



ASSOCIAZIONE FORNITORI OSPEDALIERI REGIONE PUGLIA



VIVILASANTA'

Trimestrale d'approfondimento sulla sanità Anno XII n.42 - MARZO 2020



L'OMS dichiara la pandemia da coronavirus

IN QUESTO NUMERO:

Seguici anche su:
www.aforp.it



Beppe Marchitelli

Sanità: ripensare la globalizzazione

Pag. 2

Pino Romano

Gli obiettivi raggiunti dalla Commissione Sanità

Pag. 4

Ignazio Zullo

Occorre riorganizzare il SSR

Pag. 6

Rosa Barone

Misure concrete per il miglioramento del SSR

Pag. 8

Vito Bavaro

Le sfide della sanità digitale

Pag.10

Francesco Albergo

Management nasce lo strumento HLA

Pag. 12

Edmondo Adorisio

La medicina di laboratorio per le nuove organizzazioni ospedaliere

Pag. 14

Gianluca Budano

Coronavirus: un'occasione per un cambio di paradigma

Pag. 16

Coordinamento Donne A.F.O.R.P.

Le donne imprenditrici protagoniste in sanità

Pag. 18

Collaborazioni

CARD, Oncologico Bari, Casa Sollievo, Miulli, De Bellis

Pag. 20

COVID-19 e resilienza

Sanità: ripensare la globalizzazione



di **BEPPE MARCHITELLI**
PRESIDENTE A.F.O.R.P.

 @beppe_marchitelli

La Relazione 2019, del Cnel, al Parlamento e al Governo sui livelli e la qualità dei servizi offerti dalle Pubbliche amministrazioni centrali e locali a imprese e cittadini, oggi appare lontana anni luce. Eppure era ieri.

In relazione alla sanità, riporta i dati delle principali agenzie internazionali, dove, la sanità pubblica italiana, appare con livelli di performance lusinghieri, in particolare per quanto riguarda le dimensioni contenute della spesa. Anche lo sviluppo sostenibile vs benessere e salute, calcolato da ASviS (Alleanza Italiana per lo sviluppo sostenibile) annualmente, mostra un andamento positivo. Certo sono presenti anche criticità come le differenze considerevoli in termini di spesa sanitaria pro-capite, l'offerta di servizi sul territorio e la qualità degli stessi tra regioni. Rilevante l'aspetto che riguarda le risorse, crescente il divario tra la domanda ed i costi di produzione, in costante aumento e la ristrettezza del finanziamento pubblico, in calo rispetto al PIL negli ultimi anni. La relazione rileva una complessità crescente rispetto agli

organici ed alle carenze del personale, per infine definire l'Italia come il Paese europeo con le più grandi differenze tra regioni. Ancora, un'amministrazione pubblica che risulta troppo appesantita, come continuano a segnalare gli indicatori della Banca Mondiale, da una eccessiva complessità di regole e di percorsi procedurali che si traducono in oneri significativi sulla vita delle imprese e dei cittadini. Questo prima dell'emergenza del COVID-19. Poi, la realtà ha superato la fantasia. Come nel peggior film di sempre, piomba sul nostro Paese il coronavirus e sbaraglia

la nostra quotidianità modificandola completamente. Tutto da ripensare. Un'emergenza che ci ricorda "la spaziale" del 1968, grande epidemia sviluppata ad Hong Kong, (allora cinese), per diffondersi prima in Asia, poi negli Stati Uniti ed infine in Europa. "È stata la terza pandemia del Ventesimo secolo, dopo l'influenza Spagnola del 1918 e l'influenza Asiatica degli anni '50", dice Giovanni Maga, Direttore dell'Istituto di Genetica Molecolare del Consiglio Nazionale delle Ricerche di Pavia."

Si contarono 20mila decessi in Italia, 1mln nel mondo.

Oggi contiamo importanti danni economici. L'economia del territorio pie-

L'epidemia rischia di mettere in ginocchio l'economia mondiale. L'impatto economico dell'infezione, infatti, secondo gli analisti sarà superiore a quello della Sars.

gata, causa il blocco delle attività. E allora la domanda dobbiamo porla a gran voce: quanto dipendiamo dalla Cina? Troppo probabilmente. L'onda d'urto del virus sull'economia è ancora di impossibile stima, certo, siamo impreparati e l'intero sistema globale è esposto. Non solo nazionale, non solo pugliese. L'epidemia rischia di mettere in ginocchio

l'economia mondiale. L'impatto economico dell'infezione, infatti, secondo gli analisti sarà superiore a quello della Sars. La sindrome scoppiata 17 anni fa sempre in Cina, bruciò 25 miliardi di dollari di Pil cinese, oggi si parla già di 40 miliardi.

Sappiamo tutto oramai della provincia dello Hubei, nella quale si trova la città di Wuhan, che è una delle dieci province più importanti di tutta la Cina in termini di industria, finanza, affari e tecnologia. Quindi la globalizzazione, la delocalizzazione, l'interdipendenza creatasi negli anni tra i vari mercati

mondiali con quello cinese, ha amplificato le debolezze di molte economie, tra cui quella italiana, che adesso fanno i conti anche con l'instabilità delle Borse.

Economia e geopolitica sono sicuramente secondarie di fronte alle necessità di un'emergenza sanitaria simile, come del resto è difficile non pensare che, in tutte le sue diramazioni, il lato peggiore del coronavirus possa ancora mostrarsi.

In Italia, ad esempio, il fatto che siano state colpite in modo gravissimo le

no sull'isolamento sociale come unico mezzo, per rallentare la diffusione e preservare il SSN da un tracollo. Dopo decenni di defianziamento al SSN per un totale di 37mld, come spesso riportato in queste pagine, oggi restiamo appesi al filo della speranza che il virus arretri. Carezza posti letto, carezza medici, carezza operatori, carezza Tutto tristemente detto e rimasto inascoltato finora. Oggi si corre ai ripari. Assunzioni urgenti per garantire continuità di servizio negli ospedali.

Davanti al COVID-19 gli italiani apprezzano l'importanza del SSN di tipo

prodotto italiano. La globalizzazione ha compromesso il tessuto imprenditoriale italiano, fino a trasformare le nostre aziende in mera offerta di servizi.

Ben venga la centrale di acquisto europea, se utile a sottolineare la forza dei Paesi aderenti e non, come accaduto nelle ultime ore, alla richiesta di soccorso avanzata dall'Italia vs i dispositivi di protezione individuali, la Francia e la Germania hanno inteso bloccare le esportazioni.

Certo il trattato europeo lo prevede, ma allora non stiamo parlando di Unio-



regioni più importanti, nella contribuzione al prodotto interno lordo, avrà un effetto sicuramente negativo su questo scenario. Ciò che, attualmente, non sappiamo con esattezza è la dimensione di tale impatto. Le poche certezze del momento sono confermate dall'Ocse, che taglia la crescita mondiale. Italia previsione di un Pil fermo.

In questa situazione di difficoltà, molte aziende hanno sottolineato come la narrazione della diffusione del coronavirus abbia impattato negativamente sull'attività economica dell'intero Paese, chiedendo alle istituzioni di mettere in atto iniziative di comunicazione, per recuperare il danno reputazionale. Ma gli scienziati reagiscono ed insisto-

universale e, passato il peggio, ci sarà chi continuerà a saccheggiarlo? I fondi per il SSN sono stati dirottati altrove per ottenere consenso politico. Tagli lineari per ottenere il risparmio sugli acquisti, mettendo da parte l'affidabilità del fornitore e la gestione dell'emergenza. Spostando l'attenzione dalla dimensione strategica dell'acquisto, alle politiche nazionali di spending review. Conosciamo da tempo le ripercussioni sul tessuto economico imprenditoriale locale, il coronavirus le ha rese solo più evidenti. Se proviamo ad essere resilienti, questa occasione è unica. Iniziamo ad immaginare di poter favorire le condizioni, affinché le produzioni dei dispositivi medici tutti, possano tornare ad essere un prezioso

ne Europea, intesa come condivisione ed a maggior ragione in un momento di straordinaria crisi sanitaria.

La salute prima di tutto. Un sentito grazie a chi opera in prima linea per combattere l'epidemia. Severe, ma indispensabili le azioni messe in atto, urgenza n. 1 isolamento sociale. Ciò potrebbe limitare il diffondersi del contagio.

E mentre siamo chiamati alla responsabilità come cittadini e al pieno rispetto delle indicazioni dettate dal Governo, come imprese ci troviamo davanti a qualcosa di assolutamente nuovo, ma visti i precedenti degli ultimi 50 anni, non del tutto imprevedibile.

