

IL CAMBIAMENTO NASCE DAI PROFESSIONISTI

TEMA LIBERO

ISOLE Sardegna, Sicilia









Reingegnerizzazione del sistema di governance delle tecnologie

AUTORI: M. P. Tuffu, F. P. Piu, A. Tatti, S. Flamini, A. Carta, L. Pitzoi, M. Catte, P. Cannas



INTRODUZIONE

L'ASL di Nuoro, attraverso la costituzione di 5 gruppi di lavoro, ha avviato un percorso di riposizionamento strategico dell'azienda stessa.

Gli elementi cardine con riferimento al presente progetto sono:

- 1. alta qualità tecnico-professionale delle prestazioni, generata attraverso l'adeguatezza del parco tecnologico aziendale;
- 2. alta affidabilità del sistema organizzativo sottostante i processi di erogazione delle prestazioni e dei servizi;
- 3. promozione della conoscenza interna in ottica di crescita e orientamento all'innovazione operativa e scientifica;
- 4. promozione della diffusione tra gli assistiti delle tecnologie utili alla gestione dei processi di presa in carico.

A seguito della L.R. 24/2020 si è passati da un'unica azienda regionale a 8 ASL, 2 AOU, AREUS, ARNAS Brotzu e ARES quale centrale di committenza per conto delle aziende sanitarie e ospedaliere. Pertanto, si è venuta a creare una difficoltà di coordinamento nel processo di governance delle tecnologie tra ARES e ASL con conseguente dilatazione dei tempi di acquisto di beni e servizi per sovrapposizione di ruoli e competenze ARES/ASL con ripercussioni e ritardi nelle risposte ai fabbisogni degli utenti (U.O/Distretti/pazienti).

Obiettivi:

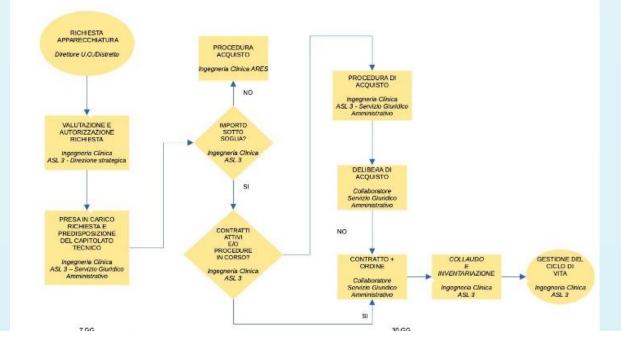
- √ regolamentare il processo decisionale all'interno dell'azienda;
- √ definire i confini ARES/ASL disegnando gli ambiti e le relative competenze.

RISULTATI

A livello progettuale i risultati attesi nel breve, medio e lungo termine sono:

- Istituzione di una funzione di Ingegneria Clinica interna all'azienda;
- Elaborazione e adozione di un Regolamento aziendale in materia;
- Riduzione dei tempi di acquisto di almeno il 30% (come illustrato nella seguente flow
- Miglioramento continuo della qualità dell'assistenza per mantenere elevati i livelli di performance dei servizi erogati (Clinical Governance);
- Aumento delle prestazioni sanitarie tecnologia-dipendenti erogate;
- Riduzione della mobilità passiva per prestazioni ambulatoriali e di ricovero (nel lungo
- Miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie con conseguente riduzione dei costi.

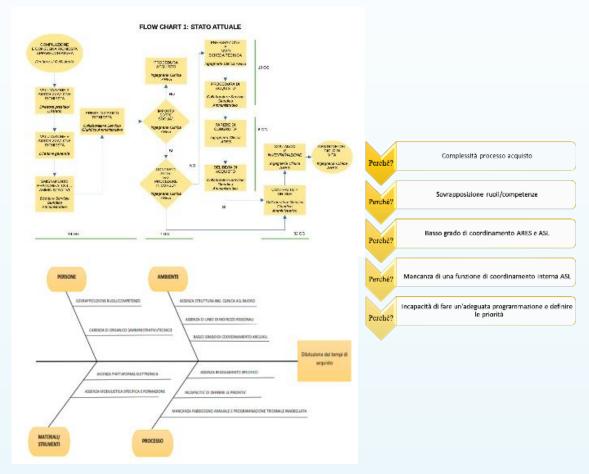
FLOW CHART 2: PROPOSTA DI REINGEGNERIZZAZIONE DEL PROCESSO DI ACQUISIZIONE



METODOLOGIA

Attraverso il Lean Thinking sono state individuate le principali criticità nella gestione delle procedure di approvvigionamento e governance del parco tecnologico dell'ASL Nuoro. Il progetto ha previsto le seguenti fasi:

- Mappatura del processo attuale attraverso flow chart
- Individuazione delle criticità esistenti con il diagramma di Ishikawa
- Evidenziazione della necessità di snellire il processo e introdurre all'interno dell'ASL una nuova funzione all'uopo dedicata mediante la «tecnica dei perché»



CONCLUSIONI

Si prevede il seguente piano di implementazione:

COSA	DETTAGLIO	СНІ	QUANDO
Definizione di un regolamento aziendale	Il regolamento aziendale deve disciplinare le procedure di acquisizione, la ricognizione dei fabbisogni, i criteri per individuare le priorità, le procedure di manutenzione. Definizione di un modulo informatico e formazione e informazioni agli operatori sanitari	Servizio Giuridico Amministrativo coadiuvato dalla funzione di Ingegneria Clinica	entro il 31/12/2022
Creare una funzione preposta all'acquisizione delle apparecchiature	La funzione è composta da: Ingegneria Clinica, Giuridico Amministrativo, ICT, Ufficio Tecnico e Fisica Sanitaria	Direzione Strategica	entro il 31/12/2022
Mappatura del processo esistente	Elaborazione della flow-chart	Funzione Ingegneria Clinica ASL Nuoro	già effettuato
Mappatura del parco tecnologico esistente e raccolta del fabbisogno		Funzione Ingegneria Clinica ASL Nuoro	già effettuato
Definizione delle priorità delle richieste e programmazione aziendale annuale	Utilizzo di metodologie di HTA e di algoritmi per la determinazione degli Indici di Priorità di Sostituzione (IPS)	Funzione Ingegneria Clinica ASL Nuoro, Direzione Strategica	entro il 15/10/2023

