

# RIPENSARE

## IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

VERSO LA GESTIONE DI UNA RINNOVATA COMPLESSITÀ



**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**

**RIPENSARE**

**Il Servizio Sanitario Nazionale**

*ATENEAPOLI Editore*

ISBN: 978-88-97840-78-7

copyright 2024



**Ateneapoli srl**

via Pietro Colletta, 12 (80139) Napoli

**[www.ateneapoli.it](http://www.ateneapoli.it)**

**BOOKSTORE**

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

*Alla prof.essa **Gabriella Fabbrocini**  
docente e professionista di indiscusso valore.*

*Il suo coraggio nell'affrontare la malattia, la sua instancabile  
voglia di fare squadra e di mettere al centro del suo operato i  
pazienti e il loro benessere, il suo importante impegno nel  
sociale resteranno per noi tutti un indelebile ricordo.*

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



*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**, 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](http://www.management-sanitario.it)



**Autori del volume:**

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

**Coautori del volume:**

(in ordine alfabetico)

- Antonia Cava
- Eugenio Maria Covelli
- Cristiana Ferrigno
- Grazia Formisano
- Vincenzo Giordano
- Annalisa Granata
- Laura Leoncini
- Antonio Salvatore

**Coordinamento redazionale:**

- Alessandro Di Vaio



**Autori dei contributi editoriali:**

**Maria Triassi**

Professore Ordinario di Igiene - Università degli Studi di Napoli "Federico II"  
Direttore del DAI di Sanità Pubblica, Farmacoutilizzazione e Dermatologia  
AOU Federico II

**Patrizia Cuccaro**

Dirigente medico Ufficio 3, Direzione Generale della programmazione Sanitaria del  
Ministero della Salute

**Alessandra Dionisio**

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

**Antonio Salvatore**

Direttore del Dipartimento Salute di Anci Campania

**Antonia Cava**

Professoressa Associata di Sociologia dei Processi Culturali e Comunicativi  
Dipartimento di Scienze Cognitive, Psicologiche, Pedagogiche e Studi  
Culturali - Università degli Studi di Messina

**Cristiana Ferrigno**

PhD Student in Scienze Cognitive  
Dipartimento di Scienze Cognitive, Psicologiche, Pedagogiche e Studi Culturali -  
Università degli Studi di Messina



## **Autori delle tesi-progetto del Master in Management Sanitario**

### **XIX Edizione del Master**

(in ordine di presentazione)

**Massimo Barreca**

Dirigente Medico Pediatria SPOKE Cetraro - ASP Cosenza

**Alessandro Cerino**

Collaboratore Amministrativo Professionale - AORN "Santobono-Pausilipon" di Napoli

**Diana Fenicia**

Coordinatore Infermieristico U.O. Oncoematologia Pediatrica - P.O. Pausilipon - AORN Santobono Pausilipon

**Nicola Improda**

Dirigente Medico di Pediatria - AORN Santobono-Pausilipon

**Antonio Poziello**

Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza - A.O.R.N. Santobono Pausilipon

**Mattia Zullo**

Medico specialista in anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore c/o Villa Cinzia (Na)

**Iaria Cardinale**

Collaboratore amministrativo - Centro Minerva S.r.l.

**Laura Gaeta**

Dirigente medico specialista in Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva - P.O. San Paolo, ASL Napoli 1 Centro

**Lucienne Pellegrini**

Dirigente medico presso la UOSD di Gastroenterologia - P.O. Polla, ASL Salerno

**Flavia Rossano**

U.O.C. Psichiatria e Psicologia Clinica - A.O.U. Federico II, Psichiatria

**Laura Evangelista**

Prof.ssa Associata nel settore medico disciplinare MED-36 - Unità di Medicina Nucleare, Università degli Studi di Padova

**Mariano Giustino**

Amministratore Delegato e Direttore Generale - CEINGE Biotecnologie Avanzate Franco Salvatore Scarl

**Carlo Liguori**

Medico Radiologo ASL NA Centro - Ospedale del Mare. UOC di Radiodiagnostica

**Annalori Panunzio**

Medico Radiologo ASL BAT Presidio di Barletta - UOSVD di Radiodiagnostica

**Carmine Picone**

Dirigente Medico UOC di Radiodiagnostica - Istituto Nazionale dei Tumori di Napoli  
IRCSS-Fondazione Pascale

**Giuseppe Posillico**

Dirigente medico radiologo I livello - Titolare di Incarico Professionale di Colonscopia  
Virtuale presso l'Azienda Ospedaliera "S. Anna e S. Sebastiano" di Caserta

**Francesco Savarese**

Responsabile f.f. dell'UOC di Neuroradiologia - A.O. San Pio di Benevento

**Giusy Sirico**

Cardiologa presso l'UOC di Cardiologia - Elettrofisiologia e Cardiolazione - Istituto  
Clinico S. Ambrogio, Milano

**Mafalda Amente**

Dirigente Farmacista di I livello UOC di Farmacia - A.O.R.N. Cardarelli di Napoli

**Federico Irlando**

Farmacista ospedaliero - Farmacia territoriale di Giugliano - Asl Napoli 2 Nord Ds 37

**Antonio Orsi**

Direttore Responsabile Distretto n. 15 - ASL Caserta

**Salvatore Reale**

Dirigente Veterinario Asl Napoli 3 Sud, Libero Professionista - Medicina d'urgenza,  
Chirurgie Specialistiche e minivasiva

**Raffaella Salvarezza**

Dirigente Medico I Livello - U.O.C. Medicina Legale Pubblica Valutativa  
dell'ASL NA3 Sud - Castellammare di Stabia

**Giuseppe Spanò**

Dirigente Medico Veterinario Servizio Ispezione degli Alimenti di Origine Animale  
Azienda Sanitaria Provinciale di Catania

**Alex Zappia**

Dirigente Medico Veterinario - ATS VAL PADANA

**Francesca Futura Bernardi**

Dirigente Farmacista - AOU Policlinico Vanvitelli

**Antimo Borzacchiello**

Collaboratore Amministrativo U.O.C. Gestione Risorse Umane - ASL Caserta

**Pierpaolo De Nicola**

Referente progetto curare a casa - Asl Roma 2 gestione clinica

**Salvatore Fioretto**

Avvocato presso l'Ordine degli Avvocati di Napoli

**Giovanna Gaeta**

Coordinatrice di struttura - Cooperativa Sociale Cercate

**Marinella Provisiero**

Collaboratore amministrativo - ASL di Caserta

## **Autori delle tesi-progetto del Master in Management Sanitario**

### **XX Edizione del Master**

(in ordine di presentazione)

**Lucio Marcello Falconio**

Dirigente Farmacista P.O. San Giuliano - ASL Napoli 2 Nord

**Rosario Giofrè**

Dirigente Medico U.O.C. di Chirurgia Vascolare - A.O.U. Renato Dulbecco; P.O. Pugliese di Catanzaro

**Marina Lugarà**

Medico Specialista in medicina interna - UOC Medicina Interna Ospedale del Mare

**Stefania Schiano Lo Moriello**

Dirigente Biologo, UOC Patologia Clinica - Ospedale Santa Maria delle Grazie, Pozzuoli

**Emilia Uccello**

Direttore F. F. Struttura Complessa Gestione Risorse Economico – Finanziarie Istituto Studio e Cura Tumori Fondazione G. Pascale

**Fabio De Michino**

Infermiere U.O.C. Urologia - P.O. Ospedale del Mare di Napoli

**Maria D'amico**

Ricercatrice - IRCCS "G. Pascale"

**Ilaria Ficarelli**

Dirigente Medico c/o U.O.C. Chirurgia Vascolare - A.O.R.N. "A. Cardarelli" di Napoli

**Laura Mettievier**

Dirigente Medico Ematologo UOC Ematologia e Centro Trapianti - AOU San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona - Salerno

**Filomena Pascarella**

Responsabile UOS di Endocrinologia Pediatrica - UOC di Pediatria AORN Sant'Anna e San Sebastiano, Caserta

**Giovanni Piccirillo**

Dirigente Medico di I livello UOC di Neurologia AORN S. Anna e S. Sebastiano (Caserta)

**Gaetano Castellano**

Direttore UOC anestesia, terapia intensiva e medicina del dolore Gemelli Molise hospital Campobasso

**Francesca D'Isa**

Funzionario Amministrativo Direzione Generale - A.O.R.N. "A. Cardarelli" di Napoli

**Geremia Vincenzo De Capua**

Collaboratore tecnico Ingegnere - A.O.R.N. "Antonio Cardarelli"

**Mario Melchionna**

Dirigente Sanitario Farmacista; Direttore U.O.C. Farmacia Ospedaliera, Direzione Generale-Direttore Operativo, Organizzativo e Sviluppo; Responsible Research Hospital (già Gemelli Molise spa) Campobasso

**Valerio Piccirillo**

Dirigente medico I livello - UOSD Oculistica - AORN S. Anna e S. Sebastiano (Caserta)

**Aniello Rainone**

Dirigente Biologo - UOC Patologia Clinica - Ospedale S. Maria delle Grazie, Pozzuoli

**Camilla Russo**

Dirigente Medico - UOC Neuroradiologia - AORN Santobono-Pausilipon, Napoli

**Luigi Bruno**

Dirigente Veterinario ASL NA3SUD - Dipartimento Prevenzione - UOC Randagismo

**Nicola Costanzo**

Dirigente Medico Veterinario UOC Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche Dipartimento di Prevenzione ASL Napoli 2 Nord

**Giacomo Goglia**

Dirigente medico psichiatra, UOSM 19-20 S.Cipriano D'Aversa, DSM Caserta

**Fabio La Cerra**

Dirigente Medico I Livello INAIL - Sede provinciale di Isernia (IS)

**Debora Leone**

Dirigente medico I livello Centro Medico Legale INAIL - sede territoriale di Benevento

**Maddalena Panico**

Dirigente Farmacista - ASL Caserta

**Simone Paolino**

Responsabile "Settore Assicurativo" UOC Affari Legali - AORN "Ospedali dei Colli"

**Nicola Tartarone**

Farmacista volontario - Dipartimento Farmaceutico - ASL Napoli 2 Nord

**Isaella Catuogno**

Collaboratore Professionale Amministrativo U.O.C. Gestione Risorse Umane - Asl NA 1 Centro

**Rossella Matarazzo**

Collaboratore Professionale Amministrativo U.O.C. GATIB - A.O.R.N. "A. Cardarelli"

**Daniela Nenna**

Collaboratore Amministrativo Professionale UOC Acquisizione beni e servizi Provveditorato Economato - A.O. dei Colli

**Vittorio Nigro**

Infermiere AOU Policlinico Federico II - UOSD Sclerosi Multipla

**Assunta Spezzaferrì**

Funzionario Amministrativo - ASL Napoli 3 Sud





IL MANAGEMENT IN SANITÀ

**RIPENSARE**  
**Il Servizio Sanitario Nazionale**

Il volume contiene gli abstract delle tesi progetto della  
**XIX e XX edizione del Master in Management in Sanità**

INDICE

**Il Master in Management Sanitario: la nostra storia, tra tradizione ed  
innovazione**

*Maria Triassi, Patrizia Cuccaro, Alessandra Dionisio* pag. 21

**Elementi caratterizzanti un Servizio Sanitario Nazionale in crisi di  
sostenibilità**

*Antonio Salvatore* pag. 25

**La piattaforma della comunicazione pubblica della salute**

*Antonia Cava, Alessandra Dionisio, Cristiana Ferrigno* pag. 61

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

**Le priorità in ambito gestionale, organizzativo, preventivo e di rischio clinico, la presa in carico del bisogno di salute: l'esperienza Covid-19 come modello di ridefinizione dei target di salute e garanzia di una gestione sanitaria sicura**

- Area Organizzazione e gestione delle strutture sanitarie pag. 81  
*Tutor: Vincenzo Giordano*
  
- Area Governo clinico e Risk Management pag. 94  
*Tutor: Patrizia Cuccaro*
  
- Area Procedure gestionali innovative: HTA, Telemedicina, quality assessment pag. 103  
*Tutor: Eugenio Maria Covelli*
  
- Area Prevenzione, nell'integrazione socio-sanitaria, della medicina territoriale pag. 119  
*Tutor: Grazia Formisano, Laura Leoncini*
  
- Area Comunicazione organizzativa sanitaria, project-management e gestione dei gruppi di lavoro pag. 134  
*Tutor: Alessandra Dionisio*

## **Le tesi della XX edizione del Master in**

### **Management Sanitario dell'Università Federico II di Napoli:**

#### **L'assistenza sanitaria per la gestione delle priorità cliniche, manageriali ed organizzative. La ripresa post Covid e l'attenzione alle caratteristiche organizzative e sanitarie da garantire**

- Area Organizzazione e gestione delle strutture sanitarie pag. 148  
*Tutor: Vincenzo Giordano*
  
- Area Governo clinico e Risk Management pag. 159  
*Tutor: Patrizia Cuccaro*
  
- Area Procedure gestionali innovative: HTA, Telemedicina, quality assessment pag. 173  
*Tutor: Eugenio Maria Covelli*
  
- Area Prevenzione, nell'integrazione socio-sanitaria, della medicina territoriale pag. 188  
*Tutor: Grazia Formisano, Laura Leoncini*
  
- Area Comunicazione organizzativa sanitaria, project-management e gestione dei gruppi di lavoro pag. 204  
*Tutor: Alessandra Dionisio*



## **Il Master in Management Sanitario: la nostra storia, tra tradizione ed innovazione**

*Maria Triassi, Patrizia Cuccaro, Alessandra Dionisio*

È una storia più che ventennale quella del Master di II livello in Management Sanitario del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università Federico II di Napoli. Un percorso formativo che negli anni ha sempre coniugato tradizione ed innovazione. L'obiettivo del Master, giunto alla XXII edizione, è formare professionisti della sanità consapevoli delle dinamiche che governano il sistema salute ed in grado di migliorarle. Per garantire adeguati strumenti formativi ai discenti, grande attenzione viene riservata alla ricerca e all'innovazione, tanto nella metodologia didattica che nella scelta e nell'aggiornamento dei contenuti e del corpo docente.

Il Master offre, infatti, ai discenti, di provenienza multispecialistica, l'opportunità di sperimentare tecniche direzionali durante le 300 ore di didattica in presenza, che si svolgono con un appuntamento settimanale full immersion. Attività laboratoriali, role-play, case-study e testimonianze caratterizzano il percorso formativo insieme a lezioni teorico-pratiche ed incontri di didattica frontale. Il percorso si arricchisce di alcuni appuntamenti in modalità di didattica a distanza che consentono di poter offrire ai partecipanti incontri con docenti e professionisti provenienti da tutto il territorio nazionale ed internazionale. Il Master si completa con l'attività di studio guidato e l'elaborazione della tesi progetto, con un impegno stimato in 1200 ore da affrontare con il coordinamento di un tutor indicato dalla Direzione del Master. Le migliori tesi progetto sono raccolte nel volume "Il Management in Sanità", in versione cartacea ed e-book, per consentire la diffusione e la replicabilità delle esperienze manageriali ed approfondire i temi di maggiore attualità che caratterizzano lo scenario sanitario. Negli anni, il Master ha consolidato la sua capacità attrattiva anche in ambito extra regionale, con crescente presenza di discenti provenienti da tutto il territorio nazionale.

Il Master in Management Sanitario e, di fatto, la sua storia e l'articolazione della sua offerta didattica, ha ricevuto il riconoscimento da parte della Regione Campania quale percorso formativo abilitante alle funzioni direttive delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale. Vale a dire che, già dallo scorso anno, il percorso consente di acquisire oltre al titolo universitario di Master di II livello anche l'attestato di formazione manageriale per i direttori generali, sanitari, amministrativi e i direttori di struttura complessa.

### **L'importanza di "ripensare" il Servizio Sanitario Nazionale**

La collana "Il Management sanitario", con cadenza annuale o biennale, ha raccolto le tesi progetto dei discenti del percorso formativo e numerosi contributi di professionisti, studiosi, direttori generali delle aziende sanitarie campane, esperti nazionali del mondo della sanità, della comunicazione, dell'organizzazione aziendale. I prodotti editoriali realizzati hanno sempre cercato di intercettare "the big issues", i grandi temi che coinvolgono il mondo della sanità e della salute, per stimolare un confronto di esperienze e progettualità ed offrire spunti di riflessione critica sulle tematiche di attualità.

Nell'ultimo volume pubblicato: "Esperienze e progetti di management sanitario in tempi di emergenza" sono state raccolte le esperienze più significative dei professionisti della salute che hanno tracciato nuovi modelli e strategie per affrontare il contesto emergenziale.

Oggi il testo si concentra, invece, sull'esigenza di fare tesoro delle esperienze pregresse e di riconquistare la capacità di guardare con occhi nuovi il contesto di riferimento. Da qui il titolo: "Ripensare il Servizio Sanitario Nazionale". Al centro del dibattito temi quali l'autonomia differenziata, i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, la nuova medicina territoriale, l'innovazione tecnologica ed i processi di digitalizzazione, fino alle nuove frontiere della comunicazione pubblica e al rapporto salute-ambiente.

Il volume raccoglie, infatti, due contributi che fanno emergere alcune tra le nuove istanze e contraddizioni del sistema salute. Il primo saggio, a cura di Antonio Salvatore, Direttore del Dipartimento salute di Anci Campania, sottolinea gli elementi caratterizzanti del SSN in piena crisi di sostenibilità, focalizzando le criticità sulle quali intervenire, in modo coerente e strutturato, per evitare di compromettere l'equità di accesso ai servizi sanitari che comporterebbe un ulteriore problema di disuguaglianze territoriali.

Il secondo contributo, a firma di Antonia Cava, Professoressa associata di Sociologia dei Processi culturali e Comunicativi; Cristiana Ferrigno, Dottoranda di ricerca in Scienze Cognitive, ambedue dell'Università degli Studi di Messina, e Alessandra Dionisio, Responsabile Comunicazione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli, è dedicato alla digitalizzazione della comunicazione della salute e ai profondi cambiamenti nel rapporto tra utenti e servizio sanitario, in uno scenario dominato da meccanismi di disintermediazione. Se da una parte aumentano le possibilità di accesso ai canali informativi, dall'altra raramente ciò consente agli utenti di acquisire una maggiore consapevolezza ed autonomia nelle proprie scelte di salute.

A seguire, il testo raccoglie gli abstract delle tesi progettuali dei discenti della XIX e XX edizione del Master, suddivise per area tematica. Si tratta di esperienze, sperimentazioni progettuali, che concretamente hanno impattato sulle organizzazioni e le strutture sanitarie di cui i professionisti fanno parte e che hanno l'ambizione di fornire ai lettori idee, spunti di riflessione critica e di rappresentare modelli esportabili che, con adeguato lavoro di contestualizzazione, possano essere replicabili anche in altri contesti sanitari.

L'impegno nell'ambito della formazione manageriale in Sanità, quest'anno sarà ulteriormente arricchito dal contributo della Fondazione "Triassi per il Management Sanitario". Un innovativo progetto che vede al fianco della Presidente Triassi, Antonio Salvatore (Vicepresidente), Anna Russo, Pasquale Arpaia, Mariarosaria Basile e Paolo Montuori (Consiglieri). La Fondazione ha tra i suoi obiettivi promuovere la tutela della salute e del benessere, puntando in particolare sulla formazione e la ricerca in tutti gli ambiti in cui il management sanitario possa fornire un contributo concreto a servizio della sanità pubblica.



## **Elementi caratterizzanti un Servizio Sanitario Nazionale in crisi di sostenibilità**

*Antonio Salvatore*

Il Servizio sanitario nazionale (SSN), nato con la Legge n. 833 del 1978, ha vissuto un primo ciclo di operatività come sistema universalistico basato su livelli di assistenza da garantire nel rispetto del dettato costituzionale. L'anno 2001 ha segnato l'apertura di un secondo ciclo per il SSN, caratterizzato da un nuovo posizionamento dello Stato e delle Regioni rispetto alle competenze in materia di governo e gestione del SSN.

Negli ultimi vent'anni, tuttavia, il SSN non è stato al centro dell'agenda politica; lasciato più al controllo del Ministero dell'Economia e delle Finanze che del Ministero della Salute. Si è badato più alla tenuta dei conti e all'equilibrio economico-finanziario, che non ad irrobustire l'apparato organizzativo, a partire dai suoi fattori chiave: personale e tecnologia.

Inoltre, i Piani di rientro e i commissariamenti ultradecennali hanno ulteriormente indebolito un SSN in grave crisi di sostenibilità.

Ne sono conseguiti 21 sistemi sanitari fortemente disuguali.

Pertanto, questo contributo cerca di chiarire alcuni aspetti del SSN e il loro impatto sulla sua tenuta, focalizzando gli elementi di criticità sui quali intervenire - in modo strutturato - onde evitare di compromettere ulteriormente l'equità di accesso ai servizi sanitari ed alimentare le disuguaglianze territoriali.

S'intende dunque fornire un contributo di pensiero per una riorganizzazione strutturale del SSN, da programmare e governare con attenzione e diligenza, anche alla luce di un'autonomia differenziata - approvata in Senato - che, per come concepita, potrebbe arrecare pregiudizio ai principi di equità e di universalità dell'assistenza sanitaria tra le Regioni d'Italia.

### **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’includibile 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.

---

(\*) Triassi M. - “Livelli essenziali di assistenza in “Management Sanitario in Sanità”, 2018 Saraceno C. - “I Livelli essenziali di assistenza nell’assetto federale italiano”, 2005

(\*\*) Trucco L. - “Livelli essenziali delle prestazioni e sostenibilità dei diritti sociali”, 2012

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

**Prevenzione collettiva e sanità pubblica:**

1. sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e programmi vaccinali;
2. tutela della salute e della sicurezza degli ambienti;
3. sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
4. salute animale e igiene urbana veterinaria;
5. sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
6. sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
7. attività medico legale per finalità pubbliche.

**Assistenza distrettuale:**

1. assistenza sanitaria di base;
2. emergenza sanitaria territoriale;
3. assistenza farmaceutica;
4. assistenza specialistica ambulatoriale;
5. assistenza protesica;
6. assistenza termale;
7. assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;
8. assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.

### **Assistenza ospedaliera:**

1. pronto soccorso;
2. ricovero ordinario per acuti;
3. day-surgery;
4. day-hospital;
5. riabilitazione e lungodegenza post acuzie;
6. attività trasfusionali;
7. attività di trapianto di cellule, organi e tessuti;
8. centri antiveleni (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 dipende 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 Ministe-

ro 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 stata differita al 1° aprile 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: (i) l'aggregazione conseguita alla "soglia minima di efficienza" e (ii) 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 av-

venire 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:

1. Personale (medico, sanitario non medico, infermieristico, tecnico, amministrativi, Ota, borsisti e collaboratori);
2. Materiali (reagenti, farmaci, presidi e materiali vari);
3. Tecnologia (leasing, noleggio, ammortamenti e manutenzioni);
4. Costo fase pre-analitica (prenotazione e accettazione);
5. Costo fase post-analitica (refertazione e consegna referti);
6. Costi comuni di laboratorio (utenze, servizi, pulizie, consulenze, ecc);
7. 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
<b>T</b>	<b>TOTALE</b>	<b>598.795.971</b>	<b>100%</b>	<b>*</b>

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.

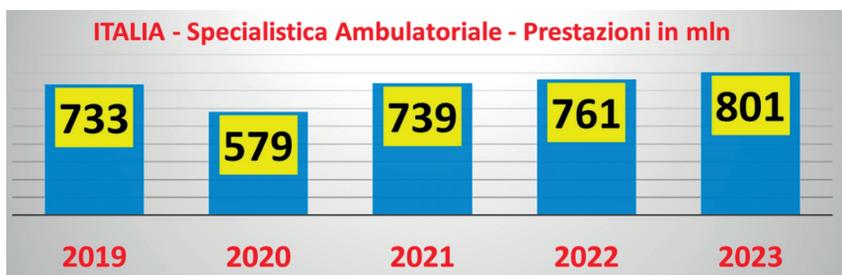
Tale “riorganizzazione”, per quel che concerne il privato accreditato, è rimasta però al “palo”, soprattutto nelle Regioni del Sud, in cui permane la presenza di molte strutture di laboratorio che non raggiungono la predetta soglia minima di efficienza in volumi prestazionali.

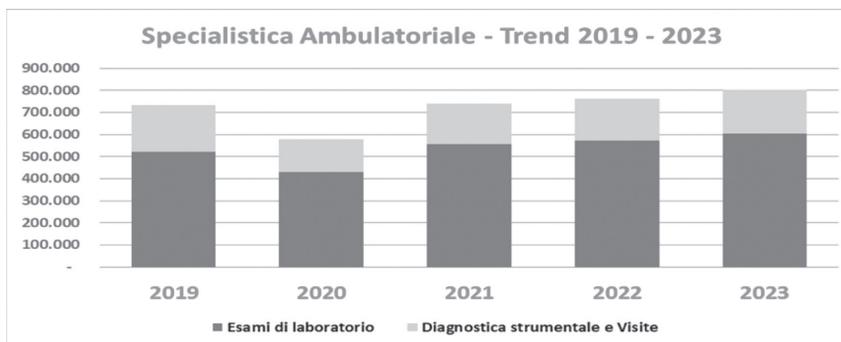
L’adozione di un nuovo tariffario, che per la diagnostica di laboratorio prevede una riduzione significativa delle tariffe, induce fondatamente a ritenere che si debba compiere il processo di aggregazione, onde garantire la sostenibilità delle strutture operanti nella diagnostica in vitro.

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 802 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%
<b>TOTALE</b>	<b>732.715</b>	<b>579.167</b>	<b>738.765</b>	<b>760.980</b>	<b>801.470</b>	<b>100,0%</b>





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<sup>(\*)</sup> (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

<sup>(\*)</sup> La competenza al CIPE è prevista dall’art. 39, comma 1, del decreto-legislativo 15 dicembre 1997 n. 446

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:

1. Popolazione residente;
2. Frequenza dei consumi sanitari per età;
3. Tassi di mortalità della popolazione con età inferiore a 75 anni;
4. Indicatori di deprivazione impattanti sui bisogni sanitari.
5. 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:
  6. 23,8 miliardi di euro sono destinati al finanziamento indistinto dei LEA (Fabbisogno Indistinto);
  7. 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 com-

plessivo 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 a 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
<b>TOTALE SPESA P.A.</b>	<b>1.091.530</b>	<b>1.087.434</b>	<b>1.078.618</b>	<b>1.107.857</b>	<b>1.123.559</b>

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
<b>SPESA SANITARIA / SPESA CORRENTE</b>	<b>15,3%</b>	<b>15,3%</b>	<b>14,9%</b>	<b>15,1%</b>	<b>15,2%</b>

### 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.I. 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



Tuttavia, rispetto al PIL, la percentuale del FSN è calata progressivamen-

te, fatta eccezione per l'anno 2020, caratterizzato dalla crisi sanitaria da Covid-19.

Il grafico che segue illustra il trend del rapporto FSN/PIL dal 2014 al 2023.



Per quel che concerne il riparto del FSN tra le Regioni, si è già detto (§ 4) che l'articolo 12 del decreto legislativo n. 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:

- 1.5% livello prevenzione in base alla popolazione “secca”;
- 2.51% 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);
- 3.44% 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 CIPRESS 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.

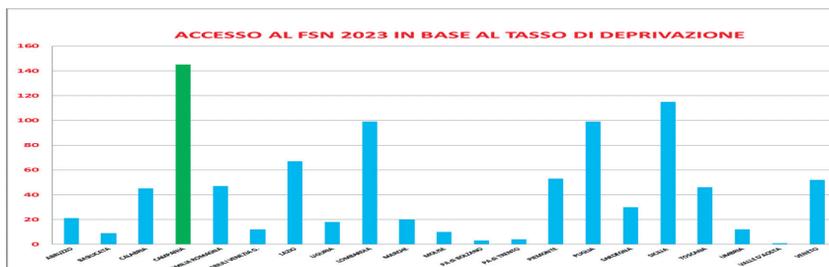
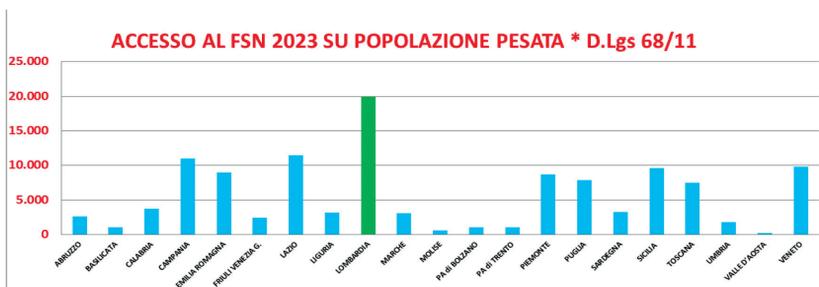
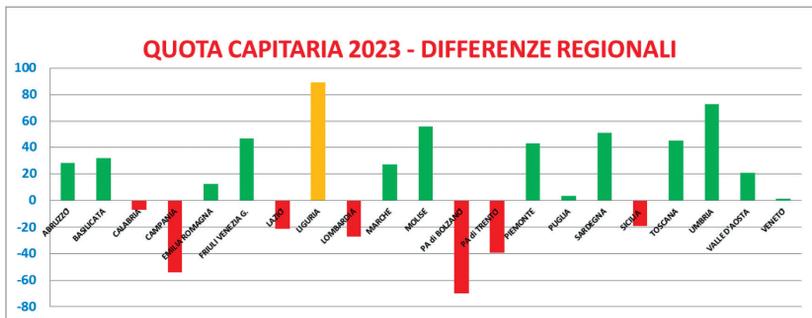
**RIPENSARE**  
IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

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%
PA di BOLZANO	533.267	1.084.430.504	2.034	-70	-37.456.706	-3,5%
PA di TRENTO	542.050	1.119.228.338	2.065	-39	-21.136.549	-1,9%
PIEMONTE	4.240.736	9.102.749.976	2.147	43	181.088.819	2,0%
PUGLIA	3.900.852	8.216.767.378	2.106	3	10.154.241	0,1%
SARDEGNA	1.575.028	3.394.511.729	2.155	51	80.967.540	2,4%
SICILIA	4.802.016	10.009.888.962	2.085	-19	-92.593.160	-0,9%
TOSCANA	3.651.152	7.845.915.611	2.149	45	164.621.379	2,1%
UMBRIA	854.137	1.859.659.589	2.177	73	62.726.015	3,4%
VALLE D'AOSTA	122.955	261.217.627	2.124	21	2.544.876	1,0%
VENETO	4.838.253	10.181.660.670	2.104	1	2.943.141	0,0%
<b>ITALIA</b>	<b>58.850.717</b>	<b>123.810.148.974</b>	<b>2.104</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

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

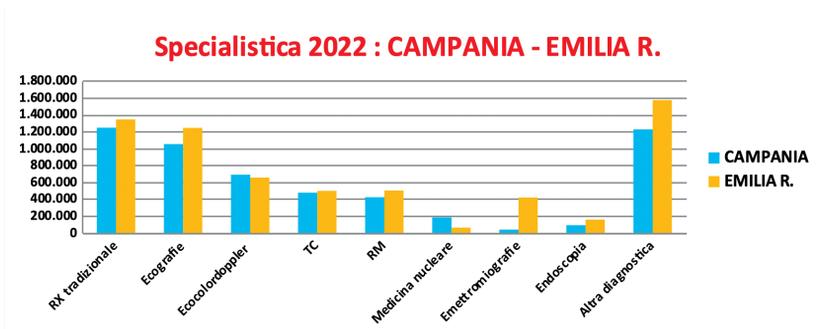
riparto del FSN 2023.

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.

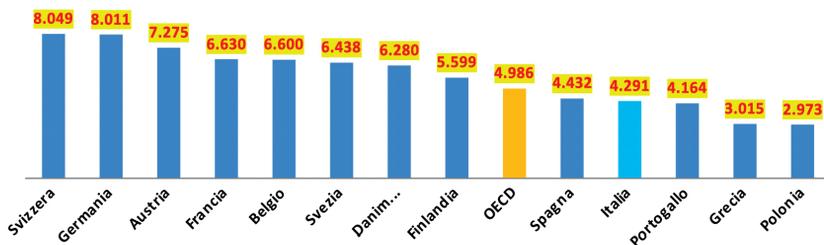
Nel 2022 la spesa sanitaria pro-capite del nostro Paese è stata di 4.291 dollari, inferiore al valore medio dei Paesi OCSE attestatosi a 4.986 dollari.

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 ospedali 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
<b>Media OECD</b>	<b>\$ 4.986</b>	<b>9,2%</b>	<b>3,7</b>	<b>9,2</b>	<b>4,3</b>

### SPESA SANITARIA PRO CAPITE 2022 \* OECD - Valori in dollari



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%).

Analogha 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.

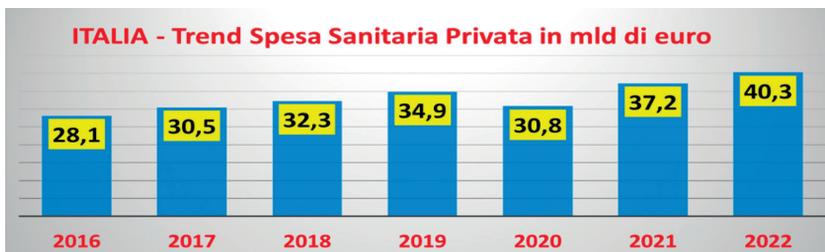
La tabella che segue illustra il trend della sanitaria pubblica italiana dal 2013 al 2022.

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%
<b>TOTALE SPESA PUBBLICA * Fonte ISTAT</b>	<b>107.218</b>	<b>108.851</b>	<b>109.132</b>	<b>110.086</b>	<b>111.117</b>	<b>113.591</b>	<b>114.691</b>	<b>121.390</b>	<b>126.595</b>	<b>130.364</b>	<b>100%</b>

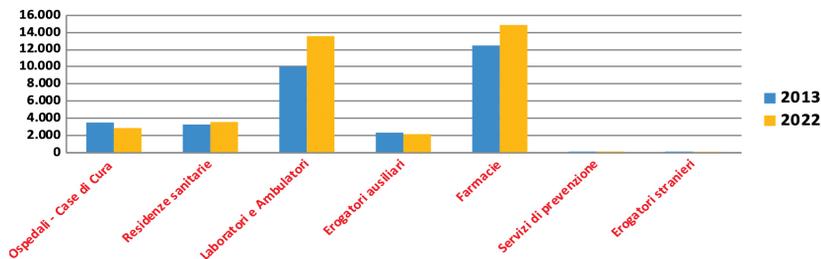
In dieci anni - dal 2013 al 2022 - la spesa sanitaria pubblica italiana è lievitata di circa il 22% (da 107 miliardi di euro del 2013 a 130 miliardi di euro del 2022). Relativamente al 2022, il 37% della spesa complessiva è di appannaggio dell'assistenza ospedaliera.

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).

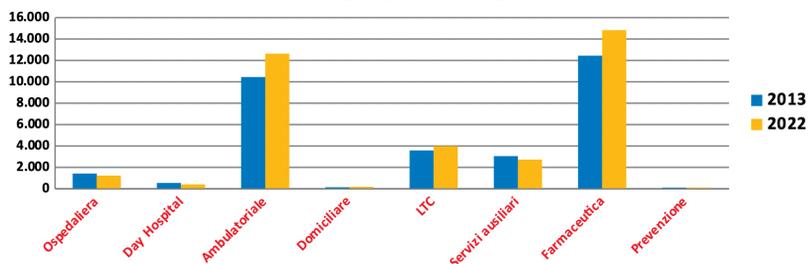
Dal 2016 al 2022, la spesa sanitaria privata è passata da 28 miliardi di euro (del 2016) a 40 miliardi di euro del 2022 (+ 12 miliardi di euro, pari al 43% in più). Al netto della parte di spesa intermediata, quella pagata dai cittadini di tasca propria (Out of Pocket), nel 2022, è stata di circa 37 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 delle Famiglie per Struttura: 2013 - 2022

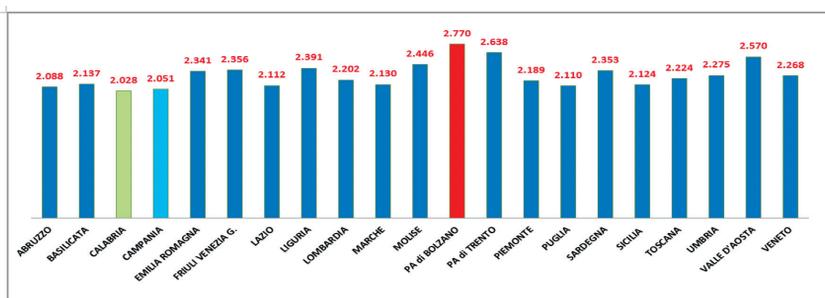


### Spesa sanitaria delle Famiglie per Tipologia : 2013 - 2022



SPESA SANITARIA REGIONE (mn di €)	POPOLAZIONE 31.12.2022 (STAT)	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
<b>ITALIA</b>	<b>58.850.717</b>	<b>109.429</b>	<b>110.746</b>	<b>111.114</b>	<b>112.492</b>	<b>114.307</b>	<b>115.713</b>	<b>116.928</b>	<b>123.296</b>	<b>126.876</b>	<b>129.271</b>	<b>2.197</b>

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 migrazione sanitaria - il caso Campania

Il diritto alla salute viene garantito in base alla libera scelta del cittadino, prevista dall'art. 8-bis del decreto legislativo n. 502 del 1992.