Gli obiettivi raggiunti dalla Commissione Sanità

Una rivoluzione di modello organizzativo

di Pino Romano

Presidente Commissione Sanità
Regione Puglia

Sin dalla prima legislatura (2005 – 2010) sono stato un convinto assertore della necessità di tenere la materia sanitaria lontana dall'agone politico e di puntare al massimo della convergenza politica sulla materia: questo perché convinto che il far schierare il cittadino-elettore comunque introduce elementi di sfiducia nel sistema.

mercati oramai persi, ma soprattutto sul "ritorno al passato" e cioè non più concorrenza al ribasso (come possiamo vincere sull'India, sulla Cina) ma qualità, qualità, qualità. Convincimenti profondi, questi, rafforzati dal voto con il quale venni eletto (settembre 2015) a Presidente della Commissione Sanità; maggioranza amplissima. Ho sempre ricercato il massimo della convergenza possibile tra le forze politiche sia in commissione che in aula ed ha funzionato visto la mole di lavoro che abbiamo messo in campo. Abbiamo rivisitato

ma è il percorso terapeutico che si adegua al cittadino – paziente.

Anche i regolamenti attuativi delle leggi richiamate hanno visto la partecipazione attiva e positiva dell'intera commissione consiliare proprio sui temi della accoglienza, della inclusione e del reinserimento. Abbiamo introdotto una nuova mission della commissione, quella cioè di ricercare le buone pratiche applicate nel sistema sanitario ed in quello delle Autonomie locali: così è stato possibile conoscere il lavoro prodotto dalle



La attuale vicenda del Coronavirus conferma che abbiamo uno dei migliori sistemi sanitari di tutela della salute pubblica al mondo: un sistema che non occulta, che rischia una economia pur di non lasciare indietro nessuno, che garantisce la universalità della prestazione sanitaria. Come non abbiano nulla da invidiare in materia di ricerca applicata, di forniture di presidi e farmaci. Se c'è una zona d'ombra è europea più che italiana, ma la annunciata nascita di una new company europea sulla produzione del farmaco e di nuovi principi attivi fa ben sperare sul recupero di

e rimodulato tutto il sistema della presa in carico riabilitativa con un'attenzione particolare verso i temi della inclusione. Abbiamo cambiato in modo radicale l'approccio ai problemi passando dalla centralità del cittadino – paziente a quella del paziente – persona. Sono nate così la legge n. 9 del 2017 e la legge n. 53 del 2017; leggi di sistema che hanno modificato in modo sostanziale i modelli organizzativi della presa in carico superando una sorta di specificità tutta pugliese e cioè non più il cittadino – paziente che si sposta in presenza di un cambiamento di diagnosi

associazioni di familiari in materia di autismo, da alcuni enti locali in materia di città a misura di alzheimer, di demenza in generale o di oncologia. Tutto ciò ci ha permesso di mettere mano a regolamenti, a depositare proposte di legge che, se non trasformate in leggi in questa legislatura, spero che la prossima riprenda il lavoro sin qui prodotto: mi riferisco alla ipotesi di regolamento sull'autismo licenziato dalla commissione, alle proposte di legge sull'autismo e sullo psicologo di base. Sì, è stata una bella esperienza che ha prodotto un lavoro proficuo che ha attinto mol-

to sui risultati che la ricerca scientifica e farmacologica ha prodotto in questi decenni sia sul versante della diagnosi che della cura. Abbiamo, come commissione, promosso eventi con l'obiettivo di rendere partecipe un pubblico più vasto dei risultati conseguiti dalla ricerca in generale; ultimo in ordine di tempo, quello prodotto sulla nuova frontiera della biologia molecolare e della genetica presentando i risultati attuali sulla medicina di precisione, risultati attuali destinati a cambiare in modo radicale l'approccio futuro sia alla diagnosi che alla cura delle malattie. La conquista della ricerca scientifica (la genomica, l'epigenomica, il pannello genomica) cambieranno in futuro il sistema rendendo sempre più cogente la % di PIL da destinare alla sanità: ospedali per le patologie tempodipendenti, territorio

per la riabilitazione e domicilio per la cronicità. Una rivoluzione di modello organizzativo quindi, della quale abbiamo già i primi prodromi: chiudono i reparti di ostetricia e nascono le case del parto e si lavora per le linee guida che consentono, in estrema sicurezza, il parto a domicilio. Le reti per patologie sono un'altra risposta di oggi, reti che rendono armonico e funzionale la linea guida con il percorso diagnostico terapeutico e la sperimentazione del farmaco innovativo.

Ancora, si affaccia nel sistema ma in modo più appropriato e funzionale, il modello di sperimentazione gestionale tra pubblico e privato con l'obiettivo di efficientare al massimo e al meglio la prestazione sanitaria, controllare gli aspetti impropri del sistema di valutazione DRG, rendere trasparente e

tracciabile la multidisciplinarietà della pluripatologia. Efficientare e ridurre lo spreco, armonizzare e rendere più appropriata la cura, rendere protagonista il contesto che sviluppa il disagio fisico o psichico che sia. In tutta questa innovazione di sistema che ci avviciniamo a scrivere vedo un problema: come, quanto e quando il sistema sanitario del nostro paese riuscirà a preservare il principio cardine sul quale poggia la legge di Riforma sanitaria madre, la legge n. 833 e cioè la universalità del diritto alla prestazione appropriata per tutte le persone e su tutto il territorio nazionale. Ma questa è tutta un'altra storia nella quale non è ancora stato scritto il primo capitolo anzi, i tanti sistemi sanitari regionali ai quali abbiamo dato vita stanno negando alla radice tale principio.



Precisazione

Per rispetto verso le componenti politiche più numerose presenti in Consiglio Regionale, abbiamo richiesto un intervento al Capogruppo del PD Francesco Paolo Campo che non ha raccolto il nostro invito.

Una rete ospedaliera disequilibrata nella distribuzione sui territori provinciali Occorre riorganizzare il SSR

di Ignazio Zullo

Capogruppo
Fratelli d'Italia

Noi abbiamo sempre mantenuto l'idea di una Sanità capace di affrontare le nuove sfide derivanti dall'invecchiamento della popolazione, dall'aumento dei tassi di prevalenza delle malattie croniche e degenerative e dalla necessità di efficientare gli ospedali in funzione degli even-

ai reali bisogni di salute attuali che Fitto aveva intrapreso non l'abbiamo mai persa di vista poiché occorre riorganizzare il SSR senza splafonare sulla spesa perché lo splafonamento determina l'introduzione di super-tichet, aumenti di tassazione, divieti di assunzioni e altre penalizzazioni che pesano sui cittadini e sugli operatori e che la Puglia ha vissuto e vive sulla propria pelle con la sciagurata gestione della sanità del duo Vendola-Emiliano.

L'impegno profuso in questi anni è stato orientato a stimolare il Presidente-Assessore Emiliano a rafforzare la Prevenzione e la Promozione della Salute, a potenziare la riabilitazione dei postumi e degli esiti invalidanti, a potenziare le strutture e i servizi sanitari distrettuali, a efficientare il servizio 118, ad attenzionare l'area dell'integrazione sanitaria attraverso i Piani di Zona, a valorizzare il ruolo chiave dei Medici di Medicina Generale e



ti acuti e della complessità delle frontiere della vita con particolare riferimento ai trapianti d'organo e di tessuti, alla chirurgia robotica, alle tecniche chirurgiche mini-invasive, all'innovazione tecnologica nelle procedure diagnostiche e terapeutiche compresa la telemedicina.

Insomma, l'idea di una Sanità moderna più rispondente



dei Pediatri di Libera Scelta, a implementare una rete ospedaliera corredata di percorsi che potessero disegnare le reti di assistenza e ad adottare norme efficaci per l'abbattimento delle liste di attesa.

Molto del nostro lavoro è stato recepito quando, per merito del Presidente della Commissione Sanità Pino

Romano siamo stati coinvolti ed ascoltati ed in questo caso penso al lavoro svolto sulle RSA, sull'autismo, sul gioco d'azzardo patologico, sulle norme dell'accreditamento, sulle breast unit.

Poco abbiamo potuto fare -ma credo non abbia potuto fare nessuno- quando il manovratore è stato il Presidente-Assessore Emiliano in quanto accentratore, divisivo in una parola inadeguato al ruolo.

Non abbiamo potuto rendere efficiente la rete ospedaliera che è stata più volte bocciata dagli stessi consiglieri di maggioranza, una rete ospedaliera disequilibrata nella distribuzione sui territori provinciali

Non parliamo poi di quanto siano stati penalizzati i settori della Prevenzione e della Promozione della Salute, della Riabilitazione e dell'assistenza protesica, dei Piani di Zona dai quali non abbiamo alcuna rendicontazione sui servizi resi e sulla spesa di ingenti risorse, della medicina distrettuale e delle cure domiciliari.