BIBLIOGRAFIA

JAMANetwOpen.2021Jun1;4(6):e2111568 Hospital-at-Home Interventions vs In-Hospital Stay for Patients With Chronic Disease Who Present to the Emergency Department: A



Titolo: Presa in carico con il supporto di un sistema di telemonitoraggio del paziente cronico, in particolare con riferimento allo scompenso cardiaco

Autori: Elia Carai, Paola Castia, Raimonda Di Stefano, Alfonso Gigante, Pina Meloni, Maria Cristina Monni, Maria Giovanna Muggianu, Maddalena Carta, Paolo Cannas, Francesco Zavattaro



CANTIERE SANITÀ

INTRODUZIONE

L'azienda di Nuoro attraverso la costituzione di 5 gruppi di lavoro ha avviato un percorso di sviluppo e riposizionamento strategico.

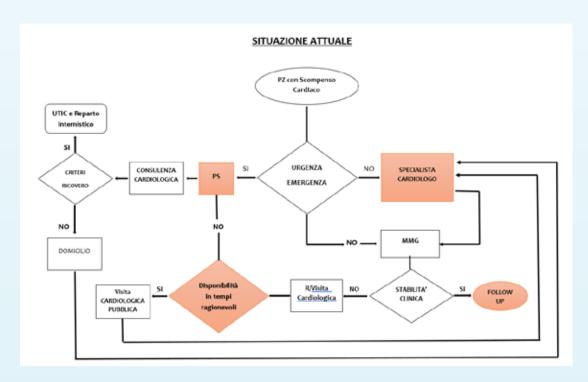
Uno degli elementi cardine riguarda la gestione della cronicità e fragilità in un ottica di integrazione Ospedale Territorio secondo un principio di medicina di iniziativa e di prossimità. A tal fne l'Azienda vuole sviluppare un sistema di telemonitoraggio per la presa in carico del paziente cronico anche in considerazione delle caratteristiche oro-geografiche / demografiche che caratterizzano il territorio e che solitamente determinano un elevato ricorso ad accessi ospedalieri e visite ambulatoriali.

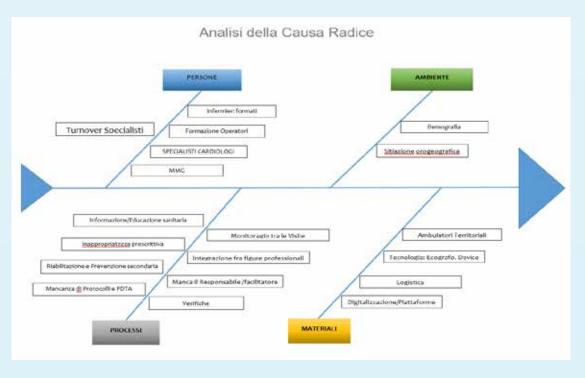
Ad esempio si stima che la prevalenza dello scompenso cardiaco raddoppi a ogni decade di età (dopo i 65 anni arriva al 10% circa) e rappresenti la prima causa di ricovero in ospedale negli over 65.

E' necessario, pertanto, ripensare un modello di gestione dei pazienti che soffrono di patologie croniche come lo scompenso cardiaco, che cerchi di prevenire le possibili riacutizzazioni e di intercettarle in una fase iniziale.

METODOLOGIA

Abbiamo analizzato lo stato attuale creando un diagramma di flusso che ci ha permesso di individuare alcune possibilità di intervento. Quindi con la creazione del diagramma di Ishikawa abbiamo analizzato le criticità legate al fattore ambiente, persone, processo e materiali. L'intervento successivo si è avvalso dello strumento del diagramma di flusso per l'ideazione del nuovo percorso di presa in carico del paziente cronico con il supporto del temonitoraggio nell'ambito di una medicina di iniziativa che presidia gli intervalli fra le visite dei medici. Quindi con la matrice di responsabilità abbiamo specificato il cosa si fa, chi lo fa e la tempistica degli interventi.





RISULTATI

A livello progettuale sono state identificate le possibili soluzioni implementabili atte al raggiungimento dei risultati attesi misurabili a breve medio e lungo termine con un percorso di presa in carico del paziente cronico attraverso il telemonitoraggio.

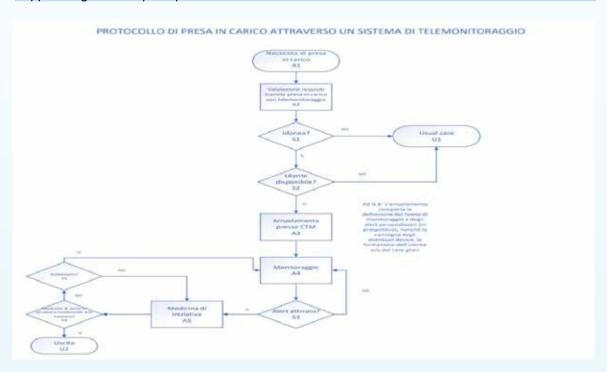
Tabella indicatori

Riduzione significativa *numero pazienti over 65 che accedono al PS e vengono dimessi o ricoverati con diagnosi di scompenso

Riduzione significativa * numero pazienti over 65 con diagnosi di scompenso con ricoveri ripetuti nello stesso anno

Riduzione significativa *il numero pazienti over 65 che arrivano al PS con diagnosi di scompenso con multipli accessi

*appare ragionevole per il primo anno una riduzione di circa il 10%



CONCLUSIONI

Con il progetto di telemonitoraggio ci si prefigge l'obiettivo di creare una rete virtuosa tra ospedale e territorio, con l'ausilio degli ambulatori di prossimità, per diminuire gli accessi in pronto soccorso e le riacutizzazioni di scompenso cardiaco, favorendo la stabilità clinica dei pazienti cronici.

