vaccinali;
 - tutela della salute e della sicurezza degli ambienti;
 - sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
 - salute animale e igiene urbana veterinaria;
 - sicurezza alimentare – tutela della salute dei consumatori;
 - sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi di screening;
 - sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
 - attività medico legale per finalità pubbliche.
2. Assistenza distrettuale:
 - assistenza sanitaria di base;
 - emergenza sanitaria territoriale;
 - assistenza farmaceutica;
 - assistenza specialistica ambulatoriale;
 - assistenza protesica;
 - assistenza termale;
 - assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;
 - assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.
3. Assistenza ospedaliera:
 - pronto soccorso;
 - ricovero ordinario per acuti;
 - day-surgery;
 - day-hospital;
 - riabilitazione e lungodegenza post acuzie;
 - attività trasfusionali;
 - attività di trapianto di cellule, organi e tessuti;
 - centri antiveneni (CAV).

Par d'uopo segnalare che le Regioni, come hanno fatto sino ad oggi, ben potranno garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei LEA, utilizzando risorse proprie.

Per quel che concerne il nuovo nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale, dalla cui adozione ed entrata in vigore è dipesa la piena efficacia dei nuovi LEA, il Decreto reca il necessario aggiornamento del D.M. 22 luglio 1996, con l'inclusione di prestazioni avanzate e l'eliminazione di quelle obsolete.

Numerose procedure diagnostiche e terapeutiche che nel 1996 avevano carattere sperimentale o si eseguivano in regime di ricovero per ragioni di sicurezza, sono oggi confluite nel regime ambulatoriale facendo parte della corrente pratica clinica.

Nello specifico, il nuovo nomenclatore della specialistica ambulatoriale:

- a. individua chiaramente le prestazioni di procreazione medica assistita (PMA) erogate con oneri a carico del SSN nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale (che in passato si erogavano in regime di ricovero);
- b. rivede l'elenco delle prestazioni di genetica e, per ciascuna prestazione, fa riferimento ad un elenco di patologie per le quali è necessaria l'indagine su un determinato numero di geni;
- c. inserisce la consulenza genetica;
- d. introduce prestazioni di elevato contenuto tecnologico (adroterapia, tomografia retinica, enteroscopia con microcamera ingeribile, ecc).

Dopo 6 anni di attesa, il 4 agosto 2023, è stato finalmente pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 181 il Decreto del Ministero della Salute 23 giugno 2023 recante la definizione delle tariffe dell'assistenza ambulatoriale e protesica (Decreto Tariffe).

Tale Decreto recepisce i LEA previsti dal Decreto LEA del 2017 ed aggiorna le tariffe delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica, fermi rispettivamente al 1996 ed al 1999. In prima battuta, l'entrata in vigore delle (nuove) tariffe della specialistica ambulatoriale sarebbe dovuta avvenire il 1° gennaio 2024 (il Tariffario).

Tuttavia, con il Decreto del Ministero della Salute 31 dicembre 2023, l'entrata in vigore del nuovo tariffario dell'assistenza specialistica ambulatoriale è avvenuta a dicembre 2024.

L'adozione del nuovo Tariffario ha suscitato forti preoccupazioni nei

privati accreditati. Nel comparto della diagnostica di laboratorio, nello specifico, il Tariffario prevede una riduzione significativa delle tariffe di remunerazione – rispetto a quelle precedenti – sul presupposto che la branca di laboratorio d'analisi sia stata caratterizzata da due fenomeni impattanti sulle tariffe: l'aggregazione conseguita alla “soglia minima di efficienza” e l'automazione delle fasi analitiche di processo. Fenomeni che avrebbero generato economie di scala per gli operatori privati accreditati tali da legittimare una riduzione delle tariffe di circa il 18%.

La determinazione delle tariffe delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

L'articolo 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e ss.mm. ii. disciplina le modalità e i criteri per la definizione delle tariffe massime di remunerazione delle prestazioni sanitarie. Il comma 5 del predetto articolo di legge stabilisce che il Ministero della Salute, sentita l'AGENAS (Agenzia nazionale per i servizi sanitari), d'intesa con la Conferenza Stato – Regioni, con le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, con apposito decreto, individua: (i) i sistemi di classificazione delle prestazioni o dei servizi da remunerare e (ii) determina le tariffe massime da corrispondere alle strutture private accreditate.

Pertanto, il processo di fissazione delle tariffe prevede due fasi: prima si procede a classificare le prestazioni e/o i servizi e poi si determina la tariffa di ciascuno di essi. La determinazione delle tariffe massime –giova ricordare- rientra nell'ambito delle funzioni governative di programmazione sanitaria ed economica.

Pertanto, la determinazione delle tariffe delle singole prestazioni deve avvenire rispettando i principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse. Per poter rispettare tali principi, la determinazione può avvenire utilizzando, anche in via alternativa, i seguenti criteri:

- a. in base ai costi standard delle prestazioni calcolati su strutture di riferimento selezionate su criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza, risultanti dai dati del Ministero della Salute e rilevati tramite il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS);
- b. in base ai costi standard delle prestazioni già disponibili presso Regioni e P.A.;
- c. in base ai tariffari regionali di remunerazione delle funzioni assistenziali.

Con lo stesso Decreto, sono stabiliti anche i criteri in base ai quali, nell'ineludibile rispetto dei principi di efficienza e dei vincoli di bilancio derivanti dalle risorse programmate a livello nazionale e regionale, le Regioni adottano il proprio tariffario articolato per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività.

Il 6° comma del predetto articolo di legge stabilisce che la suddetta procedura sia oggetto di una revisione periodica che tenga conto dell'aggiornamento dei LEA, dello sviluppo e della innovazione tecnologica e organizzativa, nonché dell'andamento dei costi dei principali fattori produttivi. Per l'effetto, se mutano i LEA o variano i costi di produzione delle prestazioni, a causa di fenomeni endogeni o esogeni, bisogna rivedere le tariffe con un nuovo Decreto.

In applicazione dell'articolo 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, il Ministero della Salute, con il decreto 23 giugno 2023 (in G.U. n. 181 del 4 agosto 2023), ha finalmente determinato le "tariffe massime" di riferimento per la "remunerazione" delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e protesica erogabili con oneri a carico del SSN, di cui al D.P.C.M. 12 gennaio 2017 di definizione e aggiornamento dei nuovi LEA.

Tali tariffe costituiscono la remunerazione "omnicomprensiva" delle prestazioni da erogare per conto del SSN e con oneri a carico della finanza pubblica.

Tuttavia, le Regioni possono prevedere una "remunerazione aggiuntiva" di tali prestazioni limitatamente a particolari erogatori – espressamente individuati – ed in relazione a specifiche prestazioni, a condizione che ciò avvenga nel rispetto dell'equilibrio di bilancio programmato.

Per quel che concerne la determinazione delle tariffe della specialistica ambulatoriale, poiché la diagnostica di laboratorio è quella maggiormente numerosa quanto a volumi prodotti, il decreto tariffe ha osservato i seguenti criteri di valorizzazione.

Nella prima fase di analisi dei costi delle prestazioni di laboratorio, sono stati presi come base di riferimento i costi di 4 strutture (due dell'Emilia Romagna e due del Veneto) che, per i loro volumi prodotti, conseguono importanti "economie di scala" e presentano una incidenza dei costi generali pari a circa il 15% del totale.

Tuttavia, l'applicazione di tale criterio – basato sui dati di sole 4 strutture

prese a riferimento per la determinazione delle tariffe (campione poco significativo) – avrebbe comportato un drastico abbassamento della remunerazione delle prestazioni.

Pertanto, i tecnici ministeriali hanno ritenuto di applicare i costi (e le tariffe) rilevati a tutta la organizzazione produttiva nazionale applicando una maggiorazione forfettaria del 15% alle prestazioni poco complesse e del 60% a quelle maggiormente complesse.

Anche tale approccio conduceva però a risultati non soddisfacenti.

Il Ministero della Salute ha dunque ampliato il panel di rilevazione dei costi introducendovi anche le strutture (pubbliche e private) più piccole ma, in ogni caso, con volumi di produzione eccedenti la soglia minima di efficienza di 200 mila prestazioni.

È stata dunque promossa l'adesione di altre strutture arrivando a raccogliere valori di costo per prestazioni erogati da un totale di 15 strutture: 7 pubbliche e 8 private, con volumi di prestazioni compresi tra 295.000 e 10 milioni, sul presupposto che tale “intervallo” costituisca adeguata rappresentazione della composizione dell'attuale offerta della laboratoristica italiana pubblico-privata in condizioni di efficienza.

Alle nuove strutture coinvolte è stata dunque fornita una “distinta base” per la rilevazione dei costi per fattore produttivo impiegato.

Nello specifico, sono stati rilevate le seguenti voci di costo:

- Personale (medico, sanitario non medico, infermieristico, tecnico, amministrativi, Ota, borsisti e collaboratori);
- Materiali (reagenti, farmaci, presidi e materiali vari);
- Tecnologia (leasing, noleggio, ammortamenti e manutenzioni);
- Costo fase pre-analitica (prenotazione e accettazione);
- Costo fase posto-analitica (refertazione e consegna referti);
- Costi comuni di laboratorio (utenze, servizi, pulizie, consulenze, ecc);
- Costi generali d'azienda.

La somma dei suddetti valori ha consentito di determinare il “Costo pieno unitario”.

Tale valore ha rappresentato la base per la definizione delle nuove tariffe in coerenza con le previsioni di cui al richiamato articolo 8-sexies del decreto legislativo n. 502 del 1992.

Per rendere maggiormente omogenei i dati, i costi rilevati con la suddetta analisi sono stati indistintamente aumentati del 20% quale incidenza media dei costi generali su quelli totali.

Le tariffe da ultimo individuate derivano, pertanto, dai costi medi ponderati delle 15 strutture (pubbliche e private) pesati in base alla loro collocazione nel seguente panel volumetrico.

N°	Strato	Volumi prodotti	% sul totale	Campione
1	Privato < 200.000	116.763.057	19,5%	Non rilevante
2	Privato 200.000 – 500.000	38.124.874	6,4%	2 Strutture
3	Privato 500.000 – 1.000.000	11.019.119	1,8%	1 Struttura
4	Privato 1.000.000 – 2.000.000	8.561.197	1,4%	2 Strutture
5	Privato 2.000.000 – 5.000.000	8.845.599	1,5%	1 Struttura
6	Privato > 5.000.000	6.310.041	1,1%	2 Strutture
7	Pubblico < 200.000	41.742.390	7%	*
8	Pubblico 200.000 – 500.000	72.308.753	12,1%	*
9	Pubblico 500.000 – 1.000.000	81.678.072	13,6%	*
10	Pubblico 1.000.000 – 2.000.000	103.633.006	17,3%	1 Struttura
11	Pubblico 2.000.000 – 5.000.000	71.603.109	12%	2 Strutture
12	Pubblico > 5.000.000	38.206.754	6,4%	4 Strutture
T	TOTALE	598.795.971	100%	*

Sono state escluse dal campione di rilevazione le fasce di strutture con meno di 200 mila prestazioni – trattandosi di “strutture sotto soglia”, ai fini della permanenza nel rapporto di accreditamento istituzionale.

Giova ricordare, a tal riguardo, che l’art. 1, comma 796, lettera o, della legge 27 dicembre 2006 n. 296, stabilisce che le Regioni avrebbero dovuto avviare un piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio al fine dell’adeguamento degli standard organizzativi e

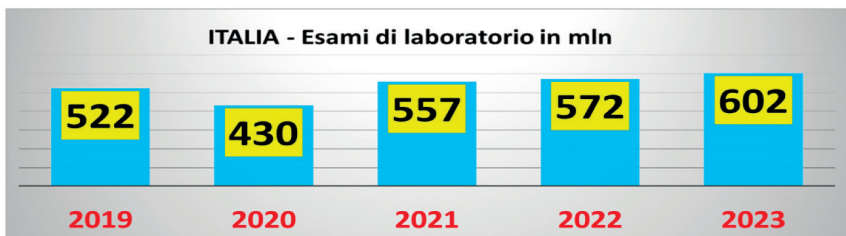
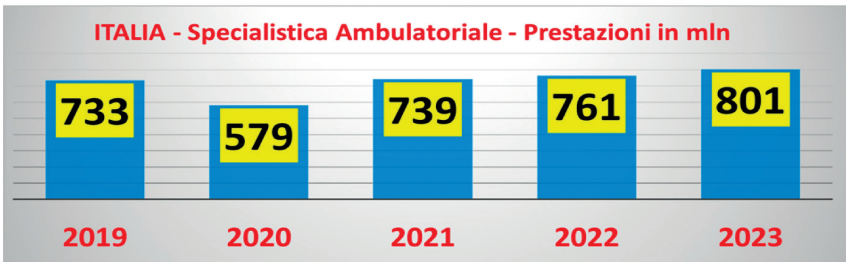
di personale coerenti con i processi di incremento dell'efficienza, resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate. Per procedere a tanto, la Conferenza Stato-Regioni, nella riunione tenutasi in data 23 marzo 2011, ha approvato un documento (Repertorio atti n. 61 CSR) recante i criteri per la riorganizzazione delle reti di diagnostica di laboratorio stabilendo la “soglia minima di efficienza” in 200 mila prestazioni annue per le strutture private accreditate. Tale “soglia minima”, Giova ricordare, rappresenta una condizione essenziale per poter conservare lo “status” giuridico di soggetto accreditato con il SSN e, dunque, continuare ad operare per conto del SSN e con oneri a carico della finanza pubblica. Per evitare di decadere dal detto rapporto di accreditamento istituzionale, la Conferenza Stato-Regioni, col citato documento, ha previsto la possibilità di procedere ad aggregazioni a condizione – essenziale – che la fase analitica – quella che prevede l'esecuzione delle prestazioni – sia attribuita alla struttura che l'aggregazione individui quale Hub operativo. Gli altri aderenti assumono, invece, la veste di Spoke deputati unicamente alle fasi pre e post analitiche.

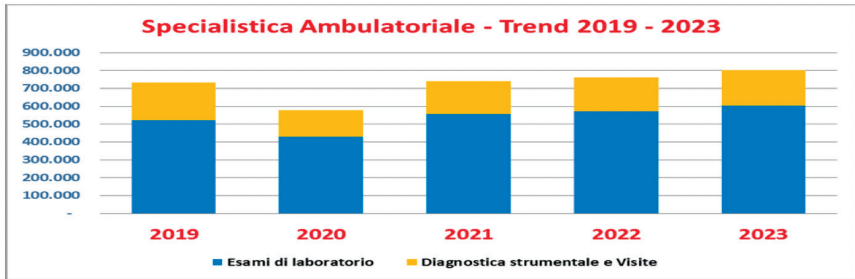
Tale “riorganizzazione”, per quel che concerne il privato accreditato, è rimasta però al “palo”, soprattutto nelle Regioni del Sud, in cui permane la presenza di molte strutture di laboratorio che non raggiungono la predetta soglia minima di efficienza in volumi prestazionali.

L'adozione di un nuovo tariffario, che per la diagnostica di laboratorio prevede una riduzione significativa delle tariffe, induce fondatamente a ritenere che si debba compiere il processo di aggregazione, onde garantire la sostenibilità delle strutture operanti nella diagnostica in vitro.

Dal 2019 al 2023, in Italia, i volumi delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale sono cresciuti di circa il 9% (da circa 733 milioni a circa 801 milioni di prestazioni), di cui il 75% è diagnostica di laboratorio. La crescita ha riguardato, in modo particolare, proprio gli esami di laboratorio, cresciuti del 5,3% (+30 milioni di indagini nel 2023 rispetto al 2022). Sono invece calati i volumi della diagnostica strumentale (da circa 69 milioni a poco più di 66 milioni) e le visite specialistiche. Le tabelle che seguono ne illustrano il trend 2019 – 2023.

ITALIA - Volumi x 1.000	2019	2020	2021	2022	2023	Mix %
Diagnostica	68.636	49.015	59.927	62.895	66.300	8,3%
Laboratorio	522.196	430.441	557.478	572.539	602.900	75,2%
Riabilitazione	36.003	24.142	29.430	31.107	32.800	4,1%
Terapie	40.106	30.930	34.887	37.299	39.300	4,9%
Pac	2.747	2.179	2.725	2.822	2.970	0,4%
Visite	63.027	42.460	54.318	54.318	57.200	7,1%
TOTALE	732.715	579.167	738.765	760.980	801.470	100,0%





La specialistica ambulatoriale rappresenta, dunque, uno dei “pilastri portanti” della nuova assistenza territoriale che dovrà prevedere il necessario coinvolgimento del sistema privato accreditato, dal momento che, in alcune Regioni, come la Campania, questo garantisce volumi significativi di prestazioni, al punto da essere nodale per la tenuta del sistema assistenziale.

Il finanziamento del SSN nei vincoli di sostenibilità

L'articolo 12, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 dispone che il Fondo sanitario nazionale (FSN) è ripartito dal CIPE (ora CIPESS) su proposta del Ministero della Salute, sentita la Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Conferenza Stato – Regioni).

In base a quanto previsto dal decreto legislativo 18 febbraio 2000 n. 56, recante disposizioni in materia di federalismo fiscale, il finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) è basato sulla “capacità fiscale” delle Regioni e da “misure perequative”.

In merito alla capacità fiscale, al finanziamento del SSN concorrono: l'IRAP, l'addizionale all'IRPEF, la compartecipazione all'accisa sulla benzina e la compartecipazione all'IVA.

Inoltre, Giova ricordare che il decreto legislativo 6 maggio 2011 n. 68 reca “Disposizioni in materia di autonomia di entrate delle Regioni a statuto ordinario nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario”.

In conformità ad esso, ai fini della determinazione dei “fabbisogni sanitari standard” regionali bisogna tener conto dei dati prodotti dalle Regioni di riferimento (cd. Regioni Benchmark).

Per l'anno 2023, l'articolo 4, comma 9-quaterdecies, del decreto-legge n. 198 del 2022 ha stabilito che, per determinare i fabbisogni sanitari standard, le regioni di riferimento sono le 5 indicate dal Ministero della Salute: Emilia Romagna, Marche, Veneto, Lombardia e Umbria.

Infine, sempre a decorrere dal 2023, il decreto interministeriale (Salute – MEF) 30 dicembre 2022, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 61 del 13 marzo 2023, ha previsto nuovi criteri e nuovi pesi relativi alla ripartizione del fabbisogno sanitario nazionale standard tra le Regioni.

Il decreto in parola, nell'operare una revisione dei criteri di riparto - in attuazione dell'articolo 27, comma 7, del decreto legislativo n. 68 del 2011 – stabilisce che, a partire dall'anno 2023, il fabbisogno sanitario nazionale standard, quantificato in 128,9 miliardi di euro (comprensivo di 864 milioni di euro per il finanziamento del Fondo per l'acquisto dei farmaci innovativi) - è ripartito sulla base dei seguenti nuovi criteri:

- a. Popolazione residente;
- b. Frequenza dei consumi sanitari per età;

- c. Tassi di mortalità della popolazione con età inferiore a 75 anni;
- d. Indicatori di deprivazione impattanti sui bisogni sanitari.

Pertanto, per l'anno 2023, il livello di finanziamento del SSN cui concorre lo Stato ammonta a circa 129 miliardi di euro ed è articolato nelle seguenti componenti di finanziamento:

1. 123,8 miliardi di euro sono destinati al finanziamento indistinto dei LEA (Fabbisogno Indistinto);
2. 5,2 miliardi di euro sono invece destinati a specifiche attività.

Per quel che concerne la quota destinata al Fabbisogno Indistinto, essa comprende, tra l'altro, i seguenti contributi: 554 milioni di euro per coprire il minor gettito derivante dall'abolizione del Super Ticket sulla Specialistica Ambulatoriale e 1.400 milioni di euro per i maggiori costi sostenuti dalle Regioni a causa del "caro energia".

Ai sensi del richiamato Decreto legislativo n. 68 del 2011, il finanziamento complessivo della sanità avviene in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo del Paese, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria.

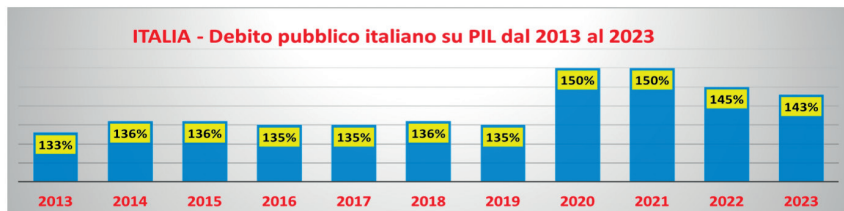
Pertanto, la sequela è la seguente: dapprima si determina il valore complessivo delle risorse che s'intendono destinare al finanziamento del SSN, che il Paese è in grado di assicurare per la erogazione dei LEA; successivamente, si procede al riparto di tali risorse tra le Regioni e per tre macro-aree: prevenzione collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera.

Il finanziamento del SSN non è quindi determinato come semplice somma algebrica del costo delle varie prestazioni, attività o servizi, quanto invece sulla scorta di una volontà politica che viene assunta nel corso del processo di formazione del bilancio pubblico.

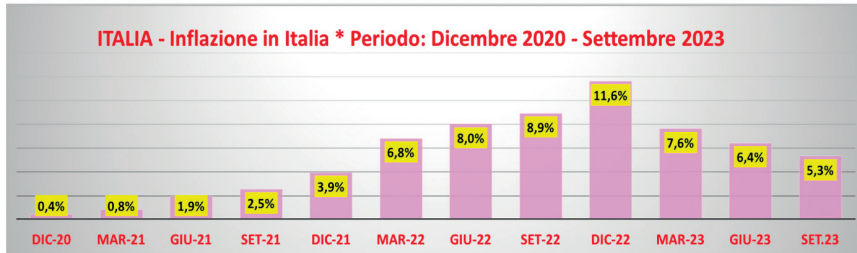
Il finanziamento del SSN è dunque soggetto a vincoli di "sostenibilità".

Giova ricordare che, a causa della pandemia, dal 2019 al 2023, il debito pubblico italiano è cresciuto da 2.410 a 2.840 miliardi di euro (+430 miliardi di euro in 4 anni +18%). Rispetto al PIL (il Prodotto Interno Lordo), il debito pubblico italiano, nel 2023, ha raggiunto il 143% (nel 2019 il rapporto debito/PIL era del 135%).

I grafici che seguono ne illustrano il trend.



Inoltre, a causa di eventi geopolitici – crisi energetica conseguita al conflitto bellico tra Russia e Ucraina ed altre crisi internazionali – i prezzi (a partire da quelli energetici) sono schizzati. Conseguentemente, l'inflazione ha raggiunto valori mai visti negli ultimi trent'anni al punto da portarsi all'11,6% a dicembre 2022, per poi calare progressivamente nel 2023.



L'inflazione ha fatto lievitare i tassi d'interesse facendo impennare la mole di interessi passivi sul debito pubblico. Nel 2019, nel bilancio dello Stato, gli interessi passivi ammontavano a circa 60 miliardi di euro. In base al DEF 2023 (Documento di Economia e Finanza), si stima che, nel 2025, il nostro Paese dovrebbe pagare interessi passivi sul debito pubblico per oltre 94 miliardi di euro. Nel 2026, addirittura, il loro valore dovrebbe superare i 100 miliardi di euro. Il grafico che segue ne illustra il dettaglio.



A tutto ciò va segnalato un ulteriore elemento di criticità.

In base al nuovo DEF 2023, nel 2026, la spesa per le pensioni in Italia dovrebbe raggiungere il valore storico di oltre 361 miliardi di euro. Nel 2022, il loro valore era di 297 miliardi. Si stima che le spese che l'Italia dovrà sostenere nel 2026 si attesteranno a circa 917 miliardi di euro, a cui andranno aggiunti i 104 miliardi di euro per gli interessi passivi e 103 miliardi di spese in conto capitale; per un totale complessivo di circa 1.124 miliardi di euro. È dunque pacifica la circostanza che la quantificazione delle risorse allocate alla “sanità” dalle autorità governative tenga conto di tali fattori, ancorché sia lecito ritenere che l'invecchiamento della

popolazione italiana e il calo demografico siano tra le cause dell'aumento delle cronicità e, dunque, del crescente fabbisogno finanziario per il SSN. Il prospetto che segue illustra il dettaglio delle componenti della spesa pubblica italiana dal 2022 al 2026 come risultante dal nuovo DEF 2023 (Documento di Economia e Finanza).

SPESA DELLA P.A. in Mln di €	2022	2023	2024	2025	2026
PERSONALE	187.233	188.709	186.651	188.604	188.373
CONSUMI INTERMEDI	167.313	170.871	171.024	173.182	172.731
PENSIONI	297.190	317.490	340.560	350.240	361.240
PRESTAZIONI SOCIALI	109.711	106.530	108.270	109.200	110.430
ALTRE SPESE	96.678	96.430	88.572	85.854	84.394
INTERESSI SUL DEBITO PUBBLICO	82.888	78.377	88.970	94.442	103.561
SPESE IN CONTO CAPITALE	150.517	129.027	94.571	106.335	102.830
TOTALE SPESA P.A.	1.091.530	1.087.434	1.078.618	1.107.857	1.123.559

Se si analizza il trend storico della percentuale della spesa sanitaria sul valore totale delle spese correnti del nostro Paese (al netto della componente interessi sul debito pubblico), il suo valore è pressoché stabile a circa il 15%.

La tabella che segue illustra il trend 2022/2026 della spesa sanitaria e di quella corrente.

INCIDENZA SPESA SANITARIA (Mln di €)	2022	2023	2024	2025	2026
SPESA CORRENTE SENZA INTERESSI	858.125	880.029	895.078	907.080	917.168
NUOVO DEF 2023 - SPESA SANITARIA	131.103	134.734	132.946	136.701	138.972
SPESA SANITARIA / SPESA CORRENTE	15,3%	15,3%	14,9%	15,1%	15,2%

Un contesto nel quale la “sostenibilità” è fondamentale.

L’allocazione delle risorse alla “sanità” dipende pertanto, dai vincoli di finanza pubblica e da scelte politiche di destinazione delle risorse ai singoli capitoli di spesa corrente dello Stato.

In tema di risorse destinate alla sanità, la legge 30 dicembre 2023 n. 213 (in G.U. n. 303 del 30 dicembre 2023) – “Legge di Bilancio 2024” – ha previsto un incremento significativo delle risorse destinate al FSN. Per l’anno 2024 sono stati stanziati 3 miliardi di euro in più rispetto al 2023, che sommati ai 2,3 miliardi di euro di incremento previsti dalla Legge di Bilancio del 2023, hanno comportato un incremento complessivo di risorse per l’anno 2024 di 5,3 miliardi di euro. Per l’anno 2025, l’incremento sarà di 4 miliardi di euro a cui andranno aggiunti i 2,6 miliardi già previsti dalla Legge di Bilancio 2023. Infine, per l’anno 2026, l’incremento sarà di ben 4,2 miliardi di euro da aggiungere ai 2,6 miliardi già previsti. Insomma, per il triennio 2024 – 2026, il FSN crescerà di ben 11,2 miliardi di euro a cui andranno aggiunti i 7,5 miliardi già previsti dalla precedente manovra finanziaria. In buona sostanza, nel giro di due anni, al FSN sono state assegnate risorse complessive aggiuntive per ben 18,7 miliardi di euro per il fabbisogno sanitario del triennio 2024 – 2026. Risorse che il sistema salute italiano non aveva mai visto in passato. Risorse destinate, prevalentemente, al rinnovo dei contratti degli operatori sanitari, alla remunerazione delle prestazioni aggiuntive, all’abbattimento delle liste d’attesa ed al potenziamento dell’assistenza sanitaria territoriale.

Al rinnovo contrattuale del personale del SSN sono destinati 2,4 miliardi di euro.

Per l’abbattimento delle “liste d’attesa” sono state individuate tre direttrici d’intervento:

1. aumento della remunerazione oraria per le prestazioni aggiuntive di medici e infermieri (spesa complessiva 280 miliardi di euro);
2. rifinanziamento dei piani operativi regionali per l’abbattimento liste d’attesa, che prevede la possibilità che le Regioni possano destinare fino allo 0,4% del proprio fabbisogno indistinto per l’anno 2024 (spesa complessiva 520 milioni di euro);
3. incremento dei “tetti di spesa” del privato accreditato della specialistica ambulatoriale e dell’assistenza ospedaliera dell’1% per l’anno 2024, del 3% per il 2025 e del 4% a decorrere dal 2026, fermo restando l’equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale.

Per quel che concerne il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale, invece, sono stati previsti i seguenti interventi:

1. reclutamento di personale (dipendente e convenzionato): 250 milioni per l'anno 2025 e 350 milioni di euro a decorrere dal 2026;
2. aumento di 10 milioni di euro annui a decorrere dal 2024 per le cure palliative.

Il riparto del FSN – il caso Campania

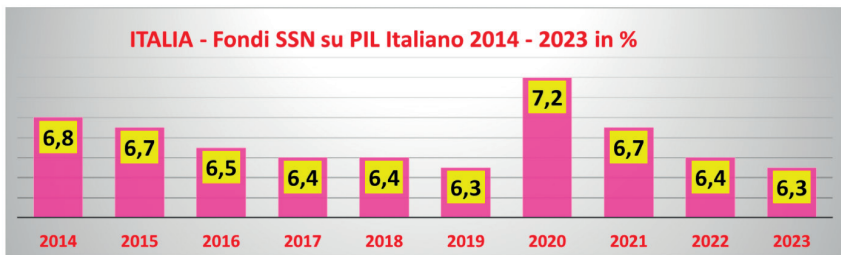
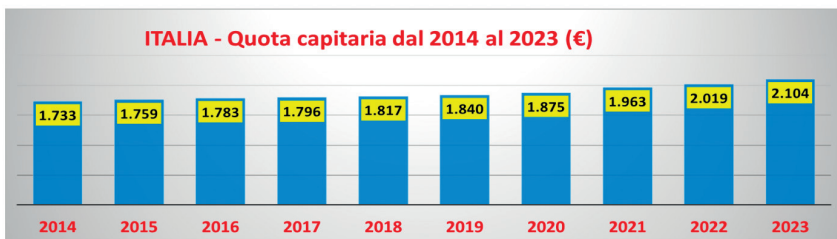
Dal 2013 al 2023, le somme destinate al finanziamento del FSN sono lievitare: da circa 107 miliardi di euro del 2013 a circa 128 miliardi di euro del 2023.