Gli effetti li viviamo tutti i giorni sulla nostra pelle: pronto soccorso affollati con assenza di posti letto per i ricoveri, liste di attesa lunghissime perfino di anni anche per casi di malattia oncologica, cure riabilitative ridotte o interrotte, assistenza protesica improntata alla

ad altre necessità della nostra popolazione.

Con un Presidente di Regione che tra l'altro è anche Assessore alla Sanità e Assessore all'agricoltura, che piuttosto che svolgere appieno il ruolo di Governatore ha profuso il massimo impegno nei primi anni in una immane questione morale quale quella tesa a contendere la leadership del PD a Renzi quantunque un magistrato- pur in aspettativa -non possa essere iscritto ad un partito politico, nelle varie campagne elettorali per far valere il suo potere sul risultato finale anche mediante l'acquisizione di uccelli migratori storicamente in antitesi alla sinistra,



nella distribuzione di pl e di pl per discipline, non adattata ad analisi epidemiologiche e di costi, non ricordata alla medicina del territorio. Sembra una rete fatta più per accontentare quei Comuni i cui Sindaci avevano supportato Emiliano nelle primarie contro Renzi e per penalizzare quei Comuni che nelle primarie avevano supportato Renzi (non parliamo dei Comuni guidati da Sindaci di parte avversa) che per realizzare un'efficace ed efficiente sistema ospedaliero.

negazione dei diritti in funzione del risparmio e non della necessità del reinserimento lavorativo, sociale e scolastico dei disabili, impossibilità ad essere operati perfino di ernia inguinale. Il tutto in strutture in cui l'igiene, gli standard di personale, la manutenzione ordinaria e l'approvvigionamento di materiale sanitario lasciano molto a desiderare per non parlare degli splanfamenti di spesa ogni anno corretti con fondi del bilancio autonomo (parliamo di oltre 50 milioni di euro) che sottraiamo

la Puglia e i pugliesi non potevano aspettarsi di più.

Dal mio punto di vista Emiliano è inadeguato a governare una Regione.

Serve senso di responsabilità, capacità di coinvolgimento, senso dell'imparzialità, cultura del merito, senso del dovere nel rendere efficace ed efficiente la spesa pubblica. Qualità che Emiliano ha dimostrato di non possedere!

Per una complessiva riorganizzazione della sanità pugliese

Misure concrete per il miglioramento del nostro sistema sanitario

di Rosa Barone

Capogruppo
Movimento 5 Stelle

Il M5S fin dall'inizio della legislatura ha segnalato costantemente le numerose criticità riscontrate nel funzionamento del SSR, non limitandosi a una attività di critica ma proponendo misure concrete per il miglioramento del nostro sistema sanitario.

ma di Emergenza Urgenza mediante la riorganizzazione dipartimentale, l'ammodernamento tecnologico dei mezzi di soccorso e collegamento del sistema informatizzato 118 con i sistemi informatizzati ospedalieri per la gestione dei dati sanitari e dei flussi di attività a bordo dei mezzi di soccorso. Ovviamente riteniamo fondamentale la tutela del personale impiegato nel servizio di emergenza-urgenza sanitaria territoriale 118, quindi doteremo tutte

assistenziali, sociali ed ospedalieri. Riteniamo particolarmente importante promuovere sani stili di vita, riconoscere precocemente gli stati di fragilità prima che insorgano stati irreversibili di disabilità, gestire in modo integrato le condizioni di cronicità in collaborazione con i medici di medicina generali e gli altri professionisti, gestire appropriati strumenti di tele-assistenza. Abbiamo intenzione di introdurre il Budget di Salute, strumento che indica quan-



Mi piace sottolineare che da sempre abbiamo ritenuto che, per poter agire concretamente, bisogna conoscere i dati, monitorare la situazione sanitaria che i cittadini pugliesi vivono e quindi le loro esigenze reali e da quei dati programmare la strategia politica da intraprendere, quindi alla base del nostro programma ci sono sicuramente i dati epidemiologici regionali. Parallelamente sono diverse le nostre proposte che abbiamo portato avanti prima da opposizione e oggi come forza che si propone di governare questa regione, come la modifica del Siste-

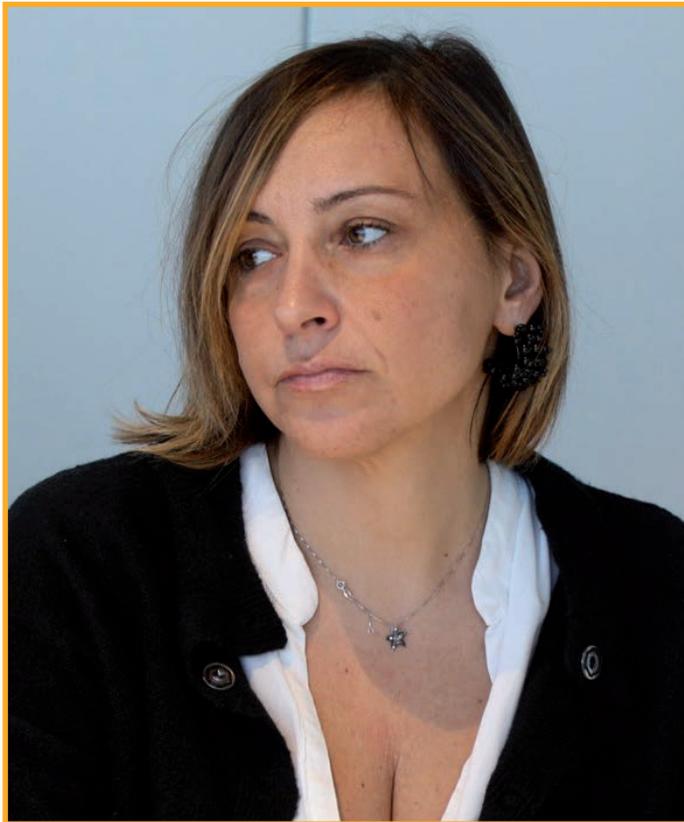
le centrali operative della tecnologia più moderna ed efficace di geolocalizzazione del chiamante. Abbiamo nel nostro programma, l'abbattimento delle liste d'attesa tramite il potenziamento della vigilanza sulla pratica illegittima di chiusura delle agende e la sospensione dell'attività libero professionale nell'ipotesi di disallineamento con l'attività istituzionale; il riconoscimento della valenza strategica dell'Infermiere di famiglia per potenziare l'offerta dei servizi territoriali e domiciliari, migliorare l'accesso ai servizi sanitari, con integrazione dei servizi

tità e tipologia di risorse umane, tecnico/professionali, economico/finanziarie e durata degli investimenti per realizzare Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati (PTRI) in base alle preferenze espresse dalla persona con malattia cronica e/o disabilità. Vigileremo perché le leggi vigenti vengano applicate per l'abbattimento della spesa farmaceutica attraverso la distribuzione diretta, prevedendo opportuni provvedimenti sanzionatori nell'ipotesi di violazione della stessa e disponendo la riserva esclusiva della dispensazione

di ulteriori farmacia inseriti nel PHT in via diretta, con esclusione quindi anche della distribuzione per conto. Si tratta di proposte che sono state tutte respinte dall'attuale Governatore regionale e che saranno alla base del nostro programma di governo. Insieme a queste ci concentreremo sul potenziamento del servizio di assistenza primaria e continuità assistenziale, garantendo la copertura assistenziale nelle 24 ore 7 giorni su 7, sulla incentivazione delle forme associative tra i MMG per l'erogazione dei servizi di competenza dell'assistenza primaria con contestuale ricorso a competenze specifiche, come quelle infermieristiche, per costruire un modello assistenziale integrato di tipo multidisciplinare e multi professionale, avviando un processo di partecipazione alla programmazione aziendale e distrettuale da parte dei medici di medicina generale che miri anche allo sviluppo tecnologico ed alla formazione professionale del MMG. Occorre altresì potenziare l'assistenza territoriale garantendo la concreta operatività degli Ospedali di comunità e dei PTA, oggi spesso solo inaugurati dal Presidente della Giunta e poi non avviati all'attività. Ed ancora obiettivo di governo regionale è la doverosa attenzione agli episodi di violenza di genere, garantendo l'integrazione tra l'assistenza ospedaliera ed i servizi territoriali già presenti, istituendo un percorso di accoglienza-assistenza all'interno delle strutture ospedaliere sede di Dipartimenti d'Emergenza e Accettazione di I e II livello o di Pronto Soccorso della Regione Puglia (c.d. "Percorso Rosa")