La libera scelta genera flussi migratori e con essi una vera e propria “transumanza” di risorse.

Un fenomeno che produce valori economici per oltre 4 miliardi di euro l'anno.

Il 69% di tali volumi economici riguarda ricoveri ospedalieri (pubblici e privati).

Il restante 31% è ripartito tra specialistica ambulatoriale (17%), farmaceutica (9%) e altro (5%). Nel 2022, il 74% della migrazione sanitaria per ricoveri ha avuto quale meta le case di cura private accreditate del Centro-Nord d'Italia con oltre il 50% di ricoveri caratterizzati da media - bassa complessità. Il prospetto che segue illustra il trend della migrazione sanitaria per valori economici. Dal 2013 al 2022, il fenomeno “migrazione sanitaria” è cresciuto del 10% (da 3.928 milioni di euro a 4.312 milioni di euro).

MOBILITA' mln di €	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	MIX
RICOVERI	2.941	2.977	3.023	3.134	3.124	3.162	3.175	2.357	2.734	2.990	69%
SPECIALISTICA	591	613	630	616	646	679	710	572	689	728	17%
FARMACI	226	248	271	290	322	320	333	313	365	397	9%
ALTRO	170	177	180	184	193	195	196	152	164	197	5%
<b>TOTALE</b>	<b>3.928</b>	<b>4.015</b>	<b>4.104</b>	<b>4.224</b>	<b>4.285</b>	<b>4.356</b>	<b>4.414</b>	<b>3.394</b>	<b>3.952</b>	<b>4.312</b>	<b>100%</b>

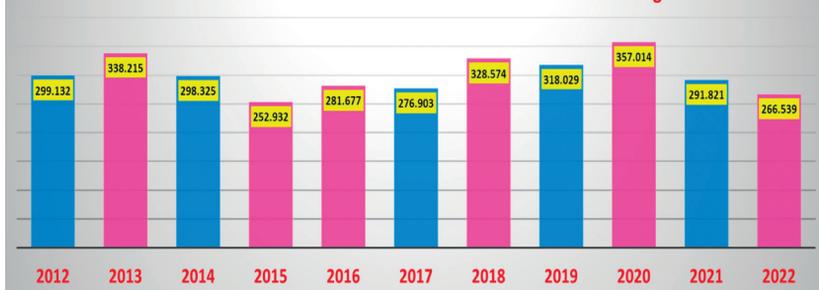


La Campania è la Regione che presenta il saldo migratorio più alto d’Italia. Nel 2023, il saldo di mobilità sanitaria ammontava a circa 270 milioni di euro di cui: 262 milioni di saldo migratorio interregionale e 8 milioni di euro di mobilità internazionale. Un valore parzialmente mitigato da un “accordo politico” per 41 milioni di euro. In virtù di ciò, il saldo netto relativo alla migrazione sanitaria, impattante sul riparto del FSN 2023, è stato di 229 milioni di euro. Ed infatti, a fronte di un fabbisogno indistinto (ante-mobilità) di 11,46 miliardi di euro, la Campania ha ricevuto 11,23 miliardi di euro (post mobilità).

Dal 2012 al 2022, la migrazione sanitaria è costata alla Campania circa 3,5 miliardi di euro.

Il grafico che segue illustra il trend del costo della migrazione in Campania.

**CAMPANIA \* IL COSTO DELLA MIGRAZIONE SANITARIA 2012 - 2022 \* in € migliaia**



Per il solo anno 2023, la Campania ha ricevuto minori risorse per circa 529 milioni di euro di cui: 300 milioni di euro dovuti alla minore quota capitaria attribuita alla Campania rispetto al valore medio nazionale +229 milioni di euro per il saldo netto di migrazione sanitaria.

QUOTA CAPITARIA REGIONE * Valori in €	POPOLAZIONE STAT - L1.2023	F. INDISTINTO 2023 ANTE MOBILITA'	SALDI MOBILITA' SANITARIA 2023	INTEGRAZIONE DA ACCORDI	MOBILITA' INTERNAZIONALE	F. INDISTINTO 2023 POST MOBILITA'	DIFFERENZA DI RISORSE 2023	DIFFERENZA DI QUOTA C. 2023	DIFFERENZA TOTALE 2023	DIFFERENZA SU QUOTA CAPITARIA
ABRUZZO	1.269.860	2.706.827.998	-113.781.107	5.648.990	-1.257.017	2.597.438.864	-109.389.134	35.296.302	-74.092.832	-58
BASILICATA	536.659	1.146.303.129	-83.709.958	227.053	-691.837	1.062.128.387	-84.174.742	17.279.829	-66.894.913	-125
CALABRIA	1.841.300	3.860.626.054	-292.768.836	40.356.631	-1.918.876	3.606.294.973	-254.331.081	-13.101.216	-267.432.297	-145
CAMPANIA	5.592.175	11.464.378.172	-262.095.480	41.217.084	-7.594.032	11.235.905.744	-228.472.428	-300.440.595	-528.913.023	-95
EMILIA ROMAGNA	4.426.929	9.365.704.254	465.350.081	-23.397.583	6.896.556	9.814.553.308	448.849.054	52.330.230	501.179.284	113
FRIULI VENEZIA G.	1.192.191	2.563.778.914	-5.604.545	-1.999.918	2.424.838	2.558.599.289	-5.179.625	55.647.274	50.467.649	42
LAZIO	5.707.112	11.889.125.350	-170.998.645	31.341.844	-6.175.029	11.743.293.520	-145.831.830	-117.487.899	-263.329.729	-46
LIGURIA	1.502.624	3.294.370.819	-77.035.061	7.514.413	-1.161.585	3.223.688.586	-70.682.233	133.150.178	62.467.945	42
LOMBARDIA	9.950.742	20.663.121.298	437.749.480	-166.694.066	-28.188.803	20.905.987.909	242.866.611	-271.251.505	-28.384.894	-3
MARCHE	1.480.839	3.153.923.899	-49.088.458	10.635.061	-1.389.502	3.114.081.000	-39.842.899	38.534.545	-1.308.354	-1
MOLISE	289.840	625.958.703	40.911.202	2.996.014	-421.394	669.444.525	43.485.822	16.193.259	59.679.081	206
PA di BOLZANO	533.267	1.084.430.504	1.425.579	-1.000.668	9.094.296	1.093.949.711	9.519.207	-37.456.706	-27.937.499	-52
PA di TRENTO	542.050	1.119.228.338	279.081	1.081.176	4.841.165	1.125.423.760	6.195.422	-21.136.549	-14.941.127	-28
PIEMONTE	4.240.736	9.102.749.976	-6.951.379	19.124.007	-7.312.435	9.107.610.169	4.860.193	181.088.819	185.949.012	44
PUGLIA	3.900.852	8.216.677.378	-164.209.800	32.793.936	-1.262.592	8.084.088.922	-132.678.456	10.154.241	-122.524.215	-31
SARDEGNA	1.575.028	3.394.511.729	-75.740.523	11.015.296	-739.562	3.323.046.940	-65.464.789	80.967.540	15.502.751	10
SICILIA	4.802.016	10.009.888.962	-205.795.138	28.351.579	-7.338.479	9.825.106.924	-184.782.038	-92.593.160	-277.375.198	-58
TOSCANA	3.651.152	7.845.915.611	59.425.903	-50.181.803	2.803.000	7.857.962.711	12.047.100	164.621.379	176.668.479	48
UMBRIA	854.137	1.859.659.589	-28.437.837	-2.745.022	1.329.307	1.829.806.037	-29.853.552	62.726.015	32.872.463	38
VALLE D'AOSTA	122.955	261.217.627	-13.078.025	-473.731	1.138.490	248.804.361	-12.413.266	2.544.876	-9.868.390	-80
VENETO	4.838.253	10.181.660.670	214.723.530	13.423.931	5.556.877	10.415.365.008	233.704.338	2.943.143	236.647.481	49
<b>ITALIA</b>	<b>58.850.717</b>	<b>123.810.148.974</b>	<b>-329.435.936</b>	<b>-765.776</b>	<b>-31.366.614</b>	<b>123.448.580.648</b>	<b>-361.568.326</b>	<b>0</b>	<b>-361.568.326</b>	<b>*</b>
Ospedale le Bambino Gesù*	*	*	284.148.043	802.892	2.273.714	287.224.649	287.224.649	-	287.224.649	*
ACISMOM - Cava Ieri di Malta	*	*	45.287.893	-37.116	0	45.250.777	45.250.777	-	45.250.777	*
<b>ITALIA</b>	<b>58.850.717</b>	<b>123.810.148.974</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-29.092.900</b>	<b>123.781.056.074</b>	<b>-29.092.900</b>	<b>0</b>	<b>-29.092.900</b>	<b>*</b>

### **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.

FONTI DI FINANZIAMENTO	POPOLAZIONE	FABBISOGNO	PARTECIPAZIONE	RICAVI + ENTRATE	GETTITO	GETTITO	TOTALE FONTI	FONDI REGIONALI	FONDO DUGS 56°00	RSORSE DA	TOTALE RISORSE	Fonti R.	Fonti N.
	STAT - 1.1.2023	INDISTINTO 2023	REGIONI A S.S.	REGIONI A S.S.	IRAP	ADD.LE IRPEF	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	1.041.300	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%
MOISE	289.840	625.959	0	12.953	12.951	38.601	64.505	223	561.454	-	625.959	10%	90%
PA DI BOLZANO	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%
PA DITRENTINO	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	499	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%



## La carenza di medici e infermieri

Ulteriore criticità del SSN è senza dubbio la carenza di medici e infermieri. Si stima che in Italia manchino circa 4.500 medici ospedalieri, 3.000 medici di base e 10.000 infermieri.

Nonostante il numero dei medici in Italia per mille abitanti sia in linea con la media OCSE, il nostro Paese soffre più degli altri il fenomeno migratorio. Nel 2023, i professionisti italiani emigrati sono stati circa 6.000. Professionisti formati in Italia ed emigrati all'estero. Giova ricordare che dei circa 435 mila medici operanti in Italia nel 2022 il 99% si è formato nel nostro Paese. L'Italia è dunque una sorta di "Centro di Formazione" per l'Europa. La migrazione dei medici - perlopiù ospedalieri - è anche verso il privato accreditato.

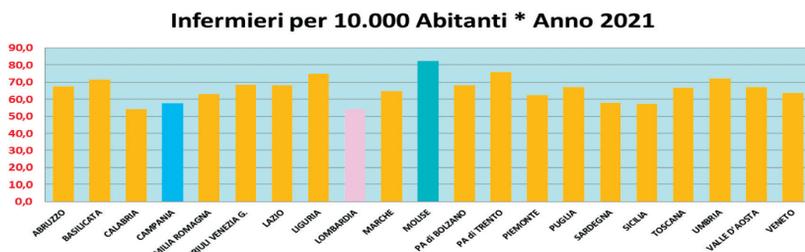
Una emorragia che sta mettendo a dura prova la tenuta del sistema pubblico soprattutto quello ospedaliero che si sta progressivamente indebolendo anche a causa della "desertificazione" di alcune specializzazioni meno allettanti sotto il profilo economico e di responsabilità medica.

La tabella che segue illustra il trend dei medici operanti in Italia dal 2013 al 2022.

MEDICI IN ITALIA - ANNO	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Medici italiani formati in Italia	380.660	384.178	387.452	391.644	392.757	399.433	404.848	418.523	425.513	430.402
Medici italiani formati all'estero	1.353	1.360	1.354	1.369	1.387	1.443	1.562	1.734	1.875	1.966
Medici stranieri attivi in Italia	1.873	1.876	1.896	1.893	1.863	1.935	2.032	2.076	2.164	2.263
<b>Totale Medici operanti in Italia</b>	<b>383.886</b>	<b>387.414</b>	<b>390.702</b>	<b>394.906</b>	<b>396.007</b>	<b>402.811</b>	<b>408.442</b>	<b>422.333</b>	<b>429.552</b>	<b>434.631</b>
% Medici formati all'estero (Italiani + stranieri)	0,84%	0,84%	0,83%	0,83%	0,82%	0,84%	0,88%	0,90%	0,94%	0,97%
% Medici italiani formati all'estero	0,35%	0,35%	0,35%	0,35%	0,35%	0,36%	0,38%	0,41%	0,44%	0,45%
% Medici stranieri attivi in Italia	0,49%	0,48%	0,49%	0,48%	0,47%	0,48%	0,50%	0,49%	0,50%	0,52%
Afflusso annuale di Medici Stranieri	98	60	89	100	150	204	260	293	299	291

Ulteriore elemento di criticità è rappresentato dalla cronica “disuguaglianza organizzativa” tra Regioni. Per la componente infermieristica, ad esempio, nell’anno 2021, il numero medio di infermieri per mille abitanti in Italia è di 5,06 unità. In Emilia Romagna è di 6,58, nel Veneto è di 5,89. In Campania, invece, è di 3,59 (il 45% in meno rispetto all’Emilia Romagna).

Il grafico che segue illustra la distribuzione degli infermieri per singola Regione d’Italia.



## Conclusioni

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

Gli interventi “tamponi” degli ultimi anni, oggi non sono più sufficienti. Occorre, dunque, agire con coraggio e determinazione.

La legge di bilancio 2024, 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:

1. LEA ventennali mai aggiornati;
2. FSN affetto da “conclamata” sottostima finanziaria;
3. Tariffari “arrugginiti” risalenti agli anni '90;
4. Migrazione sanitaria dai connotati talvolta “patologici”;
5. 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 Paesi 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);
- 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).

Ma si intervenga, in modo particolare, sull'autonomia differenziata quantomeno per differire la sua concreta applicazione, sino a quando il SSN non si sarà dotato di strumenti in grado di evitare che si metta in moto una "transumanza incontrollata" di pazienti e professionisti dal Sud verso il Nord.

## La piattaforma della comunicazione pubblica della salute

Antonia Cava, Alessandra Dionisio, Cristiana Ferrigno

Il processo di digitalizzazione, che ha caratterizzato il panorama tecnologico e culturale dell'ultimo trentennio, ha contribuito a modificare abitudini e pratiche di cittadini e istituzioni. Tutti gli elementi del nostro mondo sociale sono intricatamente correlati ai media digitali e alle loro infrastrutture, secondo un processo che è stato definito di mediatizzazione profonda (Couldry e Hepp, 2017): in altre parole, un numero sempre crescente delle nostre attività quotidiane è transitato, e continua a transitare, da una dimensione prettamente *offline* a una dimensione *online* (Floridi, 2015), tanto che ormai, secondo Codeluppi (2022), la nostra vita si sta trasformando in una vera e propria "vita digitale". I dati rilevati dal sesto rapporto Auditel-Censis<sup>(\*)</sup> confermano questa tendenza: «[i]l digitale è sempre più al centro della vita e dei consumi di *entertainment* della popolazione [...]» (Auditel-Censis, 2023, p. 3), con 122 milioni di schermi presenti nelle case degli italiani, per una media di circa cinque per famiglia e oltre due schermi per individuo. Sono in crescita soprattutto i *device* connessi, che sono 97 milioni e 300.000 (+31,7% dal 2017 al 2023 e +4,4% nell'ultimo anno), con una media di quattro schermi connessi per singola abitazione. La pandemia di Covid-19 ha dato un'ulteriore spallata a questo processo (Centorrino e Romeo, 2023), favorendo la *domestication* di tecnologie e pratiche che fino al primo *lockdown* - che ha avuto inizio a marzo 2020 - non avevano acquisito quella popolarità tale da renderle consuetudinarie. Facciamo riferimento, per esempio, allo *smartworking*, alla didattica a distanza, alla telemedicina: modalità note anche prima dell'emergenza sanitaria mondiale, ma che il divieto per le persone di avere contatti *face-to-face* ha reso necessario adottare per contrastare l'isolamento. Una migrazione di massa verso ambienti digitali, saturati dalla presenza delle

(\*) <https://www.censis.it/comunicazione/6%C2%B0-rapporto-auditel-censis>

piattaforme<sup>(\*)</sup> (van Dijk, Poell, de Waal, 2016), attraverso i quali è stato possibile svolgere le più disparate attività (dalle lezioni universitarie alle pratiche sportive, tramite videoconferenza, ecc.) e che in alcuni casi sono diventati prassi, ritagliandosi uno spazio nella nostra quotidianità anche dopo la fine dell'emergenza sanitaria.

Tutto ciò risulta particolarmente evidente nell'ambito della comunicazione pubblica istituzionale. Da un lato, infatti, la pandemia ha messo in evidenza i limiti della digitalizzazione e della cultura comunicativa delle istituzioni, nonché la problematica sovrapposizione tra le dimensioni istituzionale e politica della comunicazione, ma anche, da un'altra prospettiva, le potenzialità, la professionalità e la resilienza degli addetti ai lavori, dall'altro ha obbligato le pubbliche amministrazioni a pensare, dal punto di vista della comunicazione, in chiave "digital first" e a farlo con tempestività (Lovari, 2022). Di fatto, quello che potremmo definire un vero e proprio cambio di paradigma - che era stato preceduto, fin dai primi anni del 2000, da un processo di riforme nazionali e sovranazionali, con relativi ritardi sull'applicazione a macchia di leopardo - è avvenuto in tempi rapidissimi e rispondeva all'esigenza di intervenire nella sfera pubblica agli interrogativi e ai dubbi dei cittadini e del sistema dei media.

Attraverso le piattaforme - siti web, canali social, ecc. - del sistema mediale ibrido (Chadwick, 2013) la comunicazione pubblica si è riconfigurata negli spazi digitali, per un verso contribuendo a posizionare le istituzioni come fonte autorevole di informazione e comunicazione nella moltitudine di voci sovrapposte della Rete, questione di centrale importanza in uno scenario cacofonico dominato dal fenomeno dell'infodemia; per altro verso, attraversando processi di addomesticamento delle tecnologie digitali per la comunicazione istituzionale (Lovari, 2022).

Secondo Ducci e Lovari (2021), la pandemia ha quindi evidenziato il ruolo decisivo delle piattaforme per migliorare la visibilità e la diffusione delle voci istituzionali per informare - e potremmo aggiungere comunicare (con) - i cittadini.

In quanto area della comunicazione pubblica istituzionale, anche la comunicazione pubblica della salute è stata influenzata da queste dinamiche.

---

(\*) Come è noto, per piattaforma si intende un'architettura programmabile progettata per organizzare le interazioni tra gli utenti, «alimentata da dati, automatizzata e organizzata attraverso *algoritmi* e *interfacce*, formalizzata attraverso rapporti di proprietà orientati da precisi *modelli di business* e governata da specifici *termini di utilizzo*» (van Dijk, Poell, de Waal, 2016, p.38).

Le piattaforme hanno acquisito un ruolo di primo piano per il contrasto dell'emergenza. Si pensi, per esempio, agli accordi intercorsi tra il Ministero della Salute e social media come Facebook e Twitter (oggi, rispettivamente, Meta e X) per ostacolare e limitare la diffusione delle fake news durante l'emergenza sanitaria (Lovari 2020) o, ancora, alle nuove abitudini e la nuova cultura legate alla salute, connesse alla diffusione delle pratiche che rientrano nell'alveo della salute e della sanità digitale, che passano inevitabilmente dalle piattaforme.

L'obiettivo di questo lavoro è quello di descrivere tale processo di piattaforma della comunicazione pubblica della salute. Un processo che, per certi versi, appare forse più pervasivo della mediatizzazione profonda, poiché le piattaforme non riflettono il sociale, ma producono le strutture sociali nelle quali viviamo (van Dijk, Poell, de Waal, 2016).

Il punto di partenza sarà il processo di digitalizzazione che ha caratterizzato la comunicazione della PA nelle ultime due decadi. Già, infatti, «[c]on l'avvento dei media sociali e l'introduzione di nuove tecnologie le dinamiche comunicative assumono [...] forme e sfaccettature sempre diverse tali da ridefinire spazi sociali ed identitari e da mettere in discussione fin dalle più solide fondamenta gli orientamenti comunicativi degli interlocutori istituzionali» (Cava e Penna, 2019, p. 24).

### **Dalla digitalizzazione alla piattaforma della comunicazione pubblica**

La digitalizzazione della comunicazione della Pubblica Amministrazione è stata accompagnata da un nutrito corpus di riforme, linee di indirizzo e programmi che hanno costellato l'ultimo ventennio e hanno rappresentato i riferimenti normativi volti a individuare i principi che hanno caratterizzato l'evoluzione della comunicazione pubblica istituzionale. Com'è noto, il grande spartiacque nel settore comunicativo è rappresentato dalla legge-quadro n.150/2000. Sono gli anni dei personal computer, dell'ingresso di Internet nelle case e negli uffici: è, in sostanza, un clima da rivoluzione digitale che, a macchia di leopardo, inizia a mostrare i suoi effetti sulle abitudini e sulle pratiche quotidiane della società civile. Di fatti, negli anni successivi alla legge-quadro, che ha definito le caratteristiche, le figure e gli spazi della comunicazione pubblica, gli studiosi registrano un impegno a promuovere i processi di innovazione, digitalizzazione e informatizzazione della comunicazione della Pubblica Amministrazione

attraverso specifici documenti e misure.

Coerentemente con i programmi europei, le istituzioni italiane promuovono due particolari percorsi di sviluppo: l'*e-government* e l'*e-democracy*. Gli obiettivi del "Piano per l'*e-government* nazionale" sono il miglioramento dell'efficienza operativa interna delle amministrazioni; l'informaticizzazione dei servizi per cittadini e imprese; la garanzia di accesso telematico alle informazioni e ai servizi delle pubbliche amministrazioni.

Principi come accessibilità, trasparenza e partecipazione acquisiscono sempre maggiore importanza. I media digitali, infatti, vengono individuati come driver di ammodernamento delle pubbliche amministrazioni e strumenti per ridurre i costi dell'apparato dei servizi pubblici. I valori fondamentali sono efficacia ed efficienza e il loro raggiungimento è connesso al rispetto di altri principi fondamentali: la trasparenza e l'assunzione di responsabilità dell'attività istituzionale.

Le riforme che hanno visto la luce in questo periodo si sono inserite in uno scenario caratterizzato da una favorevole congiuntura di processi socio-culturali e tecnologici, a seguito dell'inizio di una nuova fase della Rete con quello che è stato definito web 2.0 o web sociale (Benkler, 2006): gli utenti non rappresentano più solo meri fruitori di contenuti ma diventano essi stessi produttori, nelle comunità virtuali di interessi, prima (come i forum, i blog, ecc.) e sui social network, dopo.

La Rete, ancora avvolta dalle aurorali promesse di una democrazia perfetta, considerata capace di dare piena attuazione ai diritti di cittadinanza, diventa la patria delle culture partecipative (Jenkins, 2009). Una fase che è stata definita "comunicazione pubblica 2.0 (Lovari e Masini, 2008), che indica quel «processo di rinnovamento [*che ha messo*] al centro dell'agire pubblico la partecipazione attiva, nuove forme di ascolto, linguaggi e formati innovativi per coinvolgere cittadini sempre più evoluti e consapevoli dei propri diritti» (p. 7).

A lungo gli spazi digitali sono stati individuati come gli strumenti e i contesti in grado di realizzare un cambio di paradigma da dinamiche di tipo essenzialmente top-down a una logica bottom-up. La partecipazione, assieme alla trasparenza e alla collaborazione rappresentano le parole chiave di questo momento, inaugurato appunto dal web partecipativo. Secondo Lovari e Piredda (2017) sono tre le aree all'interno delle quali si muove la comunicazione pubblica digitale: le piattaforme delle istituzioni pubbliche, i social media e le applicazioni mobili. È una fase particolare della

comunicazione pubblica istituzionale, che Ducci (2017) definisce della “condivisione”, in cui si scoprono le potenzialità delle piattaforme digitali come strumenti di disintermediazione che, per le PA, si traducono, tra l’altro, nella possibilità di produrre flussi di comunicazione autoprodotta e di creare con i cittadini un dialogo senza intermediari.

Negli ultimi anni, questa visione tecnoentusiasta nei confronti delle possibilità attivate dalla Rete, in particolare delle piattaforme, ha subito una battuta d’arresto nelle analisi degli studiosi, che hanno iniziato a rilevarne le criticità.

Innanzitutto, sono stati messi in evidenza i possibili rischi e le degenerazioni di un simile scenario, in quanto, come affermano gli autori di *Platform Society* (van Dijk, Poell e de Waal, 2016), le piattaforme determinano anche una trasformazione degli spazi del dibattito pubblico, con conseguenti ripercussioni sui valori pubblici. Anche secondo Habermas (2023), le piattaforme «creando nuove connessioni nella rete globale in qualità di intermediari “senza responsabilità” [...] vengono a modificare profondamente il carattere della stessa comunicazione pubblica» (p. 45).

Gli ambienti digitali, pervasi dalla logica delle piattaforme, non sono spazi neutri, ma sono dominati da dinamiche che, è stato evidenziato da diversi autori, producono effetti, quali quelli delle *echo chambers* (casce di risonanza) e delle *cybercascades*<sup>(\*)</sup> (Sunstein, 2017), che possono favorire la nascita di vere e proprie campagne di odio che avversano la qualità dei processi democratici (Bentivegna e Boccia Artieri, 2019). Le piattaforme, infatti, sono diventate luoghi di confronto e conflitto pubblico, con effetti rilevanti sulle modalità di costruzione dell’opinione pubblica (Sorice, 2020). È in questo scenario che si assiste al fenomeno della creazione degli *information cocoons* (letteralmente, “bozzoli di informazioni”) e a dinamiche di polarizzazione del discorso pubblico. Alla base di questo meccanismo ci sono gli algoritmi che indirizzano le scelte degli individui attraverso il filtraggio dei contenuti basati su complessi meccanismi di

---

(\*) Cass R. Sunstein (2017) distingue tra cascate informative e reputazionali: «Nel caso di una cascata informativa, le persone a un certo punto smettono di affidarsi alle loro informazioni o opinioni private. Al contrario, prendono decisioni sulla base dei segnali altrui. Ne deriva che il comportamento iniziale di poche persone, o di una soltanto, può produrre un comportamento simile a numerosissimi seguaci. [...] il ragionamento presenta una falla consistente nel fatto che se una persona nota che cinque, dieci, cento o mille persone sono inclini a dire o a fare una cosa, tenderà a pensare che ciascuna abbia deciso autonomamente di dire o fare quella cosa» (p. 128). In una cascata reputazionale, invece, «le persone sono convinte della giustezza di quello che sanno, ma ciononostante si uniformano al parere della folla così da conservare la stima degli altri» (p. 130).

profilazione dei dati e del consumo degli utenti<sup>(\*)</sup>.

L'opacità degli algoritmi degli ambienti digitali sull'organizzazione delle informazioni (Comunello, 2020) e la diffusione delle fake news sono problematiche che hanno mostrato i loro effetti in modo prorompente durante la pandemia da Covid-19, nel corso della quale si è registrata una crisi comunicativa senza precedenti: l'*overload* informativo, la sovrabbondanza di informazioni che circolavano, ha dato vita al fenomeno che il Presidente dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito infodemia. Secondo Centorrino (2022), insieme all'ondata infodemica, si è sviluppata una "patologia" della comunicazione pubblica, che l'autore definisce "comdemia", «caratterizzata da una sovrabbondanza di attori intenzionati ad accreditarsi all'interno dei meccanismi di comunicazione pubblica/istituzionale, minacciandone l'efficacia specie a fronte di uno scenario di crisi inedito» (p. 5), sulla quale la disintermediazione offerta dalle piattaforme ha giocato un ruolo fondamentale.

Ducci e Lovari (2021), nel rilevare proprio il fenomeno della piattaformaizzazione della comunicazione pubblica, affermano che molto spesso studiosi e professionisti italiani (si pensi, per esempio, al lavoro di PA Social) si sono concentrati sulle potenzialità dei social media, sottovalutando la complessità delle dinamiche di una piattaformaizzazione così pervasiva della *public sector communication*. Invece, nel nuovo scenario contemporaneo, digitalizzato e piattaformaizzato, il rischio, secondo José van Dijck (2020), è quello di trattare i beni comuni, come la sanità o l'istruzione, al pari di un prodotto commerciale, e quindi di mercificazione dei valori pubblici (Ducci e Lovari, 2021).

Un ulteriore elemento di complessità per la comunicazione pubblica digitale e piattaformaizzata è rappresentato dalle nuove figure professionali necessarie per la creazione e gestione di questi spazi. Solito e Splendore (2016) parlano infatti dell'emergere di nuovi professionismi all'interno del settore pubblico<sup>(\*\*)</sup> nel quale, rispetto a quanto avvenuto nel mondo delle imprese private, hanno faticato ad affermarsi e a ottenere un pieno riconoscimento. Come ricorda Lovari (2016), tali ruoli hanno provocato la nascita di un dibattito sul tema delle competenze: in alcuni casi,

---

(\*) Attraverso questo processo si formano le *filter bubbles* all'interno delle quali gli utenti sono più esposti a opinioni e punti di vista simili ai propri e a tematiche che rispecchiano i propri interessi.

(\*\*) Si pensi, per esempio, ai ruoli del social media manager, del digital strategist, del community manager.

infatti, il compito di gestire i canali digitali è stato affidato all'URP, in altri all'Ufficio Stampa. Per Solito (2014) la comunicazione pubblica “esonda” dai suoi tradizionali spazi, diventando ubiqua. Questo, secondo Lovari (2016), «ha portato da un lato ad affermare l'importanza della comunicazione in ogni atto dell'amministrazione, ma allo stesso tempo la natura [*appunto*] ubiqua della comunicazione fa sì che la tale funzione sfugga dal naturale alveo della legge 150/2000, uscendo dalle strutture ad essa deputate. La comunicazione appare cioè sempre più utile alla PA, ma diviene trasversale a diverse competenze e uffici e quindi non sempre è riconosciuta come facente capo ad un profilo professionale specifico» (p. 63). È anche per queste ragioni che da diversi anni realtà come, ad esempio, PA Social e FormezPA, propongono una riforma della legge-quadro, emanata in un contesto in cui la digitalizzazione non aveva ancora acquisito quei tratti di pervasività che la caratterizzano oggi. Un passo importante in questa direzione è stato compiuto tra il 2019 e il 2020, con l'istituzione di un gruppo di lavoro, durante il secondo governo Conte, per la realizzazione di una proposta per la riforma della legge n. 150/2000, coordinato da Sergio Talamo. Già la normativa sulla comunicazione pubblica, sebbene abbia rappresentato una importante conquista, oltre che uno spartiacque per la comunicazione della PA, è stata in parte disattesa (Lovari e Ducci, 2022), in particolare per i punti che riguardano l'integrazione fra le strutture professionali. È proprio da qui che parte la proposta di riforma (la cosiddetta “legge n. 151”), con il tentativo di valorizzare quelle funzioni di integrazione e coordinamento con la previsione di un'area unificata dedicata alla comunicazione. Nel documento, tra le altre istanze, si fa riferimento alla necessità che la trasparenza sia gestita dall'Area comunicazione e informazione, in sinergia con gli altri uffici. Per quanto concerne le figure professionali, il testo propone che le figure di comunicazione, compresa naturalmente quella apicale, facciano parte dell'organico della PA per evitare che tali ruoli vengano affidati a risorse prive delle competenze necessarie come spesso è accaduto. Si fa inoltre riferimento alla necessità di prevedere una manutenzione periodica della legge-quadro e il potenziamento delle risorse dedicate alla comunicazione anche per consentire l'inserimento delle nuove professionalità necessarie in uno scenario mutevole come quello mediale e tecnologico (Lovari e Ducci, 2022).

## **Il discorso sulla salute nell'era della piattaforma**

I processi di digitalizzazione e piattaforma descritti nel paragrafo precedente valgono in generale sia per la comunicazione pubblica istituzionale, sia, in quanto parte di quest'ambito, per l'area della comunicazione pubblica della salute. Vanno tuttavia analizzati con le dovute specificità, in quanto il sodalizio tra strumenti digitali e salute non concerne esclusivamente la comunicazione o i discorsi sulla salute pubblica. Si tratta, infatti, di un ecosistema che ha contribuito a modificare e a diffondere nuove pratiche sia per gli utenti-pazienti, sia per i professionisti della salute, sia per quanto riguarda l'attività delle istituzioni pubbliche.

Nella locuzione-ombrello di salute digitale (*digital health* o *e-health*) rientrano tutti gli strumenti tecnologici e dispositivi digitali, appunto, utilizzati allo scopo di supportare il cittadino-paziente e il professionista nelle attività di prevenzione, diagnosi, cura e trattamento delle malattie, nel monitoraggio delle condizioni di salute e nella gestione degli stili di vita (Cardano, Giarelli, Vicarelli, 2020). L'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) ha portato a un radicale mutamento nelle modalità di fruizione e condivisione delle informazioni utili alla cura e al monitoraggio dello stato di salute delle persone (Neri, 2019).

Un punto di vista analogo è quello di Cioni e Lovari (2014), che hanno messo in evidenza il ruolo assunto da tali strumenti nel rapporto tra strutture sanitarie, cittadini e medici nel contemporaneo scenario della cura e della salute, in quanto rappresentano un fattore abilitante «al miglioramento della qualità dei servizi (*e-health*, *e-care*, etc.), al contenimento dei costi e all'affermarsi di nuove pratiche di cura, relazionali e comunicative tra questi tre attori» (p. 47).

L'unione di tecnologia e salute richiama i processi di partecipazione, concepiti come strumento di *empowerment*. Infatti, grazie alle tecnologie digitali, i pazienti possono collaborare con i professionisti ai processi di cura, partecipare e sviluppare maggiore consapevolezza nel rapporto con le strutture deputate alla salute.

Tale scenario è dominato dai meccanismi della disintermediazione che nell'ambito della salute possono tradursi, tra l'altro, in una maggiore possibilità di accesso ai canali informativi e al sapere medico, un tempo esclusivo appannaggio degli addetti ai lavori.

Negli spazi digitali nascono e si diffondono comunità online attorno a tematiche sanitarie e di salute, all'interno delle quali circolano flussi di in-

formazione e comunicazione sulla salute. All'interno delle *Online Health Communities* (OHC), che si formano sui social media e sulle piattaforme come forum, blog, ecc., gli utenti vanno alla ricerca del sostegno morale da parte di chi ha vissuto la stessa esperienza ma anche suggerimenti per aumentare le opzioni di scelta e trovare forme di auto-mutuo-aiuto<sup>(\*)</sup> (Lombi e Moretti, 2020).

Tali pratiche hanno contribuito all'emergere di un nuovo tipo di paziente che è stato definito *e-patient* o paziente 2.0, un paziente attrezzato che, contrariamente alla concezione del modello classico del rapporto medico-paziente, è impegnato nelle decisioni che riguardano il suo benessere (Ducci, 2014) e grazie alla Rete vive in modo diverso il rapporto con la salute (Rubinelli, Camerini, Shulz, 2010).

Tra i rischi connessi all'uso di questi strumenti, la *cyberchondria* (Lovari, 2017), che Satolli (2010) definisce "info-mania", ovvero un atteggiamento bulimico nei confronti delle informazioni sulla salute.