Istituzione del centro di telemonitoraggio (CTM) con Medico responsabile e infermieri formati che esegue il monitoraggio

Realizzazione da parte della Comunità di pratica di un protocollo operativo che definisca i criteri di arruolamento, Alert e livello di monitoraggio

Formazione operatori sul funzionamento dei Device, sull'interpretazione degli Alert, sulle azioni consequenziali

Istituzione delle Case di Comunità con ambulatori di prossimità (medicina di iniziativa) responsabili del reclutamento e della risposta in caso di Alert positivo

Formazione dell'utente/caregiver da parte dell'ambulatorio di reclutamento

COSA	DETTAGLIO	СНІ	QUANDO
Istituzione CTM (centro di telemonitoraggio)	Sede operativa: vecchio San Francesco	D.G.	Ottobre 2022
Formazione operatori	funzionamento device conoscenza delle procedure	Ditta fornitrice device (verifica capitolato) – componente gruppo di lavoro telemedicina	Ottobre-Novembre 2022
Protocollo operativo	Criteri di arruolamento-Allert- Livello di monitoraggio	Comunità di Pratica	Ottobre 2022
Reclutamento pazienti	Presso ambulatorio di prossimità , Fonti: Database del MMG e dello specialista.	specialista ambulatorio di prossimità	Novembre 2022
Formazione dei pazienti/caregiver	caratteristiche del device e suo utilizzo	personale CTM/personale ambulatoriodi prossimità	Dopo arruolamento definitivo dei pazienti
Erogazione risposte in caso di ALERT	attuazione delle risposte attraverso le Case di Comunità	personale sanitario ambulatorio di prossimità	Solo in caso di ALERT positi

BIBLIOGRAFIA

https://www.salute.gov.it > portale > salute 2021 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal. 2021



Supporto Psicologico Covid-19 Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta

Alessandro Caltagirone – Direttore Generale, Marcella Paola Santino – Direttore Sanitario, Giacomo Bartoluccio – PUA Distretto Sanitario Gela, Francesca Baia – Psicoterapeuta, Salvatore Cusumano – Psicologo Area Sud Covid 19, Giuseppe Iacona – Dirigente Professioni Sanitarie, Alfonso Cirrone Cipolla – Responsabile Area Sud Covid 19

Introduzione

Le prestazioni di supporto psicologico, effettuate dal mese di aprile 2021 al mese di gennaio 2022 presso l'USCA di Gela, hanno rilevato condizioni caratterizzate per lo più da stati ansiosi ed alterazioni dell'umore, ma anche da un buon adattamento ai cambiamenti legati alla quarantena.

In particolare, sono emerse le seguenti problematiche: preoccupazioni riguardanti lo stato di salute proprio e quello dei cari; pensieri ripetitivi relativi ai disagi provocati dalla pandemia; slatentizzazione di disturbi psicologici; esacerbazione di condizioni psichiatriche; sintomi post-traumatici in soggetti precedentemente ospedalizzati per Covid-19; sofferenza per la solitudine percepita; stati ansiosi connessi al lavoro e a problemi di carattere socio-economico.

Il buon adattamento dell'utenza ha evidenziato capacità di fronteggiare lo stress e di riscoprire ambiti dedicati a sé stessi e alle relazioni significative, all'interno dello spazio domestico e nell'uso adeguato degli strumenti di informazione e interconnessione (telefono, videochiamate, social media). La fatica di adattarsi alla situazione, invece, unitamente all' incapacità di rompere gli schemi quotidiani, ha messo in luce alterazioni sul piano cognitivo/emotivo, somatizzazioni, discontrollo nel consumo di alimenti, comportamenti compulsivi.

Relazioni disfunzionali e difficoltà nel ruolo genitoriale sono state osservate specialmente in mancanza di sostegno da parte di una rete sociale. Ulteriori fattori di mantenimento del disagio sono da riferirsi a modalità di comunicazione inadeguate all'interno della famiglia e a criticità emerse e/o amplificate durante la convivenza in quarantena.

Gli interventi degli psicologi hanno interessato diverse aree a seconda dei bisogni psicologici individuati: contenimento e implementazione di tecniche di gestione dell'ansia e delle emozioni negative; promozione e riconoscimento di risorse personali; potenziamento delle abilità comunicative e sociali; presa di consapevolezza volta a programmare in modo più funzionale la giornata; sostegno alla genitorialità .Numerosi utenti hanno manifestato apprezzamento e gratitudine per l'aiuto concreto ricevuto dal servizio psicologico dell'USCA che, oltre a supportare le persone con l'ascolto attivo e i colloqui e a promuovere il benessere psicologico, ha fornito una mappatura dei servizi territoriali e riferimenti telefonici di pubblica utilità.

I contatti telefonici, inoltre, nel periodo successivo all'isolamento domiciliare, hanno segnalato difficoltà nel riadattamento alla quotidianità, presenza di sintomi neuro-psicologici, astenia, condizioni ansiose/depressive.