che consenta la rapida presa in carico della vittima e l'attuazione di un percorso clinico-assistenziale personalizzato nel pieno rispetto della privacy. Al fine di reperire risorse strumentali all'attuazione delle politiche di governo risulterà imprescindibile la lotta alla corruzione e la riduzione dei costi d'acquisto, quest'ultima realizzabile mediante potenziamento dei sistemi di programmazione e di controllo di gestione, adozione di una contabilità analitica per centri di costo e di responsabilità, censimento di tutte le

apparecchiature presenti nelle strutture sanitarie, individuando quelle acquistate e lasciate inattive, nonché organizzazione di un sistema coordinato per la gestione degli acquisti in sanità, anche al fine di raggiungere la piena funzionalità del soggetto aggregatore regionale. Ciò consentirebbe anche il potenziamento delle attività di prevenzione primaria, individuando come priorità la diffusione di corretti stili di vita in età pediatrica ed adolescenziale, con il coinvolgimento dei medici, delle famiglie e delle istituzioni Scolastiche (screening neonatali estesi; informazione e coinvolgimento attivo dei cittadini nel miglioramento del sistema vaccinale; incentivazione all'allattamento materno; educazione alla nutrizione preventiva; educazione ad una corretta attività fisica; prevenzione delle dipen-



denze) e di investire nella sanità digitale. Bisogna agevolare l'interazione tra i soggetti operanti ai vari livelli dell'organizzazione sanitaria (Assessorato al Welfare, Agenzia Sanitaria Regionale, aziende sanitarie, medici convenzionati, farmacie, ecc.), potenziando l'infrastruttura del fascicolo sanitario elettronico e gli strumenti che consentono l'uso della ricetta dematerializzata nonché creando sistemi di aggiornamento dei dati di residenza di ciascun cittadino pugliese sì da consentire l'esatto invio delle informati-

ve, anche inerenti i controlli di prevenzione.

Da opposizione in questi cinque anni siamo comunque riusciti a: far approvare la legge sull'istituzione dell'elenco degli OSS e degli enti di formazione accreditati e dei corsi di formazione in ambito regionale, strumento che consente tra l'altro di individuare con facilità i soggetti effettivamente in possesso di titoli di studio e di formazione idonei e dall'altro di seguire corsi di formazione realmente accreditati e quindi validi ai fini del rilascio del titolo; a far attivare anche nella Regione Puglia una rete di palestre e centri sportivi, riconosciuti, in grado di svolgere programmi di attività motoria a favore di soggetti portatori di bisogni educativi speciali o fattori di rischio e/o di patologie per le quali è dimostrata l'utilità di un esercizio fisico appropriato nel mantenimento e nel miglioramento dello stato di benessere bio-psico-sociale (AFA); ad introdurre nella legge regionale sul GAP (gioco d'azzardo patologico) misure volte a contrastare la diffusione del disturbo ed in quella sul randagismo numerose previsioni a tutela del benessere animale; a prevedere che le risorse economiche non spese dai gruppi consiliari siano restituite al bilancio del welfare regionale per essere destinate al finanziamento aggiuntivo del trasporto e dell'assistenza specialistica per l'integrazione scolastica degli alunni disabili nelle scuole medie superiori; a stanziare risorse sia per consentire l'adeguamento del parco giochi comunali alle esigenze dei bambini diversamente abili, mediante l'acquisto di giochi da essi fruibili, sia per il

trasporto secondario gratuito dei malati di SLA; a dotare la Regione di una legge che disciplina la clownterapia e la figura del clown dottore. Si tratta di misure importanti, pur nella consapevolezza che la sanità pugliese merita una complessiva riorganizzazione, che affronti i critici della prevenzione, dell'assistenza territoriale, dell'assistenza ospedaliera, delle liste d'attesa per rilanciare il sistema pubblico, configurandolo intorno al miglioramento della qualità della vita dei cittadini pugliesi.

Passare da una progettazione per sistemi ad una progettazione per processi

Le sfide della sanità digitale

di Vito Bavaro

Dirigente Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Regione Puglia

Nell'affrontare il tema della sanità digitale è doveroso domandarsi se si possa ancora pensare una sanità diversa (analogica?), che non si basi sull'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) per assicurare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Probabilmente dovremmo discutere semplicemente di sanità (senza ulteriori connotazioni), non tralasciando l'ecosistema "sociale", sempre più connesso alla dimensione socio-sanitaria.

Bisogna cambiare prospettiva concentrando l'analisi più sui nuovi modelli assistenziali (per i quali l'innovazione tecnologica deve diventare fattore abilitante contribuendo alla sostenibilità del SSN in un contesto caratterizzato da crescenti fabbisogni), piuttosto che sulle infrastrutture materiali ed immateriali, evitando il rischio di relegare la discussione a pochi addetti ai lavori. E porsi la seguente domanda: perché il digitale non sembra avere ancora pervaso la quotidianità nell'erogazione dei LEA?

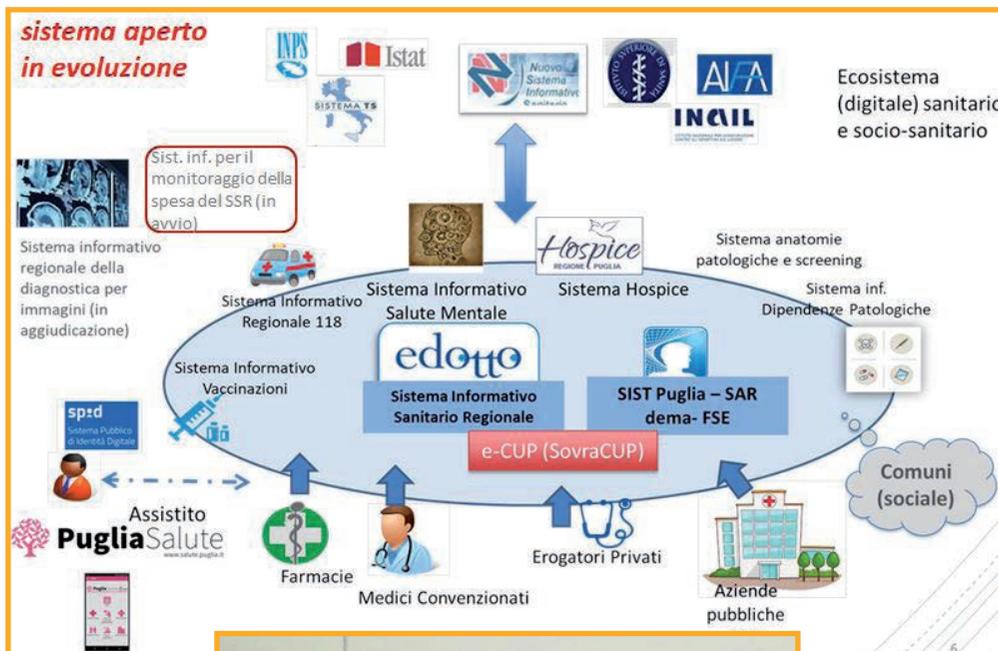
Eppure la sanità, tra tutti gli ecosistemi definiti dal Piano Triennale per la Informatizzazione della Pubblica Amministrazione, è sicuramente uno di quelli da più tempo "informatizzati": basti pensare, a titolo esemplificativo, ai sistemi CUP, ai LIS, ai RIS-PACS, ai sistemi "dipartimentali", da tempo in uso nelle aziende sanitarie. I medici di medicina

generale ed i pediatri di libera scelta da non meno di due decenni utilizzano nella loro quotidianità applicazioni di cartella clinica, così come le farmacie di comunità si avvalgono delle nuove tecnologie per gestire la dispensazione dei farmaci (e non solo). Il vasto patrimonio di dati, disponibili a livello regionale e nazionale e che oggi possono essere interconnessi ai sensi del d.m. 262/2016, consente di avere informazioni analitiche sui vari setting assistenziali. Tuttavia, analizzando lo scenario nazionale, ancora poco digitale risulta nel suo complesso la ge-

reti delle patologie secondo i modelli hub e spoke; infine, le prestazioni erogate in telemedicina, salvo rare eccezioni, sono ancora limitate ad ambiti sperimentali. Uno dei principali fattori che ritarda la trasformazione di tutta l'informatizzazione prima descritta in uno strumento concreto per l'implementazione di percorsi assistenziali individualizzati, interconnettendo tutti gli attori dell'ecosistema sanità, deriva da un diffuso problema, ancora presente, di interoperabilità tra i diversi applicativi. E il problema non è solo di natura tecnologica (adozione di