Secondo Antonio Maturò (2014), la Rete ha radicalmente cambiato il rapporto delle persone con la salute in almeno tre modi. In primo luogo, Internet ha reso una vasta quantità di informazioni - concernenti un sapere specializzato, quello medico appunto - accessibili in modo pressoché immediato al personale non medico o sanitario, modificando il rapporto con il medico che si è evoluto in un modello di relazione più orizzontale nel quale il paziente non riveste più un ruolo passivo. In secondo luogo, secondo l'autore, nelle comunità online presenti sulle piattaforme si verificherebbe una mercificazione dell'opinione del paziente (Maturò, 2014), attraverso la sponsorizzazione di farmaci e il reclutamento di nuovi pazienti da inserire nei *trials* necessari per l'approvazione di nuovi farmaci. Il terzo cambiamento che Maturò rileva è quello connesso alla pratica della quantificazione e al movimento del *Quantified Self*. Con la dirompente popolarità di dispositivi come smartphone e tecnologie indossabili (*smartwatch* e *wristband* tra tutti), e delle piattaforme mobili per la salute, la misurazione dei dati biologici è diventata una pratica non solo ad appannaggio ristretto di atleti e sportivi professionisti ma alla portata di tutti, in grado di fornire un valore numerico ad ognuna delle nostre performance durante le attività quotidiane. Una forma di *datification* a cui la logica del movimento del *Quantified Self* è strettamente collegata e che, come afferma

---

(\*) Un esempio emblematico di queste dinamiche è la piattaforma "PatientsLikeMe".

Bolter (2019), è una delle caratteristiche dell'odierna cultura digitale. Si è diffusa, secondo Maturò e Setiffi (2021), una cultura della performance in cui tutte le attività umane misurabili possono, anzi, devono essere migliorate. Secondo questa idea, la raccolta di dati quantificabili sulla salute potrebbe migliorare la conoscenza e la comprensione che gli individui hanno del proprio corpo, per attuare comportamenti specifici al fine di ottimizzare il proprio benessere e favorire l'*empowerment* dell'utente. Secondo Morley e Floridi (2019) questa narrazione dell'*empowerment* corre il rischio di innescare, però, dinamiche di "disempowerment", in quanto potrebbe tradursi in una forma di *victim blaming* a causa di un'eccessiva responsabilizzazione dell'utente sulle sue condizioni di salute, negando quindi il fatto che gran parte della salute è controllata da macro-forze sulle quali l'utente ha solo un controllo molto marginale.

Come anticipato, nuove dinamiche si sono diffuse anche per quanto concerne i professionisti della salute. Il Gruppo di Lavoro (composto da Eugenio Santoro, Guido Marinoni, Guerino Carnevale, Francesco Del Zotti) "Information and Communications Technology"<sup>(\*)</sup> della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (Fnomceo) ha redatto un vademecum contenente le "Raccomandazioni sull'uso di social media, di sistemi di posta elettronica e di instant messaging nella professione medica e nella comunicazione medico-paziente", pubblicato a luglio 2023. Il documento sottolinea la necessità di linee guida sull'utilizzo dei social media nella professione medica e nella comunicazione tra medico e cittadino-paziente, che «era una necessità già in periodo pre-Covid19, ma è diventata oggi ancora più attuale considerando l'elevata diffusione di contenuti (scrittura, comunicazioni vocali, immagini, video) trasmessi attraverso questi mezzi di comunicazione». Il suggerimento per i medici, che si legge nel vademecum, è di creare due account distinti sui social, da destinare all'uso personale e professionale: sul profilo professionale non dovrebbero esserci «dati sensibili (incluse le immagini) riconducibili in qualche maniera ai pazienti, ma solo informazioni generali riguardanti la salute, la pratica clinica (oscurando o eliminando le informazioni sensibili), l'informazione scientifica e i link ad altri siti web, rimandando le discussioni tra colleghi ai social network professionali e

---

(\*) <https://www.odmeo.re.it/fnomceo-raccomandazioni-sulluso-di-social-media-di-sistemi-di-posta-elettronica-e-di-instant-messaging-nella-professione-medica-e-nella-comunicazione-medico-paziente/>

alle online communities frequentate esclusivamente dai medici con accesso tramite registrazione, username e password». Le raccomandazioni specificano, inoltre, che tali strumenti «non garantiscono la confidenzialità della conversazione» e «sconsigliano di rispondere ai pazienti su specifiche questioni sanitarie personali», suggerendo invece «di adottare adeguatamente gli strumenti messi a disposizione dalle varie piattaforme social per proteggerne i contenuti».

Per quanto concerne l'attività delle istituzioni e delle organizzazioni, in Italia quello sanitario è stato il primo settore della PA a dedicare attenzione al ruolo informativo e partecipativo dei social media, attraverso la pubblicazione, nel 2010, delle linee guida ministeriali sulla “Comunicazione online in tema di tutela e promozione della salute”, ma è stato anche l'ultimo a sfruttare le opportunità offerte dal web sociale (Lovari e Righetti, 2020). Tra le cause di questi ritardi Cioni e Lovari (2014) evidenziano le problematiche legate alla gestione dei dati sensibili e della privacy, le resistenze al cambiamento emerse dai cortocircuiti tra direzioni amministrative e sanitarie e la mancanza di formazione specifica nell'ambito della health communication.

Come è già stato ricordato, durante la pandemia da Covid-19 è stato registrato un incremento dell'uso dei media digitali, tra cui i social media, per far fronte a quella che, nel contesto dell'emergenza sanitaria, è stata considerata anche un'emergenza comunicativa, caratterizzata, tra l'altro, dalle ondate infodemiche che hanno aggiunto un ulteriore elemento di complessità alla gestione della comunicazione istituzionale a tutti i livelli (Ducci, 2021).

A livello istituzionale, le piattaforme social possono essere utilizzate per raggiungere diversi obiettivi, tra cui: valorizzare l'immagine dell'organizzazione verso i diversi stakeholder; la promozione ed educazione alla salute; gestire la comunicazione di servizio verso i cittadini, le relazioni con i pazienti e il sistema dei media; informare i cittadini in caso di crisi ed emergenze sanitarie (Lovari, 2017).

Tuttavia, affinché questi strumenti siano realmente utili e per sfruttarne in modo consapevole le possibilità, occorre un approccio più critico da parte dei professionisti della comunicazione. Come affermano Ducci e Lovari (2021), è di importanza fondamentale, per i comunicatori pubblici essere criticamente attenti alle pratiche culturali degli algoritmi e alla logica delle piattaforme. Ciò non significa disinvestire sui social media

come leva strategica per la comunicazione del settore pubblico, ma essere consapevoli che un diverso storytelling e un altro approccio di ricerca potrebbero essere adottati o almeno presi in considerazione. I comunicatori dovrebbero essere consapevoli del ruolo multiforme delle piattaforme nella pianificazione strategica e nella gestione della comunicazione del settore pubblico. Gestire la logica dei social media non significa solo possedere competenze tecniche e manageriali, ma anche integrare un approccio critico nell'affrontare i social media per comunicare con i cittadini e con i media. Questa è una sfida sia per i professionisti che per gli studiosi. (Ducci e Lovari, 2021, p. 15. T.D.A.)

## Conclusioni

Alla luce delle riflessioni fin qui proposte, ciò che resta indubbio è il ruolo svolto dalle piattaforme social nella costruzione e nel mantenimento della relazione con gli utenti, nonché nella diffusione di informazioni e nella valorizzazione dell'immagine dell'istituzione.

Un esempio di un utilizzo virtuoso delle piattaforme social, secondo alcuni studiosi (Massa *et al.*, 2022), è rintracciabile proprio nell'esperienza pandemica, più volte menzionata - sulla scorta della letteratura - come acceleratore di pratiche digitali. In particolare, secondo questi autori, sono state attuate le quattro funzioni dell'utilizzo dei social media da parte delle organizzazioni pubbliche (DePaula *et al.*, 2018). In primis, durante la pandemia, le campagne social per la diffusione delle norme sanitarie hanno risposto a una funzione informativa. In secondo luogo, le piattaforme sono risultate strumenti utili per enfatizzare la funzione dell'ascolto. Terzo, durante l'emergenza sanitaria è stato possibile sperimentare nuove forme di dialogo. In ultima istanza, l'uso dei social media ha avuto una funzione di autorappresentazione strategica, funzionale a mostrare all'esterno tratti di *likability*, competenza e valore di un'istituzione (Massa *et al.*, 2022). Nell'analisi proposta da Lovari e Ducci (2022) ritroviamo questa ultima funzione con il nome di *branding*. Si tratta, secondo gli autori, di un uso delle piattaforme ancora poco popolare nel settore pubblico, ma che riteniamo diventerà sempre più diffuso per rispondere alla necessità per gli enti istituzionali di comunicare le proprie identità, *mission* e *vision*, ai fini di far conoscere l'organizzazione all'esterno e favorirne il posizionamento (*brand positioning*) attraverso gli strumenti del marketing istituzionale, o sociale, nel caso della salute (Lovari, 2017). Insieme al *branding* Lovari e Valentini (2020) individuano altri sette possibili utilizzi delle piattaforme social nel settore pubblico: trasparenza e *accountability*, gestione delle crisi, *e-government* e *citizen satisfaction*, comunicazione interna, ascolto, *media relation* e partecipazione e *public engagement*. In particolare, l'attivazione dei processi partecipativi risponde alla necessità di stimolare l'attivazione di forme di comunicazione ibrida con gli stakeholder (cittadini, sistema dei media, altri enti istituzionali, associazioni, ecc.) ma anche di migliorare i servizi la soddisfazione degli utenti in un'ottica di

*empowerment* dei cittadini nella coproduzione di servizi pubblici (Lovari e Ducci, 2022).

Resta fondamentale, infatti, il ruolo di prim'ordine dei cittadini. Sia, infatti, che si tratti di piattaforme social, sia che si parli, invece, di telemedicina o teleassistenza, come affermano Triassi e Cuccaro (2022), «lo strumento digitale e tecnologico non deve essere sostitutivo ma complementare ed ancillare al rapporto umano, che deve restare centrale» (p. 81).

Al contempo, tuttavia, riteniamo opportuno non dimenticare quanto affermato dall'associazione PA Social<sup>(\*)</sup>: «La Pubblica Amministrazione deve stare dove sono i cittadini, rappresentare un punto di riferimento attivo con informazioni e servizi sulle piattaforme di comunicazione web, social e chat». Presidiare gli ambienti popolati dagli utenti, cittadini e pazienti internauti, è necessario per la piena realizzazione di una relazione in cui la comunicazione sia, in primis, uno strumento, utilizzato in modo sistematico, in chiave dialogica, e non episodico. Le istituzioni non devono rappresentare i «guru della rete» ma assumere il ruolo di «punto di riferimento affidabile anche su web, social e chat» perché «[l]a stella polare della comunicazione pubblica è il servizio al cittadino».

Si tratta di una sfida, quindi, per i comunicatori pubblici e per le istituzioni, che dovranno essere in grado di mantenere un equilibrio tra la necessità, sempre più imperativa, di raggiungere e mantenere quel ruolo di punto di riferimento nella percezione degli utenti, e la posizione di centralità del cittadino.

---

(\*) “Principi per la #PASocial”, link: <https://www.pasocial.info/wp-content/uploads/2017/07/Principi-PA-Social.pdf>

## Bibliografia

- Benkler Y. (2006), *The Wealth of Networks. How Social Production Transforms Markets and Freedom*, Yale University Press, New Haven-London.
- Bentivegna S. & Boccia Artieri G. (2019), *Le teorie delle comunicazioni di massa e la sfida digitale*, Editori Laterza, Roma-Bari.
- Bolter J.D. (2019), *The Digital Plenitude. The Decline of the Elite Culture and the Rise of New Media*, The MIT Press, Cambridge; trad. it. (2020) *Plenitudine digitale*, Minimum Fax, Roma.
- Cava A. & Penna A. (2019), *Disinnesare il disengagement. La digitalizzazione della Pubblica Amministrazione tra opportunità e criticità*, in «Humanities», 2, pp. 23-35.
- Centorrino M. (2022), *La condemia e la sua "variante Delta" nell'era del Covid: dalla metafora bellica alla comunicazione ipocrita*, in «Mediascapes», 19, pp. 3-15.
- Centorrino, M. & Romeo, A. (2023). *Media digitali. La costruzione delle relazioni sociali*, FrancoAngeli, Milano.
- Chadwick A. (2013), *The hybrid media system politics and power*, Oxford University Press, Oxford.
- Cioni, E. & Lovari, A. (2014). Pratiche comunicative social. Una ricerca su organizzazioni sanitarie e cittadini connessi, in *Sociologia della Comunicazione*, 48, pp. 47-59. DOI: 10.3280/SC2014-048005
- Codeluppi V. (2022), *Mondo digitale*, Editori Laterza, Roma-Bari.
- Comunello F. (2020). *La società degli algoritmi e dei dati: riflessioni sulla platform society, sul ruolo degli algoritmi e sull'immaginario algoritmico*, in C. Caltagirone, A. Tumminelli, *Tecnologie della comunicazione e forme della politica*, Morcelliana, Brescia, pp. 81-89.
- Couldry, N. & Hepp, A. (2017). *The mediated construction of reality*. Cambridge: Polity Press.
- DePaula N., Dincelli E., Harrison T.M. (2018), *Toward a typology of government social media communication: Democratic goals, symbolic acts and self-presentation*, in «Government Information Quarterly», 35, pp. 98-108.
- Ducci G. & Lovari A. (2021), *The challenges of public sector communication in the face of the pandemic crisis: professional roles, competencies and platformization*, in «Sociologia della comunicazione», 61, pp. 9-19.
- Ducci G. (2017), *Relazionalità consapevole. La comunicazione pubblica nella società connessa*, FrancoAngeli, Milano.
- Ducci G. (2021), *Alcuni nodi della comunicazione pubblica digitale di fronte alla pandemia. Le regioni italiane su Facebook durante il lockdown*, in «Mediascapes journal», 18, pp. 141-160.
- Faccioli F. (2013), *Tra promozione d'immagine, cultura del servizio e partecipazione civica. Scenari della comunicazione pubblica in Italia*, in Masini M., Lovari A., Benenati S. (a cura di), *Tecnologie digitali per la comunicazione pubblica*, Bonanno Editore, Acireale-Roma, pp. 9-44.
- Floridi, L. (2015) (ed). *The Onlife Manifesto. Being Human in a Hyperconnected Era*. Dordrecht: Springer.

- Habermas J. (2023), *Nuovo mutamento della sfera pubblica e politica deliberativa*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Jenkins H. (2009), *Confronting the Challenges of Participatory Culture. Media Education for 21st Century*, Massachusetts Institute of Technology, Massachusetts; trad. it. (2010), *Culture partecipative e competenze digitali. Media education per il XXI secolo*, Guerini Associati, Milano.
- Lombi L. & Moretti V. (2020), «Salute digitale e “big data” in sanità», Cardano M., Giarelli G., Vicarelli G. (a cura di), *Sociologia della salute e della medicina*, Il Mulino, Bologna.
- Lovari A. & Ducci G. (2022), *Comunicazione pubblica. Istituzioni, pratiche, piattaforme*, Mondadori, Milano.
- Lovari A. & Masini M. (2008), *Comunicazione pubblica 2.0. Tecnologie, linguaggi, formati*, FrancoAngeli, Milano.
- Lovari A. & Piredda A. (2017), *Comunicazione pubblica digitale. Modelli e pratiche comunicative tra PA, media e cittadini connessi*, in Masini M., Pasquini J., Segreto G. (a cura di), *Marketing e Comunicazione. Strategie, strumenti e case histories*, Hoepli, Milano, pp. 369-391.
- Lovari A. & Righetti N. (2020), *La comunicazione pubblica della salute tra infodemia e fake news*, in «Mediascapes», 15, pp. 156-173.
- Lovari A. (2016), *Comunicatori pubblici dietro la timeline. La sfida dei social media tra nuove competenze professionali e vecchie resistenze al cambiamento*, in «Problemi dell'informazione», 1, pp. 61-86.
- Lovari A. (2020), *Spreading (Dis)Trust: Covid-19 Misinformation and Government Intervention in Italy*, in «Media and Communication», 8, 2, pp. 458-461.
- Lovari A. (2022), *Le ibridazioni della comunicazione pubblica. Percorsi di ricerca e pratiche comunicative tra digitalizzazione e crisi pandemica*, in «Mediascapes», 19, pp. 17-35
- Lovari, A. (2017), *Social media e comunicazione della salute. Profili istituzionali e pratiche digitali*, Guerini Scientifica, Bologna.
- Lovari A. & Valentini C. (2020), *Public sector communication and social media: Opportunities and limits of current policies, activities, and practices*, in «The Handbook of Public Sector Communication», pp. 315-328.
- Massa A., Ieracitano F., Comunello F., Lovari A. (2022), *La comunicazione pubblica alla prova del Covid-19. Innovazioni e resistenze delle culture organizzative italiane*, in «Problemi dell'informazione», 1, pp. 3-30.
- Maturo A. & Moretti V. (2018), *Digital Health and the Gamification of Life: How Apps Can Promote a Positive Medicalization*, Emerald Publishing Limited, Bingley.
- Maturo A. & Setiffi F. (2021), *Gli aspetti sociali del wellness*, FrancoAngeli, Milano.
- Maturo A. (2014), «Vite misurate». Il quantified self e la salute digitale, in «Sociologia della Comunicazione», 48, pp. 60-67.
- Merry, S. E. (2016). *The seductions of quantification: Measuring human rights, gender violence, and sex trafficking*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Morley J. & Floridi L. (2019), *Enabling digital health companionship is better than empowerment*, in «The Lancet Digital Health», 1, pp. 155-156.
- Neri, S. (2019). *Produttività e lavoro in sanità nell'era dell'innovazione tecnologica. Una prima riflessione*. In Vicarelli, G., Bronzini, M. (a cura di), *Sanità digitale*.

- Riflessioni teoriche ed esperienze applicative (pp. 29-48). Bologna: Il Mulino.
- Rubinelli S., Camerini L., Schulz P.J., (2010), *Comunicazione e salute*, Apogeo Editore, Milano.
  - Satolli R. (2011), *Introduzione*, in Rubinelli S., Camerini L., Schulz P. J. (2010), *Comunicazione e salute*, Apogeo, Milano, pp. xv-xx.
  - Solito L. (2014), *Tra cambiamenti visibili e immobilismi opachi: la comunicazione pubblica in Italia*, in «Sociologia della comunicazione», 48, pp. 100-118.
  - Solito L. & Splendore S. (2016), *Questioni in comune: giornalismo e comunicazione pubblica tra social media e open data*, Il Mulino, Bologna.
  - Sorice M. (2020), *La “piattaformizzazione” della sfera pubblica*, in «Comunicazione Politica», 3, pp. 371-388.
  - Sunstein C.R. (2017), *#Republic: Divided Democracy in the Age of Social Media*, Princeton University Press, Princeton; trad. it.: *#republic. La democrazia nell'epoca dei social media*, il Mulino, Bologna.
  - Swan M. (2013), *The Quantified Self: Fundamental Disruption in Big Data Science and Biological Discovery*, in «Big Data», 2, pp. 85-99.
  - Triassi M. & Cuccaro P. (2022), *Ripresa e resilienza. Dualismi e contraddizioni in sanità pubblica*, in Dionisio A. (a cura di), *Comunicazione, reti e relazioni nel caleidoscopio della pandemia. Sfocature e nuovi assetti in un approccio multiprospettico*, Edizioni Ateneapoli, Napoli, pp. 69-94.
  - van Dijck J., Poell T., de Waal M. (2016), *De platformsamenleving. Strijd om publieke warden in een onliner wereld*, Amsterdam University Press, Amsterdam; trad. it. (2019) *Platform Society. Valori pubblici e società connessa*, Guerini e Associati, Milano.
  - Vicarelli, G. & Bronzini, M. (2019) (a cura di). *Sanità digitale. Riflessioni teoriche ed esperienze applicative*. Bologna: Il Mulino.



## ABSTRACT TESI PROGETTO

### AREA TEMATICA

**Le priorità in ambito gestionale, organizzativo, preventivo e di rischio clinico, la presa in carico del bisogno di salute: l'esperienza Covid-19 come modello di ridefinizione dei target di salute e garanzia di una gestione sanitaria sicura**

(a.a. 2020-2021)



**TESI AREA TEMATICA**

**Organizzazione e gestione delle strutture sanitarie**

Tutor: Vincenzo Giordano, Annalisa Granata (2020-2021)

**Riorganizzazione dell'assistenza pediatrica nell'ASP di Cosenza: l'esperienza pandemica come opportunità di rinnovamento**

*Massimo Barreca*

Dirigente Medico Pediatria SPOKE Cetraro - ASP Cosenza

**Consenso informato nelle sperimentazioni cliniche in età pediatrica: limiti e possibilità nell'ambito dell'emergenza Covid-19**

*Alessandro Cerino*

Collaboratore Amministrativo Professionale - AORN "Santobono-Pausilipon" di Napoli

**Percorsi d'accesso alle cure per i pazienti oncologici pediatrici durante la pandemia da Covid-19. L'organizzazione del Dipartimento di Oncologia del P.O. Pausilipon**

*Diana Fenicia*

Coordinatore Infermieristico U.O. Oncoematologia Pediatrica  
P.O. Pausilipon - AORN Santobono Pausilipon

**Impatto della pandemia da SARS CoV-2 sull'attività del pronto soccorso in Campania durante il primo lockdown nazionale**

*Nicola Improda*

Dirigente Medico di Pediatria - AORN Santobono-Pausilipon

**Analisi di contesto in epoca Covid del piano anticorruzione e gestione delle liste d'attesa**

*Antonio Poziello*

Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza - A.O.R.N. Santobono Pausilipon

**Presenza in carico del paziente in epoca Covid e sorveglianza sanitaria del personale. Gestione emergenza Covid presso Clinica Villa Cinzia (Napoli)**

*Mattia Zullo*

Medico specialista in anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore c/o Villa Cinzia (Na)

## **Riorganizzazione dell'assistenza pediatrica nell'ASP di Cosenza: l'esperienza pandemica come opportunità di rinnovamento**

*Massimo Barreca*

Il contesto in cui si articola l'assistenza pediatrica si è profondamente modificato negli ultimi decenni. È cambiato e cambierà ulteriormente il quadro demografico generale. I progressi della neonatologia e della pediatria hanno trasformato malattie acutamente mortali in malattie croniche che necessitano di una assistenza sempre più complessa. La pandemia Covid-19 ha interessato marginalmente l'età pediatrica del punto di vista clinico, riuscendo tuttavia a mettere in difficoltà il sistema territoriale nella prima fase, ospedaliero nella quarta ondata. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza comporrà, con la Missione 6, entro il 2026, un rinnovamento delle dotazioni tecnologiche degli ospedali e un potenziamento e riorganizzazione delle attività territoriali. L'azienda sanitaria provinciale di Cosenza ha un bacino di utenza che coincide con quello della provincia. Comprende 150 comuni distribuiti in 6.709,75 km<sup>2</sup> pari al 44% di tutto il territorio regionale. Al primo gennaio 2020 l'ASP contava 705.753 residenti pari al 36,24% della popolazione calabrese con una densità abitativa di circa 105,18 abitanti per Km<sup>2</sup>. Più di 1/3 della popolazione vive in 123 piccoli comuni che non raggiungono i 5000 residenti.

La pandemia ha permesso di avviare anche in questa area i processi di ammodernamento e accelerarne alcuni già in corso e non possiamo perdere questa opportunità. Puntando soprattutto sull'organizzazione della telemedicina, si potrà realmente ottenere l'integrazione Ospedale Territorio Centro Specialistico abbattendo le distanze e i tempi. Essa permetterà di sviluppare le specialità pediatriche utilizzando il criterio delle reti integrate di tipo orizzontale e lo sviluppo e condivisione di percorsi assistenziali integrati, presa in carico del paziente a 360 gradi, garantendo realmente la continuità assistenziale.

Sarà fondamentale una prima fase di formazione del personale nonché

una fase di alfabetizzazione digitale dalla quale ci si attende un impatto non solo assistenziale ma anche mediatico, avvicinando il cittadino/ Utente al Sistema Sanitario e viceversa. L'integrazione che si otterrà con la digitalizzazione del Sistema e la telemedicina non potrà che migliorare l'assistenza ai bambini ed agli adolescenti affetti da patologie croniche e rare, potenziando la capacità di fornire l'intervento più efficace in considerazione delle caratteristiche e le aspettative del paziente, la stessa integrazione permetterà di aumentare il livello dell'appropriatezza organizzativa, intesa come la scelta del livello assistenziale più idoneo all'erogazione delle cure in relazione ai bisogni specifici per patologia ed età del paziente. La possibilità di avere dei posti letto per adolescenti cronici in Ospedali di comunità permetterà una riduzione dei ricoveri inappropriati e l'attivazione di strutture per le cure palliative in alcuni di questi ospedali, prossimi al cittadino, colmerà un assai poco decoroso gap della regione. Il tutto certamente contribuirà ad ottenere un notevole risparmio economico, abbattendo la migrazione sanitaria che nel 2019 è stata pari a 288 milioni, con una spesa extraregione per l'assistenza ai minori under 15 pari al 26,9% di tutte le spese sanitarie regionali.

## **Consenso informato nelle sperimentazioni cliniche in età pediatrica: limiti e possibilità nell'ambito dell'emergenza Covid-19**

*Alessandro Cerino*

### Background:

il consenso informato nell'ambito delle sperimentazioni cliniche costituisce uno standard etico e un obbligo procedurale, rappresentando la condizione fondamentale in base alla quale una persona può essere inclusa in una sperimentazione clinica. Pertanto, la raccolta del consenso informato dovrebbe essere l'esito di uno scambio comunicativo continuo e interattivo tra medico/paziente in cui la persona è messa nella condizione di capire e di scegliere.

### Obiettivi:

l'obiettivo dello studio è quello di analizzare in tutte le sue parti lo strumento del consenso informato nel campo sanitario e, più specificamente, nell'ambito della somministrazione di vaccini in pazienti fragili in età pediatrica, come ad esempio il vaccino contro il virus Sars-Cov-2, al fine di chiarirne il suo valore scientifico-giuridico.

### Metodi:

al fine di migliorare l'informazione trasmessa al paziente (o al legale rappresentante/tutore in caso di minori) e di fornire ad esso tutti gli elementi necessari per giungere ad una scelta consapevole, sono state analizzate tutte le fasi riguardanti la somministrazione del consenso informato.

### Risultati:

sebbene l'infezione da Sars-Cov-2 abbia un decorso più benigno nei bambini, in alcuni casi essa può essere associata a conseguenze gravi sia a breve che a lungo termine. I dati dello studio hanno dimostrato che la somministrazione di vaccini contro Sars-Cov-2 in età pediatrica è associata ad un

alto livello di efficacia; inoltre, grazie alla vaccinazione, nei bambini sono stati riscontrati altri benefici, quali la possibilità di frequentare la scuola e condurre una vita sociale connotata da elementi ricreativi ed educativi. Tuttavia, relativamente al consenso informato, nonostante i tentativi di maggiore semplificazione e l'utilizzo di strumenti informatici, l'utenza ad oggi risulta non comprendere pienamente il contenuto e lo scopo di tale documento.

Conclusioni:

per implementare e migliorare il processo di somministrazione dell'informativa finalizzata all'espressione del consenso e alla luce delle difficoltà ancora esistenti in tale ambito, risulta fortemente necessario mettere in atto una serie di azioni volte a redigere documenti sempre più chiari per il paziente. Tale necessità è ancora più rilevante quando una sperimentazione clinica o un trattamento farmacologico è destinato a popolazioni fragili, come i bambini.

**Percorsi d'accesso alle cure per i pazienti oncologici  
pediatrici durante la pandemia da Covid-19.  
L'organizzazione del Dipartimento di Oncologia  
del P.O. Pausilipon**

*Diana Fenicia*

**Introduzione:**

la pandemia Covid-19 sta causando un'emergenza sanitaria globale. I sistemi sanitari sono sottoposti a pressioni estreme a causa dell'epidemia. La popolazione pediatrica sembra essere meno incline a sviluppare un decorso grave della malattia. Tuttavia, le informazioni sull'infezione Covid-19 e sui bambini affetti da cancro sono poche.

**Obiettivo:**

Questo elaborato ha lo scopo di evidenziare le misure preventive e di controllo per la gestione dell'infezione Covid-19 nei centri di Onco ematologia pediatrica dell'AORN Santobono Pausilipon di Napoli.

**Metodo:**

La Task Force aziendale in capo alla Direzione Sanitaria creata per limitare e monitorare la diffusione dell'infezione da Sars-cov-2 all'interno della struttura ospedaliera, ha elaborato e attivato percorsi d'accesso e di erogazione delle prestazioni sanitarie da attuare all'interno nei diversi Dipartimenti Sanitari.

**Risultati:**

L'implementazione, presso il Dipartimento di Oncologia del PO Pausilipon, di percorsi dedicati, definiti in coerenza con le linee d'indirizzo della legislazione nazionale e regionale ha permesso di garantire in sicurezza le cure necessarie e non procrastinabili dei pazienti onco ematologici pediatrici.

**Discussione:**

È noto che i pazienti affetti da patologie oncologiche o ematologiche, così come altre patologie associate ad immunosoppressione (es. immunodefici-

cienze congenite, trapianti di organo solido o cellule staminali emopoietiche, patologie autoimmuni in trattamento immunosoppressivo), sono particolarmente a rischio, sia per quanto riguarda la morbilità che la letalità correlate ad infezioni da virus respiratori, quali l'influenza (per la quale il rischio di ospedalizzazione dei pazienti oncologici è risultato superiore di circa 4 volte rispetto a soggetti di età comparabile) e il Covid-19. Le strutture ospedaliere devono pertanto essere in grado di consentire la continuità delle cure in totale sicurezza per questi pazienti. In questo contesto l'AORN Santobono Pausilipon di Napoli, con il suo centro di cura di alta specialità di Onco ematologia pediatrica presso il Presidio Ospedaliero Pausilipon ha messo in atto tutte le misure organizzative, gestionali, e di controllo per la tutela della salute dei piccoli pazienti garantendo la continuità delle cure. Il Covid-19 non si sta diffondendo in modo omogeneo in Italia e i bambini sono meno infetti è comunque evidente la necessità di definire nuovi processi e nuove strategie condivise per garantire la sicurezza e la continuità delle cure ai bambini affetti da cancro, anche in futuro, quando terminerà lo stato d'emergenza e saranno implementate nuove misure.

## **Impatto della pandemia da SARS CoV-2 sull'attività del pronto soccorso in Campania durante il primo lockdown nazionale**

*Nicola Improda*

### Introduzione:

La pandemia da Covid-19 ha improvvisamente limitato la capacità assistenziale dei medici coinvolti nelle cure primarie, con importanti ripercussioni sull'attività del Pronto Soccorso. Lo studio si basa su dati relativi al primo lockdown nazionale (8 Marzo - 30 Aprile 2020), al fine di:

1. Sviluppare percorsi per i pazienti con sintomi suggestivi di infezione da Sars-cov-2 a livello del Pronto Soccorso, per al fine di prevenire la diffusione intra- e extra-ospedaliera dell'infezione.
2. Valutare l'adeguatezza delle indicazioni vigenti durante il primo lockdown all'esecuzione di tamponi diagnostici per Sars-cov-2 e le manifestazioni dell'infezioni in età pediatrica.
3. Esaminare gli effetti della limitata capacità assistenziale da parte dei pediatri impiegati nelle cure primarie sull'attività del pronto soccorso (PS) durante il primo lockdown nazionale.

### Risultati:

Nonostante accessi ridotti di 1/5 durante il primo lockdown nazionale, la proporzione di pazienti febbrili era sovrapponibile al 2019 (829/2492, 33.3% vs 4580/13.342, 34.3%,  $p=0.3$ ). Il tampone diagnostico è stato praticato nel 25% dei pazienti, identificando sei soggetti infetti, tutti presentatisi con febbre. Solo 2 pazienti positivi avevano criteri previsti dal Ministero della Salute per l'esecuzione del tampone. La percentuale di ricoveri per febbre o patologie respiratorie è risultata superiore allo stesso periodo del 2019 (33.4% vs 25.9%,  $p=0.0001$ ). Nessuno dei 105 operatori sanitari coinvolti durante lo studio ha presentato sierconversione per Sars-cov-2. Nei 589 pazienti di cui erano disponibili dati, il 54.9% dichiarava nessun consulto medico prima dell'accesso in PS, mentre solo 40 (di cui 27 febbrili)

erano stati visitati dal curante prima dell'accesso in PS. Tuttavia, il 35.6% dei casi stava già assumendo almeno un farmaco. Nessuno dei 9 pazienti che richiedeva cure intensive riportava un consulto pediatrico recente.

#### Conclusioni:

Il presente studio ha prodotto dati rappresentativi dell'attività del pronto soccorso nella regione Campania durante il primo lockdown dovuto alla pandemia da Covid-19 (8 Marzo - 30 Aprile 2020). I risultati del nostro studio dimostrano che strategie ben strutturate, il tracciamento dei contatti e l'isolamento dei soggetti affetti sono efficaci nel prevenire la diffusione intra-ospedaliera dell'infezione da Sars-Cov-2, consentendo elevati standard di cura. Inoltre, i dati indicano che i criteri previsti dal Ministero della Salute per l'esecuzione del tampone diagnostico erano inadeguati e che la ridotta capacità assistenziale delle cure primarie ha determinato un aumento dell'automedicazione ed un ritardo nell'erogazione delle cure in alcuni pazienti.

## **Analisi di contesto in epoca Covid del piano anticorruzione e gestione delle liste d'attesa**

*Antonio Poziello*

La lotta alla corruzione va condotta:

1. Rinforzando le politiche di prevenzione dei comportamenti devianti;
2. Agendo contemporaneamente su dimensioni individuali (formazione) e di contesto (azioni organizzative);
3. Avviando un processo di analisi e intervento, capace di cogliere le specificità del contesto interno ed esterno nel quale la singola amministrazione opera;
4. Selezionando le aree, gli uffici o i processi organizzativi che fanno registrare un rischio più elevato e, conseguentemente, definire delle priorità di intervento in una logica razionale.
5. Spetta all'organo di indirizzo adottare il PTPCT nonché i suoi relativi aggiornamenti.

La struttura del Piano:

- 1) Breve descrizione dei soggetti coinvolti nel sistema di prevenzione della corruzione e dei loro compiti, del processo di predisposizione del Piano;
- 2) Analisi del contesto utile ad acquisire le informazioni necessarie ad identificare i rischi corruttivi in relazione alle caratteristiche dell'ambiente in cui l'ente opera (contesto esterno) e alla sua organizzazione ed attività (contesto interno);
- 3) Valutazione del rischio: macro-fase del processo di gestione in cui il rischio è identificato, analizzato e confrontato con gli altri al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure organizzative correttive/preventive;
- 4) Trattamento del rischio: individuazione e programmazione delle misure generali e specifiche finalizzate a ridurre il rischio corruttivo;

- 5) Trasparenza: disciplinata e programmata all'interno di un'apposita sezione del Piano, nella quale sono organizzati i flussi informativi necessari a garantire l'elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati.
- 6) Monitoraggio e riesame.

L'individuazione delle aree di rischio è il risultato di una analisi che presuppone la valutazione del rischio attraverso la verifica dell'impatto del fenomeno corruttivo sui singoli processi svolti nell'Azienda.

Il PNA 2015 individua quale rischio specifico per il settore sanitario l'attività libero professionale, specie con riferimento alle connessioni con il sistema di gestione delle liste di attesa e alla trasparenza delle procedure di gestione delle prenotazioni e di identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni.

Per affrontare il rischio corruttivo connesso alle liste d'attesa, il RCPT con l'organo di vertice procede alla individuazione degli obiettivi strategici.

In attuazione di quanto previsto dalla Giunta Regionale, è stato adottato, con Deliberazione del D.G., il "Piano di recupero delle Liste di Attesa".