Materiali e metodi



1) Stati ansiosi:

preoccupazioni legate al proprio stato di salute e fatica ad adattarsi al cambiamento, incapacità di pensieri ripetitivi relativi alla pandemia e al tempo e lo spazio disponibili fobici

esacerbazione del disagio in soggetti psichiatrici in sé stessi preoccupazioni legate al lavoro

dell'ansia e delle emozioni negative

3) Relazioni disfunzionali:

- · mancanza di sostegno da parte di parenti e
- comunicazione inadeguata all'interno della perdita di un caro a causa del Covid-19 famiglia
- · criticità emerse e/o amplificate durante la convivenza in quarantena

Intervento: potenziamento delle abilità comunicative e sociali

5) Difficoltà genitoriali:

7) Buon adattamento:

- · Giovani donne in maternità · Madri sole con più figli anche in tenera età
- · Difficoltà nella gestione dei figli adolescenti
- Problematiche nel caregiver dei figli con disabilità

Intervento: sostegno alla genitorialità

2) Coping disfunzionale:

a quello dei cari, anche nei casi di ricovero, rompere gli schemi quotidiani e di rimodulare il

contagio slatentizzazione di disturbi ansiosi e alterazioni emotive con difficoltà di gestione della

alterazione del ritmo sonno-veglia, discontrollo sintomi post-traumatici in soggetti dimessi dai nel consumo di alimenti, comportamenti reparti covid solitudine percepita e ripiegamento compulsivi (uso dei social, video-games, shopping on line)

Intervento: contenimento e tecniche di gestione Intervento: favorire una presa di consapevolezza del proprio tempo interno/esterno finalizzata ad una programmazione più adeguata e funzionale della giornata.

4) Lutto:

- riattivazione di un lutto precedente la quarantena

Intervento: Accompagnamento nell'elaborazione del lutto

6) Problemi socio-economici:

- timore di perdere il posto di lavoro in condizione di precarietà
- perdita di opportunità lavorative
- · difficoltà di sostentamento e di accesso ai

Intervento: mappatura dei servizi territoriali, <u>riferimenti telefonici</u> (banchi alimentari, consegna domiciliare della spesa, consultori familiari)

capacità di fronteggiamento dello stress (isolamento, attesa esito tamponi, comunicazione della positività al covid-19, quarantena prolungata)

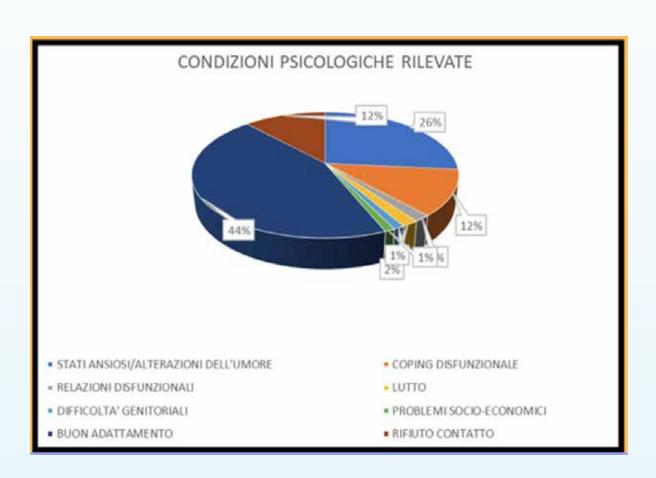
· capacità di riscoprire ambiti dedicati a sé stessi (hobby, attività creativa, esercizio fisico, ascolto interno, spiritualità) e alle relazioni significative.

Intervento: stimolare un pensiero divergente e promuovere il riconoscimento delle risorse personali.

Risultati

Da aprile 2021 ad oggi sono state erogate 2722 prestazioni

Di cui 1281 consulenze psicologiche, 99 psicoterapie, 126 rifiuto contatto.



6) Problemi socio-economici:

- timore di perdere il posto di lavoro in condizione di precarietà
- · perdita di opportunità lavorative
- difficoltà di sostentamento e di accesso ai servizi

Intervento: mappatura dei servizi territoriali, riferimenti telefonici (banchi alimentari, consegna domiciliare della spesa, consultori familiari)



Conclusioni

Dai dati ottenuti si evince l'enorme impatto che l'esperienza pandemica ha avuto sul funzionamento della persona, oltre che sullo stato di salute psicofisica, evidenziando, così, la necessità di garantire una continuità dell'intervento nell'ambito delle cure primarie.

- Coronavirus, le misure del governo http://www.governo.it/it/coronavirus-misure-del-governo Accessed August 2020.
- Wang Y, Di Y, Ye J, Wei W. Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. Psychol Health Med. 2020.

• Forte G, Favieri F, Tambelli R, Casagrande M. COVID-19 Pandemic in the Italian Population: Validation of a Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire and Prevalence of PTSD Symptomatology. IJERPH. 2020.









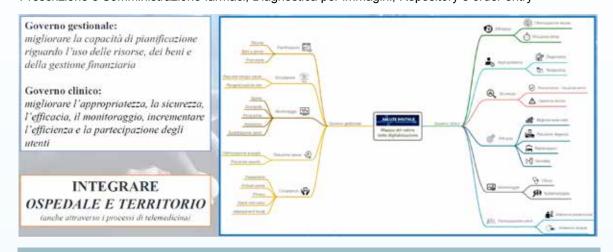
La digitalizzazione dei processi clinici alla luce del PNRR nell'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta

Alessandro Caltagirone – Direttore Generale, Francesco Di Rosa – Direttore UOC Staff Direzione Aziendale, Giuseppina Ferrigno - Staff Direzione Aziendale, Giacomo Bartoluccio PUA - Distretto Sanitario Gela, Francesca Baia – Psicoterapeuta, Giuseppe Iacona – Dirigente Professioni Sanitarie, Alfonso Cirrone Cipolla – Dirigente Staff Direzione Sanitaria

Introduzione

Digitalizzazione dei Processi Clinico-Sanitari vs PNRR

Il piano prevede di "digitalizzare tutti i processi clinico-assistenziali ospedalieri delle strutture sede di DEA di I e II livello, con particolare riferimento ai sistemi di Blocco Operatorio, Laboratory Information System, Servizi di Farmacia, Pronto Soccorso, Sistemi di accettazione/dimissione/trasferimento, Prescrizione e Somministrazione farmaci, Diagnostica per immagini, Repository e order entry"