standard condivisi a livello regionale ed aziendale), ma anche semantica: le informazioni generate sono concretamente utilizzabili solo se prodotte conformemente a contenuti, codifiche e tassonomie comuni. Basti pensare, banalmente, che non esiste un catalogo unico nazionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (disponiamo solo di un

nomenclatore nazionale), per cui sono necessari ancora meccanismi di transcodifica tra i vari cataloghi regionali. E c'è di più: la semantica è diversa perché i modelli organizzativi sono svariati, non tanto in ambito ospedaliero dove il d.m. 70/2015 ha svolto una funzione di "standardizzazione", quanto in ambito territoriale e distrettuale, dove le scelte regionali sono molto differenti. Un'altra criticità è legata alle competenze specifiche disponibili nelle aziende sanitarie. Le scelte in materia di sistemi informativi aziendali devono derivare da un'adeguata progettazione, basata sulla definizione di modelli architettonici e sulla mappatura dei processi di lavoro;



stione del paziente cronico nei vari accessi presso le strutture sanitarie, così come poco interconnesse appaiono le

in assenza di esse il risultato è un insieme confuso di applicazioni, operanti come monadi, di ridotta utilità.

Le limitazioni degli anni passati a nuove assunzioni hanno determinato, soprattutto nelle regioni sottoposte a tali vincoli, il sottodimensionamento delle strutture aziendali preposte al governo dell'ICT, non sempre adeguatamente valorizzate dalle direzioni strategiche, con conseguenti difficoltà nello svolgere un ruolo attivo a supporto del change management, indispensabile quando si introducono innovazioni tecnologiche.

Per superare tali criticità ed indirizzare le scelte programmatiche la Regione Puglia si è dotata del Piano triennale di sanità digitale 2018/2020, approvato con DGR 1803/2018, con lo scopo di:

- descrivere il modello strategico del sistema integrato di sanità digitale;
- fornire indicazioni per garantire che i processi di acquisizione e sviluppo dei sistemi informativi siano in linea con la programmazione sanitaria e soddisfino la coerenza architeturale complessiva;
- definire una governance condivisa e coordinata.

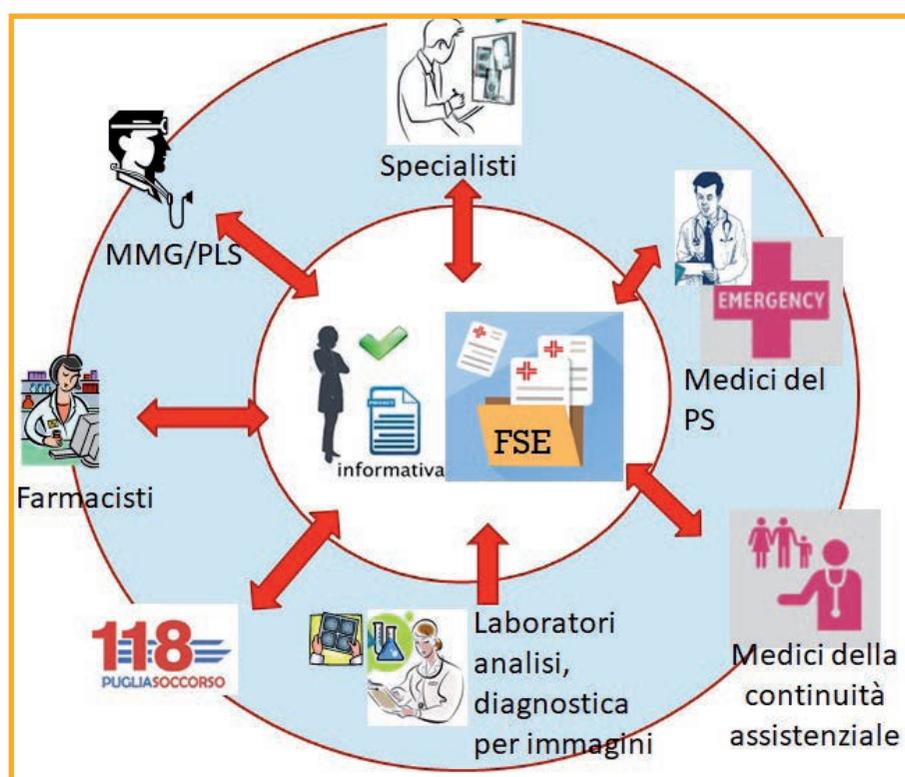
Il piano, in corso di realizzazione, ha l'obiettivo di passare da una progettazione per sistemi (inevitabile negli anni passati in cui dovevano essere realizzate alcune piattaforme abilitanti) ad una progettazione per processi, che consenta progressivamente il consolidamento di una rete di collaborazione sempre più stretta tra tutti gli operatori del SSR, supportando un servizio sanitario basato sui pilastri della continuità assistenziale, del care management, della deospedalizzazione e della presa in carico integrata. In tale scenario non può che essere centrale

il ruolo del fascicolo sanitario elettronico (FSE), a cui il piano attribuisce la funzione di assicurare l'interconnessione degli operatori sanitari e socio-sanitari che, pur operando in strutture diverse ed in momenti differenti, possono condividere le informazioni di un assistito, migliorando la qualità delle cure.

Il FSE non è un mero servizio al cittadino, ma deve diventare soprattutto uno strumento per "finalità di cura", di supporto quotidiano all'attività sanitaria e fattore abilitante per la concreta implementazione (non solo sulla "carta") dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali e delle reti clini-

del FSE per consentire alle farmacie, quali presidi sanitari territoriali, di supportare un sistematico monitoraggio sull'uso corretto dei farmaci attraverso la presa in carico del paziente cronico.

E in tale direzione vanno gli investimenti avviati nel 2019 e nei primi mesi del 2020 a valere sulle risorse del Patto per la Puglia per l'evoluzione dei sistemi informativi delle dipendenze patologiche (DGR 726/2019) e della salute mentale (DGR 1444/2019), per l'adozione della cartella clinica elettronica regionale (DGR 1850/2019), per la realizzazione della rete del Parkinson (DGR 2041/2019) e della rete trasfusionale (DGR 208/2020).



Non trascurabile è, infine, lo sforzo per omogeneizzare le procedure per la gestione delle agende delle prestazioni, promuovendo l'interconnessione dei sistemi aziendali (con la regia di un CUP integratore regionale) e la più ampia diffusione della prescrizione dematerializzata e dei servizi di prenotazione online, in un'ottica di semplificazione e trasparenza nell'accesso alle prestazioni (DGR 2378/2019).

La strada intrapresa è quella corretta in linea con la strategia nazionale.

che sovraziendali. Coerentemente con tale impostazione il ruolo centrale del FSE è ribadito da altri atti regionali (non settoriali in materia di sanità digitale), come la DGR 1935/2018 di approvazione del "Modello di gestione del paziente cronico "Care Puglia 3.0" da parte dei medici di Assistenza Primaria, che rappresenta il primo passo nella attuazione del piano nazionale delle cronicità.

Anche il processo regionale di attuazione della cosiddetta farmacia dei servizi, avviato con la DGR 2032/2016 e poi proseguita con la DGR 1723/2019 e la DGR 2042/2019, si fonda sull'utilizzo

Tuttavia il percorso è irto di ostacoli: le resistenze al cambiamento sono ancora molte, come dimostrato dallo scetticismo di chi vive l'utilizzo dell'ICT come un adempimento e non come un'opportunità e da chi osteggia la condivisione delle informazioni per riservarsi il ruolo di detentore dei dati, continuando a proporre soluzioni non coerenti con un'architettura condivisa, indispensabile, invece, per garantire l'interoperabilità a livello regionale, nazionale e, in prospettiva, transfrontaliero.

