

fficina delle Idee

IL CAMBIAMENTO NASCE DAI PROFESSIONISTI

TEMA LIBERO

SUD ITALIA

*Abruzzo, Calabria, Campania,
Molise, Puglia*



LA PRESA IN CARICO DELLA FRAGILITÀ SUL TERRITORIO: I PERCORSI INTEGRATI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE NELLA RETE DEI SERVIZI SOCIALI E SANITARI

Stefano Greco¹, Valerio Filippo Profeta¹, Niccolò Persiani², Santa De Remigis³, Guido Angeli⁴, Dimitrios Kaliakoudas⁵, Eleonora Sparvieri⁶, Guglielmo Bonaccorsi⁷, Chiara Lorini⁷, Patrizio Zanobini⁷, Marco Del Riccio⁷, Martina Giusti², Maurizio Di Giosia⁸

¹ Dipartimento di Assistenza Territoriale, ASL Teramo; ² Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze; ³ U.O.C. Anestesia e Rianimazione P.O. Teramo, ASL Teramo; ⁴ U.O.C. Direzione Medica e Gestione Complessiva P.O. Teramo, ASL Teramo; ⁵ U.O.S.D. Assistenza Consultoriale, ASL Teramo; ⁶ U.O.C. Medicina Interna P.O. Atri, ASL Teramo; ⁷ Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze; ⁸ Direttore Generale, ASL Teramo

Introduzione

Il progressivo invecchiamento della popolazione abruzzese, con conseguente aumento di anziani fragili e co-morbosi e quindi di cittadini con elevato bisogno assistenziale, porta a un importante incremento della domanda di servizi territoriali. Nel 2021 la Regione Abruzzo, in collaborazione con l'Università di Firenze, ha ricevuto un finanziamento ministeriale ("Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti alla sperimentazione di strutture di prossimità e relativa scheda di progetto" Art.1, comma 4bis, Legge n.77 del 17 luglio 2020) ad hoc per la realizzazione della sperimentazione biennale "La presa in carico della fragilità sul territorio: i percorsi integrati di continuità assistenziale nella rete dei servizi sociali e sanitari". La ASL di Teramo è stata identificata dalla Regione Abruzzo come realtà capofila vista l'esperienza maturata nell'ambito delle dimissioni protette.



Materiali e Metodi

Gli strumenti innovativi in dotazione ad AgICOT sono:

- Il **Progetto di Vita**, documento che raccoglie, in ottica multidisciplinare, valutazioni cliniche, assistenziali, sociali, psicologiche e linguistico-comunicative relative all'assistito, per la formulazione di un progetto di cura e assistenza, che ne garantisca la piena presa in carico;
- Il **Budget di Salute**, sommatoria di tutte le risorse sanitarie, sociali e relazionali messa a disposizione da Asl, Enti Locali ma anche Terzo Settore e famiglia per l'attuazione del Progetto di Vita.

Questi strumenti saranno raccolti all'interno di un **portale digitale dedicato** che fornirà un quadro informativo completo della condizione di socio-sanitaria dell'assistito per la strutturazione di un percorso che lo accompagni attraverso un continuo monitoraggio degli esiti degli interventi realizzati. Il monitoraggio delle attività sarà realizzato mediante un set di indicatori di processo e outcome dedicati, che permetteranno inoltre l'implementazione di azioni migliorative sia di ambito assistenziale che organizzativo. Il rinnovamento organizzativo è sostenuto con un percorso formativo dedicato, teorico e pratico, dei gruppi multi professionali direttamente interessati nelle attività delle AgICOT, individuati coerentemente con gli ambiti territoriali di riferimento dei DSS della ASL di Teramo.



Obiettivi

- Potenziare l'integrazione ospedale-territorio, attraverso l'istituzione di **Agenzie di Continuità e Integrazione Ospedale Territorio (AgICOT)** in ognuno dei n.5 Distretti presenti nel territorio della ASL di Teramo. Esse hanno il compito di rappresentare una struttura di collegamento tra ospedale, territorio e domicilio dell'assistito, identificato in questo progetto come **soggetto fragile e over 65**, e di programmarne la futura assistenza tramite strumenti dedicati.
- Formare una rete di assistenza e collaborazione, una comunità di pratica con formazione e strumenti in comune, che includa i professionisti sanitari operanti sia sul territorio, inclusi i Medici di Medicina Generale (MMG), che negli ospedali, e che possa garantire una presa in carico completa dell'anziano fragile.
- Creare un set di indicatori di processo e di outcome che possano monitorare le attività delle AgICOT per eventualmente attuare azioni migliorative.

Risultati e Conclusioni

Le AgICOT si fanno carico della presa in carico del percorso assistenziale socio-sanitario dell'anziano fragile e della realizzazione e monitoraggio del Progetto di Vita e del Budget di Salute, oltre che di una loro eventuale rivalutazione in caso di bisogno per garantire la risposta giusta e al momento giusto nel posto giusto. Il primo risultato atteso è la migliore integrazione ospedale-territorio nonché territorio-ospedale e territorio-territorio a sostegno dell'anziano fragile, con la garanzia di un supporto socio-sanitario continuativo nel tempo. Nel medio-lungo periodo si auspica invece che le AgICOT diventino un riferimento per i bisogni assistenziali dell'anziano fragile per l'intera Comunità. L'integrazione delle risorse sanitarie e sociali, con la produzione del Budget di Salute, e la realizzazione del Progetto di Vita personalizzato e aggiornato, rappresenta lo strumento caratteristico di queste Agenzie, che possono giocare un ruolo di riferimento per i bisogni assistenziali dell'anziano fragile all'interno della Comunità.



Bibliografia

1. Legge n.77 del 17 luglio 2020
2. https://www.istat.it/it/files//2022/03/Censimento-della-popolazione-in-Abruzzo_focus.pdf



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE





S.I.C.A.D.S.

TELEMEDICINA E DAY SURGERY APPROCCIO INNOVATIVO ALLA PRATICA CLINICA

Annalisa Corrado*, Adriana Mazzocchi**, Angela Donadio **, Paola Ciarma **, Mara Paolone **, Cinzia Tatangelo**, Marina De Sanctis**, Enzo Monteferrante **
*Blocco Operatorio, **UOSD Day Surgery Ospedale "Spirito Santo" Pescara



OSPEDALE "SANTO SPIRITO"
AZIENDA USL PESCARA
U.O.S.D. DAY SURGERY

Introduzione

La pandemia per la telemedicina ha rappresentato un acceleratore senza precedenti; il contesto d'emergenza ha costretto a ripensare l'organizzazione del SSN e a definire ruoli e responsabilità di tutti gli attori coinvolti.

Nel dicembre 2020 in seguito all'Accordo Governo e Regioni¹ vengono emanate le "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina". La Telemedicina è utile per migliorare i servizi sanitari in favore di persone affette da patologie o condizioni che per gravità del percorso clinico, per diffusione tra la popolazione e/o per impegno economico, siano di rilievo per la governance del SSN. "Esempi tipici sono le patologie cardiovascolari, respiratorie, endocrinologiche, le patologie autoimmuni, le malattie rare, le malattie psichiatriche, la disabilità, **le condizioni cliniche di interesse chirurgico che necessitano di particolari attività diagnostiche in preparazione dell'intervento e/o di specifiche procedure di controllo del decorso post-operatorio**"



Metodologia



Presso UOSD di DS multidisciplinare abbiamo selezionato 8 pz, ASA 1/2, affetti da ernia inguinale, sottoposti in anestesia locale ad intervento di plastica con protesi e a sutura riassorbibile della ferita. Nella fase di dimissione si informava il pz o il familiare/care-giver dell'opportunità di effettuare la visita di controllo mediante Televisita.

I pz sottoscrivevano l'adesione alla procedura e dichiaravano la disponibilità al contatto telematico per la interazione documentale/informativa con il chirurgo ed accedere ad un sistema di comunicazione remota secondo le tecniche e le normative vigenti. Il collegamento sarebbe stato effettuato in tempo reale tale da vedere ed interagire direttamente con il paziente.



Risultati

Tra i pz selezionati, 2 hanno rifiutato per difficoltà ad eseguire il collegamento per indisponibilità della tecnologia e difficoltà di utilizzo. Un pz, quando è stato contattato a una settimana per concordare l'appuntamento della Televisita rifiutava preferendo la visita in presenza.

In 5 pz la Televisita è stata portata a completamento con esito positivo, in un solo pz si è concordato un ulteriore controllo a 4 giorni sempre mediante Televisita. Il chirurgo che ha effettuato la Televisita ha redatto la relazione clinica che è stata inserita in cartella clinica e in copia inviata al pz.



Conclusioni

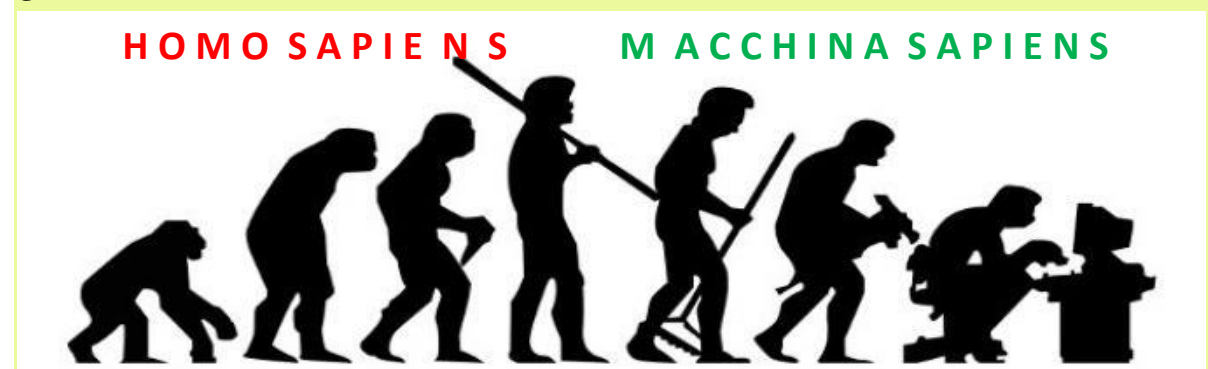
I vantaggi della Telemedicina: possibilità di seguire i pazienti in isolamento; risparmio di tempo (spostamenti, sala d'attesa; risparmio economico; tracciabilità dei dati; riduzione barriere di accesso (per gli abitanti di zone rurali); maggiore possibilità di gestione autonoma della propria salute da parte dei pazienti.

I limiti attuali sono: arretratezza della cultura digitale degli operatori sanitari e dei pazienti; organizzazione dei servizi arretrati e non in rete; limitata affidabilità e validità dei dispositivi; mancata integrazione delle reti tra diversi ambiti sanitari; aspetti etici e regolatori ; scarsi investimenti

La Televisita, comunque è fattibile ed è uno strumento utile in particolare se applicata al setting di Chirurgia Breve.

La medicina non potrà mai essere soltanto virtuale né affrontabile solo con sensori o algoritmi. Si auspica che la tecnologia non cambi la medicina ma che il sistema valoriale della medicina moduli la tecnologia.

L'Intelligenza Artificiale non deve essere subita o peggio ignorata ma deve essere governata



Bibliografia

1. Conferenza Stato Regioni " indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazione di telemedicina " repertorio atti n 215/CSR 17 dicembre 2020
2. Health information technology and digital innovation for national learning health and care systems , Sheikh A et al Lancet Digital Health 2021; 3:E383



1 Dipartimento di Medicina clinica, sanità pubblica, scienze della vita e dell'ambiente (MeSVA); Università degli Studi dell'Aquila; 2 Dipartimento di Assistenza Territoriale, ASL Teramo; 3 Direttore Generale, ASL Teramo; 4 Direttore Scuola di Specializzazione Medica in Igiene e Medicina Preventiva; Dipartimento di Medicina clinica, sanità pubblica, scienze della vita e dell'ambiente (MeSVA); Università degli Studi dell'Aquila

Obiettivi

 **ASL
TERAMO**
www.aslteramo.it

U.C.A.T.
Coordinatore Dott. Giandomenico Pinto

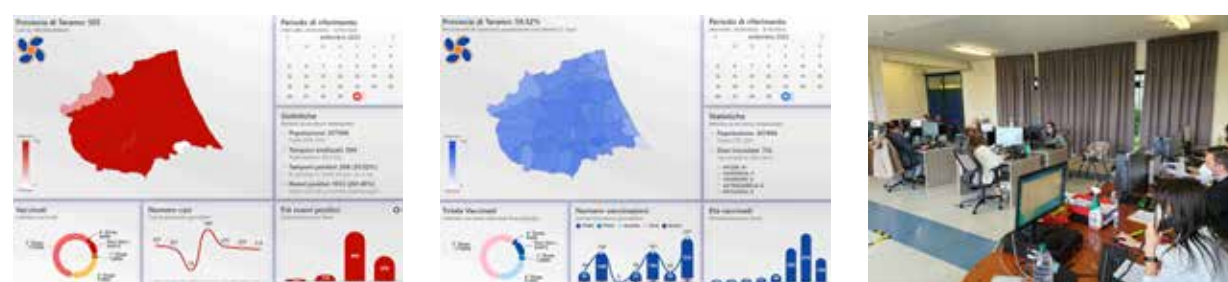
UNITA' DI COORDINAMENTO DI ASSISTENZA TERRITORIALE
NUMERO UNICO EMERGENZA COVID
0861/420699

Risultati e Conclusioni

Fondamentale è stata la completa informatizzazione, sia di tutto il percorso assistenziale che del monitoraggio dell'andamento epidemiologico, anche attraverso lo sviluppo di un software appositamente progettato e condiviso con i 47 Sindaci della Provincia, la Prefettura e la Direzione Generale della ASL. Tale software, attraverso l'accesso con chiavi dedicate, permette di visionare e analizzare la situazione di tutta l'utenza, residente nei territori di competenza, che si trovi in stato di sorveglianza sanitaria.



L'istituzione dell'U.C.A.T. è stata l'esempio di come si possa integrare l'organizzazione dell'assistenza primaria con le attività di prevenzione, anche attraverso l'ausilio dell'informatizzazione dei sistemi, garantendo alla popolazione risposta completa ai propri bisogni, anche e soprattutto in una situazione emergenziale in cui è necessario rapido ed esaustivo riscontro. L'U.C.A.T. ha guidato un processo di riorganizzazione dell'assetto aziendale, sia a livello ospedaliero che territoriale, evidenziando la capacità di resilienza che può caratterizzare una struttura complessa come quella di un'azienda sanitaria e definendo la ASL di Teramo punto di riferimento nel panorama regionale in ordine alla capacità di reperimento di posti letto dedicati, al numero di tamponi effettuati, alla gestione della campagna vaccinale e alla capacità di fornire risposte adatte ai bisogni della popolazione in un periodo così delicato come quello dell'emergenza pandemica.



La carenza di elio ed i nuovi scanner RM helium-free: prima analisi

Alfonso Maiolino (1) , Lorenzo Malatesti (2), Fabiola De Franco (1)

1 Azienda Ospedaliera “SS. Annunziata” – Cosenza

2 ASL Toscana sud est PO Arezzo

Introduzione

L'elio è un gas criogeno utilizzato negli scanner di risonanza magnetica al fine di mantenere costante la temperatura all'interno della camera in cui è contenuto un materiale superconduttore, che per effetto Meissner andrà a produrre un campo magnetico. I magneti vengono raffreddati a meno 269 gradi Celsius (° C): il fatto che l'elio abbia i punti di ebollizione e fusione più bassi di tutti gli elementi chimici - l'elio in forma liquido è l'unico elemento che non solidifica abbassando la sua temperatura - è ciò che lo rende così insostituibile in questo settore. La camera contenente elio liquido è a sua volta immersa in un'ulteriore camera di isolamento termico denominato criostato contenente azoto nei vecchi sistemi o dewar raffreddati da un sistema di crio refrigerazione a testa-fredda di tipo Clifford – McMahon (GM) nei nuovi sistemi, al fine di mantenere costante la temperatura all'interno della camera ad elio ed evitare dispersioni termiche. Infatti la camera principale è circondata dalle due lamine del criostato, ognuno ad una diversa temperatura, che comunicano col sistema di crio refrigerazione e, grazie all'azione continua di un compressore (per valori compresi tra i 10 ed i 30 bar), mantiene costanti sia il rapporto tra stato liquido e gassoso dell'elio sia i valori di temperatura garantendo la massima stabilità del sistema. Quando viene superata la temperatura soglia critica per la superconduzione, la dissipazione del calore può provocare una transizione da stato superconduttivo a stato normale con trasformazione dell'energia magnetica in calore. In questa condizione l'elio tende ad espandersi e a passare dallo stato liquido allo stato gassoso durante il cosiddetto quenching del sistema: quando questo accade, la corrente circolante viene rapidamente dissipata e il magnete cessa di funzionare. Nel corso di un quench, l'espansione dell'elio fa sì che una quantità eccessiva del gas passi allo stato gassoso nella zona denominata spazio-testa dove è già presente una certa quantità di elio in fase di equilibrio di stato liquido gassoso; questo equilibrio di fase è di norma regolato da una valvola di quench che, in condizioni normali, veicola parte dell'elio allo stato gassoso verso una camera di riliquefazione presente nel locale tecnico. L'eccesso di gas non permette più alla valvola di bilanciare la pressione mandando il sistema fuori controllo. La presenza di un disco di rottura garantisce che una volta generata un differenza di pressione esso stesso rompendosi possa disperdere il contenuto del recipiente onde evitarne l'esplosione con conseguenze catastrofiche. Essendo l'elio molto più leggero dell'aria va verso l'alto e si stratifica dal soffitto verso il basso, passando dallo stato liquido (-269° C) alla temperatura ambiente, provocando congelamento dei tubi e rischio di danni simili a ustioni per chi si trovi in prossimità. Il tenore di ossigeno nell'ambiente può così scendere dal normale 20,9% al 18-16% che rappresenta la soglia al di sotto della quale si iniziano ad avere seri problemi di insufficienza respiratoria fino all'asfissia. Per questi motivi, vi è la necessità di far evaporare l'elio in ambiente atmosferico verso l'alto tramite un tubo, denominato tubo di quench, onde evitare pericolose situazioni. L'operazione di quenching è attivabile in situazione di potenziale pericolo per i pazienti o per il personale sanitario oppure può essere innescata spontaneamente dal sistema durante particolari situazioni.

Materiali e metodi

Si prenderà in considerazione lo scanner RM “helium free” Philips Ambition X 1.5 T con magneti BlueSeal, i magneti convenzionali e quelli con sistema zero boil-off. In Italia, il nuovo magnete helium free è ancora poco diffuso: si contano infatti poche installazioni ma si sta diffondendo rapidamente per le sue particolari caratteristiche. I nuovi magneti utilizzano una nuova tecnologia di micro-raffreddamento ad alta efficienza che richiede solo 7 litri di elio liquido, invece dei 1500-2000 utilizzati dai magneti tradizionali e zero boil-off. Questa piccola quantità di elio liquido viene inserita nel magnete e completamente sigillata durante la produzione, racchiudendo il prezioso gas per il resto della sua vita utile in unione con l'effetto di compressione citato nel paragrafo precedente. Le bobine intrinseche del magnete si trovano nel vuoto invece che nel recipiente dell'elio e sono raffreddate da tubi di raffreddamento collegati termicamente alle bobine magnetiche. L'elio circola per gravità e viene raffreddato dalla testa fredda. Essendo il gas elio freddo più denso e più pesante del gas di elio caldo, esso scende verso il basso e si muove attraverso i tubi di raffreddamento lungo la sezione della bobina superconduttiva. Mentre assorbe calore da questa bobina, il gas si riscalda leggermente, si espande e diventa più leggero. Come conseguenza, il gas elio sale ed entra in contatto con la testa fredda, dove viene raffreddato. L'elio liquido difficilmente andrà a fuoriuscire, anche nella eventualità che venga meno la tenuta ermetica del magnete, la fuoriuscita di una quantità trascurabile di elio non influirebbe in modo sostanziale sul livello di ossigeno presente nella sala. Con i magneti convenzionali e zero boil-off, è necessario installare lunghi tubi di evacuazione dell'elio per far fronte ai requisiti di sicurezza e convogliare l'elio a uno scarico esterno in caso di quench del magnete. Sia nei magneti tradizionali che in quelli di tipo zero boil-off, dopo il quenching del sistema, occorreranno diversi giorni (circa una settimana) per le operazioni di “scongelo” del tubo di quench e altrettanto tempo per il refill dell'elio e il ripristino del campo magnetico statico, con evidenti disagi per quanto riguarda il flusso di lavoro del reparto RM. I magneti helium free non necessitano di tubi di evacuazione poiché l'elio è sigillato ermeticamente all'interno del sistema, riducendo notevolmente i costi di realizzazione delle nuove installazioni. In caso di quench, l'elio non andrà a fuoriuscire ma rimane sigillato all'interno del magnete in forma gassosa grazie ad un particolare sistema brevettato dalla casa costruttrice. In questo modo, sarà possibile ripristinare il sistema in pochi giorni, senza portare particolari problemi al flusso di lavoro. Altro vantaggio è il peso: i nuovi magneti arrivano a pesare sui 2300 chilogrammi (kg) rispetto a quelli tradizionali (3000-4500 kg). L'installazione risulta pertanto semplificata, si riduce la necessità di adattare la pavimentazione e si abbassano ulteriormente gli altri costi dei lavori di edilizia. I nuovi magneti helium free abbattano inoltre i costi inerenti al rabbocco (refill) dell'elio nel corso della vita media di una sistema RM ad alto campo. In Italia, secondo i rapporti INAIL del 2017 (1), la vita media dei tomografi RM attesa è pari a poco più di 11 anni, oscillando però dai 13 anni dei tomografi installati nelle strutture pubbliche ai circa 9 di quelle private. Il refill dell'elio è necessario dopo gli eventi di quenching o ad una diminuzione del livello del gas all'interno dello stesso in caso di malfunzionamento del sistema di raffreddamento. Qualora i sistemi di raffreddamento e di compressione funzionino a regime e non vi siano danni o malfunzionamenti, nei sistemi convenzionali, l'elio che verrà “perso” dal sistema in maniera del tutto naturale è di circa 1 punto percentuale al mese rispetto al riempimento totale; nei sistemi zero boil off invece la perdita di elio è nulla, tuttavia, se vi fosse un malfunzionamento del chiller o del compressore, la perdita di elio sarebbe di circa 2 punti percentuali al di e qualora si scendesse sotto il 30% di gas all'interno del sistema vi sarebbe un quenching spontaneo. Il rabbocco dell'elio non è un'operazione semplice e priva di rischi: durante il trasporto del dewar di elio sino al sito RM, si può correre il rischio di un'esplosione provocata dall'eccessivo scuotimento e/o chiusura dei condotti di sfogo. Durante il travaso inoltre, è possibile la formazione di ossigeno liquido sul tubo a sifone, con conseguente pericolo di esplosione o incendio. I costi di gestione e di refill dell'elio vanno quindi ad concorrere ad un aumento delle spese: esse possono raggiungere i 40.000 euro ad intervento (non considerando eventuali eventi di quenching che farebbero aumentare la cifra).