Misure previste:

1. obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale;
2. aggiornamento periodico delle liste di attesa istituzionali;
3. verifica periodica del rispetto dei volumi concordati in sede di autorizzazione;
4. adozione di un sistema di gestione informatica dell'ALPI dalla prenotazione alla fatturazione;
5. aggiornamento del Regolamento aziendale Alpi prevedendo una disciplina dei ricoveri in regime di libera professione e specifiche sanzioni;
6. rafforzare i controlli e le verifiche periodiche sul rispetto della normativa nazionale e degli atti regolamentari in materia.

Si effettuerà mensilmente il monitoraggio dei volumi e dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nei diversi regimi assistenziali ed i relativi report verranno trasmessi ai direttori delle macrostrutture per le opportune analisi ed adozione di eventuali interventi

correttivi.

Per le liste di attesa Ricoveri Programmati, l'Azienda ha recepito le classi di priorità (A/B/C/D) e le strutture aziendali si conformeranno ai tempi massimi di attesa per le prestazioni in regime di ricovero.

Le liste di attesa saranno monitorate globalmente, dalle Direzioni mediche di Presidio, per tipologia di casistica, numero di pazienti per UOC e per Classe di Priorità.

Sarà utilizzato, ai fini del monitoraggio, un sistema di reporting relativo a ricoveri da lista d'attesa, tempi per reparto, stato di prenotazioni.

Si adotterà un Regolamento per la gestione e la periodica pulizia delle liste di attesa.

## **Presa in carico del paziente in epoca Covid e sorveglianza sanitaria del personale. Gestione emergenza Covid presso Clinica Villa Cinzia (Napoli)**

*Mattia Zullo*

La gestione del Covid-19 ha richiesto un'importante riorganizzazione delle attività in tutti i livelli dell'assistenza. Le strutture sanitarie hanno dovuto implementare i percorsi per l'accesso alle prestazioni in sicurezza al fine di garantire la tutela dei pazienti e dei lavoratori impegnati nell'assistenza.

Questo elaborato ha lo scopo di evidenziare le misure preventive e di controllo per la gestione dell'infezione COVID-19 adottate dalla Clinica Villa Cinzia sita in Napoli.

Presso la Clinica Villa Cinzia il focus è stato posto sui pazienti ostetrici e ortopedici che hanno mostrato una maggiore fragilità al contagio e sulla gestione e organizzazione dei percorsi che hanno consentito di prestare assistenza senza soluzione di continuità in un contesto sociosanitario medio-piccolo.

La realizzazione di percorsi dedicati ha permesso di conservare l'attività operatoria durante l'intero periodo della pandemia. L'attuazione di programmi di screening con cadenza settimanale, basati sull'esecuzione di tamponi molecolari e rapidi di controllo, su tutto il personale della clinica unitamente ad una corretta organizzazione dei turni lavorativi e dei momenti di interazione socio-professionale negli spazi comuni, ha consentito di contenere il numero di infezioni tra il personale e soprattutto di evitare lo sviluppo di focolai in contemporanea, che avrebbero portato a una difficile gestione delle varie attività.

Il Covid-19, dopo oltre 2 anni, continua a rappresentare un serio problema sociosanitario. È comunque evidente la necessità di definire e aggiornare nuovi processi e nuove strategie condivise, anche in futuro, per garantire la sicurezza e la continuità delle cure, anche oltre la fine dello stato d'emergenza a livello precauzionale.

## TESI AREA TEMATICA

### Governano Clinico e risk management

Tutor: Patrizia Cuccaro (2020-2021)

#### **Comunicazione e innovazione digitale in Sanità: il caso dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Cagliari**

*Ilaria Cardinale*

Collaboratore amministrativo - Centro Minerva S.r.l.

#### **Appropriatezza prescrittiva in endoscopia digestiva come strumento per il contenimento delle liste d'attesa**

*Laura Gaeta*

Dirigente medico specialista in Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva  
P.O. San Paolo, ASL Napoli 1 Centro

#### **Operations management come strumento di governo clinico in Endoscopia Digestiva: applicazione sperimentale per il recupero di efficienza e la riduzione delle liste d'attesa nel P.O. di Polla**

*Lucienne Pellegrini*

Dirigente medico presso la UOSD di Gastroenterologia - P.O. Polla, ASL Salerno

#### **Prevenzione del suicidio in ospedale: Change Management per nuove strategie di presa in carico nelle fasi di transizione tra i diversi Setting di cura**

*Flavia Rossano*

U.O.C. Psichiatria e Psicologia Clinica - A.O.U. Federico II, Psichiatra

## **Comunicazione e innovazione digitale in Sanità: il caso dell’Azienda Ospedaliera Universitaria di Cagliari**

*Ilaria Cardinale*

Nella società odierna l’attenzione verso i temi della salute e del benessere è notevolmente aumentata, gli individui, infatti, sono sempre più interessati a ricevere una corretta, mirata ed efficace informazione sanitaria che permetta loro di migliorare la propria condizione di salute. È per questo motivo che, all’interno delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, la comunicazione pubblica occupa un ruolo sempre più importante.

Il sistema della comunicazione pubblica però, soprattutto negli ultimi anni, è profondamente cambiato grazie allo sviluppo della rete internet e alla diffusione di nuovi canali di comunicazione, quali i social media e le app di messaggistica, che stanno lentamente modificando il modus operandi di tutte le aziende, compresi gli Enti del Sistema Sanitario Nazionale. Attualmente, infatti, la continua e progressiva diffusione delle tecnologie dell’informazione e della comunicazione, sostenuta dall’incremento degli accessi da parte dei cittadini alla rete, divenuta la principale fonte di informazione e comunicazione, sta progressivamente spingendo le aziende sanitarie a rimodulare il proprio assetto organizzativo e a vivere nuove esperienze di relazione e di management al fine di conseguire maggiore efficienza interna e potenziare le relazioni con il mondo esterno per essere, sempre di più, interlocutrici attente e sensibili ai percorsi terapeutici e di promozione della salute, alla qualità dei servizi offerti, alla diffusione di nuove pratiche di cura e alla riorganizzazione delle reti sociosanitarie.

A tal proposito emblematico è il caso dell’Azienda Ospedaliera Universitaria di Cagliari che, in pochi anni, ha cambiato totalmente il proprio stile organizzativo e comunicativo, divenendo una delle realtà italiane più innovative a livello di comunicazione pubblica sanitaria. L’A.O.U. di Cagliari è, attualmente, tra le prime strutture sanitarie che, sfruttando al

meglio le potenzialità offerte dalla rete internet, dai social media e dalle app di messagistica, ha riorganizzato e potenziato il proprio sistema comunicativo con l'obiettivo di migliorare il rapporto/dialogo con tutti i suoi interlocutori (stakeholders) e facilitare l'accesso e la fruizione, anche a distanza, dei servizi di assistenza e cura. Il processo di innovazione digitale che ha coinvolto l'A.O.U. di Cagliari è stato molto apprezzato dagli utenti, infatti, oggi, tutta la rete social cattura il 97% delle richieste provenienti dall'utenza, dimostrando di essere il canale comunicativo maggiormente utilizzato perché capace di fornire un'informazione puntuale, veloce ed efficace sull'organizzazione e sul funzionamento dell'azienda ospedaliera, sui servizi di assistenza e cura e sulle iniziative tese alla promozione della salute individuale e collettiva.

È evidente che il sistema della comunicazione dell'A.O.U. di Cagliari rappresenta un esempio positivo di comunicazione sanitaria, da utilizzare come modello di benchmarking per operare un cambiamento dei sistemi comunicativi delle altre strutture sanitarie presenti sul territorio nazionale, che, attualmente, risulta necessario in considerazione della continua evoluzione della pandemia da Covid-19 e delle attività istituzionali che le organizzazioni sanitarie sono chiamate a svolgere.

## **Appropriatezza prescrittiva in endoscopia digestiva come strumento per il contenimento delle liste d'attesa**

*Laura Gaeta*

L'endoscopia digestiva rappresenta uno strumento fondamentale per la diagnosi e il trattamento di molte patologie intestinali. La diffusione delle procedure l'aumento della domanda e dell'offerta, impongono, tuttavia, la necessità di verificare l'appropriatezza dell'esame richiesto e il timing dell'effettuazione dello stesso da parte dello specialista gastroenterologo. L'importanza del perseguire obiettivi di appropriatezza clinica e organizzativa permette al contempo di raggiungere anche obiettivi di sicurezza e riduzione del rischio, di evitare un inefficiente uso delle risorse a disposizione e di contenere i costi di gestione.

Muovendo da questo quadro, si è approfondito il tema dell'inappropriatezza delle prescrizioni di esami di endoscopia digestiva, esaminando, in particolare, a) l'incidenza del fenomeno nella Unità di Endoscopia Digestiva del P.O. San Paolo; b) la correlazione tra inappropriatezza della prescrizione e esito negativo (o positivo ma non maligno) dell'esame endoscopico; c) la solidità della tesi per cui le prescrizioni inappropriate sono diminuite nel corso del periodo di blocco delle prestazioni ambulatoriali imposto dalla diffusione pandemica del virus Sars-Cov2

L'analisi dei dati ha mostrato che dei 374 esami effettuati (si sono prese in considerazione le colonscopie) nel periodo precedente al blocco ambulatoriale imposto al seguito dello scoppio della pandemia, il 35% è inappropriato secondo le indicazioni della società italiana di endoscopia digestiva (SIED) e le priorità di tipo "differibile" sono quelle che registrano la più elevata incidenza di inappropriatezza.

Tale percentuale di inappropriatezza cala al 19,4% per gli esami effettuati durante il periodo della pandemia da Covid-19 durante il quale si sono potuti effettuare solo prestazioni con priorità urgente. È ragionevole pensare che il calo del numero di esami con indicazione inappropriata sia da

ricondurre ad una maggiore attenzione da parte del prescrittore alle reali necessità di prescrivere un esame endoscopico e al tempo stesso ad una ulteriore verifica della stessa da parte dello specialista. È infatti noto in letteratura che il sempre più diffuso utilizzo della “medicina difensiva”, la diffidenza dei pazienti nei confronti del MMG, la scarsa comunicazione tra MMG e assistiti (a sua volta riconducibile all’elevato numero di pazienti che ciascun medico assiste), sempre maggiore disponibilità (online e non) di informazioni a carattere medico che vengono mal interpretate dai non addetti ai lavori, hanno spinto negli ultimi anni i MMG a indulgere alle richieste dei pazienti forzando la prescrizione di esami richiesti dal paziente stesso.

Anche per quanto riguarda l’esito degli esami durante il periodo interessato dal blocco degli esami non urgenti, la percentuale di esami con esito positivo è notevolmente cresciuta;

Questi dati suggeriscono che il meccanismo forzato di effettuare colonoscopie solo a pazienti con priorità urgente segnalata dal MMG o, in alternativa, a pazienti la cui urgenza non era segnalata ma è stata stabilita da un processo di “double check” con lo specialista, potrebbe essere parte di una strategia vincente al fine di ridurre il numero di esami inappropriati.

## ***Operations management* come strumento di governo clinico in Endoscopia Digestiva: applicazione sperimentale per il recupero di efficienza e la riduzione delle liste d'attesa nel P.O. di Polla**

*Lucienne Pellegrini*

L'Endoscopia digestiva è quel settore che si occupa della diagnostica e della terapia delle malattie digestive con metodiche invasive di base quali esofagogastroduodenoscopia (EGDS) e colonscopia. Negli ultimi due anni l'endoscopia digestiva ha risentito molto dell'impatto della pandemia Covid-19 in quanto l'attività endoscopica comporta un aumentato rischio di diffondere l'infezione, e la programmazione degli appuntamenti per gli esami endoscopici ha necessariamente previsto un allungamento dei tempi con l'inevitabile conseguenza che non si è potuto mantenere lo stesso numero di prestazioni giornaliere che si riuscivano ad erogare in epoca pre-pandemia.

Per questo progetto di tesi è stato effettuato un audit clinico con lo scopo di individuare il tempo medio di esecuzione di esami endoscopici, e quindi il numero di esami endoscopici per turno di lavoro che vengono effettuati in una sala di endoscopia digestiva in epoca Covid-19 e di confrontarlo con gli standard di riferimento. Si è voluto individuare il tempo impiegato per singola prestazione endoscopica, e in dettaglio i tempi impiegati nella gestione di ogni singolo paziente nelle varie fasi dell'erogazione della prestazione, al fine di individuare se ci sono tempi che è possibile ridurre così da aumentare il numero di esami da effettuare in ogni turno e ridurre le liste d'attesa. L'ambito di questo audit clinico è la UOSD di Gastroenterologia del presidio ospedaliero di Polla (SA). Criterio: in una sala endoscopica, con personale costituito da un medico, due infermieri e un OSS/OTA, in epoca Covid-19 dovrebbero essere effettuate una EGDS ogni 45/60 minuti e una colonscopia ogni 60/90 minuti. Indicatore: Tempo dedicato ad ogni paziente ambulatoriale sottoposto ad un esame endoscopico (EGDS o colonscopia diagnostica/operativa). Il tempo totale è stato scomposto in tempo fisso (accettazione/registrazione amministrativa e raccolta consenso

informato, preparazione del paziente, risveglio, vestizione del paziente e refertazione) e tempo tecnico di esecuzione dell'esame. Standard: in una sala endoscopica devono essere effettuati almeno il 90% delle EGDS in 45/60 minuti e almeno il 90% delle colonscopie in 60/90 minuti.

Per ogni esame endoscopico effettuato a pazienti ambulatoriali dal 12 maggio al 31 maggio 2022 è stata compilata una scheda di raccolta dati contenente tutte le informazioni necessarie a misurare gli indicatori prefissati. Il tempo medio totale per una EGDS è 43 minuti, per una colonscopia diagnostica 59 minuti mentre per colonscopia con polipectomia 75 minuti. Il 93% delle EGDS, il 100% delle colonscopie diagnostiche e il 94% delle colonscopie con polipectomia sono state effettuate entro i tempi massimi previsti come riferimento. L'audit clinico ha permesso di evidenziare che il tempo dedicato agli esami endoscopici presso la UOSD della Gastroenterologia del PO Polla (SA) è in linea con gli standard di riferimento nazionali in epoca Covid-19. Esaminando i tempi medi impiegati nella nostra UOSD, risulta evidente che il tempo tecnico della procedura rispecchia gli standard, mentre i tempi fissi sono superiori agli standard previsti in epoca pre-pandemia. Per il futuro si propone l'allestimento di una sala dedicata al risveglio dei pazienti ambulatoriali che effettuano esami endoscopici, che ridurrebbe il tempo globale delle singole prestazioni, aumentando il numero di prestazioni giornaliere e apportando in ultimo una riduzione della lista d'attesa.

## **Prevenzione del suicidio in ospedale: Change Management per nuove strategie di presa in carico nelle fasi di transizione tra i diversi Setting di cura**

*Flavia Rossano*

Il comportamento suicidario rappresenta un'importante causa di morte e disabilità; la morte per suicidio è stimata al 1,4% di tutte le morti. Ogni anno nel mondo circa un milione di persone muore per suicidio, negli ultimi 45 anni i tassi di suicidio sono aumentati del 60%. Il comportamento suicidario e il suicidio rappresentano la diciannovesima causa di 'global disease burden' generale (disabilità, malattia e morte precoce) e, rispettivamente, la sesta e la nona causa negli uomini e nelle donne nel range di età 15-44 anni. Il tasso tra i giovani è aumentato al punto tale da divenire il gruppo a più alto rischio in un terzo dei paesi sviluppati e in quelli in via di sviluppo. Altro dato interessante riguarda i pazienti che almeno una volta nella vita sono stati ospedalizzati; essi presentano un rischio 10 volte maggiore di suicidio rispetto a coloro che vengono seguiti solamente in regime ambulatoriale.

Tentato suicidio e suicidio in ospedale rappresentano un evento sentinella, cioè un "evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario".

Nel Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella stilato dal Ministero della Salute è presente l'evento suicidio e tentato suicidio del paziente ricoverato. Secondo il Sentinel Event General Information and 2021 Update della JCAHO (Joint Commission and Accreditation of Healthcare Organizations), il suicidio si pone al quinto posto per frequenza di tutti gli eventi sentinella.

In ambito ospedaliero, il suicidio (o tentato suicidio) rappresenta la seconda categoria per numerosità di segnalazioni tra tutti gli eventi sentinella segnalati nell'ultimo report del Ministero della Salute (226 eventi, corrispondenti al 15,67% del totale). Si tratta, dunque, di un problema

rilevante, come dimostrato anche dai dati internazionali e, pertanto, è necessario che negli ospedali vengano adottati strumenti e misure idonee di prevenzione

Nel lavoro presentato sono state introdotte strategie di prevenzione del rischio da applicare in tutte le strutture ospedaliere pubbliche e private, con priorità per le aree considerate a più alto rischio potenziale (i Servizi Psichiatri di Diagnosi e Cura e i Servizi Psichiatri Ospedalieri Intensivi, le Unità Operative di Oncologia, Ostetricia e Ginecologia e i Dipartimenti di Emergenza), nonché quelle individuate nel contesto di una specifica organizzazione sanitaria a seguito dell'analisi dei rischi. Sono state proposte scale di valutazione standardizzate di più facile utilizzo ed interpretazione da parte del personale preposto alla somministrazione. Questo è un primo passo per aiutare il clinico nell'individuare l'intenzionalità dando la possibilità di misurare la presenza e la qualità dei pensieri suicidari. Sono state proposte procedure ambientali e gestionali basate sulla formazione/informazione con lo scopo di garantire un'adeguata presa in carico del paziente già dall'ingresso in ospedale e di delineare una modalità attenta di presa in carico territoriale in un continuum terapeutico tra ospedale e strutture territoriali. È bene ricordare, inoltre, che promuovere il cambiamento non può significare unicamente fornire strumenti e tecnologie innovative al personale; sono necessarie delle fasi di preparazione che comprendono un piano di comunicazione, un percorso formativo, l'analisi dell'avanzamento delle attività e del successo del progetto di change management.

**TESI AREA TEMATICA**

**Le procedure gestionali innovative: HTA, Telemedicina,  
quality assessment**

Tutor: Eugenio Covelli (2020-2021)

**Aspetti organizzativi e normativi nella introduzione della terapia medico nucleare a base di Lutezio-177 nei pazienti oncologici: una ipotesi di networking**

*Laura Evangelista*

Prof.ssa Associata nel settore medico disciplinare MED-36  
Unità di Medicina Nucleare, Università degli Studi di Padova

**Processo diagnostico 4.0: dalla digitalizzazione all'integrazione del sistema di gestione con alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico regionale**

*Mariano Giustino*

Amministratore Delegato e Direttore Generale  
CEINGE Biotecnologie Avanzate Franco Salvatore Scarl

**Cardio-TC: dalla innovazione alla pratica clinica.  
Corretta valorizzazione delle prestazioni di specialistica  
ambulatoriale per un efficace impiego su larga scala**

*Carlo Liguori*

Medico Radiologo ASL NA Centro - Ospedale del Mare. UOC di Radiodiagnostica

**Organizzazione della Radiologia di Pronto Soccorso: ipotesi di gestione del paziente mediante l'utilizzo di esami diagnostici strumentali di alta tecnologia o mediante un percorso dedicato?**

*Annalori Panunzio*

Medico Radiologo ASL BAT Presidio di Barletta - UOSVD di Radiodiagnostica

**Teleradiologia nell'ambito della rete delle emergenze e nella gestione del paziente oncologico: un sistema innovativo centralizzato multidisciplinare ed interaziendale**

*Carmine Picone*

Dirigente Medico UOC di Radiodiagnostica  
Istituto Nazionale dei Tumori di Napoli IRCSS-Fondazione Pascale

**Controllo di qualità sulla appropriatezza delle richieste di indagini diagnostiche-strumentali mediante sistema RIS presso la Diagnostica per Immagini della A.O.R.N. S. Anna e SanSebastiano di Caserta**

*Giuseppe Posillico*

Dirigente medico radiologo I livello

Titolare di Incarico Professionale di Colonscopia Virtuale presso il reparto di

Diagnostica per Immagini dell'Azienda Ospedaliera "S. Anna e S. Sebastiano" di Caserta

**Progetto di un PDTA per la gestione delle Urgenze Cerebrovascolari tempo-dipendenti, in una struttura sanitaria multi-presidiale, tramite implementazioni tecnologiche di telediagnostica e telemedicina**

*Francesco Savarese*

Responsabile f.f. dell'UOC di Neuroradiologia - A.O. San Pio di Benevento

**Home Monitoring dei dispositivi cardiaci impiantabili in era di pandemia da Covid-19: vantaggi economici, sociali e clinici**

*Giusy Sirico*

Cardiologa presso l'UOC di Cardiologia - Elettrofisiologia e Cardioritmo

Istituto Clinico S. Ambrogio, Milano

## **Aspetti organizzativi e normativi nella introduzione della terapia medico nucleare a base di Lutezio-177 nei pazienti oncologici: una ipotesi di networking**

*Laura Evangelista*

Le recenti evidenze scientifiche hanno dimostrato che la terapia medico nucleare basata su Lutezio-177 (177Lu), specificatamente quella con il 177Lu-DOTATATE e 177Lu-PSMA-617 sono in grado, rispettivamente di migliorare la sopravvivenza nel paziente con tumore neuroendocrino e con cancro metastatico della prostata. Le due patologie hanno un diverso impatto epidemiologico, per cui la gestione logistica dei pazienti potrebbe risultare complicata, specie con le attuali risorse disponibili a livello locale e nazionale. Pertanto sulla base di tale premesse, l'accesso alle nuove tecnologie, specie nel caso delle malattie ad alta incidenza, come il cancro della prostata, potrebbe richiedere un maggiore investimento su diversi ambiti: organizzativo, economico e sociale.

Sulla base delle attuali normative, a partire dalla modalità di prescrizione, di rimborso e sulla base della normativa in tema di radioprotezione, gli obiettivi della tesi sono stati di: 1) sviluppare un modello organizzativo per far fronte alle richieste di trattamento nei pazienti affetti da cancro metastatico della prostata, 2) valutare l'ipotesi di introdurre tale modello organizzativo nella realtà locale e regionale, 3) analizzare la trasferibilità di tale modello in altre realtà lavorative italiane nell'ottica di creare un networking.

Per rispondere ai tre obiettivi proposti è stata adottata la metodologia della Health Technology Assessment (HTA) con lo scopo di identificare i domini in grado di rispondere alle esigenze di introduzione della nuova tecnologia (177Lu-PSMA-617). Pertanto, i seguenti aspetti sono stati analizzati: sicurezza e l'efficacia della tecnologia, aspetti etici e sociali, valutazione organizzativa e legale, valutazione degli aspetti economici. Il fabbisogno ed il contesto analizzato è stato sia micro (singola azienda ospedaliera) che meso (regione).

In base ai risultati, il costo del percorso di 177Lu-PSMA-617 in regime di degenza ordinaria, comporta un maggiore aggravio economico (oltre anche ad ipotetici ricoveri inappropriati). Con l'attuale modifica della normativa di riferimento (L. 101/2020) e l'opportunità di poter strutturare dei percorsi diagnostico terapeutici alternativi per i pazienti, con una presa in carico anche in day hospital o ambulatoriale lo scenario di assorbimento di risorse potrebbe trovare una modifica e un target differente, ovviamente sempre gestendo il farmaco, come ospedaliero, da rendicontare in File F. Uno dei principali ostacoli a questa scelta è la poca disponibilità di prestazioni di Medicina Nucleare in regime di Day Hospital a causa della scarsa dotazione in tal senso.

Pertanto una alternativa incoraggiante potrebbe essere il trattamento in regime di prestazione ambulatoriale, sebbene uno studio pilota di analisi dei costi, degli eventi avversi e dei dati di dosimetria (es. rateo di conteggio per la dimissione) sarebbero necessari (al momento disponiamo solo di dati inerenti il 177 Lu-DOTATATE o dati di letteratura)

## **Processo diagnostico 4.0: dalla digitalizzazione all'integrazione del sistema di gestione con alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico regionale**

*Mariano Giustino*

Il Ceinge è un centro di ricerca e diagnostica, specializzato nel campo della genetica molecolare che utilizza sistemi tecnologici complessi per la produzione di una diagnostica avanzata con problematiche specifiche anche di interazione con il paziente e di ordine deontologico che rendono spesso necessaria una personalizzazione del servizio.

Negli ultimi anni il Ceinge ha visto crescere in maniera sostenuta il volume delle proprie attività di diagnostica nel campo della genetica molecolare. Tale crescita repentina ha inevitabilmente comportato l'esigenza di un contestuale potenziamento ed efficientamento dei processi e delle infrastrutture, con l'obiettivo di standardizzare e semplificare l'iter operativo, mantenendo e migliorando allo stesso tempo il livello di sicurezza, di qualità e tempestività delle prestazioni oltre ovviamente alla *protezione dei dati sensibili*.

L'obiettivo del lavoro è stato quello di ideare e progettare un sistema di informatizzazione integrata S.I.S. (Sistema Informativo Sanitario), in grado di gestire, l'intero processo dall'accettazione alla refertazione, in maniera *totalmente* dematerializzata, senza cioè documenti cartacei e/o lavorazioni manuali da parte degli operatori. Collegato ai sistemi delle Aziende richiedenti, che potranno gestire direttamente le fasi di richiesta delle prestazioni (*data-entry*) e poi di acquisizione della refertazione (firmata digitalmente).

Per quanto riguarda i richiedenti ambulatoriali, oltre al collegamento al CUP Regionale, è stata prevista l'istituzione di un *call center* per la gestione delle richieste e delle liste d'attesa, nonché l'introduzione della firma grafometrica per l'acquisizione del consenso informato. Sarà inoltre prevista la generazione di chiavi di accesso personali per consentire la rapida fruibilità ed in piena sicurezza, dei referti digitali con comunicazione di

*alert* tramite SMS/APP.

I referti, che saranno firmati digitalmente, saranno generati in formato compatibile al caricamento nel *fascicolo sanitario elettronico* (una volta superate le problematiche di privacy).

Inoltre, il sistema sarà dotato di un applicativo per la gestione di laboratorio - L.I.S. (*Laboratory Information System*) in grado di dialogare direttamente con i dispositivi medico diagnostici, e capace di gestire il campione biologico per tutto il processo di analisi, elaborazione, produzione dei dati e caricamento sul referto. Quest'ultima piattaforma informatica sarà a sua volta collegata con il sistema gestionale aziendale che oltre ad attuare un puntuale controllo di gestione su tutte le attività prevede la generazione degli ordini del materiale di consumo direttamente dal singolo laboratorio (RDO), consentendo quindi la gestione del magazzino, nonché la programmazione e gestione delle attività di manutenzione dei dispositivi tramite un ulteriore modulo applicativo (Quarta EVO). Tutto ciò garantirà il mantenimento di elevati standard di qualità. L'intero investimento risponde alle logiche di *Industria 4.0* e può beneficiare quindi del credito d'imposta e delle agevolazioni governative previste. Il progetto si completa di alcuni interventi di potenziamento della rete dati, delle capacità di calcolo e di *storage* dei dati con messa in sicurezza di continuità della sala CED e di protezione da eventuali attacchi informatici.

## **Cardio-TC: dalla innovazione alla pratica clinica. Corretta valorizzazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per un efficace impiego su larga scala**

*Carlo Liguori*

La rappresentazione non invasiva mediante TC delle arterie coronarie ha rappresentato negli ultimi 15 anni la maggiore sfida per gli specialisti dell'imaging radiologico e per lo sviluppo da parte dell'industria produttrice di apparecchiature.

Nel contesto di un processo di valutazione HTA guidato, appare oggi già ben codificata la ricaduta positiva della cardio TC in termini di contributo assistenziale nella gestione del paziente con dolore toracico acuto e cronico. Più complessa è la valutazione della sostenibilità economica di questi esami, in quanto strettamente collegata alla logica di rimborso delle prestazioni, peraltro variabile tra le diverse Regioni italiane.

È stata dunque eseguita una analisi dei costi reali derivanti da questo tipo di prestazione considerando le tecnologie impiegate, i costi accessori collegati all'utilizzo di farmaci necessari per la scansione e la formazione di personale dedicato.

L'obiettivo è stato dunque condurre una indagine conoscitiva, tra i differenti sistemi sanitari regionali, per rappresentare una dettagliata panoramica relativa alla tariffazione dell'esame Cardio TC o TC del cuore e proponendo un parametro di corretta valorizzazione che possa rappresentare un benchmark.

Lo studio ha consentito di confermare l'importanza della cardio TC nel PDTA del paziente con dolore toracico acuto e cronico evidenziando tuttavia la mancanza in pressoché tutte le regioni italiane di una adeguata valorizzazione della prestazione.

## **Organizzazione della Radiologia di Pronto Soccorso: ipotesi di gestione del paziente mediante l'utilizzo di esami diagnostici strumentali di alta tecnologia o mediante un percorso dedicato?**

*Annalori Panunzio*

La Tomografia Computerizzata (TC) rappresenta una delle metodiche più utilizzate nei pronto soccorso, sia per stabilire i danni causati sia da traumi che da patologia di origine non traumatica. L'uso di tale metodica, tuttavia, deve essere razionato per una serie di aspetti organizzativi, normativi e gestionali. Peraltro, l'introduzione di grandi tecnologie sempre più dettagliate, pone il decisore di fronte ad una serie di valutazioni. Non ultima nell'ambito della gestione degli esami strumentali Diagnostici con utilizzo di Radiazioni Ionizzanti è l'adeguamento al Decreto Legislativo n. 101 del 31 luglio 2020.

Gli obiettivi della presente tesi sono:

1. Ipotesi 1. Introduzione di una nuova tecnologia TC presso il pronto soccorso dell'ASL BAT di Barletta;
2. Ipotesi 2. Definizione di un percorso diagnostico idoneo al paziente con accesso al PS, in base al contesto clinico/organizzativo dell'ASL BAT di Barletta.

Per la valutazione delle due ipotesi saranno valutati:

1. Il contesto; in particolare saranno prese in considerazione sia l'attuale apparecchiatura disponibile che gli esami TC eseguiti presso il pronto soccorso nel periodo compreso tra il 1° luglio ed il 31 luglio 2021;
2. La normativa di riferimento (in particolare relativa al recepimento direttiva 59/2013/Euratom);
3. L'aspetto organizzativo/gestionale ed economico della introduzione di una nuova tecnologia TC;

4. L'aspetto organizzativo/gestionale ed economico della definizione di percorso diagnostico appropriato.

Fornire ai decisori informazioni complete, oggettive e affidabili sugli effetti e le implicazioni legate all'introduzione ed all'utilizzo nell'ambito di un Pronto Soccorso di una tecnologia diagnostica o di un Percorso Diagnostico idoneo.

## **Teleradiologia nell'ambito della rete delle emergenze e nella gestione del paziente oncologico: un sistema innovativo centralizzato multidisciplinare ed interaziendale**

*Carmine Picone*

L'avanzamento tecnologico ha aperto nuove prospettive in molti campi, uno fra tutti la Teleradiologia. La Teleradiologia è la capacità di ottenere immagini in un'unica posizione, di trasmetterle a distanza, e visualizzarle in remoto per scopi diagnostici e/o consultivi, garantendo ovviamente il rispetto della qualità, della sicurezza e della privacy delle prestazioni. Il progetto di realizzazione di un sistema centralizzato virtuale per l'erogazione dei servizi di teleradiologia consente di far sì che le immagini prodotte in centri di I livello, diffusi sul territorio, magari privi di un sistema strutturato di refertazione continua, o addirittura mobili, per la radiologia domiciliare, possano confluire in un centro di smistamento unico che possa convogliarle presso il centro di Alta Specializzazione più adatto, al fine di garantire un adeguato servizio di refertazione specializzata, sia in caso della sola refertazione di esami complessi, che nel caso di affidamento completo del servizio di refertazione ad un centro di II livello. L'esigenza di sviluppare un progetto in Teleradiologia trova la sua massima realizzazione nel creare una rete di Hub and Spoke tra Centri di riferimento per patologie oncologiche, DEA di II livello, Centri di riferimento Covid, Centri di riferimento Neurochirurgici e Ospedali periferici, al fine di agevolare eventuali trasferimenti in Centri di riferimento, non movimentare eccessivamente i pazienti e/o chiedere una Second Opinion per patologie complesse.

Allo stato attuale non esiste una vera e propria legislazione in materia di Teleradiologia se non un documento Ministeriale (Tavolo Area Radiologica del 17 dicembre 2013) per le aree disagiate e il rapporto ISTISAN 10/44 per l'assicurazione della qualità in teleradiologia.

Il progetto ha validità sia nell'ambito della rete dell'emergenza che nella gestione del paziente oncologico, al fine di:

1. Ottenere un parere specialistico o una second-opinion (all'interno

- della stessa struttura ospedaliera, da una struttura centrale per una struttura periferica o anche per il paziente a domicilio);
2. Valutare pazienti in rete delle emergenze/Urgenze (valutazioni di traumi in pazienti Covid+, traumi renali, coliche che potrebbero determinare il trasferimento del paziente presso strutture di II livello sulla base della valutazione specialistica a distanza sull'imaging).

La criticità tecnica principale rappresentata da questo scenario è quella di garantire che la trasmissione, la conservazione e l'elaborazione dei dati avvengano in completa sicurezza così come prescritto dalla normativa sulla Privacy (Regolamento Europeo sulla Privacy o GDPR). Muovere le informazioni è certamente più semplice, veloce e sicuro che muovere il paziente. La Teleradiologia, rappresenta per questo un sicuro veicolo d'innovazione del sistema sanitario, incidendo:

- a. sulla gestione delle risorse, poiché ne facilita la razionalizzazione e l'utilizzo in presidi diversi, riducendo quello che è il costo sociale delle patologie (in termini di tempo impiegato e di spostamenti per l'utenza);
- b. sul risparmio dei costi diretti e indiretti nella gestione dei pazienti (ad esempio ottimizzando le risorse disponibili e riducendo i ricoveri inappropriati);
- c. sulla qualità delle cure, in quanto facilita la continuità assistenziale tra gli operatori sanitari coinvolti.
- d. sulla rapidità di refertazione che consentirebbe una più veloce risposta terapeutica.

**Controllo di qualità sulla appropriatezza delle richieste di  
indagini diagnostiche strumentali mediante sistema  
RIS presso la Diagnostica per Immagini della  
A.O.R.N. S. Anna e S. Sebastiano di Caserta**

*Giuseppe Posillico*

L'incremento della domanda e dell'offerta di prestazioni di Diagnostica per Immagini, non sempre giustificate, ha determinato la necessità di promuoverne l'ottimizzazione e l'appropriatezza prescrittiva.

Il progetto ha come obiettivo primario la riduzione della quota di esami inappropriatamente richiesti ed eseguiti presso la UOC di Diagnostica per Immagini, mediante l'utilizzo appropriato del sistema RIS.

Viene proposto l'utilizzo di un apposito modello valutativo della richiesta, da compilarsi a cura del medico radiologo e da inserire nel RIS aziendale. Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva con riduzione del numero degli esami inappropriati e conseguentemente delle liste di attesa, il miglioramento delle linee-guida, delle competenze professionali mediche ed implementazione del sistema informatico ospedaliero.

Evitare l'allungamento dei tempi di attesa, l'indebita irradiazione dei pazienti e migliorare le procedure gestionali informatiche ospedaliere.

## **Progetto di un PDTA per la gestione delle Urgenze Cerebrovascolari tempo-dipendenti, in una struttura sanitaria multi-presidiale, tramite implementazioni tecnologiche di telediagnostica e telemedicina**

*Francesco Savarese*

Obiettivo del lavoro è stato la redazione un PDTA per la gestione delle urgenze cerebrovascolari (ischemiche ed emorragiche) in una struttura ospedaliera configurata come DEA di II livello, con attrezzature e professionalità specificamente individuate dalla legislazione in materia, ma caratterizzata dalla presenza di sedi distaccate con propri punti di accesso in emergenza. Una configurazione di questo tipo, per rispettare i parametri di intervento in tempo-dipendenza caratteristici di queste patologie, deve avvalersi dei specifici dispositivi digitali di condivisione delle immagini diagnostiche in tempo reale (RIS-PACS) che permettono la corretta selezione del percorso diagnostico e terapeutico di ogni paziente, massimizzando l'efficacia e l'efficienza di ogni step. In tali situazioni trovano inoltre adeguata indicazione i sistemi automatizzati di valutazione delle immagini funzionali (software AI) che si propongono lo scopo di rendere sempre più uniformi i criteri di assegnazione dei pazienti ai diversi percorsi terapeutici disponibili, al fine di migliorarne il più possibile l'outcome. Un ulteriore strumento di gestione di questo tipo di patologie è sicuramente rappresentato da tutti quei dispositivi che consentono la valutazione strumentale dei pazienti in modalità remota (Telemedicina) svincolando i vari consulenti medici chiamati in causa per la gestione di queste patologie (Cardiologi, Neurologi, Neurochirurghi) dall'obbligo di una presenza fisica al letto del paziente. Oggi tutte queste attrezzature sono di agevole impianto e gestione, anche in aziende sanitarie di medie dimensioni, come quelle frequentemente ubicate in territori periferici, caratterizzati da particolari condizioni geografiche che ne rendono problematici i collegamenti ai centri provinciali di riferimento.