La struttura del PNRR

Piano di Ripresa e Resilienza prevede investimenti e un pacchetto di riforme Sono allocate risorse per :

- 191,5 miliardi di euro dal Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza (70 Sovvenzioni a fondo

perduto e 121 Prestiti)

- 30,6 miliardi attraverso il Fondo complementare

predisposto dal Governo Italiano e finanziato con uno scostamento di bilancio

Il PNRR è pienamente coerente con i sei pilastri del NGEU sia strategicamente che finanziariamente:

• Digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura 40,32 mld • Rivoluzione verde e transizione ecologica 59,47 mld Infrastrutture per una mobilità sostenibile 25,40 mld · Istruzione e ricerca 30,88 mld • Inclusione e coesione 19,81 mld 15,63 mld

TRE PRIORITÀ TRASVERSALI condivise a livello europeo:

- digitalizzazione e innovazione;
- transizione ecologica:
- inclusione sociale
- Sei missioni: (suddivise in sedici Componenti) - Digitalizzazione, Innovazione, Competitività, Cultura;
- Rivoluzione Verde e Transizione Ecologica:
- Infrastrutture per una Mobilità Sostenibile;
- Istruzione e Ricerca; - Inclusione e Coesione:
- Salute
- Nel Piano sono previste 63 riforme, anche relative a singole Missioni, suddivise in: orizzontali
- abilitanti

concorrenti

- settoriali
- Riforme per contribuire alla modernizzazione del Paese e creare condizioni più favorevoli alle attività delle imprese:
- Pubblica Amministrazione Giustizia
- Concorrenza
- Interventi di semplificazione Economica Circolare

Materiali e metodi – PNRR – Missione 6

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza si articola in sei Missioni e tra gueste, la Missione 6, a cui vengono assegnati in totale 20,23 miliardi (inclusi i finanziamenti del Fondo Complementare e di REACT-EU), è quella dedicata alla sanità e si articola in due componenti principali: da un lato il potenziamento dell'assistenza territoriale tramite la creazione di nuove strutture (come Ospedali di Comunità e Case della Comunità), rafforzamento dell'assistenza domiciliare e lo sviluppo della telemedicina; dall'altro la digitalizzazione e il rafforzamento del capitale umano del SSN attraverso il potenziamento della ricerca e della formazione.

Missione 6 - Salute Componente 1 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale Riforme e investimenti

Investimento 1.1: Case della Comunità (CdC) e presa in carico della persona Obiettivo: potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio, in particolare ai malati cronici, migliorandone la qualità e

coordinando tutti i servizi offerti nelle CdC. L'investimento prevede l'attivazione di 1.288 CdC entro la metà del 2026, utilizzando sia strutture esistenti che nuove Il costo complessivo dell'investimento è stimato in 2,00 miliardi di euro. È prevista la definizione di uno strumento di

programmazione negoziata entro il primo trimestre 2022

Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina

Aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 percento della popolazione di età superiore ai 65 anni (con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti) Il fabbisogno di risorse è stimato in 4 miliardi di euro, di cui 2,72 miliardi connessi al numero crescente di pazienti, 0,28 miliardi per l'istituzione delle COT e 1 miliardo per la telemedicina

Investimento 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità) Potenziamento dell'assistenza intermedia territoriale attraverso una struttura sanitaria a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. L'investimento realizzerà 381 Ospedali di Comunità: costo complessivo stimato di 1,00 miliardo; completamento della realizzazione per la metà del 2026. La relativa operatività in termini di risorse umane sarà garantita nell'ambito delle risorse vigenti per le quali è stato previsto un incremento strutturale delle dotazioni di personale

Risultati

Missione 6 - Salute Componente 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario Nazionale Riforme e investimenti

M6C2:

Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero 4,05 mld)

- Una spesa pari a 1,45 miliardi di euro per la digitalizzazione dei processi clinici per i DEA di I e II livello (di cui 1,09 miliardi destinati alla digitalizzazione di 210 strutture entro il primo trimestre del 2024 e 0,36 miliardi per la digitalizzazione di altre 70 strutture entro la fine del 2025). Entro il terzo trimestre del 2022 si prevede la pubblicazione della procedura di gara e la stipula dei contratti con i fornitori.
- Una spesa di 1,19 miliardi di euro per la sostituzione delle apparecchiature sanitarie. Tali spese riguardano circa 0,60 miliardi destinati alla sostituzione di 1.568 apparecchiature entro il terzo trimestre del 2023, e altri circa 0,60 miliardi per la sostituzione delle restanti 1.565 apparecchiature entro la fine del 2024.
- · Una spesa complessiva pari a 1,41 miliardi di euro entro il secondo semestre del 2026 per il rinnovamento della dotazione esistente di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva, l'ammodernamento dei Pronto Soccorso e l'incremento del numero dei mezzi per i trasporti sanitari secondari (progetto già avviato).