Risultati e discussione

La carenza di elio è da circa 15 anni un problema fondamentale per realizzare dispositivi come le macchine per la risonanza magnetica (RM). Ciò in quanto un sistema superconduttore classico RM ad alto campo 1.5 Tesla (T) ha bisogno di circa 1500-2000 litri di gas per il mantenimento costante della temperatura e periodicamente può necessitare di un refill. Per questi motivi, il 20% dell'elio consumato nel mondo viene usato per la RM. Data quindi la carenza, il suo costo negli ultimi anni è aumentato del 400%. Nel futuro prossimo, si avranno sempre più problemi a costruire o sviluppare nuovi scanner RM, in quanto l'elio rischia di diventare una risorsa rara e sempre più preziosa. L'attuale situazione a livello globale che riguarda il conflitto tra Russia ed Ucraina, con il conseguente aumento dei prezzi di gas, diminuzione di rifornimento dello stesso da parte della Federazione Russa e le sanzioni dei paesi dell'Unione Europea e Stati Uniti, si sta anche ripercuotendo sul mercato dell'elio: infatti è Gazprom (multinazionale russa attiva nell'estrazione e vendita del gas naturale) che promette di sviluppare le maggiori risorse, compensando (insieme al Qatar) il crollo delle forniture dagli Stati Uniti (in passato paese leader). Anche la crescente dipendenza dal Qatar espone a possibili interruzioni dell'offerta: è già successo, quando Doha è stata colpita dall'embargo economico saudita e ha dovuto cercare vie alternative per esportare. E potrebbe succedere ancora, in caso di attentati o altri incidenti nel Golfo Persico. L'elio nell'universo è presente ovunque - solo l'idrogeno è più diffuso - ma sulla Terra è raro, o meglio, è difficile e costoso da ricavare, conservare e trasportare. Lo si trova (in basse concentrazioni, spesso inferiori allo 0,5%) nei giacimenti di gas naturale. Ma il fracking, con cui si estrae lo shale gas, impedisce di separarlo. E negli USA i giacimenti convenzionali che oggi producono elio sono in declino in quanto il crollo delle forniture dipende soprattutto dall'esaurirsi delle scorte strategiche che Washington aveva accumulato per scopi militari fin dalla Prima guerra mondiale, ai tempi dei dirigibili, e che nel 1996 aveva deciso di liquidare. La domanda è stata così forte da far impennare il prezzo del 135% a 280 dollari per mille piedi cubi. Ma i consumatori finali è probabile che paghino dieci volte di più, afferma uno studio di Edison Investment Research(5).

Conclusioni

I nuovi sistemi RM che utilizzano una minore quantità di elio per il loro funzionamento concorrono all'abbattimento dei costi di gestione del magnete, minori rischi sul trasporto e sulle operazioni di ricarica del gas, maggiore elasticità sul posizionamento del tomografo in considerazione del minor peso dell'intero sistema con ulteriore abbattimento dei costi di assetto della pavimentazione e costi di edilizia. Inoltre, dopo eventuali quench del sistema, sarà possibile ripristinare lo stato precedente in pochi giorni senza fermare significativamente il flusso di lavoro del reparto RM. In considerazione soprattutto della carenza di elio sul pianeta, i nuovi magneti helium free porteranno ad un minore utilizzo del gas. Tutto ciò, senza inficiare la risoluzione delle immagini RM ed i tempi di acquisizione degli esami, andando quindi a prospettare un futuro più sostenibile anche nella diagnostica medica.



Acknowledgements

1. Caratterizzazione delle apparecchiature di risonanza magnetica installate in Italia, INAIL ISBN 978-88-7484-554-5, 2017
2. Philips Healthcare: <https://www.usa.philips.com/healthcare/resources/landing/the-next-mr-wave/sealed-mr-technology>
3. JR Campbell & associates, USGS
4. Chemical & engineering news, Volume 95 Issue 26, June 2017
5. https://www.edisongroup.com/wp-content/uploads/2021/05/Helium_report050521_final.pdf





Nuovi modelli pubblici assistenziali in ambito odontoiatrico

GIUSEPPE TOMAINO¹, VINCENZO D'ANTO²

1-Libero professionista, Direttore generale COT e PSM 2- Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Riproduttive e Odontostomatologiche, Università degli Studi di Napoli Federico II

INTRODUCTION

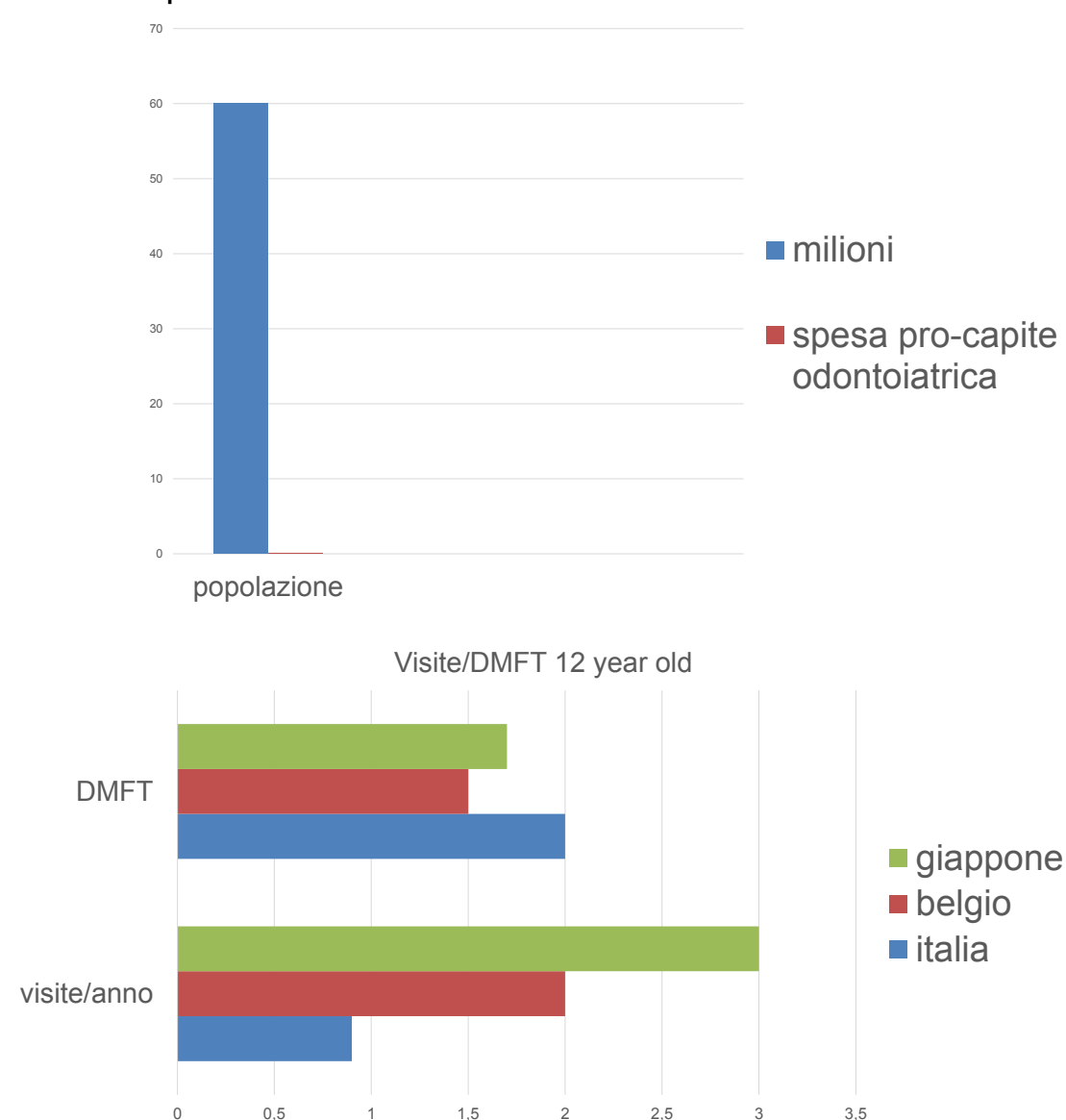
Il SSN assegna un ruolo sempre più marginale in termini di risorse economiche destinate al comparto assistenziale pubblico dell'odontoiatria, che si traduce inevitabilmente in un output generato in termini di produzione di salute relativamente scarso; risulta quindi evidente la stretta connessione tra la scarsa efficienza del Sistema con il conseguenziale peggioramento prognostico in termini di salute orale della popolazione italiana, specialmente nella fascia che esprime un livello socio-economico medio-basso o una alta vulnerabilità, tutto ciò anche alla luce delle prossime previsioni economiche impone una rapida riorganizzazione che passi anche per la progettazione di un innovativo ed attuale modello assistenziale che porti con sé una corposa "value proposition" multidirezionale. contrazione dell'offerta sanitaria odontoiatrica pubblica, crescita della domanda con modalità "out off pocket" LEA assenti e/o inadeguati in termini di assistenzialismo pubblico odontoiatrico, tutti questi fattori impongono lo sviluppo di un nuovo modello assistenziale integrato tra pubblico e privato che dovrà fondarsi su nuove regole accattivanti per i market player e vantaggiose per tutti gli stakeholder

METHODOLOGY

Sulla base della spesa sanitaria pro-capite in Italia pre-covid che per l'anno 2019 si attestava a 1925 euro si pensa di allocare 3,12% = 60 euro, distribuito equamente alla popolazione italiana ,escludendone appena il 3% riferibile alla fascia 0-5 anni che tipicamente non presentano dentatura permanente. Nello specifico attraverso la destinazione di tali risorse economiche il Cittadino potrà scegliere e nominare il proprio "odontoiatra di famiglia "il quale programma la visita di controllo annuale e esegue l'igiene orale professionale e propone i necessari trattamenti specialistici; l'attuazione di tale modello prevede l'istituzione di un registro ministeriale degli odontoiatri di famiglia, a cui tutti i 63 mila odontoiatri italiani potranno accedere al fine della presa in carico del Cittadino-paziente che ne faccia richiesta, numericamente programmata. Titolo abilitativo e P.I. sono requisiti necessari per l'iscrizione indipendentemente dal luogo di cura indicato dall' E.P.S.. L'allocazione di tali risorse si render possibile grazie alla soppressione di tutti i servizi di assistenza odontoiatrica territoriale ed ospedaliera, escludendo dalla misura i soli presidi assistenziali universitari e di ricerca. Un ulteriore nuovo modello assistenziale è previsto anche per le prestazioni pubbliche erogate in regime di day-surgery, dedicato tipicamente ai soggetti con vulnerabilità sanitaria, si adotta una formula assistenziale che impiega un modello di "extramoenia invertito", dove gli stessi odontoiatri di famiglia svolgono le attività specialistiche – chirurgiche - in regime di day-surgery direttamente all'interno dei blocchi operatori già in funzione presenti nei presidi ospedalieri pubblici e privati. Infine, si propone una forte premialità (rilascio di buoni) – per i redditi più bassi, esigibili le cure necessarie e di maggiore deducibilità – per tutti gli altri - viene riconosciuta ai cittadini che si sottopongono con regolare frequenza alle visite di controllo

RESULTS

I dati statistici dimostrano che una maggiore partecipazione attiva del paziente a sottoporsi con regolare frequenza ai controlli odontoiatrici di routine riduce l'incidenza della malattia cariosa. Tale conclusione può essere riportata anche per il miglioramento della patologia parodontale, in termini di miglioramento di indici di placca e sanguinamento. Tuttavia, un così sfavorevole rapporto tra numero di abitanti e risorse economiche investite in euro pro-capite impone una redistribuzione delle risorse con una strategia a medio-lungo termine come quella decritta.



CONCLUSION

Nelle dinamiche di un SSN sempre più orientate ai tagli di spesa, di contro la qualità di salute orale italiana sempre più minata, impongono delle scelte politiche/manageriali capaci di intravedere risultati di salute orale strategici nel medio e lungo periodo e che consentano con una minima allocazione di risorse economiche destinate alla spesa sanitaria pro-capite di atterrare all'interno dei bisogni di salute orale espressi ed inespressi dalla popolazione ,nell'ottica della prevenzione e di guadagno prognostico ,che porta con sé una forte declinazione sociale ,oltre che una vigorosa manovra economica a favore di un migliore posizionamento reddituale della categoria esercenti professioni sanitarie afferenti alla disciplina dell'odontoiatria, in forte aderenza al contrasto del lavoro nero e in atteggiamento positive con l' incremento dell' offerta di lavoro nel settore di pertinenza

ACKNOWLEDGEMENTS

International Dental Journal Eduardo Bernabè-Aubrei Sheiham, 2014
Odontoiatria 33 - Claudia Testoni, 2010
Quotidiano Sanità - Fulvio Campolongo, 2018
Odontoiatria 33 - Norberto Macagno, 2022



Non-technical skills in the operating room:
a review of the literature.

Antonio Assaiante AOU Federico II Napoli Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia

Abstract

NTS means a set of cognitive, social and personal skills that complement technical skills and contribute to the achievement of a safe, efficient and effective performance (Flin et al., 2003). The union between NTS and the fundamental core of Life Skills identified by WHO in 1993 led to the development of the La NTS model and its 17 competences. The last competence emotional intelligence seems to have an equal weight to all the other La NTS in the face of the strong impact it can have on health, quality of life, personal effectiveness and relationships. Emotional intelligence is defined by Massimo Ghini in the book Six Seconds as the ability to integrate thoughts and emotions to make decisions sustainable and optimizable..

Objective / Scope

Improving non-technical skills in the operating room leads to a reduction in surgical errors and an improvement in patient outcome...

Methodology

Through this study we intend to enhance the non-technical nursing skills in the operating room. The search must be carried out on the main search engine of the biomedical area (pubmed) to prepare a reference bibliography.

Results

Soft skills are essentials qualities in nursing. As for the communication must be clear simple polite and kind. The characteristics of good leadership must be inspired by the power effectiveness, efficiency and commitment Through teamwork you build good relationships you manage conflicts, you support team members through effective communication. Situational awareness occurs through anticipating and adapting to the surgeon's preferences. The decision-making process must pass between the comparison of the surgeons with the manager of the operating room.

Conclusion

From a qualitative and quantitative Norwegian study using a new technique called Delphi, it emerged that the non-technical skills of the circulating nurse are more complex and autonomous than the scrub nurse. In 2008 Lucy Mitchell produced a review of the literature which revealed that it would be appropriate to further investigate the non-technical skills important in the role of scrub nurses and it would be useful to design, train and develop them already during education. From a 2015 pilot study, intraoperative teamwork and communication were unrelated to overall patient care management. Separating non-technical and technical skills when teaching OR teamwork is artificial and can even be harmful, because such an approach could produce teams with excellent communication skills while unsuccessfully managing the patient.

Biography

Sirevåg, I., Tjøflåt, I., & Hansen, B. S. (2021). A Delphi study identifying operating room nurses' non-technical skills. *Journal of advanced nursing*, 77(12), 4935–4949. <https://doi.org/10.1111/jan.15064>

Mitchell, L., & Flin, R. (2008). Non-technical skills of the operating theatre scrub nurse: literature review. *Journal of advanced nursing*, 63(1), 15–24. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04695>

Phitayakorn, R., Minehart, R. D., Hemingway, M. W., Pian-Smith, M. C., & Petrusa, E. (2015). The relationship between intraoperative teamwork and management skills in patient care. *Surgery*, 158(5), 1434–1440. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2015.03.031>

Mitchell, L., Flin, R., Yule, S., Mitchell, J., Coutts, K., & Youngson, G. (2012). Evaluation of the Scrub Practitioners' List of Intraoperative Non-Technical Skills system. *International journal of nursing studies*, 49(2), 201–211. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.08.012>

Acknowledgements

I wanted to thank my family who in the vicissitudes of life, despite everything, remain close by believing in you..



Forum Risk Management

obiettivo sanità & salute



ESEMPIO DI INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA ALL' ASL NAPOLI 1 CENTRO

C. Musella*, E. De Vinco*, M.A. Parrillo**, V. Angelini**, N. Ferrise*, A. Rovere*, R. Ferri*, M. Corvino**

*UOC Coordinamento Attività Socio Sanitarie ASL Napoli 1 Centro

** Direzione Sanitaria ASL Napoli 1 Centro



INTRODUZIONE

L'impatto della crisi del Covid-19 sui sistemi sanitari ha dimostrato l'importanza di una garanzia piena, equa e uniforme del diritto alla salute su tutto il territorio nazionale ponendo il benessere della persona nuovamente al centro dell'agenda politica. Secondo l'O.M.S. per Salute s'intende "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza di malattia o infermità". La salute, pertanto, è da intendersi non come uno stato da preservare, ma come un divenire inarrestabile che percorre la vita intera delle persone. Le disuguaglianze sociali, la povertà, lo stato di disoccupazione, i bassi livelli di scolarità, l'appartenenza a minoranze etniche sono tutti fattori di rischio che agiscono come importanti determinanti di malattia e non possono restare estranei allo sguardo sanitario che invece deve essere integrato a quello sociale. L'integrazione socio-sanitaria e la sua gestione, nonostante la normativa vigente, non è ancora mai decollata realmente nel nostro paese, nella nostra regione e nella nostra città.

L'ASL Napoli 1 Centro, a tal proposito, ha inteso rafforzare, attraverso UOC Coordinamento Attività Sociosanitarie i rapporti tra il sanitario ed il sociale, tra ASL e Comune di Napoli e le reti associative, tra le competenze sanitarie e sociologiche, per ottimizzare risorse e competenze di ciascuno, innovando e potenziando i servizi territoriali, le progettualità e l'integrazione socio sanitaria *passando da programmi di cura a progetti di salute*. L'UOC Coordinamento Attività Sociosanitarie, su richiesta della Direzione Generale, in riferimento alla nota della Regione Campania 0322349 D.G. del 8/07/2020 e alla Circolare 0613984 del 23/12/2020 - attuazione Linee d'indirizzo, ha predisposto e messo in atto, in stretta sinergia con l'UOSD Cure Palliative domiciliari e l'équipe medica dell'USCA, per tutto il periodo di emergenza COVID e ancor oggi, un percorso sociosanitario a pazienti COVID. (Fig 2).

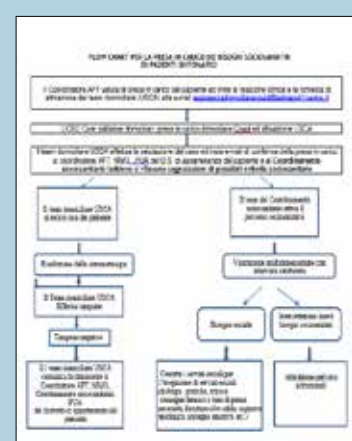
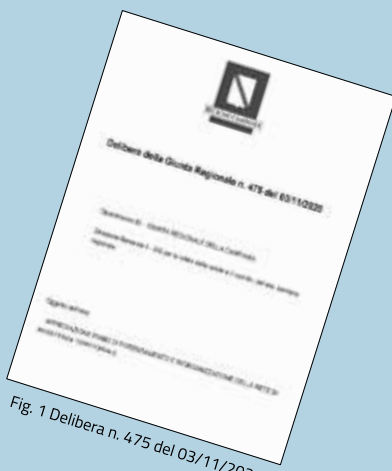


Fig. 2 Flow Chart per la presa in carico dei bisogni socio-sanitari di pazienti sintomatici

RISULTATI

Dal 16/12/2020 al 04/10/2022, sono stati presi in carico 6703 utenti (54% di sesso femminile 46% di sesso maschile) (Fig 4) appartenenti ai 10 distretti afferenti alla ASL Napoli 1 Centro, inviati dall'USCA ai quali sono state garantite risposte appropriate ed immediate rispetto ai bisogni emersi evitando ricorsi a prestazioni inappropriate e costose per il SSN. Gli utenti presi in carico hanno un'età compresa tra 1 anno (più giovane) e 105 anni (più anziano). (Fig. 5)

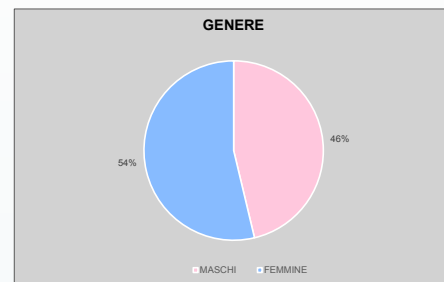


Fig. 4 Pazienti presi in carico distinti per sesso

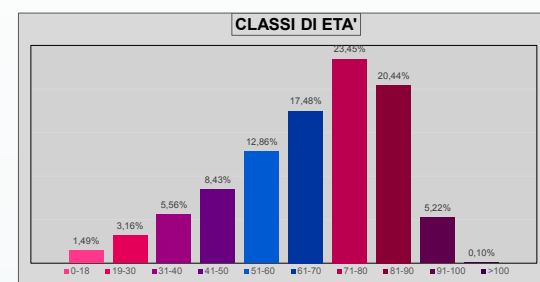


Fig. 5 Pazienti presi in carico distinti per età

Il principale bisogno emerso è quello **sanitario (39.95%)**, (interventi medico/infermieristici, indicazioni terapeutiche fornitura/consegna di presidi medici). A seguire il **bisogno di ascolto e orientamento ai vari servizi territoriali (31,63%)**. Tale azione ha avuto non solo l'effetto di rafforzare nel cittadino/utente la consapevolezza della presenza dei servizi esistenti sul territorio, ma anche di ridurre la percezione del senso di solitudine e di abbandono che ha accompagnato molte persone durante il periodo in esame. Seguono i **bisogni sociosanitari (19,08%)** che hanno compreso per la maggior parte l'invio al territorio per l'attivazione delle UVI in favore dei familiari fragili. Nel **9.32 % dei casi un bisogno di tipo socioeconomico** In questo caso si attivava prontamente il Centro Servizi Territoriali del Comune di Napoli per l'erogazione di pacchi spesa, che hanno rappresentato un sollievo per molte famiglie risultate indigenti, o la rete dell'associazionismo, per coloro che vivevano soli e non avevano nessuno che potesse provvedere anche solo al ritiro e consegna di pasti, farmaci etc. (Fig. 6)

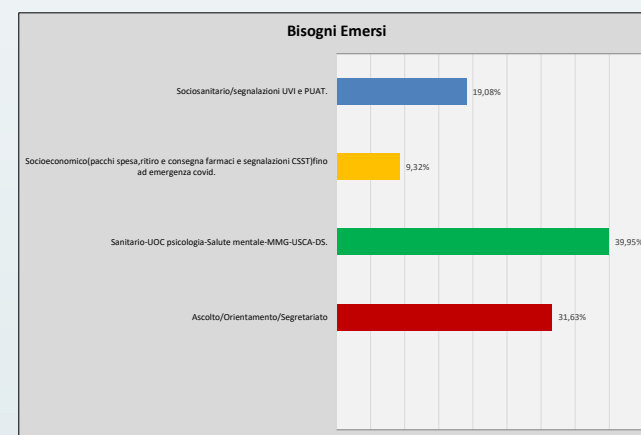


Fig. 6 Bisogni emersi

CONCLUSIONI

Il percorso sociosanitario delineato ha dato avvio a vere e proprie USCA sociosanitarie che potrebbero rappresentare una *Best Practice* replicabile, in un momento oggi, propizio, per realizzare, alla luce anche del DM 77, un sistema sociosanitario basato su modelli più equi, più vicini e rispondenti ai bisogni della comunità.