Dal laboratorio Lean e Health Activity Based Costing della LUM School of

Management: nasce lo strumento HLA (Health Lean Accounting)

Negli ultimi anni, a causa dei frequenti cambiamenti in ambito economico e sociale, risulta di fondamentale importanza creare nuove strategie che si adattano al contesto dinamico in cui le aziende sanitarie sono collocate. Bisogna ragionare su una rimodulazione dell'assistenza sanitaria intorno a singole patologie e gruppi di pazienti con bisogni affini; si parla quindi di Integrated Practic Unit (logica basata sul precorso terapeutico) dove si analizza il percorso del paziente dalla presa in carico fino alla gestione domiciliare. Misurare

esiti e basarsi su DRG le cui tariffe sono estremamente discutibili non basta, la raccolta dei dati di costo deve avvenire seguendo la logica dell'intero ciclo di cura e non della mera prestazione, questo apre le porte all'HLA Health Lean Accounting che la School of Management dell'Università LUM Jean Monnet, ha messo a punto con una serie di progetti/intervento di tipo laboratoriale a supporto delle aziende sanitarie nei processi di cambiamento. Questo modello analizza in maniera integrata l'organizzazione aziendale e i costi della stessa con lo strumento dell'Health Activity Based Costing (HABC): inizialmente viene ricostruito il percorso del paziente, successivamente vengono valutati i costi diretti e indiretti e le aree di miglioramento, ed infine viene riassembleato il flusso organizzativo tenendo conto delle reali priorità dell'utente/paziente. Questo modello vede come outcomes principali la ricerca della qualità legata all'innovazione dei processi e una naturale riduzione dei costi.

Ma come è possibile efficientare i processi migliorando la qualità riducendo i costi?

Una delle risposte a questo può essere l'applicazione del modello organizzativo del HLA Health Lean Accounting che da una parte vede l'applicazione della Lean come una metodologia che mette al centro dell'analisi il paziente e ciò che è necessario fare per soddisfare le sue esigenze e dall'altra l'analisi dei costi. Con la Lean si fa un'analisi dettagliata di tutto il percorso del paziente in un'ottica di processo, vengono analizzate e scomposte tutte le fasi in modo tale da evidenziare quali sono le attività, facendo una divisione tra attività

dello stesso. L'approccio Lean è focalizzato su l'ottimizzazione dei processi (il percorso del paziente) creando così valore al paziente che porta in seno la necessità di una nuova strategia rendendo necessariamente l'organizzazione sempre più dinamica e rispondente alle esigenze dell'utente / paziente. Questa dinamicità nel cambiamento è proprio uno dei requisiti dei processi di Lean transformation che puntano al miglioramento continuo (Kaizen: Kai=cambiamento, miglioramento e Zen = buono, migliore). L'applicazione di tale teoria



a valore aggiunto (che creano valore) e le attività non a valore (che non generano valore aggiunto); una volta analizzate le varie fasi si fa un'analisi di ottimizzazione dei processi concentrandosi sull'efficiamento delle attività a valore a discapito della attività non a valore sempre focalizzando sulla qualità del servizio erogato e percepito. Così facendo, il processo organizzativo viene ridotto o per meglio dire, si focalizza solo sulle attività che producono valore e che quindi generano soddisfazione all'utente/paziente. La Lean per sua natura è organizzata con un'ottica "pull" e non con ottica "push", quindi è il paziente che indirizza l'organizzazione; il paziente diventa una determinante strutturale che condiziona il servizio e l'erogazione dello stesso e non un semplice fruitore finale

non comporta l'esclusiva soddisfazione degli interessi di una determinata categoria di stakeholder, ma ne consegue una ricerca continua della soddisfazione degli interessi di tutti i partecipanti alla vita aziendale.

È possibile ridurre i costi?

Per rispondere a questa domanda è necessario che i costi sanitari vengono analizzati attraverso la tecnica dell'Health Activity Based Costing (HABC) che si sostanzia in una metodologia di calcolo dei costi basata sulle attività (prestazioni/servizi/prodotti). È noto, infatti, che determinare il costo per singola tipologia di prestazione rappresenta indubbiamente l'obiettivo principale di ASL e Aziende ospedaliere specialmente alla luce del fatto che i DRG rappresenta-

no delle tariffe (non un valore di rimborso) spesso incongruenti rispetto al reale costo della prestazione che tra l'altro, va ben oltre il lasso temporale considerato dal DRG, ospedalizzazione-SDO. Per l'HABC sono le attività a consumare risorse e a causare costi diretti ed indiretti (per le aziende sanitarie trattasi di costi sanitari e non). L'individuazione delle attività avviene con un approccio di tipo bottom-up, che consente di rilevare le risorse assorbite da ogni singola attività e misurarne le determinanti di costo. I risultati attesi dall'analisi HABC in sanità su un DRG si concentrano sul confronto della Tariffa (DRG) con il costo effettivo del PdP (singola prestazione) andando a mappare l'uso di risorse (umane e non) utilizzate e relativi consumi per ogni singola fase e sotto-fase necessaria per valutare ed analizzare le criticità di proces-

costo. Per calcolare accuratamente il costo del percorso del paziente va effettuata un'analisi gerarchica attività/costi. L'analisi segue con fasi distinte in cui si evidenziano i costi di prestazione specifica connessi a servizi di unità specifiche:

- a) **Paziente: attività e costi;**
- b) **Degenza: attività e costi;**
- c) **Eventuale intervento: attività e costi;**
- d) **Reparto: attività e costi;**
- e) **Supporto generico: attività e costi.**

Per strutturare l'organizzazione per processi e l'analisi dei costi attraverso la tecnica ABC occorre che il management e la Direzione Generale credano fortemente in tale progetto; è fondamentale accettare il grande cambiamento culturale che questo comporta e combattere le resistenze al

processi vengono visti come micro-organizzazioni con clienti/pazienti, fornitori, risorse da consumare e valore generato; i processi sono trasversali all'organizzazione.

I risultati raggiunti sono documentati e periodicamente monitorati, le informazioni circolano più velocemente e c'è un ritorno costante di informazione da parte di tutti i collaboratori. Si fanno meno errori perché si punta a correggerli ogni volta che si verificano e a fare in modo che non si ripetano più; si eliminano le attività prive di valore.

Questi i drivers principali dello strumento HLA Health Lean Accounting messi a punto dal team della LUM School of Management, composto da Francesco Albergò, Angelo Rosa, Giuliano Marolla e Gennaro Gigli; con lo scopo di supportare le aziende sanitarie nei processi di trasformazione: analisi dei processi in chiave Lean e analisi dei costi per poter creare quanto più valore possibile al nostro utente/paziente. La School of Management dell'Università LUM Jean Monnet è stata, anche in questo, antesignana nell'aver creato dei laboratori di progetto/intervento su queste tematiche con l'obiettivo di essere sempre al fianco delle aziende sanitarie nei loro processi di cambiamento, puntando all'ottimizzazione dei costi e al miglioramento dei processi garantendo così gli elevati standard qualitativi di servizio.



so. Applicata alle aziende sanitarie l'ABC, che quindi si denomina HABC, parte dalla scomposizione del processo in fasi a loro volta ulteriormente suddivise in sotto fasi che dettagliano in maniera puntuale le attività e il PdP unitamente all'identificazione dei cost driver (costo guida) necessari per una corretta allocazione delle risorse verso le singole prestazioni. Questo facilita una maggiore correttezza nell'individuazione dei driver per ogni attività a seconda della loro appartenenza o meno ad un determinato livello che viene classificato in relazione alla causa che ne ha determinato l'insorgenza. Si genera, dunque, una gerarchia di attività rispetto ai diversi oggetti di



cambiamento, favorendo la responsabilizzazione di ognuno e la formazione di team di lavoro per mappare i processi; occorre accettare di informare/formare la base.

Gestire un'organizzazione tramite i processi comporta molte differenze sostanziali rispetto alla gestione tradizionale: i singoli

Francesco Albergò

Docente di Controllo di Gestione e Activity Based Costing e Risk Management e Controllo delle Aziende Sanitarie, Università LUM Jean Monnet.

Angelo Rosa

Docente di Lean Organization, Università LUM Jean Monnet
Direttore Laboratorio Lean – School of Management

Gennaro Gigli

Area Sanità LUM Business School & Consulting

Giuliano Marolla

Senior Consultant LumLeanLab - LUM Business School & Consulting

La medicina di laboratorio per le nuove organizzazioni ospedaliere

Acquisizione di tecnologie che possano garantire alta efficienza produttiva ed efficacia diagnostica

di Edmondo Adoriso

Direttore UOC Patologia Clinica PO "Di Venere" ASL Bari

Negli ultimi dieci anni la medicina di laboratorio ha vissuto tutta una serie di mutamenti organizzativi, legislativi e professionali; ha dovuto supportare le nuove organizzazioni ospedaliere (differenziazione tra ospedali per

stati la rispondenza alla normativa D.M. 70, la riduzione delle attività ridondanti, la presenza di schemi organizzativi differenti, la discontinuità del processo di cura (dati non confrontabili, storia clinica frammentata), diverse tipologie di referto e costi diversi per la produzione degli stessi esami.