Il progresso tecnologico ha messo a disposizione delle strutture sanitarie ospedaliere strumenti di gestione a distanza delle informazioni cliniche

e diagnostiche di pazienti critici in tempo reale, aprendo la strada alla utilizzazione ottimale di risorse umane di alto profilo ma di consistenza numerica limitata sia nell'ambito della struttura sanitaria regionale sia in quella aziendale. Questa possibilità rende attuabili percorsi diagnostici e terapeutici precedentemente impossibili a causa delle suddette limitazioni. Questo approccio, inoltre, potrebbe aprire la strada ad una gestione "in rete" sia dei posti letto dedicati, sia delle risorse umane specifiche disponibili su base territoriale più ampia, in un'ottica di efficientamento dei percorsi tempo-dipendenti anche come risposta alla cronica penuria di medici specialisti con adeguate competenze.

## **Home Monitoring dei dispositivi cardiaci impiantabili in era di pandemia da Covid-19: vantaggi economici, sociali e clinici**

*Giusy Sirico*

La telemedicina si configura come una forma innovativa di domiciliarità che consente di delocalizzare l'assistenza sgravando gli ospedali e gli ambulatori con indubbi benefici nel contesto della pandemia da Covid-19. Durante la pandemia la mortalità cardiovascolare è aumentata perché l'accesso ai presidi era ostacolato così come le visite ambulatoriali programmate, in particolar modo per pazienti portatori di dispositivi cardiaci impiantabili (DCI) come pacemaker, defibrillatori e loop-recorder. Presso l'Istituto Clinico Sant'Ambrogio di Milano, UO di Elettrofisiologia e Cardioritmiologia, è attivo dal 2015 il servizio di monitoraggio remoto dei pazienti portatori di DCI. Considerato il costo e l'assenza di rimborso da parte del SSN in aggiunta all'impiego di tecnici, medici o infermieri per la gestione dei dati in remoto, la consegna dei dispositivi di monitoraggio è stata effettuata solo per pazienti più a rischio di aritmie o rottura cateteri. Tali pazienti eseguivano comunque le visite programmate in ospedale. Durante la pandemia i pazienti portatori di DCI erano impossibilitati a recarsi in ospedale per il controllo. Coloro che disponevano già del sistema di monitoraggio remoto erano avvantaggiati, il controllo ambulatoriale era sostituito dal remoto ed eventuali emergenze erano riscontrate e curate a distanza limitando i rischi per il paziente e i ricoveri in ospedale. Per gli altri pazienti non dotati di dispositivi di trasmissione al proprio domicilio, la valutazione del dispositivo è stata necessariamente rimandata con conseguenze non trascurabili.

### Metodi e risultati

Da marzo 2020 a dicembre 2021 per 261 pazienti dotati di monitoraggio remoto (Gruppo RM) sono stati annullati gli accessi ambulatoriali. Tali pazienti sono stati confrontati con 301 pazienti che eseguivano solo controlli ambulatoriali (Gruppo HM). Ai pazienti del Gruppo HM è stato somministrato un

questionario in cui indicare il lavoro svolto, il costo del ticket per la visita, i tempi di viaggio e i costi per l'assenza di ore lavorate e se la visita era o non programmata. Sono stati registrati i casi di ospedalizzazione dovuti a problemi riscontrati ai DCI, per bradi o tachiaritmie o riacutizzazioni di scompenso cardiaco in entrambi i gruppi. Sono state confrontate le popolazioni risultando in due gruppi omogenei. Sono stati calcolati i costi sostenuti in termini di ore lavorate dal personale medico e infermieristico in entrambi i gruppi, i costi di degenza in caso di ricovero, i costi per l'acquisto dei sistemi di trasmissione dei dati nel gruppo RM e i costi sostenuti dai pazienti per eseguire le visite ambulatoriali nel gruppo HM. Il gruppo RM è risultato più vantaggioso in termini di costi e rischio clinico, considerando che a fronte di una spesa aggiuntiva per la consegna di dispositivi di trasmissione dei dati, in tale gruppo si sono registrati minori ospedalizzazioni e minore costo del personale per la gestione dei pazienti in remoto. Non è stato registrato un minore numero di contagio da Covid-19 nei due gruppi, tuttavia, l'assenza di accesso in ospedale nei pazienti del gruppo RM ha indubbiamente ridotto il rischio di contagio.

### Conclusioni

Il monitoraggio remoto dei DCI è più efficiente del controllo ambulatoriale. In Italia gli investimenti del PNRR puntano alla digitalizzazione delle cure e alla maggiore diffusione della telemedicina dopo la pandemia da Covid-19. Ci auguriamo, che nel futuro i fondi del PNRR verranno investiti nella rimborsabilità del servizio di tele monitoraggio dei DCI, al fine di annullare completamente le visite ambulatoriali a favore del controllo in remoto per tutti i pazienti.

**TESI AREA TEMATICA**

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

Tutor: Grazia Formisano, Laura Leoncini (2020-2021)

**Gestione dell'emergenza Covid-19 in ambito ospedaliero: il ruolo Multitasking del farmacista**

*Mafalda Amente*

Dirigente Farmacista di I livello UOC di Farmacia - A.O.R.N. Cardarelli di Napoli

**Telemedicina, nell'esperienza Covid 2019: un'app per il futuro**

*Federico Irlando*

Farmacista ospedaliero - Farmacia territoriale di Giugliano - Asl Napoli 2 Nord Ds 37

**Gestione delle cronicità attraverso la presa in carico globale del paziente: modello organizzativo del Chronic Care Center all'interno del Distretto 15 dell'ASL di Caserta**

*Antonio Orsi*

Direttore Responsabile Distretto n. 15 - ASL Caserta

**Percorsi organizzativi, criticità e risultati della Clinica Veterinaria per animali senza padrone dell'Asl Napoli 3 Sud, alla luce dell'istituzione del Numero Verde Regionale per il soccorso di cani e gatti randagi feriti ed ammalati**

*Salvatore Reale*

Dirigente Veterinario Asl Napoli 3 Sud, Libero Professionista  
Medicina d'urgenza, Chirurgie Specialistiche e mininvasiva

**Organizzazione della Guardia Necroscopica Aziendale alla luce dell'esperienza Covid-19: nuove prospettive**

*Raffaella Salvarezza*

Dirigente Medico I Livello

U.O.C. Medicina Legale Pubblica Valutativa dell'ASL NA3 Sud - Castellammare di Stabia

**Ridefinizione dei target di salute e garanzia gestione sanitaria sicura nell'ambito della prevenzione. Implementazione delle procedure per la prevenzione e il contenimento delle infezioni tubercolare e brucellare negli animali e nell'uomo  
Nuovi protocolli di Sanità Animale e Sicurezza Alimentare  
Il concetto One-Health ai tempi del Covid**

*Giuseppe Spanò*

Dirigente Medico Veterinario Servizio Ispezione degli Alimenti di Origine Animale Azienda Sanitaria Provinciale di Catania

**Valutazioni delle performance del personale dirigente afferente al dipartimento di prevenzione Veterinaria negli anni 2020-2021**

*Alex Zappia*

Dirigente Medico Veterinario - ATS Val Padana

## **Gestione dell'emergenza Covid-19 in ambito ospedaliero: il ruolo Multitasking del farmacista**

*Mafalda Amente*

Il Covid-19 ha portato notevoli trasformazioni e cambiamenti, soprattutto in ambito sanitario. Infatti sono stati emanati vari decreti che prevedevano un incremento del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario standard, in modo da poter potenziare i reparti ospedalieri di terapia intensiva, con l'acquisto di impianti ed attrezzature per la cura dei pazienti positivi all'infezione da Sars-Cov-2 e in modo da poter reclutare altro personale sanitario, acquistare farmaci, dispositivi medici, dispositivi di protezione individuale (mascherine) e tutto ciò che era necessario per far fronte a tale emergenza sanitaria.

Per tale motivo si è assistito ad una riorganizzazione e un riassetto degli ospedali, con apertura di nuovi reparti e l'attivazione di percorsi intraospedalieri dedicati esclusivamente a tali pazienti.

L'Unità Operativa Semplice (UOS) Galenica Clinica dell'UOC Farmacia dell'AORN Cardarelli, dove attualmente presto servizio come Dirigente Farmacista, comprende tre settori, che fanno capo a tre laboratori diversi:

1. Allestimento di farmaci antiblastici;
2. Nutrizione Parenterale;
3. Galenica tradizionale non sterile.

Durante l'emergenza sanitaria, presso tale UOS; è stato attivato un nuovo laboratorio (settore vaccini), con personale infermieristico dedicato e un farmacista supervisore per l'allestimento dei vaccini contro Sars-Cov-2. Sono stati preparati vaccini per il personale sanitario, per i pazienti fragili afferenti presso l'ospedale Cardarelli e per tutti i cittadini dell'ASL Napoli 1 attraverso la stipula di una convenzione. In questo modo è stata garantita la copertura vaccinale su tutto il territorio dell'ASL Napoli 1 in maniera capillare.

Fondamentale in tale contesto la figura del Farmacista, che, grazie alle sue conoscenze scientifiche e farmacologiche, è stato un forte baluardo nel contenimento della pandemia e nel garantire, seppur indirettamente, un'assistenza quanto più accurata possibile per il paziente.

Nello specifico il Farmacista ospedaliero si è occupato:

1. dell'approvvigionamento e gestione delle scorte di farmaci, dispositivi medici, trovandosi a far fronte all'iniziale carenza di DPI e materiali di fabbricazione;
2. della preparazione di soluzioni e gel disinfettanti durante la fase critica, per far fronte alla mancata consegna da parte delle aziende produttrici, che non riuscivano più a soddisfare i fabbisogni;
3. dell'allestimento di terapie personalizzate per i pazienti critici;
4. del supporto ai medici nella scelta dei protocolli terapeutici adatti, mediante controllo dell'appropriatezza o tramite stesura di nuovi protocolli condivisi laddove si è verificata carenza di linee guida e/o studi delle forti evidenze scientifiche;
5. della garanzia del trasporto e tracciabilità dei percorsi;
6. della Farmacovigilanza, mediante il controllo delle reazioni avverse e delle interazioni farmacologiche e tramite la continua formazione/informazione a tutti gli operatori sanitari;
7. della risoluzione di problematiche di sicurezza e logistica tramite la collaborazione con l'Ingegneria Clinica.

Inoltre la costante presenza del Farmacista nella realtà ospedaliera si è dimostrata di assoluto rilievo nei tavoli tecnici, istituiti dalle Direzioni Sanitarie per l'identificazione e risoluzione delle criticità.

## **Telemedicina, nell'esperienza Covid 2019: un'App per il futuro**

*Federico Irlando*

La Telemedicina può svolgere un ruolo fondamentale nel rivedere il flusso delle erogazioni e nel cercare di ristabilire l'attuale assetto sanitario, con chiari vantaggi economici e miglioramenti nella vita quotidiana percepita soprattutto per le patologie croniche o quelle che richiedono un'assistenza continua. Lo stato attuale visto l'evidente aumento di tali patologie a causa dell'invecchiamento generale della popolazione richiede necessariamente una svolta. Nella letteratura è riportato quasi nulla riguardo la percezione che ha l'assistito riguardo i sistemi di telemonitoraggio nonostante sia necessario riconoscere il gradimento degli utenti al fine di descrivere la performance dei sistemi di telesalute. Lo scopo è proporre un modello organizzativo digitale nuovo (EASYASL) che permetta di bypassare soprattutto in un arco temporale come questo in cui il Covid ha avuto un ruolo fondamentale tutte le problematiche legate ad accesso in ospedale, visita specialistica, prescrizione, erogazione e ritiro di specialità medicinali soggetti a monitoraggio AIFA in assistiti "fragili". La realtà lavorativa considerata è quella della Farmacia territoriale di Giugliano ASL NAPOLI 2 NORD DS 37. È stata condotta un'indagine osservazionale quantitativa e qualitativa nella mia realtà lavorativa monitorando l'attuale situazione consultando il portale sanitario del software medicale aziendale. È stato poi riportato nella stessa realtà il modello organizzativo digitale e per valutarne il gradimento è stato somministrato ai vari interlocutori un apposito questionario telefonico con risposte chiuse. Dall'analisi delle risposte, emerge un livello di gradimento soddisfacente, soprattutto per quanto riguarda il senso di sicurezza dato dal costante controllo clinico. La maggioranza ha dimostrato una compliance verso l'uso del telemonitoraggio domiciliare rispondendo in maniera molto propositiva al nuovo modello in discussione. Stesso risultato è stato ottenuto dagli specialisti

che hanno mostrato una naturale propensione al sistema; se tale lavoro fosse la routine si assisterebbe oltre che ad un risparmio economico per il paziente evitando spostamenti in alcune occasioni anche di diverse centinaia di km per una visita di controllo anche ad una più costante possibilità di controllo della condizione patologica in corso. Punto fondamentale di tale applicativo è la consegna a domicilio interagendo con servizio civile cittadino e ordine dei Farmacisti. Tale prodotto può essere preso come spunto per qualsiasi altra forma di servizio, monitoraggio, erogazione che interessi l'ambito sanitario. I punti deboli del telemonitoraggio rilevati sono la possibile incompetenza nell'uso di moderne tecnologie da parte di pazienti anziani e difetti nella strumentazione, fattori che sicuramente saranno facilmente superati nei prossimi anni. Il processo di digitalizzazione aziendale infatti è ancora lungo ma le basi su cui partire sono solide e ben strutturate. Per prevenire e limitare questi problemi, che possono diventare principale motivo di insoddisfazione del telemonitoraggio, è necessario prevedere follow-up a distanza di sei mesi o un anno, che valutino il grado di compliance e gradimento rispetto all'uso degli strumenti stessi; ciò permetterà di migliorare l'effetto positivo di questo sistema di telemedicina, ottimizzandone l'efficacia e l'efficienza. È stato riscontrato inizialmente uno scetticismo generale salvo poi ottenere piacevoli soddisfazioni a fine operato.

Servizi Adsa e Adi Consorzio Italia  
Decreto dirigenziale aziendale Asl Napoli 2 Nord 25.10.2021 n 383  
Società Italiana di Health Technology Assessment (SIHTA).  
Sito internet ufficiale disponibile [www.sihta.it](http://www.sihta.it)

## **Gestione delle cronicità attraverso la presa in carico globale del paziente: modello organizzativo del Chronic Care Center all'interno del Distretto 15 dell'ASL di Caserta**

*Antonio Orsi*

La direzione Strategica dell'ASL di Caserta con la delibera 1018 del 04/08/2020 ad oggetto "Ambulatori della Salute-Chronic Care Center" ha avviato su tutto il territorio Aziendale una sperimentazione gestionale di strutture territoriali intermedie, dedicate al governo clinico delle cronicità in un'ottica di integrazione Ospedale territorio, in sinergia con i MMG organizzati in AFT, ed ha preteso, dopo la fase sperimentale, che entro il 2021 tutti i Distretti fossero operativi con l'apertura di un Chronic Care Center, per garantire a tutta la popolazione, le stesse possibilità di cura, ciò a vantaggio dell'utenza di un territorio vasto e montano come il Distretto 15, che con i suoi 31 comuni, rappresenta un terzo della superficie della provincia di Caserta e solo il 7% della popolazione.

L'analisi del bisogno di salute, ha pertanto interessato anche le condizioni demografiche ed ambientali dei territori, per il Distretto 15, ha considerato arruolabili nel CCC n. 6070 pazienti con pluripatologie, in accordo con i MMG si stanno arruolando prioritariamente pazienti con due o più patologie.

Dopo una prima fase caratterizzata dalla necessità da parte del MMG di convincimento del paziente a seguire il nuovo modello organizzativo, si deve constatare che ad oggi, sono gli stessi pazienti a pubblicizzare l'organizzazione del Chronic Care Center, apprezzandone l'organizzazione, la possibilità di essere valutati da più professionisti nella stessa giornata, del ritorno a casa con un PAI condiviso dagli specialisti e inviato al MMG laddove non presente in sede di valutazione e senza il pensiero di riprenotarsi, in quanto compito del Case Manager.

In una fase immediatamente successiva, si rende necessario, proprio per l'orografia del territorio, la valutazione a distanza del paziente con la telemedicina, questo oltre ad evitare i disagi di spostamento del paziente, consentirà anche di incrementare la platea di afferenza al Chronic, il tutto peraltro in linea con quanto normato con il DM 77/2022.

## **Veterinaria per animali senza padrone dell'Asl Napoli 3 Sud, alla luce dell'istituzione del Numero Verde Regionale per il soccorso di cani e gatti randagi feriti ed ammalati**

*Salvatore Reale*

In data 11/04/2019 è stata promulgata la Legge Regionale N° 3, volta a promuovere e a tutelare il rispetto ed il benessere degli animali d'affezione e alla prevenzione del randagismo che, con l'articolo 5 comma 3, istituisce il Numero Verde Regionale per "segnalare la presenza di cani vaganti feriti e gatti liberi feriti sul territorio regionale campano". La Centrale Operativa (CO) del servizio è allocata presso il C.R.I.U.V. (Centro di Riferimento Regionale Igiene Urbana Veterinaria) nel Presidio Ospedaliero Veterinario (POV) dell'Asl Napoli 1 centro "Frullone" a cui è demandata la raccolta delle segnalazioni e delle informazioni dei segnalanti/utenti, il triage telefonico il successivo smistamento delle chiamate ai Servizi Veterinari (SV) competenti per territorio.

I dati sulle attività raccolti presso la Clinica Veterinaria dell'Asl Napoli 3 Sud nel primo biennio di attività del NV possono essere una fonte preziosa di informazioni per modulare, implementare e rendere più efficiente possibile il SV di area A. Il numero degli ingressi raddoppiato rispetto al 2019 ed il rapporto tra chiamate dei cittadini e numero di ingressi in clinica evidenziano la necessità di una riorganizzazione del Servizio Veterinario di Area A e della gestione del randagismo alla luce dell'aumento dei carichi di lavoro.

La gestione delle chiamate alla CO del NV appare immediatamente una criticità fondamentale attraverso il cui Management standardizzato sarebbe possibile sia uniformare le prestazioni che monitorarne l'effettiva appropriatezza, efficacia ed efficienza. Scopo di questo lavoro è proporre una serie di strumenti organizzativi, tra cui una procedura standardizzata per la gestione delle chiamate, denominata Si.R.E.V, che potrebbe assolvere all'esigenza di uniformità della risposta a livello regionale, unitamente al favorire adeguati livelli di sicurezza e qualità sia per i pazienti

che per gli operatori che processano le richieste di soccorso. L'impianto del sistema è concepito in funzione del principio della prudente amministrazione delle risorse: se da un lato la Mission del servizio è di garantire una immediata risposta ai pazienti in condizioni critiche, dall'altro si deve cercare di evitare di destinare risorse ad utenti che non ne hanno occorrenza, alla luce dell'esiguo numero di unità mobili a disposizione, rapportato ai compiti da assolvere e alla vastità del territorio da coprire. Aspetto non secondario sarebbe la digitalizzazione di questo strumento che garantirebbe la misurazione ed il monitoraggio delle attività sia della CO che dei SS.VV fornendo dati oggettivi a supporto della Direzione Strategica nell'orientamento decisionale sull'allocazione di risorse in ambito strutturale, logistico e di risorse umane. La sfida sulla riorganizzazione del Servizi Veterinari dell'ASL Napoli 3 Sud nella sua articolazione dell'U.O.C. Sanità Animale area A, assume un significato più ampio alla luce del fatto che in nessuna altra regione italiana sia in vigore un servizio regionale centralizzato per il soccorso degli animali senza padrone.

## **Organizzazione della Guardia Necroscopica Aziendale alla luce dell'esperienza Covid-19: nuove prospettive**

*Raffaela Salvarezza*

Il modello organizzativo della U.O.C. Medicina Legale Pubblica Valutativa dell'ASL NA3 SUD è di tipo "funzionale" ed è garante dei percorsi medico-legali con lo scopo di fornire indirizzi unitari in ambito aziendale, concorrendo a garantire l'esercizio della complessiva attività di Governo dell'Azienda.

Considerate le caratteristiche orografiche dell'ASL NA3 SUD e l'estensione territoriale della stessa, l'attività dell'U.O.C. è finalizzata ad assicurare l'omogeneizzazione di attività analoghe nell'intero territorio aziendale, assumendo appieno il proprio compito di insostituibile valenza "tecnico-scientifica", soprattutto nel coordinare su quest'ultimo piano l'azione degli operatori distrettuali mediante la predisposizione di "indirizzi operativi standard di attività, criteri valutativi ed interpretazioni applicative uniformi di norme tecniche".

Tra le diverse attività centralizzate rientrano anche quelle di coordinamento di riscontro diagnostico e di consulenza per problematiche connesse ad attività di medicina necroscopica (autorizzazioni alla cremazione, riscontri diagnostici, accertamenti necroscopici e sopralluoghi per l'Autorità Giudiziaria).

L'improvvisa necessità di fronteggiare la pandemia da virus SARS COV-2 e il conseguente – drammatico - incremento della mortalità nella popolazione generale ha posto l'accento sull'importanza di implementare a livello territoriale un più efficace sistema di gestione aziendale degli accertamenti necroscopici attraverso la predisposizione di nuovi protocolli inter- e sovradistrettuali.

L'emanazione del DPCM 26 aprile 2020 (e successive revisioni), per esempio, ha introdotto specifiche e nuove indicazioni emergenziali connesse allo stato pandemico nell'ambito del settore funebre, cimiteriale

e di cremazione.

La contrazione dei tempi dell'osservazione cadaverica e dell'accertamento necroscopico e la necessità di assicurare che l'incassamento e il trasporto delle salme avvenissero, in epoca pandemica, quanto più rapidamente possibile hanno rimarcato l'importanza per le AA.SS.LL. di garantire che la guardia necroscopica e l'osservazione tanatologica funzionassero h24, compresi i festivi, peraltro in conformità alle disposizioni normative sull'accertamento di morte già previste dal regolamento di Polizia Mortuaria e successive modificazioni, nonché in attuazione di quanto regolamentato dalla Deliberazione ASL NA 3 SUD n. 422 del 16/06/2014, rispondente alla Legge Regionale circa l'istituzione della Guardia Necroscopica. Proprio in epoca pandemica è emerso ancor più come tale tipo di organizzazione non possa non essere affidata all'Area di Coordinamento della Medicina Legale aziendale, la quale, oltre ad assicurare la predisposizione dei turni per la reperibilità necroscopica h24, si occupa anche della adeguata formazione del personale medico e di quello tecnico, fornisce e distribuisce periodicamente l'indispensabile equipaggiamento per l'esecuzione materiale degli accertamenti necroscopici e dei prelievi per la cremazione, inoltre garantisce la realizzazione dei campionamenti e la custodia dei prelievi previsti dalla vigente normativa, oltre che il monitoraggio del ricorso alla pratica funeraria della cremazione attraverso un registro aziendale telematico i cui dati dovranno essere trasmessi, annualmente ed entro il 31 gennaio dell'anno successivo dalla pubblicazione del presente atto, alla "Consulta Regionale delle Attività Funerarie e Cimiteriali" (Legge Regionale n.12/2001).

**Ridefinizione dei target di salute e garanzia gestione sanitaria sicura nell'ambito della prevenzione. Implementazione delle procedure per la prevenzione e il contenimento delle infezioni tubercolare e brucellare negli animali e nell'uomo  
Nuovi protocolli di Sanità Animale e Sicurezza Alimentare  
Il concetto One-Health ai tempi del Covid**

*Giuseppe Spanò*

La pandemia da Covid-19 e l'emergenza sanitaria scaturita ha rafforzato la consapevolezza sull'importanza delle azioni di Sanità Pubblica come motore per lo sviluppo economico e sociale di un Paese. L'azione integrata delle attività di prevenzione veterinaria e umana nell'ottica del One Health concorrono ad un obiettivo comune la tutela della salute di ciascuno riconoscendo che la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi sono interconnesse e la sua salvaguardia richiede un approccio integrato, multidisciplinare e coordinato per affrontare i rischi potenziali che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente, uomo e animale.

Il Piano Nazionale Prevenzione (PNP) 2020-2025 rafforza questa vision che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (one Health).

La valutazione degli esiti e dei processi degli obiettivi prefissati nei PNP e PRP sono possibili solo grazie all'attività di monitoraggio. Strumento operativo è la verifica degli adempimenti dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il PNP e i PRP svolgono un ruolo di governance e orientamento, favorendo il collegamento e l'integrazione tra le azioni previste da leggi, regolamenti e Piani di settore.

La Sanità Pubblica Veterinaria ha raccolto questa enorme sfida e ha saputo affrontare in maniera egregia le sfide che la pandemia da Sars-Cov 2 ha posto dinnanzi. L'attività di prevenzione e controllo delle zoonosi e delle malattie diffuse del bestiame come la tubercolosi e la brucellosi, in particolar modo in Regioni con caratteristiche epidemiologiche simili come la Sicilia e la

Campania ha però fatto evidenziare carenze di carattere gestionale e di approccio al problema in quanto nonostante gli anni di uso degli attuali piani di risanamento non si è assistito alla loro eradicazione né tantomeno ad una diminuzione della prevalenza di queste malattie. Le attuali metodiche di controllo hanno alcuni limiti relativi da una parte ad una certa “discrezionalità” o per meglio definire il problema una componente “soggettiva” dovuta alle modalità di rilevazione della malattia negli animali, basti pensare alla metodica dell’intradermoreazione alla tubercolina. Altro aspetto, i lunghi tempi di esecuzione di analisi di laboratorio che prevedono prelievi ripetuti per la conferma di infezione brucellare negli animali con notevole aumento dei tempi di detenzione di tale patologia che risulta insidiosa e altamente trasmissibile. Scopo di tale tesi è analizzare aspetti di governance della prevenzione e attraverso lo studio e l’implementazione di attività di programmazione e di pianificazione si proporranno nuovi approcci volti al raggiungimento degli obiettivi di eradicazione di tali malattie zoonotiche con la possibilità di razionalizzazione delle risorse economiche e umane mediante la riduzione degli accessi presso gli stabilimenti nelle attività veterinarie programmate e l’implementazione del controllo sanitario su gli animali selvatici.

## **Valutazioni delle performance del personale dirigente afferente al dipartimento di prevenzione Veterinaria negli anni 2020-2021**

*Alex Zappia*

L'introduzione nella Pubblica Amministrazione dei sistemi di valutazione delle prestazioni orientato al risultato, è avvenuta a seguito della riforma della "privatizzazione" del rapporto di pubblico impiego, introdotta dal Dlgs. 29/93 e dal Dlgs. 229/99, ed è uno degli elementi più critici nell'ambito della gestione delle risorse umane. Successivamente il Dlgs. 286/99 ha introdotto che la valutazione del Dirigente riguarda sia le prestazioni sia i comportamenti relativi allo sviluppo delle risorse professionali, umane e organizzative ad esso assegnate.

L'attività di valutazione delle prestazioni Dirigenziali si presenta come attività particolarmente complessa, non soltanto per la specifica articolazione definita dalla Contrattazione Nazionale per le due Aree Medica e Veterinaria, Sanitaria, Professionale Tecnica ed Amministrativa, ma anche per l'esigenza di mettere insieme elementi che possono a volte non essere oggettivamente misurabili o non del tutto definiti a livello formale. Essa si traduce in un percorso procedurale complesso, teso a verificare quanto i risultati attesi siano stati raggiunti, al fine di migliorare i servizi e le attività delle Amministrazioni attraverso una continua valorizzazione delle risorse umane.

La diversificazione dei bisogni, la selettività delle richieste, l'attenzione alla qualità che emergono dal sistema sociale, non sempre si incontrano con una macchina organizzativa pronta a fronteggiarli, non solo per i problemi di carattere finanziario, ma anche e soprattutto, per le necessità di cambiare il pensiero culturale.

Concetti come "approccio manageriale, efficienza di gestione, responsabilizzazione del personale, verifiche di produttività e qualità" sono entrati ormai nelle culture delle Amministrazioni, inducendo l'esigenza di utilizzare nuove tecniche di valutazione del personale come elemento di supporto

alla modernizzazione organizzativa. Questi concetti hanno trovato ampia accoglienza nella normativa di riforma della Pubblica Amministrazione, il cui obiettivo è quello di migliorare tanto la sua efficienza, quanto la sua efficacia ottimizzando i costi.

L'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19 ha mostrato che gli interventi di Sanità Pubblica sono fondamentali per lo sviluppo economico e sociale di un Paese e che la salute di tutti dipende dalla salute di ciascuno (One Health).

Il permanere di una situazione instabile a causa della pandemia Covid-19, ha continuato a creare problematiche organizzative nelle attività veterinarie; infatti, dopo un'iniziale ripresa delle attività in gennaio a seguito della mutata classificazione del livello di rischio della nostra regione, dal 05 marzo sono state introdotte ulteriori misure restrittive per il contenimento del contagio, per cui il dipartimento veterinario garantiva esclusivamente le attività di controllo ufficiale ritenute indifferibili. La pandemia ha creato, inoltre, problemi organizzativi difficili da risolvere relativamente alla mancanza del personale sospeso dal lavoro per rifiuto della vaccinazione o assente a causa delle positività o delle quarantene. Questi vari aspetti hanno determinato delle criticità nell'applicazione di alcuni piani, che sono stati conclusi positivamente grazie ad uno sforzo aggiuntivo da parte del personale rimasto in servizio.

**TESI AREA TEMATICA**

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

Tutor: Alessandra Dionisio (2020-2021)

**Linee di indirizzo per il trattamento di pazienti Covid-19 con antivirali orali**

*Francesca Futura Bernardi*

Dirigente Farmacista - AOU Policlinico Vanvitelli

**Centralità delle Risorse Umane nella trasformazione digitale delle Aziende Sanitarie**

*Antimo Borzacchiello*

Collaboratore Amministrativo U.O.C. Gestione Risorse Umane - ASL Caserta

**CURARE@CASA**

**Percorso di continuità assistenziale per il paziente anziano fragile**

*Pierpaolo De Nicola*

Referente progetto curare a casa - Asl Roma 2 gestione clinica

**Social Media Policy**

**La comunicazione aziendale attraverso percorsi condivisi**

*Salvatore Fioretto*

Avvocato presso l'Ordine degli Avvocati di Napoli

**Nuovi modelli organizzativi delle RSA: come trovare la strada.**

**Una valutazione degli strumenti di Wayfinding**

*Giovanna Gaeta*

Coordinatrice di struttura - Cooperativa Sociale Cercate

**Impatto della pandemia da COVID-19 sui professionisti dell'ingegneria clinica: benessere individuale e organizzativo**

*Marinella Provisiero*

Collaboratore amministrativo - ASL di Caserta

## **Linee di indirizzo per il trattamento di pazienti Covid-19 con antivirali orali**

*Francesca Futura Bernardi*

L'infezione da Sars-cov-2 rappresenta una delle più grandi emergenze sanitarie di interesse internazionale verificatesi negli ultimi anni e, fino al 2021, non esisteva un trattamento specifico per prevenire o curare la malattia da coronavirus (Covid-19).

In Italia, dal mese di gennaio 2022, la Commissione Tecnico Scientifica (CTS) dell'Agencia Italiana del Farmaco (AIFA) ha consentito l'accesso precoce ai trattamenti per la prevenzione e/o cura della malattia da Covid-19 e sono stati resi disponibili due antivirali orali per il trattamento della malattia da coronavirus 2019 (Covid-19) negli adulti che non necessitano di ossigenoterapia supplementare e che presentano un elevato rischio di sviluppare una forma severa di Covid-19.

La Regione Campania, per il tramite della Unità Operativa Dirigenziale Politica del farmaco e dispositivi della Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, ha lavorato alacremente per migliorare le conoscenze sul profilo rischio/beneficio dei farmaci e dei vaccini somministrati nel corso dell'emergenza Covid-19 al fine di poter contribuire correttamente alla definizione del loro profilo di sicurezza e tollerabilità.

Obiettivo del presente lavoro è stato quello di valutare l'impatto dell'introduzione di linee di indirizzo regionali per garantire la sicurezza e l'appropriatezza d'uso dei farmaci antivirali orali diretti contro SARS CoV2. Dallo studio sono emersi due elementi significativi nella gestione dei percorsi emergenziali in corso di pandemia:

1) L'utilizzo di innovazioni tecnologiche, in linea con gli obiettivi Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), nelle strutture sanitarie territoriali. Tale approccio, basato sull'innovazione tecnologica a sua

volta, fonda su tre momenti cruciali:

- a. Intelligenza Artificiale (AI), Machine Learning (ML);
- b. Creazione di un network “ad hoc”;
- c. Realizzazione di un Big Data.

In questo contesto, la Regione Campania ha avuto la possibilità di una predisporre una pianificazione capillare che, attraverso i percorsi emergenziali, ha consentito una massiva diffusione delle strategie sottese ai percorsi assistenziali, consentendo di avere una più bassa mortalità e letalità rispetto al panorama europeo.

2) La necessità di aggiornamenti continui, che derivano dalle tecnologie impiegate per la gestione dei nuovi farmaci antivirali orali diretti contro Covid-19. Nello specifico, è stato realizzato un algoritmo selettivo per incrociare i dati dei pazienti potenzialmente idonei ai trattamenti antivirali orali. Tale necessità ha richiesto l’aggiornamento da parte dei Medici di Medicina Generale nell’utilizzo di nuove tecnologie in campo medico, nonché del loro contributo per condividere le informazioni anamnestiche utili per intercettare i soggetti eleggibili, stratificando per intensità di interventi di cura.

## **Centralità delle Risorse Umane nella trasformazione digitale delle Aziende Sanitarie**

*Antimo Borzacchiello*

Le trasformazioni che hanno visto protagoniste le Aziende Sanitarie sia sul piano organizzativo che finanziario, le riforme del sistema sanitario che negli ultimi dieci anni hanno operato un profondo cambiamento nelle modalità di direzione delle Aziende, basate non più sul semplice rispetto di procedure, bensì sul conseguimento di obiettivi di efficienza, qualità e soddisfazione dell'utenza nonché l'emergenza pandemica da Covid-19, non possono che porre al centro dello scenario sanitario il delicato ruolo affidato alle risorse umane, dal cui impegno professionale dipende la qualità dei risultati conseguiti.

La sanità sta rapidamente entrando nell'era della trasformazione digitale, come è già successo per i più avanzati sistemi pubblici e privati di welfare mondiali, pena la perdita di competitività sui servizi che risultano ogni giorno sempre più inadeguati e burocraticamente appesantiti. Ciò non comporta solo dematerializzazione dei processi cartacei, ma innovazione delle organizzazioni, cambiamento delle procedure operative, introduzione di nuove skill professionali e l'adeguamento del sistema ad un trend che in altri Paesi è già ben più avanti.

Appare dunque chiaro che il presente e il futuro delle Aziende Sanitarie debba puntare sulla centralità e su un maggiore investimento nelle pratiche di Risorse Umane. Solo attraverso l'introduzione di dinamiche comunicative sempre più al passo con l'evoluzione digitale e generazionale i manager dovranno e potranno essere capaci di adattarsi e sfruttare il potenziale delle risorse umane a loro disposizione.