Fig. 7 Territorio ASL Napoli 1 Centro

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Delibera ASL Napoli 1 Centro n. 475 del 03/11/2020 Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete di Assistenza Territoriale
D.lgs 229/1999 Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale
Legge n. 328/2000 Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.
D.P.C.M. del 14/02/2001 Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie
D.P.C.M. del 29/11/2001 Definizione dei livelli essenziali di assistenza
Nota della Regione Campania 0322349 del 8/07/2020 - Covid-19 Piano di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale territoriale
Circolare 0613984 del 23/12/2020 - Attuazione Linee d'indirizzo DGRC 475

MATERIALE E METODI

I pazienti, arruolati dalle USCA aziendali che necessitano di osservazione e assistenza a bassa intensità, sono soggetti affetti da COVID 19 e/o soggetti cronici, disabili non autosufficienti e in generale in condizione di fragilità presi in carico dalle assistenti sociali in servizio presso questa UOC. Tale percorso di presa in carico sociosanitario ha visto la collaborazione anche da parte dell'Assessorato alle Politiche Sociali del Comune di Napoli attraverso una presa in carico dei bisogni prettamente sociali segnalati dalle nostre assistenti sociali alle colleghe dei 21 Centri di Servizio Sociale Territoriali, di fatto anticipando e realizzando a pieno le linee predisposte dal PNRR - Misure 5 e 6. Le Assistenti Sociali, preventivamente formate, hanno contattato telefonicamente tutti i pazienti Covid positivi, rilevando i bisogni mediante un questionario appositamente predisposto (Fig 3). In alcuni specifici casi, al colloquio telefonico si è integrato l'invio di informazioni e documentazione via mail.

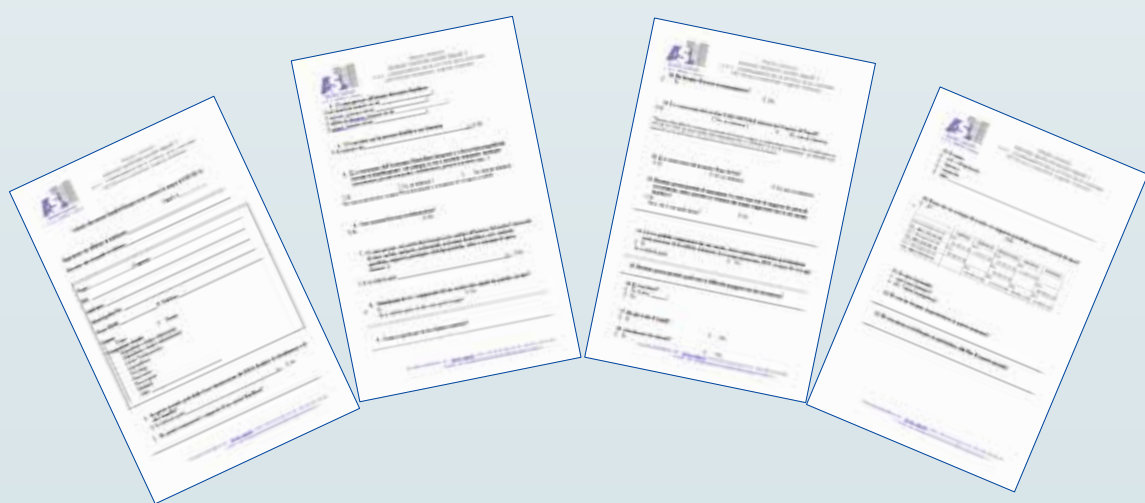


Fig. 3 questionario appositamente predisposto

La Promozione dell'allattamento al seno L'esperienza formativa dell'ASL Salerno

A. Pacifico¹, S. Marino¹, A. Bellissimo², L. Cannavacciuolo², F. Arrichiello², C. Di Stefano³ · S. Ronsini⁴, P. Sergianni⁵, G. Sosto⁶

1 U.O.S. Analisi e monitoraggio PDTA, Governo LEA e Appropriatazza delle cure – 2 U.O.C. Sicurezza dei pazienti e gestione Rischio Clinico – 3 P.O. Nocera - 4 Dipartimento Salute Donna e Bambino – 5 Direttore Sanitario ASL Salerno – 6 Direttore Generale ASL Salerno

INTRODUZIONE

Il **Piano Regionale della Prevenzione (PRP)** prevede, tra le attività del Programma C *"I primi mille giorni di vita"*, le azioni **C1** e **C2**, mirate alla realizzazione di programmi atti a promuovere e favorire la pratica dell'allattamento al seno attraverso l'implementazione dei 10 passi previsti dal programma **OMS/UNICEF**.

L'ASL Salerno ha attivato il modello formativo OMS/UNICEF per il **sostegno dell'allattamento al seno** dedicato agli operatori coinvolti nel percorso nascita (**pediatri, ginecologi, ostetriche e infermieri pediatrici**), considerandolo uno strumento valido per tutti coloro che, attraverso il quotidiano lavoro con la madre e il bambino, possono incoraggiare e supportare la pratica dell'allattamento materno, affinché inizi bene e continui con successo.

L'obiettivo generale del percorso formativo accreditato ECM è **integrare le conoscenze e competenze** degli operatori coinvolti con **strumenti teorico-pratici** che riguardano la **fisiologia, la gestione della lattazione, il counselling e aspetti etici e deontologici**.



METODI

La **protezione, la promozione** e il **sostegno** dell'allattamento al seno costituiscono una priorità di salute pubblica oramai riconosciuta sia a livello internazionale che nazionale. L'ASL Salerno con delibera n. 65 del 19/09/2016 ha recepito le attività del Programma C *"I primi mille giorni di vita"*, ed in particolare le azioni **C1** e **C2**, in attuazione del Piano Nazionale, con l'obiettivo di realizzare una **formazione a cascata** degli operatori aziendali. In tale ottica è stato attivato un **corso di formazione accreditato ECM** nel rispetto dei principi e delle raccomandazioni della OMS e dell'UNICEF, che è coerente con quanto indicato dal Ministero della Salute (2012-2018).

Nel **2019** l'ASL Salerno ha realizzato **due edizioni** accreditate ECM del corso di formazione aziendale, della durata di **20 ore** ciascuno, dal titolo *"Promozione e pratica dell'allattamento al seno"* per a promuovere ed incoraggiare la pratica dell'allattamento al seno. Le due edizioni si sono svolte presso il **P.O. di Battipaglia** nel mese di marzo e presso il **P.O. di Nocera Inferiore** nel mese di ottobre al fine di **garantire la massima partecipazione degli operatori sanitari** coinvolti nell'assistenza alla nascita, sia dei consultori che dei punti nascita aziendali.

Nel corso dell'anno **2020**, a causa dell'insorgere e della diffusione della pandemia da SARS-COVID19, l'ASL Salerno ha attuato una sola edizione del corso di formazione, rivolto a circa **20 operatori** del settore.

Nell'anno **2022** l'ASL Salerno ha messo a punto un evento formativo accreditato ECM nel rispetto di quanto indicato nel Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025 *"L'allattamento materno è elemento determinante per la salute e va, pertanto, protetto, promosso e sostenuto..."*.

La principale finalità del corso formativo della durata di **40 ore** organizzato dall'ASL Salerno punta all'implementazione di tale pratica attraverso l'identificazione di un numero di **operatori (Formatori) destinati a formare altri operatori**, integrando gli obiettivi delle precedenti edizioni mediante:

- la **consolidazione** delle **conoscenze specifiche** sull'allattamento al seno;
- l'**acquisizione** delle **competenze metodologiche** per gestire le attività di formazione degli operatori sanitari, al fine dell'iniziativa *"Ospedale Amico del Bambino OMS/UNICEF"*;
- il saper organizzare la **formazione di base** sull'allattamento al seno.



Tale corso è strutturato attraverso un metodo di **formazione a cascata** denominato *"Sistema formativo 5 (+3)"*: i candidati formatori in allattamento seguono il corso principale di 5 giorni e saranno in grado di proporre ad altri operatori di altre UU.OO. della stessa azienda corsi di formazione di 3 giorni con l'ausilio dei materiali UNICEF.

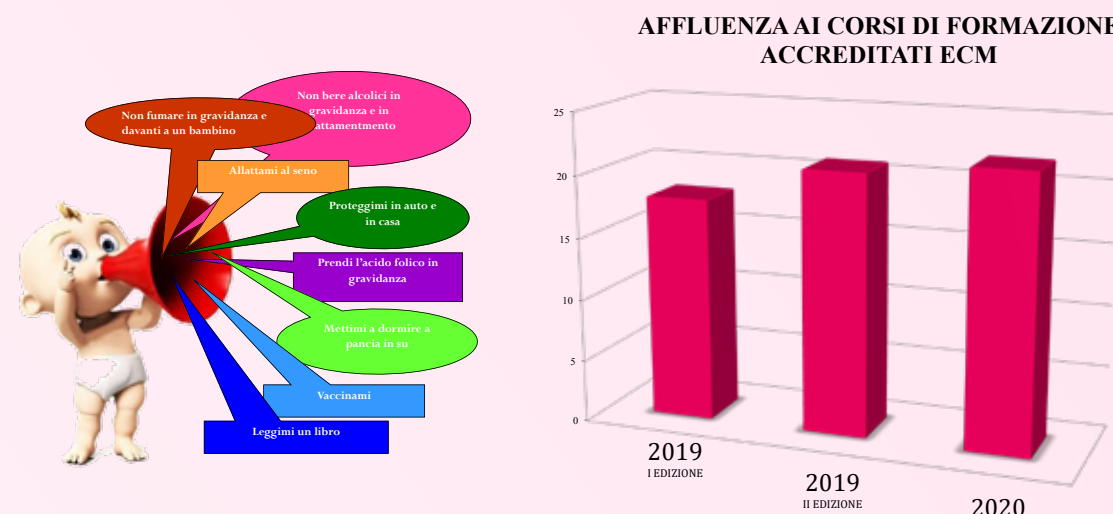
Nel corso di questo stesso anno l'ASL Salerno ha già in cantiere la programmazione di ulteriori corsi di formazione accreditati ECM, rivolti a formare sia **formatori che operatori** del settore, i primi afferenti alla stessa **Azienda**, gli altri provenienti sia da **strutture pubbliche** che **private accreditate**.

Tale decisione aziendale è tesa a soddisfare la **domanda** da parte degli operatori coinvolti nel percorso nascita (**pediatri, ginecologi, ostetriche e infermieri pediatrici**), figure essenziali a sostenere ogni madre a prendere una **scelta consapevole** sull'alimentazione del bambino nei suoi primi mille giorni di vita.

RISULTATI

La **formazione curriculare** del personale sanitario risulta essenziale per l'**implementazione delle buone pratiche assistenziali**, che permettono di **avviare e mantenere** l'allattamento, sia in un contesto *one-to-one*, sia nell'ambito di un'organizzazione sanitaria strutturata come un Ospedale o un Ambulatorio consultoriale/distrettuale.

Ad oggi nell'ASL Salerno è stato raggiunto l'obiettivo di formazione accreditata ECM che riguarda **61 operatori** aziendali a seguito dei tre corsi, distribuiti negli anni 2019 e 2020, rivolti agli operatori coinvolti nel percorso nascita (pediatri, ginecologi, ostetriche e infermieri pediatrici).



Interessanti sono i dati relativi alla partecipazione nell'anno **2022**: l'ASL Salerno ha formato **30 Formatori** internamente all'Azienda, che, come da programma Aziendale, formeranno gli operatori coinvolti nel percorso nascita nell'arco dell'anno 2023 attraverso corsi accreditati ECM.



OBIETTIVI

A valle dei risultati ottenuti l'ASL Salerno ha elaborato un ulteriore progetto corredato di obiettivi, azioni piano finanziario ed indicatori, nonché di crono programma da svolgere nei prossimi anni. La finalità di tale impegno mira al **potenziamento delle pratiche** disciplinate dalla normativa nazionale e regionale, volte alla diffusione tra gli operatori sanitari delle **competenze** relative alla **pratica** e alla **promozione** dell'allattamento al seno in modo efficace e più economico l'Azienda.

In particolare l'Azienda, seguendo le direttive del **PRP 2020 - 2025** (DGRC n° 600/2021), adottato con Delibera Aziendale n° 479/2022, persegue tre principali obiettivi:

1. Raggiungimento della formazione accreditata ECM relativa alle pratiche di allattamento al seno pari al 60% di tutto il personale contestualizzato nel percorso nascita;
2. Maggiore partecipazione e coinvolgimento della figura medica (*Pediatri di libera scelta*);
3. Istituzione di ambulatori dedicati all'allattamento al seno finalizzati ad accrescere nella donna la consapevolezza della appropriata alimentazione del proprio figlio fin dalla nascita.

CONCLUSIONI

Il PRP 2020 - 2025 (DGRC n°600/2021), adottato dall'ASL Salerno con Delibera Aziendale n°479/2022, prevede tra i Programmi Liberi (**PL 11**) *"I primi 1.000 giorni di vita"*. Tale programma definisce, tra l'altro, le modalità di gestione e attuazione degli interventi di promozione atti a favorire l'**aumento del 20%** di bambini in allattamento materno esclusivo fino al 6° mese di vita, attraverso l'implementazione dei **dieci passi** previsti dal programma OMS/UNICEF.

Nell'ASL Salerno sono in itinere, come da cronoprogramma, le attività previste per l'annualità 2023 secondo le indicazioni del suddetto PRP. Saranno, inoltre, messe in atto attività formative accreditate ECM dedicate, al fine di consentire lo svolgimento e il prosieguo delle attività, come finora svolto.

L'eventuale scelta di non allattare o di interrompere precocemente l'allattamento non dovrebbe essere l'inevitabile conseguenza della mancanza del necessario sostegno da parte degli operatori coinvolti nel percorso nascita e ciò rappresenta lo stimolo da parte dell'ASL Salerno di perseguire questo percorso formativo avviato.



Screening audiologico neonatale

Dati preliminari e monitoraggio aziendale dell'ASL Salerno

C. Di Stefano¹, R. Palladino¹, V. Corvino¹, I. Pirri¹, V. Matera², S. Marino³, A. Pacifico³, A. Bellissimo⁴, L. Cannavacciuolo⁴, F. Arrichiello⁴, S. Ronsini⁵, P. Sergianni⁶, G. Sosto⁷

1 P.O. Nocera Inferiore – 2 P.O. Polla – 3 U.O.S.D. Analisi e monitoraggio PDTA, Governo LEA – 4 U.O.C. Sicurezza dei pazienti e gestione Rischio Clinico – 5 Dipartimento Salute Donna e Bambino – 6 Direttore Sanitario ASL Salerno – 7 Direttore Generale ASL Salerno

INTRODUZIONE

Nel **2017** il Ministero della Salute ha inserito lo *screening audiologico neonatale* all'interno dei **LEA** (*Livelli Essenziali di Assistenza*) rendendolo obbligatorio e garantendolo in forma gratuita o tramite pagamento ticket. Questo esame consiste nell'**identificare al momento della nascita eventuali deficit uditivi del bambino**. Tramite un primo test con **otoemissioni** si inserisce un sondino nella parte esterna dell'orecchio e si rilevano le risposte della coclea a piccole stimolazioni sonore. Se l'analisi dà esito positivo, si passa a un esame più approfondito con potenziali uditivi evocati automatizzati, per verificare l'attività elettrica del tronco cerebrale.

La **tempestività** del riconoscimento di ipoacusia e/o di sordità nel bambino è validata da una **diagnosi audiologica completa entro i primi tre mesi di vita del bambino**, con successiva eventuale prima **protesizzazione** ed inizio di **terapia logopedica entro i sei mesi**, una seguente **protesizzazione** più precisa **entro il primo anno di vita** e, laddove necessario, procedere ad un **impianto cocleare tra i 12 e i 18 mesi**.

L'ASL Salerno ha recepito con delibera DG n.338 del 13/04/2018 quanto deliberato dalla Giunta Regione Campania (n.583 del 26/09/2017), attivando nella propria provincia **7 punti nascita pubblici, 2 T.I.N. e 2 punti nascita privati accreditati**, che costituiscono Centri di I livello Aziendale, come di seguito elencati:



Punti Nascita Pubblici:

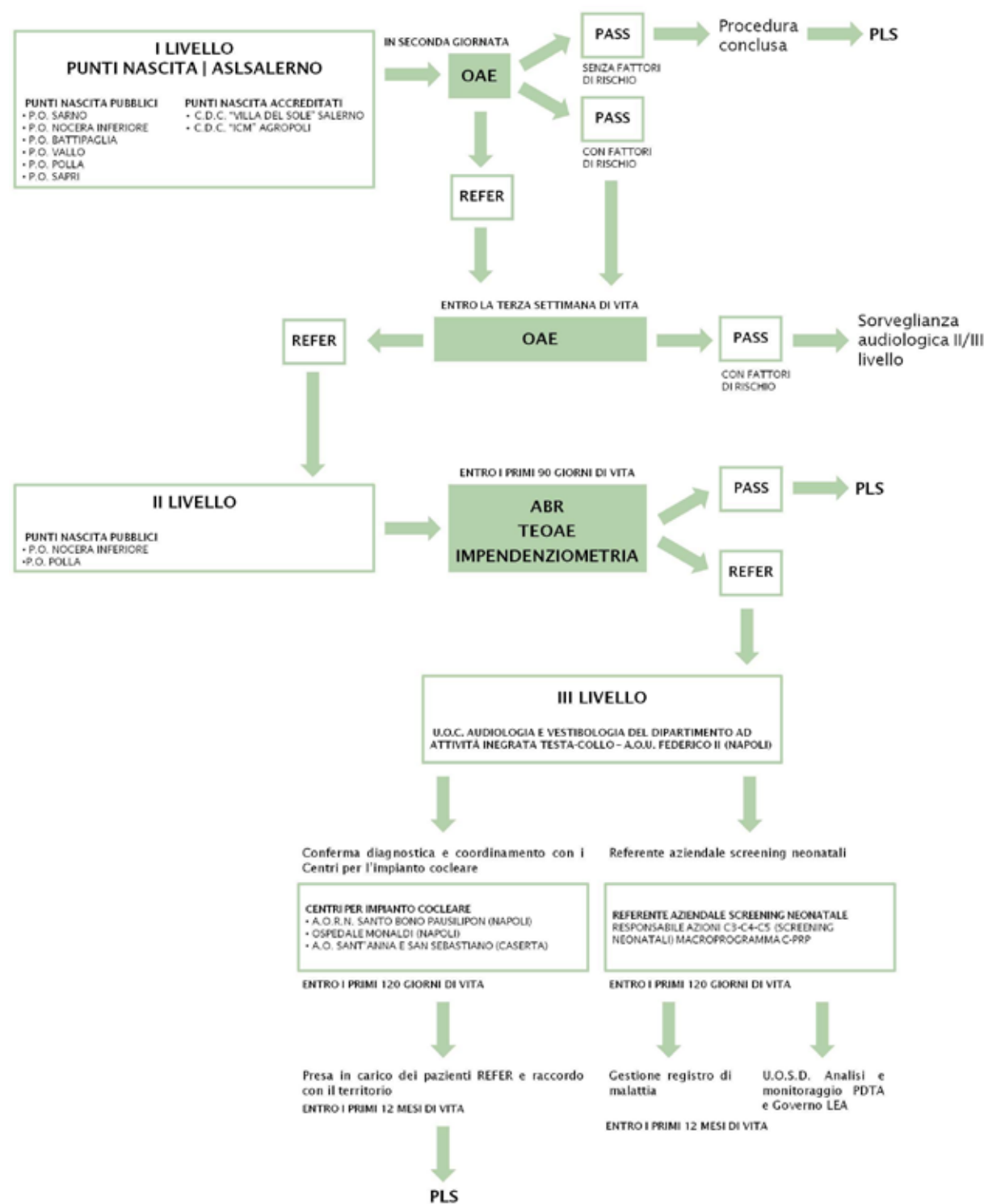
1. P.O. "Martiri di villa Malta"-Sarno
2. P.O. "Umberto I"-Nocera Inferiore
3. P.O. "Santa Maria della Speranza"-Battipaglia
4. P.O. "San Luca"-Vallo della Lucania
5. P.O."Luigi Curto"-Polla
6. P.O. "Dell'Immacolata"-Sapri
7. AOU "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona"-Salerno

Punti nascita Accreditati:

- 1.Casa di Cura "Villa del Sole"-Salerno
- 2.Casa di cura "ICM"-Agropoli

PERCORSO DI SCREENING AUDIOLOGICO NELL'ASL SALERNO

Nella stessa provincia sono stati attivati **2 Centri di II livello** presso il P.O. "Umberto I" – Nocera Inferiore ed il P.O. "Luigi Curto" – Polla e a livello regionale è stato attivato il centro di III livello presso U.O.C. Audiologia e Vestibologia della A.O.U. Federico II.



METODI

L'ASL Salerno ha costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare che ha definito ed ha attivato il **PDTA aziendale** con l'obiettivo di creare un sistema capillare in cui ogni componente delle Strutture coinvolte è a contatto continuo con le altre Unità. L'Azienda si avvale di una piattaforma regionale informatizzata (**SINFONIA**) e ha individuato un Referente Aziendale che ricopre il ruolo di coordinatore tra i vari Punti Nascita.

Tale organizzazione ha consentito il raggiungimento della **copertura al 100% dello screening audiologico** nei centri di I livello aziendali, che nell'anno **2021** hanno fatto registrare 6.863 nati, di cui 1.096 ricoverati presso le T.I.N. Il 5% dei nati totali è stato sottoposto ad approfondimento audiologico presso i centri di II livello:



È stata assicurata la presa in carico dei neonati a rischio, attraverso la sorveglianza audiologica, del Punto Nascita della A.O.U. "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona", confermando la **comunicazione diretta tra i vari Punti Nascita, pubblici e privati accreditati**.



> **BENVENUTO**

Benvenuto sulla piattaforma per lo Screening Neonatale della Regione Campania.
Seleziona l'area da monitorare tra quelle presenti.



CeDAP
Certificato di Assistenza al Parto



Screening Metabolico



Screening Uditivo



Screening Oftalmologico

> **DASHBOARD**



RISULTATI

L'ASL Salerno è stata l'azienda pilota per il lancio e la seguente messa a punto della piattaforma regionale denominata "**SINFONIA**", che ha consentito l'implementazione territoriale di una **rete capillare pubblica e privata accreditata**. I centri di I livello rappresentano dei punti di riferimento per le famiglie e permettono di raggiungere una **diagnosi precoce**, anche di forme lievi di ipoacusia, non evidenziazibili alla nascita.

Il monitoraggio degli *outcomes* a lungo termine mira a porre maggiore attenzione al deficit dell'udito del neonato, accompagnandolo anche dopo il compimento del primo anno di vita, al fine di **intervenire precocemente prima dello sviluppo del linguaggio**, favorendo l'acquisizione delle nozioni cognitive e comunicative.

1%

La provincia di Salerno ha rispecchiato in percentuale i dati nazionali relativi alla prevalenza della **ipoacusia infantile** assestandosi all'**1%**. Le sospette ipoacusie neurosensoriali nell'ASL Salerno sono pari ad **8 sui 6.863** nati nell'anno **2021**. Il dato fino ad ora rappresentato è ad oggi da considerarsi parziale, dal momento che alcuni dei nati nel corso dell'anno 2021 non hanno ancora compiuto, nel corso dell'anno corrente, il dodicesimo mese di vita.



Forum Risk Management

obiettivo sanità salute





Cervello da leader: il potere delle emozioni. Interpretazione neuro-funzionale del management

Di Santo G¹, Di Santo D², Di Resta M³, Zangani P⁴, Ranaldo G⁵

¹Direzione Sanitaria A.O. "San Pio" – Benevento; ²Scuola di Specializzazione in Ortopedia e Traumatologia, Università "Campus Bio-Medico" – Roma; ³Direzione Sanitaria Istituto "San Giovanni di Dio - Fatebenefratelli", Genzano di Roma; ⁴Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione di Medicina Legale, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" – Napoli; ⁵U.O. Medicina Interna, A.O. "San Pio" - P.O. Sant'Agata de' Goti – Benevento



**22-25 NOV. 2022
AREZZO FIERE E CONGRESSI**

PREMESSA:

Nell'attuale panorama manageriale, caratterizzato da una sempre più difficoltosa ed intricata gestione delle organizzazioni complesse e vincolato a sfide sempre più insidiose e a cambiamenti sempre più rapidi, diventa di fondamentale importanza una ridefinizione e riorganizzazione profonda del concetto di leadership, che ponga, cioè, le sue basi sulle relazioni empatiche, sulla comunicazione emotivamente intelligente, e si apra al potere della consapevolezza, delle scelte responsabili, della umanizzazione e del benessere sociale.