Si è passati da un finanziamento pro-capite totale di 1.793 euro del 2013 a 2.175 del 2023.

Il finanziamento pro-capite della sola quota indistinta del FSN – quella che finanzia i LEA – è cresciuto da 1.744 euro del 2013 a 2.104 euro del 2023.

La tabella che segue accoglie il dettaglio delle delibere CIPESS di finanziamento del FSN (e successivo riparto regionale) e di quello pro-capite regionale.

Anno	Pop.ne ISTAT	Delibera CIPESS	G.U. R.L. n°	Finanziamento F.S.N.	Quota INDISTINTA	Quota Vincolata	Fin.to pro-capite	Q.I. pro-capite	Var. Q.I.
2013	59.685.000	53 del 2014	76 del 2015	€ 107.004.500.000	€ 104.082.359.720	€ 2.922.140.280	€ 1.793	€ 1.744	*
2014	60.783.000	52 del 2015	191 del 2015	€ 109.928.000.000	€ 105.341.888.667	€ 4.586.111.333	€ 1.809	€ 1.733	-€ 11
2015	60.796.000	27 del 2017	135 del 2017	€ 109.715.000.000	€ 106.932.275.735	€ 2.782.724.265	€ 1.805	€ 1.759	€ 26
2016	60.665.000	34 del 2017	135 del 2017	€ 111.002.000.000	€ 108.192.598.235	€ 2.809.401.765	€ 1.830	€ 1.783	€ 25
2017	60.656.000	117 del 2017	70 del 2018	€ 111.752.000.000	€ 108.948.660.735	€ 2.803.339.265	€ 1.842	€ 1.796	€ 13
2018	60.484.000	72 del 2018	49 del 2019	€ 112.681.131.233	€ 109.876.848.907	€ 2.804.282.326	€ 1.863	€ 1.817	€ 20
2019	60.360.000	82 del 2019	82 del 2020	€ 113.810.000.000	€ 111.079.467.550	€ 2.730.532.450	€ 1.886	€ 1.840	€ 24
2020	60.391.000	35 del 2021	202 del 2021	€ 119.893.027.755	€ 113.257.674.550	€ 6.635.353.205	€ 1.985	€ 1.875	€ 35
2021	59.236.000	70 del 2021	25 del 2022	€ 121.396.834.000	€ 116.295.577.651	€ 5.101.256.349	€ 2.049	€ 1.963	€ 88
2022	59.285.000	40 del 2023	68 del 2023	€ 125.216.000.000	€ 119.724.161.744	€ 5.491.838.256	€ 2.112	€ 2.019	€ 56
2023	58.851.000	33 del 2023	9 del 2024	€ 128.005.200.000	€ 123.810.148.974	€ 4.195.051.026	€ 2.175	€ 2.104	€ 84



Per quel che concerne il riparto del FSN tra le Regioni, si è già detto che l'art. 12 del decreto legislativo 502 del 1992 stabilisce che il FSN viene ripartito dal CIPESS in base ai fabbisogni sanitari standard di cui al decreto legislativo 6 maggio 2011 n. 68.

Il riparto tiene conto sostanzialmente di tre parametri: (1) l'età anagrafica della popolazione residente; (2) l'aspettativa di vita e (3) la deprivazione sociale (la cd. povertà dei territori).

Per molti anni si è tenuto conto principalmente dell'anzianità della

popolazione. Pertanto, le maggiori risorse – in valore pro-capite – sono state assegnate alle regioni con popolazione più anziana (Liguria). La Campania, invece, essendo la regione più Giovane d'Italia, per anni, ha patito – e continua a patire – l'erogazione di minori risorse, poiché si presume che a maggiore anzianità corrisponda una maggiore cronicità di patologie e, quindi, una maggiore richiesta di ricoveri, visite specialistiche, indagini strumentali e quant'altro.

Per molti anni, dunque, il parametro fondamentale posto a base del riparto regionale del FSN è stato quello “anagrafico”. Per diretta conseguenza, la Campania ha ricevuto minori risorse.

Nel solo triennio 2021 – 2023, la Campania ha ricevuto in media circa 250 milioni di euro l'anno in meno rispetto alla media nazionale. In tre anni, quindi, la Campania ha incassato circa 750 milioni di euro in meno in sede di riparto.

Per l'anno 2023, come già evidenziato in precedenza, il Ministero della Salute, di concerto con il MEF, ha emanato il decreto 30 dicembre 2022 recante i “nuovi” criteri e relativi “pesi” per la ripartizione del fabbisogno sanitario standard a seguito di un accordo politico avvenuto in data 2 dicembre 2022.

Per l'effetto, la ripartizione della “Quota Indistinta” del FSN 2023 (ammontante a circa 123,8 miliardi di euro) – in applicazione del citato decreto interministeriale del 30 dicembre 2022 – è avvenuta come segue:

- a. il 98,5% è stato ripartito in base ai criteri della popolazione residente e della frequenza dei consumi sanitari per età, applicando il procedimento di cui ai commi 5 - 11 dell'articolo 27 del decreto legislativo n. 68 del 2011 (valore di riparto = 121,9 miliardi di euro);
- b. lo 0,75% in base al tasso di mortalità della popolazione di età inferiore a 75 anni (valore di riparto = 928 milioni di euro)
- c. lo 0,75% in base all'incidenza della povertà relativa individuale, al tasso di disoccupazione ed al livello di bassa scolarizzazione (valore di riparto = 928 milioni di euro).

In merito alla quota di riparto del 98,5%, la pesatura è avvenuta come segue:

- 5% livello prevenzione in base alla popolazione “secca”;
- 51% livello territoriale (13,3% Specialistica ambulatoriale in base alla popolazione pesata per età +25,86% altri sub-livelli in base

- alla popolazione secca +11,84% del livello della farmaceutica);
- 44% livello ospedaliero (22% su popolazione secca +22% su popolazione pesata).

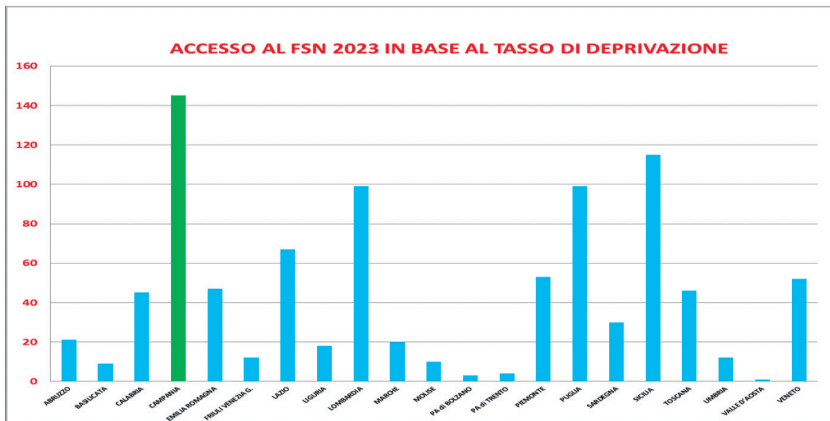
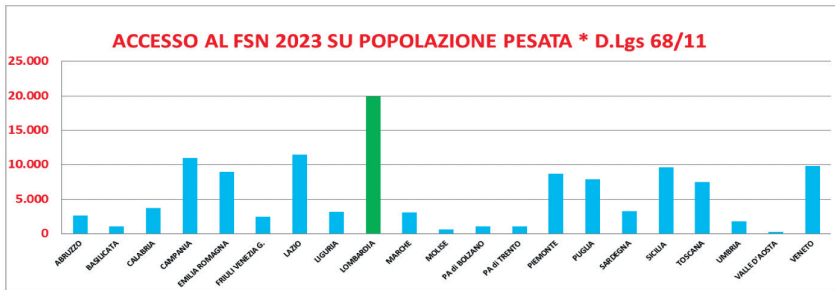
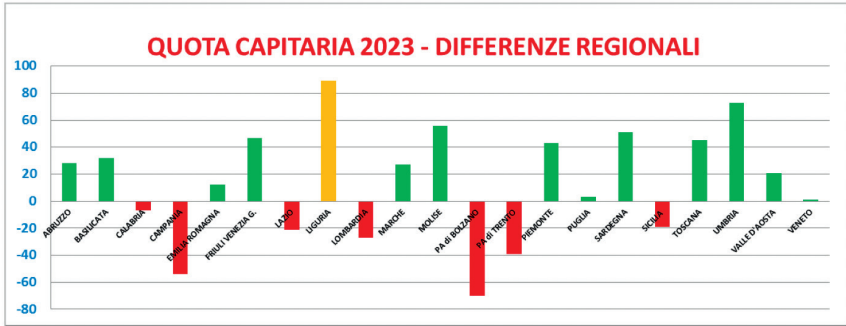
La tabella che segue illustra il riparto del FSN 2023 con i suddetti criteri (Delibera CIPESS n. 33 del 30 novembre 2023 in G.U. n. 9 del 12 gennaio 2024). Essa accoglie la ripartizione del “Fabbisogno Indistinto”, la quota capitaria rapportata alla popolazione residente, nonché le differenze di valore della stessa rispetto al suo valore medio nazionale.

QUOTA CAPITARIA REGIONE	POPOLAZIONE ISTAT - 1.1.2023	FABBISOGNO INDISTINTO 2023	QUOTA CAPITARIA 2023	DIFFERENZA SU QUOTA 2023	DIFFERENZA SU QUOTA 2023	DIFFERENZA IN %
ABRUZZO	1.269.860	2.706.827.998	2.132	28	35.296.302	1,3%
BASILICATA	536.659	1.146.303.129	2.136	32	17.279.829	1,5%
CALABRIA	1.841.300	3.860.626.054	2.097	-7	-13.101.216	-0,3%
CAMPANIA	5.592.175	11.464.378.172	2.050	-54	-300.440.595	-2,6%
EMILIA ROMAGNA	4.426.929	9.365.704.254	2.116	12	52.330.230	0,6%
FRIULI VENEZIA G.	1.192.191	2.563.778.914	2.150	47	55.647.274	2,2%
LAZIO	5.707.112	11.889.125.350	2.083	-21	-117.497.899	-1,0%
LIGURIA	1.502.624	3.294.370.819	2.192	89	133.150.178	4,0%
LOMBARDIA	9.950.742	20.663.121.298	2.077	-27	-271.251.505	-1,3%
MARCHE	1.480.839	3.153.923.899	2.130	26	38.534.545	1,2%
MOLISE	289.840	625.958.703	2.160	56	16.193.259	2,6%

Applicando i nuovi criteri di riparto previsti dal richiamato decreto interministeriale, il valore medio della quota capitaria per l'anno 2023 ammonta ad euro 2.104 euro (+85 euro rispetto al 2022). Permangono, tuttavia, le significative differenze regionali.

La Liguria riceve 89 euro pro-capite in più rispetto alla media nazionale (che si traduce in maggiori risorse per complessivi 133 milioni di euro) mentre la Campania riceve 54 euro in meno pro-capite (vale a dire circa 300 milioni di euro in meno).

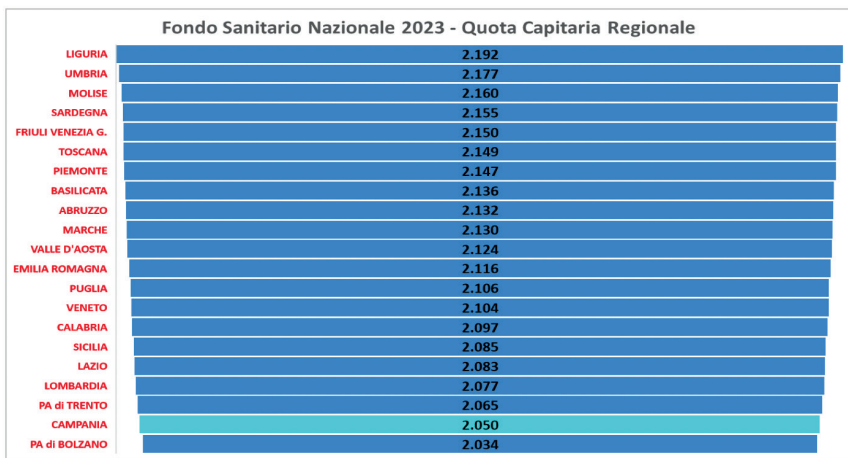
I grafici che seguono illustrano le differenze positive e negative della quota capitaria spettante a ciascuna regione per l'anno 2023 rispetto al valore medio nazionale, nonché la diversa partecipazione regionale al Fabbisogno Indistinto 2023 in base ai nuovi criteri di riparto.



È agevole rilevare che, limitatamente alla quota di riparto del Fabbisogno Indistinto relativa al tasso di deprivazione, la Campania detiene il primato. Ne consegue che, qualora il case-mix dei nuovi criteri - Popolazione residente, Mortalità e Deprivazione - dovesse variare con una maggiore incidenza per la “Deprivazione”, la Campania recupererebbe il gap che la penalizza.

Il grafico che segue illustra le differenze di “quota capitaria” riferite al riparto del FSN 2023.

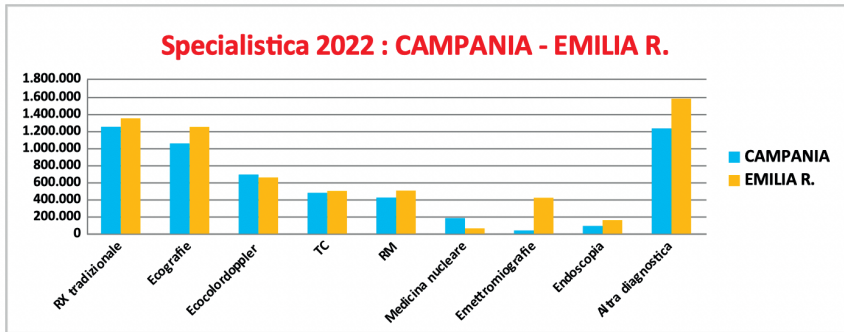
La Liguria presenta la maggiore quota capitaria – euro 2.192 – superiore a quella campana di ben 142 euro. È dunque evidente che, nonostante il Decreto 30 dicembre 2022, abbia variato i criteri di riparto, se solo l’1,5% del Fabbisogno Indistinto viene distribuito in base a criteri di significativa rilevanza – mortalità precoce e deprivazione (povertà, degrado ambientale, stili di vita) – il riparto continuerà a privilegiare lo storico criterio dell’anzianità anagrafica e, quindi, le Regioni meno Giovani, come sempre accaduto.



Le differenti quote-capitarie sono foriere di maggiori risorse che generano squilibri regionali per prestazioni erogabili. È il caso della specialistica ambulatoriale. Confrontando i volumi di prestazioni specialistiche del

2022 dell'Emilia Romagna, emerge che questa, nonostante abbia una popolazione di gran lunga inferiore a quella della Campania, ha erogato il 34% in più di prestazioni (1.458 prestazioni x 1.000 abitanti vs 969 prestazioni).

Il grafico che segue illustra le differenze riguardanti i volumi di diagnostica strumentale.



La spesa sanitaria in Italia

La spesa sanitaria italiana è tra le più basse d'Europa. Inoltre, una componente significativa della spesa sanitaria italiana è costituita da quella privata.

Nel 2022, la spesa sanitaria complessiva italiana è stata di circa 170 miliardi di euro di cui: 130 miliardi di spesa pubblica e 40 miliardi di spesa privata pura.

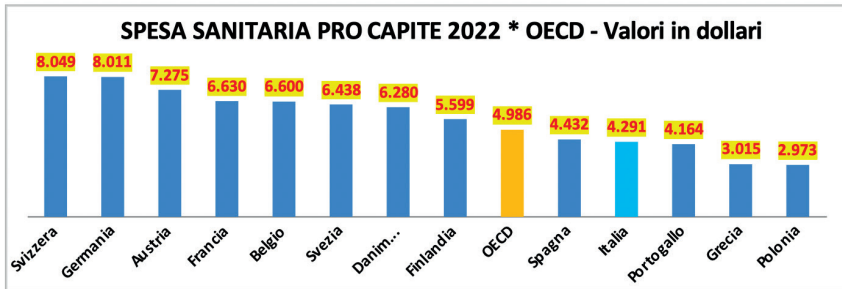
Per spesa privata, Giova precisare, s'intende quella pagata dai cittadini di tasca propria (la cd. Out of Pocket) e quella intermediata. La spesa privata accreditata, invece, rientra nella prima voce di costo - quella pubblica - essendo parte del FSR a tutti gli effetti.

La compartecipazione alla spesa (ticket e quote) è invece nella componente privata.

Nel 2022 la spesa sanitaria pro-capite del nostro Paese è stata di 4.291 dollari, inferiore al valore medio dei Paesi OCSE attestatosi a 4.986 dollari. Rispetto a Germania e Svizzera la spesa sanitaria pro-capite italiana è distante anni luce. E lo stesso dicasi rispetto alla Francia che, nella predetta annualità, ha avuto una spesa pro-capite di 6.630 dollari, rispetto ai 4.291 dollari di quella italiana (+2.339 dollari pari a +34%).

Tabella e grafico illustrano le differenze tra Paesi OCSE per spesa sanitaria e organizzazione.

HEALTH AT A GLANCE 2023 Indicatori * Anno 2022	Spesa sanitaria pro-capite	Spesa sanitaria su PIL in %	Medici per 1.000 abitanti	Infermieri per 1.000 abitanti	Posti letto ospedalieri per 1.000 abitanti
AUSTRIA	\$ 7.275	11,4%	5,4	10,6	6,9
BELGIO	\$ 6.600	10,9%	3,3	11,1	5,5
DANIMARCA	\$ 6.280	9,5%	4,4	10,2	2,5
FINLANDIA	\$ 5.599	10,0%	3,6	18,9	2,8
FRANCIA	\$ 6.630	12,1%	3,2	9,7	5,7
GERMANIA	\$ 8.011	12,7%	4,5	12,0	7,8
GRECIA	\$ 3.015	8,6%	6,3	3,8	4,3
ITALIA	\$ 4.291	9,0%	4,1	6,2	3,1
POLONIA	\$ 2.973	6,7%	3,4	5,7	6,3
PORTOGALLO	\$ 4.164	10,6%	6,0	7,4	3,5
SPAGNA	\$ 4.432	10,4%	4,5	6,3	3,0
SVEZIA	\$ 6.438	10,7%	4,3	10,7	2,0
SVIZZERA	\$ 8.049	11,3%	4,4	18,4	4,4
Media OECD	\$ 4.986	9,2%	3,7	9,2	4,3



Rispetto alla media OCSE, il nostro Paese è anche carente sotto il profilo organizzativo.

Significativa è la differenza del numero degli infermieri per mille abitanti: in Italia si contano 6.2 infermieri per 1.000 abitanti a fronte di una media OCSE di 9.2 (-33%).

Analoga situazione si registra nel numero dei posti letto ospedalieri per 1.000 abitanti. Nel nostro Paese ve ne sono 3.1 a fronte di 4.3 in media OCSE.

La tabella che segue illustra il trend della sanitaria pubblica italiana dal 2013 al 2022.

SPESA SANITARIA PUBBLICA in mln di €	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	MIX (%)
Assistenza Ospedaliera	39.521	39.269	38.919	39.299	39.507	39.907	39.733	42.963	43.411	44.817	34%
Assistenza Day Hospital	5.599	5.870	5.694	5.555	5.283	4.912	4.460	4.052	4.107	4.239	3%
Assistenza Ambulatoriale	19.378	20.056	19.957	20.056	20.310	21.328	22.399	22.883	23.758	24.475	19%
Assistenza Domiciliare	330	279	278	274	318	312	494	576	613	634	0%
Servizi sanitari di lunga durata (LTC)	11.375	11.533	11.397	11.628	12.052	12.215	11.965	12.238	12.427	12.834	10%
Servizi ausiliari (non specificati)	9.011	9.216	8.935	9.015	9.183	9.261	9.589	10.817	11.477	11.852	9%
Prodotti farmaceutici e terapeutici	15.514	16.042	17.387	17.536	17.421	18.065	18.384	18.673	18.836	19.763	15%
Prevenzione	5.332	5.513	5.436	5.521	5.857	6.377	6.484	7.971	10.642	10.386	8%
Governance	1.158	1.073	1.129	1.202	1.186	1.214	1.183	1.217	1.324	1.364	1%
TOTALE SPESA PUBBLICA * Fonte ISTAT	107.218	108.851	109.132	110.086	111.117	113.591	114.691	121.390	126.595	130.364	100%

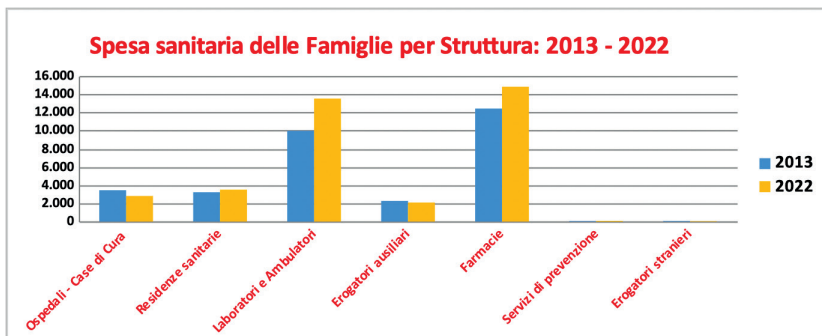
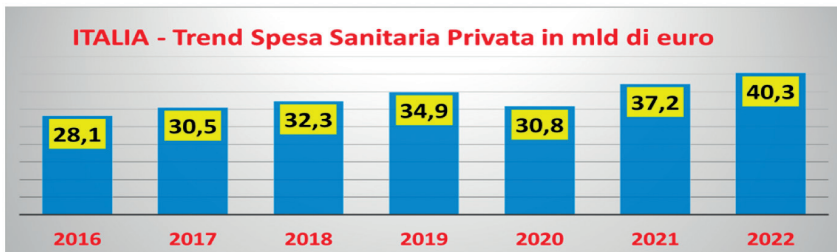
In dieci anni – dal 2013 al 2022 – la spesa sanitaria pubblica italiana è lievitata di circa il 22% (da 107 miliardi di euro del 2013 a 130 miliardi di euro del 2022). Relativamente al 2022, il 37% della spesa complessiva è di appannaggio dell'assistenza ospedaliera.

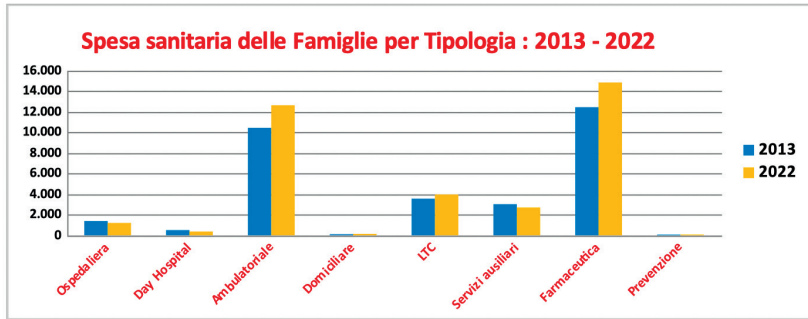
Segue, con il 19%, la spesa dell'assistenza ambulatoriale e con il 15% quella farmaceutica.

Cresce – e in misura significativa – anche la spesa sanitaria privata (a carico dei cittadini).

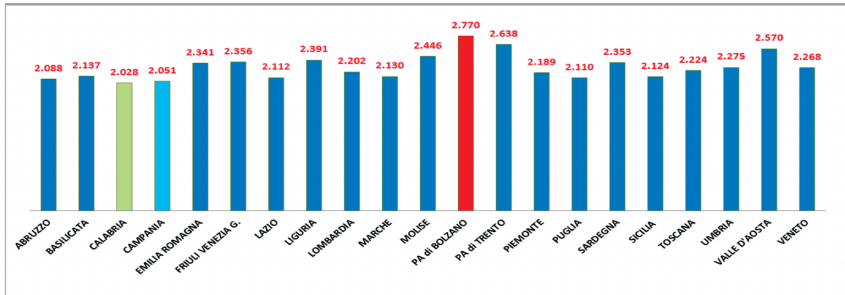
Dal 2016 al 2022, la spesa sanitaria privata è passata da 28 miliardi di euro (del 2016) a 40 miliardi di euro del 2022 (+12 miliardi di euro, pari al 43% in più). Al netto della parte di spesa intermediata, quella pagata dai cittadini di tasca propria (Out of Pocket), nel 2022, è stata di circa 37 miliardi di euro di cui: il 40% ha riguardato la spesa farmaceutica, il 37% la specialistica ambulatoriale (visite specialistiche, esami di laboratorio e indagini strumentali).

I grafici e tabelle ne illustrano il dettaglio.





SPESA SANITARIA REGIONE (mln di €)	POPOLAZIONE 31.12.2022 (ISTAT)	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017	ANNO 2018	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022	Spesa P.C. 2022
ABRUZZO	1.269.860	2.316	2.374	2.347	2.411	2.464	2.471	2.485	2.558	2.614	2.651	2.088
BASILICATA	536.659	1.022	1.029	1.034	1.035	1.069	1.060	1.052	1.097	1.131	1.147	2.137
CALABRIA	1.841.300	3.312	3.369	3.359	3.427	3.416	3.514	3.538	3.627	3.601	3.735	2.028
CAMPANIA	5.592.175	9.580	9.797	9.872	10.011	10.159	10.302	10.395	10.945	11.349	11.471	2.051
EMILIA ROMAGNA	4.426.929	8.611	8.644	8.740	8.846	9.026	9.157	9.227	10.073	10.062	10.363	2.341
FRIULI VENEZIA G.	1.192.191	2.469	2.374	2.327	2.366	2.433	2.496	2.567	2.622	2.735	2.809	2.356
LAZIO	5.707.112	10.621	10.662	10.713	10.702	10.698	10.713	10.791	11.481	11.739	12.053	2.112
LIGURIA	1.502.624	3.122	3.159	3.176	3.185	3.210	3.227	3.252	3.347	3.485	3.593	2.391
LOMBARDIA	9.950.742	18.293	18.790	18.847	18.936	19.439	19.846	20.057	21.120	21.559	21.908	2.202
MARCHE	1.480.839	2.713	2.736	2.739	2.792	2.825	2.853	2.891	3.021	3.133	3.154	2.130
MOLISE	289.840	696	662	642	661	650	645	742	689	717	709	2.446
PA di BOLZANO	533.267	1.151	1.135	1.165	1.187	1.237	1.266	1.278	1.415	1.485	1.477	2.770
PA di TRENTO	542.050	1.151	1.153	1.128	1.148	1.194	1.199	1.213	1.292	1.307	1.430	2.638
PIEMONTE	4.240.736	8.192	8.189	8.097	8.242	8.304	8.390	8.534	8.930	9.255	9.281	2.189
PUGLIA	3.900.852	6.931	7.048	7.093	7.231	7.263	7.376	7.462	7.706	8.117	8.232	2.110
SARDEGNA	1.575.028	3.184	3.238	3.239	3.290	3.215	3.263	3.303	3.370	3.571	3.706	2.353
SICILIA	4.802.016	8.523	8.637	8.650	8.834	9.043	9.212	9.185	9.562	9.957	10.198	2.124
TOSCANA	3.651.152	6.948	7.107	7.198	7.278	7.447	7.397	7.505	8.091	8.261	8.120	2.224
UMBRIA	854.137	1.646	1.629	1.652	1.673	1.716	1.743	1.720	1.813	1.883	1.943	2.275
VALLE D'AOSTA	122.955	272	260	262	257	254	256	262	289	303	316	2.570
VENETO	4.838.253	8.676	8.754	8.834	8.980	9.245	9.327	9.469	10.248	10.612	10.975	2.268
ITALIA	58.850.717	109.429	110.746	111.114	112.492	114.307	115.713	116.928	123.296	126.876	129.271	2.197



Le tabelle mostrano la spesa sanitaria pubblica delle singole regioni dal 2013 al 2022 e quella pro-capite. Nel 2022, la spesa media pro-capite italiana è stata di 2.197 euro, con oscillazioni significative da 2.770 euro della P.A. di Bolzano a 2.028 euro della Calabria. La Campania è la Regione che nel decennio in questione ha speso meno delle altre Regioni d'Italia.

La previsione di crescita del PIL per il 2024 – in via prudenziale – è dell'1%. Resta il “macigno” del debito pubblico italiano che nel 2023 è lievitato del 7,2% del PIL. Cresce – in misura significativa – l'incidenza degli interessi passivi sulla spesa corrente (quella che accoglie anche la spesa sanitaria).

Nel 2023 la spesa per interessi passivi è stata di circa 79 mld di euro (l'8% della spesa corrente). Nel 2027 questa dovrebbe raggiungere i 104 mld di euro (+32% rispetto al consuntivo 2023). Nello stesso periodo la spesa per le pensioni – che pesa per circa un terzo sulla spesa corrente – dovrebbe lievitare del 15%. Pensioni, interessi passivi e altre prestazioni sociali rappresentano il 52% della spesa corrente italiana. Un dato dal quale non si può prescindere. Rispetto alle previsioni di cui alla Nota di aggiornamento del DEF (NADEF), la spesa sanitaria 2023 è leggermente inferiore ai valori attesi.

Questa è stata di 131,1 mld di euro, pari al 14,9% della spesa corrente 2023 al netto degli interessi sul debito pubblico.

La tabella illustra il trend delle principali voci della spesa corrente italiana (DEF 2024).

DEF 2024 - SPESE CORRENTI 2023 - 2027 (in mln di euro)	MIX (%) 2023	CONSUNTIVO 2023	PREVISIONE 2024	PREVISIONE 2025	PREVISIONE 2026	PREVISIONE 2027	VARIAZIONE 2023 - 2027	VARIAZIONE (%)
Pensioni	33%	319.075	337.480	345.730	356.330	368.110	49.035	15%
Altre prestazioni sociali	11%	105.416	109.600	110.170	111.410	112.820	7.404	7%
Redditi da lavoro dipendente	19%	186.474	196.474	198.016	198.770	198.024	11.550	6%
Consumi intermedi	18%	174.395	176.742	181.324	181.046	181.549	7.154	4%
Altre spese correnti	10%	96.031	87.766	91.938	89.036	88.548	-7.483	-8%
SPESE CORRENTI SENZA INTERESSI	92%	881.391	908.062	927.178	936.592	949.051	67.660	8%
INTERESSI SU DEBITO PUBBLICO	8%	78.611	84.765	88.648	95.505	103.551	24.940	32%
TOTALE SPESA CORRENTE ITALIANA	100%	960.002	992.827	1.015.826	1.032.097	1.052.602	92.600	10%
SPESA SANITARIA PUBBLICA	14%	131.119	138.776	141.814	144.760	147.420	16.301	12%
PIL NOMINALE ITALIANO	*	2.085.376	2.162.697	2.238.234	2.305.906	2.367.640	282.264	14%
SPESA SANITARIA SU PIL NOMINALE	*	6,3%	6,4%	6,3%	6,3%	6,2%	*	*
S. SANITARIA SU SPESA NETTO INTERESSI	*	14,9%	15,3%	15,3%	15,5%	15,5%	*	*

Speranza di vita

Continua nel 2024 il declino demografico italiano e la fecondità raggiunge il minimo storico (1,18 figli per donna). Cresce di 4 mesi la speranza di vita rispetto al 2023 (83,5 vs 83,1).