Il GRU deve essere in grado di intuire i cambiamenti, in termini di professionalità e competenze, richiesti dalle altre funzioni aziendali e legati all'evoluzione del digitale. Nei prossimi anni, infatti, la competitività e la sopravvivenza stessa delle organizzazioni dipenderanno dalla capacità

di attrarre nuovi profili digitali, nonché valorizzare e motivare in modo continuativo i talenti già presenti e prevedere il modello di Governance più adatto. Occorre incentivare una trasformazione dei ruoli e degli stili di leadership, nonché individuare le competenze e le figure professionali necessarie per la gestione dell'innovazione in azienda. L'obiettivo finale è diventare una Digital Organization fondata su: una nuova cultura manageriale, la valorizzazione del talento delle persone e digital skills all'avanguardia.

È opportuno che i manager siano fautori di questo cambiamento, prevenendo l'introduzione di figure professionali e procedure nuove ed innovative al fine di rendere l'azienda sempre più efficiente, smart, competitiva e attrattiva.

Con il presente lavoro si analizzeranno le attività svolte dal servizio gestione risorse umane ed in particolare si metterà in evidenza quella che potrà e dovrà essere la chiave di svolta in questo clima di cambiamento verso il Digitale attraverso l'utilizzo di risorse umane sempre più al passo coi tempi e capaci di utilizzare e potenziare quel che sono le Information e Community Technologies, nonché l'importanza rivestita dalla comunicazione e della leadership per una corretta gestione delle risorse.

Per quanto emerso dallo studio, la comunicazione in sanitaria si è rivelata essere lo strumento essenziale per mantenere le relazioni interprofessionali tra operatori sanitari, promuovere azioni collaborative nei gruppi multidisciplinari e garantire i migliori percorsi assistenziali per i pazienti.

**CURARE@CASA**  
**Percorso di continuità assistenziale per il  
paziente anziano fragile**

*Pierpaolo De Nicola*

La Asl Roma 2 è caratterizzata da un territorio molto vasto e variegato, nel quale si registra una proporzione di popolazione residente in aree ad alta deprivazione superiore alla media regionale. la struttura demografica rispecchia quella di una popolazione “invecchiata” caratterizzata da un alto tasso di mortalità più alto di quello di natalità; pertanto, emerge la presenza nell’Asl Roma 2 una alta percentuale di anziani fragili.

La percentuale dei pazienti over 65 all’interno dell’Asl Roma 2 è del 21% di cui il 33% sono considerati fragili.

In particolare, sulla base di un’analisi epidemiologica dei distretti di pertinenza quali 8 e 9 emergono dati che impongono una particolare attenzione sociosanitaria:

1. distretto 8 residenti 128,415/over 6532,293/ fragili 18450
2. distretto 9 residenti 181,141/ over 65 36,311/ fragili 21,477.

I distretti presentano quindi una incidenza alta di anziani fragili 39000 (43%).

L’esperienza drammatica della pandemia da Covid 19 ha evidenziato la necessità di spostare dall’ospedale al territorio la risposta ai bisogni di salute dei cittadini.

Obiettivo di tale progetto è che la persona anziana venga presa in carico sul territorio e gestita grazie all’intervento multidisciplinare e l’integrazione dei MMG con tutte le strutture di prossimità.

Il suddetto progetto nella sua finalità di favorire una maggiore integrazione tra ospedale e territorio riprende quanto descritto nella Determinazione 18 giugno 2021, numero G07512 che adotta il documento tecnico recante la “Programmazione della rete ospedaliera 2021-2023 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015.

Nell'ambito dell'integrazione ospedale e territorio gli obiettivi sono:

1. garantire continuità assistenziale per il paziente anziano fragile una volta terminato il percorso ospedaliero;
2. integrare il sistema delle cure primarie con quello delle cure per acuti;
3. potenziare l'assistenza domiciliare;
4. utilizzo della telemedicina come collegamento tra ospedale e territorio;
5. trasformazione digitale e utilizzo dei Big Data aziendali;
6. ridurre la quota di accessi inappropriati al DEA degli anziani fragili con patologia acuta o riacutizzata;
7. ottimizzare la qualità della vita dei pazienti anziani.

I risultati attesi a breve termine sono:

1. riduzione tempi di ricovero in ambiente medico di reparto
2. riduzione del tempo di permanenza in PS
3. riduzione degli accessi di pazienti per riacutizzazione
4. continuità di cura dell'assistito
5. maggiore stabilità del paziente
6. maggiore integrazione degli attori in un'ottica di multidisciplinarietà.

I risultati attesi raggiungibili al termine del progetto sono:

1. evitare riacutizzazioni
2. riduzione quota accessi DEA
3. percorsi assistenziali per pazienti anziani, ridefiniti
4. incentivare un nuovo approccio di prevenzione, cura e osservazione delle persone anziane a domicilio
5. miglioramento dello stato di salute psichica dei pazienti e dei loro Care Givers.

## **Social Media Policy. La comunicazione aziendale attraverso percorsi condivisi**

*Salvatore Fioretto*

L'Articolo 21 della Costituzione Italiana sintetizza in venti parole un concetto che sta alla base della democrazia stessa: la *libertà di espressione*.

Venti parole con cui si sancisce che ogni cittadino ha il diritto di esprimere – o non esprimere – il proprio pensiero con qualsiasi mezzo di diffusione, a meno di “*tutte le manifestazioni contrarie al buon costume*”<sup>(\*)</sup>.

I limiti a cui è sottoposto l'articolo 21 definiscono diritti e doveri per tutti coloro che da questa norma costituzionale si sentono protetti.

I padri costituenti hanno guardato lontano garantendo libertà di espressione a qualsiasi mezzo di comunicazione - oltre la stampa - presente o futuro: Internet, i social network e qualsiasi *strumento di diffusione* ne fanno parte. Negli ultimi anni si è discusso molto sulla necessità di una “presenza social” delle PA, sottolineando il bisogno di rendere la comunicazione con il grande pubblico non più di tipo piramidale – con la PA al vertice e il cittadino alla base – bensì di tipo orizzontale, in cui le amministrazioni interagiscono in maniera costruttiva e paritaria con l'utenza.

Il cittadino non è più amministrato in chiave gerarchica ma diventa *soggetto attivo* da coinvolgere costantemente e con cui rapportarsi su base paritaria. Il Codice dell'Amministrazione Digitale<sup>(\*\*)</sup>, che riunisce e organizza le norme riguardanti l'informatizzazione della Pubblica Amministrazione nei

---

(\*) L'Articolo 21 della Costituzione, comma 1, cita: “Tutti hanno diritto di manifestare liberamente il proprio pensiero con la parola, lo scritto e ogni altro mezzo di diffusione.”

(\*\*) <https://www.agid.gov.it/it/agenzia/strategia-quadro-normativo/codice-amministrazione-digitale>  
Il Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD) è un testo unico che riunisce e organizza le norme riguardanti l'informatizzazione della Pubblica Amministrazione nei rapporti con i cittadini e le imprese. Istituito con il decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, è stato successivamente modificato e integrato prima con il decreto legislativo 22 agosto 2016 n. 179 e poi con il decreto legislativo 13 dicembre 2017 n. 217 per promuovere e rendere effettivi i diritti di cittadinanza digitale.

rapporti con i cittadini e le imprese, stabilisce l'obbligo per le PA di strutturare siti istituzionali che rispettino determinate caratteristiche.

Al fine di raggiungere l'obiettivo della semplicità di comunicazione tra PA e cittadini, si è incentivato anche l'uso dei *social media*, come strumento di diffusione dei messaggi istituzionali. Sebbene non esista un obbligo normativo sull'utilizzo dei social media da parte delle PA, il loro utilizzo può rivelarsi di fondamentale importanza per realizzare e garantire trasparenza. La presenza della Pubblica Amministrazione sui social network deve seguire una serie di regole che hanno il compito di tracciare la giusta rotta nel mare aperto della nuova comunicazione digitale: una *policy* d'uso, ovvero una *social media policy*.

La Social Media Policy<sup>(\*)</sup> (SMP) è una “carta dei servizi” in cui si stabiliscono le regole del rapporto e del dialogo sui canali social delle PA e si divide in esterna – che fornisce le “*regole della casa*”<sup>(\*\*)</sup> per coloro che interagiscono con le pagine dell'Ente - e interna, riferita ai dipendenti che si occupano di presidiare i canali di comunicazione e di gestire le interazioni con il pubblico.

Dagli studi effettuati, che chi scrive ha avuto anche il piacere di condividere con il Prof. S. Talamo – coordinatore del Gruppo di Lavoro sulla SMP Nazionale – è stato possibile appurare come la SMP sia di fondamentale importanza non solo per la Pubblica Amministrazione e per le Aziende Sanitarie ma anche per tutte le piccole e media imprese del territorio nazionale. È di fondamentale importanza, a parere di chi scrive, che la SMP diventi uno strumento obbligatorio, perché sancisce il patto con cui si gestisce il proprio impegno nei confronti dei cittadini, e viceversa.

---

(\*) *PA Brand Expert – Competenze e strumenti per i comunicatori della pubblica amministrazione*, di A. D'Errico – G. Bonanomi, Franco Angeli, 2021.

(\*\*) *Nuovo manuale di comunicazione pubblica. Comunicare la PA – Teorie, tecniche e buone pratiche digital e social*, di S. Talamo – R. Zariello, CDG Edizioni, 2022

## **Nuovi modelli organizzativi delle RSA: come trovare la strada. Una valutazione degli strumenti di Wayfinding**

*Giovanna Gaeta*

Le RSA devono continuamente migliorare il proprio sistema organizzativo al fine di rispondere alle esigenze dell'utenza. Uno degli aspetti che definisce una assistenza di qualità è l'attenzione posta ai momenti di interazione fra gli ospiti e il loro nucleo familiare.

A seguito della pandemia da Sars-Cov2 questo tema ha assunto una rilevante importanza visto che le restrizioni imposte alle visite durante la crisi pandemica hanno avuto notevoli ricadute negative sul benessere psico-fisico degli assistiti.

La pandemia va considerata una situazione di emergenza alla quale bisogna essere preparati. Dunque, proprio durante la pandemia si sono avviate riflessioni volte ad individuare soluzioni operative che anche nelle situazioni di emergenza garantiscano la sicurezza degli ospiti delle strutture e, allo stesso tempo, tutelino il benessere complessivo della persona.

A partire da questo quadro gli obiettivi dello studio sono stati tre: a) produrre evidenza a supporto della tesi - ampiamente condivisa dalla più recente letteratura - che l'incontro con i familiari sia fondamentale al fine di garantire il benessere psico-fisico degli ospiti delle RSA; b) esaminare le criticità che oggi caratterizzano le visite dei familiari ai pazienti delle RSA. c) valutare le potenzialità dell'inserimento di strumenti di wayfinding nelle RSA per migliorare l'esperienza di visita dei familiari ai loro cari ospiti delle strutture.

La raccolta dati è avvenuta attraverso interviste semistrutturate condotte *face to face* nel maggio 2022. Gli intervistati sono dipendenti di una Residenza Sanitaria Assistenziale sita in Piemonte.

I dati raccolti supportano la tesi secondo cui l'isolamento delle RSA ha conseguenze deleterie sulla psiche e sul fisico dei pazienti.

Si sono individuati i principali problemi connessi allo svolgimento delle

visite agli ospiti delle RSA nella realtà attuale, in cui l'accesso alle strutture va garantito con grande attenzione e sicurezza.

Le interviste hanno sottolineato la potenziale importanza di interventi miranti a costruire un efficace sistema di segnaletica interna per favorire l'accoglienza, il senso di sicurezza e di ordine del visitatore.

I sistemi di wayfinding, con segnaletica sia verticale che orizzontale, sono stati valutati positivamente come strumenti di supporto alla comunicazione orale purché pensati *ad hoc* nel rispetto del concetto di "casa" che distingue la rappresentazione dello spazio nelle RSA.

## **Impatto della pandemia da COVID-19 sui professionisti dell'ingegneria clinica: benessere individuale e organizzativo**

*Marinella Provvvisiero*

L'impatto della pandemia da Covid-19 sui professionisti dell'ingegneria clinica: benessere individuale e organizzativo.

Il 2020 è stato segnato indubbiamente dalla pandemia da Covid-19.

Alla grave emergenza sanitaria, che ha visto il mondo fronteggiare il sovraccollamento delle strutture ospedaliere e le innumerevoli vittime del virus, si sono affiancate le restrizioni imposte dai Governi. Lo strumento principale utilizzato è stato sicuramente il lockdown con tutte le sue varianti, che ha aiutato a prevenire un ulteriore intasamento degli ospedali, ma ha anche causato enormi danni sociali ed economici e importanti sfide per tutte le aziende e per tutti i professionisti. Da quando è cominciata l'emergenza sanitaria correlata alla diffusione del virus i professionisti sanitari sono impegnati in prima linea a fronteggiare l'epidemia nei vari setting del servizio sanitario, esposti al rischio di infezione e a un sovraccarico emotivo: carenza di adeguati dispositivi di protezione individuale, turni di lavoro incalzanti, fatica fisica, riduzione delle risorse umane e in alcuni casi precarietà organizzativa. A questo si aggiungono situazioni determinate dalla forte pressione a cui è sottoposto il servizio sanitario, che possono contribuire ad appesantire ulteriormente il vissuto emotivo dei professionisti.

Tutto ciò per evidenziare che in questo momento tutti gli operatori sanitari, e coloro che sono coinvolti nella rete di gestione dell'emergenza, sono esposti a condizioni organizzative, relazionali, psicologiche e riguardanti la sicurezza che rappresentano una fonte di stress.

Partendo dall'analisi di tali fattori, questo elaborato si pone l'obiettivo di analizzare le dinamiche organizzative scaturite dalla pandemia in Italia, concentrandosi, in particolar modo, sul mondo dell'ingegneria biomedica. Tale settore, poco conosciuto ai più, è variegato e permea a 360° il mondo

della medicina supportandolo tecnologicamente.

Gli ingegneri biomedici hanno fortemente contribuito alla gestione dell'emergenza Covid, anche se i media non ne hanno dato evidenza: pur essendo stata un'emergenza sanitaria è stata affrontata dal personale medico principalmente utilizzando apparecchiature biomediche.

La tecnologia è divenuta elemento imprescindibile per affrontare la malattia e, con essa, il contributo che l'ingegneria biomedica poteva fornire nella sua gestione. Gli ingegneri hanno supportato le Direzioni Sanitarie nella riconversione di reparti e/o ospedali in aree dedicate ai pazienti Covid, nella scelta e approvvigionamento delle apparecchiature biomediche, operando, successivamente, nella loro installazione e messa a punto. Sono dovuti intervenire negli applicativi gestionali per ridisegnare i flussi di dati relativi al Covid per garantirne la tracciabilità e la corretta rendicontazione sia dal punto di vista sanitario che economico.

Tale progetto, inoltre, focalizzerà l'attenzione sull'impatto psico-sociale della pandemia su tali lavoratori, sulle radicali trasformazioni avvenute negli scenari occupazionali, nei processi produttivi, nelle modalità di lavoro, di gestione delle organizzazioni, nella gestione ed erogazione dei servizi sanitari, ma soprattutto sui vissuti, sugli atteggiamenti di individui e gruppi, sui sentimenti di paura, insicurezza e resistenza al cambiamento. L'obiettivo di tale lavoro è quello di far comprendere alle Direzioni Strategiche Aziendali e agli organi di governo, quanto sia fondamentale, al fine di contribuire al potenziamento delle abilità e delle capacità produttive ed altresì per promuovere l'empowerment personale, investire per proteggere la salute fisica e mentale ed implementare le risorse di supporto psicologico necessarie a sostenere gli operatori che quotidianamente si confrontano con l'emergenza, garantendo tutto questo anche nel periodo successivo all'emergenza pandemica.

## **ABSTRACT TESI PROGETTO**

### **AREA TEMATICA**

**L'assistenza sanitaria per la gestione delle  
priorità cliniche, manageriali ed organizzative.  
La ripresa post Covid e l'attenzione  
alle caratteristiche organizzative e  
sanitarie da garantire**

(a.a. 2021-2022)

**TESI AREA TEMATICA**

**Organizzazione e gestione delle strutture sanitarie**

Tutor: Vincenzo Giordano, Annalisa Granata (2021-2022)

**Approfondimento di una rete per la gestione domiciliare del paziente Covid nella ASL Napoli 2 Nord**

*Lucio Marcello Falconio*

Dirigente Farmacista P.O. San Giuliano - ASL Napoli 2 Nord

**Chirurgia Vascolare dopo l'esperienza della pandemia Covid 19 Prospettive future tra digitalizzazione e nuovi modelli organizzativi**

*Rosario Gioffrè*

Dirigente Medico U.O.C. di Chirurgia Vascolare

A.O.U. Renato Dulbecco; P.O. Pugliese di Catanzaro

**Piano strategico per la sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza (ica) nei pazienti con pregressa infezione da SARS-COV2. Analisi dei costi e dei consumi degli antibiotici**

*Marina Lugarà*

Medico Specialista in medicina interna - UOC Medicina Interna Ospedale del Mare

**Riorganizzazione della Rete laboratoristica in Campania: Point of care testing**

*Stefania Schiano Lo Moriello*

Dirigente Biologo, UOC Patologia Clinica - Ospedale Santa Maria delle Grazie, Pozzuoli

**Assistenza sanitaria in ottica gestione delle priorità cliniche, manageriali ed organizzative: La gestione della pandemia da Covid19**

*Emilia Uccello*

Direttore F. F. Struttura Complessa Gestione Risorse Economico - Finanziarie

Istituto Studio e Cura Tumori Fondazione G. Pascale

## **Approfondimento di una rete per la gestione domiciliare del paziente Covid nella ASL Napoli 2 Nord**

*Lucio Marcello Falconio*

La pandemia causata dal coronavirus Sars-Cov-2 ha radicalmente mutato l'opinione e l'idea circa l'attuale sistema Sanitario. Se da un lato si è potuto rafforzare l'importanza di Sistema Sanitario gratuito e accessibile a tutti in qualsiasi momento, dall'altra è emersa tutta la fragilità di un sistema centrato su una prospettiva specialistica e ospedale-centriche. Queste ultime rischiano di collassare se altissime richieste di ricovero ospedaliero, frequentemente inappropriate e dovute non a cause sanitarie ma a difficoltà sociali, superano un'offerta che appare troppo limitata.

Nel contesto della pandemia da Sars-Cov-2 si è resa evidente la necessità di invertire il modello più incentrato sulle esigenze del territorio, per favorire la gestione il più possibile domiciliare, sia delle patologie croniche che delle acute che richiedono un'intensità di assistenza medio-bassa mediante la creazione di una rete integrata che veda protagonisti tutti gli attori del processo di cura e di assistenza mediante l'utilizzo delle nuove tecnologie e dei sistemi di telemedicina.

Il lavoro intende approfondire un modello di rete integrata per l'assistenza domiciliare dei pazienti Covid nel territorio della ASL Napoli 2 Nord, che ha avuto l'ambizione di essere una concreta proposta organizzativa per assicurare la presa in carico clinico-assistenziale delle persone colpite da Covid-19 in termini di soccorso, diagnosi, cura e riabilitazione su tutto il territorio della ASL Napoli 2 Nord.

Il principio è stato sfruttare una "rete aziendale Covid-19" che si avvale di strutture e nodi articolati ed integrati funzionalmente tra loro attraverso percorsi e modalità operative definite e basate su piattaforme di telemedicina dedicate che garantiscono, sull'intero territorio aziendale, la presa in carico complessiva del paziente colpito da Covid-19 da parte di tutti gli attori della rete.

È stato possibile monitorare i risultati attraverso indicatori specifici e dedicati raccogliendo ed analizzando i dati dal periodo in cui è cominciata la presa in carico dei pazienti positivi al Covid (Nov 2020), la cui gestione non necessitava il ricovero. Dal Novembre 2020 al Dicembre 2021 il numero di pazienti residenti nel territorio della ASL Napoli 2 Nord, in gestione domiciliare USCA, di strutture residenziali sottoposti a terapia non farmacologica (tnf), non deambulanti vaccinati a domicilio e vaccinati in strutture residenziali, è stato pari a 38.223; di questi ultimi, il 37.8% (14476) erano positivi al Covid.

È importante anche notare il numero di accessi totale nel periodo, registrato in circa 94.000 e la natura degli stessi riferiti a tnf a domicilio, tnf in strutture, gestione pz Covid+ a domicilio, vaccini nelle strutture, vaccini a domicilio pz non deambulanti.

Scopo ultimo degli interventi restava la decongestione degli ospedali a causa dei ricoveri per i pazienti positivi al Covid-19. Considerando nei periodi presi in esame il numero di ricoveri e la media dei positivi ai test molecolari e antigenici in Campania, si è passati dal gestire la quasi totalità dei pazienti negli Ospedali a poco più del 4.5% sul totale di quelli gestiti nel periodo da Dicembre 2020 a Dicembre 2021.

L'aver creato e implementato una rete interdisciplinare e interprofessionale e infrastrutture non solo tecnologiche, ha assicurato la possibilità di affrontare l'emergenza, garantendo a tutti i cittadini le cure e l'assistenza necessarie e uscire dal momento storicamente critico e inaspettato.

## **Chirurgia Vascolare dopo l'esperienza della pandemia Covid-19 Prospettive future tra digitalizzazione e nuovi modelli organizzativi**

*Rosario Giofrè*

Le malattie vascolari costituiscono una delle cause di morte più comuni nel mondo. Le previsioni basate sull'evoluzione demografica fanno ipotizzare che tali patologie, presto, potrebbero diventare un'emergenza sociale. La pandemia Covid 19 ha rappresentato un evento di carattere eccezionale, imprevisto e inatteso. La rapidità con cui si è diffusa ha trovato impreparati i sistemi sanitari nazionali, compreso quello italiano, con conseguenti gravi criticità emerse in campo assistenziale e negli apparati organizzativi ospedalieri e non, fino al raggiungimento del limite di saturazione delle capacità di soccorso e sostegno dei pazienti ammalati sia acuti che cronici. Nelle nostre strutture ospedaliere ha determinato uno stravolgimento della loro organizzazione, evidenziando deficienza sia del sistema ospedaliero che di quello territoriale in tutte le sue articolazioni e in varia misura in tutte le nostre regioni. Il coronavirus, avendo causato in una buona percentuale di casi, fenomeni di trombosi poli distrettuale, ha determinato un aumento esponenziale di pazienti necessitanti di cure vascolari andando a sovraccaricare, oltremodo, le poche strutture specialistiche presenti. Pertanto si sono slatentizzate e materializzate criticità strutturali e organizzative: la disomogeneità della presenza di U.O.C. di Chirurgia Vascolare sul territorio nazionale, la carenza di personale medico e paramedico, la mancata cooperazione tra Ospedale e territorio, e non ultimo l' interruzione dei follow-up, determinata non solo dal lockdown e dalle limitazioni di accesso alle strutture sanitarie, ma anche dalla volontà dei pazienti di non accedere ai servizi ambulatoriali per paura di contrarre il virus. Dopo l'esperienza Covid 19 è necessario pensare a nuove prospettive, una nuova organizzazione dei reparti per acuti, un'evoluzione del sistema salute con una riorganizzazione delle strutture ambulatoriali per affrontare in maniera adeguata la presa in carico delle cronicità. L'intervento

progettuale si propone di riorganizzare strutturalmente e funzionalmente i servizi offerti dalla Chirurgia Vascolare, servendosi degli investimenti previsti dal PNRR per la sanità italiana. Attraverso il processo di digitalizzazione e nello specifico mediante la telemedicina nelle sue varie forme e nei vari ambiti della chirurgia vascolare, si può dare una concreta soluzione alle problematiche sopra rappresentate facendo fronte alle crescenti necessità dei pazienti vascolari sia acuti che cronici, favorendo il rapporto costruttivo e l'integrazione tra ospedale e territorio, migliorando l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni ed ottimizzando i costi della vituperata sanità pubblica.

## **Piano strategico per la sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza (ica) nei pazienti con progressa infezione da Sars-Cov2. Analisi dei costi e dei consumi degli antibiotici**

*Marina Lugarà*

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) rappresentano una delle più frequenti complicanze delle prestazioni ospedaliere e al contempo una delle sfide principali della sanità pubblica del Paese. Al fine di delinearne al meglio l'impatto, risultano fondamentali le attività di sorveglianza attiva attraverso indagini di prevalenza e incidenza così come descritto anche nel Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025. Alle categorie già note di pazienti a rischio di colonizzazione / infezioni e per cui è già prevista la sorveglianza attiva presso il Presidio Ospedaliero "Ospedale del Mare" alla luce dei dati della letteratura che mostrano un aumento circa del 30% delle sovra-infezioni da germi MDR ed in particolare da acinetobacter B anche nei pazienti con recente infezione da sars-cov2. Entro 24 h dall'ingresso nei reparti di degenza i pazienti sono stati sottoposti a tampone rettale per germi mdr e nasale per staphilococco A. MRSA. Dall'analisi ed il confronto dei del 2021 vs il 2022 è emerso che nel 2022 vi è stato un aumento del 24% dei tamponi nasali MRSA effettuati rispetto al 2021 in Medicina Generale, del 21% in Rianimazione e del 43% in Mecau. Mentre per il 2022 vi è stato un aumento dei tamponi rettali per MDR rispetto l'anno 2021 del 25% in Medicina Generale, del 30% in Rianimazione e del 41% in Mecau. La strategia della sorveglianza estesa a questa nuova categoria di pazienti ha evidenziato un aumento di pazienti colonizzati da germi mdr, in particolare nel 2021 da acinetobacter B senza una differenza statisticamente significativa con il 2022. Nonostante l'aumento dei casi segnalati di germi mdr, grazie all'individuazione precoce dei paziente colonizzati si è avuta una riduzione della DDD (2021 vs 2022) di meropenem 3,4% e dei costi -45%, mentre per ceftazidime/avibactam si avuta una riduzione della DDD (2021 vs 2022) in Medicina Generale -55,3% e dei costi -52,4% e in Mecau una riduzione della DDD

(2021 Vs 2022)-100%, un aumento invece nel 2022 della DDD (+533%) in Terapia intensiva con un aumento del costo in Terapia intensiva del 579%. Nell'analisi dei costi per analizzati per tutte le UUOO per ceftazidime\avibactam c'è stato solo un aumento del 19% anche per effetto della riduzione del prezzo unitario dell'antibiotico del 14%. Dalla sotto-analisi dei dati rilevati dalle cartelle cliniche è emerso che in Terapia intensiva nonostante l'aumento dei costi per la terapia antibiotica e il numero di colonizzazioni/infezioni da Germi MDR la modalità dimissioni dalla terapia intensiva con filtro mortalità nel 2021 è stata del 71,8% (176 deceduti) mentre nel 2022 è stata del 63% (169 deceduti su 269 ricoveri) mentre la degenza Media in Terapia intensiva nel 2021 di 17 gg e nel 2022 del 16 gg mostrando una lieve riduzione.

## **Riorganizzazione della Rete laboratoristica in Campania: Point of care testing**

*Stefania Schiano Lo Moriello*

Nell'ultimo decennio la Medicina di Laboratorio ha consolidato la tendenza a creare grandi Laboratori (hub) a carattere provinciale o di vasta area: una tendenza convergente alla riorganizzazione dei Laboratori medici. Queste strutture hanno cercato di migliorare la loro efficienza attraverso un processo di decentramento. In questo contesto, i dispositivi POCT (Point of Care Testing) offrono numerosi vantaggi quale supporto diagnostico per l'emergenza clinica e per il governo di situazioni logistiche che richiedono lunghi tempi di attesa (TAT) a causa del trasporto dei campioni. Ma, allo stesso tempo, rappresentano anche un rischio clinico, in particolare in Italia, che è limitato dalle sue normative regionali varie, spesso inadeguate.

Sebbene la tecnologia, in tema di PoCT, abbia raggiunto un livello tale da garantire prestazioni analitiche sovrapponibili a quelle ottenute dalla strumentazione dei laboratori centralizzati, la sola dimensione tecnologica non basta a garantire il superamento di due sfide impegnative: garantire un sistema complessivo di assicurazione della qualità e implementare una connettività che garantisca non solo la puntuale registrazione dei risultati, compresi gli allarmi strumentali e la completa tracciabilità, ma anche la comprensione dell'informazione analitica contenuta nel referto.

L'uso dei PoCT, quando non ben governati, pone dei rischi dovuti all'insufficiente formazione degli utilizzatori, alla inadeguata supervisione, all'omesso impiego di appropriati schemi di sicurezza di qualità, all'inaappropriata esecuzione di esami. Un'autorevole e pervasiva governance clinica è pertanto imprescindibile per qualunque tipologia di PoCT si decida di implementare.

Il referto PoCT come quello generato dal laboratorio centrale, è una informazione clinica tesa a migliorare l'outcome del paziente, pertanto deve

essere conforme a quello emesso per un normale esame eseguito dallo stesso laboratorio che ha la responsabilità del governo dei dispositivi decentrati. Sarà compito della Direzione del laboratorio, in base alla propria organizzazione e al contesto operativo dei dispositivi, stabilire eventuali regole di validazione specifiche per il referto PoCT.

La maggior parte della pratica medica italiana si basa sull'esperienza ospedaliera, ma la recente epidemia pandemica di Sars-cov-2 ci ha costretti a ripensare all'uso del POCT in contesti esterni all'ospedale come cliniche locali, case di cura e strutture di assistenza primaria. Queste strutture saranno il prossimo importante campo di applicazione per questi strumenti indispensabili. Le reti di strumenti, professionisti e competenze dovrebbero essere attentamente adattate per soddisfare le esigenze locali e gli specifici contesti clinici.

## **Assistenza sanitaria in ottica gestione delle priorità cliniche, manageriali ed organizzative: La gestione della pandemia da Covid19**

*Emilia Uccello*

Il sistema istituzionale degli interventi assistenziali è articolato in più livelli di governo; affida l'erogazione delle prestazioni ad una molteplicità di soggetti pubblici e privati; prevede una pluralità di fonti di finanziamento; impone il coordinamento degli interventi assistenziali tra politiche sanitarie e politiche sociali.

Il Piano sanitario nazionale (PSN) è il principale strumento di programmazione sanitaria, attraverso cui, in un dato arco temporale, vengono definiti gli obiettivi da raggiungere attraverso l'individuazione di attività e di strategie strumentali alla realizzazione delle prestazioni istituzionali del SSN.

Con il Decreto Legislativo n. 229 del 19 giugno 1999, che ha previsto "l'aziendalizzazione" delle vecchie Unità Sanitarie Locali, si è passati da un sistema che prevedeva da parte delle UU.SS.LL. la rendicontazione dei costi sostenuti a "consuntivo", ad un altro sistema che prevede l'assegnazione ex ante di risorse alle AA.SS.LL. e l'obbligo di queste ultime di pareggiare i costi sostenuti con i ricavi conseguiti. Da qui, discende la necessità per le Aziende, di dotarsi di strumenti atti alla razionalizzazione dei costi, programmando la propria attività all'interno di un sistema di vincoli, quali, ad esempio, il budget assegnato e la valorizzazione delle prestazioni sanitarie erogate.

Con provvedimento Prot. Covid/0010656 del 3 marzo 2020 del Capo Dipartimento Protezione Civile, è stato proclamato lo stato di Emergenza Sanitaria, per l'attuazione delle attività di competenza regionale connesse alla pandemia da Covid-19 e al relativo stato di emergenza dichiarato con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 e successivamente prorogato, di volta in volta.

L'Istituto Fondazione G. Pascale non si è mai fermato durante l'emergen-

za ed è stato fortemente impegnato nel contenimento della diffusione del virus, oltre che con i laboratori per l'analisi dei tamponi (facendo ricorso anche all'Istituto Zooprofilattico della Campania) nonché con modalità di assistenza da remoto (laddove possibile) e di smart working per le attività amministrative e di supporto alla ricerca.

Lo sforzo di rilancio dell'Italia delineato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza si sviluppa intorno a tre assi strategici condivisi a livello europeo: digitalizzazione e innovazione, transizione ecologica, inclusione sociale.

Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale: le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale.

**TESI AREA TEMATICA**

**Governmento Clinico e risk management**

Tutor: Patrizia Cuccaro (2021-2022)

**Ruolo dell'infermiere per un paradigma contemporaneo di Clinical Governance: proposta di un Ambulatorio a Gestione Infermieristica e Laboratorio di Tele Assistenza (Progetto Agilità)**

*Fabio De Michino*

Infermiere U.O.C. Urologia - P.O. Ospedale del Mare di Napoli

**Ristorazione ospedaliera come strumento di prevenzione: aspetti organizzativi e gestionali**

*Maria D'amico*

Ricercatrice - IRCCS "G. Pascale"

**Sala operatoria ibrida per la chirurgia vascolare: utilizzo di un modello di simulazione per il decision making**

*Ilaria Ficarelli*

Dirigente Medico c/o U.O.C. Chirurgia Vascolare - A.O.R.N. "A. Cardarelli" di Napoli

**Fragilità sanitaria e complessità assistenziale in epoca pandemica e post-pandemica: management del paziente immunodepresso in ottica di Clinical Governance e Risk Management**

*Laura Mettievier*

Dirigente Medico Ematologo UOC Ematologia e Centro Trapianti  
AOU San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona - Salerno

**Analisi di fattibilità del Day Service per il diabete in età pediatrica in regione Campania**

*Filomena Pascarella*

Responsabile UOS di Endocrinologia Pediatrica - UOC di Pediatria  
AORN Sant'Anna e San Sebastiano, Caserta

**Time is Brain: strategie di Management del paziente con ictus ischemico acuto in una Stroke Unit di II livello**

*Giovanni Piccirillo*

Dirigente Medico di I livello della UOC di Neurologia  
AORN Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta

## **Ruolo dell'infermiere per un paradigma contemporaneo di Clinical Governance: proposta di un Ambulatorio a Gestione Infermieristica e Laboratorio di Tele Assistenza (Progetto Agilità)**

*Fabio De Michino*

L'assistenza ambulatoriale si colloca ad un livello assistenziale più basso di quella ospedaliera (ricovero), ciononostante, rappresenta oggi un setting di cura strategico sia nell'ottica di recupero di appropriatezza ed efficienza sia per la possibilità che oggi hanno i sistemi sanitari di effettuare procedure complesse in forme di assistenza diverse dal ricovero ospedaliero ordinario. Molto spesso, gli infermieri ricoprono negli ambulatori ruoli puramente esecutivi ed ausiliari senza una formazione e competenze specifiche. Mentre in altri paesi come la Gran Bretagna l'assistenza infermieristica ambulatoriale a gestione autonoma è ampiamente sviluppata, in Italia questo modello organizzativo è stato adottato solo negli ultimi anni da alcune regioni e diffuso prevalentemente in ambito territoriale, con scarse esperienze documentate in ambito ospedaliero. Lo scopo del presente lavoro è dunque quello di programmare, all'interno del P.O. Ospedale del Mare di Napoli, un ambulatorio a gestione infermieristica che offra continuità ai pazienti dimessi e supporto a distanza per i caregiver o professionisti che operano sul territorio. Agilità è l'acronimo di Ambulatorio a Gestione Infermieristica e Laboratorio di Tele Assistenza ed è un progetto che ha lo scopo di "velocizzare", snellire ed efficientare la qualità e la sicurezza del processo clinico. Partendo dalla situazione attuale si è cercato di analizzare lo scenario possibile per un'integrazione assistenziale che migliori la qualità percepita dell'utente da un lato e aumenti la soddisfazione degli infermieri dall'altro. Per la stesura del progetto, oltre alla ricerca bibliografica, si è utilizzato il metodo delle interviste agli infermieri ambulatoriali e delle unità operative per carpire le eventuali criticità burocratiche e assistenziali. Nella prima fase del progetto, si focalizzerà l'attenzione sui pazienti che afferiscono e vengono dimessi

dalle unità operative chirurgiche, con l’auspicio di dare il via ad una nuova realtà che decentri l’assistenza ospedaliera e che accenti le competenze infermieristiche per supportare una realtà sanitaria che chiede sempre più di essere “*agile*”.

## **Ristorazione ospedaliera come strumento di prevenzione: aspetti organizzativi e gestionali**

*Maria D'amico*

La ristorazione non può essere intesa come solo assunzione di cibo, ma nella sua connotazione più estesa e quindi nella sua complessità, dai fattori gastronomici a quelli psicologici. Ben chiaro deve essere la qualità del servizio. Divulgare i principi di sana alimentazione, in ambito ospedaliero, significa garantire salute e benessere dando maggiore attenzione alle esigenze dell'utenza e preservando la sostenibilità ambientale, sociale ed economica.