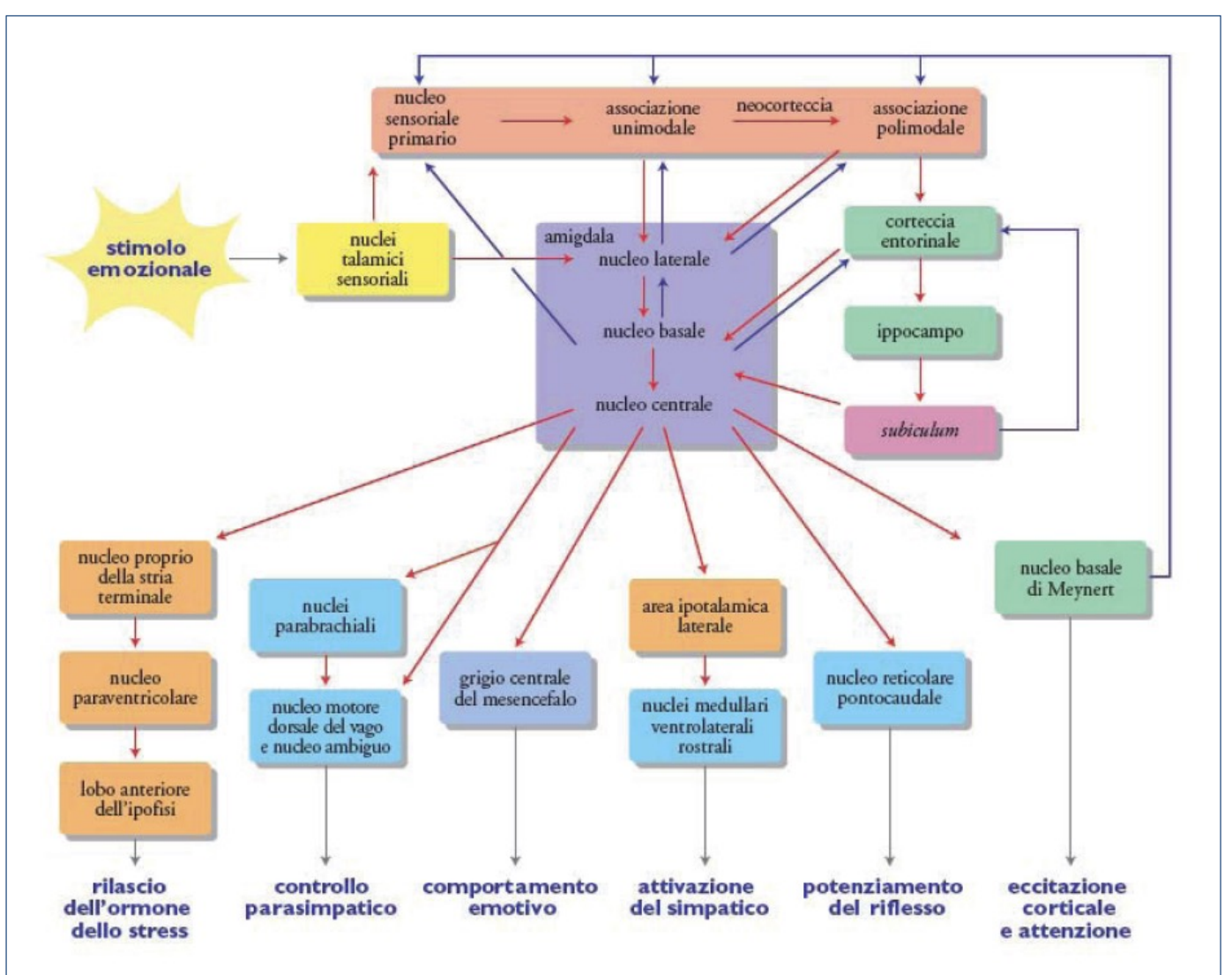
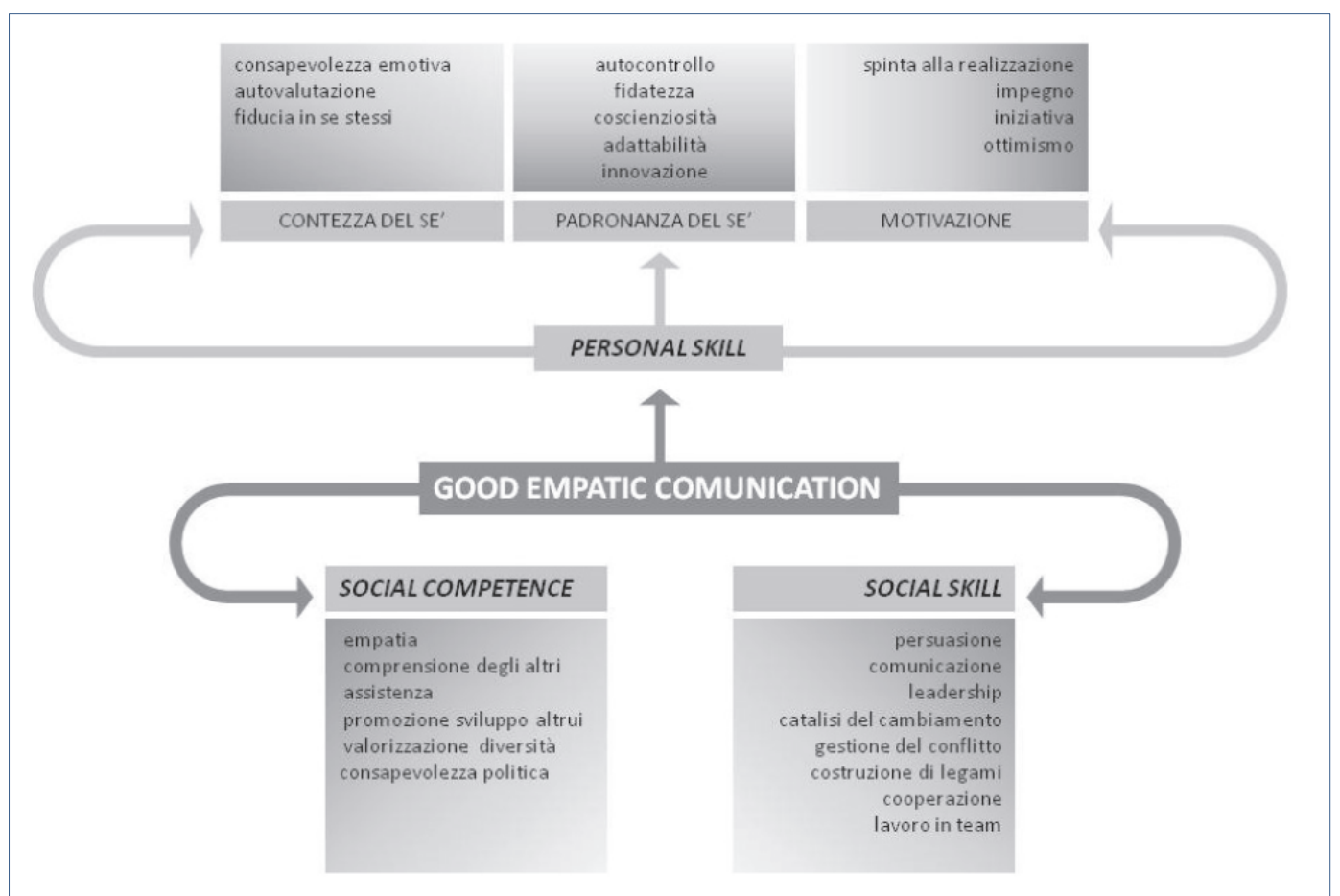
MATERIALI E METODI:

Il nostro studio, pur descrivendo in maniera puntuale e dettagliata l'interpretazione neurofunzionale del management, sottolinea la necessità e l'importanza di addestrare, esercitare ed implementare l'intelligenza emotiva, ovvero quella capacità di riconoscere, comprendere e gestire in maniera consapevole le proprie e le altrui emozioni a garanzia di una leadership assertiva e olistica.

E' questa, a tutti gli effetti, una soft skill che, se ben gestita, è in grado di favorire sia i rapporti personali che quelli professionali.

RISULTATI:

Lo studio della neurochimica e delle funzioni cognitivo-comportamentali della leadership rappresentano un innovativo metodo di conoscenza del "processo decisionale" volto alla valutazione quali-quantitativa degli "skills gestionali" manageriali. Per questo attribuire alla leadership un significato univoco non è un compito facile. Lo studio dei processi biochimici fisiologici (emozioni e sentimenti) e delle loro aree bersaglio rappresenta un nuovo criterio per comprendere la nuova visione dei paradigmi neuro-scientifici, in campo sanitario, economico e nel marketing, per analizzare come le emozioni incidono sulle scelte di consuma-tori, pazienti o stakeholders. In ambito organizzativo sono due le impostazioni prevalenti: in una l'organizzazione è osservata tramite una visione oggettivista e funzionalista; nell'altra prevale un approccio di tipo soggettivista ed interpretativo. Differenze tra leadership ed headship: leadership quando l'autorità viene conferita dai seguaci, quando l'autorità viene imposta dall'e-sterno è possibile usare il termine headship.



CONCLUSIONI:

La riprogrammazione delle dinamiche mentali, grazie al neuroimaging funzionale, permette di associare lo sviluppo delle capacità manageriali con l'evidenza di aree cerebrali dedicate all'"intelligenza empatica". L'utilizzo delle diverse tipologie di leadership, contestualizzate a specifici momenti della gestione aziendale, massimizzano l'area di disponibilità degli individui. Ciò consente di perseguire in modo costante e condiviso gli scopi dell'organizzazione.



Forum Risk Management
obiettivo sanità & salute





Gestione del farmaco: tra distribuzione e controllo dell'appropriatezza

Azienda Sanitaria Regionale del Molise

Dott.re A. Di Cristofaro- Infermiere UOC Pronto Soccorso e Medicina e Accettazione d'Urgenza P.O. Cardarelli ASREM
Dott.ssa G. D'Andrea- Infermiera UOC Anestesia e Rianimazione P.O. Cardarelli ASREM
Dott.ssa M. Luisi- Infermiera SET 118 Campobasso ASREM
Dott.ssa F. Petrone- Infermiera DSB Campobasso ASREM
Dott.re C. Gizzi -Infermiere DSB Campobasso ASREM
Dott.ssa A. D'Abate- Infermiera Posizione Organizzativa Ospedaliera ASREM
Dott.ssa G. Casazza- Infermiera UOSVD Qualità e Governance Clinica ASREM



Introduzione

L'elevato consumo di antibiotici rappresenta attualmente una problematica di rilevante impatto per il Sistema Sanitario Nazionale, sia da un punto di vista economico che clinico-assistenziale. L'Italia è tra i Paesi europei con maggiore prevalenza di patogeni resistenti a diverse categorie di antimicrobici, ciò incide drammaticamente soprattutto in ambito ospedaliero, dove sono sempre più diffuse le infezioni causate da microrganismi multiresistenti. In tale scenario si evidenziano due problematiche che incidono significativamente sull'efficacia dell'antibiotico terapia: in primo luogo l'introduzione di nuovi antibiotici causerà inevitabilmente l'insorgenza di resistenze ad essi correlate, secondariamente si assisterà ad un incremento del divario tra l'antimicrobico resistenza e lo sviluppo di nuove molecole. Tenendo conto dell'aumento della diffusione di tali resistenze tra animali, esseri umani e ambiente, è crescente anche la necessità di un approccio multidisciplinare (One Health) al problema. Di non meno rilevante importanza risulta essere l'impatto economico che tale consumo ha sul Sistema Sanitario Nazionale. La spesa di questa classe di farmaci in Sardegna (-9,7%), Veneto e Puglia (-3,4%) è nettamente ridotta rispetto all'anno precedente, mentre gli incrementi maggiori sono stati registrati in **Molise** (+5,5%), Abruzzo (+5,5%) e Liguria (+4,5%). La distribuzione farmacologica in Italia è attualmente strutturata in tre diverse modalità: Diretta (Dd), Distribuzione per conto (Dpc), Convenzionata. Tali modalità incidono in maniera differente e al contempo rilevante sulla spesa sanitaria. Si configura, quindi, la necessità di individuare canalizzazioni distributive alternative all'erogazione dell'antibiotico terapia.

Scopo

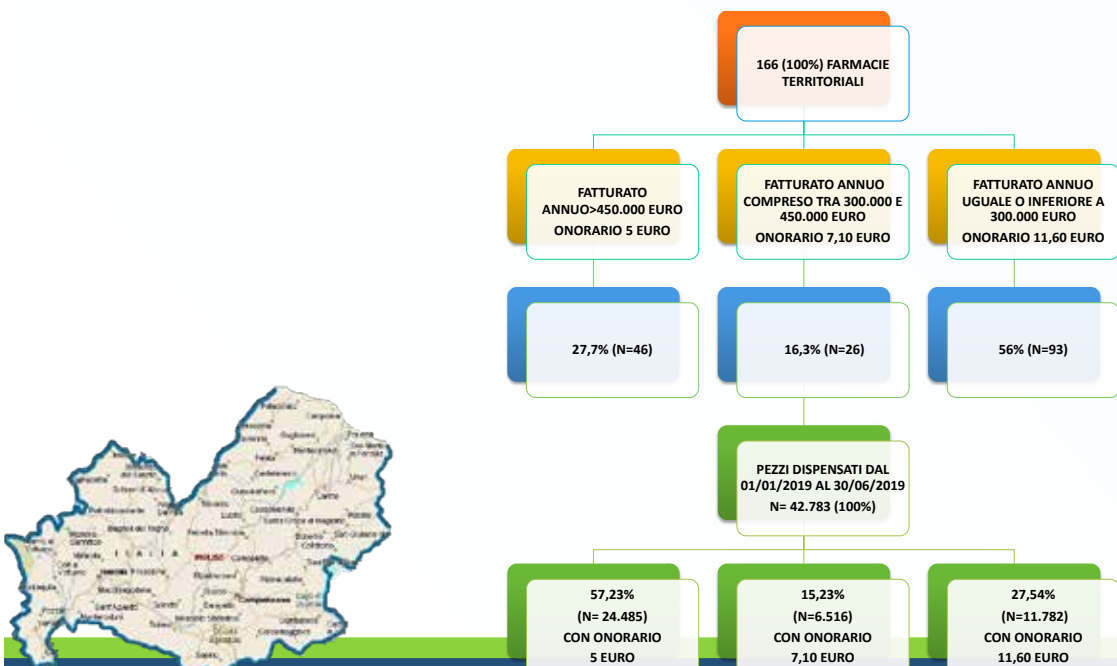
Scopo del presente studio, è stato quello di valutare l'impatto farmaco economico di antibiotici, a carico dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASReM). E' stata fatta un'analisi circa le principali tipologie di canalizzazione distributiva che interessano la regione Molise al fine di valutare come queste vadano ad inquadrarsi nei principali processi di Governance farmaceutica. Obiettivo ulteriore è stato quello di valutare e stimare una strategia economica, che garantisca un margine di risparmio, rispetto a quella attualmente in vigore, eseguendo una stima ipotetica in relazione alle spese derivanti dalle differenti canalizzazioni distributive.

Materiali e metodi

Lo studio condotto è di tipo analitico osservazionale; ha analizzato nel dettaglio la spesa farmaceutica territoriale riguardante in particolare la categoria di farmaci antimicrobici per uso sistemico, caratterizzati da codice ATC J. L'analisi ha tenuto conto della modalità con la quale sono stati dispensati i suddetti farmaci, ossia la distribuzione convenzionata, calcolando l'ammontare della spesa aziendale. Inoltre, sono state valutate possibili scelte farmaco economiche in virtù delle nuove valide alternative di canalizzazioni distributive: Distribuzione Diretta (DD) e Distribuzione per conto (Dpc). Dal mese di Ottobre 2019 al mese di Febbraio 2020 sono stati raccolti i dati relativi alle spese farmaceutiche della Regione Molise, riguardanti i farmaci antimicrobici per uso sistemico. I criteri di inclusione sono stati determinati attraverso filtri specifici inseriti nel portale FARMASAT. I dati riguardavano le prescrizioni incluse in un periodo di sei mesi, dal 01/01/2019 al 30/06/2019. Per un'analisi più dettagliata, sono state quindi prese in considerazione tre diverse fasce di prezzo (P) in accordo: P <12, 12 <P > 42 e P > 42 euro. Infine, in relazione ai risultati ottenuti, è stata effettuata una stima per una spesa ottimale, finalizzata al risparmio. Per il confronto tra variabili categoriche è stato utilizzato il software statistico IBM SPSS Statistics Subscription (versione 26, SPSS Inc.). Un valore p<0.05 è stato considerato statisticamente significativo. L'utilizzo del portale statistico FARMASAT, con l'inserimento degli opportuni filtri, ha permesso di ottenere un numero totale di prescrizioni pari a **17.429**. Il totale delle prescrizioni, deriva dall'unione di sei cluster territoriali, riferiti alla regione Molise: Campobasso, Isernia, Bojano-Riccia, Venafro, Termoli e Larino. Di seguito è possibile osservare la distribuzione sia numerica che percentuale delle prescrizioni, riferita alla suddivisione della rete territoriale presa in analisi. La maggior parte delle prescrizioni è stata rilevata nel comune di Campobasso, per altro capoluogo di regione, con una percentuale del 27,7%, per un totale di 4818 prescrizioni.

Territorio	Numero di prescrizioni	Percentuale della distribuzione delle prescrizioni
Campobasso	4818	27,7%
Isernia	3545	20,4%
Bojano-Riccia	1961	11,3%
Venafro	2017	11,6%
Termoli	3239	18,5%
Larino	1849	10,5%
TOTALE	17429	100%

Nel Flowchart che segue è possibile osservare una schematizzazione della modalità di raccolta dati.



Risultati

Nell'analisi totale del campione considerato, le confezioni dispensate, in modalità convenzionata sono state **42.783**. Nella Tabella di seguito riportata è possibile osservare nel dettaglio le statistiche descrittive del campione.

Statistiche descrittive								
	N	Minimo	Massimo	Somma	Media	Deviazione std.	Curtosi	
	Statistica	Statistica	Statistica	Statistica	Statistica	Statistica	Statistica	Errore standard
Numero di confezioni	263	1	7314	42783	162,67	593,628	93,684	,299
Prezzo in Convenzionata	263	1,19	4934,60	19813,40	75,3361	447,44538	73,329	,299
Prezzo in Distribuzione Diretta	263	,28400	2242,99992	5217,71670	19,8392270	158,8160629	157,295	,299
Prezzo in Distribuzione per conto	263	7,421000000	2250,136920	7094,747700	26,97622700	158,8160629	157,295	,299
Prezzo in Convenzionata al totale delle confezioni	263	2,940000000	50759,16000	430142,9500	1635,524525	4401,736128	62,478	,299
Prezzo in Distribuzione Diretta al totale delle confezioni	263	,4500000000	6728,999760	84717,15023	322,1184419	759,1016326	28,792	,299
Prezzo in Distribuzione per conto al totale delle confezioni	263	7,507000000	55491,31800	390059,4212	1483,115670	4619,722672	82,073	,299
Numero di casi validi (distinta)	263							

Dai seguenti dati è stato possibile evidenziare il prevalente utilizzo dei farmaci antimicrobici ad uso sistemico in una popolazione, ritenuta fragile, ossia gli anziani, prevalentemente di sesso femminile (donne 63,2% uomini 36,8%; età media 69.02 anni). L'analisi della spesa riguardante il totale delle confezioni dispensate è riportata sia graficamente che in forma tabellare. In particolare è possibile osservare il totale della spesa inerente alle differenti canalizzazioni distributive, al netto delle confezioni vendute. La distribuzione convenzionata ha previsto un ammontare pari a **430.142,95 euro**. In merito alle altre due canalizzazioni distributive, se fossero state utilizzate, avrebbero mostrato una spesa totale di **84.717,15** per la distribuzione diretta e **390.059,42** per la distribuzione per conto, introducendo un notevole margine di risparmio (p<0,01)

	Numero di confezioni	Prezzo in Convenzionata	Prezzo in Distribuzione Diretta	Prezzo in Distribuzione per conto	Prezzo in Convenzionata al totale delle confezioni	Prezzo in Distribuzione Diretta al totale delle confezioni	Prezzo in Distribuzione per conto al totale delle confezioni
TOTALI	42783	€ 19.813,40	€ 5.217,72	€ 7.094,75	€ 430.142,95	€ 84.717,15	€ 390.059,42
MEDIE		€ 75,34	€ 19,84	€ 26,98	€ 10,05	€ 1,98	€ 5,12

È possibile, inoltre, osservare le fasce di prezzo medio, oltre che graficamente le linee di tendenza caratterizzanti le differenti spese al totale delle confezioni per ciascuna modalità distributiva.



Del totale dei pezzi, si sono poi ricavati 3 cluster, con rispettivi valori cut-off di prezzo in convenzionata, al fine di analizzare nel dettaglio le variazioni di spesa. In particolare 335 pezzi (1% della distribuzione totale), presentavano una fascia di prezzo superiore ai 42 euro; 2255 pezzi (5%) si inserivano in una fascia di prezzo compresa tra 12 e 42 euro (12<P.C.<42); 40193 pezzi (94%), avevano un prezzo inferiore ai 12 euro. Una spesa ottimale per l'azienda comporterebbe un importo di **325.830,62** euro. Questa strategia economica consentirebbe un risparmio del **24,25%** rispetto alla spesa totale dell'accordo (€ 430.142,95), che peraltro corrisponde alle spese effettive affrontate nel periodo analizzato dall'azienda sanitaria e vi sarebbe anche un margine di risparmio del **16,47%** rispetto ad una spesa esclusivamente in per conto, che corrisponderebbe, invece, a 390.059,42 euro (p = 0,04).

Conclusioni

In conclusione è stato dimostrato che l'utilizzo della distribuzione diretta è molto più conveniente rispetto ad altre forme di canalizzazione di distribuzione. Tuttavia, è ampiamente dimostrato che una maggiore convenienza per il paziente, per quanto riguarda i metodi di accesso al farmaco, è riscontrabile con l'uso della distribuzione convenzionata e di quella per conto, grazie a una maggiore capillarità territoriale che questi due metodi di erogazione sono in grado raggiungere, con l'aiuto delle farmacie, rispetto alla distribuzione diretta, che invece garantisce l'accesso al farmaco esclusivamente attraverso strutture ospedaliere o accreditate. Il confronto tra distribuzione convenzionata e per conto ha portato a ridefinire, in una stima di spesa ottimale, un possibile modello economico, che può portare a risparmi in termini di spesa da parte dell'azienda sanitaria. Il sistema di distribuzione diretta attraverso l'infermiere incardinato nelle equipe delle ADI, potrebbe rappresentare una evoluzione auspicabile ed economicamente vantaggiosa, in quanto tale figura deputata ad attività di farmaco vigilanza migliorerebbe l'impatto farmaco economico e l'appropriatezza terapeutica.