Permangono le differenze regionali e la Campania si conferma la regione con la più bassa speranza di vita alla nascita (81,8 vs 83,5). La provincia di Caserta detiene il primato in Italia per minore speranza di vita per la componente maschile (79,3 vs 81,4).

La Liguria è la regione più anziana e col tasso di mortalità più alto d'Italia (13,9 vs 11,0).

L'età media degli italiani si attesta a 46,8 anni e un quarto della popolazione è over 65.

Boom delle emigrazioni per l'estero: ben 156 mila cittadini italiani nel 2024 sono espatriati (+36,5%) soprattutto verso Germania, Spagna e Regno Unito.

Cresce nel 2024 la popolazione straniera residente in Italia (+166 mila unità).

La tabella illustra i principali indicatori demografici delle Regioni d'Italia (Fonte: ISTAT).

MORTALITA' E SPERANZA DI VITA * Anno 2024	ETA' MEDIA	OVER 65 %	NATALITA' x 1.000 Residenti	MORTALITA' x 1.000 Residenti	Speranza di Vita MASCHI - anni	Speranza di Vita FEMMINE - anni	Speranza di Vita MEDIA - Anni	Δ 2024 su 2023 MASCHI - Mesi	Δ 2024 su 2023 FEMMINE - Mesi
PIEMONTE	48,1	27%	5,8	12,4	81,4	85,4	83,4	5	4
VALLE D'AOSTA	47,7	26%	5,2	11,6	81,1	84,6	82,9	0	0
LOMBARDIA	46,4	24%	6,4	10,2	82,2	86,1	84,2	4	3
TRENTINO ALTO ADIGE	45,0	23%	7,6	9,0	82,7	86,7	84,7	4	2
VENETO	47,1	25%	6,2	10,4	82,2	86,3	84,3	5	3
FRIULI VENEZIA GIULIA	48,6	27%	5,8	12,3	81,6	86,0	83,8	4	3
LIGURIA	49,6	29%	5,5	13,9	81,5	85,6	83,6	4	4
EMILIA - ROMAGNA	47,1	25%	6,3	11,3	82,3	85,9	84,1	5	3
TOSCANA	48,2	27%	5,7	12,1	82,2	85,9	84,1	3	2
UMBRIA	48,4	27%	5,5	12,4	82,0	85,9	84,0	5	0
MARCHE	47,9	27%	5,6	11,8	82,2	86,2	84,2	3	3
LAZIO	46,7	24%	6,0	10,6	81,3	85,3	83,3	4	4
ABRUZZO	47,6	26%	5,8	11,7	81,2	85,6	83,4	7	2
MOLISE	48,3	27%	5,4	13,5	80,1	85,0	82,6	2	2
CAMPANIA	44,5	21%	7,4	10,1	79,7	83,8	81,8	4	4
PUGLIA	46,7	25%	6,2	10,8	81,1	85,2	83,2	3	3
BASILICATA	47,6	26%	5,7	11,6	80,9	85,2	83,1	6	5
CALABRIA	46,2	24%	6,9	11,3	80,1	84,7	82,4	4	5
SICILIA	45,7	24%	7,0	11,0	80,2	84,2	82,2	5	5
SARDEGNA	49,2	27%	4,5	11,8	80,3	85,5	82,9	3	2
ITALIA	46,8	25%	6,3	11,0	81,4	85,5	83,5	4	4

Il quadro demografico mostra un Paese in profonda trasformazione: veloce invecchiamento della popolazione, calo delle nascite, strutture familiari sempre più ristrette ed una marcata migrazione che penalizza fortemente il Mezzogiorno (- 52 mila unità nel 2024), impattando ulteriormente sulle disuguaglianze territoriali.

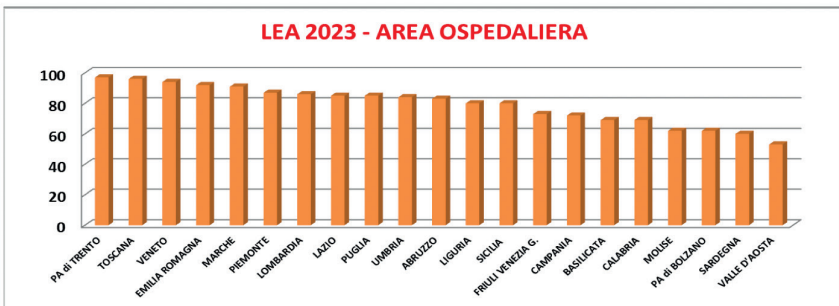
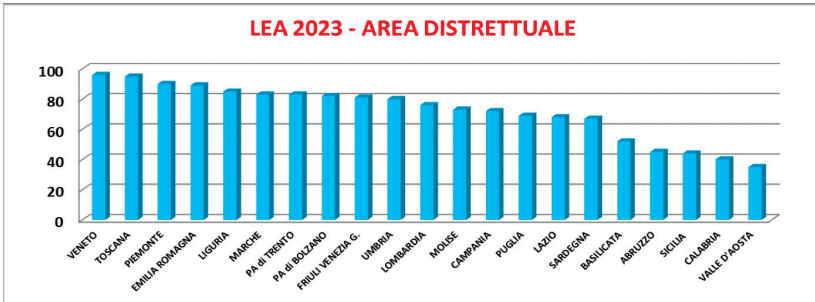
Il monitoraggio LEA 2023

Sette Regioni e la P.A. di Bolzano nel 2023 non hanno superato il test di sufficienza dei loro sistemi sanitari nelle tre aree di assistenza (prevenzione, distrettuale e ospedaliera).

Si tratta di Abruzzo, Basilicata, Calabria, Liguria, Molise, Sicilia, Valle d'Aosta e della P.A. di Bolzano. La Campania ottiene la sufficienza. Bene l'area ospedaliera mentre arranca la prevenzione (di poco superiore al valore minimo). In vetta alla classifica delle Regioni che garantiscono a pieno le cure ai propri cittadini: Veneto, Emilia Romagna, Toscana e la P.A. di Trento. È quanto emerge dal monitoraggio dei LEA - Livelli Essenziali d'Assistenza del Ministero della Salute i cui indicatori misurano: qualità, appropriatezza e uniformità dei servizi sanitari erogati. La tabella reca i punteggi di ciascuna Regione e P.A. nelle tre aree di assistenza sanitaria (Fonte: Monitoraggio LEA del Ministero della Salute).

NSG Anno 2023 Regioni - Indicatori CORE	AREA PREVENZIONE	AREA DISTRETTUALE	AREA OSPEDALIERA
ABRUZZO	54	45	83
BASILICATA	68	52	69
CALABRIA	41	40	69
CAMPANIA	61	72	72
EMILIA ROMAGNA	97	89	92
FRIULI VENEZIA G.	81	81	73
LAZIO	63	68	85
LIGURIA	54	85	80
LOMBARDIA	95	76	86
MARCHE	74	83	91
MOLISE	58	73	62
PA di BOLZANO	58	82	62
PA di TRENTO	98	83	97
PIEMONTE	93	90	87
PUGLIA	74	69	85
SARDEGNA	65	67	60
SICILIA	49	44	80
TOSCANA	95	95	96
UMBRIA	93	80	84
VALLE D'AOSTA	77	35	53
VENETO	98	96	94

L'analisi mostra un Paese con un buon sistema sanitario ma con marcate differenze regionali. Migliora l'assistenza ospedaliera ma arranca quella distrettuale. Un allert in vista dell'epocale riassetto dell'assistenza territoriale finanziato con le massicce risorse del PNRR.



Ma cosa sono i LEA e come si finanziano?

I LEA sono i servizi e le prestazioni che lo Stato deve garantire ai propri cittadini, usando le risorse pubbliche messe a disposizione del SSN. Risorse che provengono dalle tasse pagate dai cittadini (non tutti). Pertanto l'equazione è presto fatta: gettito fiscale = LEA.

Maggiori sono le risorse derivanti dalla fiscalità, maggiori e migliori saranno i servizi sanitari garantiti dallo Stato. Purtroppo in Italia il fenomeno “evasione fiscale” impatta fortemente sulla tenuta dei conti pubblici e sulla quantità e qualità dei servizi.

Pertanto, la lotta all’evasione fiscale è condizione essenziale per la sostenibilità del SSN.

I grafici che seguono illustrano il trend del gettito fiscale “spontaneo” nonché le somme che sono derivate dalle azioni di contrasto e recupero dell’evasione fiscale dal 2019 al 2024 (Fonte: Rapporto 2024 dell’Agenzia delle Entrate).

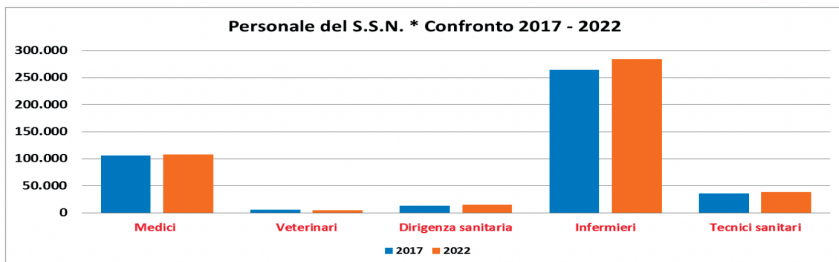


La carenza di personale in sanità

Il Direttore Generale delle professioni sanitarie e risorse umane del SSN, durante l’audizione in Commissione Affari sociali, ha evidenziato la storica crisi del personale sanitario, dovuta anche ad errori di programmazione del passato.

Nonostante dal 2017 al 2022 il personale del ruolo sanitario sia aumentato

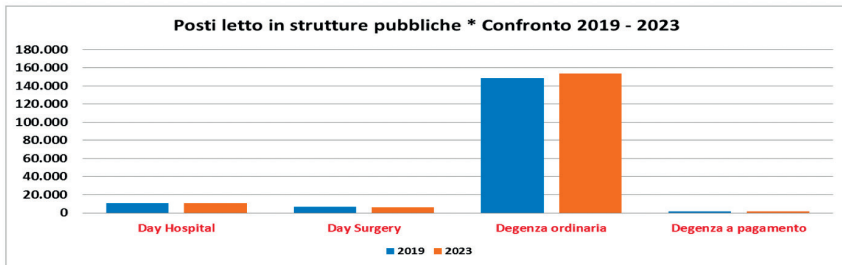
di circa 27.000 unità (+6%) - di cui oltre 19.000 riferito al personale infermieristico – permane il “gap” tra domanda e offerta di professionisti. Un gap causato da crisi vocazionale di alcune professioni sanitarie, dalla poca attrattività del sistema pubblico, dalle dimissioni volontarie (soprattutto del personale infermieristico), dalle retribuzioni, dalle condizioni e sicurezza di lavoro nonché dalle responsabilità professionali. È dunque necessaria una riforma organica del personale sanitario che affronti tali criticità, anche intervenendo sugli attuali vincoli normativi che impattano sulle mutate esigenze di assistenza e sulle disomogeneità territoriali.



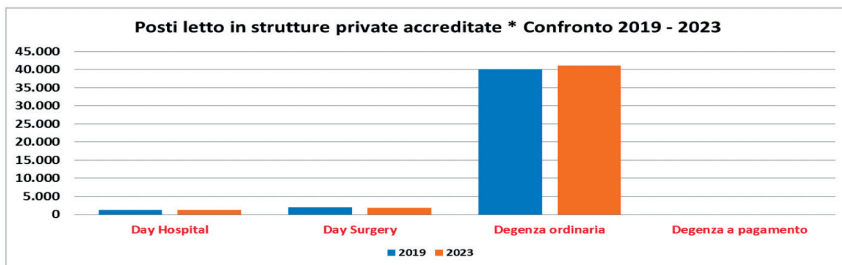
Un riordino da effettuare urgentemente, anche perché si staglia all’orizzonte l’approssimarsi del picco della curva pensionistica soprattutto del personale infermieristico (il 41% degli infermieri ha tra i 50 e i 59 anni). Un vero e proprio “tsunami” da arginare anche in virtù di un fabbisogno di personale in forte crescita, anche a causa del maggior numero di strutture sanitarie presenti sul territorio nazionale e che crescerà ulteriormente. Giova infatti ricordare che, dal 2019 al 2023, il numero delle strutture sanitarie (pubbliche e private accreditate) è aumentato di ben 1.961 unità (da 27.425 del 2019 a 29.386 del 2023). Il prospetto illustra il trend del numero di strutture per tipologia assistenziale (Fonte dei dati: Ministero della salute – Annuario statistico del SSN 2019 e 2023).

N° STRUTTURE SANITARIE PER	Pubbliche	Private	TOTALE	Pubbliche	Private	TOTALE	VAR 23 - 19	VAR 23 - 19	VAR 23 - 19
TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	2019	2019	2019	2023	2023	2023	Pubbliche	Private	TOTALE
Ospedaliera	515	477	992	511	485	996	-4	8	4
Ambulatoriale	3.489	5.309	8.798	3.675	5.446	9.121	186	137	323
Residenziale	1.288	6.395	7.683	1.213	6.901	8.114	-75	506	431
Semiresidenziale	928	2.279	3.207	867	2.325	3.192	-61	46	-15
Territoriale	4.874	730	5.604	5.818	942	6.760	944	212	1.156
Riabilitativa	247	894	1.141	260	943	1.203	13	49	62
TOTALE	11.341	16.084	27.425	12.344	17.042	29.386	1.003	958	1.961

Nel periodo in questione (2019-2023) il numero dei PL è lievitato di 5.163 unità (di cui 4.267 in strutture pubbliche e 896 in strutture private accreditate). Il numero dei PL nelle strutture pubbliche è passato da 167.391 del 2019 a 171.658 del 2023 (+2,5%).



Nello stesso periodo il numero dei PL in strutture private accreditate è lievitato da 43.273 del 2019 a 44.169 del 2023 (+2%).



Nel medesimo periodo si confermano le disuguaglianze regionali quanto a numero di PL per 1.000 abitanti. A fronte di una media nazionale del 2023 di 2,9 PL per 1.000 abitanti in strutture pubbliche, si va dai 3,5 del Piemonte ai 2,2 della Campania, che tuttavia presenta PL accreditati superiore alla media nazionale (1,0 vs 0,7).

Anche per il privato accreditato le differenze regionali sono significative: si va da 0,2 PL della Liguria a 1,2 della PA di Trento.

Insomma, è del tutto evidente che il crescente fabbisogno di personale trovi la sua causa in numerose determinanti, fortemente impattanti sull'assetto organizzativo del SSN. Al crescere dell'invecchiamento della popolazione cresce l'intensità di cura e, per l'effetto, le ospedalizzazioni e quindi il fabbisogno di monte ore di OSS, infermieri, tecnici e medici.

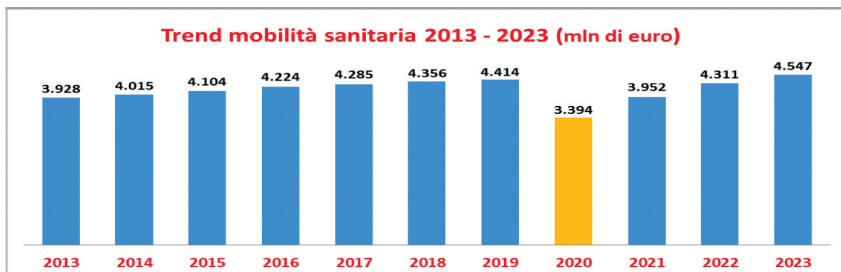
Pertanto, occorre una riforma organica del personale sanitario in grado di ricostruire un nuovo rapporto di fiducia con i cittadini.

Il business della migrazione sanitaria

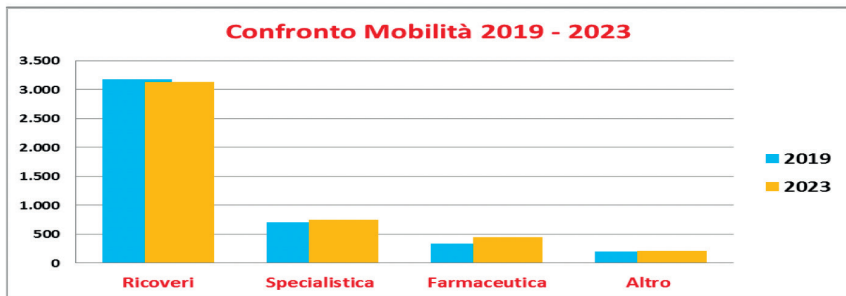
Cresce il costo della migrazione sanitaria in Italia. Nel solo 2023 il fenomeno migratorio è costato 4,55 mld di € rispetto ai 4,31 mld di € del 2022 (240 milioni di € in più).

I ricoveri rappresentano il 69% del totale (il 32% presso strutture pubbliche e il 37% in strutture private) e il 38% è a bassa complessità o inappropriati. Segue la specialistica con il 17% (10% pubblica e 7% privata) e la farmaceutica con circa il 10%. Rispetto al 2019, la spesa della migrazione passiva del 2023 è calata per la componente ricoveri mentre è lievitata per la specialistica e la farmaceutica. Le patologie muscolo scheletriche sono al primo posto – come nel 2022 - quanto a ricoveri eseguiti in migrazione fuori regione.

I prospetti e i grafici illustrano il trend (Fonte: Agenas).



Anno	Ricoveri	Specialistica	Farmaci	Altro	Totale
2019	3.175	710	333	196	4.414
2020	2.357	572	313	152	3.394
2021	2.734	686	368	164	3.952
2022	2.989	728	397	197	4.311
2023	3.134	754	443	216	4.547



MOBILITA' mln di €	Mix 2013	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Mix 2023
RICOVERI	75%	2.941	2.977	3.023	3.134	3.124	3.162	3.175	2.357	2.734	2.989	3.134	69%
SPECIALISTICA	15%	591	613	630	616	646	679	710	572	686	728	754	17%
FARMACI	6%	226	248	271	290	322	320	333	313	368	397	443	10%
ALTRO	4%	170	177	180	184	193	195	196	152	164	197	216	5%
TOTALE	100%	3.928	4.015	4.104	4.224	4.285	4.356	4.414	3.394	3.952	4.311	4.547	100%

MOBILITÀ' mln di €	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	MIX	PUBBLICO	PRIVATO
MOBILITÀ' APPARENTE	104	100	97	75	78	109	85	3%	61%	39%
MOBILITÀ' CASUALE	402	420	463	409	438	468	480	17%	85%	15%
DRG ALTA COMPLESSITÀ'	1.023	1.068	1.071	818	990	1.090	1.215	42%	26%	74%
DRG MEDIA COMPLESSITÀ'	1.076	1.064	1.035	711	827	883	950	33%	42%	58%
DRG A RISCHIO INAPPROPRIATEZZA	187	181	169	105	118	136	151	5%	39%	61%
TOTALE COMPLESSIVO	2.792	2.833	2.835	2.118	2.451	2.686	2.881	100%	*	*

Circa il 20% della mobilità è apparente o casuale (si conserva la residenza in una regione e si lavora in altra) e il 38% dei ricoveri è di bassa complessità o a rischio inappropriatezza.

Il 74% dei ricoveri ad alta complessità avviene presso strutture private accreditate.

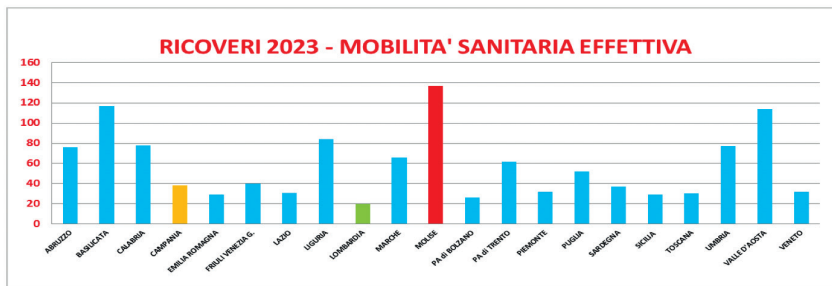
Dal 2019 al 2023 il costo della specialistica ambulatoriale in migrazione è lievitato di circa il 6% (da 710 a 754 mln di €) e quello della farmaceutica del 33% (da 333 a 443 mln di €).

Si conferma nel 2023 una migrazione di “confine” per le Regioni del Nord e “oltre confine” per quelle del Sud. La Campania resta la Regione con il peggiore saldo migratorio d'Italia (-211 mln di €) mentre l'Emilia Romagna è in testa alla classifica per attrazione sanitaria con ben 387 mln di saldo, seguita dalla Lombardia con 383 mln e dal Veneto con 115 mln. Occorre tuttavia rapportare il fenomeno alle specifiche caratteristiche dei sistemi regionali.

Sebbene la Campania conservi la “maglia nera” quanto a saldi migratori, che le sottraggono ogni anno circa 211 mln di €, rapportando il costo dei ricoveri in mobilità effettiva del 2023 con la popolazione residente e con il numero dei posti letto per 1.000 abitanti (inferiore alla media nazionale), la situazione muta radicalmente. Il costo dei ricoveri in mobilità effettiva per abitante del 2023 in Campania è di 38 € a fronte di una media nazionale di 39 €.

Il prospetto che segue illustra i costi effettivi della migrazione ospedaliera del 2023.

REGIONE	POPOLAZIONE ISTAT - 1.1.2024	RICOVERI 2023 (€/000) MOBILITA' EFFETTIVA	COSTO MOBILITA' PER ABITANTE (€)	N° POSTI LETTO PER 1.000 AB.	VARIAZIONE % SU P.L. 2023	COSTO MOBILITA' E. PER AB. E SU N° P.L.
ABRUZZO	1.269.963	€ 102.840	€ 81	2,9	94%	€ 76
BASILICATA	533.636	€ 69.191	€ 130	2,8	90%	€ 117
CALABRIA	1.838.150	€ 163.793	€ 89	2,7	87%	€ 78
CAMPANIA	5.590.076	€ 234.854	€ 42	2,8	90%	€ 38
EMILIA ROMAGNA	4.455.188	€ 126.152	€ 28	3,2	103%	€ 29
FRIULI VENEZIA G.	1.195.792	€ 48.342	€ 40	3,1	100%	€ 40
LAZIO	5.720.272	€ 181.820	€ 32	3,0	97%	€ 31
LIGURIA	1.508.847	€ 126.070	€ 84	3,1	100%	€ 84
LOMBARDIA	10.020.528	€ 200.287	€ 20	3,1	100%	€ 20
MARCHE	1.484.427	€ 92.544	€ 62	3,3	106%	€ 66
MOLISE	289.413	€ 39.720	€ 137	3,1	100%	€ 137
PA di BOLZANO	536.729	€ 12.950	€ 24	3,3	106%	€ 26
PA di TRENTO	545.387	€ 35.131	€ 64	3,0	97%	€ 62
PIEMONTE	4.252.581	€ 129.323	€ 30	3,3	106%	€ 32
PUGLIA	3.890.250	€ 190.102	€ 49	3,3	106%	€ 52
SARDEGNA	1.569.832	€ 56.354	€ 36	3,2	103%	€ 37
SICILIA	4.794.512	€ 142.460	€ 30	3,0	97%	€ 29
TOSCANA	3.664.798	€ 121.659	€ 33	2,8	90%	€ 30
UMBRIA	854.378	€ 65.618	€ 77	3,1	100%	€ 77
VALLE D'AOSTA	123.018	€ 13.205	€ 107	3,3	106%	€ 114
VENETO	4.851.972	€ 163.703	€ 34	2,9	94%	€ 32
ITALIA	58.989.749	€ 2.316.118	€ 39	3,1	100%	€ 39



L'analisi dei dati del fenomeno migrazione sanitaria – presente e crescente – ci dice che su di esso si gioca una partita di “politica sanitaria” regionale. Se il 38% dei ricoveri è a bassa complessità o a rischio inappropriatezza e il 74% di quelli ad alta complessità è di appannaggio del “privato accreditato”, è del tutto evidente che c'è qualcosa che non va.

Inoltre, se la vigente normativa nazionale in materia di limiti di acquisto delle prestazioni dai privati accreditati pone stringenti vincoli alle regioni

in piano di rientro – maggiormente esposte al fenomeno migratorio – è pacifica la circostanza che si alimenti una transumanza di risorse (finanziarie e di personale) oltre che una distorsione in materia di concorrenza tra operatori economici del Paese.

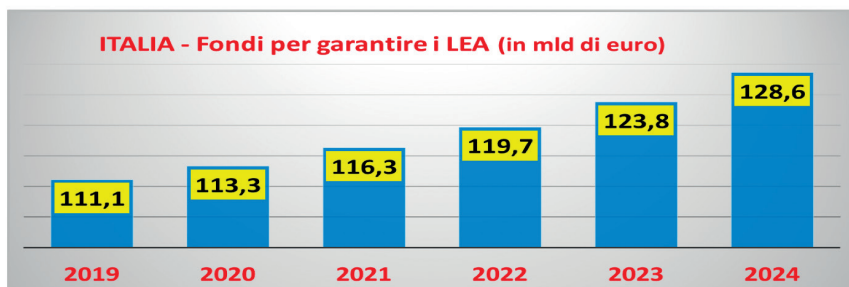
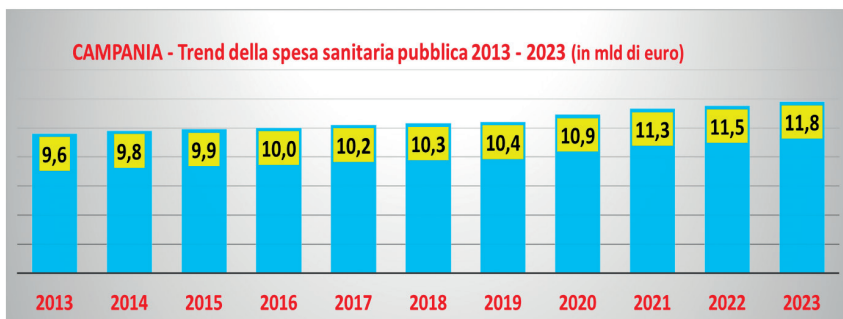
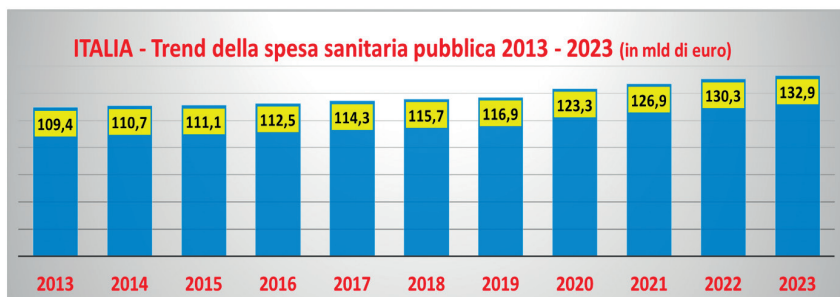
Acìò si aggiunga che la spesa migratoria della specialistica – progressivamente crescente negli anni – potrebbe ulteriormente lievitare con l'utilizzo degli strumenti dell'ecosistema digitale (la telemedicina in primis), così come potrebbe aumentare il costo della migrazione internazionale attualmente impattante sul sistema salute italiano per circa 30 mln di euro.

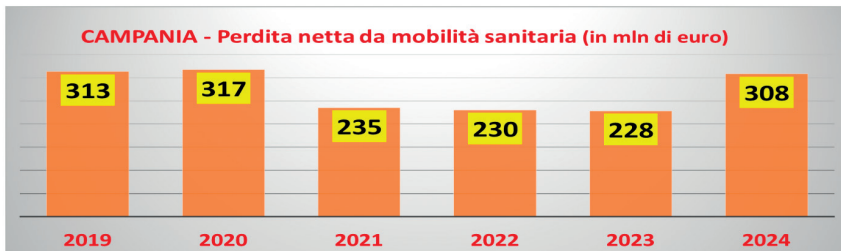
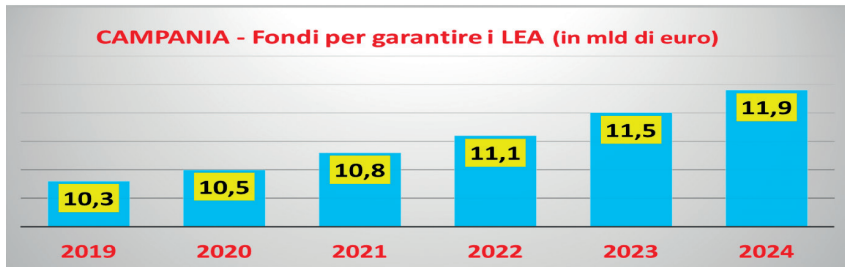
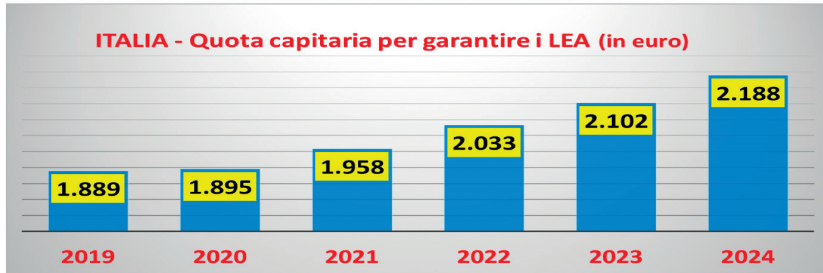
Insomma, urge che il legislatore nazionale intervenga attivamente sul fenomeno affetto da iniziative opportunistiche impattanti sui principi costituzionali di uniformità ed eguaglianza.