L'obesità rappresenta, allo stato attuale, un fattore di rischio importante per lo sviluppo di neoplasie quali il tumore della mammella, della prostata, del colon retto, dell'ovaio, dell'endometrio e del pancreas.

La diffusione di una sana alimentazione all'interno di un'azienda ospedaliera può essere pianificata con la creazione di un team di operatori deputati alla divulgazione dei principi da seguire.

Agli stessi può essere affidato il compito di pianificare una dieta sana ed equilibrata ed il compito di spiegare le caratteristiche nutrizionali delle ricette proposte. I servizi sanitari e i professionisti che vi operano possono assumere, pertanto, un ruolo importante nella comprensione delle relazioni che intercorrono tra alimentazione, attività fisica e salute.

Attraverso spazi di sensibilizzazione sia i pazienti che i familiari possono essere motivati e spinti a cambiare il proprio stile di vita. L'obiettivo sarà quello di diffondere la cultura della prevenzione a tavola. Mangiare sano, mantenere il giusto peso corporeo, fare attività fisica regolare evitando il consumo dannoso e rischioso di bevande alcoliche è stato dimostrato che riduce fino al 30% il rischio di ammalarsi di cancro. Prevenire, dunque, l'insorgenza delle malattie, assicurare una presa in carico dei pazienti a rischio, rallentare la progressione della malattia e soprattutto evitare il ricorso alle terapie farmacologiche. Come sottolineato in letteratura e

dalle ricerche nazionali e internazionali, in ambito sanitario c'è ancora una scarsa sensibilità nel considerare l'alimentazione come complemento della cura medica. Le mense aziendali, attraverso i propri menù e le proprie ricette, potrebbero diventare un canale attraverso cui realizzare veri e propri interventi di educazione alimentare. Appare chiaro inoltre che è necessario considerare la prevenzione delle malattie croniche un obiettivo comune come anche la riduzione del rischio di malattia diventa perseguibile solo con una programmazione a lungo termine. Per quanto ambizioso è difficile questa meta non è un'utopia.

## **Sala operatoria ibrida per la chirurgia vascolare: utilizzo di un modello di simulazione per il decision making**

*Ilaria Ficarelli*

Le patologie cardiovascolari rappresentano la causa di morte più frequente nei paesi industrializzati. Nelle ultime due decadi il trattamento endovascolare delle principali patologie vascolari si è diffuso come l'opzione di prima scelta.

La sala ibrida è un ambiente multifunzionale che combina in un unico "spazio" apparecchiature di diagnostica radiologica ad alta definizione con le infrastrutture e caratteristiche di sterilità proprie di una sala operatoria di Chirurgia convenzionale allo scopo di garantire il miglior rapporto tra invasività ed efficacia terapeutica.

Obiettivo di questo studio è analizzare il vantaggio relativamente agli aspetti clinici, strutturali, organizzativi ed economici correlato ad una sala operatoria ibrida per la Chirurgia Vascolare presso l'A.O.R.N. Cardarelli.

L'analisi decisionale è stata condotta secondo criteri multipli, ricorrendo al Core-Model di Eunet HTA al fine di esaminare in dettaglio tutte le dimensioni cliniche, organizzative, etiche, sociali ed economiche.

Lo studio di fattibilità non può prescindere da una analisi strutturale che assicuri la presenza di requisiti richiesti dai D.Lgs 229/99, DPR 37/97 e DGRC 7301/2011.

Relativamente agli aspetti clinici, sono stati considerati aspetti di sicurezza clinica per il paziente e l'operatore, valutando la dose di radiazione per il paziente e per lo staff (DR), il tempo di fluoroscopia (FT) e la dose di contrasto utilizzata. È stato usato come modello l'intervento di esclusione endovascolare degli aneurismi.

La valutazione degli impatti organizzativi ha considerato l'impatto sulla riduzione dei tempi operatori e sulle degenze medie.

Per l'analisi economica sono stati valutati i costi complessivi, quali quelli

delle apparecchiature, del personale, dei materiali di consumo e quelli del lavoro per adeguamento strutturale.

I rilievi tecnici hanno riportato la possibilità di predisporre una sala ibrida dopo adeguamento strutturale con ridefinizione dei percorsi.

L'analisi multivariata ha mostrato una riduzione della dose di radiazione (DR) per lo staff e per il paziente, una riduzione del volume medio di contrasto e dei tempi operatori.

Lo studio ha fornito indicazioni attendibili relative al vantaggio della sala ibrida, rilevando come la tecnologia risulterebbe migliorativa in termini di sicurezza ed efficacia per il personale medico e per il paziente, consentendo peraltro un uso più razionale della sala operatoria e una riduzione dei tempi di degenza, oltre a rappresentare un valore aggiunto per l'Azienda relativamente alla capacità attrattiva e alla complessità degli interventi che si possono eseguire.

## **Fragilità sanitaria e complessità assistenziale in epoca pandemica e post-pandemica: management del paziente immunodepresso in ottica di Clinical Governance e Risk Management**

*Laura Mettivier*

La prevenzione e il controllo delle infezioni (Infection prevention and control, IPC) è un approccio scientifico finalizzato a ridurre i rischi causati dalle infezioni per pazienti e operatori sanitari. L'infezione da Covid-19 ha rappresentato una emergenza sanitaria a livello mondiale e una sfida per il Sistema Sanitario Nazionale e Regionale in termini di riorganizzazione gestionale e delle cure. Le raccomandazioni e linee guida della Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e del Ministero della Salute a partire da Marzo 2020 (primo Lock-down) in Italia hanno avuto lo scopo di arginare prima e ridurre successivamente il rischio di trasmissione da Covid19. La U.O.C. di Ematologia e Trapianto di Cellule Staminali ha cercato quindi di definire in fase pandemica e post-pandemica nuovi percorsi logistici/organizzativi al fine di: 1) ridurre il rischio infettivologico dei pazienti in carico alla U.O.C e 2) mettere in atto tutte le strategie vaccinali e di profilassi con l'obiettivo di proseguire nella gestione clinica e terapeutica del paziente immunodepresso.

Gli accessi per i Ricoveri Ordinari (R.O.) e per il Day Hospital (D.H.) prevedevano per ciascun paziente un tampone molecolare di screening 24/48h prima dell'inizio del percorso diagnostico-terapeutico. Nell'ambito della riorganizzazione degli spazi della UOC veniva identificata una stanza all'ingresso del DH Ematologico definita "area filtro" ozonosanificata e ventilata costantemente dove venivano accolti i pazienti che al triage interno risultavano avere una sintomatologia sospetta, nonostante la negatività del tampone. I pazienti, muniti di Dispositivi di Protezione Individuale (DPI), erano sottoposti a prelievi e terapie da parte di personale infermieristico dedicato e munito di DPI secondo le normative nazionali e regionali vigenti. A partire dal 27 Dicembre 2020 e successivamente da

Febbraio 2022 è stato possibile inoltre avviare la popolazione alla vaccinazione anti-Covid e alla profilassi con anticorpi monoclonali. In questa seconda e terza fase di gestione infettivologica sono stati presi in considerazione un sottogruppo di pazienti definiti fragili per patologia (Linfomi Non Hodgkin e Linfomi Di Hodgkin) e tipologia di cura (immuno-chemioterapia): 101 pazienti, 48 femmine e 53 maschi con età mediana di 65 anni (range 18-91aa), tutti precedentemente vaccinati e sottoposti a profilassi Covid mediante iniezione di tixagevimab-cilgavimab. Di questi il 26 pazienti ha sviluppato l'infezione e 6 morivano di Covid.

Grazie alle descritte misure gestionali è stato possibile intercettare precocemente i pazienti infetti da Sars-Cov2. Il Covid 19 è stato ed è ancora oggi una sfida per la corretta gestione del rischio infettivologico nei pazienti onco-ematologici. Oltre a seguire le raccomandazioni generali, verosimilmente saranno necessarie misure preventive aggiuntive per cercare di ridurre il rischio infettivologico e quindi il rischio di mortalità in questa categoria di pazienti fragili che sono già ad elevato rischio.

## **Analisi di fattibilità del Day Service per il diabete in età pediatrica in regione Campania**

*Filomena Pascarella*

Il diabete mellito di tipo 1 (DM1) è la malattia endocrino-metabolica più frequente dell'età pediatrica. L'assistenza alle persone con diabete rappresenta uno dei principali problemi di organizzazione dei sistemi di tutela della salute, configurandosi come un paradigma del modello di assistenza alla cronicità. Nell'AORN Sant'Anna a San Sebastiano di Caserta i pazienti pediatrici affetti da DM1 sono seguiti presso la UOS di Endocrinologia e Pediatria afferente alla UOC di Pediatria. Sono in follow-up 140 pazienti di età compresa tra 15 mesi e 18 anni, il 60% di essi è ricoverato in regime di Day Hospital (DH), in particolare i pazienti che iniziano il percorso all'uso della tecnologia (impianto sensori e microinfusori), il restante 40% esegue gli esami ematici presso laboratori esterni e pratica visite ambulatoriali per controllo clinico, consulenza nutrizionale, psicologica, terapia educativa.

L'obiettivo di questo progetto è valutare la fattibilità di implementare un Percorso Ambulatoriale Complesso e Coordinato (PACC) nell'ambito di un Day Service (DS) Diabetologico Pediatrico presso la UOS di Endocrinologia Pediatrica dell'AORN Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta. L'istituzione del PACC ha la finalità di razionalizzare l'assistenza ospedaliera così da migliorare l'appropriatezza nell'uso dei servizi ospedalieri come richiesto dall'attuale normativa con l'obiettivo di trasformare tutti i ricoveri in regime di DH in PACC.

Il DS è un modello assistenziale, alternativo al DH, attuato in ambito ospedaliero che permette di affrontare problemi clinici di tipo diagnostico e terapeutico attraverso l'erogazione di prestazioni multiple integrate, per le quali non è richiesta la permanenza con osservazione prolungata del

paziente. È un modello per l'attività specialistica ambulatoriale che comporta l'attivazione in modo programmato di interventi articolati e interdisciplinari. Nell'ambito del DS vengono erogate prestazioni incluse in predefiniti PACC che sono costituiti da liste ragionate di prestazioni incluse nel nomenclatore regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, finalizzate a fornire risposta a quesiti diagnostici per specifiche patologie. Una importante peculiarità del PACC è la presa in carico complessiva del paziente da parte di un medico responsabile, il "case manager", il quale definisce l'insieme delle prestazioni da erogare nel rispetto dei principi di appropriatezza. Il DS presuppone: la presenza contemporanea nella struttura di più specialisti organizzata con servizi dedicati e interconnessi (multidisciplinarietà e multiprofessionalità dei professionisti coinvolti); la gestione unitaria del paziente da parte dello specialista che gestisce il caso clinico, registrazione dell'attività (scheda ambulatoriale) e redazione della documentazione clinica conclusiva; l'esplicitazione dei relativi protocolli diagnostico terapeutici; la formulazione della diagnosi e/o l'esecuzione della terapia con un numero limitato di accessi.

Riduzione dei ricoveri in DH non necessari come numero di accessi o come DGR e del tasso di ospedalizzazione; risparmio economico per il Servizio Sanitario Regionale (SSR). Semplificazione dell'accesso alle strutture ambulatoriali garantendo la continuità assistenziale per un determinato problema clinico; miglioramento della qualità nella pratica clinica e nell'appropriatezza nell'uso delle risorse.

## **Time is Brain: strategie di Management del paziente con ictus ischemico acuto in una Stroke Unit di II livello**

*Giovanni Piccirillo*

L'ictus, su scala mondiale, rappresenta la seconda più comune causa di disabilità e di mortalità: la sua incidenza, più alta nella popolazione ultra ottantenne, sta crescendo a causa dell'invecchiamento della popolazione. La prevenzione e la presa in carico precoce del paziente con ictus hanno favorito, soprattutto nei Paesi ad alto reddito, una riduzione del rischio di mortalità (pre-, intra- e post- ospedaliera), un impatto positivo nel campo della neuroriabilitazione e quindi sulla disabilità futura, determinando un sostanziale e favorevole impatto dell'ictus negli ultimi 30 anni anche in termini di spesa sanitaria.

Ciò premesso è evidente che ciascuna Azienda ospedaliera, deputata alla cura dell'ictus, sente ormai urgente il bisogno di rendere il percorso del paziente il più fluido e tempestivo possibile, efficiente sul piano economico e delle risorse umane impiegate e, al tempo stesso, in linea con gli standard, le linee guida correnti e soprattutto gli outcomes.

Nella regione Campania l'AORN Sant'Anna e San Sebastiano ha un ruolo di protagonista cruciale nella rete dell'ictus essendo, nella sola provincia di Caserta (che accoglie circa un milione di abitanti), una tra le due Stroke Unit di II livello (in particolare l'altra, l'Università degli Studi di Napoli Federico II, lo è solo per l'emorragia subaracnoidea).

La costituzione attiva della UOSD di neuroradiologia interventistica nel 2021 ha segnato, di fatto, il cambio di passo della Azienda e l'upgrade necessario a trattare anche gli ictus più gravi come ad esempio quelli legati ad occlusione dei grossi vasi arteriosi intra ed extra-cranici.

Al fine di migliorarne ulteriormente le performance nel presente lavoro si è deciso, come primo step, di analizzare l'intero percorso intra-ospedaliero del paziente con ictus ischemico e, per meglio farlo, di scinderlo in tre diverse fasi in successione e congiunte tra loro, creando una road map ad

hoc: per ciascuna fase è stato necessario analizzare i tempi e ciò ha reso necessario la compilazione di un complesso e dettagliato database con i dati e soprattutto i tempi di ogni procedura eseguita negli anni 2021-2022. Questa strategia ha consentito di confrontare i tempi del percorso intraospedaliero dell'AORN casertana con quelli delle altre Strutture nazionali ed internazionali, di capire dove e quali modifiche apportare al percorso ictus interno per renderlo più efficace nella gestione dei pazienti da trattare: allo stesso tempo si sono rese fruibili le raccomandazioni delle linee guida Nazionali e si sono poste le basi per monitorare in futuro le procedure di rivascularizzazione e gli Outcomes.

**TESI AREA TEMATICA**

**Procedure gestionali innovative: HTA, Telemedicina,  
quality assessment**

Tutor Eugenio Maria Covelli (2021-2022)

**Applicazione della Intelligenza Artificiale in Telemedicina: Wearables for Health nel monitoraggio a distanza**

*Gaetano Castellano*

Direttore UOC anestesia, terapia intensiva e medicina del dolore Gemelli Molise hospital  
Campobasso

**Sanità Digitale: il progetto pilota dell'A.O.R.N. "A. Cardarelli" di Napoli sulla dematerializzazione e conservazione sostitutiva delle cartelle cliniche**

*Francesca D'Isa*

Funzionario Amministrativo  
Direzione Generale - A.O.R.N. "A. Cardarelli" di Napoli

**Edilizia sanitaria: nuovi criteri progettuali nell'ottica della flessibilità nell'era post pandemia**

*Geremia Vincenzo De Capua*

Collaboratore tecnico Ingegnere - A.O.R.N. "Antonio Cardarelli"

**Nuove frontiere della Telemedicina in area cardiovascolare per la presa in carico, la personalizzazione e gestione dei piani di cura dei pazienti: analisi ed estensione del Referral Network in Molise**

*Mario Melchionna*

Dirigente Sanitario Farmacista; Direttore U.O.C. Farmacia Ospedaliera, Direzione Generale-Direttore Operativo, Organizzativo e Sviluppo; Responsible Research Hospital (già Gemelli Molise spa) Campobasso

**Percorso Day Surgery nella Chirurgia Oftalmica di alta complessità**

*Valerio Piccirillo*

Dirigente medico I livello - UOSD Oculistica - AORN Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta

**Informatizzazione Vs automazione nel Laboratorio di Patologia Clinica: la cultura digitale a servizio del cambiamento organizzativo**

*Aniello Rainone*

Dirigente Biologo - UOC Patologia Clinica - Ospedale Santa Maria delle Grazie, Pozzuoli

**Attuazione del piano di recupero delle prestazioni di RMN della UOC di Neuroradiologia dell'AORN Santobono-Pausilipon in applicazione del Piano Operativo della Regione Campania per il recupero delle Liste di Attesa**

*Camilla Russo*

Dirigente Medico - UOC Neuroradiologia - AORN Santobono-Pausilipon, Napoli

## **Applicazione della Intelligenza Artificiale in Telemedicina: Wearables for Health nel monitoraggio a distanza**

*Gaetano Castellano*

Il progetto propone l'implementazione di un reparto virtuale di assistenza domiciliare innovativo per i pazienti di cardiocirurgia. Utilizzando tecnologie all'avanguardia come l'intelligenza artificiale, l'analisi dei big data, il teleconsulto e un assistente virtuale, miriamo a migliorare la cura e il recupero post-operatorio per questi pazienti.

La piattaforma digitale sviluppata sarà il cuore del reparto virtuale, consentendo la raccolta accurata dei dati clinici e dei parametri vitali. L'IA e l'analisi del big data saranno applicati per supportare le decisioni mediche, monitorare il progresso del paziente e rilevare eventuali segnali di peggioramento, permettendo interventi tempestivi. Un'importante caratteristica del progetto sarà l'assistente virtuale, che utilizzerà tecnologie di riconoscimento vocale e di elaborazione del linguaggio naturale per interagire con i pazienti. L'assistente virtuale fornirà informazioni sulla loro salute, suggerimenti personalizzati e supporto emotivo durante il recupero.

Il teleconsulto consentirà ai pazienti di comunicare con il personale medico specializzato, eliminando la necessità di spostamenti. Grazie all'assistenza dell'assistente virtuale, i pazienti potranno effettuare visite, discutere dei loro sintomi e ricevere consulenze mediche personalizzate, aumentando l'accessibilità alle cure specialistiche e riducendo i costi e i tempi.

La formazione per i caregivers che assistono i pazienti sarà un aspetto fondamentale del progetto. Moduli di formazione online copriranno una vasta gamma di argomenti, fornendo un supporto completo e di alta qualità. L'utilizzo dei big data permetterà l'analisi di trend di salute specifici, l'identificazione di fattori di rischio e lo sviluppo di modelli predittivi per il monitoraggio post-operatorio. Questi dati aggregati e anonimizzati saranno utilizzati per la ricerca scientifica e l'identificazione di nuovi approcci terapeutici.

In conclusione, il progetto proposto offre un approccio innovativo e personalizzato all'assistenza domiciliare per i pazienti di cardiocirurgia, integrando tecnologie avanzate, formazione specifica e supporto virtuale. L'obiettivo è migliorare il recupero, l'accessibilità alle cure specialistiche e la qualità della vita dei pazienti di cardiocirurgia.

## **Sanità Digitale: il progetto pilota dell’A.O.R.N. “A. Cardarelli” di Napoli sulla dematerializzazione e conservazione sostitutiva delle cartelle cliniche**

*Francesca D’Isa*

La digitalizzazione del settore pubblico è uno degli effetti del processo di diffusione delle tecnologie digitali in tutti i settori di vita.

L’elaborato focalizza l’attenzione sul settore della Sanità e l’impatto che l’innovazione digitale ha ed ha avuto su di esso, anche alla luce dei cambiamenti avvenuti a seguito dell’emergenza sanitaria. La pandemia, infatti, ha fatto emergere le numerose problematiche legate alle modalità di fruizione dei servizi e la necessità di accelerare la Digital Health. Sono notevolmente incrementati gli investimenti in ICT nella Sanità italiana soprattutto sui servizi sanitari e documenti (Cartella Clinica elettronica, Ricetta dematerializzata, telemedicina) e sul Fascicolo Sanitario Elettronico. La tesi illustra il progetto pilota in sperimentazione presso l’AORN A. Cardarelli di Napoli di dematerializzazione e conservazione sostitutiva delle cartelle cliniche, attraverso una complessa procedura di processo volta ad attestare che i documenti informatici, oggetto di dematerializzazione, abbiano contenuto e forma identici a quelli analogici da cui sono tratti.

La certificazione di processo, attuata secondo linee guida AGID, è tale da garantire la conformità della copia all’originale senza ricorrere al tradizionale metodo di raffronto dell’originale con la copia. L’attendibilità del risultato è connessa alla correttezza del relativo processo che dovrà caratterizzarsi, dal punto di vista oggettivo, per l’utilizzo di strumenti tecnologici e procedure dettagliatamente definite e, dal punto di vista soggettivo, per la presenza di un Pubblico Ufficiale che attesti l’efficacia probatoria del processo medesimo.

La fase di sperimentazione del processo, descritta nel progetto pilota esecutivo, riguarda un campione limitato di documenti pari a 20.000 cartelle cliniche e consentirà, tra l’altro, la definizione di uno studio di fattibilità

tecnico-economico relativo alla successiva fase di digitalizzazione massiva. Vengono, quindi, illustrate le finalità del progetto volto a garantire, per un verso, un considerevole risparmio economico per l'Azienda e, per altro verso, la valorizzazione del patrimonio documentale dal punto di vista storico-culturale.

Il processo di digitalizzazione massiva, finalizzata alla conservazione sostitutiva, consentirà, infatti, di valorizzare notevolmente tale patrimonio, portando alla luce documenti di particolare rilevanza sia da un punto di vista storico, (ad esempio consentendo la ricostruzione di eventi della vita di grandi personaggi, all'epoca del documento ancora anonimi) sia da un punto di vista epidemiologico, per studi e ricostruzioni di carattere storico-sanitari e per analisi statistiche su episodi epidemiologici di un determinato periodo storico. Tale attività presenta un ulteriore, e non trascurabile, beneficio quello di consentire la riduzione del rischio di perdita dei documenti, inevitabilmente legata alla gestione del cartaceo, connessa a eventi avversi quali, per esempio, incendi, allagamenti, ecc. in quanto il documento digitale, a differenza di quello cartaceo, può essere protetto attraverso sistemi di replica e backup.

## **Edilizia sanitaria: nuovi criteri progettuali nell’ottica della flessibilità nell’era post pandemia**

*Geremia Vincenzo De Capua*

Storicamente il “bene salute” si associa da sempre ai “luoghi della salute”. Questi ultimi, pertanto, costituiscono una testimonianza delle diverse istanze epocali e dei diversi modelli sociali, politici ed economici che si sono susseguiti. Ora come allora, l’architettura ospedaliera rispecchia e contestualmente rappresenta le diverse risposte date ai problemi sanitari emergenti e all’evoluzione del concetto di *bisogno di salute*.

Ad oggi, inoltre, l’ospedale ricopre anche le funzioni di ricerca scientifica e di formazione, quindi, progettare l’edilizia ospedaliera impone molta attenzione all’evoluzione dei processi scientifici, sociali ed economici, in quanto occorre anticipare i segni del cambiamento con la consapevolezza che la rapidità dei processi evolutivi comporta il superamento di ogni definizione in tempi relativamente brevi. Per tale motivo, sulla scia delle problematiche emerse nel corso della pandemia da Covid-19 e nonostante i numerosi vincoli normativi che regolano l’edilizia ospedaliera, troviamo tra i primi obiettivi qualitativi la flessibilità:

1. flessibilità degli spazi per superare i vincoli distributivi e permettere l’adattamento a future mutazioni d’uso e/o di espansione;
2. flessibilità impiantistica per favorire adeguamenti funzionali, l’inserimento di nuove dotazioni e l’ampliamento o il trasferimento di attività.

Il lavoro ha lo scopo infatti di calare all’interno dell’Azienda Ospedaliera “Antonio Cardarelli” di Napoli un progetto di un “reparto flessibile” ovvero un reparto di 16 posti letto di degenza ordinaria convertibile in 16 posti letto di terapia sub-intensiva ovvero in 8 posti letto di terapia intensiva. La realizzazione di tale opera rientra nell’ambito della DGRC 378/2020 concernente il “Piano di riorganizzazione/potenziamento delle attività di ricovero in regime di Terapia Intensiva e in aree di assistenza

ad alta intensità di cure della Regione Campania”, istituito in seguito alla pandemia da Covid-19. In tale reparto la flessibilità dell’edificio ospedaliero, quindi, costituisce un elemento basilare di qualità per permettere al complesso ospedaliero di adeguarsi prontamente alle rapide trasformazioni ed evoluzioni del settore e di mantenere a lungo un’identità aggiornata ed efficiente.

## **Nuove frontiere della Telemedicina in area cardiovascolare per la presa in carico, la personalizzazione e gestione dei piani di cura dei pazienti: analisi ed estensione del Referral Network in Molise**

*Mario Melchionna*

MoliseCTE è un progetto innovativo che mira a promuovere lo sviluppo tecnologico e migliorare la salute e il benessere dei cittadini nel Molise. Situata a Campobasso, la Casa delle Tecnologie Emergenti (CTE) rappresenta un hub per l'innovazione nel settore della salute, del wellness e del wellbeing. Il progetto si concentra sull'utilizzo delle tecnologie emergenti per affrontare le sfide sanitarie della regione, attraverso l'open innovation, startup building e l'accelerazione delle imprese locali. L'obiettivo principale è quello di favorire la nascita e lo sviluppo di soluzioni innovative per migliorare lo stile di vita, l'alimentazione e la salute della popolazione. La telemedicina rappresenta un aspetto fondamentale del progetto, consentendo un accesso equo alle cure per i pazienti cardiovascolari e garantendo la continuità dell'assistenza sanitaria. Il Gemelli Molise, un ospedale coinvolto nel progetto, fornirà servizi di telemedicina come la Televisita, teleconferenza sanitaria e i servizi digitalizzati per la gestione dei pazienti. Il progetto si basa sulle linee guida nazionali sulla telemedicina, assicurando il rispetto delle norme deontologiche e della protezione dei dati personali. La durata del progetto è di due anni e coinvolge diversi partner, il Comune capofila, università, enti di ricerca, imprese e start-up nel settore della salute e dell'innovazione tecnologica.

L'obiettivo finale è migliorare la qualità dei servizi sanitari offerti, ottimizzare le risorse e implementare una rete assistenziale territoriale nel contesto peculiare del Molise. Attraverso l'analisi dell'organizzazione ambulatoriale e dei processi di referring interni al dipartimento cardiovascolare dell'ospedale, il progetto mira a creare percorsi cardiovascolari ottimizzati. MolisCTE rappresenta un'opportunità per il Molise di diventare un polo di eccellenza nell'innovazione tecnologica in

ambito sanitario. Promuovendo l'utilizzo delle tecnologie abilitanti, il progetto mira a trasformare la regione in un luogo in cui la salute e il benessere dei cittadini sono prioritari, contribuendo a migliorare la qualità della vita e l'accessibilità alle cure mediche.

## **Il percorso Day Surgery nella chirurgia Oftalmica di alta complessità**

*Valerio Piccirillo*

Il termine Day Surgery si riferisce alla “chirurgia di un giorno”, ovvero procedure chirurgiche, diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, o con eventuale pernottamento, in anestesia locale, loco-regionale o generale. Ciò consente un precoce ritorno al proprio ambiente familiare, riducendo al minimo il disagio generato dall’ospedalizzazione. Nella nostra esperienza presso la UOSD di Oculistica della Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale ed Alta Specialità di Caserta, dal Dicembre 2018 al Dicembre 2022, il percorso day surgery è stato impiegato nella gestione di oltre il 95% delle patologie oftalmiche di alta complessità. Scopo del nostro lavoro è stato valutare la efficacia e la sicurezza di tale percorso assistenziale nella chirurgia vitreoretinica e retinica rispetto al ricovero ordinario in termini di complicanze sia precoci che tardive post operatorie. Il ricorso al setting della day surgery per il trattamento chirurgico delle patologie oftalmiche di alta complessità non è risultato gravato da complicanze a breve e lungo termine significative; esso pertanto rappresenta, per la maggioranza dei casi da trattare, un percorso efficace ed efficiente che consente di ottimizzare le risorse, riducendo la permanenza ospedaliera del paziente, senza modificare il profilo di sicurezza della assistenza stessa. Per i casi trattati, tale regime assistenziale non ha prodotto risultati differenti da quelli attesi in confronto ai dati riportati in letteratura.

## **Informatizzazione Vs automazione nel Laboratorio di Patologia Clinica: la cultura digitale a servizio del cambiamento organizzativo**

*Aniello Rainone*

L'automazione è fin dal diciannovesimo secolo la sostituzione del corpo umano con macchine che eseguono gli stessi processi con più continuità e controllo. La tecnologia dell'informazione genera trasparenza sui processi amministrativi e produttivi con cui un'organizzazione compie il proprio lavoro e modifica le tradizionali logiche dell'automazione. La presente proposta progettuale si cala in un percorso di innovazione digitale e razionalizzazione delle risorse a supporto del servizio di Laboratorio per rispondere ai bisogni di sostenibilità e performance richieste dalle strutture in ottica di costituzione di un Laboratorio digitalizzato. La progettazione è stata elaborata non per perseguire un'innovazione tecnologica fine a sé stessa, quanto per ottenere, attraverso la trasformazione digitale, benefici concreti per il servizio di Laboratorio e, più in generale, per l'Azienda Sanitaria. L'ideazione e i contenuti del progetto sono stati individuati partendo dalle indicazioni che il servizio di Laboratorio ha espresso. I servizi di Medicina di Laboratorio sono essenziali per la cura dei pazienti e devono, quindi, essere in grado di soddisfare i bisogni di tutti i pazienti stessi e del personale clinico responsabile delle cure. Tali servizi comprendono la formulazione delle richieste, la preparazione, l'identificazione dei pazienti, la raccolta dei campioni, il trasporto, la conservazione, la manipolazione e l'analisi, accanto alla validazione, all'interpretazione e alla refertazione degli stessi e in aggiunta alle considerazioni sulla sicurezza e sull'etica dei processi caratteristici del Laboratorio.

È importante valutare attentamente le esigenze specifiche del laboratorio di analisi e identificare le aree in cui la digitalizzazione può apportare il maggior valore aggiunto. La pianificazione, l'implementazione e la formazione adeguata del personale sono fondamentali per una transizione

di successo verso un laboratorio di analisi digitalizzato.

La strategia per la digitalizzazione si avvale di diversi strumenti chiave:

1. lo sviluppo dell'Information Technology (IT);
2. l'automazione dei processi;
3. gestione dei campioni;
4. archiviazione e gestione dati;
5. integrazione dei sistemi;
6. monitoraggio e analisi dei dati;
7. sicurezza e conformità normativa.

## **Attuazione del piano di recupero delle prestazioni di RMN della UOC di Neuroradiologia dell’AORN Santobono-Pausilipon in applicazione del Piano Operativo della Regione Campania per il recupero delle Liste di Attesa**

*Camilla Russo*

Nel 2019 il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome hanno rinnovato il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa a validità per il triennio 2019-2021, fortemente orientato a definire percorsi condivisi per il governo delle liste di attesa, con lo scopo di garantire un equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari tramite l’applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, rispetto delle classi di priorità e trasparenza. Con le delibere n.543/2020 e n.620/2020 e le loro successive rimodulazioni, la Giunta Regionale della Regione Campania ha recepito il Piano Nazionale e ha tradotto tale recepimento nel Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa, i cui cardini principali possono essere così brevemente riassunti: (a) ricorso a prestazioni sanitarie aggiuntive; (b) assunzione semplificata di personale a tempo determinato; (c) coinvolgimento dei medici iscritti a ultimo o penultimo anno dei corsi di formazione specialistica nell’espletamento delle attività assistenziali presso Aziende ed Enti del SSN; (d) individuazione dei sistemi di incentivazione del personale assunto; (e) incremento dell’orario di apertura di ambulatori, diagnostiche e sale operatorie prevedendo attività h8-20, compresi sabato e domenica; (f) coinvolgimento ed incremento orario del personale amministrativo per la gestione delle chiamate attive per le procedure di screening; (g) monitoraggio della performance delle prestazioni sentinella. Con Delibera del Direttore Generale n.551/2021 e n.356/2022, l’AORN Santobono-Pausilipon ha dunque adottato e reso esecutive le suddette delibere regionali tramite l’adozione del nuovo Piano Attuativo Aziendale. Tra le criticità individuate a livello aziendale, figurava una “*condizione di allarme (...) in seguito all’aumentata richiesta di esami RM di pertinenza Neuroradiologica (...) con allungamento dei tempi di attesa per ottenere la prestazione*”. L’AORN ha conseguentemente definito azioni correttive

per lo smaltimento degli esami RM di Neuroradiologia con una proposta applicativa (prot. n.24380 del 09/12/2021) che prevedeva il recupero di n.500 prestazioni RM mediante svolgimento di n.3 sedute settimanali aggiuntive nelle giornate di sabato e domenica, con coinvolgimento di diverse Unità Operative e presenza in sede di figure professionali in servizio dedicato. Tali interventi di natura organizzativa sono stati volti a garantire la continuità diagnostico-assistenziale mediante azioni di riorganizzazione dei DH, gestione e reformatizzazione delle agende di prenotazione, redistribuzione delle attività mediante reclutamento di nuovo personale e di nuove fasce orarie di lavoro nel fine settimana, definizione di modulistica condivisa, e monitoraggio periodico delle performances con valutazione degli obiettivi raggiunti. Nel periodo 2021-2022 oggetto della valutazione, questi provvedimenti hanno consentito di aumentare il numero di indagini strumentali erogate e garantire un costante smaltimento delle prestazioni RM da recuperare, con una variazione media nel 2022 rispetto all'anno di riferimento precedente di +50 pazienti acquisiti/mese (corrispondente in variazione percentuale a +248% di esami RM praticati durante il fine settimana presso la UOC di Neuroradiologia); complessivamente nel corso del 2022 sono stati dunque recuperati gli esami RM di oltre 500 piccoli pazienti, per un totale di oltre 650 prestazioni singole tra studi del distretto intracranico e vertebro-midollare.