Apparecchiatura	Q	Luogo	Costo Unitario	Complessivo
Tomografi Computerizzati 128 strati		PP.OO. Riuniti di Caltanissetta e San Cataldo	530.000,00 €	530.000,00 €
Acceleratori lineari		P.O. di Gela		6.600.000,00 6
		P.O. di Gela	2.200.000,00€	
		PP.OO. Riuniti di Caltanissetta e San Cataldo		
Gamma Camera		PP.OO. Riuniti di Caltanissetta e San Cataldo	530.000,00 €	530.000,00 €
Risonanza Magnetica Nucleare 1.5 T		P.O. di Geln	900.000,00€	900.000,00 €
PET TC	1	PP.OO. Riuniti di Caltanissetta e San Cataldo	2.300.000,00 €	2.300.000,00
Mammografi con sistema di tomosintesi	1	P.O. di Mussomeli	300.000,00€	1.500.000,00 €
	1	P.O. di Mazzarino		
	1	PP.OO. Riuniti di Caltanissetta e San Cataldo		
	- 1	P.O. di Niscemi	1	
	1	P.O. di Gela		
Angiografi Cardiologici	1	PP.OO. Riuniti di Caltanissetta e San Cataldo	600.000,00€	600.000,00 €
	2	Distretto di Caltanissetta		
Ecotomografi Multidisciplinari/Internistici		PP.OO. Riuniti di Caltanissetta e San Cataldo	90.000.00€	630.000,00€
		Distretto di Gela	30.000,00€	
	1	P.O. di Gela		
	1	P.O. di Mussomeli		1.890.000,00 €
	1	P.O. di Mazzarino		
Telecomandati digitali per esami di pronto soccorso [2	PP.OO. Riuniti di Caltanissetta e San Cataldo	270.000,00€	
		P.O. di Niscemi		
		P.O. di Gela		
TOTALE	27			15.480.000,00

Conclusioni

PNRR & TELEMEDICINA nell'ASP di CALTANISSETTA

- Procedura Sperimentale per l'esecuzione di esami radiologici non [contrastografici effettuati nei servizi di radiodiagnostica mediante telemedicina
- Definizione dell'appropriatezza, dell'esecuzione e della validazione degli esami analitici di laboratorio mediante telemedicina - 2019.
- Heart Network Prevenzione e Cura delle patologie cardiovascolari mediante telemedicina –2019 (Finanziamento PO-FERS 2014/2020, linea 9.3.8).
- G.E.L.A. (Governance Entire Life Assistance) Riorganizzazione e potenziamento dei servizi territoriali sociosanitari, di assistenza primaria non ospedalieri implementando processi di telemedicina - 2020 (in fase di Finanziamento su agenda urbana PO-FERS).
- Telemonitoraggio tramite device per Pazienti Paucisintomatici Covid 2020/2021.
- Attivazione dei Servizi di medicina trasfusionale territoriale in telemedicina 2021.

NUOVE FRONTIERE DI TELEMEDICINA ASP CALTANISSETTA

H.I.D.E. (Health Integration for Disability and Elderly) – 2021 Piattaforma di telemedicina in realtà aumentata (effettuazione di prestazioni ambulatoriali

polispecialistiche – Esperienze a sostegno della disabilità). Piattaforma di telemedicina in realtà virtuale (esecuzione di visita specialistica in un ambulatorio virtuale).

Realizzazione di un ambulatorio virtuale, inizialmente dedicato alla specialistica neurologica con

- la possibilità di esguire le seguenti prestazioni:
- Test di orientamento. · Test cognitivi di logica.
- · Test di realizzazione attività pratiche.
- Test di orientamento.



BIBLIOGRAFIA

Camera dei deputati, Provvedimento d.l. 77/2021 - Governance del PNRR e semplificazioni, 28 luglio 2021 Forum PA, Decreto Reclutamento PA, terzo pilastro del PNRR: ecco cosa prevede, 26 agosto 2021 Governo italiano, Piano nazionale di ripresa e resilienza "Italia domani





Gaetano Sirna, commissario straordinario - Raffaele Elia, direttore sanitario - Salvatore Torrisi, direttore amministrativo Riccardo Giammanco, direttore U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e Strategico Massimo lacono, direttore UOC Servizio informatico e Transizione Digitale Letizia Cannella, Program Manager Connected Care Giovanna Miceli, Emanuele Fidone, Simone Digrandi, Ufficio Comunicazione

Angelo Aliquò*, Paola Santalucia**

Introduzione

La Connected Care è un "ecosistema" per la salute disegnato attorno al cittadino/paziente che può usare piattaforme e strumenti digitali di servizi e informazioni. La Telemedicina favorisce la collaborazione tra tutti gli attori dell'ecosistema sanitario: dalla prevenzione fino alla cura e riabilitazione. (Paparella & Solvi, 2021)

Requisiti organizzativi

La realizzazione dei servizi digitali al cittadino e di Connected Care richiede di ripensare l'organizzazione in termini di governance delle tecnologie ed erogazione dei servizi per renderli fruibili ed efficaci. Per una piena adozione dei servizi digitali è essenziale un'azione di accompagnamento al cambiamento di tutta l'organizzazione che riguarda gli operatori sanitari ingaggiandoli fin dalle prime fasi di progettazione e predisponendo un adeguato piano formativo per l'utilizzo degli strumenti digitali a supporto della loro attività.

User experience e user interface

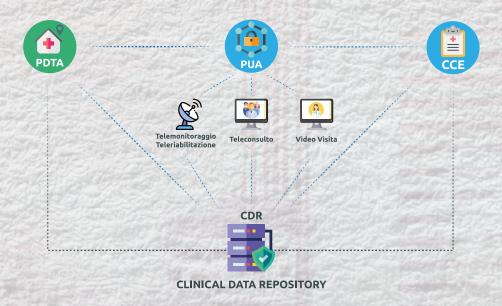
La realizzazione dei servizi digitali e di Connected Care è effettuata sulla base di un approccio human-centred, che massimizza la user experience del cittadino/paziente nell'interazione per la fruizione dei servizi digitali. Essenziale è la co-progettazione delle interfacce delle soluzioni digitali utilizzando gli strumenti che verranno sviluppati e/o evoluti dall'Azienda. Un'esperienza semplice per l'utente e un primo passo verso la sua soddisfazione, abituato a fruire di servizi digitali al di fuori della salute (cibo, viaggi, e-commerce, ecc.). Importante sarà testare le soluzioni con gli utenti in modo interattivo. Nella fase di Service Design, strettamente legato alla user experience, dovrà essere posta attenzione alla comunicazione verso il cittadino/paziente, anche con modalità innovative e più immediate su temi legati al trattamento dei dati personali e sanitari. Altri tipi di oggetti coinvolti sono le informazioni, che sono viste come un tipo specifico di servizio (erogato in digitale). Pertanto, entrambi i tipi di concetti appartengono a una idea di servizio più generale e, in un ecosistema di servizi digitali, riducono al minimo le interfacce per l'utente e consentono, con semplicità, la ricerca di tutte le informazioni che gli occorrono per agevolare l'utilizzo dei servizi stessi.