La spesa sanitaria italiana e regionale

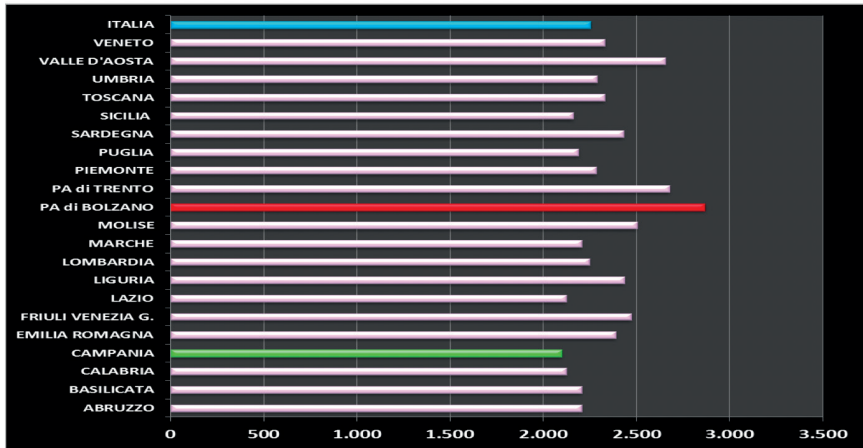
La spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata) italiana del 2023 è stata di circa 176 mld di euro, di cui 133 di spesa pubblica e 43 di spesa privata. Rispetto al 2022, la spesa pubblica è cresciuta di circa il 2% mentre quella privata del 7%. In base ai dati dell'ultimo rapporto della Ragioneria dello Stato, la spesa sanitaria dal 2013 al 2023 è passata da 109,4 a 132,9 mld di euro, con un incremento medio del 2% annuo. Negli ultimi 5 anni (dal 2019 al 2023), la spesa sanitaria pubblica è lievitata da 117 a 133 mld di euro (+16 mld), nonostante il bilancio demografico del quinquennio abbia fatto registrare un calo di circa 846 mila unità (-1,4%). Per sostenere una crescita di tale intensità, dal 2019 al 2024, le risorse stanziato dallo Stato per garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA) sono aumentate da 111 a 129 mld di euro (+18 mld). Un incremento di risorse che, rapportato alla popolazione assistita, si è tradotto in maggiori risorse pro-capite (da 1.889 del 2019 a 2.188 euro del 2024), di cui hanno beneficiato i sistemi sanitari regionali e, soprattutto, quello campano. Nel periodo in questione, anche grazie ai nuovi criteri di riparto, la Campania ha ricevuto dallo Stato maggiori risorse per 1,6 mld di euro, nonostante nello stesso periodo abbia avuto un calo demografico superiore a quello medio nazionale (-2,6%). Dal 2019 al 2023, la spesa sanitaria pubblica campana è passata da 10,4 a 11,8 mld di euro (+13,5%). Tuttavia, la Campania si conferma anche nel 2023 la Regione con la minore spesa sanitaria pubblica pro-capite (2.098 euro a fronte di una media nazionale di 2.255 euro), dovuta in gran parte alla minore incidenza della spesa per redditi da lavoro dipendente (avendo meno personale). A fronte di una

media nazionale del 30%, in Campania tale percentuale è del 27%. Invece, la situazione cambia per la spesa farmaceutica. A fronte di una media nazionale dell'11%, in Campania questa impatta per il 13%. Analoga situazione si ha per l'acquisto di prestazioni dai privati accreditati (+3% rispetto alla media nazionale). Riprende inoltre la corsa dei saldi di migrazione sanitaria. Dal 2019 al 2024, il fenomeno migratorio è costato alla Campania 1,6 mld di euro. I grafici che seguono illustrano il trend delle risorse e della spesa sanitaria pubblica.





Spesa sanitaria regionale pubblica pro-capite anno 2023

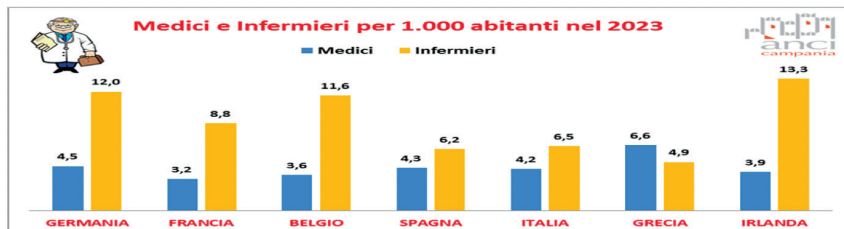


Ocse: la sanità italiana è a rischio

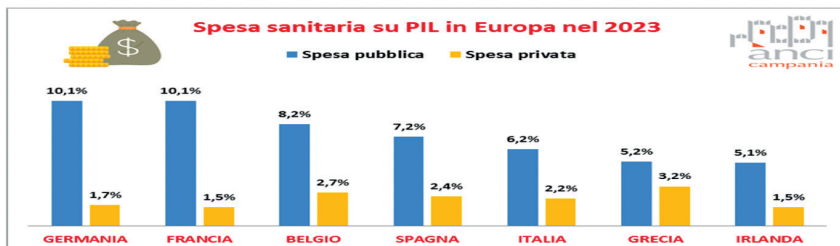
Tempi duri per la sanità in Europa. Mancano all'appello 1,2 milioni di operatori sanitari e l'Italia è maggiormente a rischio. Il nostro Paese sconta una cronica carenza di medici e infermieri. In Italia si contano 6,5 infermieri ogni mille abitanti a fronte di una media europea di 8,4. Rispetto a Francia e Germania le differenze sono maggiori: 8,8 in Francia e 12 in Germania. In Italia, il numero dei laureati in infermieristica è meno della metà della media europea (16,4 per 100 mila abitanti a fronte di una media UE di 37,5) anche a causa di una retribuzione annuale inferiore (euro 32.600 rispetto ai 39.800 euro di retribuzione media UE).

Ulteriore elemento di criticità è dato dall'anzianità media della forza lavoro medica. In Europa, i medici con oltre 55 anni sono circa il 35%, mentre in Italia siamo al 54% e inoltre il 27% ha più di 65 anni. Se si considera che Italia e Portogallo hanno la popolazione più anziana d'Europa (il 25% degli italiani ha più di 65 anni) e siamo i più sedentari, ben presto bisognerà fare i conti con una crescente domanda di cure e con un massiccio esodo della componente medica che avrà il suo picco nel 2025. Anche la medicina di base desta alcune preoccupazioni. Nei

prossimi sei anni andranno in pensione circa 12.600 MMG e si prevedono ingressi per circa 10.700 unità. Pertanto, l'attuale organico di circa 40.000 MMG potrebbe calare del 5%. (Fonte: Health at glance Europe)



Per quel che concerne la spesa sanitaria, nonostante le ingenti risorse stanziare negli ultimi anni la spesa italiana del 2023 rapportata al PIL si è attestata all'8,4%, di cui il 6,2% di spesa pubblica e il 2,2% di spesa privata, pagata dai cittadini di tasca propria.



Autonomia differenziata

La riforma del Titolo V della Costituzione, operata dalla Legge Costituzionale n. 3 del 2001, assegna alle Regioni "particolari condizioni di autonomia" in 23 materie tra cui la sanità.

Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna, le cui economie regionali trainano quella nazionale, sono tra le principali Regioni che ne chiedono l'attuazione.

L'analisi della mobilità del § 7 ci dice che vi è una forte attrazione sanitaria delle Regioni del Nord ed una significativa fuga da quelle del Centro-Sud. Dal 2010 al 2022, la migrazione è costata alle Regioni circa 14 miliardi di euro.

Nel 2022, il 94% della migrazione attiva si è concentrata, in modo particolare, in tre Regioni: Lombardia, Emilia Romagna e Veneto.

La fuga invece, per il 77%, ha riguardato Campania, Calabria, Lazio, Sicilia e Abruzzo.

Le Regioni attrattive sono le stesse che invocano l'autonomia differenziata, avendo acquisito consapevolezza di dover irrobustire ulteriormente i loro sistemi sanitari, semmai riducendo le risorse che le stesse versano quale contributo al Fondo di Perequazione.

Nonostante la loro richiesta sia pienamente legittima, questa è estremamente pregiudizievole per le Regioni del Centro-Sud per le seguenti ragioni.

Giova ricordare che gran parte delle Regioni sono in Piano di Rientro o, addirittura, ancora in Commissariamento governativo. Procedure che, in molti casi, hanno superato il decennio.

Per poter far fronte agli acta governativi, le Regioni sottoposte alle predette procedure hanno

depotenziato il loro apparato organizzativo – anche a causa del blocco del turnover, al vincolo di spesa del personale risalente al 2004, al contenimento della spesa del sistema accreditato, ancorato ai vincoli della “Spending Review” – e, sebbene, abbiano messo i conti a posto, sono in ripresa, ancorché depotenziate sotto il profilo organizzativo e finanziario. La Regione Campania, ad esempio, è stata commissariata dal governo nazionale nel 2009 per aver accumulato, nel decennio 2000 – 2009, circa 9 miliardi di euro di debito sanitario. Dopo aver vissuto 10 anni di commissariamento, dal 2020 è in Piano di rientro. Pertanto, da ben 15 anni, la Campania è alle prese con una riorganizzazione strutturale del SSR ed è tra le Regioni con i conti a posto. Tuttavia, allo stato, risulta depotenziata sotto il profilo organizzativo.

Ulteriore elemento di criticità è rappresentato dalla incapacità delle Regioni del Centro-Sud di far fronte, con le loro fonti di finanziamento, al fabbisogno sanitario standard.

Giova segnalare, a tal riguardo, che, degli 11,46 miliardi di euro destinati alla Campania quale fabbisogno indistinto standard, le fonti di finanziamento dirette – gettito IRAP (1.025 milioni di euro), addizionale IRPEF (623 milioni di euro) ed entrate convenzionali delle aziende sanitarie campane (163 milioni di euro) – rappresentano il 16% del fabbisogno indistinto.

La restante somma di 9,7 miliardi di euro – l'84% – proviene dal Fondo perequativo al quale la Campania contribuisce con una compartecipazione

annuale al gettito IVA per circa 4 miliardi di euro. Ciò significa che la Campania attinge dal Fondo Perequativo circa 5 miliardi di euro, senza i quali non sarebbe in grado di far fronte al proprio fabbisogno sanitario. Un fondo al quale contribuiscono proprio le Regioni richiedenti maggiore autonomia. La tabella che segue illustra le fonti di finanziamento del fabbisogno indistinto standard del 2023.

FONTE DI FINANZIAMENTO	POPOLAZIONE	FABBISOGNO	PARTICIPAZIONE	RICAVI + ENTRATE	GETTITO	GETTITO	TOTALE FONTE	FONTE REGIONALE	FONDO DUESS 59°90	RISORSE DA	TOTALE RISORSE	Fonte R.	Fonte N.
REGIONE* Valori in migliaia di €	ISTAT - 1.1.2023	INDISTINTO 2023	REGIONI A.S.S.	AZIENDE SANITARIE	IRAP	ADD.LE RPEF	REGIONALI	PER RESIDENTE	PEREQUATIVO	F.S.N.	PER FABBISOGNO	%	%
ABRUZZO	1.269.860	2.706.828	0	41.537	299.954	188.644	530.135	417	2.176.693	-	2.706.828	20%	80%
BASILICATA	536.659	1.146.303	0	16.926	27.619	69.326	113.871	212	1.032.431	-	1.146.302	10%	90%
CALABRIA	1.841.300	3.860.626	0	47.419	8.728	199.095	255.242	139	3.605.384	-	3.860.626	7%	93%
CAMPANIA	5.592.175	11.464.378	0	163.216	1.024.940	622.887	1.811.043	324	9.653.336	-	11.464.379	16%	84%
EMILIA ROMAGNA	4.426.929	9.365.704	0	171.956	2.114.911	922.940	3.209.807	725	6.155.897	-	9.365.704	34%	66%
FRIULI VENEZIA G.	1.192.191	2.563.779	1.658.176	47.485	578.486	242.517	2.526.664	2.119	-	37.115	2.563.779	99%	1%
LAZIO	5.707.112	11.889.125	0	162.193	3.187.932	1.041.389	4.391.514	769	7.497.611	-	11.889.125	37%	63%
LIGURIA	1.502.624	3.294.371	0	62.730	495.500	299.296	857.526	571	2.436.845	-	3.294.371	26%	74%
LOMBARDIA	9.950.742	20.663.121	0	344.689	5.289.137	2.155.095	7.788.921	783	12.874.201	-	20.663.122	38%	62%
MARCHE	1.480.839	3.153.924	0	57.467	488.603	257.388	803.458	543	2.350.466	-	3.153.924	25%	75%
MOLISE	289.840	625.959	0	12.953	12.951	38.601	64.505	223	561.454	-	625.959	10%	90%
PADIGLIANO	533.267	1.084.431	569.786	17.089	358.076	124.425	1.069.376	2.005	-	15.055	1.084.431	99%	1%
PADIGLIANO	542.050	1.119.228	689.333	17.328	291.122	108.355	1.106.138	2.041	-	13.090	1.119.228	99%	1%
PIEMONTE	4.240.736	9.102.750	0	167.096	1.623.996	838.348	2.629.440	620	6.473.310	-	9.102.750	29%	71%
PUGLIA	3.900.852	8.216.767	0	113.351	733.780	477.170	1.324.301	339	6.892.467	-	8.216.768	16%	84%
SARDEGNA	1.575.028	3.394.512	2.545.892	45.917	533.642	219.755	3.345.206	2.124	-	49.305	3.394.511	99%	1%
SICILIA	4.802.016	10.009.889	4.857.632	128.085	1.206.570	530.456	6.722.743	1.400	-	3.287.146	10.009.889	67%	33%
TOSCANA	3.651.152	7.845.916	0	138.369	1.400.844	691.108	2.230.321	611	5.615.595	-	7.845.916	28%	72%
UMBRIA	854.137	1.859.660	0	34.031	246.347	145.970	426.348	489	1.433.311	-	1.859.659	23%	77%
VALLE D'AOSTA	122.955	261.218	166.714	4.341	62.403	25.136	258.594	2.103	-	2.624	261.218	99%	1%
VENETO	4.838.253	10.181.660	0	187.979	2.073.430	945.252	3.206.661	663	6.974.999	-	10.181.660	31%	69%
ITALIA	58.850.717	123.810.149	10.487.533	1.982.157	22.058.971	10.143.153	44.671.814	759	75.734.000	3.404.335	123.810.149	36%	64%

Lo stato di salute in Italia

Longevità, speranza di vita, mortalità evitabile e rinuncia alle cure sono indicatori dello stato di salute di un paese.

La speranza di vita in buona salute è una sintesi efficace delle sfide poste da una società che invecchia: non basta vivere a lungo, ma vivere meglio (migliore qualità della vita e maggiore partecipazione attiva).

Nel 2024, in Italia si è raggiunto il massimo storico dell'aspettativa di vita.

Tuttavia, nonostante l'impennata della longevità, nel 2024 è calato l'indicatore che stima gli anni attesi di vita in buone condizioni di salute (Fonte: Rapporto annuale ISTAT 2025).

Purtroppo, nel 2024, il numero medio di anni di vita in buona salute alla nascita continua a ridursi: per gli uomini è 59,8 anni e per le donne è 56,6 anni (il minimo dell'ultimo decennio).

Giova ricordare che la “la speranza di vita in buona salute” è la percezione soggettiva del proprio stato di salute. Dopo un decennio di relativa stabilità, nel 2024, la percezione di buona salute cala ancora, segnalando una fragilità latente soprattutto tra le donne.

La longevità, invece, raggiunge, nel 2024, il suo massimo storico.

La mortalità evitabile (i decessi sotto i 75 anni che potrebbero essere ridotti o prevenuti con interventi efficaci di sanità pubblica o mediante la prevenzione dei fattori di rischio) colloca l'Italia al secondo posto nell'UE27 per il più basso tasso (la Francia è al 9° posto, la Germania al 14°).

Cresce nel 2024 il numero delle persone che avrebbe rinunciato alle cure: una persona su dieci riferisce che avrebbe rinunciato a visite ed esami specialistici a causa delle liste d'attesa o per problemi economici (difficoltà di pagare di tasca propria le prestazioni).

Pertanto, un Paese a luci ed ombre, in cui aumenta la longevità, ma peggiora l'aspettativa di vita in buona salute; in cui si riducono le morte evitabili ma cresce – e in misura significativa – il numero delle persone che rinunciano alle cure.

È pacifica dunque la circostanza che il SSN necessiti di una “manutenzione straordinaria”.

Gli interventi “tampone” degli ultimi anni, oggi non sono più sufficienti.

Occorre, dunque, agire con coraggio e determinazione.

La legge di bilancio 2025, nonostante una situazione macro-economica a dir poco incerta, ha comunque destinato alla sanità ingenti risorse, mai viste in passato.

E questo è un dato di fatto incontrovertibile.

Tuttavia, a problemi complessi, non esistono soluzioni semplici.

I temi trattati in questo contributo hanno messo in evidenza fenomeni – ben noti – sui quali negli anni non si è voluto (o potuto) intervenire:

- LEA ventennali mai aggiornati;
- FSN affetto da “conclamata” sottostima finanziaria;

- Tariffari “arrugginiti” risalenti agli anni ’90;
- Migrazione sanitaria dai connotati talvolta “patologici”;
- Quote capitarie foriere di disuguaglianze territoriali.

Pretendere, quindi, di dare una risposta immediata a criticità incancrenite è pura fantasia.

Inoltre, singolare appare l’esercizio di confrontare la situazione italiana con quella degli altri Paesi, senza tener conto delle specificità nostrane.

Un Paese che deve fare i conti con un debito pubblico che genera interessi passivi annuali pari al valore di tre “finanziarie”, non può di certo essere paragonato ad altri che presentano una situazione debitoria meno compromessa.

Un Paese che annovera 21 sistemi sanitari in competizione tra loro, con capacità organizzative e finanziarie diverse, non può di certo avere “fenomeni migratori” analoghi a quelli di altri Paesi (come Francia e Germania) i cui sistemi sanitari territoriali sono ben diversi dai nostri.

Un Paese in cui una legge dello stato risalente a diciotto anni fa non è stata ancora osservata, non può di certo paragonarsi con altri maggiormente rigorosi.

Un Paese in cui, per anni, la professione medica è stata oggetto di continui “attacchi”, in molti casi per fini poco commendevoli, e nulla ha fatto per mettere in protezione la categoria, non può oggi dolersi del fatto che alcune specializzazioni sia divenute poco attrattive, sia sotto il profilo economico che di responsabilità sanitaria.

Un Paese che entro il 2026 dovrà realizzare la “nuova autostrada del sole”, nell’ambito della nuova assistenza sanitaria territoriale, in tutte le sue declinazioni e che, frattanto, intende dar corpo a “barriere doganali”, pur di salvaguardare gli interessi dei territori più robusti, in danno di quelli ancora “convalescenti”, farà fatica a centrare per tempo gli obiettivi del PNRR.

Insomma, è giunto il momento in cui:

- a. si definiscano LEA sostenibili da aggiornare tempo per tempo;
- b. si determinino tariffe di remunerazione delle prestazioni che tengano conto dell’impatto dei fattori produttivi (tecnologici ed organizzativi) e degli esiti;
- c. si determinino le tariffe di sanità digitale;



- d. si intervenga sulla legge Gelli-Bianco in materia di responsabilità sanitaria;
- e. si intervenga sui fenomeni distorsivi della “quota capitaria” e della “migrazione sanitaria”;
- f. si intervenga su vincoli normativi “obsoleti” (a partire dalla famigerata Spending Review).

Flash-news

Intervista a Francesco Di Costanzo

Presidente PA Social e Fondazione Italia Digitale

a cura di Alessandra Dionisio

Social Media e Digital Manager nella Pubblica Amministrazione

Con l'approvazione del Decreto PA, la figura del Social Media e Digital Manager viene ufficialmente introdotta nella Pubblica Amministrazione. Quanto è importante questo riconoscimento?

È un passaggio epocale per la comunicazione pubblica in Italia. L'articolo 4 della Legge 9 maggio 2025 n. 69 sancisce, per la prima volta, il riconoscimento formale del ruolo del Social Media e Digital Manager nella PA. Un risultato frutto di anni di impegno da parte di migliaia di operatori attivi in tutto il Paese. Non si tratta solo di una formalità, ma di un segnale politico e culturale che sottolinea il valore strategico della comunicazione digitale nel rapporto tra istituzioni e cittadini.

Quali responsabilità avrà questa nuova figura professionale?

Il Social Media e Digital Manager sarà responsabile dell'ideazione di strategie digitali, della gestione dei social media e delle piattaforme online, nonché della promozione di un uso etico e consapevole delle nuove tecnologie – dall'intelligenza artificiale alla realtà virtuale – sempre nell'ottica del servizio pubblico. Il suo compito sarà quello di facilitare una comunicazione chiara, diretta ed efficace con la collettività, rendendo la PA più accessibile e moderna.

Perché la comunicazione digitale è diventata così centrale oggi nella PA?

Perché la comunicazione è uno strumento chiave per la trasparenza, la partecipazione civica e il miglioramento dei servizi. È un ponte tra le amministrazioni e i cittadini. Oggi più che mai, è essenziale per costruire fiducia e rendere le istituzioni più vicine alle persone. Finalmente, questo ruolo cruciale è riconosciuto anche a livello normativo.

Cosa cambia per i professionisti già attivi in questo settore?

Si valorizza finalmente una professionalità da tempo presente nelle amministrazioni pubbliche, ma fino ad ora rimasta priva di riconoscimento ufficiale. Oltre 20.000 professionisti, spesso inquadrati in modo generico, potranno ora vedere formalizzate le loro competenze. Il tutto senza impatti sulla finanza pubblica, ma con la possibilità concreta di nuove assunzioni future.

Quali sono i prossimi passi da compiere?

L'istituzione della figura è solo il primo tassello. È fondamentale definire in modo chiaro ruoli, competenze, percorsi formativi e modelli organizzativi capaci di integrare le diverse figure professionali che lavorano nella comunicazione pubblica: giornalisti, comunicatori, social media e digital manager. Solo così si potrà consolidare una struttura moderna, coordinata ed efficace.

Quali i prossimi obiettivi per la PA Social?

È stato raggiunto un traguardo significativo, ma la strada è ancora lunga: il nostro obiettivo resta una Pubblica Amministrazione sempre più innovativa, aperta e centrata sul cittadino.

ABSTRACT TESI PROGETTO
Master in Management in Sanità
XXI EDIZIONE
(a.a. 2022-2023)

TESI AREA TEMATICA

Organizzazione e gestione delle strutture sanitarie

Tutor: Vincenzo Giordano, Annalisa Granata (2022-2023)

Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e stili genitoriali. Definizione e applicazione di nuove strategie di intervento

Marianna Daria Devastato

Dirigente Psicologo Asl BT

Modello organizzativo e gestionale di presa in carico e follow up del paziente con frattura da fragilità

Luigi Niglio

Coordinatore di Reparto presso la U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia

Ospedale del Mare ASL Napoli 1 Centro

Identificazione delle barriere logistiche e organizzative nella vaccinazione HPV negli studenti della Scuola di Medicina dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II": una valutazione del potenziale ritorno in termini di salute in caso di ottimale copertura vaccinale

Michele Sorrentino

Medico Igienista - Dipartimento di Sanità pubblica - Università Federico II"

Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense

Campus della Salute, presso Policlinico San Matteo - Università di Pavia

Strategie di Vaccinazione Antinfluenzale per massimizzare il ritorno in termini di Salute e degli investimenti in Sanità

Giovanni Mazzei

Assistente Medico in Formazione - "Igiene e Medicina Preventiva"

Università Degli Studi di Napoli "Federico II"

Antibiotico resistenza, valutazione dell'efficacia di un sistema di sorveglianza integrata dei microrganismi "alert" in un'azienda ospedaliera di rilievo nazionale. Management e prospettive future

Linda Degl'Innocenti

Dirigente Biologo A.O.R.N. "A. Cardarelli"

Quantificazione dell'impatto dei fattori economici e sociosanitari sulle coperture vaccinali pediatriche obbligatorie e non obbligatorie per la definizione di nuove strategie di promozione vaccinale

Michelangelo Mercogliano

Dipartimento di Sanità Pubblica Università degli Studi di Napoli "Federico II"

Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e stili genitoriali. Definizione e applicazione di nuove strategie di intervento

Marianna Daria Devastato

I disturbi dell'Alimentazione sono patologie complesse, caratterizzate da un disfunzionale comportamento alimentare, un'eccessiva preoccupazione per il peso e un'alterata percezione della propria immagine corporea; possono presentarsi in modo alternato tra loro o in comorbidità con altri disturbi psichici. Teniamo conto del fatto che alimentarsi correla direttamente a come modelliamo, rappresentiamo e costruiamo i significati del nostro corpo, l'armonia o la disarmonia che può avere il corpo e che la rappresentazione della corporeità influenza il rapporto con l'ambiente esterno, con gli altri e dunque con la formazione del sé. Queste tematiche calate in ambito clinico e a contatto con genitori di un paziente affetto da Disturbo della Nutrizione e dell'Alimentazione si intrecciano frequentemente con il senso di colpa, con il senso di inabilità del genitore e con una conseguente perdita di assertività e competenza che non fanno altro che decostruire una tipologia di rapporto «sano» per sostituirlo con una «prigionia» inconsapevole, retta sia dal paziente che dal genitore stesso. Succede che i figli possano essere «strumenti», capaci di favorire o impedire la co-genitorialità. La letteratura sottolinea come delle aspettative irrealistiche e una lettura che tenga scarsamente in considerazione le effettive competenze del figlio possono alimentare lo stress del genitore e la probabilità di mettere in atto comportamenti scarsamente equilibrati aumentando l'esposizione a fallimenti continui circa la propria percezione di competenza genitoriale. Dall'esperienza clinica invece, emerge un continuo ricorso a canali esterni rispetto alla famiglia, come i gruppi presenti su varie piattaforme social chiamati “proana” ai quali si iscrivono tutti gli utenti che desiderano perdere peso. I soggetti che ne fanno parte si “supportano” attraverso delle regole rigide per ridurre drasticamente le



calorie o per utilizzare pratiche di compenso come il vomito auto indotto. Dallo studio della letteratura e dall'osservazione delle modalità attraverso le quali i pazienti affetti dai disturbi della nutrizione interagiscono virtualmente, nasce la necessità di creare un nuovo modello di intervento che tenga conto della coppia genitoriale come chiave di volta della terapia stessa al fine di ridurre le incongruenze tra stile genitoriale e lo sviluppo individuale del paziente e al fine di ritrovare regole chiare e definite all'interno della famiglia stessa (*funzione normativa*) che permettano al soggetto affetto da DNA di vivere in un sistema educativo coerente che funga sia da base proattiva di crescita sia da catalizzatore per lo sviluppo delle caratteristiche peculiari della personalità. L'ipotesi è legata alla possibilità che lo scarso contatto genitoriale o una relazione poco direttiva e supportiva del genitore porti i giovani pazienti ad avere più difficoltà ad affrontare il disturbo alimentare, così da rendere necessario un supporto esterno, in questo caso i gruppi «proana». I soggetti della ricerca sono ragazze/i affetti da disturbi alimentari e ragazze/i non affetti da disturbi alimentari. L'età dei soggetti varia da 13 a 22 anni. Oltre ai soggetti di età adolescenziale e prima età adulta, saranno coinvolti i loro genitori per analizzare la rilevanza del loro ruolo nell'ambito diagnostico terapeutico. Nel Campione Non Clinico, si andrà a verificare se le variabili indipendenti predicono la presenza di disturbi alimentari e il livello di salute mentale nei figli. La definizione di questo protocollo *EX NOVO* si propone di migliorare le condizioni cliniche degli utenti e di ottimizzare i tempi del processo di cura.

Modello organizzativo e gestionale di presa in carico e follow up del paziente con frattura da fragilità

Luigi Niglio

Le fratture da fragilità ossea richiedono una urgente implementazione delle strategie di prevenzione primaria da mettere in atto per evitare la prima frattura e programmi di prevenzione secondaria, con lo scopo invece di evitare la rifrattura da fragilità.

Nel 2020 in Campania nasce il progetto “Frattura da fragilità: prevenzione, gestione e presa in carico del paziente”. L’obiettivo è garantire un’ottimale gestione della problematica, costituendo uno specifico modello organizzativo.

L’approfondimento del P.D.T.A. Gestione della frattura di femore nel paziente ultra-65enne (*delib. n.1063-15/10/2020*), prende le mosse dalla partecipazione dello scrivente al gruppo di lavoro dell’ASL Napoli 1 Centro che si è occupato della sua redazione. Il P.D.T.A. propone un modello caratterizzato da un efficace *management* dei pazienti con frattura femorale, prevede il monitoraggio e la valutazione di *specifici indicatori di performance* in fase acuta ospedaliera, in fase post acuta e definisce il percorso riabilitativo. Linee guida prevedono che un paziente con frattura del collo del femore debba essere sottoposto ad intervento entro 24/48 ore dal suo ingresso in ospedale.

Modalità operative

- 1 fase pre-ospedaliera
- 2 fase ospedaliera
- 3 fase riabilitativa in fase acuta
- 4 fase riabilitativa in fase post-acuta

Una revisione sistematica (Wu Chih-Hsing et al., Fracture liaison services improve outcomes of patients with osteoporosis-related fractures: a

systematic literature review and meta-analysis. Bone 2018) ha valutato l'efficacia comparativa delle Fracture Liaison Services rispetto alle cure usuali e ha evidenziato che sono sufficienti 20 trattamenti per evitare una rifrattura e 33 trattamenti per evitare un decesso.

Il presente lavoro richiama anche l'esperienza fornita dal progetto Max2 (2021) che propone di sviluppare un approccio di presa in carico del paziente con fragilità ossea denominato "ITA-Post-Fracture Care Model", ovvero un modello FLS adattato e rispondente alle istanze del contesto italiano, ha visto la partecipazione di diversi Centri LAB tra cui l'Ospedale del Mare. È stata effettuata l'analisi del percorso del paziente e l'identificazione dei relativi punti di forza e di attenzione nonché delle figure professionali impegnate.