Bibliografia

- AIFA. Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale Gennaio-Settembre 2019. Pubblicato il 17-01-2020.
- ACCORDO PER LA DISTRIBUZIONE DIRETTA DEI FARMACI DEL PHT (PRONTUARIO OSPEDALE TERRITORIO) ai sensi della Legge 405/01- art. 8, comma 1, lettera a)-DPC- e dei farmaci individuati da specifici provvedimenti regionali- ex art. 4, comma 3, lett. c) della Legge 405/01 e per l'erogazione delle prestazioni nell'ambito della "farmacia dei servizi". Decreto del commissario ad acta n. 101 del 18.12.2019.
- Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso degli antibiotici in Italia. Rapporto Nazionale 2018. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2019. ISBN 978-88-94943-0-3.
- AIFA. Testo integrale del PHT - PRONTUARIO DELLA DISTRIBUZIONE DIRETTA per la presa in carico e la continuità assistenziale H (Ospedale) - T(Territorio). G.U. 4.11.2004, n.259 S.O., n.162.
- Distribuzione dei farmaci: un caso di spending review le potenzialità di miglioramento di una logica di rete sintesi della ricerca. <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato7529931.pdf>. (Ultimo Accesso 05/04/2020).
- De Rosa M.M., Cavaliere A., Deambrosio P., Gamberra M., Lombardozzi L., Pani M.. Distribuzione per conto remunerazione e convenienza per il Sistema Sanitario Nazionale. Ed. PHARMADOC Srl. Febbraio 2018.

Il ruolo della "compressione meccanica uterina non invasiva" nella "Golden Hour" dell'Emorragia del post-partum

A. Belpiede, Coordinatore del Comitato Punti Nascita Regione Puglia

Abstract

L'emorragia post -partum (EPP) è la 1° causa di morte materna nel mondo e in Italia, nonostante la terapia farmacologica (ossitocina e prostaglandine) sia ormai diffusa, tempestiva e utilizzata anche in profilassi (trattamento attivo del 3° stadio).

La "Golden hour" della EPP si riferisce ai primi 60 minuti dal momento del suo riconoscimento. E' il momento in cui la rianimazione deve iniziare per raggiungere la massima sopravvivenza.

"È il sistema muscolo fasciale che garantisce versione, posizione, persistenza e consolidamento del globo di sicurezza dopo il parto". In caso di fallimento della gestione medica o nelle donne con fattori di rischio per alterazioni del sistema miofasciale, la compressione meccanica non invasiva dell'utero è il metodo più semplice ed efficace per la prevenzione e il trattamento della PPH nella Golden hour.

Razionale

La postura uterina in antiversione è essenziale per la corretta contrazione del viscere. L'utero si comporta come una massa viscosa, molto mobile, che si adatta al contenuto con una contrazione di tipo detrusoriale (come la vescica). L'uso precoce della compressione meccanica uterina non invasiva, nella "Golden hour" dell'emorragia postpartum, impedisce la risalita del viscere.



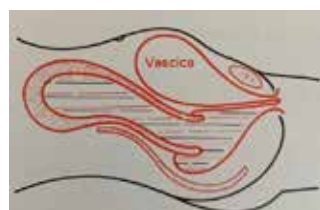
Introduction

L'atonia uterina è la causa più frequente di emorragia post-partum (70%). Nell'atonia (**assenza di tono e di postura!**) l'utero diventa un sacco viscoso e il sanguinamento può essere abbondante, ma clinicamente silente. Il sacco muscolare si estende sotto il massiccio flusso arterioso, che può raggiungere 1/5 della gittata cardiaca, cioè quasi 1 L/min.

Il polso e la pressione sanguigna alterati possono precedere solo di poco lo shock emorragico.

È necessario anticipare gli eventi.

Il massaggio uterino impegna un operatore e, se viene interrotto, l'inerzia uterina ritorna e l'emorragia ricompare. La compressione meccanica uterina non invasiva sostituisce la mano dell'operatore con una fascia uterina sovra ombelicale, che comprime il globo sicurezza.



Conclusioni

La compressione meccanica uterina non invasiva deve essere utilizzata prima dell'applicazione del balloon, in caso di parto vaginale, e dopo la sutura addominale in caso di applicazione del balloon durante il taglio cesareo, per una doppia compressione, interna ed esterna.

Il dispositivo non rappresenta un'alternativa alla somministrazione di farmaci destinati alla prevenzione e al trattamento dell'emorragia post-partum. Non vi sono rischi di alcun tipo associati all'utilizzo del dispositivo per la salute della paziente



Bibliography

Post-partum hemorrhage: can it be prevented by assisting the natural physiological process? A. Belpiede, A. Tinelli, C. Crescini, M. Stark, A. Losito, R. Cassetta, F. Zendoli, P. Lalli5, S. Cardinale, G. Trojano. Italian Journal of Gynaecology & Obstetrics June 2021 - Vol. 33 - N. 2 - Quarterly - ISSN 2385



Forum Risk Management

obiettivo sanità & salute



1. Dirigente Professioni Sanitarie Infermieristiche Asl Bt, 2. Direttore Area Gestione Risorse Umane, Asl Bt 3. Dirigente Amministrativo Asl Bt, 4. Direttore Contro di Gestione Asl Bt, 5. Direttore Generale Asl Bt., 5. Diettore Sanitario Asl Bt, 6. Direttore Amministrativo Asl Bt.

1. MaTararà, R., & Castaldò, A. Valutazione della complessità assistenziale nelle cure intermedie.
2. De Pietro, C., & Tereanu, C. (2005). Carichi di lavoro e fabbisogno di personale nelle aziende del SSN: criticità e prospettive. *Mecosan*, 35, 65-85.
3. Laquintana, D., Pazzaglia, S., & Demarchi, A. (2017). Le nuove metodologie di valutazione del fabbisogno del personale infermieristico, medico e di supporto: un esempio di applicazione. *Assist Inferm Ric*, 36, 123-34.
4. PAGANI, S. (2012). Analisi del fabbisogno delle risorse e delle competenze infermieristiche nelle unità ad alta intensità di cure negli ospedali per acuti. Un esempio applicativo.
5. Vivaldi, N., Scialla, M., & Maggiora, V. La valutazione del fabbisogno infermieristico attraverso il sistema di rilevazione.

 @ForumRisk



Francesca Vittoria Rizzi¹, Federica Di Pierro², Annamaria Pia Terlizzi³, Sandro Cassiano², Domenica Ancona⁴, Paolo Stella⁵

1. Dirigente Farmacista Responsabile UOS – Farmacovigilanza e Monitoraggio Spesa Farmaceutica ASL BT
2. Farmacista – Centro Regionale Farmacovigilanza Regione Puglia (Sede Operativa Trani)
3. Dirigente Farmacista – UOS Farmacovigilanza e Monitoraggio Spesa Farmaceutica ASL BT
4. Direttore Dipartimento Farmaceutico – ASL BT
5. Dirigente Sezione Farmaci, Dispositivi Medici e Assistenza Integrativa – Regione Puglia

INTRODUZIONE

La Farmacovigilanza si occupa di monitorare la sicurezza d'uso dei medicinali e rappresenta l'insieme di attività finalizzate ad individuare, valutare e prevenire eventuali eventi avversi correlati all'uso dei farmaci. Le informazioni sulla sicurezza dei medicinali nel post marketing (detta anche fase IV), possono derivare da diverse fonti, in particolare, dalle segnalazioni spontanee di reazioni avverse (ADR) a farmaci. Tale contributo permette di migliorare il rapporto rischio/beneficio di un farmaco.

In riferimento al numero crescente di farmaci biologici/biosimilari, appartenenti alla ATC L04, la segnalazione di ADR, conseguenti al loro impiego, risulta di fondamentale importanza per perfezionare le conoscenze relative al profilo di sicurezza. Una ASL del Sud Italia, già a partire da gennaio 2021, ha deliberato una procedura aziendale volta a sensibilizzare gli operatori sanitari alla segnalazione di ADR. La stessa è attualmente in fase di aggiornamento in conseguenza dell'avvento, a maggio 2022, della nuova Rete Nazionale di Farmacovigilanza. Pertanto, in riferimento a quanto premesso, in collaborazione con il Centro Regionale di Farmacovigilanza, sede operativa in una provincia pugliese, sono state individuate le segnalazioni inserite nella RNF dalla ASL di cui sopra, in seguito ad approvazione della procedura, e relative ai farmaci menzionati. Lo scopo è stato quello di individuare numero di segnalazioni e ADR più evidenziate.

MATERIALI E METODI

Sono state estrapolate da VigiSegn tutte le segnalazioni relative alla ATC L04 inserite da una ASL pugliese a partire da gennaio 2021, data di approvazione della procedura aziendale, fino al 30/04/2022, data antecedente all'avvento della Nuova Rete Nazionale di Farmacovigilanza. Nell'ambito di questa categoria farmacologica, sono state esaminate le reazioni avverse per le ATC L04AB (anti-TNF α) e L04AC (anti-interleuchine), farmaci biologici che vedono un numero cospicuo di principi attivi attualmente autorizzati. Le ADR individuate sono state classificate in relazione all'apparato coinvolto.

CONCLUSIONI

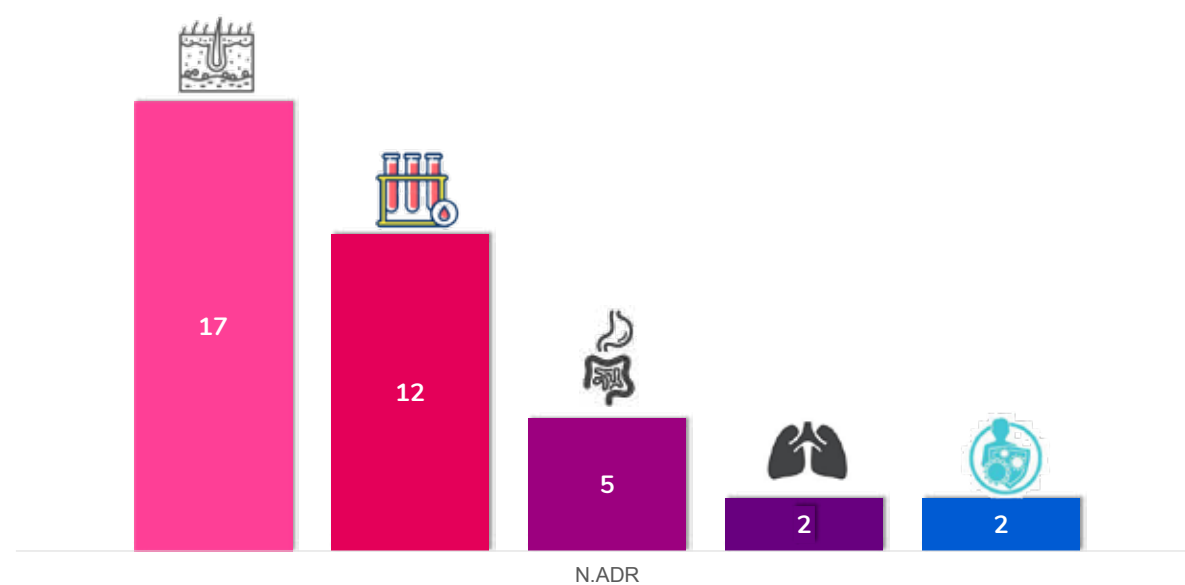
La raccolta e l'analisi di questi dati, ha consentito di individuare ADR riferite a farmaci di recente autorizzazione all'immissione in commercio. La Farmacovigilanza, soprattutto in questa circostanza, si è dimostrata utile per il farmacista ospedaliero, in quanto strumento fondamentale per aggiornare il profilo di sicurezza dei medicinali soprattutto per quelli, per i quali le informazioni sulla sicurezza nella fase IV, post-marketing, sono ancora esigue.

RISULTATI

Il numero totale di segnalazioni individuate per la ATC L04 è stato pari a 46; di queste 18 relative alla L04AB (anti-TNF α) e 3 relative alla L04AC (anti-interleuchine). Per queste 21 segnalazioni sono state stimate 38 ADR, classificate in relazione all'apparato/sistema coinvolto: 12 riferite ad alterazioni del sistema emopoietico; 17 relative all'apparato tegumentario; 5 attribuibili all'apparato gastrointestinale; 2 connesse all'apparato respiratorio; 2 relative al sistema immunitario.



N.ADR	APPARATO/SISTEMA
17	APPARATO TEGUMENTARIO
12	SISTEMA EMATOPOIETICO
5	APPARATO GASTROINTESTINALE
2	APPARATO RESPIRATORIO
2	SISTEMA IMMUNITARIO





Innovazione nel trattamento delle ulcere di difficile guarigione con il contributo degli Emocomponenti ad uso non trasfusionale. Riduzione dei costi di assistenza e miglioramento della qualità di vita del paziente
Dott.ssa Marina D'Alagni*, Dott. Eugenio Peres*, Dott. Emanuele Tato'^

*Servizio Immunotrasfusionale P.O. Barletta ASL BT, ^Direzione Medica P.O. Barletta ASL BT



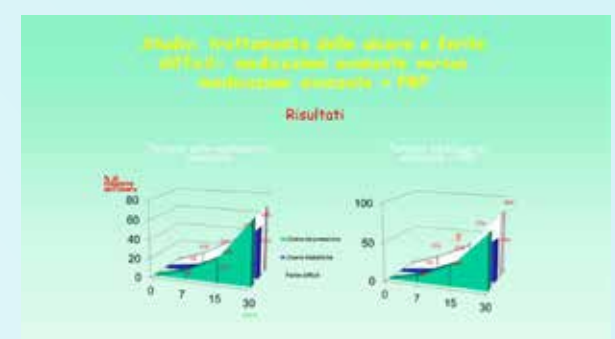
Introduction

La medicina trasfusionale nell'ultimo decennio è attivamente coinvolta nella produzione e applicazione degli EuNT (Emocomponenti ad uso non trasfusionale) al fine di promuovere la riparazione e stimolazione tissutale. Sono stati valutati presso il Centro Trasfusionale di Barletta 30 pz affetti nell'ultimo anno per un percorso dedicato al trattamento delle ulcere cutanee croniche con medicina rigenerativa..



Results

I pazienti venivano valutati in base alla percentuale di riduzione dell'area dell'ulcera o della eventuale guarigione .
Le lesioni trattate con l'associazione degli EuNt e medicazioni avanzate vedevano una migliore preparazione preliminare del letto della ferita, che risultava, quindi, pronta a ricevere lo stimolo rigenerativo degli EuNT. Inoltre si evidenziava per le stesse una maggiore risposta agli stimoli rigenerativi sia in termini di percentuale di riduzione dell'area dell'ulcera che dal punto di vista di risultato estetico.



Methodology

Sono stati valutati 30 pz giunti al SIT nell'anno 2021 con diagnosi di ulcera cutanea cronica degli arti inferiori di varia natura. 10 pazienti con ulcera da pressione, 10 con ulcera diabetica e i restanti con ulcera da traumi. Le ulcere persistevano almeno da 8 settimane e non erano responsive ai normali trattamenti.

I pazienti hanno seguito un percorso diagnostico-terapeutico con un protocollo specifico in base al tipo di lesione cutanea presente. Negli stessi si valutavano le condizioni generali, le caratteristiche e lo stadio delle ulcere, e l'eventuale presenza di infezioni. Questi sono stati divisi in tre gruppi specifici per patologia.

Di ogni gruppo di ulcera, 5 pazienti sono stati trattati solo con EuNT autologhi o omologhi applicati/infiltrati bisettimanalmente. Gli altri 5 vedevano l'uso concomitante-preparatorio della lesione, con EuNT e medicazioni avanzate (medicazioni antimicrobiche in alginato di calcio e argento, medicazioni in biocellulosa con hydrobalance e antisettico, medicazioni al collagene di tipo I).

Conclusion

Il trattamento con EuNT accelera la guarigione delle ulcere cutanee croniche ma i risultati risultano ancor più sorprendenti e veloci con miglior risposta estetico-riparativa se ci si avvale dell'ausilio delle medicazioni avanzate.
Tutto questo riduce i costi di degenza e migliora la qualità di vita del paziente.
Ovviamente questo prevede la continua evoluzione organizzativa dei centri trasfusionali con l'acquisizione di nuove competenze professionali nell'intento di utilizzare al meglio i principi della medicina rigenerativa.



Percorso di cura condiviso con un rapport interprofessionale per la risoluzione di una lesione postchirurgica di difficile risoluzione tramite gli emocomponenti ad uso non trasfusionale



Dott.ssa Marina D'Alagni*, Dott. Eugenio Peres*, Dott. Emanuele Tato'^

*Servizio Immunotrasfusionale P.O. Barletta ASL BT, ^Direzione Medica P.O. Barletta ASL BT



Introduction

L'utilizzo degli Emocomponenti per uso topico al fine di riparare e stimolare i tessuti grazie ai fattori di crescita contenuti nelle piastrine è ormai accertato. La sinergia tra i protagonisti cellulari e umorali presenti in questi emocomponenti risulta importante soprattutto per quelle lesioni, di qualsiasi natura, che non rispondono ai trattamenti tradizionali.



Results

In attesa dell'intervento si sono intensificate le medicazioni con gel piastrinico che venivano applicate bisettimanale su supporto di collagene, in tempi brevi si otteneva la guarigione della lesione. Questo trattamento ha permesso alla paziente di evitare un secondo evento invasivo.



Methodology

Paziente donna di 60 anni con frattura accidentale scomposta pluriframmentaria di tibia e perone della gamba destra. Ricoverata presso l'ortopedia dell'Ospedale di Barletta, viene sottoposta a intervento di osteosintesi con applicazione di placche e viti. La riparazione ossea avviene lentamente esitando vistose lesioni cutanee sulla gamba destra medicate bisettimanalmente a domicilio. All'esame obiettivo si rilevano due lesioni di cui una in regione postero-laterale lineare di 5x2 cm. Un'altra lesione in regione mediale -distale di forma irregolare lunga 7 cm. e larga 4 cm. con perdita totale di spessore cutaneo, margini alti non sottominati il cui fondo presenta un sluogh giallo lardaceo con essudato sieroso. La cute perilesionale risulta integra. Dopo esclusione di eventuale infezione della lesione si procede a preparare il letto della ferita con medicazioni avanzate (medicazioni antimicrobiche in alginato di calcio e argento, medicazioni in biocellulosa con hydrobalance e antisettico, medicazioni al collagene di tipo 1) applicate previo debridement meccanico. Successivamente gel piastrinico autologo, preparato tramite procedura di aferesi, viene applicato mono settimanalmente sul fondo della lesione e sui bordi della stessa. Subito si nota una buona risposta della lesione in sede laterale della gamba sino a completa guarigione. La lesione in zona mediale, invece, vede una estrema riduzione delle dimensioni sino a ridursi a 3cmx 3cm., ma purtroppo espone la placca di sintesi. Vista la buona ossificazione del segmento osseo in accordo con gli ortopedici si è ipotizzato di rimuovere chirurgicamente il mezzo di sintesi, che una volta allontanato avrebbe permesso la chiusura della ferita. In attesa dell'intervento si sono intensificate le medicazioni con gel piastrinico che venivano applicate bisettimanale su supporto di collagene, in tempi brevi si otteneva la guarigione della lesione. Questo trattamento ha permesso alla paziente di evitare un secondo evento invasivo.

Conclusion

L'uso combinato di medicazioni avanzate e gel piastrinico si dimostrano di valido aiuto piuttosto che l'esclusivo trattamento convenzionale della ferita. Determinante in questo caso risulta l'approccio multidisciplinare per il raggiungimento del risultato finale.



Il Trasporto del bambino traumatizzato: Spinal Motion Restriction per tutti?

Pasquale Ferrante

*Dirigente Responsabile U.O.S.V.D. Pediatria e Neonatologia P.O. Bisceglie ASL BT
Coordinatore Gruppo di Studio Trasporto Pediatrico S.I.M.E.U.P.*



Introduzione

Il trauma spinale è **poco comune nell'Età Evolutiva** (5%)
Le lesioni cervicali spinali traumatiche pediatriche sono rare (1%–2%)
ma con potenziali conseguenze devastanti (morte, disabilità permanente)

- <10 anni: soprattutto incidenti stradali
- 10+14 anni: incidenti stradali e attività sportive
- <1% riporta lesioni midollari

Le **diversità anatomico-fisio-patologiche** sono alla base di **possibili rapidi**
deterioramenti delle condizioni cliniche
Non conoscere le peculiarità anatomico-fisio-patologiche dell'Età Evolutiva mette a
rischio di **insuccesso l'intervento di soccorso nel trauma grave, soprattutto in caso di**
necessità di rapidi trasferimenti con opportune modalità nei centri specializzati



Conclusioni

Possono essere presi in considerazione per l'inclusione in
una procedura pediatrica specifica per l'ambito pre-ospedaliero
l'associazione dei seguenti fattori di rischio:

1. meccanismo del trauma
2. anamnesi
3. esame obiettivo sulla scena dell'incidente
4. valutazione dei criteri di sospetto di danno spinale (PECARN)

- Gli operatori dell'Emergenza sono in grado di valutare i fattori di rischio di danno spinale nei bambini
- **I dati sono comunque insufficienti per la definizione di un Protocollo**
- **Sono necessari studi ulteriori per per limitare l'uso inappropriato delle tecniche di "spinal motion restriction" preospedaliere in età pediatrica.**



Bovine et al., EMS EVALUATION OF CSI IN CHILDREN WITH BLUNT TRAUMA. ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE. May 2022, Vol. 28, No. 5



Differenze anatomiche

- Leg.ti interspinosi e capsule articolari più flessibili dell'adulto
- Corpi vert. a cuneo ant. tendono a scivolare avanti in flessione
- Faccette articolari dei corpi vertebrali piatte
- Testa relat. più grande rispetto al collo: il **momento angolare** in caso di incidente è **maggiore**. Il **fulcro della col. cervicale** è **più alto** per cui si hanno danni soprattutto a livello occipitale in corrispondenza di C3
- L'incompleta ossificazione della colonna vertebrale del bambino **ne** condiziona la resistenza soprattutto nel tratto cervicale oltre a favorire la frequenza di danni multi-localizzati (22%) di qui la necessità di stabilizzare tutta e non solo la colonna cervicale nei traumi spinali dei pazienti pediatrici



Tecniche di Immobilizzazione

Nonostante la **bassa frequenza di danni midollari**,
tutti i pazienti pediatrici traumatizzati vengono immobilizzati per il
trasporto in emergenza, (meno studi sulle precauzioni pre-ospedaliere)

L'**immobilizzazione su asse spinale**, a causa del normale alternarsi
delle fisiologiche curve concavo/convesse della colonna vertebrale
presenta aspetti negativi aumentando:

- sensazione dolorosa
- ulcere da pressione
- distress respiratorio
- maggior rischio di essere sottoposto a TC

Spinal Motion Restriction selettiva

Ricerca di metodiche di imaging per la diagnosi

- L'imaging comporta costi e l'immobilizzazione prolungata del bambino è stressante e può portare danni
- Quali bambini sottoporre ad imaging ed immobilizzazione (spinal motion restriction) in attesa di diagnosi probabile di lesioni?
- Necessità di **Criteri attendibili** per stratificare il rischio di lesioni e necessità di imaging e immobilizzazione
- La letteratura non riporta studi del tutto validi soprattutto <8 anni anche se spesso usate NEXUS (USA, uniche LG validate per la pediatria da usare con attenzione nei più piccoli e in caso di incidenti ad alta energia e con cinture di sicurezza) e Canadian Cervical Spine Radiography Rule
- 2011** lo studio retrospettivo **PECARN** **introduce 8 criteri** (sensibil. 98%, specificità 26%) associati alla lesione del rachide cervicale:
 - 1) stato mentale alterato
 - 2) reperti neurologici focali
 - 3) dolore al collo
 - 4) torcicollo
 - 5) lesioni sostanziali del tronco
 - 6) condizioni predisponenti alla lesione del rachide cervicale
 - 7) tuffi
 - 8) incidente automobilistico ad alto rischio



Forum Risk Management

obiettivo sanità & salute



Antropologia Virtuale: Una sfida per i radiologi clinici alle prese con misurazioni osteoscheletriche effettuate mediante PMCT: calcolo del TEM nelle misurazioni della Sella Turcica

Maselli Roberto¹, Mara Masullo², Annunziata Russo³, Salina Hisham⁴, Giuseppe Guglielmi⁵⁻⁶, Alessandro Scelzi⁷, Wong Yi-Li (Grace)⁸

¹Specialista in Medicina Legale tirocinante volontario presso l'U.O.S.V.D. Gestione Rischio Clinico, Qualità e Bed Management - Asl BT, ² Responsabile dell'U.O.S.V.D. Gestione Rischio Clinico, Qualità e Bed Management - Asl BT, ³ Dirigente Medico presso l'U.O. di Radiologia del P.O. Universitario "Dimiccoli" di Barletta, ⁴ Department of Forensic Medicine Hospital Serdang, Ministry of Health Malaysia, Jalan Puchong, Kajang Selangor, Malaysia, ⁵ Professore Ordinario del Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Foggia, ⁶ Responsabile U.O.S.V.D. Radiologia P.O. "Dimiccoli" Barletta, ⁷ Direttore Sanitario dell'Asl BT, ⁸ Department of Radiology, Hospital Kuala Lumpur, Ministry of Health, Kuala Lumpur, Malaysia.