*Direttore Generale dal 2019 al giugno 2022 **Program Manager Connected Care fino a luglio 2022

INTEGRAZIONE CONNECTED CARE - COT



IL MODELLO **CONNECTED CARE - ASP DI RAGUSA**



Conclusioni

La realizzazione della Connected Care è un progetto ambizioso e ampio che non si limita ai processi di cura e al perimetro della Telemedicina, ma si estende all'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari (PUA e COT) e ai percorsi di cura tra ospedale e territorio (PDTA).

Sede Legale Piazza Igea n. 1 - 97100 Ragusa













L'uso appropriato della risonanza magnetica del rachide lombo-sacrale in caso di lombalgia nelle prime sei settimane in assenza di segni/sintomi di allarme

Raccomandazione Choosing Wisely: NON ESEGUIRE RISONANZA MAGNETICA (RM) DEL RACHIDE LOMBOSACRALE IN CASO DI LOMBALGIA NELLE PRIME SEI SETTIMANE IN ASSENZA DI SEGNI/SINTOMI DI ALLARME (SEMAFORI ROSSI O RED FLAGS).

Direttore Generale ASP Ragusa, Angelo Aliquò - Direttore Sanitario ASP Ragusa, Raffaele Elia Responsabile UOS Qualità Rischio Clinico, Giovanni Ruta - UOS Rischio Clinico, Chiara Dieli Direttore Dipartimento Area dei Servizi Francesco Floridia – Direttore Dipartimento Geriatrico Riabilitativo Sara Lanza Ufficio Comunicazione Giovanna Miceli - Emanuele Fidone

Introduzione

L'esame viene prescritto abitualmente al primo mal di schiena o sciatalgia, spesso in assenza di un trattamento conservativo fisico e medico. Se non sono presenti gravi sintomi di tipo neurologico o sistemico, la RM lombosacrale in caso di lombalgia e sciatalgia sia acuta sia cronica **non è indicata di routine** ma deve essere presa in considerazione solo in caso di sintomi resistenti a terapia fisica e medica per almeno 6 settimane. In caso di negatività non deve essere ripetuta prima di 24 mesi.

In assenza di segni/sintomi di allarme per lesione o compressione midollare (semafori rossi o red flags) rilevati dalla storia clinica e/o dall'esame obiettivo, l'utilizzo di RM e di altre tecniche di diagnostica per immagini almeno nelle prime 6 settimane non modifica l'approccio terapeutico, ma può portare alla scoperta di reperti incidentali, a ulteriori esami e a interventi chirurgici non necessari.

Obiettivo

- >> Appropriatezza della prescrizione della risonanza eseguita al primo segnale d'allarme causato da una lombalgia;
- >> Riduzione delle liste d'attesa per i pazienti che necessitano di risonanza;
- >> Subordinare l'esame ad un preliminare esame radiografico di primo livello.



Perché la prestazione è inappropriata?

Spesso il paziente:

- >> Non completa la terapia farmacologica prescritta, quindi non ha ancora avuto beneficio e continua ad avere ancora il sintomo;
- >> Vuole sapere "cosa ha", ma non ha intenzione di ricorrere ad operazioni e indagare oltre;
- >> Pensa che la Risonanza sia un esame dirimente ed, una volta eseguito, possa alleviargli il dolore.

Questo approccio individualistico e spesso egoistico:

- >> Toglie la possibilità ad un paziente che ne avrebbe necessità ai fini dell'iter di cura;
- >> Non comporta alcun beneficio nei pazienti che dovrebbero prima completare il farmaco prescritto dal medico e successivamente sottoporsi ad un esame di primo livello.

Infatti, a dimostrazione di ciò, SPESSO L'ESITO DELL'RMN NON VIENE NEANCHE RITIRATO DAL PAZIENTE PERCHÈ NEL FRATTEMPO HA TRATTO BENEFICIO DALLA TERAPIA FARMACOLOGICA ESEGUITA.

Conclusioni

Affidiamoci alla professionalità del medico di famiglia e alle terapie che prescrive.

Piuttosto che ricercare a tutti i costi l'esame che "secondo noi" potrebbe essere più utile senza un'evidenza scientifica, chiediamo al nostro medico:

- 1. Ci sono alternative più semplici e sicure?
- 2. Quali sono i benefici ed i rischi?
- 3. Con quali probabilità possono verificarsi?
- 4. Cosa succede se non faccio nulla?
- 5. Cosa posso già fare io per la mia salute?

Perchè spesso *"fare di più non significa fare meglio".*









La governance della Direzione Medica di Presidio nel reengineering *DUAL USE* dell'Ospedale "R. Guzzardi" in corso di pandemia Covid-19: ripresa e rilancio dell'attività chirurgica.

AUTORI: Dimarco S. °, Midolo A. °, Barbarossa C. °, Giarratana A. **, Fiorentino D.§, Drago G. *

° Servizio Infermieristico - Direzione Medica - P.O. "R. Guzzardi" di Vittoria - ASP Ragusa
*Direttore Medico - Direzione Medica - P.O. "R. Guzzardi" di Vittoria - ASP Ragusa
**Dirigente Medico - Direzione Medica - P.O. "R. Guzzardi" di Vittoria - ASP Ragusa
§ Logopedista/Tirocinante - Magistrale in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie - Università degli Studi di Messina

PAROLE CHIAVE: Reengineering; Rilancio attività chirurgica; Resilienza.