Grazie alle misure descritte e alle attività tracciate, gli elementi fondamentali per un efficace modello organizzativo di presa in carico e follow up sono:

Screening: istituzione criteri di referral strutturati e algoritmi specifici per l'individuazione di pazienti con sospetta fragilità ossea;

Ambulatorio dedicato: presenza ambulatorio solo per i pazienti con fragilità ossea, con agenda riservata e personale sanitario specializzato;

Case management: definizione figura dedicata alla gestione dei pazienti con frattura da fragilità all'interno della struttura ospedaliera e nel percorso di presa in carico territoriale;

Multidisciplinarietà: formazione team multidisciplinare composto da tutti gli specialisti che seguono il paziente con frattura da fragilità nelle varie fasi del suo percorso di cura;

Database: strutturazione banca dati per la registrazione e gestione dei pazienti con fragilità ossea in carico alle strutture ospedaliere e territoriali;

Network: consolidare network tra ospedale e territorio;

Monitoraggio: definizione indicatori per monitorare i processi e gli esiti del percorso del paziente;

Prevenzione ed educazione: favorire partecipazione a momenti di comunicazione, sensibilizzazione e formazione sia del personale sanitario che dei pazienti;

Patient experience: indagine dell'esperienza dei pazienti durante il percorso di cura, ad esempio alle garanzie della privacy, alle condizioni di accesso alle strutture, all'adattamento del piano terapeutico.

Tutto ciò consente l'attivazione di un percorso "protetto" e multidisciplinare, che migliora gli standard qualitativi e i costi socio sanitari.

**Identificazione delle barriere logistiche e organizzative
nella vaccinazione HPV negli studenti della Scuola di
Medicina dell'Università degli studi di Napoli
“Federico II”: una valutazione del potenziale ritorno
in termini di salute in caso di ottimale copertura vaccinale**

Michele Sorrentino

Nonostante l'efficacia comprovata, la copertura vaccinale contro l'HPV è ancora sub-ottimale. I fattori che influenzano l'adesione alla vaccinazione includono il livello di istruzione, la posizione socioeconomica e la conoscenza sull'HPV. Questo studio mira a valutare l'adesione alla vaccinazione contro l'HPV e i suoi correlati tra gli studenti di medicina e a identificare le barriere logistiche-organizzative, la conoscenza e le attitudini nei confronti della vaccinazione contro l'HPV al fine di migliorare le attuali strategie di vaccinazione della salute pubblica. Gli studenti di medicina, per le loro conoscenze specifiche, sono stati selezionati come gruppi a basso rischio per l'adesione alla vaccinazione contro l'HPV. Questo studio trasversale è stato condotto utilizzando un questionario validato.

Inizialmente, sono stati invitati gli studenti dei primi 3 anni di studio. Successivamente, l'invito è stato esteso a tutti gli studenti di medicina. La regressione logistica multivariata è stata utilizzata per valutare i determinanti dell'adesione alla vaccinazione contro l'HPV. Un'analisi aggiuntiva ha esplorato i determinanti della conoscenza e dell'attitudine nei confronti della vaccinazione contro l'HPV. Infine, è stata ampliata l'analisi per valutare anche l'effetto di conoscenza e attitudine sul tasso di vaccinazione contro l'HPV.

Sono stati arruolati complessivamente 882 studenti di medicina, con il 74,5% iscritti nei primi 3 anni del loro corso di formazione. L'adesione alla vaccinazione riscontrata è stata del 55,5%, variando dal 78,5% per le donne al 16,5% per gli uomini. Il sesso maschile e l'aumentare dell'età erano costantemente associati a una minore adesione alla vaccinazione (sesso maschile: OR 0,03, CI 0,02–0,05; età: OR 0,77, CI 0,68–0,88), mentre il progredire nella carriera accademica era associato a una maggio-



re probabilità di essere vaccinati (6° anno: OR 3,45, CI 1,24–9,57). Queste associazioni sono state confermate anche considerando la conoscenza e l'attitudine nei confronti dell'HPV. Inoltre, un coinvolgimento attivo da parte delle istituzioni sanitarie era associato a una maggiore probabilità di ricevere la vaccinazione contro l'HPV (OR 1,70, CI 1,09–2,65).

L'adesione alla vaccinazione contro l'HPV negli studenti di medicina era superiore rispetto alla popolazione generale, ma ancora subottimale. Una strategia di chiamata attiva e aggiornata e l'estensione dell'offerta gratuita sono misure essenziali per migliorare l'adesione alla vaccinazione. I risultati supportano la necessità di migliorare le strategie di salute pubblica e aumentare la consapevolezza e la conoscenza riguardo alla vaccinazione contro l'HPV.

Strategie di Vaccinazione Antinfluenzale per massimizzare il ritorno in termini di Salute e degli investimenti in Sanità

Giovanni Mazzei

L'influenza è una malattia ubiquitaria. Nel mondo le epidemie annuali provocano circa 250.000-500.000 decessi, di cui il 90% si verifica in soggetti di età superiore ai 65 anni. In Italia l'influenza è classificata tra le prime 10 cause di morte, sottolineando la gravità di questa malattia e la necessità di interventi efficaci. La forma più efficace di prevenzione dell'influenza è la vaccinazione. Data la stagionalità di questa infezione e l'alternanza di diversi ceppi influenzali, è necessario che venga effettuata una campagna vaccinale annuale. Gli obiettivi sono di ridurre: il rischio individuale di malattia, ospedalizzazione e morte delle persone a rischio; il rischio di trasmissione a soggetti ad alto rischio di complicanze; infine, ridurre i costi sociali connessi con morbosità e morbidità.

Nonostante l'esistenza di vaccini antinfluenzali, la copertura vaccinale rimane bassa in molte regioni. Questo può essere attribuito a una serie di fattori, tra cui la mancanza di accesso ai servizi sanitari, la mancanza di consapevolezza dell'importanza della vaccinazione e le preoccupazioni sulla sicurezza dei vaccini. Inoltre, gli investimenti in sanità sono un aspetto cruciale per garantire una copertura vaccinale efficace. Tuttavia, in molte regioni, questi investimenti sono insufficienti o non vengono utilizzati in modo efficace. Questo può portare a una copertura vaccinale inadeguata, con conseguente aumento del numero di casi di influenza e dell'impatto sulla salute pubblica.

Questa tesi esamina le strategie di vaccinazione antinfluenzale con l'obiettivo di aumentare il ritorno in termini di salute degli investimenti in sanità. L'obiettivo principale è capire come gli strumenti di organizzazione e gestione delle strutture sanitarie possano ottimizzare l'efficacia della vaccinazione antinfluenzale. Questo potrebbe tradursi in un minor numero di casi di influenza, meno decessi e un miglioramento generale della salute

pubblica. Inoltre, potrebbe anche portare a risparmi significativi in termini di costi sanitari.

L'uso di strumenti di organizzazione e gestione delle strutture sanitarie può aumentare la copertura vaccinale e migliorare la salute pubblica.

In particolare

- **Migliorare l'Accesso alla Vaccinazione:** può includere l'estensione degli orari di apertura dei centri di vaccinazione, la fornitura di servizi di vaccinazione a domicilio per le persone che non possono recarsi in un centro di vaccinazione o l'implementazione di cliniche di vaccinazione mobile.
- **L'uso di sistemi di prenotazione online** permettendo alle persone di prenotare appuntamenti per la vaccinazione in modo conveniente e flessibile.
- **Promemoria per le vaccinazioni:** possono includere promemoria telefonici, messaggi di testo o e-mail che vengono inviati alle persone per ricordare loro di ricevere la vaccinazione.
- **Campagne di sensibilizzazione, educazione e informazione:** fornire informazioni accurate e comprensibili sui vaccini antinfluenzali e sulla loro importanza.
- **Rafforzare la formazione del personale sanitario**
- **incentivi:** utilizzati per incoraggiare le persone a vaccinarsi. Questo potrebbe includere sconti sui servizi sanitari, premi o riconoscimenti.
- **Gestione dei dati:** l'uso di dati e analisi può aiutare a identificare le aree in cui la copertura vaccinale è bassa e dove sono necessari interventi mirati
- **Distribuzione di Cartoline:** collaborando con l'azienda, si potrebbero distribuire cartoline informative direttamente alle case delle persone.

Attraverso un disegno sperimentale, la ricerca esplora l'interazione tra le strategie di vaccinazione, gli investimenti in sanità e l'organizzazione delle strutture sanitarie. I risultati preliminari indicano che un approccio integrato può portare a un miglioramento significativo dell'efficacia della vaccinazione. Questo, a sua volta, può portare a un maggiore ritorno sugli investimenti in sanità, con benefici sia per gli individui che per la società nel suo complesso.

Antibiotico resistenza, valutazione dell'efficacia di un sistema di sorveglianza integrata dei microrganismi “alert” in un'azienda ospedaliera di rilievo nazionale. management e prospettive future

Linda Degl'Innocenti

Il fenomeno dell'antibioticoresistenza (AR) è crescente in Italia, dovuto in parte ad un utilizzo eccessivo ed inappropriato di antibiotici, soprattutto ad ampio spettro, e al protrarsi di profilassi pre-operatorie, in parte al carente sviluppo di nuove molecole antimicrobiche e alla scorretta applicazione di norme e precauzioni igieniche.

L'attuale presenza di microrganismi multiresistenti agli antibiotici isolati in pazienti degenti risulta essere un problema per il carico ulteriore di malattia che comporta sui pazienti più fragili, per la difficoltà di trovare terapie efficaci, per la difficoltà di riduzione di circolazione in ambiente ospedaliero ed infine per l'eventuale apertura di contenzioso verso le strutture di ricovero e cura. Nelle strutture sanitarie la gestione di pazienti con positività microbiologica ad un alert organism (batteri patogeni antibiotico-resistenti rilevanti dal punto di vista clinico e del controllo delle infezioni) richiede necessariamente l'adozione di specifici comportamenti assistenziali atti a ridurre, quanto più possibile, la circolazione e la trasmissione di tali microrganismi che sono conseguenza di notevoli rischi quali l'aumento della probabilità di fallimento terapeutico, l'aumento di morbidità e mortalità e l'aumento durata della degenza ospedaliera.

La colonizzazione intestinale da *Klebsiella pneumoniae* produttore di carbapenemasi KPC (KPC-Kp) rappresenta la maggior fonte di epidemie ospedaliere ed è associata al rischio di sviluppare infezione da KPC-Kp.

In base a questi presupposti, il presente studio ha riguardato la messa a punto di uno screening selettivo di un numero significativo di campioni di feci (tamponi rettali) per la ricerca e l'isolamento di ceppi di Enterobatteri Resistenti ai Carbapenemi (CRE).

Sono stati valutati retrospettivamente i risultati dei tamponi rettali, per-

venuti nel biennio 2022-2023 presso il Laboratorio di Microbiologia dell'A.O.R.N. "A. Cardarelli" ed eseguiti per la ricerca di CRE, di pazienti afferenti al Pronto Soccorso, Osservazione breve e Medicina d'Urgenza, cui affluisce una popolazione di pazienti "extraospedaliera" ed al reparto di Rianimazione Adulti, in cui sono ricoverati pazienti critici.

Nei reparti dell'area emergenza urgenza è stata riscontrata una positività per CRE nel 16% dei tamponi praticati, mentre nel reparto Rianimazione Adulti si è riscontrata una percentuale maggiore, pari al 28%. Questo dato pone l'accento sull'importanza della valutazione delle colonizzazioni e dell'isolamenti di alert organism, che consente di prevenire o identificare precocemente eventi epidemici. Attivare rapidamente le misure di contenimento garantisce una migliore gestione delle risorse strutturali organizzative ed economiche relative a questi microrganismi, favorendo la cultura della cura di pazienti fragili a rischio infettivo.

La sorveglianza continuativa dei dati microbiologici di laboratorio può costituire un'utile fonte informativa per identificare precocemente eventi sentinella, che rappresentano degli indicatori privilegiati di infezioni correlate all'assistenza ed epidemie ospedaliere.

Al fine di ridurre i tempi di refertazione e di comunicazione di AR ai reparti è auspicabile l'introduzione di tecnologie di "fast microbiology". L'introduzione di queste nuove tecnologie laboratoristiche consente di ottimizzare la cura dei pazienti attraverso l'utilizzo di terapie antibiotiche mirate, ridurne i tempi di degenza e il diffondersi così di ceppi multiresistenti.

Quantificazione dell'impatto dei fattori economici e sociosanitari sulle coperture vaccinali pediatriche obbligatorie e non obbligatorie per la definizione di nuove strategie di promozione vaccinale

Michelangelo Mercogliano

I vaccini rappresentano un intervento altamente costo-efficace e di facile gestione per prevenire malattie infettive, incluse le più gravi. Tuttavia, in Europa e in Italia, la copertura vaccinale pediatrica resta subottimale per alcuni vaccini, con significative variazioni regionali influenzate da fattori socio-economici e organizzativi. Attualmente, in Italia, la copertura per il vaccino antitetanico a 24 mesi varia dall'81% per la Provincia Autonoma di Bolzano a una media nazionale del 94%; la copertura per il morbillo è inferiore all'80% in alcune regioni, rispetto alla media nazionale del 94%. Queste discrepanze possono dipendere da vari fattori, quali percezione della gravità delle malattie, dubbi sulla sicurezza dei vaccini, problemi organizzativi e logistici, carenze informative, differenze culturali e fiducia nelle autorità.

Obiettivi e Metodologia

Lo scopo di questo studio è analizzare l'influenza dei fattori socio-economici e organizzativi sulle coperture vaccinali in Regione Campania. Utilizzando dati storici consolidati, è stato valutato l'impatto dell'Indice di Deprivazione (ID), della disponibilità di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) sulla copertura delle vaccinazioni pediatriche obbligatorie e non obbligatorie tra le Aziende Sanitarie Locali e i Distretti Sanitari per le coorti di nascita dal 2001 al 2015. I dati sulla copertura vaccinale di DTPa, Haemophilus influenzae tipo b, Epatite B e MPR sono stati estratti dal database regionale delle vaccinazioni, mentre le informazioni sull'ID e sul numero di MMG e PLS per DS sono state ottenute dai registri della sanità pubblica. Le associazioni tra le variabili di interesse e la copertura vaccinale sono state valutate tramite modelli di regressione lineare a effetti misti.

Risultati

La copertura vaccinale complessiva è aumentata negli anni, eccetto per il vaccino MPR che ha mostrato fluttuazioni. Un aumento dell'ID è stato associato a una diminuzione della copertura vaccinale nel gruppo di età "24 mesi" per alcuni vaccini obbligatori (DTaP: Coeff -0.97 , IC 95% $-1.77|-0.17$; Poliomielite: Coeff -0.98 , IC 95% $-1.78|-0.17$; Epatite B: Coeff -0.90 , IC 95% $-1.71|-0.10$). Inoltre, le aree con una maggiore densità di PLS per abitanti hanno registrato una maggiore copertura per Haemophilus influenzae tipo b nel gruppo di età "6 anni" (Coeff 9.78 , IC 95% $1.00|18.56$).

Conclusioni

Le disuguaglianze sociali influenzano la salute e il benessere, rendendo la copertura vaccinale una priorità sanitaria. Le differenze nella copertura derivano da requisiti di vaccinazione obbligatoria, struttura organizzativa sanitaria e fattori socio-economici. Per migliorare la situazione, è essenziale indirizzare le politiche sanitarie, espandere le campagne vaccinali, rafforzare i programmi di recupero e aumentare le risorse nell'assistenza primaria. Il ruolo di MMG e PLS è cruciale per promuovere l'adesione alle vaccinazioni, e la loro collaborazione con istituzioni educative e associazioni volontarie può potenziare la copertura vaccinale.

Per pianificare meglio future strategie, è necessario migliorare i dati disponibili riguardo la copertura per fasce di età e aumentare le fasce d'età considerate, estendere le indagini epidemiologiche a un numero maggiore di anni di studio, analizzare vaccini aggiuntivi e non obbligatori come Rotavirus e HPV e valutare la copertura per il COVID-19. Le politiche di sanità pubblica devono mirare a ridurre le disuguaglianze vaccinali tramite campagne mirate, programmi specifici per le aree deprivate e potenziamento dei programmi di recupero. Azioni da poter attuare sono: studi di vaccine hesitancy, formazione comunicativa per PLS e MMG, potenziare gli ambulatori vaccinali, coinvolgimento degli istituti scolastici, educazione nei corsi preparto, coinvolgimento di ginecologi e MMG per vaccinazioni gravidiche e della prima infanzia, potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico per notifiche e promemoria vaccinali.

TESI AREA TEMATICA

Governo Clinico e risk management

Tutor: Patrizia Cuccaro (2022-2023)

Soluzioni innovative di Clinical Governance: realtà virtuale e aumentata a supporto delle terapie tradizionali in età evolutiva. Governo clinico e gestione del rischio

Giuseppa Ulturale

Neuropsichiatra Infantile ASL Benevento

P.A.C.C. 410: recupero di appropriatezza e sostenibilità in un Sistema Sanitario Nazionale orientato alla deospedalizzazione

Francesco Petino

Infermiere presso U.O.C. di Sub Intensiva Respiratoria

AORN dei Colli

Frameworks per il miglioramento continuo della qualità della sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico alla luce della WHO Global Strategy of Infection Prevention Control: uno studio prospettico

Simona Del Sorbo

Dipartimento di Sanità Pubblica

Università degli Studi di Napoli "Federico II"

Fenomeno del sovraffollamento del Pronto Soccorso: strategie di analisi e governo in un DEA pediatrico di II livello

Stefania Muzzica

Dirigente Medico AORN Santobono

Sicurezza nel percorso nascita: una sfida globale nel Dipartimento Materno Infantile dell'ASL Napoli 2 Nord

Cristina Schiattarella

Dirigente Medico ASL Napoli 2 Nord

Soluzioni innovative di Clinical Governance: realtà virtuale e aumentata a supporto delle terapie tradizionali in età evolutiva. Governo clinico e gestione del rischio

Giuseppa Ultrale

Le “Tecnologie Immersive” sono l’insieme di tecnologie funzionali a emulare un ambiente fisico, sfruttando dei mezzi digitali e delle interfacce interattive che, grazie alla stimolazione sensoriale, consentono di indurre determinate sensazioni e di creare delle esperienze più o meno immersive. Includono la Realtà Aumentata, la Realtà Virtuale e video a 360°. La realtà virtuale (RV) è una tecnologia che immerge l’utente in un ambiente sintetico tridimensionale (3D) tramite schermi indossabili sotto forma di visori RV, mentre la realtà aumentata (RA) strettamente correlata utilizza elementi della realtà virtuale e li sovrappone all’ambiente del mondo reale sotto forma di video dal vivo visualizzato sullo schermo di un dispositivo elettronico. Entrambe forniscono stimoli multisensoriali (visivi, uditivi, olfattivi, cinestesici) con l’obiettivo di rendere questi input talmente realistici da replicare gli stimoli del mondo reale. L’interesse verso l’impiego della RV e della RA nella comunità scientifica è notevolmente aumentato, anche per il loro possibile utilizzo in trattamenti riabilitativi innovativi in ambito cognitivo-motorio. Esse offrono opportunità uniche per migliorare l’efficacia degli interventi riabilitativi, fornendo ambienti simulati sicuri, controllati e ripetibili personalizzabili creando l’illusione di trovarsi in un altro luogo, grazie al cosiddetto senso di presenza, e rispondono in modo realistico agli stimoli virtuali, compresa la reattività sia fisiologica che neurale, il cosiddetto “*embodiment*”.

La crescita degli ultimi anni di richiesta riabilitativa (domanda) con la presa in carico per i minori che dura molti anni con scarso turnover (offerta) ha causato una costante saturazione dei centri convenzionati disponibili. Ciò ha comportato un maggiore impiego di personale con insufficiente soddisfacimento delle richieste e notevoli ripercussioni negative sulla cit-

tadinanza e sugli stakeholders.

L'ASL di Benevento pur essendo una piccola azienda a prevalente caratterizzazione territoriale ha purtroppo una popolazione anziana che impegna notevoli risorse riabilitative con superamento cronico dei tetti di spesa a discapito della popolazione più giovane con disabilità.

Il progetto persegue la finalità di massimizzare gli interventi riabilitativi riducendo l'impegno di risorse umane attraverso l'impiego di stanze immersive che, riproducendo ambienti di vita quotidiana, permettono l'acquisizione di autonomie operative personali e sociali dei giovani utenti in totale sicurezza e con approcci standardizzati.

Obiettivi organizzativi - gestionali

aumentare gli output con pari risorse (massimizzazione) permettendo di trattare un maggior numero di soggetti.

Obiettivi clinici

aumentare gli *outcomes* delle *performance* individuali e migliorare le abilità adattive che verranno misurate con apposite scale standardizzate (Vineland - II e ABAS - II) nelle 4 aree esaminate (comunicazione, abilità del vivere quotidiano, socializzazione, abilità motorie). Le AVQ (abilità di vita quotidiana) saranno misurate all'inizio e alla fine del periodo e daranno la misura dei risultati raggiunti.

Parole chiave: realtà virtuale, realtà aumentata, abilitazione, equilibrio, autonomie personali, autonomie sociali.

Materiali e metodi

il progetto avrà la durata di 24 mesi, coinvolgerà minori di età compresa tra i 12 e 16 aa con Disturbi del Neurosviluppo secondo il DSM-V. Saranno attivati laboratori immersivi con RV e RA per la promozione di Attività di Vita Quotidiana di gruppo in ambiente controllato, sicuro e protetto. Le sedute saranno di 60 minuti ognuna e una frequenza trisettimanale.

Risultati Attesi

acquisizione di AVQ sia personali che sociali in *setting* più ecologici con riduzione dei costi nel medio e lungo termine.

Conclusioni

Il progetto prevede un abbattimento sul medio e lungo termine di impiego di risorse umane ed economiche con l'utilizzo di laboratori in piccoli gruppi impegnando un terapeuta ogni 5 minori.

P.A.C.C. 410: recupero di appropriatezza e sostenibilità in un Sistema Sanitario Nazionale orientato alla deospedalizzazione

Francesco Petino

L'appropriatezza è un parametro multidimensionale che valuta la qualità dell'assistenza in termini di efficacia, efficienza, tempestività, necessità clinica e variabilità geografica della pratica clinica. In un contesto di limitatezza delle risorse, l'appropriatezza diventa un *driver* di gestione, riducendo la diseconomia del sistema e favorendo la deospedalizzazione, mantenendo alti livelli di qualità e sicurezza. La Campania ha introdotto un modello innovativo di gestione organizzativa dell'assistenza sanitaria con l'introduzione del *Day Service* ambulatoriale per l'effettuazione della chemioterapia (P.A.C.C. 410 – percorso ambulatoriale complesso e coordinato in sostituzione del DRG 410), che si ispira ad un concetto globale di appropriatezza e sostenibilità delle cure.

Analisi del contesto di riferimento

Il *setting* di sperimentazione del *project work* è il P.O. Monaldi, presidio ad indirizzo cardiorespiratorio e oncologico dell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale dei Colli.

Da alcuni anni, l'AORN ha avviato e implementato il modello organizzativo del *Day Service* per perseguire obiettivi di sostenibilità di sistema a pari livello di efficacia e sicurezza.

Obiettivi

L'obiettivo è stato quello di sperimentare l'impatto del *Day Service* in termini: economico-finanziari per l'azienda: aumento della remuneratività del percorso di chemioterapia includendo anche le prestazioni diagnostiche *In House*;

- economici “di sistema”: riduzione della quota di rimborso *tout court* previsto per il corrispondente regime di ricovero DH (DRG 410);
- *governance* istituzionale: riduzione dell'ospedalizzazione (indicatore NSG);
- organizzativi: implementazione di un sistema di gestione operativa del percorso fondato su soluzioni tecnologiche ad alta fedeltà per la prescrizione,

l'organizzazione dell'offerta ambulatoriale e la sicurezza di processo;
- assistenziali: aumento dei livelli degli standard di efficacia, della presa in carico globale mediante percorso diagnostico terapeutico e della *Quality of life* del paziente.

Materiali e Metodi

L'implementazione del *Day Service* per P.A.C.C. 410 in Azienda ha previsto un nuovo *reengineering* del processo.

Lo studio ha riguardato i dati raccolti dal 09/01/2023 al 05/05/2024 attraverso il sistema *Tableau* dall'Azienda dei Colli (Cotugno, CTO, Monaldi), uno strumento della regione Campania per il monitoraggio del sistema *e-Prescription* di So.Re.Sa.

L'analisi ha riguardato il numero delle prenotazioni rispetto alle prescrizioni ed i P410 erogati, ciò ha permesso il calcolo dell'indice di cattura aziendale. Altri dati importanti riguardano il numero di esami strumentali correlati al paziente oncologico, erogati in regime di *Day Service*.

I suddetti dati sono corredati anche da quelli inerenti all'aspetto economico in termini di rimborso lordo.

Risultati e Conclusioni

Col passaggio dal regime di *Day Hospital* al regime di *Day Service*, si è osservato nel periodo oggetto di studio, un importante aumento delle prestazioni diagnostiche erogate *In House* con un rimborso lordo di 1.671.576 € rispetto agli anni precedenti. Anche l'elevato indice di cattura (75,7%) ha determinato un maggiore introito, infatti dal 9 gennaio 2023 al 5 maggio 2024 si è stimato un ritorno in termini di rimborso economico delle prestazioni prenotate di 3.771.145,6 €.

Per quanto riguarda i P.410, ne sono stati prenotati n. 5.292, considerando una media di almeno 6 accessi l'anno per paziente e moltiplicati per 180 €, si è ottenuto un ricavo lordo di 5.715.360 € al fronte di 4.772.268 € del 2022.

A valle dei risultati raggiunti, possiamo affermare che l'istituzione del percorso di *Day Service* presso l'AORN dei Colli non ha garantito solo un progresso in termini di appropriatezza, ma anche un netto aumento in termini economici, nonché un miglioramento della *Quality Life* del paziente.

Frameworks per il miglioramento continuo della qualità della sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico alla luce della WHO Global Strategy of Infection Prevention Control: uno studio prospettico

Simona Del Sorbo

La sicurezza delle cure rappresenta una sfida globale per la Sanità Pubblica, con impatti significativi in termini di morbidità, mortalità e costi sociali. Le infezioni correlate all'assistenza sanitaria, come le infezioni del sito chirurgico (SSI), sono tra gli eventi avversi più frequenti che occorrono durante l'assistenza sanitaria. La sorveglianza epidemiologica delle SSI rappresenta un aspetto cruciale per la prevenzione e gestione di tali infezioni. Il *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030* e la *WHO Global Strategy on Infection Prevention and Control* (GSIPC) forniscono indicazioni strategiche per ottenere miglioramenti misurabili e ridurre il rischio di infezioni ospedaliere.

Setting di sperimentazione

Nel presente project work è definito lo sviluppo di frameworks per il miglioramento continuo della qualità della sorveglianza delle SSI, alla luce della GSIPC, implementato attraverso l'utilizzo delle metodologie lean nell'ambito dell'Azienda Ospedaliera Universitaria (A.O.U.) Federico II.

Obiettivi

Obiettivi dello studio sono l'analisi del sistema di sorveglianza epidemiologica delle SSI e la valutazione dell'applicazione di frameworks per il miglioramento continuo della qualità della sorveglianza delle SSI.

Materiali e metodi

Lo studio prospettico osservazionale ha previsto una raccolta dei dati relativi a pazienti sottoposti a procedure chirurgiche, dimessi dal 2015 al 2023. La metodologia Lean Six Sigma è stata utilizzata per analizzare il sistema di sorveglianza epidemiologica delle SSI. Per la valutazione dell'efficacia degli interventi correttivi sono stati definiti outcomes surrogati, quali l'aumento percentuale di interventi sorvegliati e la rilevazione

di un numero di SSI sul campione esaminato di almeno 0,5%.

Risultati

L'utilizzo del Lean Six Sigma ha consentito di realizzare un'analisi del sistema di sorveglianza, inteso come processo, e miglioramenti significativi nella percentuale di schede compilate correttamente (+5%) e nella diagnosi di SSI (+7,6%), nel biennio immediatamente seguente l'implementazione degli interventi. Tuttavia, negli anni successivi, la sorveglianza epidemiologica ha restituito dati relativi al reporting e all'incidenza di SSI in parte sovrapponibili a quelli registrati nel periodo precedente le misure correttive. Sono stati, pertanto, proposti interventi che prevedono l'applicazione, al contesto aziendale, delle direzioni strategiche della GSIPC e degli Indicatori di struttura e processo (ISP) adottati dal *Protocollo della Sorveglianza Nazionale delle Infezioni Del Sito Chirurgico (Snich2)*.

Discussione

La sorveglianza epidemiologica delle SSI è fondamentale per la prevenzione e gestione di tali infezioni, e richiede un miglioramento continuo della qualità. L'utilizzo della metodologia Lean Six Sigma ha dimostrato di essere efficace nell'identificare le criticità e proporre soluzioni. Tuttavia, i successi ottenuti mediante applicazione degli interventi correttivi individuati nell'Improve del ciclo DMAIC hanno mostrato un declino negli anni. Alla luce della GSIPC, sono stati individuati ulteriori interventi applicabili al contesto dell'A.O.U.: riformulazione della strategia multimodale aziendale e sua integrazione con altri programmi aziendali, creazione e implementazione di programmi di studio IPC accreditati all'interno dei corsi sanitari pre-laurea e della formazione continua, curriculum standardizzati per IPC e SSI, campagne di sensibilizzazione di operatori sanitari, pazienti e comunità locale, studi qualitativi per l'individuazione delle cause di successo o fallimento degli interventi. L'utilizzo degli ISP a livello di ospedale/unità e raccolti aggregati per tipo di intervento potrebbe facilitare un incremento quali-quantitativo della sorveglianza.

Conclusioni

Il Lean Six Sigma, le direzioni strategiche del GSIPC e gli ISP dello Snich2 possono guidare interventi correttivi mirati ed efficaci, volti al miglioramento continuo della qualità della sorveglianza delle SSI e della sicurezza dei pazienti.

Fenomeno del sovraffollamento del Pronto Soccorso: strategie di analisi e governo in un DEA pediatrico di II livello

Stefania Muzzica

L'overcrowding è un problema che da molti anni affligge i pronto soccorso (PS) di tutto il mondo e che ha avuto e continua ad avere una grande risonanza nel mondo manageriale e di sanità pubblica ma anche nella comunità scientifica a causa della sua importanza, della sua complessità e delle gravi implicazioni ad esso associate. Il buon funzionamento delle strutture di PS è responsabilità complessiva dell'intero ospedale e con esso dell'intera rete dei servizi sanitari. In quest'ottica è evidente che solo alcune soluzioni per il sovraffollamento proposte dalla letteratura sono sotto il controllo diretto dei responsabili del DEA, mentre la problematica del crowding dovrebbe essere valutata dalle istituzioni non come problematica di esclusivo interesse dei PS, ma bensì come una problematica che coinvolge tutto il sistema ospedale.