**TESI AREA TEMATICA**

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

Tutor: Grazia Formisano, Laura Leoncini (2021-2022)

**Comparazione tra tecniche di Ovariectomia nel cane: Laparoscopia Versus  
Laparotomia tradizionale - aspetti gestionali ed impatto sulla popolazione  
canina vagante**

*Luigi Bruno*

Dirigente Veterinario ASL NA3SUD - Dipartimento Prevenzione - UOC Randagismo

**Brucellosi bufalina: Change Management Applicato al nuovo piano di  
Eradicazione Regionale**

*Nicola Costanzo*

Dirigente Medico Veterinario UOC Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche  
Dipartimento di Prevenzione ASL Napoli 2 Nord

**La presa in carico del paziente con Esordio Psicotico: un modello innovativo di PDTA  
aziendale**

*Giacomo Goglia*

Dirigente medico psichiatra, contratto a tempo indeterminato UOSM 19-20 S.Cipriano D'Aversa,  
DSM Caserta

**Progetto Riabilitativo Individuale INAIL dalla presa in carico al  
reinserimento lavorativo**

*Fabio La Cerra*

Dirigente Medico I Livello INAIL - Sede provinciale di Isernia (IS)

**PA digitale e sfide del PNRR: l'INAIL propone il  
Digital Workplace come processo di change management**

*Debora Leone*

Dirigente medico I livello Centro Medico Legale INAIL - sede territoriale di Benevento

**Analisi sul processo di razionalizzazione della prescrizione del principio attivo biotecnologico enoxaparina nel territorio dell'Asl Caserta nel triennio 2020-2022: studio di farmacoutilizzazione**

*Maddalena Panico*

Dirigente Farmacista - ASL Caserta

**Autoritenzione del rischio: fondo o affondo della gestione assicurativa? Prevenire ed intercettare il contenzioso aziendale: metodi e sistemi della gestione della responsabilità civile all'interno delle aziende sanitarie del SSR**

*Simone Paolino*

Responsabile "Settore Assicurativo" UOC Affari Legali - AORN "Ospedali dei Colli"

**Screening e prevenzione secondaria nella medicina territoriale: esperienza delle farmacie della ASL NA 2 Nord**

*Nicola Tartarone*

Farmacista volontario - Dipartimento Farmaceutico - ASL Napoli 2 Nord

## **Comparazione tra tecniche di Ovariectomia nel cane: Laparoscopia Versus Laparotomia tradizionale - aspetti gestionali ed impatto sulla popolazione canina vagante**

*Luigi Bruno*

La gestione della popolazione canina vagante prevede un approccio multifattoriale il cui scopo è quello di migliorare la salute e il benessere degli animali vaganti sul territorio riducendo i problemi che essi causano alla Salute Pubblica e all'Igiene Urbana. Inoltre ha anche come obiettivo ridurre le dimensioni e il turnover della popolazione di cani. In Italia il controllo del randagismo è affidato ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali, specificatamente ai Servizi Veterinari territoriali. Uno dei principali strumenti di controllo e gestione della popolazione canina vaganti è rappresentato dalla sterilizzazione chirurgica (ovaristerectomia, ovariectomia, orchietomia). L'ovariectomia (LapOVE) e l'ovaristerectomia (LapOVH) laparoscopica sono sicuramente le procedure di chirurgia mini-invasiva veterinaria maggiormente praticate e attualmente queste procedure possono essere applicate sia in gatti che in cani di ogni taglia. In Sanità Pubblica l'applicazione delle tecniche di sterilizzazione laparoscopica in luogo di quelle tradizionali laparotomiche ha ancora molti aspetti gestionali ed economici da studiare e meglio chiarire. In questo contesto si inserisce perfettamente il progetto, ancora in essere, proposto dal C.R.I.U.V. della Regione Campania che ha come obiettivo confrontare in maniera prospettica la tecnica laparoscopica in corso di intervento di sterilizzazione in cani randagi della Regione Campania con quella laparotomica, valutando le complicità intra e postoperatorie, il dolore postoperatorio, i tempi di ospedalizzazione con riduzione dei costi dei farmaci utilizzati nel periodo immediatamente successivo alla chirurgia, la riduzione dei fenomeni di antibiotico-resistenza grazie al non utilizzo di antimicrobici. Nell'esperienza della ASL Napoli 3 sud la tecnica di laparoscopia è praticata dal 2018 e nel periodo che va dal 2018 al 2022 è stata eseguita 464 volte su un totale di 2888 interventi di sterilizzazione chirur-

gica. Allo stato attuale la percentuale di interventi di LapOVE/LapOVH è del 26% circa rispetto alle sole chirurgie su femmine. La volontà della Dirigenza Veterinaria della ASL NA3Sud è quella di investire sempre di più in tecniche laparoscopiche poiché ciò avrebbe numerosi vantaggi quali l'esecuzione di procedure più veloci e la riduzione drastica dell'utilizzo di antibiotici. L'obiettivo resta quello di evitarne l'uso e sicuramente gli accessi chirurgici millimetrici di tali tecniche semplificano notevolmente questo cambiamento. Inoltre si eviterebbe l'utilizzo di farmaci oppioidi se si abbina la tecnica ad anestesia locoregionale. Altro vantaggio è quello di avere ospedalizzazioni routinarie da brevi a assenti anche per riduzione delle complicazioni. Inoltre con questa tecnica si annulla l'utilizzo di fili di sutura intraddominali e si riduce l'utilizzo di ferri chirurgici. Tutto ciò inciderebbe in maniera vantaggiosa sui costi totali di gestione.

Le possibili criticità invece sono: costi più elevati in prima fase; curva di apprendimento più lunga per i chirurghi; utilizzo di strumenti non preventivati in sterilizzazioni open come ad esempio l'ecografo per escludere gravidanza o patologie uterine/ovariche che potrebbero rendere non candidabile alla laparoscopia il paziente o il ventilatore meccanico per il corretto mantenimento dell'anestesia.

## **Brucellosi Bufalina: Change Management Applicato al nuovo piano di Eradicazione Regionale**

*Nicola Costanzo*

La Brucellosi rappresenta ancora oggi una delle maggiori problematiche nell'allevamento bufalino in Campania sia per le ripercussioni di salute pubblica sia per l'impatto socio economico. Recentemente è stato approvato un nuovo piano di eradicazione che ha come obiettivo a breve termine una diminuzione sensibile della prevalenza e come obiettivo a lungo termine la sua completa eradicazione. A tal fine il piano impone misure organizzative e strutturali agli operatori zootecnici con la necessità di investimenti a volte ingenti. Compito del servizio veterinario di Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche è il controllo del rispetto dei dettami del nuovo corso normativo e del mantenimento di questi standard. Ciò si scontra con le esigenze e la volontà degli allevatori che ritengono le misure molto stringenti e punitive oltre che onerose da un punto di vista economico. Oggetto del presente lavoro di tesi è stato quello di valutare l'applicazione del Change Management al controllo delle realtà zootecniche impegnate nel rispetto delle nuove norme e di ridurre quanto più possibile l'irrogazione di sanzioni. L'approccio proposto in questo lavoro di tesi è risultato utile al perseguimento degli obiettivi fissati in termini di adeguamento delle strutture zootecniche presenti sul territorio della ASL Napoli 2 Nord alla nuova normativa in tema di eradicazione di alcune malattie infettive tra cui la brucellosi. Risulta altresì evidente come alcune realtà abbiano mostrato difficoltà ad adeguarsi nonostante un approccio proattivo degli organi di controllo e le continue sollecitazioni fatte, anche in via non ufficiale, agli operatori. Per questi, purtroppo, non c'è stata altra alternativa alla sanzione, che, utilizzata spesso come deterrente, in questa fase non ha sortito effetti soprattutto perché l'ammontare della sanzione risulta di gran lunga inferiore alle risorse economiche necessarie all'adeguamento delle aziende. Va però sottolineato come, laddove le condizioni

lo permettevano in termini di economici e di livello di istruzione degli operatori, l'approccio proposto ha spronato gli operatori a raggiungere livelli superiori agli standard imposti dalle norme. Ciò è risultato possibile solo coinvolgendo gli operatori in un processo di crescita personale ed aziendale: Gli esseri umani accettano il cambiamento e trovano motivazione seguendo pattern ben precisi ed in gran parte prevedibili ma la prospettiva di acquisire nuove abilità, conoscenze o esperienze può motivare le persone a cercare il cambiamento come opportunità di apprendimento e crescita personale.

## **La presa in carico del paziente con Esordio Psicotico: un modello innovativo di PDTA aziendale**

*Giacomo Goglia*

I disturbi psicotici sono considerati fra i disturbi psichiatrici più gravi per la complessità della gestione terapeutica, per la disabilità che ne può conseguire, per lo stigma che colpisce chi ne è affetto, per le difficoltà e il costo che pongono alle famiglie dei pazienti e ai servizi.

L'età media di comparsa del disturbo è compresa tra i 15 ed i 35 anni.

L'evoluzione e gli esiti finali della malattia psicotica sono in larga parte condizionati dalla tempestività e dalla qualità degli interventi terapeutici offerti nelle fasi precoci del disturbo.

Il presente progetto si pone come principali obiettivi:

- identificazione precoce di pazienti con disturbi psichici gravi e dei soggetti a rischio di psicosi in una visione preventiva integrata con i servizi MMG, NPIA, Ser.D, gli Ambiti Territoriali e le Agenzie Sociali;
- riduzione della durata di psicosi non trattata (DUP: tempo intercorrente tra comparsa dei sintomi/esordio e presa in carico integrata da parte dei servizi territoriali) finalizzata al raggiungimento di una recovery clinica, personale e sociale più ampia possibile;
- implementazione delle competenze dei professionisti della salute mentale, per il riconoscimento e il trattamento precoce delle psicosi all'esordio e dei soggetti ad alto rischio
- miglioramento della qualità delle cure tramite un percorso di cura specifico, condiviso e coerente con le raccomandazioni nazionali ed internazionali, al fine di erogare interventi specifici e appropriati, basati su evidenze scientifiche;

- riduzione dello stigma personale e sociale associato alla malattia e facilitazione dell'inclusione sociale in soggetti con psicosi all'esordio o ad alto rischio;
- formazione a tecniche di intervento specifiche per famiglie di pazienti con esordio psicotico;
- elaborazione e raccolta di dati inerenti al progetto esordi al fine di effettuare un monitoraggio e una valutazione di esiti nel tempo.

Il percorso aziendale si articola in 3 fasi (Flowchart aziendale):

1. Accesso/fase di screening (test CVEP)
2. Valutazione psichiatrica/NPIA, stratificazione del rischio (CAARMS)
3. Presa in carico, definizione del percorso di cura e trattamento

## TRATTAMENTO

Una volta preso in carico l'utente, l'equipe dedicata andrà a strutturare l'intervento multidisciplinare più appropriato sia di tipo farmacologico che di tipo psicosociale.

I tipi di interventi sono:

- a) Intervento farmacologico
- b) Incontri psicoterapeutici individuali
- c) Interventi psicoeducativi individuali e familiari
- d) Attività finalizzate alla riabilitazione e alla recovery
- e) Monitoraggio e promozione della salute fisica

## **Progetto Riabilitativo Individuale INAIL dalla presa in carico al reinserimento lavorativo**

*Fabio La Cerra*

Con le Linee Guida sulla Riabilitazione INAIL del 1998 si è tentato di porre ordine nel settore della Riabilitazione, attraverso la definizione di una strategia riabilitativa.

Con la circolare INAIL n. 7 del 28 gennaio 2022 sono definite le modalità applicative e l'articolazione dei flussi procedurali relative al nuovo Regolamento INAIL Nazionale per l'erogazione degli interventi per il recupero funzionale della persona, per l'autonomia e per il reinserimento nella vita di relazione, approvato con delibera del Consiglio di amministrazione n. 404 del 14 dicembre 2021. Nasce, così, il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) INAIL come il punto di partenza per i percorsi riabilitativi dedicati. In questa prospettiva, l'approccio globale alla gestione dei servizi sanitari, garantito dal Governo Clinico attraverso la responsabilizzazione dei diversi professionisti, costituisce un tema determinante nello sviluppo ulteriore di queste attività. Il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) rappresenta lo strumento specifico, sintetico ed organico, unico per ciascuna persona, definito dal medico specialista in riabilitazione in condivisione con gli altri professionisti coinvolti facenti parte dell'Equipe Multidisciplinare riabilitativa.

Tale gruppo di lavoro, l'Equipe Multidisciplinare, comporta numerosi vantaggi, ma anche punti di criticità o debolezza che vanno sempre attentamente monitorati, adeguati e corretti a seconda delle situazioni.

## **PA digitale e sfide del PNRR: l'INAIL propone il Digital Workplace come processo di change management**

*Debora Leone*

Il PNRR è il piano con cui il Governo italiano intende gestire i fondi del Next Generation introdotto dall'Unione Europea per risanare le perdite causate dalla pandemia. Gli investimenti riguardano vari campi e settori attraverso lo sviluppo di 6 mission: la 1 Mission riguarda l'innovazione e la sicurezza della PA attraverso un processo di digitalizzazione che possa modernizzare il paese e rendere le PA più semplici. In tale contesto l'Inail assume un ruolo centrale nel sistema del welfare digitale italiano partendo da un graduale processo di cambiamento e trasformazione organizzativo-tecnologico iniziato prima del periodo pandemico. Poi, con la pandemia la transizione digitale è diventata un'opportunità tangibile.

Su tali basi la trasformazione si è realizzata in una *vision* in cui gli obiettivi organizzativi, economici e gestionali sono stati calati in *un'ottica agile* tramite piattaforme di Digital Workplace (DW), tale da rendere possibile la continuità e l'ottimizzazione dell'erogazione dei servizi. La trasformazione intesa e realizzata come processo di change management sia della componente tecnologica che di quella umana. Infatti, il processo metodologico e gli strumenti di monitoraggio messi in campo per la realizzazione ed in controllo si sono realizzati nell'ottica di DW come un case study, adottando un approccio di problem solving per ottimizzare le opportunità e limitare le minacce, basato su: comunicazione efficace- motivazione - formazione.

Il progetto è articolato in 3 fasi: fase di lancio, fase di sperimentazione, fase di estensione.

Le prime evidenze in termini di risultati sembrano chiarire una buona prestantza della componente tecnologica e discreta quella della componente umana, verso la quale, lungo il percorso di accompagnamento al cambiamento, risultano necessari ulteriori interventi in termini formativi e motivazionali che possano permettere il pieno completamento degli steps successivi del progetto.

## **Analisi sul processo di razionalizzazione della prescrizione del principio attivo biotecnologico enoxaparina nel territorio dell'Asl Caserta nel triennio 2020-2022: studio di farmacoutilizzazione**

*Maddalena Panico*

### Background:

Le Leggi n. 178/2020 e n. 282/2021 hanno rideterminato il tetto della spesa farmaceutica che costituisce il 14,85 del valore economico del FSN per l'anno 2021, il 15% per il 2022 e il 15,15% per il 2023, di cui il 7% costituisce il valore del tetto della spesa farmaceutica convenzionata, mentre la restante parte è dedicata alla spesa per acquisti diretti (ospedaliera, distribuzione diretta, DPC). L'AIFA effettua il monitoraggio sulla spesa farmaceutica delle diverse regioni, pubblicando i dati elaborati con gli scostamenti rispetto ai vincoli di spesa stabiliti dalla normativa nazionale. La Regione Campania per gli anni 2021 e 2022 ha superato il tetto della spesa farmaceutica convenzionata con valore di incidenza pari rispettivamente a 7,45% e 7,17%, in parte determinato dalle prescrizioni inappropriate di Eparine a basso peso molecolare (EBPM), in particolare del principio attivo Enoxaparina (ATC B01AB05).

### Obiettivi:

Il progetto di tesi è la valutazione delle azioni di esito e riequilibrio della spesa farmaceutica riferita alle prescrizioni di Enoxaparina nel territorio dell'ASL di Caserta. Con specifici indicatori (n. confezioni farmaco, spesa lorda, DDD\*1000 AB/DIE) è stato analizzato il consumo del farmaco per orientare tutti i Clinici alla corretta prescrizione secondo le linee guida nazionali, regionali ed aziendali.

### Materiali e Metodi:

Lo studio si è sviluppato in 3 fasi:

1. Raccolta delle informazioni per la corretta prescrizione di Enoxaparina. Sono state consultate review, linee guida e le schede tecniche del farmaco

per la stesura di note informative per orientare correttamente i Clinici alla prescrizione.

2. Analisi del pattern prescrittivo di Enoxaparina. Sono state estrapolate le prescrizioni di Enoxaparina individuando i medici, i distretti e presidi ospedalieri a maggior impatto di spesa per interventi mirati.

3. Attivazione degli Uffici di Coordinamento delle attività distrettuali (UCAD). In tutti i Distretti mediante l'UCAD sono state realizzare attività quali:

- Analisi e verifiche delle ricette mediche per la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva di Enoxaparina;
- Audit clinici e verifiche per il perseguimento degli obiettivi aziendali e regionali di contenimento spesa farmaceutica;
- Incontri formativi rivolti ai MMG.

Risultati:

Le strategie adottate hanno determinato riduzione del numero di confezioni prescritte pari a -23.839 e della spesa farmaceutica convenzionata lorda pari ad euro 955.522.

Si registra contenimento del numero di confezioni in DPC pari a -29.183 e della spesa lorda pari ad euro 683.497,16. Infine, si rileva la riduzione del consumo ospedaliero di Enoxaparina destinato ai reparti che vede una riduzione del numero di confezioni pari ad -5703,07.

Conclusioni:

L'analisi dei dati evidenzia che le misure di incentivazione dell'appropriatezza prescrittiva devono essere applicati sia in ambito specialistico che sulla medicina di base. Vi è inoltre la necessità di implementare l'erogazione del primo ciclo di terapia alla dimissione ospedaliera e a seguito di visita specialistica ambulatoriale in quanto costituisce una leva economica vitale per la sostenibilità del SSN e un vantaggio per l'assistito e/o caregiver familiare che riceve la terapia direttamente in ospedale. Ciò richiede una riprogrammazione della tempistica della dimissione e una maggiore interazione Medico-Farmacista.

## **Autoritenzione del rischio: fondo o affondo della gestione assicurativa? Prevenire ed intercettare il contenzioso aziendale: metodi e sistemi della gestione della responsabilità civile all'interno delle aziende sanitarie del SSR**

*Simone Paolino*

Il termine “Autoassicurazione” mutuato dall’inglese “self-insurance” è ormai entrato nel linguaggio comune. Ma a cosa ci si riferisce? Per rispondere alla domanda dovremmo prima di tutto interrogarci sul significato di “assicurazione”. Col termine assicurazione si indica “Il fatto di assicurare, di assicurarsi, cioè di rendere o rendersi certo, o sicuro, o protetto, e le parole o gli atti con cui si assicura” (v. Dizionario Treccani). In senso tecnico economico/giuridico “assicurazione” significa “l’operazione consistente nel trasferimento da un soggetto a un altro di un rischio connesso al verificarsi di un evento futuro e aleatorio, potenzialmente dannoso per la propria vita o per il proprio patrimonio”. Di per sé il termine “Autoassicurazione” parrebbe contraddittorio in quanto indica un trasferimento rivolto verso il trasferente e quindi un non trasferimento. Quando si parla di “Autoassicurazione” ci si riferisce, a livello internazionale, piuttosto al significato comune del termine per indicare un meccanismo che garantisca un soggetto per la copertura di eventuali perdite o danni. Si intende fare riferimento alla costituzione di risorse patrimoniali destinate a tale scopo con correlati problemi di determinazione di soluzioni atte a creare forme di segregazione patrimoniale, problemi legati all’applicazione della disciplina degli enti pubblici laddove il soggetto segregante sia tale, problemi di tipo gestionale, modalità che consentano una interazione tra assicurazione e “autoassicurazione”. Il ricorso alla cosiddetta “autoassicurazione” ha caratterizzato le scelte delle Regioni italiane negli ultimi anni quale risposta alla carenza di offerte assicurative con premi divenuti insostenibili per i costi troppo elevati dei risarcimenti. I punti chiave che dovrebbero caratterizzare questa forma di gestione sono: a) Risparmio di cassa b) Stimolo alle procedure di conciliazione, per la soluzione tempestiva del contenzioso c) Sviluppo del sistema di risk-management per la riduzione sostanziale dei rischi d)

Corretta valutazione dell'entità degli indennizzi/risarcimenti: e) Adeguato accantonamento delle riserve. Questo lavoro si prefigge di analizzare gli indicati punti chiave per poter poi confrontare i modelli di gestione del rischio RCT/O con la copertura assicurativa o con il sistema di autorizzazione. È ovvio che, in quanto misurabile solo nel lungo periodo, se il processo di auto-assicurazione possa condurre ad un effettivo vantaggio per le aziende è valutabile in un tempo dilatato e che non consente di poter adottare modifiche o correzioni per evitare ulteriori problematiche. Il sistema di autorizzazione del rischio può costituire una grande opportunità gestionale tesa a valutare e intercettare criticità procedurali sanitarie all'interno dell'azienda, ottenere un notevole risparmio per le casse erariali, alla gestione diretta del contenzioso aziendale, alla qualificazione del personale preposto alla gestione del settore in parola. Dall'analisi, prendendo quale spunto di riflessione l'AORN Ospedali dei Colli, è emerso che la gestione diretta del rischio RCT non ha rappresentato ad oggi una opportunità ma soltanto un posticipare all'esito del giudizio il pagamento del risarcimento, non tenendo conto dei danni che provoca una scelta del genere.

## **Screening e prevenzione secondaria nella medicina territoriale: esperienza delle farmacie della ASL NA 2 Nord**

*Nicola Tartarone*

Sebbene la pandemia da Covid-19 ha riaffermato il valore universale della salute e la rilevanza macroeconomica dei servizi sanitari pubblici, nel complesso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) presenta ancora esiti sanitari inadeguati. La pandemia ha inoltre reso evidenti alcuni aspetti critici di natura strutturale tra cui: significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio; un'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali. Criticità che in prospettiva potrebbero essere aggravate dall'aumento della domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche ed epidemiologiche.

Obiettivo del presente progetto di tesi, alla luce delle indicazioni della "Missione 6 - Salute" del PNRR, è dimostrare che il ruolo delle farmacie presenti capillarmente sul territorio possa rivestire una cruciale importanza nel supporto alla medicina territoriale; nell'integrazione dei servizi territoriali di assistenza e prevenzione nonché partecipare attivamente alla digitalizzazione del SSN, allo scopo di rappresentare definitivamente un tassello fondamentale come presidio territoriale della salute integrata in maniera partecipativa e istituzionalmente riconosciuta nelle reti di prossimità.

Durante la pandemia la "Farmacia dei servizi" ha ampiamente dimostrato di rappresentare un presidio imprescindibile per il SSN e per il cittadino, in prima istanza con l'azione di screening del Sars Cov-2 grazie ai test antigenici, e successivamente con il riconoscimento della figura del farmacista "vaccinatore" e quindi delle conseguenti campagne di vaccinazione effettuate nei locali delle farmacie.

Passaggio successivo post Covid è stato l'inserimento delle farmacie nelle campagne di screening con l'obiettivo di coinvolgere, sensibilizzare e

quindi tracciare una percentuale sempre maggiore di popolazione e rafforzare la prevenzione secondaria sul territorio. Diverse Regioni, attraverso le ASL di competenza, hanno sperimentato nel recente passato questo modello con risultati molto promettenti con ampi margini di crescita. L'ASL Napoli 2 Nord sebbene sia tra le ultime della Regione Campania ad implementare questi servizi, è la prima a livello nazionale a svolgere uno screening di tipo interventistico per l'identificazione dell'HCV (virus dell'epatite C) con il progetto "Eradichiamo C".

Questo progetto di tesi svolge quindi una revisione degli interventi di screening svolti dalle farmacie presenti sul territorio della ASL Napoli 2 Nord nel recente periodo, con particolare attenzione allo screening oncologico del cancro del colon retto - iniziato nella prima decade di giugno 2023 - ed allo screening del virus HCV, iniziato invece il primo marzo 2023.

**TESI AREA TEMATICA**

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

Tutor: Alessandra Dionisio (2021-2022)

**Impatto delle Good Communication Strategies sul buon andamento dell'Amministrazione**

*Isabella Catuogno*

Collaboratore Professionale Amministrativo U.O.C. Gestione Risorse Umane - Asl NA 1 Centro

**Approvvigionamenti in sanità e la gestione efficiente delle procedure di gara sotto soglia comunitaria**

*Rossella Matarazzo*

Collaboratore Professionale Amministrativo U.O.C. GATIB - A.O.R.N. "A. Cardarelli"

**Reingegnerizzazione del ciclo passivo e la nuova gestione dei magazzini economici nell'AO dei Colli per far fronte alla crisi aziendale post-Covid 19**

*Daniela Nenna*

Collaboratore Amministrativo Professionale

UOC Acquisizione beni e servizi Provveditorato Economato - A.O. dei Colli

**Efficienza nei percorsi assistenziali: implementazione modello organizzativo del Day Service per i pazienti affetti da sclerosi multipla nell'AOU Federico II di Napoli**

*Vittorio Nigro*

Infermiere AOU Policlinico Federico II - UOSD Sclerosi Multipla

**Piano Triennale del Fabbisogno di Personale  
L'applicazione della Delibera della Giunta Regionale n. 190 del 19.04.2023  
alle Aziende Sanitarie della Regione Campania**

*Assunta Spezzaferrì*

Funzionario Amministrativo - ASL Napoli 3 Sud

## **Impatto delle Good Communication Strategies sul buon andamento dell'Amministrazione**

*Isabella Catuogno*

Il tema della comunicazione riveste un'importanza centrale sul buon andamento dell'Amministrazione, sia sotto il profilo della comunicazione interna tra uffici o tra diverse articolazioni aziendali, sia sotto il profilo della comunicazione esterna verso gli utenti o clienti/fornitori esterni.

Entrambe le tipologie di comunicazione sono state analizzate inserendole nel contesto lavorativo di chi scrive, ossia quello dell'Asl Napoli 1 Centro, che, data la sua estensione territoriale, si confronta costantemente con le difficoltà inerenti alla comunicazione, sia interna che esterna.

Invero, come negli altri settori, anche in quello della salute e della cura comunicare in modo efficace è diventata un'esigenza fondamentale. Veicolare correttamente i messaggi verso i propri stakeholders, interni ed esterni, attivare i giusti touchpoints, saper gestire i momenti di crisi, coordinare le relazioni con il pubblico sono alcune delle sfide a cui le imprese pubbliche e private non possono sottrarsi.

L'aspetto comunicativo in tale contesto ha rappresentato un punto di forza, tenuto conto che gran parte del lavoro necessitava di interlocuzioni, da un lato, con altre strutture aziendali, in particolar modo distretti e presidi ospedalieri, che insistono in zone distanti dagli Uffici centrali, e dall'altro con i fornitori esterni. Al fine di migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa, nel tempo sono stati implementati diversi percorsi e processi di dialogo con i fornitori e con le citate articolazioni periferiche, mediante la creazione di una rete di contatti con i referenti delle singole unità sul territorio, e questo ha portato a rilevare in poco tempo un sensibile miglioramento nella rapidità e frequenza dei riscontri, con un minor dispendio di tempo ed energie, che sono state così canalizzate anche in altre attività.

Le significative risultanze del lavoro svolto hanno portato la Direzione

Strategica Aziendale a decidere di dismettere l'Ufficio prima di quanto previsto, poiché non è stato ritenuto più necessario destinare risorse aziendali unicamente alla liquidazione delle fatture, alla luce dei risultati ottenuti. Tale dismissione ha, pertanto, determinato l'assegnazione di chi scrive ad un altro Ufficio.

Pertanto, l'idea di creare una rete di contatti, attraverso interlocuzioni continue e dirette tra referenti, è stata una strategia che si è rivelata essere ottimale, e che può essere certamente replicata in ulteriori contesti lavorativi. Nella seconda parte del lavoro è stata altresì analizzata la possibilità di utilizzare il percorso descritto anche in altri contesti, sottolineando l'importanza di realizzare un Piano di Comunicazione individualizzato e dettagliato, partendo dall'analisi del contesto, sia interno che esterno, e degli stakeholder, definendo obiettivi di comunicazione specifici e i relativi obiettivi operativi, soffermandosi, infine, sulla fondamentale rilevanza del momento della valutazione della comunicazione, utile per capire l'efficienza e l'efficacia delle attività e dei canali selezionati.

## **Approvvigionamenti in sanità e la gestione efficiente delle procedure di gara sotto soglia comunitaria**

*Rossella Matarazzo*

Partendo dai principi cardine dell'azione amministrativa che improntano l'attività delle pubbliche amministrazioni, il presente lavoro analizza, in particolare, l'efficacia, l'efficienza e il buon andamento nel settore degli approvvigionamenti del Servizio Sanitario Nazionale.

La sanità, invero, offre, rispetto al resto della P.A, servizi critici e specialistici e più che in altri settori è fondamentale salvaguardare standard di alta qualità, unitamente ad economicità e tempestività degli acquisti, trasparenza delle attività e rispetto dei principi di concorrenza.

Dopo una breve analisi sull'evoluzione e le peculiarità del SSN, il lavoro si concentra sulle esigenze, sempre più spiccate di razionalizzazione della spesa pubblica, e sulla tensione tra riduzione dei costi e garanzia della qualità dei servizi per assicurare il raggiungimento dei LEA - Livelli Essenziali di Assistenza - e garantire la tutela della salute come fondamentale diritto sancito dall'art. 32 della Costituzione.

Soffermandosi sul settore degli acquisti, strategico e strumentale al raggiungimento dei suddetti obiettivi, e sottoposto alla disciplina del Codice dei Contratti Pubblici, si analizzano gli strumenti introdotti dalla normativa al fine di garantire l'efficacia, l'efficienza, la tempestività degli approvvigionamenti, altresì, in un'ottica di semplificazione, snellimento accelerazione e digitalizzazione dell'attività amministrativa, principi a cui si ispira la recente riforma del Codice dei Contratti di cui al d.lgs. 36/2023, anche a seguito delle criticità evidenziate dalla pandemia da Covid-19.

In particolare, si analizzano gli strumenti di centralizzazione degli acquisti e l'attività di e-procurement che connotano il settore, soffermandosi sui vantaggi e svantaggi di tali strumenti.

Il lavoro, prosegue quindi nell'ottica di una efficiente ed efficace gestione delle procedure di gara negli uffici preposti delle Aziende Sanitarie e con-

siderando, quale punto di partenza, la U.O.C. G.A.T.I.B. dell’A.O.R.N. “A. Cardarelli”, nella elaborazione di una proposta di Regolamento aziendale per lo svolgimento delle procedure di gara sotto soglia comunitaria, recependo il nuovo Codice dei Contratti Pubblici di cui al d.lgs 36/2023 in vigore dal 1° luglio 2023. Ciò, al fine di migliorare l’attività delle Aziende Sanitarie e garantire uniformità e massima trasparenza nell’espletamento delle procedure, nel rispetto dei principi di efficienza, efficacia, economicità, imparzialità, pubblicità e trasparenza dell’azione amministrativa.

## **Reingegnerizzazione del ciclo passivo e la nuova gestione dei magazzini economici nell'AO dei Colli per far fronte alla crisi aziendale post-Covid 19**

*Daniela Nenna*

Per reingegnerizzazione dei processi che, nel caso specifico dell'oggetto di tesi proposto, si riferisce al ciclo passivo ed alla gestione dei magazzini economici dell'AO dei Colli, si intende una "profonda revisione dei procedimenti operativi che non risultano più adeguati alle necessità aziendali". La reingegnerizzazione, nella prima fase del progetto, ha riguardato l'analisi dei processi esistenti al fine di avere una visione chiara dell'organizzazione e delle sue risorse. Nella seconda fase ha individuato i processi di ciclo passivo e di gestione dei magazzini economici come quelli da ridisegnare per migliorare l'efficienza degli approvvigionamenti a cura dell'Unità Operativa Complessa "Acquisizione dei beni e servizi Provveditorato - Economato", messa duramente alla prova dai cambiamenti generati dalla pandemia da Covid 19. In questa fase è avvenuta la raccolta dei dati (programmazione, consumi, giacenze e risorse coinvolte). Nella terza fase si è concretizzata la progettazione dei nuovi flussi di lavoro. Nella quarta fase i nuovi progetti sono stati comunicati ai dipendenti coinvolti, condivisi e resi operativi. La quinta ed ultima fase riguarda e riguarderà la verifica costante dell'integrazione dei nuovi processi all'operatività aziendale per correggere eventuali errori e migliorare ancora di più l'efficienza dell'UOC Acquisizione dei beni e servizi Provveditorato-Economato. Dallo studio condotto abbiamo capito che in una Azienda Ospedaliera occorre una corretta previsione dei fabbisogni per fronteggiare eventi imprevedibili come una pandemia. Nel nostro caso è stato necessario intervenire sia sui processi amministrativo - contabili, (riferiti al ciclo passivo ovvero: alle fasi relative alla programmazione degli acquisti, alla gestione degli ordini ed alla gestione dei magazzini con riferimento ai beni economici ed ai cespiti) che, sull'informatizzazione degli stessi.

## **Efficienza nei percorsi assistenziali: implementazione modello organizzativo del Day Service per i pazienti affetti da sclerosi multipla nell'AOU Federico II di Napoli**

*Vittorio Nigro*

L'evoluzione delle metodiche chirurgiche e mediche ha creato negli ultimi decenni i presupposti per un trasferimento delle attività verso il regime ambulatoriale. L'evoluzione scientifica, tecnologica e organizzativa, con particolare riferimento all'utilizzo dei farmaci, rende praticabile la scelta di soluzioni assistenziali che permettono il trattamento dei pazienti non necessariamente in regime di ricovero ma in quello ambulatoriale. L'utilizzo del regime di day hospital (DH) per percorsi diagnostico/terapeutici, proprio in considerazione sia della durata del trattamento che della tipologia di prestazioni effettuate, risulta in molti casi inappropriato.

Già da diversi anni, nell'ottica di un processo di miglioramento dell'appropriatezza clinico/organizzativa, la Regione Campania con la DGRC 102/2009 ed i DCA 17/2014, 35/2017, 04/2018 e 31/2018 ha fornito indicazioni finalizzate alla conversione di attività effettuate in regime di ricovero in prestazioni di livello ambulatoriale.

Tra i modelli innovativi e alternativi che sono stati applicati in Regione Campania, il day service ambulatoriale rappresenta in questo contesto una modalità di gestione organizzativa dell'assistenza sanitaria che si ispira ad un concetto globale di appropriatezza considerata come misura della capacità di fornire, al livello di assistenza più idoneo, un intervento efficace per uno specifico paziente, tenendo conto dei suoi bisogni e aspettative. Tale modalità è praticabile sia per le prestazioni correlate ai percorsi diagnostici che per attività relative alle pratiche terapeutiche.

In questa ottica di gestione, diversi percorsi sono stati tramutati da day hospital a day service, con un miglioramento notevole dell'appropriatezza clinico/organizzativa, senza inficiare sulla qualità delle prestazioni stesse anzi, in alcuni casi anche incrementandola.

L'obiettivo finale di questo progetto/tesi è porre le premesse metodologi-

che e organizzative affinché venga delineato un percorso diagnostico/terapeutico riservato ai pazienti affetti da sclerosi multipla seguiti dalla AOU Federico II di Napoli, che si concretizzi, nel prossimo futuro, con il passaggio definitivo dal regime di day hospital ad un regime di day service.

L'articolazione del lavoro seguirà due fasi distinte:

1. L'implementazione di un day service diagnostico già riconosciuto in regione Campania e quindi già compreso nel nomenclatore tariffario regionale;
2. la proposta, più ambiziosa, di un day service terapeutico riservato ad una fetta di pazienti che, per ragioni cliniche, praticano infusioni di farmaci identificati come "Modificanti il decorso della malattia" con ripetuti accessi durante l'anno alla struttura assistenziale che li tiene in carico. Attualmente non è previsto in Regione un day service di questo genere riservato esclusivamente ai pazienti affetti da sclerosi multipla.

## **Piano Triennale del Fabbisogno di Personale L'applicazione della Delibera della Giunta Regionale n. 190 del 19.04.2023 alle Aziende Sanitarie della Regione Campania**

*Assunta Spezzaferri*

Come noto, lo scenario relativo al fabbisogno di personale da parte del SSN è stato modificato radicalmente dalla grave emergenza sanitaria derivante dalla diffusione del virus Covid - 19. Ciò ha determinato il delinear-si di nuovi assetti organizzativi aziendali, anche alla luce delle indicazioni ministeriali fornite in materia. Da ultimo, con Decreto del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 24 gennaio 2023, è stata adottata la metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale.

Da qui è possibile ricavare che l'evoluzione dei tempi, e il diritto vivente, pongono la necessità di avere un approccio ricostruttivo all'istituto del Piano del Fabbisogno del Personale non più rigidamente legato ad una lettura tradizionalmente affermata di esso. Tale strumento, infatti, risulta essere sempre in divenire.

Che sia così è dimostrato, da ultimo, dall'adozione della Delibera della Giunta Regionale n. 190 del 19.04.2023, ad oggetto "Metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio Sanitario Regionale della Campania", con la quale si è provveduto ad approvare, ad aggiornamento e in sostituzione del Disciplinare tecnico allegato alla D.G.R.C. n. 593/2020, un nuovo Disciplinare tecnico per le annualità 2022, 2023 e 2024 che tiene conto, non solo della progressiva evoluzione dell'offerta sanitaria, ma anche del rispetto dei limiti previsti dalla legislazione vigente in merito alla spesa di personale e del generale rispetto del principio di equilibrio economico del SSN.

Trattandosi di Aziende pubbliche, invero, i Piani Triennali di fabbisogno del personale devono essere approvati in coerenza con la cornice finanziaria delle risorse disponibili per il finanziamento del SSR e nel rispetto dei vincoli derivanti dalla vigente legislazione statale e regionale relativamen-

te al costo del personale.

Applicando la metodologia dettata dalla D.G.R.C. n. 190/2023 alle Aziende Sanitarie della Regione Campania è possibile verificare se il fabbisogno ideale di personale corrisponda a quello reale, e tanto in considerazione dei vincoli di spesa a cui gli enti pubblici sono soggetti.

Da tale analisi emerge che il fabbisogno ideale di personale non corrisponde a quello reale, pertanto è compito del buon manager saper predisporre un corretto Piano Triennale del Fabbisogno del Personale che sia in grado di soddisfare le esigenze di salute con i vincoli di spesa relativi al costo del personale.