Gli obiettivi che la Regione Puglia vuole raggiungere attraverso la rea-

traverso: il consolidamento di strutture, settori, di profili analitici ed eliminazione dei processi senza valore aggiunto; l'ottimizzazione dell'offerta rispetto ai presidi ospedalieri di riferimento; l'ottimizzazione tra qualità diagnostica, riduzione dei costi e orientamento delle risorse verso aree di innovazione; l'individuazione di modalità operative flessibili e dinamiche che si adattino a cambiamenti



acuti e per cronici), la diminuzione degli organici, lo sviluppo di nuove tecnologie e l'evoluzione delle conoscenze scientifiche con l'arrivo di nuovi test e nuove metodiche.

La Regione Puglia con delibera n.936/2017 ha proposto la riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici individuando per ogni provincia/ASL un laboratorio HUB e una serie di laboratori Spoke di base e di urgenza.

I motivi della riorganizzazione sono

lizzazione della rete sono: la concentrazione degli esami su piattaforme analitiche omogenee e performanti, il consolidamento delle attività, la razionalizzazione delle risorse sia umane che economiche, la qualità del servizio e dei risultati, l'omogeneità e uguaglianza del servizio agli utenti e una economia di scala.

I criteri che hanno guidato tale riorganizzazione sono quelli di ricondurre tutti i processi di laboratorio ad un unico processo, ad un unico governo ed ad un unico livello di servizio at-

progressivi e consenta la gestione del transitorio.

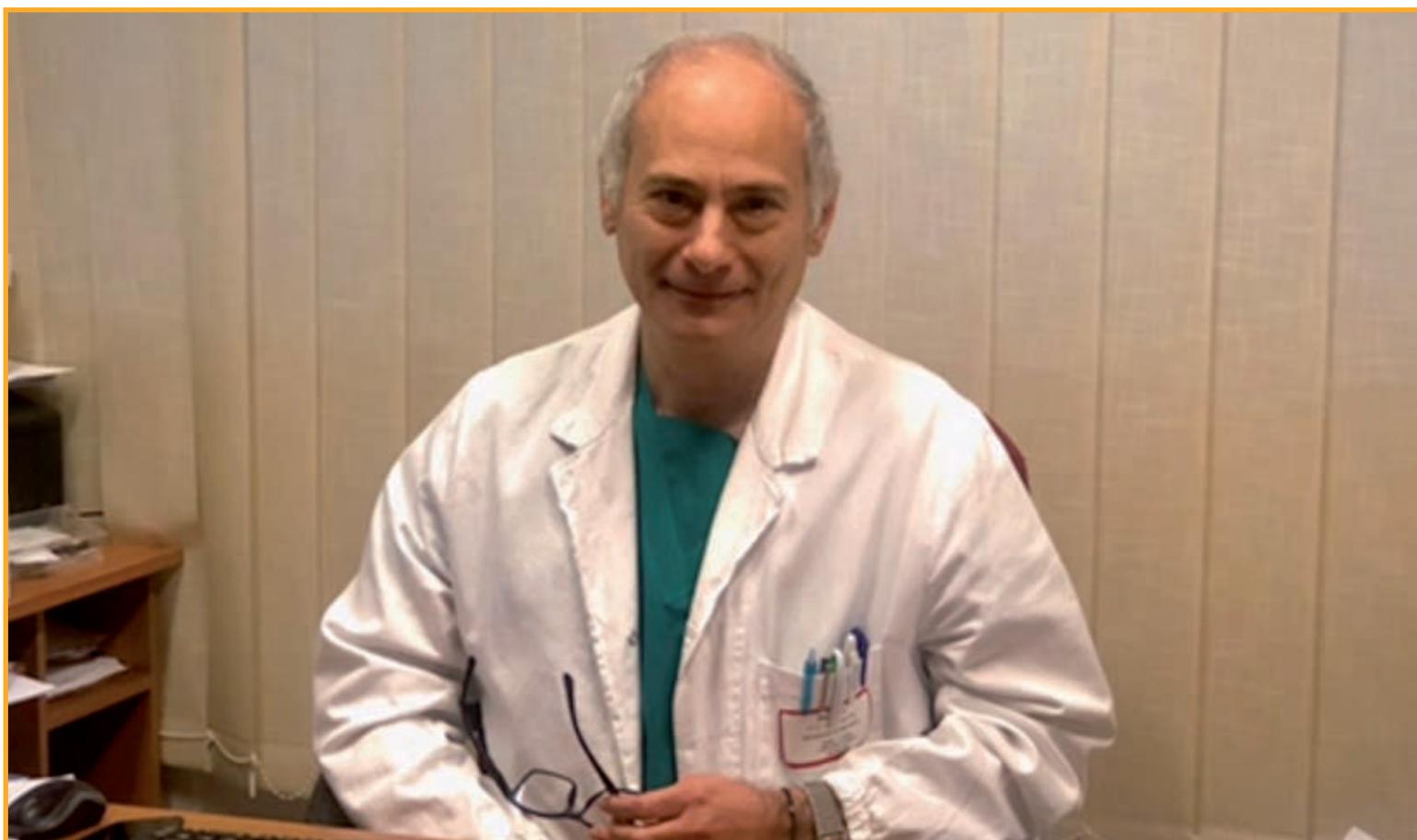
Gli strumenti necessari per rendere operativa tale rete sono essenzialmente un sistema informatico unico che permetta a tutte le strutture della ASL (laboratori, centri prelievi, reparti) di dialogare tra loro; un sistema di trasporto dei campioni biologici; una formazione omogenea del personale che permetta l'intercambiabilità sia per settore che per laboratorio; l'espletamento di gare progettuali per l'acquisizione di tecnologie che possano garantire alta

efficienza produttiva ed efficacia diagnostica.

La Governance di tutti questi processi, se visti su base regionale, necessitano di una "cabina di regia", professionalmente multidisciplinare, che governi in modo omogeneo tale cambiamento; si potrebbero realizzare procedure e percorsi diagnostici terapeutici standardizzati; progettare una "gara regionale" per quanto riguarda il trasporto dei campioni biologici in modo

generare grandi economie di scala e in modo da rendere le singole ASL capaci di intercambiarsi campioni biologici per esami "ultraspecialistici a bassa richiesta" da concentrare in un unico laboratorio regionale in modo da ridurre i costi di esecuzione e i tempi di risposta; la realizzazione di magazzini reagenti centralizzati; gare per l'acquisizione di macchinari e reagenti di laboratorio multilotto "verticali" sulla base dei relativi

carichi di lavoro delle singole reti ASL (utilizzando anche sistemi di gara come "l'accordo quadro" oggi utilizzato in molte altre Regioni); realizzare percorsi formativi per tutto il personale sia dirigente che del comparto; una Valutazione Esterna di Qualità (VEQ) regionale; la realizzazione di una rete di Telepatologia che permetta di avvicinare il più possibile il laboratorio al paziente in un'ottica territoriocentrica.



TRASPARENZA

SEZIONE DOCUMENTALE SANITA' REGIONE PUGLIA

DETERMINAZIONI - LEGGI - DELIBERE

WWW.AFORP.IT



Coronavirus: un'occasione per un cambio di paradigma, dalla Buona Sanità alla Salute Totale

Attraversare l'emergenza per riformare la sanità

di Gianluca Budano

Consigliere di presidenza Acli con delega alla Salute, Welfare Manager Pubblico

Negli ultimi venti anni, grazie alle severe politiche di risparmio, la dinamica della spesa sanitaria in Italia ha descritto una curva positiva, nonostante il lungo periodo di crisi: 115 mld di Euro nel 2018, +1,6% rispetto al 2017. Nel

Un calcolo fatto sui dati Caf Acli relativi alle dichiarazioni dei redditi mostra che, nel 2018, la spesa sanitaria privata pro capite ammontava a 1.118 Euro. Il disegno che emerge da questi dati descrive una sanità pubblica troppo concentrata sulla spesa, solo in grado di garantire con difficoltà l'ordinario. In alcuni casi neanche quello, basti pensare al fenomeno delle migrazioni sanitarie che vede molti pazienti, soprattutto del Sud Italia,

stra sostanziale debolezza. E' da questa considerazione che dobbiamo ripartire, guardando all'emergenza del Coronavirus anche come occasione per ripensare la sanità pubblica, con la dovuta calma, cercando ovviamente di superare la crisi, prima, immaginando un nuovo modo di fare e offrire salute, poi.