Nel project work che qui si presenta, sono analizzate le strategie di riferimento istituzionale applicabili al fenomeno del crowding finalizzate a sviluppare un piano di gestione del sovraffollamento in PS, seguendo le linee di indirizzo nazionali del Ministero della Salute, per arrivare alla definizione di strategie per la corretta gestione dei pazienti urgenti, anche al fine di contribuire al superamento delle disuguaglianze ancora oggi osservabili tra i diversi contesti regionali ed aziendali.

Setting di sperimentazione

Il project work è stato sviluppato e sperimentato nel DEA dell'AORN Santobono-Pausilipon, sede del PS pediatrico d'Italia con il più alto numero di accessi.

Obiettivi

Obiettivo del progetto è migliorare la qualità del servizio di emergenza ospedaliera in termini di appropriatezza, sicurezza ed efficienza, secondo

i principi della clinical governance attraverso l'identificazione di soluzioni per la riduzione dei tempi di attesa e permanenza in PS, il miglioramento della qualità della prestazione percepita dagli utenti e l'appropriatezza dei ricoveri.

Materiali e metodi

Al fine di identificare strategie di gestione finalizzate al contenimento del fenomeno dell'overcrowding è stata condotta l'analisi dei dati e dei flussi ospedalieri secondo logiche di operations management e i relativi impatti su pazienti, operatori ed organizzazione.

Risultati

Il PS oggetto di sperimentazione accoglie circa 300 accessi al giorno (oltre il 25% avvengono tra le 20 e le 24) con picchi che superano i 450 accessi nei giorni festivi.

Gli effetti del sovraffollamento riscontrati sui pazienti sono risultati essere un aumento dei tempi di attesa per il trattamento con possibili impatti sugli outcomes di salute, mentre sugli operatori l'eccesso di lavoro può portare a stress e burnout tra medici e infermieri, con conseguenti impatti negativi sulla qualità delle cure e alta probabilità di errori nel trattamento. Sono state, dunque, identificate le relative strategie di risposta classificate in relazione al livello di criticità dell'affollamento ed all'aspetto su cui intervengono secondo il modello di Asplin (Input, Throughput, Output).

Conclusioni e discussione

L'Ospedale Santobono, come altre strutture simili, deve affrontare problemi di sovraffollamento e le relative conseguenze quotidianamente. Una strategia integrata che coinvolga miglioramenti strutturali, amministrativi e di sensibilizzazione può contribuire a mitigare il problema del sovraffollamento e garantire un'assistenza sanitaria di qualità. Questo si traduce in un miglioramento della qualità del servizio in termini di appropriatezza, sicurezza ed efficienza.

Sicurezza nel percorso nascita: una sfida *globale* nel Dipartimento Materno Infantile dell'ASL Napoli 2 Nord

Cristina Schiattarella

Il Percorso Nascita (PN) è un programma di accompagnamento all'evento nascita e consiste nella presa in carico, nella continuità assistenziale e nella integrazione dei servizi ospedalieri e consultoriali erogati alla donna in gravidanza, allo scopo di standardizzare le attività, ottimizzare le risorse, le tempistiche e di ridurre la variabilità delle cure per una maggiore qualità dell'assistenza.

L'estrema complessità del percorso nascita legata alla presenza di diversi setting assistenziali, alle numerose figure professionali che vi partecipano, alla lunghezza dell'iter assistenziale, alle difficoltà legate alla differenziazione della gestione della gravidanza, rende difficile valutarne il rischio clinico.

Risulta pertanto necessario un approccio integrato tra vecchi e nuovi strumenti per garantire sicurezza e qualità delle cure sanitarie. Tra questi, gli indirizzi fissati dalla missione 6 salute, componente 2 del PNRR che mirano al 'rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione'.

A tal proposito, anche l'OMS per migliorare la sicurezza dei pazienti a livello globale nel "*Global Safety Action Plain 2021-2030*" ha previsto nei sette obiettivi strategici specifiche misure rivolte ai fattori umani ed ergonomici a garanzia della resilienza dei sistemi di cura (obiettivo 2.4) accanto ai più classici sistemi di gestione del rischio con reporting e raccolta dati, standardizzazione delle procedure e dei protocolli clinici, formazione e sensibilizzazione del personale sanitario.

Nel project work che qui si presenta, si è inteso costruire un framework di riferimento per il mantenimento e il miglioramento della sicurezza del PN nelle delicate fasi di trasformazione digitale.

Setting di sperimentazione

Il project work è stato sviluppato nelle UO di Ostetricia e Ginecologia degli ospedali dell'ASL Napoli2 nord, dove è in corso la transizione alla cartella clinica elettronica.

Obiettivi

Assicurare i maggiori livelli di sicurezza del percorso nascita durante le fasi di trasformazione organizzativa e digitale delle U.O. materno-infantili correlate alla adozione della cartella clinica elettronica e garantire un sistematico e totale coinvolgimento degli operatori per finalità di ergonomia, compliance ed efficacia del processo.

Metodologia

È stato creato un gruppo di lavoro misto composto da ginecologi, informatici e responsabili del risk management per analizzare in via sistematica il percorso nascita anche alla luce dell'utilizzo di PDTA e nuove linee guida e condurre un assessment di confronto sulle raccomandazioni del Ministero della Salute n° 6 e n° 16 relative al PN in riferimento alle nuove tecnologie informatiche acquisite dall'Azienda.

1. Sono stati nominati i referenti clinici per le tre UO di Ginecologia ed Ostetricia dei tre presidi ospedalieri maggiori
2. È stata effettuata una rivalutazione delle aree critiche nel percorso assistenziale ospedaliero
3. Sono stati individuati specifici passaggi clinico assistenziali da monitorare con precisi strumenti di valutazione
4. Il software della cartella clinica è stato implementato inserendo questi strumenti di rilevazione del rischio

Risultati Attesi

Questo lavoro integrato tra clinici ed informatici con l'inserimento nella cartella elettronica di tali punti chiavi migliorerà l'inquadramento clinico della gravida, renderà agevole ed uniforme la descrizione del percorso assistenziale, faciliterà la gestione medica e delle altre figure sanitarie e porterà ad avere a disposizione una notevole quantità di dati e di indicatori per poter effettuare studi ed analisi su risk management ed organizzazione del governo clinico.

Conclusioni

L'adozione della cartella elettronica dovrà essere supportata da un percorso di formazione continua del personale sanitario non solo dal punto di vista teorico ma anche operativo e quindi sul "campo" così da poter tendere



ad un continuo miglioramento in base alle osservazioni raccolte in itinere. In questo modo sarà possibile sviluppare una logica clinica che consentirà ai medici di “aumentare” la capacità diagnostica e terapeutica ottenendo tre importanti risultati: aumentare l’efficienza, incrementare l’efficacia e ridurre il rischio clinico.

TESI AREA TEMATICA

Procedure gestionali innovative: HTA, Telemedicina, quality assessment

Tutor: Eugenio Covelli (2022-2023)

Utilizzo dell’A.I. nelle procedure di acquisto centralizzate in ambito HTA: potenzialità, criticità e prospettive

Nadia Ruffini

Direttore Acquisti e Progetti Speciali So.Re.Sa. S.p.A.

Impatto della digitalizzazione in Sanità: la transizione verso la cartella clinica elettronica dell’Ospedale Buon Consiglio Fatebenefratelli di Napoli

Alessandro Frangiosa

Assistente Medico in Formazione “Igiene e Medicina Preventiva”

Università degli Studi di Napoli “Federico II”

Surgical outcome and cost analysis of Robotic versus Open Surgery in the treatment of complex renal masses. A single centre experience

Giuseppe Romeo

Dirigente Medico, UOC Urologia - Ospedale AORN - “A. Cardarelli” - Napoli

Analisi, progettazione e implementazione di una piattaforma informatica integrata per ottimizzare la segnalazione e la sorveglianza delle malattie infettive

Arianna Scala

Ricercatrice a Tempo Determinato di tipo A

Dipartimento di Sanità Pubblica - Università degli Studi di Napoli “Federico II”

Identificazione del rischio di ri-ammissione utilizzando dati amministrativi ospedalieri: applicazione sperimentale presso l’A.O.R.N. Antonio Cardarelli di Napoli

Teresa Angela Trunfio

Dipartimento di Sanità Pubblica - Università degli Studi di Napoli “Federico II”

Metodo di analisi dei volumi di attività di U.O./Servizi di diagnostica per immagini in tre presidi ospedalieri appartenenti ad una stessa azienda ospedaliera ai fini di un progetto di riorganizzazione unitaria

Sergio Capece

AOU San Giovanni Di Dio e Ruggi D’Aragona

Utilizzo dell’A.I. nelle procedure di acquisto centralizzate in ambito HTA: potenzialità, criticità e prospettive

Nadia Ruffini

L’intelligenza artificiale (IA) è un ramo dell’informatica che si occupa di creare sistemi in grado di simulare le capacità cognitive umane, come l’apprendimento, il ragionamento, la risoluzione di problemi e la presa di decisioni. Ma non può essere ricondotta unicamente ad un aspetto “informatico” coinvolgendo aspetti filosofici, etici e morali. È una evoluzione-rivoluzione epocale che avrà ricadute fondamentali su tutti i settori della vita umana, ma che ne richiede un governo responsabile.

Con particolare riferimento all’utilizzo in un sistema complesso quale è quello sanitario, l’utilizzo dell’AI va calibrato con riferimento al singolo settore.

Uno dei potenziali utilizzi dell’AI è sicuramente riconducibile all’ambito HTA, che rappresenta un approccio multidisciplinare in grado di studiare le implicazioni cliniche, sociali, etiche ed economiche dello sviluppo, diffusione e utilizzo di una tecnologia sanitaria (International Network for Technology Assessment). L’HTA analizza gli effetti reali e/o potenziali della tecnologia, sia a priori sia durante l’intero ciclo di vita, nonché le conseguenze che l’introduzione o esclusione di un intervento ha per il sistema sanitario, l’economia e la società. Questi strumenti, AI e HTA se utilizzati parallelamente e in modalità collaborativa possono consentire il miglioramento dell’efficienza dei processi decisori volti ad individuare “i prodotti e le tecnologie da acquisire in ambito sanitario.

Le modalità di acquisizione di beni e servizi, in ambito pubblico sono governate dal Codice dei contratti pubblici: in particolare, il codice approvato con il D. Lgs. n. 36/2023, riconosce l’importanza dell’utilizzo di strumenti tecnologici di supporto nel processo di acquisto e presenta una novità assoluta: l’introduzione di una norma in cui viene espressamente citata l’Intelligenza Artificiale.

La vocazione “tecnologica” del Codice è rappresentata anche dalla forte

spinta verso processi governati dalla tecnologia, quali, ad esempio, la digitalizzazione. Di particolare interesse è la parte, dedicata alla “digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti”, che, citando la relazione dedicata al testo dal Consiglio di Stato, “rappresenta la vera grande sfida dei prossimi anni per realizzare, in chiave moderna, la riforma del sistema economico-sociale e per essere, quindi, pronti a creare e a utilizzare la nuova fonte di ricchezza e di conoscenza rappresentata dai “dati”.

In particolare, l’Art. 30. (Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici) riconosce sia l’importanza delle soluzioni tecnologiche “Per migliorare l’efficienza... ivi incluse l’intelligenza artificiale” che delle difficoltà e dei rischi potenzialmente connessi ad un uso “acritico” della tecnologia., richiedendo, ad esempio, “la disponibilità del codice sorgente, la correzione degli errori e degli effetti indesiderati derivanti dall’automazione.” e, soprattutto stabilisce che “Le decisioni assunte mediante automazione rispettano i principi di: a) conoscibilità e comprensibilità, per cui ogni operatore economico ha diritto a conoscere l’esistenza di processi decisionali automatizzati che lo riguardino e, in tal caso, a ricevere informazioni significative sulla logica utilizzata; b) non esclusività della decisione algoritmica, per cui comunque esiste nel processo decisionale un contributo umano capace di controllare, validare ovvero smentire la decisione automatizzata; c) non discriminazione algoritmica, per cui il titolare mette in atto misure tecniche e organizzative adeguate al fine di impedire effetti discriminatori nei confronti degli operatori economici. L’art. 30 diviene, quindi, quadro regolativo per le procedure automatizzate, che a regime dovranno, ove possibile, essere sempre preferite.

L’utilizzo di sistemi altamente tecnologici per l’acquisizione di beni e servizi impone la massima attenzione ed è opportuno, per rischiare il rischio di fallimento, procedere per step mediante progetti pilota volti a “testare” l’effettività dei miglioramenti attesi (efficienza, tempestività, miglioramento del rapporto costi/benefici) rispetto ai potenziali rischi.

So.Re.Sa. ha deciso di avviare un progetto nell’ambito della procedura per l’acquisizione di “dispositivi per chirurgia mini-invasiva ed elettrochirurgia”, oggetto ad alto contenuto tecnologico, impostando la fase di progettazione anche sulla base di interrogazioni mirate ai sistemi di IA più diffusi, analizzando, successivamente, risposte, risultato complessivo, tempistiche e, soprattutto confrontando tempi e scelte dell’AI rispetto all’HI, che deve sempre e necessariamente governare l’intero processo.

Impatto della digitalizzazione in Sanità: la transizione verso la cartella clinica elettronica dell'Ospedale Buon Consiglio Fatebenefratelli di Napoli

Alessandro Frangiosa

L'evoluzione tecnologica ha trasformato radicalmente molti settori della società e tra questi vi è senza alcun dubbio quello sanitario. Tra il continuo aggiornamento tecnologico sia delle procedure di diagnosi che di quelle terapeutiche, non si può non menzionare anche l'importanza della digitalizzazione della documentazione sanitaria e, in particolare, delle cartelle cliniche.

La legislazione nazionale già nei primi anni del 2010 ha promosso l'adozione della cartella clinica elettronica (CCE) attraverso l'art. 47-bis del decreto-legge 5/2012 e l'art. 13, c. 5 del decreto-legge 179/2012, evidenziando l'importanza della gestione elettronica delle pratiche cliniche e introducendo la possibilità di conservare esclusivamente in formato digitale le cartelle cliniche a partire dal 1° gennaio 2013.

Le linee guida emanate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri e recepite dalla Società Italiana di Radiologia Medica hanno ulteriormente supportato questo processo, fornendo indicazioni per la formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici e per la dematerializzazione della documentazione clinica in diagnostica per immagini. Tuttavia, nonostante queste disposizioni normative e raccomandazioni, il report OASI 2022 dipinge un quadro tutt'altro che incoraggiante.

L'adozione delle CCE nelle strutture sanitarie italiane è ancora limitata, con solo il 57% dei professionisti sanitari che le utilizzano contro un 75% di media degli altri 15 paesi utilizzati come metro di paragone. Quadro ulteriormente aggravato, come spesso accade in questi casi, da una marcata eterogeneità a livello nazionale che si rispecchia nelle diverse implementazioni regionali delle linee guida nazionali, con regioni come l'Emilia-Romagna e la Lombardia che hanno adottato proprie linee guida regionali.

Presso l'Ospedale "Buon Consiglio" Fatebenefratelli di Napoli, il processo di digitalizzazione della documentazione è stato avviato tempestivamente nei primi anni del 2010 con l'adozione del sistema informatico sviluppato dal Melograno, e con l'obiettivo di raggiungere la completa digitalizzazione della documentazione clinica entro il 2020.

Nel 2019, l'introduzione dell'applicativo Carisma ha segnato l'inizio dell'obbligo di digitalizzare l'intera documentazione clinica, integrandosi con il Fascicolo Sanitario Elettronico e il sistema Quani-SDO. Nonostante i progressi significativi, alcuni aspetti minori ma cruciali, come la digitalizzazione della scala del rischio di caduta e la valutazione del dolore, nonché l'implementazione delle Tavolette per Firma Grafometrica per la raccolta dei consensi, restano ancora in sospeso.

L'improvviso scoppio della pandemia da COVID-19, tuttavia, ha bruscamente interrotto il processo di digitalizzazione. Questa tesi si propone di esaminare criticamente l'efficacia del sistema ibrido di gestione della cartella clinica presso l'Ospedale Buon Consiglio, valutando i benefici e le limitazioni rispetto al periodo pre-digitale e individuando le criticità persistenti al fine di fungere da spinta per la ripresa del processo e giungere quindi ad una vera e propria Cartella Clinica Elettronica.

Attraverso un'analisi approfondita, la tesi mira a evidenziare come la ripresa del processo di digitalizzazione possa migliorare la gestione delle cartelle cliniche, risolvendo le problematiche ancora presenti. Sono stati analizzati i dati relativi alla qualità della documentazione, al percorso della stessa dalla sua compilazione alla sua archiviazione e la soddisfazione del personale sanitario.

In conclusione, questo documento fornisce una visione complessiva dello stato attuale della digitalizzazione delle cartelle cliniche presso l'Ospedale Buon Consiglio Fatebenefratelli di Napoli, offrendo raccomandazioni concrete per il futuro contribuendo a un miglioramento continuo del sistema sanitario attraverso l'adozione completa e ottimale delle tecnologie digitali, garantendo al contempo la qualità delle cure e l'efficienza.

Surgical outcome and cost analysis of Robotic versus Open Surgery in the treatment of complex renal masses. A single centre experience

Giuseppe Romeo

This study aims to provide a comprehensive comparison between robotic partial nephrectomy (RPN) and open partial nephrectomy (OPN) in the treatment of complex renal tumors (PADUA score >10) focusing on complications and cost analysis. We conducted a retrospective review of patient data from a single healthcare institution, analyzing intraoperative and postoperative outcomes, including blood loss, operative time, complication rates, and hospital stay duration. Additionally, a detailed cost analysis was performed, encompassing direct procedural costs, hospitalization, postoperative care, and readmission rates.

Our results show that RPN significantly reduces intraoperative blood loss and shortens hospital stays compared to OPN. Patients undergoing RPN also experienced lower rates of major complications, such as urinary fistula and acute kidney injury. Although the initial costs for RPN, driven by the high price of robotic systems and instruments, are substantially higher, the overall cost is mitigated by shorter recovery periods, reduced need for intensive postoperative care, and fewer readmissions.

Furthermore, the learning curve associated with RPN did not significantly impact the complication rates or outcomes, suggesting that with adequate training and experience, RPN can be consistently effective and safe. Our economic analysis indicates that while the upfront investment in robotic technology is considerable, the long-term savings from decreased complication management and hospital resource utilization render RPN a potentially more cost-effective approach in the context of partial nephrectomy. In conclusion, RPN demonstrates a favorable profile in terms of both clinical outcomes and cost-efficiency when compared to OPN. These findings support the adoption of RPN as a preferred method for partial



nephrectomy, particularly in healthcare settings equipped with the necessary robotic infrastructure. Future prospective studies with larger patient cohorts and extended follow-up periods are essential to confirm these results and further refine the cost-benefit analysis of RPN versus OPN.

Analisi, progettazione e implementazione di una piattaforma informatica integrata per ottimizzare la segnalazione e la sorveglianza delle malattie infettive

Arianna Scala

L'articolo 254 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, stabilisce che ogni sanitario che, nell'esercizio della sua professione, venga a conoscenza di un caso di malattia infettiva e diffusiva o sospetti la sua presenza, pericolosa per la salute pubblica, deve immediatamente denunciarlo. Questo obbligo è ribadito dal D.M. 15.12.1990, che istituisce il Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive a livello nazionale. Tuttavia, nonostante questa chiara prescrizione normativa, esiste un grave problema di sottonotifica, soprattutto da parte dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di libera scelta (PLS), che influisce negativamente sulla capacità dell'ASL Napoli 1 Centro di valutare l'effettiva incidenza delle malattie sul territorio. L'obiettivo di questo lavoro è stato ottimizzare la gestione del flusso informativo delle malattie infettive dell'ASL, superando il vecchio sistema basato su segnalazioni via mail o fax, notoriamente inefficiente e lento. Per raggiungere questo obiettivo, è stata progettata e implementata una piattaforma informatica che consente la segnalazione e la sorveglianza di tutte le malattie infettive. Gli attori coinvolti sono i MMG e i PLS, che si occupano delle segnalazioni; le cinque Unità Operative Semplici Dipartimentali (UOSD) di diagnosi, che conducono le indagini epidemiologiche e l'Unità Operativa Complessa (UOC) di Epidemiologia, Prevenzione e Registro Tumori, che svolge un ruolo di coordinamento. Quest'ultima unità gestisce i rapporti con le altre ASL, la Regione e il Ministero. La piattaforma sviluppata è intuitiva e facile da utilizzare, rendendo il processo di segnalazione accessibile anche per gli utenti meno esperti in tecnologia. Integrata direttamente con il protocollo informatico dell'ASL, consente di protocollare automaticamente ogni segnalazione di malattia infettiva

e ogni indagine epidemiologica. Questo processo di protocollazione automatica non solo semplifica la gestione dei dati, ma garantisce anche la creazione immediata di documenti ufficiali, validi a fini amministrativi e legali. Inoltre, la piattaforma assicura che tutte le informazioni raccolte siano archiviate in maniera organizzata e facilmente accessibile per future consultazioni, migliorando così l'efficienza complessiva del sistema di sorveglianza sanitaria. Con l'utilizzo di questa piattaforma, la UOSD di diagnosi riceverà direttamente le segnalazioni dai MMG e dai PLS e sarà in grado di condurre indagini epidemiologiche utilizzando un formato specifico per ciascuna malattia segnalata. Questo nuovo approccio permette di standardizzare i modelli di indagine epidemiologica, che prima della piattaforma erano variabili e non uniformi. In conclusione, l'implementazione di una piattaforma informatica integrata con il protocollo informatico dell'ASL rappresenta un passo significativo verso l'ottimizzazione della sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive. Questo sistema permette una segnalazione tempestiva e uniforme delle malattie infettive da parte dei sanitari, migliorando notevolmente la raccolta dati e l'efficacia delle indagini epidemiologiche. Grazie a questa soluzione, l'ASL Napoli 1 Centro sarà in grado di gestire in modo più efficiente e coordinato l'identificazione e la gestione delle malattie infettive nel proprio territorio, contribuendo così a proteggere e promuovere la salute pubblica. Sviluppi futuri riguarderanno il coinvolgimento degli ospedali attualmente impegnati nella segnalazione tramite mail. Questo costituirà un passo in avanti significativo, consentendo la centralizzazione dei dati e la creazione di un repository unico, essenziale per ottimizzare la sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive, permettendo un accesso rapido e coordinato a tutte le informazioni rilevanti.

Identificazione del rischio di ri-ammissione utilizzando dati amministrativi ospedalieri: applicazione sperimentale presso l'A.O.R.N. Antonio Cardarelli di Napoli

Teresa Angela Trunfio

In ambito sanitario sono diverse le misure di performance utilizzate per la valutazione delle strutture ospedaliere. Tra queste, l'indice relativo alle riammissioni a 30 giorni è ormai considerato un punto di riferimento, sebbene sia da molti ritenuto non rappresentativo della reale qualità delle cure. Il tasso è, infatti, influenzato da una serie di fattori relativi alle strutture stesse e ai pazienti che in queste vengono curati, come la proporzione di pazienti ad alto rischio presenti, le condizioni socioeconomiche, così come lo stato di salute mentale dei pazienti, il loro accesso a supporto sociale e familiare e la gravità delle loro condizioni mediche. Oltre ad essere rappresentativo dell'attività ospedaliera, questo fenomeno coinvolge anche l'assistenza territoriale, oggetto di riforma e al centro del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). La gestione delle dimissioni dall'ospedale deve essere migliorata per garantire che l'assistenza territoriale prenda in carico il paziente in modo efficace. In questo modo, l'assistenza territoriale sostituirà l'ospedale come principale punto di riferimento per il paziente e per soddisfare eventuali ulteriori necessità di cura. Sebbene il suo impiego come strumento di valutazione generi controversie, la previsione del rischio potrebbe, invece, rivelarsi strategico per garantire una cura di alta qualità, ottimizzare le risorse sanitarie, contenere i costi e migliorare l'esperienza e la salute dei pazienti.

In questo elaborato si propone l'implementazione dell'indice proposto dall'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) per predire il rischio di ri-ammissione a 30 giorni a partire dal flusso dati amministrativo di un ospedale. Nello specifico, si basa sul calcolo preliminare della misura di comorbidità proposta da Elixhauser che, a partire dal Diagnosis Related Groups (DRG) e dalle diagnosi secondarie inserite nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), definisce un vettore di 29 variabili bo-

oleane che rappresentano 29 differenti condizioni mediche. Questa misura offre maggiore accuratezza e precisione rispetto al Charlson, comunemente utilizzata nella ricerca medica ma che opera su un numero più basso di condizioni mediche. Sono spesso utilizzate per caratterizzare lo stato di salute del paziente o per predire la mortalità intra-ospedaliera. Ottenuto questo vettore, l'AHRQ ha invece sviluppato un sistema di pesi per consentire di produrre, in output, un unico valore per ciascun paziente che rappresenta il suo specifico indice di rischio di ri-ammissione. L'obiettivo di questo lavoro di tesi è dunque quello di (i) costruire un algoritmo che consente il calcolo della misura di comorbidità proposto da Elixhauser a partire dal flusso amministrativo specifico dell'ambito italiano; (ii) calcolare la misura di comorbidità e l'indice di rischio AHRQ sui dati dell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "Antonio Cardarelli" di Napoli; e (iii) testare la bontà dell'indice calcolando le effettive riammissioni registrate all'interno del contesto di analisi attraverso l'implementazione di un semplice modello di regressione logistica.

Se ritenuto valido anche nel contesto italiano, potrebbe consentire di fornire, all'atto di compilazione della SDO, opportunamente integrato all'interno del software in uso, un alert al medico che può gestire o attraverso l'attivazione dei servizi territoriale o fornendo al paziente in dimissione o al suo Medico di Medicina Generale linee guida specifiche per la gestione delle comorbidità ed evitare un nuovo accesso alle strutture ospedaliere. Viceversa, si potrebbero, invece, gettare le basi per definire un sistema di pesi specifico sul flusso SDO da validare sul territorio nazionale per la caratterizzazione del fenomeno.

Metodo di analisi dei volumi di attività di U.O./Servizi di diagnostica per immagini in tre presidi ospedalieri appartenenti ad una stessa azienda ospedaliera ai fini di un progetto di riorganizzazione unitaria

Sergio Capece

In questo lavoro di tesi analizziamo i volumi di attività delle UOSD di Radiologia di 3 presidi ospedalieri appartenenti alla stessa azienda dell'Italia meridionale. Dimosteremo come un diverso approccio manageriale, mediante un'attività coordinata unitaria e l'ausilio di strumenti tecnologicamente già acquisiti, possa aumentare il numero delle prestazioni erogate, incrementarne la complessità e promuovere una migliore qualità del lavoro al fine di realizzare l'approccio "one-health" della Missione 6 del PNRR.

Analisi del contesto e descrizione: le 3 UOSD saranno definite per praticità afferenti al Plesso A, Plesso B e Plesso C.

Questi tre ospedali coprono una area geografica di circa 300 kmq per una popolazione di 200.000 abitanti che incrementa a circa 250.000 nel periodo estivo. I presidi ospedalieri hanno complessivamente 166 posti letto, il P.O. C dispone di soli 4 posti OBI ed è localizzato in zona disagiata.

Valutazione dei volumi di attività: in questo lavoro valutiamo i volumi di attività svolti dalle diverse UOSD negli anni 2022/2023 distinguendo i carichi di lavoro legati all'attività del Pronto Soccorso e quella notturna.

L'UOSD di Radiologia del P.O A nel corso dell'anno 2022 ha svolto 21150 prestazioni sanitarie di cui 14515 richieste dal PS e 5051 in orario notturno.

L'UOSD di Radiologia del P.O. A nel corso dell'anno 2023 ha svolto 21517 prestazioni sanitarie di cui 15154 richieste dal PS e 5542 in orario notturno.

L'UOSD di Radiologia del P.O. B nel corso dell'anno 2022 ha svolto 24035 prestazioni sanitarie di cui 18707 richieste da PS e 6373 in orario notturno.

L'UOSD di Radiologia del P.O. B nel corso dell'anno 2023 ha svolto 28044 prestazioni sanitarie di cui 21943 richieste dal PS e 7696 in orario notturno.

L'UOSD di Radiologia del P.O. C nel corso dell'anno 2022 ha svolto 10942 prestazioni sanitarie di cui 9271 richieste dal PS e 2478 in orario notturno.

L'UOSD di Radiologia del P.O. C nel corso dell'anno 2023 ha svolto 11946 prestazioni sanitarie di cui 9943 richieste dal PS e 2859 in guardia notturna.

Obiettivi organizzativi e gestionali: proponiamo di unificare le 3 UOSD in un'unica UOC riorganizzando le attività per incrementare la produttività per singolo operatore utilizzando al massimo le attrezzature presenti e riducendo il personale dedicato all'emergenza-urgenza garantendo il servizio. Dato che i plessi ospedalieri in esame appartengono alla stessa azienda ed hanno RIS e PACS comune proponiamo un uso parziale e controllato della Teleradiologia in modalità Telegestione.

In questo lavoro ipotizzeremo i carichi di lavoro eseguibili facendo riferimento ai “Criteri Quantitativi per lo Svolgimento dell'Attività Radiologica” del rapporto ISTISAN 07/26 ed al documento “Metodologia di determinazione dei Volumi di Attività e della produttività dei Medici Radiologi” prodotto dalla SIRM.

Complessivamente un'organizzazione unitaria con l'ausilio della Telegestione consentirebbe al massimo della capacità produttiva l'esecuzione di 24024 TC, 26250 ecografie e 86476 prestazioni di radiologia tradizionale. L'incremento delle prestazioni per metodica oscillerebbe tra un minimo del 70,3% ad un massimo del 195,7%.

Conclusioni: questo lavoro dimostra come un differente approccio manageriale possa produrre un numero significativamente più elevato di prestazioni. Tale incremento riguarda tutte le metodiche comprese quelle ad alto impatto di salute come l'Ecografia e la Tomografia Computerizzata. Ricorrere all'uso della Telegestione rappresenta a nostro avviso una scelta di responsabilità, sebbene consapevoli dei rischi connessi e dell'incrementato carico di lavoro per il personale dirigente.