INTRODUZIONE

Una delle lezioni che si possono trarre dall'emergenza pandemica è che l'ospedale del futuro dovrà essere un *ecosistema resiliente al cambiamento*, capace di proteggere la salute degli utenti sulla base delle esigenze socio-economiche, ambientali ed epidemiologiche, mitigando il rischio di collasso del sistema, attraverso mirati protocolli di governance. In Italia, l'impatto indiretto della pandemia ha determinato, nel 2020, rispetto al 2019, una riduzione del 17% dei ricoveri di cui il 52,4% medici e il 47,6% chirurgici. Il 42,6% si riferisce a prestazioni urgenti mentre il 57,4% a ricoveri programmati. Scopo dello studio è stato valutare la resilienza del P.O. "Guzzardi" di Vittoria (ASP Ragusa) in epoca pandemica nel raggiungimento degli obiettivi-esito per le prestazioni chirurgiche.

MATERIALI E METODI

Studio osservazionale retrospettivo relativo al triennio 2019-21. Sono stati confrontati i dati relativi ai volumi di attività chirurgica delle UU.OO. chirurgiche degli OO.RR. di Vittoria-Comiso del biennio 20-21 con quelli del 2019. Fonte dei dati sono stati il *software* WebSanity e la piattaforma Ormaweb.

RISULTATI

La prima fase è stata l'analisi dei processi da sottoporre a reingegnerizzazione, alla luce dei vincoli strutturali, per agevolare il process reengineering ed improvement nella riconversione delle strutture/UU.OO. e dei percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali, con monitoraggio degli interventi intrapresi e della ripresa dei volumi di attività assistenziale, nello specifico dell'attività chirurgica urgente e programmata, secondo un approccio *Dual Use* (Fig.1). Contemporaneamente si procedeva al potenziamento delle misure di sanificazione, sorveglianza sanitaria e formazione del personale. Da un punto di vista strategico, le caratteristiche edilizie dello scorso secolo del Pad. A del P.O., sono state un vantaggio consentendo di adibire 1 Sala Operatoria e 2 PL postchirurgici solo a pazienti sospetti/confermati Covid19, garantendo la creazione funzionale di percorsi separati senza ricadute negative sulla chirurgia in urgenza per i pazienti non-Covid19. Dal confronto dei dati relativi ai volumi di attività chirurgica nel 2020 (n. 2340), rispetto a quelli del 2019 (n. 6370) si evince una riduzione del 63% ed un successivo rilancio dell'attività chirurgica pari al 64% nel 2021 (n. 6453) superando i volumi del 2019. (Fig.2)

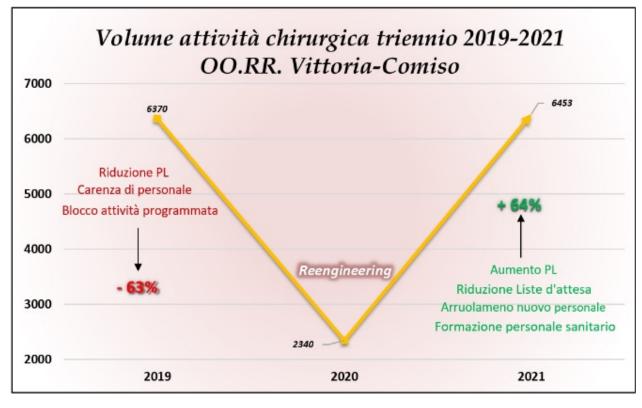


Figura 2. Reengineering e rilancio attività chirurgica – OO.RR. Vittoria-Comiso

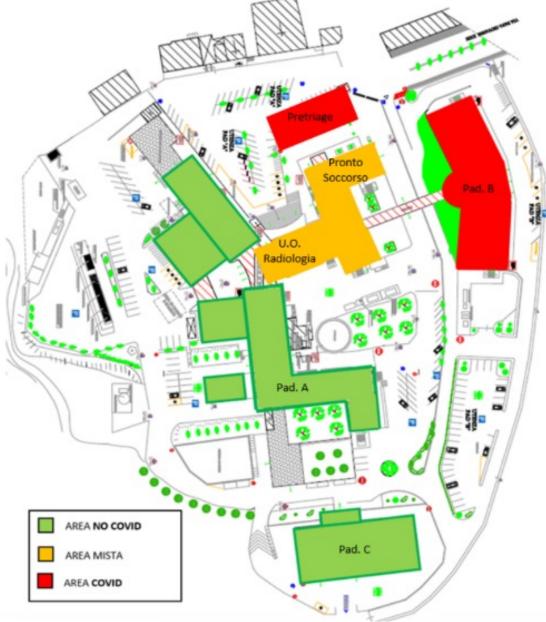


Figura 1. Planimetria Ospedale "R. Guzzardi" di Vittoria - DUAL USE

CONCLUSIONI

Dall'analisi dei dati relativi ai volumi dell'attività chirurgica, incrociandoli con quelli della letteratura, è emerso che tutto l'assetto organizzativo-assistenziale del P.O. "Guzzardi", in un contesto di scarsità di risorse umane e limiti strutturali, ha dimostrato flessibilità di risposta dell'intero ecosistema ospedaliero ai diversi scenari epidemici susseguitisi, attraverso una gestione dell'emergenza Covid19 che garantisse l'erogazione dell'assistenza sanitaria per tutte le attività, programmate e in urgenza, con il raggiungimento e mantenimento degli obiettivi-esito della Regione Sicilia.

BIBLIOGRAFIA

- Report Osservatorio GIMBE 1/2021 Impatto della pandemia COVID-19 sull'erogazione di prestazioni sanitarie
- ANALISI DELLA CAPACITÀ DI RESILIENZA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE NELL'ANNO 2020 - Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali (AGENAS), in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna
- Report Programma Nazionale Esiti (PNE), Ed. 2021