Introduzione

L'applicazione in ambito forense delle varie tecnologie radiologiche ha dato origine alla radiologia forense, importante sia per le sue applicazioni tanatologiche che antropologie, creando in quest'ultimo caso un'ulteriore branca scientifica: l'Antropologia Virtuale. Questa nuova disciplina rappresenta una sfida per i radiologi clinici che, in collaborazione con medici legali e antropologi forensi, mettono a disposizione le proprie competenze specialistiche nell'utilizzo delle varie tecnologie di imaging per effettuare misurazioni osteoscheletriche su dispositivi digitali, come la PMCT (postmortem CT) per indagini antropologiche.

Materiali e Metodi

In collaborazione con L'Istituto Statale di Kuala Lumpur (Malaysia) è stato avviato uno studio sulla Sella Turcica tramite imaging TC al fine di ampliare, migliorare e confrontare i risultati con un precedente studio effettuato su popolazione italiana per la determinazione del sesso¹.

Durante l'elaborazione del progetto di ricerca e dell'analisi approfondita della letteratura scientifica di riferimento si è constatato quanto gli errori intra- e inter-operatore dipendente influiscano negativamente sull'esito delle misurazioni e delle conseguenti analisi statistiche. Per tali ragioni è stato deciso di utilizzare come valutazione dell'errore il **test TEM (Technical Error of Measurement)**: consiste nella valutazione delle differenze fra le misure effettuate da un antropometrista che ripete le misurazioni su stesso campione a distanza di almeno una settimana. Il fine è quello di tracciare la validità e la ripetibilità delle misurazioni e quindi definire il grado di attendibilità delle stesse. Sono stati selezionati 4 casi del campione di studio, ogni misurazione è stata effettuata 2 volte a distanza di una settimana ed infine sono stati calcolati **TEM**, **rTEM** e il **Coefficiente di Affidabilità**. È stato ripetuto tale processo per 3 round, utilizzando casi differenti al fine di valutare l'evoluzione dell'affidabilità dell'operatore.



Fig. 1. a: scansione TC sagittale: DST (profondità della sella turcica), LST (lunghezza della sella turcica). **b:** ingrandimento della scansione sagittale: DST & LST.



Fig. 2. a: scansione TC assiale: WST (larghezza della sella turcica). **b:** ingrandimento di scansione assiale: WST.

ROUND 1				ROUND 2			
Measurement	TEM	Coefficient of Reliability	rTEM (%)	Measurement	TEM	Coefficient of Reliability	rTEM (%)
LST	0.843	-12.876	6.42	LST	0.420	0.008	3.89
APD	0.812	0.878	4.73	APD	0.754	0.521	6.45
DST	0.737	0.359	9.11	DST	0.337	0.704	3.65
WSTP	2.511	-1.151	17.77	WSTP	1.378	0.783	9.23
BPW	2.700	0.917	1.97	BPW	0.788	0.997	0.87
LST/DST	0.219	-2.290	17.18	LST/DST	0.070	0.288	8.93

ROUND 3			
Measurement	TEM	Coefficient of Reliability	rTEM (%)
LST	0.722	0.539	6.87
APD	0.548	0.883	4.43
DST	0.262	-0.153	3.29
WSTP	2.039	-0.214	12.98
BPW	1.558	-0.352	1.23
LST/DST	0.978	0.745	3.65

Le misurazioni sono considerate estremamente precise quando TEM <1.0, R>0.75 e rTEM <5% (Weinberg et al. 2005).

Risultati

Tramite un'osservazione statistica descrittiva di base si denota come l'andamento dell'affidabilità dell'operatore sia altalenante. Nelle tre fasi finora osservate si denota un miglioramento per gran parte delle misurazioni nel secondo round rispetto al primo, seguito poi da un lieve aumento dei valori, quindi una minore affidabilità, nel terzo round. Si ricordi che per il test TEM, Le misurazioni sono considerate estremamente precise quando TEM <1.0, R>0.75 e rTEM <5% (Weinberg et al. 2005). Nella fase 2 di questo studio verranno applicati sistemi di riferimento e centratura per le misurazioni successive e verrà effettuato uno studio con due operatori/antropometristi.

Conclusioni

I risultati ottenuti hanno lo scopo di fornire preliminarmente alla fase II uno sguardo panoramico alle capacità di base di un radiologo alle prese con l'antropologia virtuale. A questa prima fase di controllo dell'errore intra-operatore vi sarà una fase 2 in cui verranno effettuate le misurazioni, in doppio cieco, con un secondo operatore al fine di valutare anche un errore inter-operatore dipendenti. Seppur questi risultati mostrano un'acerba affidabilità delle misurazioni antropometriche, si denota anche come un eventuale training/preparazione antecedente all'inizio delle misurazioni possa ridurre al minimo gli errori operatore-dipendente che potrebbero compromettere la validità delle ricerche antropologiche. Quanto osservato, inoltre, focalizza l'attenzione sulla differente sensibilità necessaria per le misurazioni effettuate tramite imaging-TC: un nuovo strumento di una nuova disciplina necessita di nuove competenze, pertanto, la sfida per il futuro è quello di formulare training idonei ad implementare le competenze dei radiologi. Infine, sarà necessario formulare protocolli procedurali che permettono durante le misurazioni effettuate mediante i software dell'imaging computerizzato, di orientare e indicare accuratamente le modalità di rilevazione degli elementi osteoscheletrici, craniometrici nel caso di specie, al fine di aumentare al massimo l'affidabilità delle misurazioni rendendole accurate e ripetibili.

Bibliografia

- De Donno A, Maselli R, Mele F, Angrisani C, Cozzolino M, Pedote P, Introna F, Santoro V. Sex determination through the evaluation of sella turcica measurements using head CT scan. Homo. 2021 Mar 21;72(1):53-60. doi: 10.1127/homo/2021/1341. PMID: 33620370
- Hayley S.M, Fancourt, Carl N Stephan. Error measurement in craniometrics: The comparative performance of four popular assessment methods using 2000 simulated cranial length datasets (g-op). Forensic Science International <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2018.02.008>
- Goto, R., Mascie-Taylor, C.G. Precision of measurement as a component of human variation. J Physiol Anthropol 2007;26(2):253-256.



S. Minerba¹, C. Farilla¹, S. Scorzafave¹, N. Cetera¹, M. Quinto¹, F. Addabbo^{2,3}, M.G. Cappelli⁴, A. Caramia⁵, P.P. Perrone⁶, G.M. De Biasi⁶, V.G. Colacicco¹

¹ Direzione Generale ASL Taranto, ² Struttura Complessa di Statistica ed Epidemiologia ASL Taranto, ³ Università degli Studi di Bari 'A. Moro',
⁴ DDS5 ASL TA, ⁵ MMG DDS5 ASL TA, ⁶ MMG DDS1 ASL TA.

Introduzione

L'ASL Taranto opera su un territorio categorizzato dalla OCSE in area significativamente rurale. In queste aree, la popolazione è più a rischio di disuguaglianze sanitarie come dimostrato da importanti flussi di mobilità sanitaria in altre regioni. Partendo dai PDTA definiti dalla Regione per le cronicità, abbiamo utilizzato la piattaforma di telemedicina fornita da **AReSS** e denominata **GARSIA** alla luce del Piano Assistenziale Individuale (PAI) per il paziente cronico (DMT2, IA, BPCO e Scopenso cardiaco) che necessitano, da un lato, di un monitoraggio costante per attuare interventi preventivi circa la possibile evoluzione clinica di patologie ad alto impatto sul sistema sanitario (ricoveri ospedalieri) e sulla salute (alta mortalità); dall'altro di azioni di medicina di prossimità in considerazione di contesti socio-ambientali (rurali ed extraurbani) che possono ostacolare un accurato *disease management* da parte della medicina generale e specialistica.



Metodi

La sperimentazione è stata avviata nelle aree extraurbane dei Comuni di Laterza e Martina Franca con il reclutamento di n. 8 assistiti. Ad ogni paziente è stato fornito un kit di strumenti elettromedicali in comodato d'uso cosistito da:

- BILANCIA DIAGNOSTICA BEURER BF700
- SFIGMOMANOMETRO VIATOM AIR-BP
- MULTIPARAMETRICO VIATOM CHECKME PRO
- MULTIPARAMETRICO TENSORTIP™ MTX MATRIX CNOGA
- GLUCOMETRO BAYER CONTOUR NEXT ONE BT
- TABLET INTEGRATO SU "PIATTAFORMA GARSIA"

Le rilevazioni sono effettuate con cadenza settimanale dai caregiver adeguatamente formati. Il care manager responsabile della presa in carico clinica dell'assistito e del monitoraggio è il Medico di Medicina Generale (MMG) supportato da una cabina di regia aziendale. Il monitoraggio avviene sulla piattaforma online denominata "Garsia" dell'AReSS Puglia.

• CARE MANAGER



• CARE GIVER

Risultati

Dall'inizio della sperimentazione sono state effettuate, per gli assistiti reclutati, n. 23 rilevazioni di parametri emodinamici, n. 16 ECG, n. 35 rilevazioni di T°/SPO2 e n.4 televisite.

Per valutare la misurazione dei risultati sono state previste due milestone temporali in cui noi operatori sanitari della ASL abbiamo previsto di somministrare questionari valutativi per la stima degli esiti complessivi in termini di "supporto alla salute" dei pazienti:

- Nello SHORT TERM, a 1 mese
- A fine sperimentazione, fissata a 6 mesi

Le valutazioni dei parametri clinici sono elaborati dal CARE MANAGER che provvede alla elaborazione del database, mentre noi della ASL ci siamo occupati della valutazione dei questionari la cui analisi consentirà la quantificazione del beneficio introdotto dalla telemedicina sulla popolazione di studio.

HEALTH SUPPORT INDEX (HSI) = F(QUESTIONARIO/CLINICAL DATA/INTERVENTI IN PS, GM, 118)

BASELINE

1 mese

6 mesi

Conclusioni

Il monitoraggio dello stato di salute delle cronicità (DMT2, IA, BPCO e Scopenso cardiaco) ha garantito al paziente la percezione di maggiore **sicurezza sociale** e alla comunità la riduzione di costosi **interventi sanitari** inappropriati favorendo un significativo aumento della **SICUREZZA SOCIO SANITARIA**.

Bibliografia essenziale

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf



Forum Risk Management

obiettivo sanità & salute



La telemedicina nella ASL Taranto : attivazione di un ambulatorio remoto nella casa circondariale

C. Farilla¹, G. Frascella², V.G. Colacicco³, N.Cannarozzi⁴, S.Minerba⁵

¹Dirigente Medico Direzione Sanitaria Aziendale, ²Dirigente Medico Direzione Sanitaria Istituto Carcerario, ³Direttore Generale ASL, ⁴CPS, ⁵Direttore Sanitario ASL Ta.

INTRODUZIONE

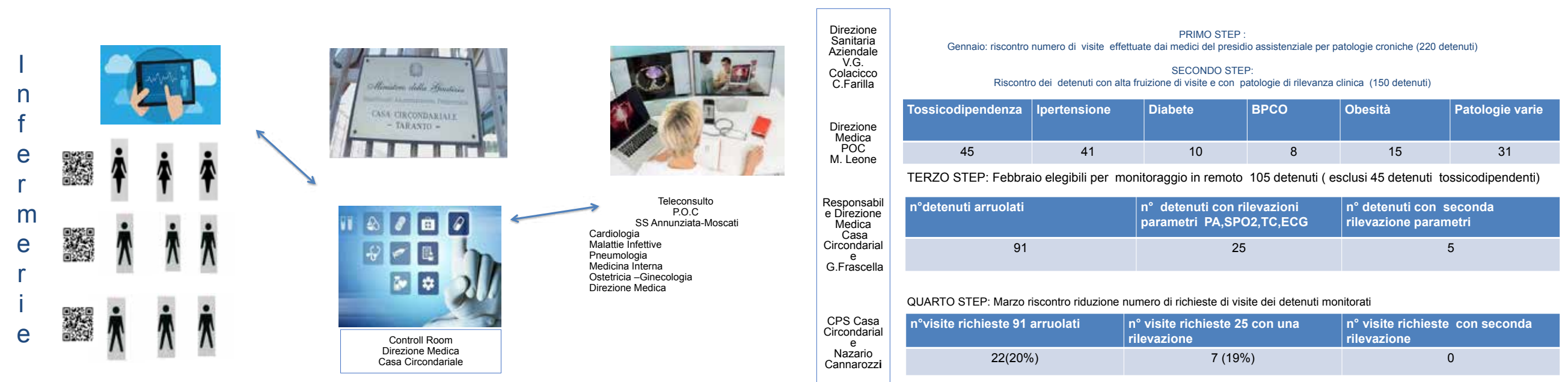
Occuparsi della salute dei detenuti e della loro tutela sanitaria è cruciale per mettere in atto interventi di salute pubblica. Molti studi internazionali hanno dimostrato, infatti, come la reclusione può indurre un peggioramento dello stato di salute tra la popolazione più anziana e in quella anagraficamente giovane una prevalenza superiore rispetto alla popolazione generale di disturbi psichici, di malattie infettive e di patologie cardiovascolari, pneumologiche e dell'apparato gastrointestinale. Deve quindi esserci un interesse stringente affinché questo spaccato di popolazione riceva trattamenti e cure appropriate per patologie già note o di nuova insorgenza durante la detenzione. Le vigilanza sugli spostamenti dalle celle dei detenuti e la carenza di personale negli Istituti carcerari è una criticità che si associa alla carenza di personale sanitario creando una difficoltà di gestione della salute carceraria.

METODOLOGIA

Mediante i sistemi di telemedicina si è attivato un ambulatorio in remoto nella Casa Circondariale e di tele consulto con il Presidio Ospedaliero di zona. L'ambulatorio in remoto attraverso i device permette il monitoraggio infermieristico dei parametri dei detenuti nelle celle e la valutazione medica attraverso la control room situata nell'area Direzione Sanitaria, evitando gli spostamenti del detenuto. Inoltre, permette il teleconsulto con l'ospedale di zona (POC S.S. Annunziata e Moscati) per ridurre i disagi e costi aggiuntivi dovuti all'organizzazione dei trasferimenti per patologie non acute.

RISULTATI

Ai detenuti inseriti nel progetto, con patologie croniche instabili, dopo la compilazione di una cartella clinica si sono monitorati i parametri indicati dai clinici (pressione arteriosa, SPO2, frequenza cardiaca ,temperatura corporea ECG).



CONCLUSION

Obiettivi

Riduzione trasferimenti in ospedale

Riduzione visite specialistiche interne

Riduzione visite dei medici di continuità assistenziale

Attivare il monitoraggio da remoto

Rapidità nel consulto specialistico ospedaliero

Tracciabilità dei dati sanitari

Conclusioni:

Riduzione del 80% di richiesta visite sanitarie nei detenuti reclutati per dati sanitari

Riduzione del 81% di richiesta visite sanitarie nei detenuti reclutati con monitoraggio

La persistenza delle richieste totali di visite (39%) è secondario a motivazioni spesso non sanitarie

Miglior utilizzo risorse umane sanitarie e carcerarie

Soddisfazione dei detenuti per l'assistenza



La resilienza del sistema cardiologico nella ASL Taranto: aspetti organizzativi post-pandemia SARS COVID -2

C. Farilla¹, F. Addabbo¹, S. Minerba², S. Scorzafave¹ V.G., Colacicco³

¹Dirigente Medico Direzione Sanitaria, ²Direttore Sanitario Asl Taranto, ³Direttore Generale ASL Taranto.

Introduction

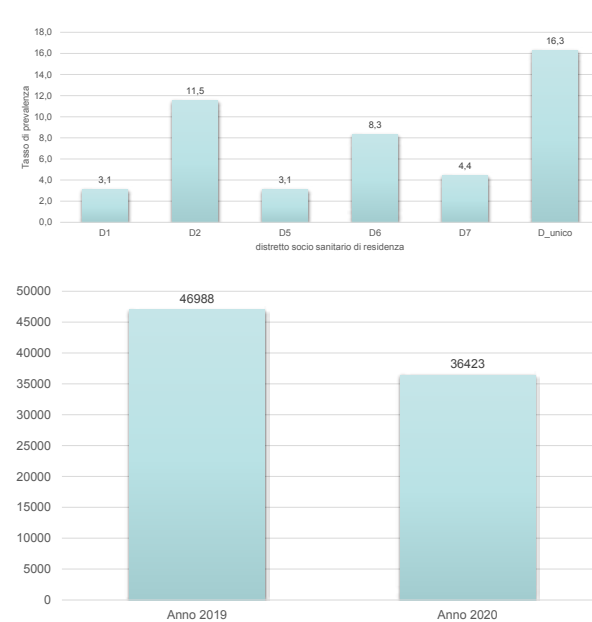
Le malattie cardio-cerebrovascolari, nonostante la diminuzione della mortalità registrata negli ultimi anni, continuano a rappresentare in Italia una delle principali cause di morbosità, invalidità e mortalità. Secondo i dati Istat del 2017, il 10.4% di tutti i decessi è stato attribuito a malattie ischemiche del cuore (11.3% negli uomini e 9.6% nelle donne) e il 9.2% ad eventi cerebrovascolari (7.6% negli uomini e 10.7% nelle donne). Le Malattie Cardiovascolari sono tuttora anche la prima causa di ricovero ospedaliero in Italia (14.5% di tutti i ricoveri, circa 1 milione di ricoveri/anno).

Methodology

Tutto ciò ha reso necessario dei cambiamenti sugli assetti strutturali, organizzativi e tecnologici come la TELEMEDICINA.

Results

Incidenza pazienti Covid-19 ASL Taranto 2020

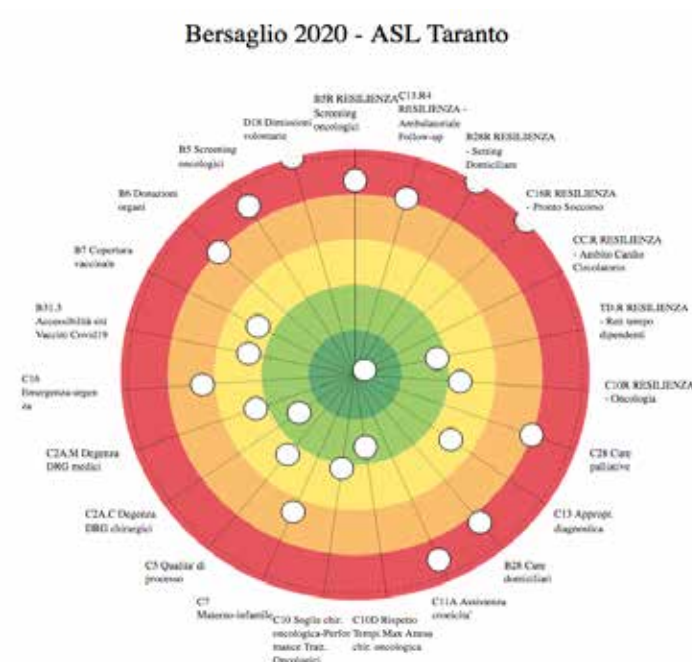


Riduzione delle prestazioni ambulatoriali ASLTA 2019/2020



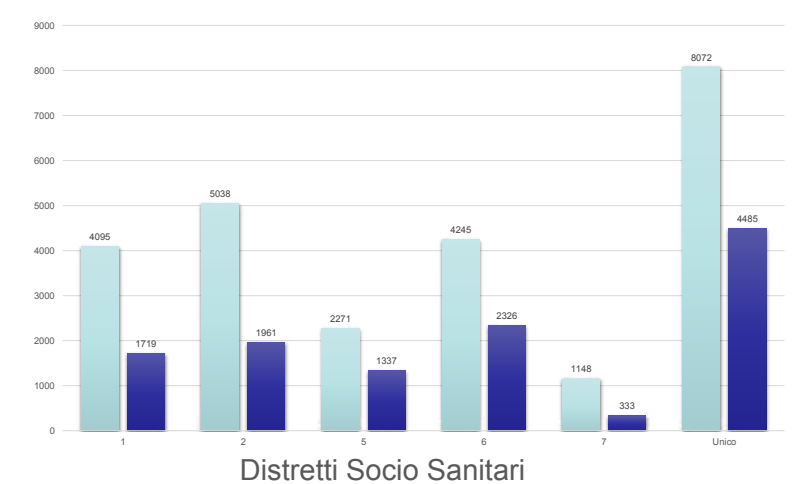
Riduzione prestazioni ambulatoriali territoriali (-51%) strutture ospedaliere (-41,6%). Negli ambulatori distrettuali i maggior decrementi riguardano, per quanto concerne le visite, la neurologia (-73%, dermatologia (-66,2%), l'endocrinologia (-62,8%) e l'oculistica (-62,3%); per quanto riguarda le prestazioni i maggior decrementi si registrano per l'ecografia della tiroide (- 63,7%), gli esami di diagnostica cardiologica (elettrocardiogramma -52%, ecocardiografia -36%), diagnostica oculistica (esame fundus oculi – 54,5%); Negli ambulatori ospedalieri, le branche a visita a subire il maggior decremento sono quella di chirurgia generale (-75,8%), neurochirurgia (-73,4%), otorinolaringoiatria (-72,8%), ortopedia (- 65,5%) e cardiologica (-46,9%); per quanto riguarda le prestazioni, maggior decrementi nell'ambito della branca di cardiologia (elettrocardiogramma -58,6%, ecocardiogramma – 27,5%), la diagnostica senologica (ecografia della mammella -62,2%), l'oculistica (interventi sul cristallino con o senza vitrectomia -49,4%).