Il risultato numerico dell'aumento di prestazioni è talmente rilevante da orientare l'obiettivo verso un incremento delle prestazioni del 20% annuo, monitorando come valore di riferimento il numero di prestazioni a più alto impatto di salute quali la Tomografia Computerizzata e l'Ecografia.

TESI AREA TEMATICA

Management della prevenzione, dell'integrazione socio-sanitaria, della medicina territoriale

Tutor: Grazia Formisano (2022-2023)

Assistenza domiciliare e PNRR: sfide e opportunità per il futuro della sanità italiana

Benito Alessio Vanacore

Responsabile amministrativo nella Cooperativa sociale "Madame Service"

Dimissioni protette dei pazienti ricoverati nei reparti di Rianimazione: "Un Appriccio Integrato tra COT, Assistenza Territoriale e Telemedicina"

Francesca Ammaturo

Infermiera Professionale - UOC Anestesia e Rianimazione P.O. Nola - Asl Napoli 3 Sud

Strategie vaccinali: analisi dell'andamento per il contrasto alle malattie HPV-correlate nel Distretto 19 dell'Asl Caserta

Salvatore Di Sarno

Università degli Studi di Napoli Federico II

Implementazione del programma di screening per l'hcv negli over 65: rilevazione delle infezioni sommerse

Salvatore Bellopede

Assistente Medico in Formazione "Igiene e Medicina Preventiva"

Università degli Studi di Napoli "Federico II"

Telemedicina in sanità: una sfida ancora aperta. Indagine su limiti e barriere circa l'uso della tecnologia in un Distretto Sociosanitario dell'Asl Caserta

Sabrina Iodice

Assistente medico in formazione "Igiene e Medicina Preventiva"

Università di Napoli "Federico II"

Lean Thinking e semplificazione dei processi in ambito sanitario: la macellazione per l'autoconsumo di suini presso il domicilio del privato dell'U.O.V. Telese Terme ASL Benevento

Roberta Racioppi

Dirigente Veterinario Servizio Igiene degli alimenti di origine animale ASL Benevento

Assistenza domiciliare e PNRR: sfide e opportunità per il futuro della sanità italiana

Benito Alessio Vanacore

L'assistenza domiciliare rappresenta un elemento cruciale del sistema sanitario italiano, particolarmente alla luce delle sfide e delle opportunità introdotte dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Questo studio si propone di analizzare l'impatto dell'assistenza domiciliare nel contesto delle riforme sanitarie italiane, focalizzandosi sulle esperienze della nostra azienda all'interno dell'ASL Napoli 3 Sud.

L'assistenza domiciliare integrata (ADI) mira a fornire un'ampia gamma di servizi sanitari e sociali direttamente a casa del paziente, migliorandone la qualità della vita e promuovendo l'umanizzazione delle cure. La storica evoluzione dell'ADI, dalla fondazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con la Legge 833/1978, fino alle recenti iniziative legate al PNRR, dimostra un crescente riconoscimento della necessità di un'assistenza sanitaria più accessibile e personalizzata.

L'obiettivo principale di questa tesi è valutare come l'assistenza domiciliare possa essere potenziata e resa più efficiente attraverso le riforme previste dal PNRR. In particolare, si analizzano le strategie per migliorare la qualità del servizio offerto, ridurre le ospedalizzazioni non necessarie e garantire una maggiore equità nell'accesso alle cure domiciliari.

Lo studio si basa su un'analisi dettagliata delle normative e dei presupposti scientifici che sostengono l'importanza dell'assistenza domiciliare. Viene esaminato il contesto specifico della nostra attività nella ASL Napoli 3 Sud attraverso la raccolta di dati empirici, inclusi i *feedback* degli operatori sanitari e dei pazienti. Sono state utilizzate metodologie qualitative e quantitative (ovvero dei questionari) per valutare l'efficacia delle iniziative intraprese e per identificare le principali sfide e opportunità.

I risultati attesi dal presente studio includono: (i) il miglioramento della qualità della vita dei pazienti: grazie a un'assistenza più personalizzata e

continua, si prevede un aumento del benessere psicologico e fisico dei pazienti, con una riduzione dello stress associato ai ricoveri ospedalieri; (ii) la riduzione delle ospedalizzazioni: un'assistenza domiciliare efficiente dovrebbe contribuire a diminuire i ricoveri non necessari, alleggerendo il carico sui servizi ospedalieri e riducendo i costi sanitari complessivi; (iii) il potenziamento della formazione del personale: attraverso programmi di formazione mirati, gli operatori sanitari saranno meglio equipaggiati per affrontare le sfide specifiche dell'assistenza domiciliare; (iv) il miglioramento della qualità del servizio: implementare strategie per garantire un servizio continuativo e ben coordinato tra i vari livelli di assistenza (ospedaliera, territoriale, sociale).

Il PNRR rappresenta un'opportunità unica per rivoluzionare il sistema sanitario italiano, ponendo l'assistenza domiciliare al centro delle strategie di cura. Le riforme previste, se implementate correttamente, potrebbero portare a un sistema sanitario più equo, efficiente e sostenibile, capace di rispondere adeguatamente alle esigenze di una popolazione in rapido invecchiamento. Le esperienze e le lezioni apprese dalla ASL Napoli 3 Sud offriranno preziosi spunti per altre regioni e contribuiranno a delineare un modello nazionale di assistenza domiciliare integrata.

In conclusione, la tesi intende fornire una visione chiara e dettagliata delle sfide e delle opportunità legate all'assistenza domiciliare nell'era post-pandemia, proponendo soluzioni concrete per migliorare la qualità delle cure e la soddisfazione dei pazienti.

Dimissioni protette dei pazienti ricoverati nei reparti di Rianimazione: “Un Appriccio Integrato tra COT, Assistenza Territoriale e Telemedicina”

Francesca Ammaturo

La gestione delle dimissioni dei pazienti ricoverati nei reparti di Rianimazione rappresenta una sfida complessa, spesso caratterizzata dalla difficoltà nel trasferire i pazienti stabilizzati ad altre Unità Operative o strutture di riferimento a causa della mancanza di disponibilità di posti letto. Questo progetto di tesi nasce dall'esigenza di migliorare il processo di dimissione protetta attraverso l'adozione di un PDTA e l'integrazione dei percorsi di assistenza coordinati dalla Centrale Operativa Territoriale (COT) attraverso gli Ospedali della comunità, l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e l'uso appropriato della telemedicina come previsto dalla missione M6C1 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Gli obiettivi sono quelli di definire un PDTA per le dimissioni protette, analizzare le criticità del processo di dimissione dei pazienti ricoverati presso il reparto di Rianimazione e Anestesia, identificare i bisogni specifici dei pazienti stabilizzati attraverso la COT, valutare l'efficacia della telemedicina nella gestione delle dimissioni a domicilio, proporre un modello di dimissioni protette che includa il supporto dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) o degli Ospedali della Comunità.

La metodologia si basa sull'analisi dei flussi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) relativi all'anno 2023 del reparto di Anestesia e Rianimazione dell'ospedale "Santa Maria la Pietà di Nola".

I dati raccolti verranno utilizzati per identificare i pazienti che avrebbero potuto essere dimessi presso il proprio domicilio, ma che a causa della mancanza di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) dedicati e per la difficoltà di trasferimento, hanno subito un aumento della durata della degenza con conseguente riacutizzazioni o riospedalizzazioni e in alcuni casi anche il decesso.

I risultati attesi sono: la definizione di un protocollo operativo per le dimissioni protette che includa l'uso della telemedicina, l'Assistenza Territoriale e gli Ospedali della Comunità; riduzione delle riacutizzazioni e riospedalizzazioni post-dimissione e dei decessi correlati, aumento della rotazione dei posti letto nei reparti di Rianimazione grazie alla maggiore efficienza delle dimissioni; riduzione dei costi ospedalieri associati alle lunghe degenze in Rianimazione e risparmio per il sistema sanitario nel momento in cui i pazienti vengono curati presso il proprio domicilio o negli ospedali della comunità; miglioramento della qualità della vita dei pazienti attraverso un supporto continuo e personalizzato a domicilio o presso gli Ospedali della Comunità.

Per concludere, il progetto si propone di sviluppare un modello di dimissione protetta efficace che possa essere replicato in altri ospedali, contribuendo a ottimizzare l'uso delle risorse ospedaliere e migliorare l'assistenza post-ricovero per i pazienti dimessi dai reparti di Rianimazione, garantire interventi efficaci ed efficienti da parte delle strutture dedicate al fine di promuovere la salute e la riduzione dei costi legati all'assistenza ospedaliera. L'integrazione dei servizi coordinati dalla COT, attraverso l'assistenza territoriale associata alla telemedicina e gli Ospedali della Comunità, rappresentano una soluzione innovativa e sostenibile per affrontare le sfide attuali del sistema sanitario.

Parole Chiave: dimissioni protette, Rianimazione, COT, telemedicina, PNRR, assistenza domiciliare, Ospedali della Comunità, PDTA, SDO

Strategie vaccinali: analisi dell'andamento per il contrasto alle malattie HPV-correlate nel Distretto 19 dell'Asl Caserta

Salvatore Di Sarno

L'Human Papilloma Virus (HPV) è un virus ubiquitario che infetta una vasta proporzione della popolazione sessualmente attiva. Esistono oltre 150 varianti di HPV, tra cui i tipi 16 e 18 sono associati a oltre il 70% dei tumori cervicali. Globalmente, l'HPV è responsabile del 4,5% di tutti i tumori, con una maggiore incidenza tra le donne rispetto agli uomini. In Italia, la prevalenza di HPV ad alto rischio nelle donne è stimata all'8%, con un'incidenza maggiore tra le giovani. I programmi di vaccinazione e screening hanno portato a una diminuzione dell'incidenza e della mortalità del cancro cervicale nei paesi ad alto reddito, ma le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari limitano questi progressi nei paesi in via di sviluppo. Le strategie diagnostiche come il Pap test e il test del DNA HPV, insieme alla colposcopia e all'istologia, rimangono cruciali per la gestione delle infezioni da HPV e per la prevenzione del carcinoma cervicale. Il vaccino anti-HPV, particolarmente la versione 9-valente introdotta nel 2015, ha esteso la protezione contro più ceppi di HPV oncogeni. In Italia, il vaccino è stato incluso nei Piani Nazionali di Prevenzione per entrambi i sessi.

Le attuali linee guida dell'OMS prevedono che entro il 2030 il 90% delle ragazze siano vaccinate contro l'HPV, il 70% delle donne siano sottoposte a screening efficace a 35 anni e il 90% delle donne con malattia cervicale siano trattate. Il raggiungimento di questi obiettivi è essenziale per ridurre l'incidenza globale del carcinoma cervicale, che, nonostante i progressi nella prevenzione e nel trattamento, rimane uno dei tumori più comuni e letali tra le donne.

Per tale motivo, obiettivo di questa tesi e del Distretto 19 dell'Asl di Caserta è allestire una campagna vaccinale presso la scuola "Enrico Fermi" del Comune di Parete, dove sarà organizzata una giornata educativa sul

vaccino anti-HPV per gli studenti. Durante l'evento, alcuni esperti illustreranno l'importanza della vaccinazione, il meccanismo di trasmissione del virus e le strategie di prevenzione, includendo sessioni informative e materiali didattici mirati a promuovere la consapevolezza sull'HPV e a dissipare miti comuni, oltre a gadget per ricordare la giornata. La giornata coinvolgerà attivamente gli studenti in attività interattive per facilitare la comprensione dei rischi associati all'HPV e dell'efficacia del vaccino.

Questa esperienza dimostra l'importanza delle campagne educative in ambito scolastico per migliorare la percezione e l'accettazione del vaccino, e può servire da modello per ulteriori interventi di prevenzione in ambito nazionale ed europeo.

Keywords

HPV, epidemiology, DS19AslCaserta, prevention.

Implementazione del programma di screening per l'hcv negli over 65: rilevazione delle infezioni sommerse

Salvatore Bellopede

L'Epatite C (HCV) è un'importante sfida di Sanità Pubblica, con una prevalenza globale di 58 milioni di infetti e un'incidenza di circa 1,5 milioni di nuovi casi diagnosticati l'anno. In Italia, si stima che circa l'1% della popolazione sia infetta, con una maggiore prevalenza tra gli ultra-sessantacinquenni. Negli ultimi venti anni, l'epatite virale ha superato l'HIV e la tubercolosi come principale causa di mortalità globale correlata alle malattie infettive, con un numero di decessi attribuibili all'HCV pari a 10.672 nel Mondo e a 1.140 in Italia. Il peso sociale, economico e sanitario dell'infezione cronica da HCV e delle sue complicanze rende necessario studiare, elaborare e offrire strategie efficaci per una diagnosi tempestiva (screening) e un trattamento precoce. L'obiettivo dell'OMS per il 2030 è l'eradicazione dell'HCV, attraverso due strumenti principali: lo screening, per la rilevazione degli anticorpi anti-HCV, e l'implementazione di un regime terapeutico con farmaci pangenotipici antivirali ad azione diretta (DAA). Per raggiungere questo obiettivo, è necessario che almeno il 90% delle persone infette riceva una diagnosi e che l'80% di questi riceva un trattamento. Tuttavia, le infezioni sommerse continuano ad essere significative a livello mondiale e anche in Italia, con circa 300.000 infezioni non diagnosticate stimate nel 2020. Questo studio ha valutato l'efficacia di uno screening allargato, esaminando tutti i pazienti sottoposti a interventi chirurgici presso l'AOU "Federico II" tra il 01/11/2022 e il 05/01/2024. Sono stati testati, in totale, 43.416 pazienti per gli anticorpi anti-HCV e per l'antigene core dell'HCV. Dei pazienti testati, 1.102 (2,5%) sono risultati positivi agli anticorpi anti-HCV. La maggior parte delle infezioni attive è stata rilevata tra i pazienti di età avanzata, con una prevalenza particolarmente alta (89%) nei soggetti nati prima del 1969, ultra-cinquan-



tacinquenni. I risultati di questo studio indicano che l'attuale strategia di screening, limitata ai nati tra il 1969 e il 1989, ai detenuti e ai soggetti seguiti dai Ser.D., potrebbe non essere sufficiente per raggiungere l'obiettivo di eradicazione dell'HCV. La prevalenza dell'infezione è infatti maggiore tra gli ultra-sessantacinquenni, che spesso accedono frequentemente a strutture sanitarie e possono essere veicolo di infezioni. Questo studio suggerisce la necessità di ampliare le politiche di screening per includere tutte le fasce d'età, in particolare quelle più anziane, che mostrano, come abbiamo visto, un'alta prevalenza di infezioni attive. Tale estensione dello screening potrebbe migliorare significativamente i tassi di diagnosi precoce e trattamento, contribuendo così in modo decisivo alla riduzione della prevalenza e della mortalità legate all'HCV. Una politica sanitaria più inclusiva potrebbe rappresentare un passo decisivo verso l'obiettivo dell'eradicazione dell'HCV, riducendo il numero di infezioni non diagnosticate e migliorando la qualità della vita delle persone affette da questa malattia.

Telemedicina in sanità: una sfida ancora aperta. Indagine su limiti e barriere circa l'uso della tecnologia in un Distretto Sociosanitario dell'Asl Caserta

Sabrina Iodice

L'indagine esplorativa condotta riguarda il livello di conoscenza e la predisposizione del personale sanitario all'utilizzo delle tecnologie digitali, valutando le difficoltà e le sfide nelle fasi di implementazione di un approccio digitale nel settore sanitario. Viene presentata l'analisi dei dati raccolti tramite un questionario strutturato su una popolazione di operatori sanitari di un Distretto Sociosanitario dell'Asl di Caserta. I risultati evidenziano un livello medio di conoscenza delle tecnologie digitali tra i professionisti, con particolare difficoltà nell'adattarsi all'uso delle nuove tecnologie sanitarie e una percezione negativa verso il loro utilizzo, dovuta in parte alla scarsa formazione ricevuta e ai problemi tecnici riscontrati durante i consulti online. Si evidenzia anche una preoccupazione per la sicurezza dei dati personali e una resistenza all'adozione delle nuove tecnologie da parte di alcuni professionisti più anziani. I partecipanti al sondaggio dichiarano un'efficacia nella comunicazione con i pazienti tramite strumenti tecnologici, ma esprimono una chiara preferenza per la medicina tradizionale rispetto alla telemedicina. Tuttavia, riconoscono l'importanza della telemedicina per raggiungere i pazienti in zone remote e ritengono che possa migliorare la comunicazione tra operatori sanitari, sostenendo l'implementazione di nuove tecnologie per migliorare i servizi offerti dall'ASL. In conclusione, si evidenzia la necessità di maggiore supporto e formazione per il personale sanitario per favorire l'adozione delle tecnologie digitali ed incentivare la telemedicina, al fine di garantire un'assistenza sanitaria all'avanguardia e sostenibile per tutti i cittadini.

Lean Thinking e semplificazione dei processi in ambito sanitario: la macellazione per l'autoconsumo di suini presso il domicilio del privato dell'U.O.V. Telesse Terme ASL Benevento

Roberta Racioppi

Il Lean Thinking è una metodologia di management che si concentra sull'eliminazione degli sprechi e delle attività non a valore per creare processi standardizzati, migliorando le attività a valore aggiunto grazie al contributo delle persone. Il Lean Management non è un modello organizzativo standard che si impone dall'alto, ma è un approccio metodologico collaborativo bottom-up che porta il focus sui processi e il loro miglioramento continuo.

Il presente elaborato di tesi ha l'obiettivo di fornire ai funzionari afferenti ai Servizi Veterinari di Telesse Terme della ASL Benevento indicazioni operative univoche sulla gestione delle istanze e sui conseguenti controlli ufficiali in materia di macellazioni per autoconsumo di suini presso il domicilio del privato, al fine di rendere più efficiente e performante il processo.

La macellazione per autoconsumo degli animali è un'esigenza ancora fortemente sentita nelle zone agricole come quelle del beneventano in quanto garantisce al nucleo familiare dell'allevatore un approvvigionamento di carni ottenute da animali provenienti direttamente dal proprio allevamento. Riveste, inoltre, un significato di natura culturale in cui vi è la trasmissione di usi, consuetudini e tecniche di lavorazione, anche nella realizzazione dei prodotti di salumeria derivati dalla lavorazione delle carni, che appartengono al territorio mantenendo in vita una tradizione secolare della civiltà contadina del Sannio. La macellazione dei suini a domicilio per uso privato delle carni viene richiesta e concentrata, per motivi climatico-stagionali, nel periodo da dicembre a febbraio e i Servizi Veterinari dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL sono deputati a ricevere le richieste per la macellazione a domicilio e a procedere alla verifica sulla regolarità

delle stesse, **rispetto alle condizioni vincolanti per la loro efficacia.**

Con l'inizio della campagna suini da dicembre a febbraio l'U.O.V. Telese Terme della ASL Benevento registra ogni giorno un maggior flusso di utenza interessata alla macellazione per l'autoconsumo di suini presso il domicilio del privato.

Lo studio ha permesso di evidenziare nel dettaglio le criticità che si sono presentate nella campagna suini dell'anno precedente e di applicare strumenti che permettano di trovare soluzioni ottimizzanti per migliorare il flusso nel suo complesso per la nuova campagna suini 2023-2024.

L'approccio Lean Thinking proposto in questo lavoro è risultato utile al raggiungimento degli obiettivi sia di aumentare la soddisfazione dell'utenza afferente ai Servizi Veterinari di Telese Terme della ASL Benevento che di migliorare le condizioni lavorative dei dipendenti.

La soluzione implementata per l'utenza ha portato al risultato sperato, in quanto la procedura comunicata nella nota informativa ha permesso di diminuire i tempi di espletamento del percorso operativo in quanto l'utenza era informata su cosa fare, in che tempi, chi era la persona formata, i documenti da presentare e il campione da consegnare. Tutto ciò risulta più che positivo in ottica di soddisfazione dell'utenza, in quanto il tempo non sprecato va a beneficio proprio di chi riceve la prestazione, reperendo velocemente le informazioni e ponendo le basi per fornire un servizio di maggiore qualità anche per l'anno successivo.

La soluzione implementata per il team veterinario ha permesso la responsabilizzazione del personale coinvolto nel migliorare l'organizzazione della struttura e le condizioni lavorative ottimizzando i tempi e le modalità pratiche organizzative dell'erogazione del servizio, più efficiente e di qualità.

Importante è stato il contributo della digitalizzazione che ha ottimizzato la gestione e la rendicontazione dei controlli a campione per accertare la tutela del benessere, della salute degli animali e della sicurezza degli alimenti.

Molte delle azioni individuate sono state implementate a campagna suini conclusa nella nuova procedura di Attività di Macellazione per il consumo domestico privato e attività B55 – Controlli da Remoto emanata dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale U.O.D. Prevenzione e Sanità Pubblica Veterinaria il 29 marzo 2024, cosa che ha confermato che il lavoro svolto



è stato ben fatto e che impegnerà il servizio in un miglioramento continuo con lo scopo di rendere la rivoluzione snella realtà nella attività lavorativa. I risultati ottenuti possono rappresentare il punto di partenza per sviluppi futuri per l'azienda stessa per poter implementare il sito dell'ASL nella comunicazione all'utenza e nel disporre soluzioni digitali nella gestione del servizio. I benefici che ne deriverebbero motiverà sia l'utenza che il personale coinvolto a cercare il cambiamento.

TESI AREA TEMATICA

Management della prevenzione, dell'integrazione socio-sanitaria, della medicina territoriale

Tutor: Laura Leoncini (2022-2023)

Ottimizzazione degli investimenti in sanità per migliorare la salute attraverso prevenzione, integrazione socio-sanitaria e medicina territoriale nei disturbi del comportamento alimentare

Simonetta Riello

Assistente Medico in Formazione - "Igiene e Medicina Preventiva"
Università degli Studi di Napoli "Federico II"

Ottimizzazione del ritorno sanitario: investimenti in attività fisica adattata attraverso prevenzione, integrazione socio-sanitaria e medicina territoriale

Bartolomeo Ferrante

Assistente Medico in Formazione - "Igiene e Medicina Preventiva"
Università degli Studi di Napoli "Federico II"

Analisi dell'effetto delle politiche di vaccinazione del morbillo sulla Salute Pubblica: un progetto sperimentale per aumentare il *value* degli investimenti nella prevenzione vaccinale

Maria Luisa Maccauro

Assistente Medico in Formazione - "Igiene e Medicina Preventiva"
Università degli Studi di Napoli "Federico II"

Aumentare il ritorno in termini di salute (value) degli investimenti in sanità attraverso gli strumenti della prevenzione, dell'integrazione: ottimizzazione delle cure chemioterapiche rivolte ai Pazienti oncologici e contenimento dei costi, mediante l'esecuzione di test genetici pre-trattamento con Fluoropirimidine e Irinotecano

Mahrokh Mosavat

U.O. Medicina di laboratorio - P.O. San Giovanni di Dio Frattamaggiore

Prospettive di integrazione territoriale degli interventi globali di prevenzione e trattamento rivolti alla popolazione ad alto rischio di contrarre l'HCV, che accede alla U. O. SerD 31, U.O. C. Dipendenze Ovest, Dipartimento Dipendenze, Asl Napoli 1 Centro. Prospettive applicative alla luce del PNRR

Valeria Iodice

U. O. SerD 31, U. O. C. Dipendenze Ovest
Dipartimento Dipendenze, Asl Napoli 1 Centro

Ottimizzazione degli investimenti in sanità per migliorare la salute attraverso prevenzione, integrazione socio-sanitaria e medicina territoriale nei disturbi del comportamento alimentare

Simonetta Riello

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), come l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata, rappresentano una sfida significativa per il Sistema Sanitario. L'età di insorgenza va dai 12 ai 25 anni, con un picco intorno ai 14 anni e ai 17 anni, anche se negli ultimi anni si sono notati sempre più casi ad insorgenza precoce (bambini) o tardiva (adulti). **I disturbi alimentari** riguardano soprattutto le persone di sesso femminile F:M=10:1 o 9:1

In Italia, i disturbi del comportamento alimentare rappresentano un problema crescente. È stato osservato che oltre 3 milioni e 600 mila persone soffrono di DCA nel nostro Paese.

In Campania, ogni anno si registrano 240 nuovi casi di anoressia nervosa e 360 nuovi casi di bulimia nervosa nella popolazione femminile

Nel 2019, i nuovi casi di DCA erano 680.559, mentre nel 2023 sono arrivato a 1.680.456.

Il presente lavoro esplora l'ottimizzazione degli investimenti in Sanità per migliorare la salute focalizzandosi su tre pilastri fondamentali: prevenzione, integrazione socio-sanitaria e medicina territoriale nei disturbi del comportamento alimentare.

La medicina territoriale svolge un ruolo cruciale nella prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) per garantire una cura completa e personalizzata per i pazienti, attraverso un approccio multidisciplinare basato su pilastri fondamentali quali prevenzione e sensibilizzazione, interventi precoci, monitoraggio e follow up, collaborazione multidisciplinare e supporto continuo. L'intercettazione tempestiva dei pazienti con DCA permette di garantire una prognosi favorevole e ridurre l'impatto socio-sanitario ed economico di queste patologie. In

quest'ottica, diviene cruciale definire percorsi di cura personalizzati ed efficaci, basati su solide evidenze scientifiche.

Strumenti chiave per affrontare i DCA includono: promozione della prevenzione, linee guida, formazione continua, potenziamento dei servizi ambulatoriali specialistici.

Un metodo efficace per diminuire il numero di casi di DCA consiste nell'istruire i giovani durante la loro fase di crescita. Questo può essere realizzato implementando programmi educativi nei posti che frequentano di più, come le scuole, o diffondendo informazioni attraverso i social media, che sono molto popolari tra i giovani. La prevenzione dei DCA è un compito che richiede l'impegno di tutti gli ambienti in cui una persona cresce e si sviluppa. Ogni ambiente ha il potenziale per promuovere un sano rapporto con il cibo e con il proprio corpo, contribuendo così a prevenire l'insorgenza dei DCA.

Nello scenario complessivo non bisogna sottovalutare anche l'impatto economico che la gestione dei pazienti con DCA ha sul Servizio Sanitario Regionale.

Nel 2014, la Regione Campania ha speso **4,5 milioni di euro** per i ricoveri fuori regione dei pazienti con disturbi del comportamento alimentare, corrispondenti a circa il **15% della spesa complessiva per tutti i ricoveri fuori regione. Per far fronte a questa emergenza, il 14 dicembre è stata attivata, su impulso e con il coordinamento del Centro Pilota Regionale dell'Università Vanvitelli la Rete Assistenziale Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare.** La Rete comprende almeno un ambulatorio dedicato in ciascuna ASL della Campania; centri diurni (a regime almeno uno per ASL); posti letto dedicati per le esigenze internistiche dell'adulto e dell'adolescente; posti letto per day hospital; posti letto per i ricoveri psichiatrici; ed una struttura residenziale.

La Regione Campania, con i 12 centri attivi su tutto il territorio, è la terza regione di Italia per numerosità di strutture dedicate.

Nell'ASL di Caserta, il Dipartimento di Salute Mentale gestisce l'U.O. Salute Mentale Distretto 13 Maddaloni e 16 Marcianise.

L'implementazione di un centro di riferimento nella propria regione comporterebbe benefici economici significativi, riducendo i costi legati agli spostamenti interregionali e migliorando l'efficienza complessiva del sistema sanitario. La presenza di strutture specializzate sul territorio, inoltre, consentirebbe una gestione più tempestiva e mirata dei pazienti,



riducendo la necessità di ricoveri prolungati e ottimizzando le risorse disponibili.

Pertanto l'obiettivo finale è quello di riflettere l'importanza di strategie preventive e integrazione tra servizi sanitari e sociali relativi ai disturbi alimentari, per massimizzare il ritorno in termini di salute.

Ottimizzazione del ritorno sanitario: investimenti in attività fisica adattata attraverso prevenzione, integrazione socio-sanitaria e medicina territoriale

Bartolomeo Ferrante

L'attività fisica adattata (AFA) è un elemento chiave nella prevenzione delle malattie e nel miglioramento della salute pubblica. Questo tipo di attività, personalizzata per le esigenze individuali, può avere un impatto significativo sulla salute e il benessere delle persone, riducendo il rischio di malattie croniche, migliorando la qualità della vita dei singoli individui e riducendo i costi sanitari a lungo termine. L'attività fisica adattata può includere una vasta gamma di attività, tra cui esercizi di resistenza, esercizi di flessibilità, esercizi di equilibrio e esercizi aerobici. Queste attività possono essere adattate per soddisfare le esigenze individuali e possono essere modificate nel tempo per rispondere ai cambiamenti nelle capacità fisiche e nelle condizioni di salute. Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 con codice PP02 riconosce l'importanza di tale attività, ponendola come obiettivo da raggiungere. Questa forma di esercizio è pensata per rispondere alle varie necessità legate alla vita e all'età, stimolando persone, famiglie e gruppi più esposti al rischio di sedentarietà, a provare e mantenere uno stile di vita attivo. Gli investimenti in questo settore possono portare a un ritorno significativo sia in termini di salute, poiché l'attività fisica adattata può aiutare a prevenire e gestire malattie come l'obesità, diabete, malattie cardiovascolari e depressione, sia in termini economici per ridurre le spese a carico del Sistema Sanitario. Inoltre, la ricerca ha dimostrato che l'attività fisica regolare può promuovere l'integrazione socio-sanitaria, rafforzando i legami comunitari e migliorando la qualità della vita. Nel contesto delle linee programmatiche del Piano Sanitario Regionale della Regione Campania, il Programma Predefinito PP02 "Comunità attive" mira all'implementazione della Rete Territoriale AFA per la Salute. Gli obiettivi includono: monitoraggio e valutazione, accordi di collaborazione tra ASL e strutture/soggetti erogatori di programmi di esercizio fisico strutturato; formazione congiun-

ta tra operatori sanitari e non, impegnati nelle attività della Rete regionale AFA per la Salute. Per promuovere l'adesione alla Rete territoriale AFA, l'ASL di Caserta ha emesso avvisi di Manifestazione di interesse e coinvolto gli enti comunali per fornire elenchi di strutture erogatrici pubbliche e private. La campagna di adesione è stata supportata dal personale addetto alle attività progettuali, che ha visitato le varie strutture dislocate nella provincia di Caserta. Inoltre, sono stati richiesti incontri con i referenti MMG delle AFT, nonostante la fase primordiale del progetto. Questa decisione è stata basata su dati nazionali e regionali sull'attività fisica, confrontando l'attività di counseling degli operatori sanitari. La Regione Campania ha, infatti, registrato valori inferiori alla soglia nazionale. Il Medico di Medicina Generale svolge un ruolo chiave nella promozione della salute. Questi professionisti sono chiamati a favorire l'alfabetizzazione sanitaria e l'empowerment dei cittadini. Le palestre, invece, non devono limitarsi alla semplice partecipazione, ma devono essere coinvolte attivamente nel progetto. In alcune regioni italiane, come la Basilicata, sono state create delle "Palestre della Salute", luoghi pubblici e privati per lo svolgimento di esercizio fisico strutturato e adattato. Le parole chiave per una Rete AFA vincente sono multidisciplinarietà, partecipazione e counseling. Alle misure attuate si rende necessaria la strutturazione di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) regionale e aziendale, attualmente in fase di sviluppo. La realizzazione di un PDTA specifico per l'arruolamento di pazienti selezionati alla pratica dell'AFA significa adottare di volta in volta misure efficaci, basate sulle migliori evidenze scientifiche, atte a garantire il benessere e il miglioramento dello stato di salute dei pazienti. Inoltre, la creazione di tali percorsi può permettere di superare le difficoltà finora riscontrate sulla diffusione nel conoscere la possibilità di accedere alla Rete AFA, sia da parte dell'utenza che delle figure professionali coinvolte; queste difficoltà hanno difatti sancito una scarsa diffusione della rete nonostante gli sforzi programmatici nazionali, regionali e aziendali dell'ASL Caserta. La realizzazione della Rete Territoriale AFA è ancora in una primordiale fase di costituzione ed attualmente sono al vaglio le richieste pervenute da sette strutture del territorio Casertano. In conclusione, l'attività fisica adattata è uno strumento di prevenzione essenziale che può portare a benefici significativi per la salute. Gli investimenti in questo settore sono fondamentali per promuovere la salute e il benessere della popolazione e per ottimizzare l'uso delle risorse sanitarie.