Conclusion



- Take home messages**
- Gli interventi di prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari mirano a ridurre la morbi-mortalità, promuovendo l'adozione di stili di vita e ambienti salutari a livello di popolazione e individuale.
 - La strategia di popolazione implica un approccio integrato con il coinvolgimento di diversi protagonisti dei processi che regolano la gestione dello stato di salute ("empowerment" di comunità).
 - La strategia individuale prevede l'identificazione precoce dei soggetti ad alto rischio cardiovascolare.
 - Le carte del rischio attualmente disponibili (Progetto CUORE in Italia, sistema SCORE in Europa) consentono di stimare il rischio cardiovascolare a 10 anni.
 - L'approccio di prevenzione cardiovascolare deve essere basato sulla gestione integrata e multidisciplinare del rischio cardiovascolare totale.

Resilienza territorio ASL Ta prestazioni ambulatoriali



Numero fattori di rischio	Setting assistenziale	Follow-up
1	MMG	MMG
2	Specialisti Territoriali	Specialisti territoriali
3	Ambulatori multidisciplinari	Ambulatori multidisciplinari-telemedicina
4	Ambulatori di II° livello	Ambulatori multidisciplinari-telemedicina



RIABILITAZIONE DOMICILIARE IBRIDA: Tradizionale e Tecnologica

Forte Giacomo Francesco*, de Nittis Raffaele Pio**, Crisetti Marco***

* Azienda Pubblica di Servizi alla Persona “S.M.A.R.”, Manfredonia, Foggia

** Cooperativa Sociale per Azioni “San Giovanni di Dio”, Foggia

*** Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio Onlus, San Giovanni Rotondo, Foggia

Introduction

L'interruzione obbligatoria dei Servizi di riabilitazione domiciliare a causa dell'emergenza sanitaria da Covid-19; la necessità di dotarli di tecnologie innovative per la misurazione degli esiti; il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza italiano (PNRR); la convinzione di dover intervenire su questo setting assistenziale per cercare di renderlo più efficace, efficiente e sicuro; la consapevolezza di poter contribuire a rendere il domicilio dell'utente, davvero il “primo luogo di cure”, riducendo i limiti che caratterizzano questa tipologia di prestazioni, hanno ispirato gli autori nell'ideare un Servizio di Riabilitazione Domiciliare “Ibrida” che integri la riabilitazione domiciliare tradizionale con quella erogata a distanza mediante tecnologie digitali e assistite da robot.



Results

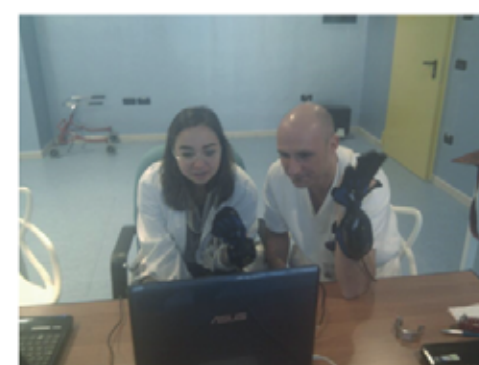
Punti di forza Riabilitazione tradizionale:

corretta relazione terapeutica con presenza di comunicazione non verbale; riabilitazione calata nel reale contesto ambientale.

Punti di debolezza:

insufficienza di dati, e qualità percepita, autoreferenziale per scarso utilizzo strumentale e tecnologico; impossibilità prestazionale in determinate condizioni; costi eccessivi di “produzione”.

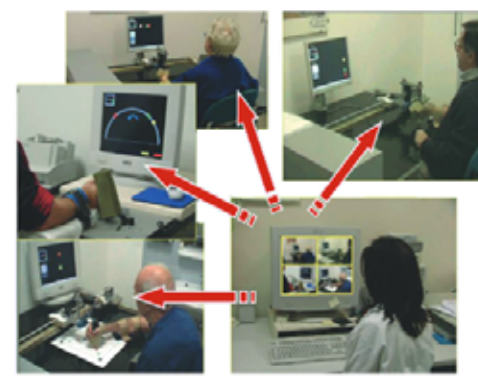
Punti di forza Teleriabilitazione: erogazione anche in presenza di rischio infettivo o altro impedimento; assenza dei tempi di spostamento degli operatori con conseguente riduzione dei costi di “produzione” e di inquinamento ambientale (mobilità sostenibile). **Punti di debolezza:** inadeguate conoscenze informatiche degli utenti; inadeguato accesso alla rete; ridotta relazione terapeutica (assenza di “contatto”, di comunicazione non verbale); maggior rischio di violazione della privacy; maggiori vincoli di eleggibilità.



Methodology

Revisione della letteratura scientifica e della normativa unitamente alle attività di benchmarking presso strutture di riabilitazione e aziende di fabbricazione delle tecnologie.

Lo studio ha ricercato una modalità erogativa di prestazioni riabilitative domiciliari che non fosse condizionata da rischi infettivi o da qualsiasi altro impedimento. Ha individuato i punti di forza e di debolezza delle due modalità erogative oggetto di studio e ha consentito di ideare un Servizio di riabilitazione domiciliare “Ibrida”, con requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi ben definiti, vincoli di eleggibilità, attività da erogare, tempi di attuazione, piano economico finanziario di realizzazione.



Conclusion

Le due modalità erogative non possono essere assolutamente sostitutive ma solo integrative perché sia raggiunta la miglior efficienza, efficacia e sicurezza prestazionale. Ne discende un Servizio di riabilitazione domiciliare “Ibrida”, tecnologicamente innovativa e digitalizzata. Una riabilitazione che può gestire dati, misurare, validare e aumentare la ripetitività e intensità delle prestazioni accelerandone i risultati e che, alle sapienti mani del professionista sanitario, associa l'utilità delle tecnologie per una miglior efficacia on line e off line delle prestazioni a distanza.



Forum Risk Management

obiettivo sanità & salute





Il contributo del Servizio Sociale Professionale nelle Residenze Sanitarie Assistenziali pugliesi.

Dott.ssa Cinzia MONGELLI
IRIS SOCIALIA Centro Studi Sunas



INTRODUZIONE

La Direzione Strategica della ASL di Bari ha commissionato all'Area Servizio Socio Sanitario e all'U.V.A.R.P. la realizzazione di un "Progetto Obiettivo" allo scopo di monitorare le attività riabilitative e sociali delle strutture sociosanitarie residenziali e semiresidenziali di competenza della Asl Bari.

METODOLOGIA ED ESITI

Lo studio ha preso in esame 272 pazienti per ciascuno dei quali gli operatori delle strutture interpellate hanno compilato una scheda contenente una serie di domande che qui si sintetizzano:

- La composizione del nucleo familiare di riferimento del paziente.
- La condizione familiare generale, riferita alla capacità della famiglia di gestire il congiunto disabile o non autosufficiente.
- La condizione lavorativa dei familiari.
- La relazione sociale d'invio del paziente.
- Il Diario Sociale della struttura.
- L'analisi della frequenza dei contatti del Servizio Sociale della struttura con i servizi territoriali.
- Le attività di socializzazione.

I nuovi Regolamenti Regionali nrr. 4 e 5 del 21 gennaio 2019, ridefiniscono i requisiti di funzionamento di strutture residenziali e semiresidenziali per persone autosufficienti e parzialmente autosufficienti, nonché individuano le figure professionali necessarie per il buon funzionamento delle stesse. Tali regolamenti, però, per quanto attiene alcune figure professionali ed in particolare quella dell'assistente sociale, hanno apportato una sostanziale e marcata riduzione dell'orario di lavoro degli assistenti sociali con inevitabili criticità rilevate che si ripercuotono sulla qualità delle prestazioni.

STRUTTURAZIONE DELL'INDAGINE

Dall'indagine è emerso il significativo ruolo del Servizio Sociale Professionale che opera all'interno delle strutture, in particolare rispetto alla cura e alla salvaguardia delle relazioni tra il paziente, la famiglia e i servizi territoriali (Comuni ed ASL).

L'Assistente Sociale, in tale contesto, assume un ruolo determinante nella gestione del processo di aiuto a supporto del paziente.

La ricerca, sul piano metodologico, è stata avviata con la predisposizione degli elenchi delle strutture e, per ognuna di esse, è stato determinato un numero *randomico* di pazienti. Su un numero totale di 85 strutture, attraverso lo strumento del campionamento, ne sono state individuate 34.

L'indagine ha consentito di reperire dati quantitativi e qualitativi relativi a: personale; scheda individuale del paziente in merito al percorso riabilitativo; scheda di valutazione delle prestazioni sociali.

CONCLUSIONI

Pertanto, con l'assunzione a tempo pieno dell'assistente sociale, potranno essere svolte tutte quelle indispensabili attività da realizzare a supporto del paziente e della sua famiglia.

BIBLIOGRAFIA

Corbetta P. Ed, La ricerca sociale: metodologia e tecniche. I paradigmi di riferimento, Bologna, Il Mulino, 2015.
Corbetta P. Ed., Metodologia e tecniche della ricerca sociale, Bologna, il Mulino. 2014.



Riabilitazione robotizzata: criticità e possibili soluzioni

Forte Giacomo Francesco*, Filoni Serena*, Emanuele Francesco Russo*

* Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio Onlus, San Giovanni Rotondo, Foggia

Introduzione

La digitalizzazione, i dati sanitari e le tecnologie sono i tre pilastri che il PNRR pone alla base dell'innovazione del SSN. Il DPCM 12 gennaio 2017, (LEA), ha incluso per la prima volta, con codice 93.11.G, la “rieducazione motoria mediante apparecchi di assistenza robotizzata ad alta tecnologia” per le “gravi patologie secondarie a lesioni del SNC, con esclusione delle patologie neurodegenerative, durata della prestazione pari a 45 minuti e ciclo pari a 10 sedute”. Il Decreto di tariffazione, anche se non ancora attuato, prevede un importo di remunerazione della prestazione di 45,00 €. Questo studio, è l'esito di un approfondimento sul campo di oltre 10 anni finalizzato ad evidenziare le notevoli divergenze tra la riabilitazione robotizzata e la previsione normativa.

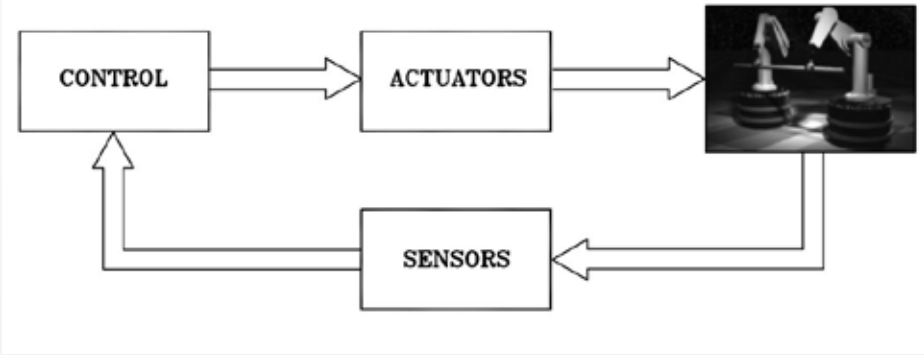


Fig. 1 Componenti di un sistema robotico¹

Metodologia

Revisione della letteratura e della normativa. Benchmarking sul campo, nazionale e internazionale. Revisione delle cartelle cliniche degli ultimi 10 anni. Analisi di ciò che è accaduto realmente e ciò che accade quotidianamente in merito all'eleggibilità dei pazienti, ai tempi di erogazione, agli esiti e all'appropriatezza e ai costi.



Fig. 2 Esoscheletri robotici utilizzati per riabilitazione e rieducazione funzionale

Risultati

Lo studio ha evidenziato che le indicazioni terapeutiche di cui al codice 93.11.G dei nuovi LEA sono decisamente riduttive perché non considerano assolutamente gli studi scientifici esistenti e l'effettiva realtà erogativa. Infatti, sui robot attualmente

in commercio, vengono riabilitati con soddisfacenti risultati, anche pazienti affetti da: sclerosi multipla, malattia di parkinson, lesione midollare, grave cerebrolesione acquisita, paralisi cerebrale infantile. I tempi di erogazione sono stati abbondantemente sottostimati perché non considerano la preparazione del paziente e la sua “imbragatura” che richiedono un tempo pari ad almeno ulteriori 15 minuti e, comunque dipendente dal robot utilizzato e dal distretto corporeo interessato. Il costo per prestazione previsto, calcolando il minutaggio delle risorse umane necessarie, gli elevati costi delle apparecchiature e i costi generali di “produzione”, è decisamente incongruo. Infine, manca la nota al codice LEA succitato che definisca con chiarezza cosa si intende per “apparecchi di assistenza robotizzata ad alta tecnologia”, evitando così, una probabile confusione tra gli addetti ai lavori.

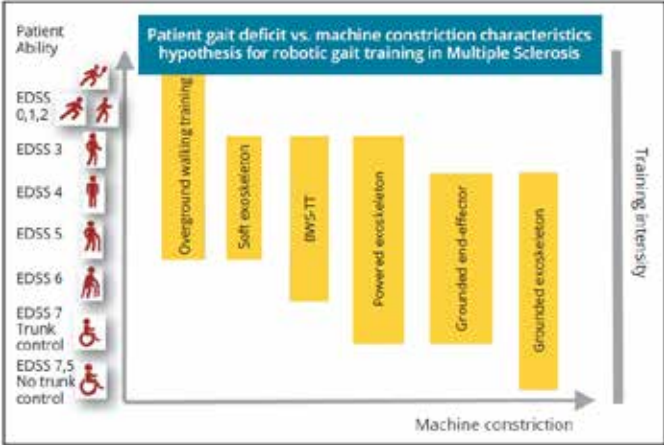


Fig. 3 Schema che combina il livello di abilità del paziente definito da EDSS con la migliore soluzione possibile in termini di allenamento della deambulazione e caratteristiche costruttive del robot³

Conclusioni

Risulta evidente che la previsione del codice 93.11.G, la cui piena attuazione peraltro è ancora in itinere, sia stata abbondantemente superata sul campo dall'effettiva indicazione terapeutica, dalle modalità prescrittive ed erogative delle prestazioni (tempi e numero minimo di sedute per distretto corporeo). Per cui è necessario, a parere degli autori, che si operi una revisione di questo codice e una sua completa integrazione. È necessario altresì definire con esattezza cosa si intende per apparecchio riabilitativo assistito da robot e determinare una congrua tariffa, per distretto corporeo e corrispondente ai reali costi di produzione.

Bibliografia

- Siciliano B, Sciavicco L, Villani L, Oriolo G. Robotics: Modelling, Planning and Control, Springer, 2009.
- Straudi, S.; Tramontano, M.;Russo, E.F.; Perrero, L.; Agostini, M.;Gandolfi, M.; Aprile, I.; Paci, M.;Casanova, E.; Marino, D.; et al.Robot-Assisted Upper Limb Trainingfor Patients with Multiple Sclerosis:An Evidence-Based Review ofClinical Applications andEffectiveness. Appl. Sci. 2022, 12, 222.<https://doi.org/10.3390/app12010222>
- Calabrò RS, Cassio A, Mazzoli D, et al. What does evidence tell us about the use of gait robotic devices in patients with multiple sclerosis? A comprehensive systematic review on functional outcomes and clinical recommendations. Eur J Phys Rehabil Med. 2021;57(5):841-849. doi:10.23736/S1973-9087.21.06915-X



LA CURA DEL PAZIENTE ONCOLOGICO AI TEMPI DELLA PANDEMIA: LE PROCEDURE DI RISK MANAGMENT ADOTTATE DALL'ISTITUTO TUMORI 'GIOVANNI PAOLO II' DI BARI

P.Milella, A. Pece, D. Laviola, C. Angrisani, A. Delle Donne
Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico , V.le O. Flacco 65, Bari



Introduzione

La pandemia da Covid -19, al di là dell'evidente impatto clinico immediato sull'intera comunità, ha inciso profondamente tanto su abitudini e comportamenti quotidiani, quanto sull'assistenza agli ammalati cronici.

La gestione delle attività ospedaliere ambulatoriali e di ricovero è stata, infatti, globalmente rimodulata secondo normative nazionali e regionali rispondenti di volta in volta alle necessità dettate dall'andamento pandemico. Tenuto conto che i malati oncologici rappresentano una categoria di pazienti a rischio aumentato per le infezioni virali e batteriche, su disposizione regionale, l'Istituto "Giovanni Paolo II" di Bari è rientrato sin dall'inizio nella categoria delle strutture sanitarie "covid-free".

Per tale ragione la Direzione Generale e Sanitaria dell'Istituto tumori coadiuvata dalla UOSD Risk Management ha adottato seriate procedure assistenziali ed organizzative mirate a prevenire, ridurre e contenere il contagio dal virus SARS Cov-2 al fine di garantire elevati standard di qualità e sicurezza delle cure.

Risultati

Sono stati analizzati i dati relativi al numero totale di ricoveri effettuati presso l'Istituto "Giovanni Paolo II" di Bari nel periodo compreso tra il mese di febbraio 2020 (inizio della pandemia) ed il mese di settembre 2022. I dati ottenuti evidenziano un numero molto ridotto di tamponi molecolari positivi. Nel dettaglio, circa l'1% dei soggetti ricoverati nel periodo temporale indicato è risultato positivo al virus Sars COV-2. La percentuale maggiore di casi è stata registrata nel reparto di ematologia e terapia cellulare (36,5%) interessando l'1,4% dei pazienti ricoverati nell'Unità Operativa. Tale dato può essere spiegato con la condizione clinica di severa immunodepressione che generalmente caratterizza pazienti affetti da neoplasie ematologiche. Il secondo reparto in cui si è registrato il maggior numero di casi di positività al virus Sars Cov-2 è la S. C. di Oncologia Interventistica (27,5%). I soggetti con tampone positivo sono comunque risultati solo lo 0,47% di tutti i pazienti ricoverati nel citato reparto nel range temporale analizzato. Percentuali minori di casi si sono verificati nel reparto di Oncologia medica (18%), chirurgia toracica (9%), chirurgia generale (4,5) e presso la SSD Oncologia medica per la patologia toracica (4,5%). Detti risultati assumono una maggiore rilevanza se si considera che contestualmente si è registrato un incremento del numero degli accessi in ospedale rispetto al periodo pre-pandemico. Si è, di fatto, registrato un numero maggiore di prestazioni ambulatoriali effettuate (729.626 nel 2019 vs 821.655 nel 2021). Tale dato è coerente con il dato nazionale che registra una riduzione degli accessi presso i nosocomi delle regioni prevalentemente interessate dalla pandemia. Tutte le procedure adottate hanno tuttavia richiesto uno sforzo economico. È stata stimata una spesa complessiva pari a circa 1000000,00 relativa all'acquisto di dispositivi elettromedicali (pompe infusionali, ventilatori da trasporto, impianto di area compressa, termoscanner, containers per sale d'attesa ecc), di dispositivi di protezione individuale forniti non solo al personale afferente all'Istituto ma anche agli utenti esterni sprovvisti. Un ulteriore aggravio economico è, inoltre, ascrivibile alle molteplici procedure di sanificazione eseguite.

Conclusioni

Nel pieno dell'emergenza nazionale legata alla diffusione del Coronavirus Covid-19, l'obiettivo primario perseguito presso l'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari è stato quello di adottare misure preventive atte a ridurre il rischio di infezione e di contagio da SARS COV-2.

Sono stati quindi elaborati percorsi assistenziali ed organizzativi relativi sia alla fase precedente l'accesso al nosocomio sia al periodo di ricovero con risultati soddisfacenti. Il numero dei casi di positività al virus è risultato estremamente contenuto e non sono mai stati registrati focolai epidemici. Tali risultati risultano ancora più confortanti se analizzati contestualmente all'evidenza di un aumento del numero delle prestazioni sanitarie ambulatoriali erogate nell'anno 2021 (periodo covid) rispetto all'anno 2019 (epoca pre-covid). Gli sforzi professionali, organizzativi, strutturali ed economici messi in campo dal nostro Istituto hanno permesso di mantenere elevati standard di "sicurezza delle cure" nell'interesse principale di salvaguardare la salute dei pazienti "fragili" che afferiscono al nostro Istituto.

Bibliografia

Materiali e metodi

A partire dal febbraio 2020, l'unità di Clinical Risk Management, ha previsto l'implementazione di misure mirate a realizzare il massimo livello di protezione per i pazienti "fragili" affetti da patologie oncologiche, ematologiche ed immunodepressi afferenti all'Istituto tumori di Bari. In aggiunta alle comuni misure preventive introdotte nel periodo pandemico in tutte le strutture ospedaliere (utilizzo di DPI, avvio di attività pre-triage, esecuzione di test molecolare rinofaringeo al momento dell'accesso alla Struttura, predisposizione di sale grigie di attesa e distanziamento di sicurezza) sono stati elaborati e diffusi nuovi percorsi per la gestione dei ricoveri e degli accessi ambulatoriali. Al fine di ridurre il rischio di stazionamento nelle sale di attesa, a partire dal febbraio 2020, furono disposti ingressi contingentati e scaglionati prevedendo lo slittamento delle visite specialistiche anche nelle ore pomeridiane e nel weekend. In maniera tassativa fu inoltre prevista la presenza di un solo paziente per stanza di degenza garantendo per i pazienti più "fragili" quali quelli ematologici la imprescindibile continuità assistenziale presso altre unità operative. I soggetti ricoverati, quandanche asintomatici, sono stati sottoposti a monitoraggio continuo mediante esecuzione di tampone molecolare (poi antigenico di III generazione) ogni tre giorni. Contestualmente fu elaborato un percorso *ad hoc* per il trasferimento presso altro nosocomio Covid, entro e non oltre 12 ore dal risultato del test positivo. Parimenti è stata prevista l'esecuzione di ulteriore tampone di controllo entro le 72 ore prima della dimissione per consentire il trasferimento in sicurezza del paziente in famiglia e/o comunità. In ogni Unità Operativa chirurgica e medica è stata individuata una stanza finalizzata all'isolamento di eventuali casi sospetti e/o sintomatici. Nel marzo 2021 al fine di coordinare le molteplici attività di monitoraggio dei processi e dei percorsi assistenziali-organizzativi introdotti è stato inoltre istituito un team multidisciplinare Covid-19 costituito dal Direttore Sanitario coadiuvato dal Responsabile del Risk Management, dal Direttore dell'UOC di Anestesia e Rianimazione, dal medico competente e dal responsabile UOSVD delle professioni sanitarie nonché l'istituzione di una task force per l'adeguata gestione dell'eventuale positività riscontrata. Tutte le misure adottate hanno richiesto non solo uno sforzo professionale ma anche in termini economici che si è reso necessario .





Impact of Covid-19 on Clinical Pathways - A Case Study from Puglia Region

Anna Roberta Gagliardi

Department of Economics, University of Foggia, Foggia, Italy

Luigi Pacilli

IRCCS Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza San Giovanni Rotondo, Foggia, Italy



Introduction

Clinical pathways (CPs) represent a theme of extreme interest to the scientific community with the primary purpose of improving the quality of patients' health. They constitute one of the leading clinical governance tools needed for managing patient care within a healthcare organization; they are intended to design the best patient-focused care flow for improving the global quality of the healthcare process, starting from their standardization, which should prevent to delay responses. From a clinical point of view, implementing CPs has proved to be an effective tool for monitoring and improving the clinical process indicators (e.g., the length of the hospitalization, the mortality rate, and so on), but it is evident that their utility works even for the managerial and financial profiles of the healthcare organization (for example, the patient satisfaction), most of all by virtue of the revisions that allow their continuous improvement.

However, the COVID-19 pandemic highlighted the need for a reorganization of CPs based on primary healthcare criteria, as recommended by the World Health Organization (WHO); in this respect, this study aims to analyze the organizational responses, from a managerial and financial point of view, adopted in treating non-COVID-19 patients with respiratory insufficiency in the Intensive Care Unit (ICU) in an Italian case study before, during, and after the COVID-19 pandemic. The COVID-19 pandemic, however, has impacted the organization of the healthcare companies in a completely inconceivable way (Dhar et al., 2020; Jalili et al., 2021; Tsamakis et al., 2021; Wankhede et al., 2021; Mediani et al., 2022). First in China and subsequently throughout the rest of the world, in fact, the unpredictability of the pandemic, the consequent massive impact, and the physiological unpreparedness of the healthcare organizations in the responses to the treatment of this Coronavirus have affected not only this specific profile of the health management (i.e., how to react to the COVID-19 pandemic), but also and in some respects above all have affected the other healthcare services and the related performances, inevitably subordinated to the emergency from COVID-19 (Al-Tawfiq et al., 2020; Florin et al., 2020; Roy et al., 2021).

Research question

In this direction, it therefore seemed appropriate to investigate the possible changes that the impact of the COVID-19 pandemic has generated in the management of the CPs when concerning non-COVID-19 patients. Moreover, it seems that there exists a considerable gap in the relating scientific literature (a query on Google Scholar with the following syntax: "+COVID-19" + "non-COVID-19" + "clinical pathways" + "organizational change"; provided only one result: Donelli et al., 2022), most probably given the novelty of the subject in question (COVID-19) and also given the relative persistence of the circulation of the virus at the time of this study (2022), with consequent constant evolution of the related processes organizations, thus arriving at the following research question.

RQ1: "Has the COVID-19 pandemic changed the organization and the management of non-COVID-19 CPs?"

Methodology

Figure 1 provides the CP template that is normally adopted in the ICU of CSS (and naturally even in most of the ICUs of all the other healthcare organizations). This evidence was necessary to understand where to identify, collect, extract, prepare, and aggregate the different data to be processed into the analysis (i.e., Patient Treatment > Intensive Care Unit).

The data extraction period regards four years (from 1 January 2018 to 31 December 2021), aiming to detect and explore possible changes in the organization of the CPs due to the Covid-19 pandemic outbreak; only 2018 and 2019 were selected to maintain coherence (2+2) with the COVID-19 years (2020 and 2021). Four categories of data were extracted.

1. Patient information (e.g., age, gender, date of admission, date of discharge, and so on).
2. Records for the direct use of the CPs (e.g., date, date of admission, date of transfer to and from the ICU, number of re-entries, name of the disease, and so on).
3. Register of the medical care (e.g., type and number of services performed at the Radiology Unit, date of execution, and so on).
4. Register of the healthcare workers (e.g., number of nurses, number of professional caregivers, and so on).

Naturally, of the abovementioned databases, the fourth does not concern patients. Applying the query, i.e., non-COVID-19 patients with respiratory insufficiency treated in the ICU in the 2018-2021 period, onto the first three abovementioned databases of CSS, 749 patients (already normalized with respect to the hospitalizations) were found.

All the items for the data analysis have been defined using elements in the four databases. The primary outcome of this study, i.e., the length of the hospitalization in the ICU, was calculated as the difference between the entry date of the patient in the subsequent Operative Unit (cf. Figure 1) and the entry date of the patient in the ICU. To obtain further and more detailed information on the management of the CP before (2018-2019) and during/after (2020-2021) the COVID-19 emergency, data relating to the number of radiological services performed and the number of health professionals employed in the coherent period were collected.

Some variables have been prevalently used as exploratory: (1) sex (used as an element in the patient information database); (2) age (considered as the difference between the hospitalization date and the birthday date); (3) re-entry (yes or no, used as an element in the CP information database; a re-entry is a further hospitalization of the same patient in the same year); (4) days of hospitalization (used as an element of evaluation of the clinical efficiency, with all the related limitations); (5) hospital discharge (used as an element both in the patient information and in the CP database).

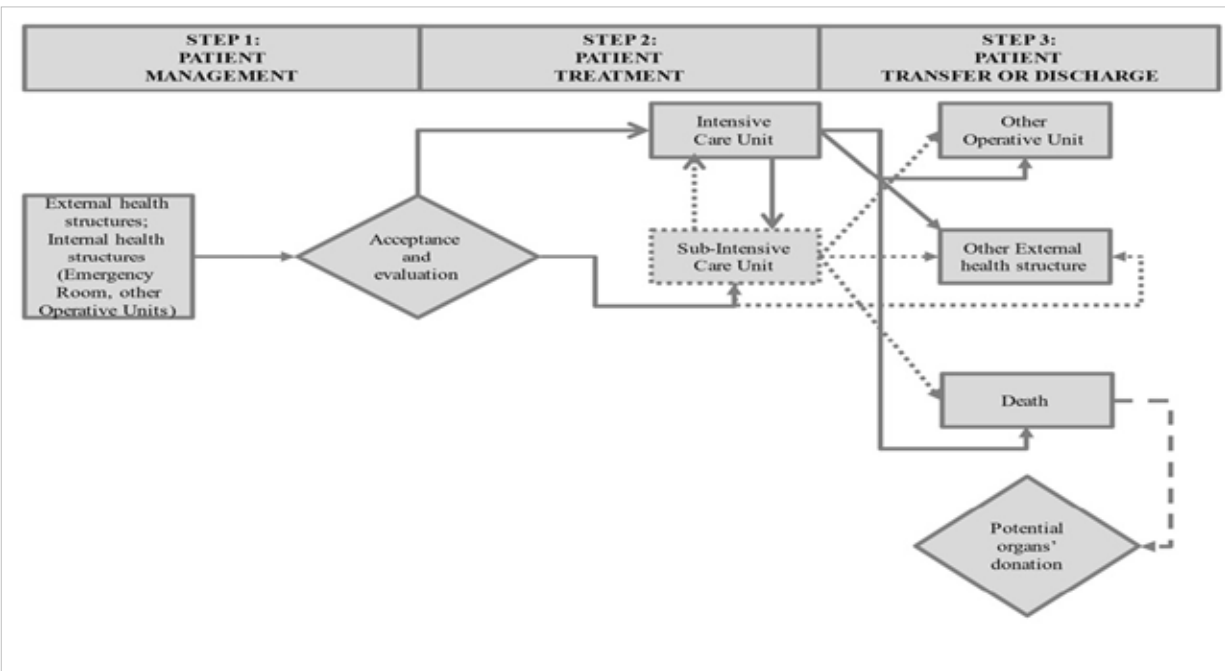


Figure 1

Results

Main results: Hospital stay curve

The primary outcome of the research consisted of comparing the duration of the hospital-stay within the ICU (and related mean, standard deviation (SD), and median) with the respective minimum and maximum of the days of hospitalization. The evidence is about an increase of the average length (the increase of the average is equal to 3.49, but with significant variability, since the increase of the standard deviation is equal to 4.49), due to the COVID-19 outbreak (less availability of hospital beds inevitably has forced to grant access to the ICU only to those non-COVID-19 patients that were more than seriously affected).

Additional results: Organization and medical treatments on clinical pathway

In addition to the previous outcome, which remains the main results of the research, two other investigations have been performed to enrich the global evaluation of the evolution of the efficiency of the CP. First, the analysis that compared the number of radiological exams performed on patients (with financial interest); and second, the average number of health workers employed (with managerial interest).

Finally, Figure 2 shows the changes of the three main variables studied in this paper for the four-year survey. As can be observed, days of hospitalization and care staff workers tendentially increase, while the number of the radiological exams tendentially decreases. Thus, Figure 2 provides a general summary of the main outcomes of the research.

At the end, the previous reflections, considering the abovementioned changes, seem to provide sufficient evidence to respond to RQ1:

"Has the COVID-19 pandemic changed the organization and the management of non-COVID-19 CPs?" – "Yes".

At the same time, it is to mention that this result needs continuous investigation in further research; in fact, the detected changes require constant monitoring in the future, even in the light of the potentially different circulation of the virus.

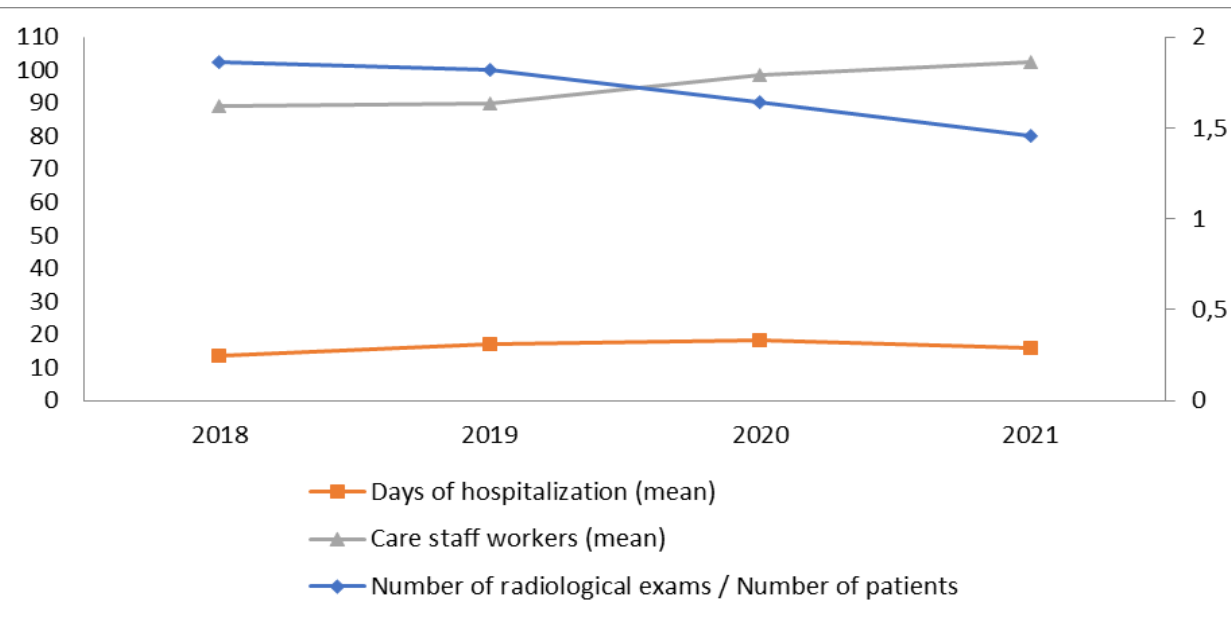


Figure 2

Conclusion

Despite the tremendous impact of the COVID-19 pandemic on the healthcare systems, CPs remain an effective tool to ensure a better quality of care for the patients. More specifically, they are fundamental for reducing the length of the hospitalization, which is a clinical performance with relevant meaning even at managerial and financial level (Trimarchi et al., 2021).

In this study, a group of 749 patients (non-COVID-19 patients in ICU with respiratory insufficiency) has been investigated, showing increase of the days of hospitalization (with clinical interest), increase of the care-staff units (with managerial interest), and decrease of the radiological exams (with financial interest). At the end, it is to mention that, in the case study under analysis, the impact of the COVID-19 pandemic has been relevant, forcing to adopt several changes at organizational level to manage not only the pandemic emergency, but also to provide response to 'standard' patients, even with major complexity due to the COVID-19 situation, and that only a systemic vision of the CPs, considering altogether the related clinical, organizational, managerial, and financial dimensions, has allowed to record considerable outcomes even in times of COVID-19.

References

- Al-Tawfiq, J.A., Al-Yami, S.S., & Rigamonti, D. (2020), "Changes in healthcare managing COVID and non-COVID-19 patients during the pandemic: striking the balance", *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease*, Vol. 98 No. 4, pp. 115147.
- Bosa, I., Castelli, A., Castelli, M., Ciani, O., Compagni, A., Galizzi, M.M., Garofano, M., Ghislandi, S., Giannoni, M., Marini, G., & Vainieri, M. (2021), "Corona-regionalism? Differences in regional responses to COVID-19 in Italy", *Health Policy*, Vol. 125 No. 9, pp. 1179-1187.
- Dhar, R., Jee, B., Pethusamy, K., Seethy, A., Kumar, A., & Karmakar, S. (2020), "The scars of COVID19: Preparing for the collateral damages", *Asian Journal of Medical Sciences*, Vol. 11 No. 6, pp. 142-147.
- Florin, M., Pinar, U., Chavigny, E., Bouaboula, M., Jarbou, L., Coulibaly, A., Lemogne, C., & Fournier, L. (2020), "Socio-economic and psychological impact of the COVID-19 outbreak on private practice and public hospital radiologists", *European Journal of Radiology*, Vol. 132 No. (2020), pp. 109285.
- Jalili, M., Niroomand, M., Hadavand, F., Zeinali, K., & Fotouhi, A. (2021), "Burnout among healthcare professionals during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study", *International Archives of Occupational and Environmental Health*, Vol. 94 No. (2021), pp. 1345-1352.
- Mediani, H.S., Adistie, F., Hendrawati, S., & Trisyani, Y. (2022), "Problems Facing Healthcare Providers When Caring for COVID-19 Patients: An Integrative Review", *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, Vol. 15 No. (2022), pp. 1511-1523.
- Roy, C.M., Bollman, E.B., Carson, L.M., Northrop, A.J., Jackson, E.F., & Moresky, R.T. (2021), "Assessing the indirect effects of COVID-19 on healthcare delivery, utilization and health outcomes: a scoping review", *European Journal of Public Health*, Vol. 31 No. 3, pp. 634-640.
- Trimarchi, L., Caruso, R., Magon, G., Odone, A., & Arrigoni, C. (2021), "Clinical pathways and patient related outcomes in hospital-based settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials", *Acta Biomedica*, Vol. 92 No. 1, pp. 1-13.
- Tsamakis, K., Tsiftsios, D., Ouranidis, A., Mueller, C., Schizas, D., Terriotis, C., Nikolakis, N., Tyros, G., Kypouropoulos, S., Lazaris, A., Spandidos, D.A., Smyrnis, N., & Rizos, E. (2021), "COVID-19 and its consequences on mental health (Review)", *Experimental and Therapeutic Medicine*, Vol. 21 No. 3, pp. 1-7.
- Wankhede, P., Wanjari, M., Late, S., & Rodge, H. (2021), "Challenges Faced by Healthcare Professionals During the COVID-19 Pandemic: A Review", *Journal of Pharmaceutical Research International*, Vol. 33 No. 53B, pp. 89-92.



Il diagramma illustra il "CIRCOLO VIRTUOSO" attraverso tre componenti interconnesse:

- Aumento produzione** (in un cerchio blu)
- Riduzione variabilità gestionale** (in un cerchio viola)
- Migliore patient experience** (in un cerchio grigio scuro)

Queste tre componenti sono collegate da frecce che formano un ciclo continuo, con il testo "CIRCOLO VIRTUOSO" al centro.

- **La NON corretta gestione del peri-operatorio dei pazienti extra-regionali ha un forte impatto sull'organizzazione interna**
- **Tali pazienti rappresentano la maggior parte (o l'80% se giustificato) di tutte le problematiche organizzative**
- **Nello specifico, gli interventi di chirurgia maggiore occupano per intero la seduta operatoria del mattino (6h) per almeno 3 gg la settimana con la necessità di programmare posto letto in TIPO**

La scelta del focus del pilota si è basata sull'incidenza sulle problematiche e ha tenuto conto dell'assenza attuale di un supporto tecnologico e di un sistema adeguato di change management

```
graph TD; A[Prenotazione visita specialistica <br/> "con Urologo"] --> B[Esecuzione visita ambulatoriale]; B --> C{Intervento chirurgico <br/> necessario?}; C -- No --> D[Fine Processo]; C -- Si --> E[Inserimento lista di <br/> attesa e presa in carico <br/> del paziente]; E --> F[Pre - Ricovero del <br/> paziente]; F --> G[Anamnesi ed esami <br/> preliminari]; G --> H{Risultati <br/> ok?}; H -- No --> I[Fine Processo]; I --- J[Il paziente non <br/> può essere <br/> operato]; H -- Si --> K[Ricovero del <br/> paziente]; K --> L[Paziente in blocco <br/> operatorio]; L --> M[Paziente in reparto <br/> post - operatorio]; M --> N[Dimissioni]; N --> O[Follow-up];
```

```
graph TD
    A[Prenotazione visita specialistica "con Urologo"] --> B[Esecuzione visita ambulatoriale]
    B --> C{Intervento chirurgico necessario?}
    C -- No --> D[Fine Processo]
    C -- Si --> E[Inserimento lista di attesa e presa in carico del paziente]
    E --> F[Pre - Ricovero e ricovero del paziente]
    F --> G[Anamnesi ed esami preliminari]
    G --> H{Risultati ok?}
    H -- No --> I[Fine Processo]
    I --- J["Il paziente non può essere operato e lo si avvia operando "sua in bocca"]
    H -- Si --> K[Paziente in blocco operatorio]
    K --> L[Paziente in reparto post-operatorio]
    L --> M[Dimissioni]
    M --> N[Follow-up]
```

```
graph TD; A[Prenotazione visita specialistica "con Urologo"] --> B[Esecuzione visita ambulatoriale]; B --> C{Intervento chirurgico necessario?}; C -- No --> D[Fine Processo]; C -- Si --> E[Prenotazione del teleconsulto online con anestesista tramite la piattaforma]; E --> F[Caricamento dei risultati degli esami preliminari in piattaforma]; F --> G{Risultati ok?}; G -- No --> H[Prescrizione e esami per approfondimento]; H --> E; G -- Si --> I[Ricovero del paziente]; I --> J[Paziente in blocco operatorio]; J --> K[Paziente in reparto post-operatorio]; K --> L[Dimissioni]; L --> M[Follow-up];
```

The flowchart illustrates the telemedicine process for urological visits. It begins with the 'Prenotazione visita specialistica "con Urologo"' (Specialist visit booking "with Urologist"), which leads to the 'Esecuzione visita ambulatoriale' (Outpatient visit execution). A decision point follows: 'Intervento chirurgico necessario?' (Surgical intervention necessary?). If 'No', the process ends at 'Fine Processo' (End of Process). If 'Si' (Yes), it proceeds to 'Prenotazione del teleconsulto online con anestesista tramite la piattaforma' (Online teleconsult booking with anesthesiologist via the platform). This step includes a note: 'Il teleconsulto sarà esteso a tutti i pazienti anche durante followup' (The teleconsult will be extended to all patients even during follow-up). The next step is 'Caricamento dei risultati degli esami preliminari in piattaforma' (Loading of preliminary exam results on the platform), leading to a decision: 'Risultati ok?' (Results ok?). If 'No', it leads to 'Prescrizione e esami per approfondimento' (Prescription and exams for further investigation), which loops back to the teleconsult booking step. If 'Si' (Yes), it leads to 'Ricovero del paziente' (Patient admission), followed by 'Paziente in blocco operatorio' (Patient in operating block), 'Paziente in reparto post-operatorio' (Patient in post-operative ward), and 'Dimissioni' (Discharge). The final step is 'Follow-up', which loops back to the teleconsult booking step.

Il diagramma illustra il processo di erogazione dei servizi di telemedicina, suddiviso in cinque fasi principali, ciascuna con un'icona e una lista di attività correlate:

- Prescrizione** (icona: freccia blu):
 - ✓ Rispetto dei criteri di inclusione
 - ✓ Generazione informato del paziente
 - ✓ Ricetta dematerializzata
- Prenotazione** (icona: freccia grigia):
 - ✓ Prenotazione
- Erogazione** (icona: freccia arancione):
 - ✓ Videochiamata
 - ✓ Area scambio documentale
- Refertazione** (icona: freccia blu):
 - ✓ Referto con firma digitale e/o a specifica (pdf)
 - ✓ Presenza caregiver/altro medico
 - ✓ Qualità della videochiamata
- Rendicontazione** (icona: freccia grigia):
 - ✓ Rendicontazione

Facilitatori digitali

- Verificano elementi necessari all'engagezza della tele visita
 - registrazione della impegnativa medica
 - disponibilità della documentazione clinica in formato digitale
 - rispetto requisiti tecnologici
- Accoglienza online
- Informazioni, assistenza e supporto tecnico ai pazienti

Centro coordinamento tecnico

- Gestione e manutenzione piattaforme tecnologici
- Informazioni, assistenza e supporto tecnico ai medici

The diagram illustrates the digital health ecosystem architecture, showing the flow of data and services between external systems and internal hospital modules.

External Systems (Left):

- Jitsi Meet:** A video conferencing platform.
- Portale Servizi Online:** An online services portal.

Internal Hospital Modules (Right):

- Modulo Ambulatorio:**
 - Adesione informatizzata e prenotazione (scelta demografica)
 - Predisposta prenotazione, registrazione integrativa e pagamento ticket
 - Appuntamento
 - Portale Servizi Online
 - Finalizzato (registrazione finalizzata)
- Modulo Ambulatorio medico virtuale:**
 - Verifica e preparazione videoconsulti
 - Consulenza DSE (documentazione paziente)
 - Area televisiva, videoconferenza e valutazione dello stato del paziente
 - Registrazione del n. cartella clinica
 - Refettorio referto con firma digitale e archiviazione nel DSE
 - Prescrizione ricetta dematerializzata
 - Conferma erogazione

Interactions and Data Flow:

- Vertical Data Flow:** A central vertical bar labeled "web" connects the external systems to the internal modules.
- Horizontal Data Flow:** Arrows indicate data exchange between the external systems and the internal modules.
- Service Flow:** Arrows indicate the flow of services from the internal modules to the external systems.

Phases of the Process:

- Pianificazione e preparazione:** Includes the Ambulatory Module and the Virtual Ambulatory Module.
- Erogazione:** Includes the Virtual Ambulatory Module.

OLTRE AGLI INDICI DI PERFORMANCE STD, ABBIAMO INTRODOTTO I SEGUENTI KPI AL FINE DI MONITORARE I RISULTATI DERIVANTI DALLA REVISIONE DEL PROCESSO

- Il teleconsulto secondo lei è stato utile al medico per comprendere meglio i suoi bisogni e non sottovalutare le sue paure? **SI (100% dei rispondenti)**
- Durante il teleconsulto le sono state fornite informazioni *std* oppure le stesse sono state adattate ai suoi bisogni e/o preoccupazioni? **Adattate ai bisogni (100% dei rispondenti)**
- Secondo lei il teleconsulto è stato utile al fine di porre domande e le risposte ottenute sono state esaurienti? **SI, utile e con risposte esaurienti (100%)**
- Il teleconsulto secondo lei è stato utile per instaurare un miglior rapporto medico paziente? **SI (100%)**
- Quali tra le seguenti emozioni sono migliorate o peggiorate dopo il teleconsulto?
 - **Migliorate**
 - **Paura (62,5%)**
 - **Tristezza (12,5%)**
 - **Preoccupazione (100%)**
 - **Peggiorate**
 - **Confusione (13,5%)**

3	Consulenza Cardiologica (30 min)	4	Visita cardiologica compresa (1 ora)	5	Consulenza diabetologica (30 min)	6	Visita diabetologica (45 min)	7	Exami oculistici
20	ECG	18	Eco- cardiogramma 2 D (30 min)	4	ECO TBA	15	Exami polmonari + vitalità pneumologica (30 min)	2	Analisi CPAP pre-operatorie (1 ora)

				Indicatori di risultato	
Incidenza ripianificazioni interventi	=	Numero interventi ripianificati	÷	Numero totale interventi pianificati	2021: 14/88 = 16,27 % 2022: 6/180 = 7,5 %
Saturazione sala operatoria	=	Numero interventi effettuati	÷	Numero interventi potenzialmente effettuabili	2021: 20/28 = 71,43 % 2022: 18/20 = 90 %
Percentuale pazienti coinvolti nel programma	=	Numero pazienti coinvolti nel programma	÷	Numero pazienti complessivi	2022: 20/80 = 25%