Analisi dell'effetto delle politiche di vaccinazione del morbillo sulla Salute Pubblica: un progetto sperimentale per aumentare il *value* degli investimenti nella prevenzione vaccinale

Maria Luisa Maccauro

Le vaccinazioni rappresentano uno degli strumenti di Sanità Pubblica più efficaci, costo-efficaci e sicuri per la prevenzione primaria delle malattie infettive. Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2023-2025 (PNPV) riconosce, come priorità di Sanità Pubblica, la riduzione o l'eliminazione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino. Il morbillo, malattia infettiva altamente contagiosa, rientra tra queste; infatti, nonostante i progressi vaccinali, continua a rappresentare una sfida per la Salute Pubblica globale. Secondo l'attuale Calendario Vaccinale, sono previste due dosi da effettuare rispettivamente a 12 mesi e 5 anni d'età. Nonostante la disponibilità di un valido vaccino, che tra il 2000 e il 2022 ha evitato 57 milioni di morti, i casi di morbillo rimangono frequenti, con 136.000 decessi registrati nel 2022, principalmente tra i non vaccinati. Anche in Italia negli ultimi mesi, è stato osservato un aumento di casi nelle fasce di età 0-4 anni e 15-39 anni, di cui il 35% circa ha riportato almeno una complicanza. Il virus del morbillo è molto stabile e la vaccinazione conferisce una protezione efficace contro tutti i genotipi circolanti. Solo la somministrazione di entrambe le dosi è in grado di prevenire la malattia nel 97% dei casi. Per raggiungere l'obiettivo di eliminazione del morbillo previsto dal Piano, è necessario che la copertura vaccinale per ciascuna delle due dosi sia maggiore del 95%. Tuttavia, in Italia, è ancora inferiore al target prefissato ed è pari al 94,4% per la prima dose e all'85% per la seconda, con conseguente persistenza della trasmissione del virus. Questo progetto mira ad analizzare l'impatto delle politiche vaccinali del morbillo sulla Salute Pubblica, con l'obiettivo di aumentare il *value* degli investimenti in Sanità ed elaborare una strategia efficace che possa contribuire a incrementarne la copertura, per proteggere direttamente i vaccinati e indiretta-



mente coloro che, per motivi di salute, non possono essere vaccinati o non rispondono sufficientemente ai vaccini. Viene fatto un focus particolare sull'ASL di Caserta, dove, negli ultimi mesi, in linea con quanto accaduto a livello nazionale, si è registrato un aumento dei casi probabilmente legato ad una mancata informazione e comunicazione. Anche in questo caso, le coperture non raggiungono il 95%. Questo ha evidenziato la necessità di intensificare gli sforzi ed ottimizzare le strategie vaccinali tramite la comunicazione e l'educazione della popolazione al fine di incrementare le percentuali e raggiungere l'obiettivo prefissato. Attraverso l'implementazione di questa strategia, si tende a ridurre l'incidenza del morbillo, un indicatore tra i più validi nel valutare lo stato di salute di una popolazione, a migliorare la qualità di vita dei pazienti e ad ottimizzare le risorse investite in Sanità.

Aumentare il ritorno in termini di salute (value) degli investimenti in sanità attraverso gli strumenti della prevenzione, dell'integrazione: ottimizzazione delle cure chemioterapiche rivolte ai Pazienti oncologici e contenimento dei costi, mediante l'esecuzione di test genetici pre-trattamento con Fluoropirimidine e Irinotecano

Mahrokh Mosavat

La determinazione dell'indice terapeutico, per la maggior parte degli agenti citotossici utilizzati nelle chemioterapie, è un elemento critico nella sicurezza del trattamento ancora oggi.

Le fluoropirimidine sono farmaci ampiamente usati nel trattamento dei tumori solidi, come il carcinoma coloretale, il cancro della mammella, dello stomaco e della pelle. La ridotta o mancata degradazione del fluorouracile derivante da questi farmaci può causare effetti collaterali importanti come neutropenia e grave tossicità gastrointestinale e neurologica (10-40% dei pazienti trattati); tale tossicità nell'1% dei casi diventa letale. Gli effetti collaterali sono dovuti al deficit parziale o completo dell'enzima, la diidropirimidine deidrogenasi (DPD), l'enzima chiave coinvolto nel catabolismo del 5-fluorouracile, causato a sua volta, da mutazioni del gene DPYD. In base alle nuove raccomandazioni europee, il Comitato di Valutazione dei Rischi per la Farmacovigilanza (PRAC) dell'European Medicines Agency (EMA) il 30 aprile 2020, ha comunicato che i pazienti, prima di iniziare la terapia antitumorale con le fluoropirimidine, vanno sottoposti al test farmacogenetico DPYD. Le varianti del gene DPYD di cui è raccomandato il test sono: DPYD*2A, DPYD*13, DPYD c.2846A>T, DPYD c.1236G>A (HapB3), DPYD c.2194G>A. Circa il 7% degli Europei ha almeno un allele delle prime quattro varianti. I pazienti che risultano portatori della mutazione in eterozigosi DPYD*2A hanno bisogno di una riduzione del trattamento di almeno il 50% mentre i portatori del genotipo omozigote mutato DPYD*2A *non devono essere trattati con fluoropirimidine* in quanto tutti i portatori della mutazione in omozigosi andrebbero incontro a morte a causa di tossicità. Con la finalità di ottimizzare l'efficacia terapeutica dei trattamenti e contestuale riduzione dei

rischi, dal mese di Febbraio 2024 nella Azienda Sanitaria Napoli2 Nord è stato attivato un nuovo progetto di collaborazione condotto con grande impegno da parte del Direttore dell'UOC di Oncologia Dr. Raffaele Addeo, dal Direttore dell' UOC di Patologia Clinica Dr. Luigi Reccia e con l'autorizzazione da parte della Direttrice Sanitaria dell'ospedale "San Giovanni di Dio" di Frattamaggiore, Dr.ssa Maria Rosaria Cerasuolo, con un budget di 15000,00 euro. Il progetto, di cui la scrivente è stata parte attiva, ha raggiunto ottimi risultati.

Vantaggi dell'esecuzione del test in ospedale

Notevole risparmio nel tempo di esecuzione degli esami necessari per l'ottimizzare avvio delle terapie, velocizzando la cura chemioterapica nei pazienti oncologici in una condizione ottimale di sicurezza, onde evitare effetti tossici della terapia, con contestuale risparmio economico per l'azienda, che in precedenza, era costretta ad inviare i campioni presso laboratori convenzionati esterni fuori del territorio del ASL.

Con **svantaggio** che per ogni seduta di esame DPYD necessitano tre controlli. Poiché in ospedale venivano arruolati da 4 a 6 nuovi pazienti ogni settimana, questo ha comportato un uso maggiore di reattivo per i controlli. L'ottimizzazione dei costi analitici si otterrebbe con il reclutamento dei pazienti da diversi ospedali del territorio, e con il praticare ogni seduta analitica con 9 campioni più i 3 controlli.

Conclusioni

In base all'esperienza maturata sarebbe consigliabile per una rete oncologica appropriata dell'azienda Napoli2 Nord, sia per consentire un risparmio economico che per velocizzare il tempo tra il prelievo e la data di esecuzione, implementare un solo centro di riferimento nell'azienda e nel territorio, in modo da reclutare tutti i pazienti e analizzare presso lo stesso centro tutti i campioni dei pazienti residenti in Napoli 2 Nord, per evitare sprechi ed ottimizzare la gestione delle risorse.

Prospettive di integrazione territoriale degli interventi globali di prevenzione e trattamento rivolti alla popolazione ad alto rischio di contrarre l’HCV, che accede alla U. O. SerD 31, U.O. C. Dipendenze Ovest, Dipartimento Dipendenze, Asl Napoli 1 Centro. Prospettive applicative alla luce del PNRR

Valeria Iodice

Coerentemente all’obiettivo dell’OMS di eradicare l’HCV entro il 2030, l’Italia ha messo in atto interventi strutturati per perseguirlo, in quanto Paese con la più alta prevalenza di HCV in Europa occidentale.

Identificare i pazienti non ancora diagnosticati al fine di mantenere elevati i tassi di trattamento annuali è diventato il vero collo di bottiglia per l’eliminazione dell’HCV. È necessario, pertanto, identificare gli individui non ancora diagnosticati nei principali gruppi ad alto rischio, come quello dei soggetti con problematiche di dipendenza: i PWID sono tra i soggetti che corrono il rischio più elevato di contrarre malattie infettive (epatiti, HIV). Sebbene gli antivirali ad azione diretta (DAAs) possano curare attualmente oltre il 95% dei pazienti con infezione cronica da virus dell’epatite C, il numero di persone che ricevono diagnosi e trattamento rimane incredibilmente basso. Nei Servizi per le Dipendenze (SerD) una strategia di screening rapido e attivo può facilitare l’identificazione dei pazienti con infezione cronica da HCV. I dati più recenti supportano una politica sanitaria che garantisca non solo screening, diagnosi e follow - up, ma anche investimenti per il trattamento immediato al fine di prevenire la continua progressione della malattia epatica e il potenziale sviluppo di danni epatici avanzati che comportano disastrose e gravi conseguenze sia cliniche sia economiche (ricoveri ospedalieri, immunoterapici per epato-carcinoma, trapianto, etc.). Questa evidenza sui benefici in termini di costi del trattamento farmacologico immediato con DAAs è importante per l’orientamento del processo decisionale in corso a livello centrale e regionale e per la responsabilità di scegliere l’allocazione delle risorse dedicate al trattamento con DAAs di tutti i soggetti con infezione cronica da HCV di nuova diagnosi.

L'U.O. Ser. D. 31 Ospedale Gesù e Maria (U.O.C. Dipendenze Ovest, Asl Napoli 1 Centro), richiedendo l'accreditamento all'Assessorato della Regione Campania per l'inserimento nei registri AIFA come Centro prescrittore e l'abilitazione alla prescrizione dei DAAs del personale medico specialistico SerD, può rappresentare il SerD pilota in regione Campania per l'implementazione dei processi sia di screening rapido e attivo dell'HCV sia di trattamento immediato con DAAs nel SerD. Tali interventi integrati nella U.O. SerD 31 possono garantire l'uniformità dell'offerta diagnostico - trattamentale sul territorio, nell'applicazione di un modello, in termini di appropriatezza diagnostica e terapeutica, conforme ai criteri indicati dall'AIFA ed alle raccomandazioni cliniche vigenti, per garantire al paziente un più agevole accesso all'assistenza sanitaria, assicurato dalla capillare distribuzione dei Centri prescrittori sul territorio, redistribuendo tra gli stessi le funzioni di prescrizione e di erogazione dei farmaci antivirali DAAs. Sarà di fondamentale importanza promuovere l'istituzione di fondi ad hoc in regime di disponibilità costante per l'implementazione dello screening attivo dell'HCV e per l'erogazione dei DAAs per ciascuna regione, vincolando risorse, quindi, sia per la ricerca dei nuovi casi sia per il trattamento nell'ambito del Piano Nazionale per la Prevenzione e la Cura dell'Epatite C, al fine di raggiungere gli obiettivi dell'OMS di eliminazione dell'HCV entro il 2030. Tra le risorse disponibili, un interesse rilevante hanno i fondi del PNRR dedicati alla sanità che possono essere utilizzati per espandere e migliorare i programmi di screening HCV; nel miglioramento le competenze del personale SerD con adeguati programmi di formazione; per investimenti in tecnologie sanitarie avanzate che possono mirare al miglioramento di diagnosi e trattamento; per rafforzare le infrastrutture sanitarie, inclusa la modernizzazione dei centri di screening; per implementare la rete internet e le tecnologie utili eventualmente per il teleconsulto/telemedicina; per alimentare i flussi informativi.

TESI AREA TEMATICA

Comunicazione organizzativa sanitaria, project-management e gestione dei gruppi di lavoro

Tutor: Alessandra Dionisio (2022-2023)

Genesi e sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance: approccio metodologico presso l'A.O.U. "L. Vanvitelli"

Germana Nazzaro

Funzionario amministrativo presso U.O.C. G.E.F. - A.O.U. "L. Vanvitelli"

Strategia di comunicazione dell'AOU Federico II nella campagna vaccinale contro il Papilloma virus: analisi e prospettive di management sanitario

Alfonso Nardo

Assistente Medico in Formazione "Igiene e Medicina Preventiva"

Università degli Studi di Napoli "Federico II"

La comunicazione in ambito sanitario come fattore di programmazione: la promozione della salute e della prevenzione collettiva attraverso nuove strategie comunicative. Il Piano Annuale della comunicazione nelle aziende del SSN

Pasquale Russo

Funzionario Asl Napoli 2 Nord

Il Piano di comunicazione come strumento metodologico per garantire una comunicazione efficace: il caso Terra dei Fuochi, prevenzione e corretta informazione, nell'ambito del Programma Regionale per l'attuazione delle misure sanitarie disposte dalla L. n. 6/6 febbraio 2014, previsto con DCA n. 38/2016

Roberta Giordana

Referente Area ospedaliera e Mobilità - Monitoraggio SSR – Soresa SPA

La comunicazione degli investimenti in sanità e il ritorno in termini di salute: il caso Zolgensma in un'azienda ospedaliera pediatrica campana e la gestione degli screening neonatali

Emanuele Ragosta

Collaboratore Amministrativo - AORN Santobono Pausilipon

Genesi e sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della *performance*: approccio metodologico presso l'A.O.U. "L. Vanvitelli"

Germana Nazzaro

Con la riforma "Brunetta" D.Lgs. n. 150/2009, emendata successivamente dal D.Lgs. n. 74/2017, si è imposto a ciascuna P.A. l'adozione di un sistema di misurazione e valutazione della performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle UU.OO. in cui si articola e ai singoli dipendenti. Si tratta di un adempimento finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi erogati, alla crescita delle competenze professionali, mediante la valorizzazione del merito e il riconoscimento di premi per i risultati conseguiti dai singoli e dalle UU.OO. in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati delle PP.AA. e delle risorse impiegate per il loro perseguimento. La finalità è quella di conformare l'attività delle PP.AA. ad un modello strategico integrato e sistemico, orientato ad attivare un processo di miglioramento continuo dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa.

Analisi del contesto di riferimento e Obiettivi

Il setting di sperimentazione del project work è l'A.O.U. "L. Vanvitelli", l'obiettivo del project work è stato quello di sperimentare l'adeguamento dell'attuale sistema di misurazione e valutazione della performance dell'A.O.U., nella cui progettazione si è tenuto conto della peculiarità insite nella natura dell'Azienda e della complessità del contesto normativo e contrattuale. Lo studio condotto prende in considerazione: la natura bidimensionale della performance e il processo connesso al ciclo di gestione della performance.

Materiali e Metodi

I dati considerati riguardano il triennio 2021-2023, per esaltare i risultati conseguiti nell'ultimo anno. Per la valutazione e misurazione della per-

formance organizzativa ci si è avvalsi del Servizio di “Epidemiologia Valutativa” aziendale che ha elaborato i dati sanitari e presentato la relativa misurazione dei risultati raggiunti, e delle funzioni di “Programmazione Strategica e Controllo di Gestione” che ha agito come interfaccia tra la Direzione Strategica e i Direttori DAI durante tutto l’anno di riferimento. Gli indicatori per la valutazione DAI sono stati prodotti dal flusso SDO, inviato alla piattaforma SINFONIA dopo i controlli di coerenza interna e i controlli di qualità della corretta codifica SDO. I dati vengono inviati alla piattaforma regionale SINFONIA e trasmessi mensilmente a NSIS.

Risultati e conclusioni

Dopo l’emergenza Covid, a partire dal 2022 l’A.O.U. ha mostrato segnali di ripresa: il peso medio del totale dei ricoveri nel 2023 è aumentato del 7,47% rispetto al 2021; gli indicatori standardizzati di degenza media mostrano un miglioramento dell’efficienza operativa rispetto allo standard regionale e un incremento della casistica trattata. Nel 2023 l’ICP nel risulta sostanzialmente uguale allo standard regionale (0.98), laddove l’indice di Case-Mix mostra un trend in salita rispetto allo standard regionale (1.08) e in notevole miglioramento rispetto al 2021 (0.99) e al 2022 (1.07).

Strategia di comunicazione dell'AOU Federico II nella campagna vaccinale contro il Papilloma virus: analisi e prospettive di management sanitario

Alfonso Nardo

Il *Papilloma Virus* Umano (HPV) è un virus a DNA della famiglia dei Papillomaviridae. È uno dei patogeni sessualmente trasmissibili più comuni e rappresenta una sfida significativa per la salute pubblica a livello globale. La sua rilevanza non è data solo dall'alta frequenza delle infezioni che provoca, ma anche dalle gravi malattie a cui è associato, come vari tipi di cancro. Oltre alla vaccinazione, l'uso del preservativo e la partecipazione a programmi regolari di screening per il cancro cervicale, come il Pap test e il test HPV-DNA, sono cruciali per la prevenzione e il controllo delle malattie legate all'HPV. I vaccini contro l'HPV, come Gardasil e Cervarix, hanno dimostrato un'elevata efficacia nel prevenire infezioni dai tipi di HPV più comuni e pericolosi. La vaccinazione è raccomandata per ragazzi e ragazze dagli 11 anni di età, idealmente prima dell'inizio dell'attività sessuale. Tuttavia, affinché si raggiunga un'elevata copertura vaccinale, è necessario anche che vi sia un'attività di informazione e comunicazione efficace che miri a promuovere la fiducia nel pubblico.

La strategia di comunicazione adottata dall'Azienda Ospedaliera Universitaria (AOU) Federico II di Napoli durante la campagna vaccinale contro l'HPV è stata ottenuta dopo un'attenta analisi e si è basata su diversi pilastri fondamentali quali: la sensibilizzazione, l'ascolto attivo e la risposta e la collaborazione con professionisti sanitari. Tali elementi sono stati implementati attraverso campagne informative multicanale, anche grazie all'aiuto degli operatori sanitari che hanno contribuito all'attività di formazione. In previsione del 17 novembre 2023, è stata promossa attraverso i canali social (Instagram e Facebook) e il sito ufficiale dell'AOU Federico II, la giornata di prevenzione contro l'HPV, che si è tenuta presso il complesso di Biotecnologie dell'Università Federico II di Napoli. È nata

così la campagna di comunicazione “Hai Pensato a Vaccinarti?”, un messaggio forte e chiaro volto a sottolineare l’importanza della vaccinazione anti-HPV. Durante l’evento, svolto il 17 novembre, dalle 10:00 alle 14:00, nell’atrio antistante l’Aula Magna del complesso di Biotecnologie dell’Università Federico II, sono state distribuite circa 350 cartoline, contenenti forti messaggi di sensibilizzazione e un modulo anagrafico per aderire alla vaccinazione, da compilare e restituire. È stata offerta anche la possibilità di registrarsi via e-mail, modalità utilizzata soprattutto dagli assistenti in formazione dell’AOU Federico II. Le sedute di vaccinazione sono state organizzate presso l’UOC di Igiene dell’edificio 5 dell’AOU Federico II, con due sessioni settimanali (martedì e giovedì) e appuntamenti ogni 15 minuti circa. Dopo la vaccinazione, i partecipanti sono stati invitati a rimanere in sala d’attesa per 15 minuti per monitorare eventuali reazioni avverse. Durante questo tempo, è stato somministrato un questionario anonimo, in forma cartacea o tramite Google Forms, diffuso via e-mail o social media, sulle conoscenze e le attitudini verso il Papilloma Virus ed i vaccini. La partecipazione al questionario era volontaria, anonima e non retribuita, con consenso informato ottenuto da tutti i partecipanti.

Ad oggi, le vaccinazioni, ancora in corso presso l’ambulatorio dell’edificio 5 dell’AOU Federico II, sono circa 740. I dati raccolti tramite questionari anonimi indicano una prevalenza femminile ed una buona predisposizione alla vaccinazione oltre che una significativa influenza dei social media come fonte di informazione.

In conclusione, la strategia comunicativa adottata dall’AOU Federico II ha dimostrato di essere efficace nell’incrementare la copertura vaccinale contro l’HPV. Tale modello potrebbe essere adattato e applicato con successo ad altre campagne vaccinali, contribuendo a migliorare la salute pubblica complessiva e riducendo i costi per il sistema sanitario.

**La comunicazione in ambito sanitario come fattore di programmazione: la promozione della salute e della prevenzione collettiva attraverso nuove strategie comunicative.
Il Piano Annuale della comunicazione nelle aziende del SSN**

Pasquale Russo

Questo scritto tratta del mondo della comunicazione alla luce delle riforme del SSN degli ultimi anni con specifico riguardo all'evoluzione della percezione della salute collettiva ormai sempre più orientata verso il tema della prevenzione piuttosto che alla cura delle acuzie. È in ragione di tutto ciò che il mondo della sanità non può prescindere dall'investire in comunicazione attraverso politiche e campagne promozionali finalizzate al coinvolgimento della maggior parte degli utenti disponibili. Gli strumenti attualmente a disposizione facilitano il compito, le nuove frontiere della comunicazione via web hanno catalizzato una serie di percorsi precedentemente molto più complessi da gestire. Affinché ciò avvenga nel migliore dei modi ciascuna realtà aziendale non può prescindere dal dotarsi di figure professionali e tecnici specializzati che si dedichino alla cura della comunicazione aziendale.

Uno degli strumenti cardine di tutto ciò è rappresentato dall'oggetto di questo elaborato, il piano della comunicazione, che oltre ad essere uno strumento programmatico è anche, potenzialmente, la risorsa di maggiore visibilità e risonanza per un'azienda sanitaria. Dall'efficacia del piano dipende il coinvolgimento dei professionisti della salute e di tutte le figure professionali implicate nell'erogazione di servizi e soprattutto degli utenti, che attraverso la capacità delle aziende di coinvolgere la cittadinanza di propria afferenza, ricevono da tali meccanismi un ritorno in termini di salute e benessere.

Il Piano di comunicazione come strumento metodologico per garantire una comunicazione efficace: il caso Terra dei Fuochi, prevenzione e corretta informazione, nell'ambito del Programma Regionale per l'attuazione delle misure sanitarie disposte dalla L. n. 6 del 6 Febbraio 2014, previsto con DCA n. 38/2016

Roberta Giordana

Il presente studio propone l'approfondimento, in una applicazione pratica, della redazione del piano di comunicazione previsto quale azione trasversale nell'ambito del Programma regionale ai sensi del DCA n. 38/2016, per l'attuazione delle misure sanitarie previste dalla legge 6/2014, nell'area nota come "Terra dei Fuochi", per affrontare la grave situazione sanitaria, ambientale, economica e legale causata da smaltimenti illegali di rifiuti.

Il programma ha individuato tra le azioni di monitoraggio e intervento, non solo il coinvolgimento del Sistema Sanitario Regionale (SSR) per la prevenzione e il controllo della salute della popolazione residente nelle aree interessate, ma anche la realizzazione di un Piano di comunicazione per informare la popolazione sulle azioni di prevenzione e assistenza, nonché per fornire evidenze sul fenomeno e coinvolgere attivamente la comunità.

La tesi si concentra sulla redazione pratica del piano di comunicazione del programma regionale dal punto di vista metodologico, fornendo gli elementi essenziali per una comunicazione funzionale agli obiettivi strategici e operativi della politica pubblica in attuazione attraverso: analisi del contesto, obiettivi di comunicazione, target di riferimento, strategia di comunicazione, scelte di contenuto, strumenti di comunicazione, azioni di comunicazione relativi budget e cronoprogramma.

Si fornisce inoltre un'analisi dettagliata delle azioni di comunicazione necessarie per raggiungere gli obiettivi di salute pubblica e migliorare la consapevolezza della popolazione, riconoscendo alla comunicazione stessa



un contributo sostanziale a un ritorno di valore in termine di salute. Nello specifico sono stati individuati tre obiettivi di comunicazione: comunicare i risultati raggiunti in occasione delle attività di Screening nell’ambito della campagna “Mi Voglio Bene”; disseminare i principali risultati del progetto di ricerca realizzato con il Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche dell’Università di Torino; incentivare i cittadini campani ad aderire alle iniziative di prevenzione gratuite nell’ambito del SSR.

La comunicazione efficace può essere uno strumento fondamentale per il successo delle iniziative sanitarie e per l’adesione dei cittadini ai servizi di salute pubblica, contribuendo così al miglioramento complessivo della salute della comunità, promuovendo comportamenti sani, migliorando la trasparenza e la partecipazione della comunità alle politiche sanitarie.

La comunicazione degli investimenti in sanità e il ritorno in termini di salute: il caso Zolgensma in un'azienda ospedaliera pediatrica campana e la gestione degli screening neonatali

Emanuele Ragosta

La comunicazione in sanità pubblica, disciplinata dalla legge n. 150 del 7 giugno 2000, è considerata un elemento fondamentale per la promozione della salute. Le aziende sanitarie la valorizzano a tal punto da aver previsto, al loro interno, da una parte appositi piani di comunicazione aziendale e dall'altra la nomina di alcune figure necessarie per le attività di informazione e comunicazione, quali l'ufficio per le Relazioni con il pubblico (l'URP), l'ufficio stampa e il portavoce, oltre ad apposite strutture interne che si occupano di comunicazione.

La comunicazione gioca un ruolo centrale anche nel processo di formazione (e quindi di cambiamento) dell'immagine delle aziende sanitarie, che è influenzata dalla comunicazione dai mass media, da quelle formali divulgate dalla stessa azienda e dal suo personale, dalla comunicazione informale tra il personale dipendente e gli utenti, così come tra gli utenti stessi. Le politiche di gestione della comunicazione delle aziende sanitarie, soprattutto di quella verso l'esterno, consentono di influenzare le scelte compiute dai soggetti che operano dentro e fuori l'azienda stessa. In particolare per quanto riguarda gli utenti potenziali che, anche in base all'immagine che ne viene data e soprattutto alla reputazione, compiono la scelta del presidio medico a cui rivolgersi. La comunicazione verso l'esterno, promossa dall'azienda sanitaria, produce comunicati stampa, realizza conferenze stampa, utilizza le pagine social per informare e comunicare; produce quella circolazione di informazioni che contribuiscono a promuovere la conoscenza aziendale e a creare una sorta di familiarità per svilupparne la relativa reputazione. Ciò avviene soprattutto in riferimento alla comunicazione degli investimenti sanitari quali l'acquisto di farmaci e/o di dispositivi medici e/o apparecchiature mediche, ma anche la realizzazione di nuovi edifici con finalità sanitaria e/o, al loro interno,

di nuovi reparti. Questo tipo di comunicazione può realizzare un ritorno reale e positivo in termine di salute.

A tal riguardo, è da sottolineare l'esperienza dell'azienda pediatrica Santobono Pausilipon relativamente al processo di acquisto del farmaco Zolgensma, considerato il farmaco più costoso al mondo in quanto il suo costo è pari a 2 milioni di euro per dose, utilizzato per la cura dell'atrofia muscolare spinale di tipo 1 (SMA 1). Per tale investimento (sulla spesa farmaceutica totale dell'AORN Santobono Pausilipon, ha inciso per il 21,85%) e per portarlo a conoscenza della cittadinanza, l'azienda, tramite il suo ufficio comunicazione, ha utilizzato principalmente strumenti di comunicazione esterna, tra cui la redazione di news e comunicati stampa e post su social network. L'investimento è stato fatto a partire da novembre del 2020 con l'annuncio della prima somministrazione del farmaco in Italia sulla piccola Sofia.

Nel 2023 l'ospedale Santobono, ha annunciato l'avvio del progetto pilota per lo screening neonatale attraverso gli strumenti di comunicazione, progetto a cui si stava lavorando dal 2022, con la finalità di individuare nuovi casi di SMA 1 e poterli avviare alle cure mediante la somministrazione del farmaco Zolgensma.

In particolare, per gli screening neonatali, per i quali è stata spesa l'ulteriore cifra di circa € 465 mila per anno, è stata avviata una campagna di sensibilizzazione, pubblicizzata con gli strumenti di comunicazione ed è stata predisposta una brochure informativa, che ne ha sottolineato sia la semplicità (l'indagine viene eseguita su un unico prelievo di gocce di sangue dal tallone, che si effettua tra la seconda e la terza giornata di vita del neonato) sia la gratuità.

Nel maggio 2024, ad un anno dall'avvio del progetto dello screening neonatale sono stati comunicati i risultati. Dunque, quasi 30mila neonati sono stati sottoposti al controllo e sono stati individuati 5 nuovi casi, trattati con la somministrazione del farmaco Zolgensma. Tutto ciò anche e soprattutto grazie alle attività di comunicazione poste in essere.