Qualche segnale da questo punto di vista è già rintracciabile: molte delle Regioni in dissesto stanno migliorando i conti



2019 la somma è stata di oltre 118 mld di Euro e per i prossimi anni è prevista ancora in crescita. Tuttavia, queste performance economiche spesso sono realizzate a discapito dei Livelli Essenziali di Assistenza, in particolare ciò è stato rilevato nelle Regioni con Piano di Rientro. Sono molti gli studi che attestano la contrazione della copertura del Ssn sulla spesa pubblica, ad esempio il Cergas SDA Bocconi. La spesa privata delle famiglie è un indicatore indiretto di questa contrazione. Secondo l'Osservatorio Welfare Familiare, nel 2017, essa era pari a 21,6 miliardi di Euro.

costretti a trasferirsi per periodi medio lunghi con le loro famiglie al Nord per curarsi. Se a questi dati aggiungiamo il blocco del turnover imposto per le Regioni in PdR, la mancanza cronica di posti in terapia intensiva, ecc., la situazione è tutt'altro che positiva.

Purtroppo concentrare l'attenzione sui bilanci economici (questione sicuramente fondamentale) ha reso il nostro sistema fragile e poco adatto alla gestione degli eventi eccezionali, pur nell'eccellenza della qualità delle prestazioni sanitarie rese. L'emergenza in corso infatti ha messo in luce proprio questa no-

economici e stanno man mano adeguando gli standard dei servizi (Lea) a quelli delle Regioni non in PdR. Anche sul piano del personale il cosiddetto "Decreto Crescita" ha previsto lo sblocco del turnover. Quello che però non dovrà mancare nei prossimi anni è una programmazione di sistema che sappia guardare oltre la sola previsione di spesa.

Quella attuale è la prima crisi sanitaria di grandi dimensioni al tempo dei social. In questi giorni ognuno di noi ha potuto sperimentare la "viralità" con cui gli articoli/post sul Coronavirus hanno invaso la rete, diffondendo, assieme a quelle

vere, una quantità incalcolabile di vere e proprie "balle" e, generando vere e proprie crisi tra gli utenti, corse ad accaparrarsi l'ultima mascherina, intollerabili fenomeni di razzismo contro cittadini di origine asiatica, ecc. La stessa velocità di spostamento da una parte all'altra del pianeta, tipica della nostra epoca, ha generato problemi: con pochissimo tempo il Virus Covid-19 si è spostato dalla Cina, invadendo il mondo raggiungendo l'Europa, l'Africa (Egitto) ... e da ultimo gli Stati Uniti. Tuttavia, se da una parte le facili comunicazioni in rete hanno sicuramente degli aspetti negativi; dall'altra, non sfugge che grazie ad esse possiamo arginare il contagio efficacemente. Ci riferiamo in particolare alla capacità di monitorare l'evoluzione dei contagi in tempo reale e intervenire con misure di contenimento: blocco dei voli, quarantena, ricoveri, ecc. Inoltre, grazie alla buona comunicazione è possibile a tutti consultare i siti ufficiali, telefonare al numero verde messo a disposizione dalle autorità, insomma informarsi direttamente da fonti autorevoli. Per non parlare delle potenzialità della telemedicina, che potrebbe essere il vero asso nella manica del sistema. Insomma, la società della comunicazione ha sicuramente maggiori possibilità di affrontare con successo questo tipo di problemi rispetto a quelle precedenti.

Questa esperienza pone, dunque, nuove sfide, ma

mette in evidenza anche nuove opportunità per far fronte alle vecchie e anche inedite esigenze. Occorre quindi farne tesoro valorizzando gli aspetti positivi, eliminando o limitando quelli negativi. Un sistema sanitario che si rispetti deve andare oltre la mera capacità di contenimento, deve essere sempre preparato a fronteggiare le emergenze sanitarie, deve prevenire prima ancora che curare, come diceva una vecchia pubblicità. L'attenzione al bilancio e all'ordinarietà non aiuta, in questo momento occorre una nuova prospettiva multilevel che coinvolga tutti: dal Sistema Sanitario Nazionale ai professionisti che operano nel settore più ampio del sistema complessivo di welfare, fino ai pazienti reali o potenziali. Occorre diffondere una

nuova cultura della salute totale, che coinvolga i cittadini, le istituzioni locali, nazionali e internazionali.

Da un approccio di questo tipo passa la scelta del ritorno al perseguimento della sicurezza sanitaria, che si realizza nella percezione che ogni cittadino ha del sistema sanitario e non solo dagli standard che quel sistema offre. Il Coronavirus sta mettendo a nudo proprio questo nervo scoperto della sanità italiana, un sistema che ha scelto giustamente di mettere a posto i conti nell'interesse di tutti a una spesa efficiente, ma ha dimenticato il tema delle prossimità delle cure che genera sicurezza nei cittadini. Non si vuole ovviamente con questa riflessione richiedere il ritorno al passato con la riapertura degli ospedali di paese, ma porre la questione che nessun cittadino può sentirsi solo davanti a un'esigenza di salute, sia che questa sia di massa come il Coronavirus ci sta insegnando, sia che questa attenga a una persona sola che a fronte di un bisogno, non ha nulla oltre il medico di medicina generale del proprio



**ASSOCIAZIONI
CRISTIANE
LAVORATORI
ITALIANI**

territorio. L'emergenza Coronavirus ci conduce così a riflettere ad un cambio di paradigma verso la salute totale, dove ognuno di noi è chiamato a rispondere delle proprie azioni a partire dall'osservanza scrupolosa delle normali norme igieniche, ma dove anche ritorna fortissima la definizione di salute che l'OMS ha formulato diversi anni or sono come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia". Ogni cittadino insomma è tenuto ad avere cura degli altri, tutelando, adottando comportamenti adeguati. Il comportamento individuale però deve essere sostenuto dalle Istituzioni pubbliche con: un diffuso programma di prevenzione sanitaria, di cui la diagnostica costituisce un vero e proprio asse

portante insieme ai corretti stili di vita; con il ritorno al presidio di tutti i territori, con una medicina di base che si associa e garantisce la continuità assistenziale H24 come il Decreto Balduzzi del 2012 (!!!) obbligava a fare e come contrappeso alla chiusura dei piccoli ospedali, strada obbligata a detrimento però della percezione di sicurezza sanitaria dei cittadini, avendo visto gli ospedali chiudere e i medici di base restare prevalentemente in proprio. Per non parlare dell'altro nervo scoperto di insicurezza sanitaria, la diagnosi veloce e precoce, tallone d'Achille del sistema, essendo uno dei motivi più diffusi che spinge i cittadini a migrare da una Regione all'altra o, peggio, soprattutto per i più poveri, a rinunciare alle cure stesse. È tempo di ripensare a un sistema diffuso, di prossimità e accessibile a tutti che passa per un lavoro di coordinamento costante tra i livelli regionali (orizzontale) e tra questi e lo Stato (verticale), ma anche per l'integrazione socio-sanitaria con i Comuni e gli Ambiti Territoriali Sociali, dove quella attuale

è lontana anni luce dai principi della più che maggiorenne Legge 328/2000. Insomma, grazie anche alle straordinarie potenzialità delle nuove tecnologie, oggi abbiamo la grande occasione di ripensare il sistema, di cambiare paradigma, passando dalla sanità della prestazione alla salute totale, che richiede sicurezza sanitaria e prossimità (fino alla domiciliarità delle cure), oggi esclusivamente affi-

data all'imbuto del pronto soccorso, per chi può raggiungerli e non ha ridotta mobilità.

Non è la lezione del Coronavirus che ce lo impone, ma la sveglia che questa emergenza ha suonato nel corso di un sonno non profondo del sistema sanitario, e più in generale di welfare, italiano. Non profondo perché la sanità italiana resta un'eccellenza, ma il sistema di risposta ai bisogni di salute è un'altra cosa, perché richiede prestazioni eccellenti, accessibilità a tutti dei servizi, comunicazione efficace, ecc.; in una espressione sola, una presa in carico globale ed efficace dell'individuo e del collettivo comunitario, multidisciplinare e multidimensionale, come richiede semplicemente la natura della persona umana.

La piccola impresa porta lo slancio, la tempestività e il valore

Il ruolo delle donne imprenditrici della sanità

di Grazia Guida

Vicepresidente e Responsabile
Coordinamento Donne

Il mondo delle piccole imprese nell'ordinaria quotidianità dove le piccole imprese si confrontano nel mondo della globalizzazione e ogni giorno corrono e si affannano per affermare il diritto alla propria sopravvivenza, la finestra del mondo si apre all'improvviso e svuota le criticità di un virus senza frontiere. Questa storia che fa da cappello ai giorni

to delle necessità territoriali.

Questo ci deve aiutare a capire e ad analizzare che il tempo della globalizzazione e la propensione a globalizzare porta spesso a dimenticare che il territorio porge, da sempre, come in passato e come nel presente, due mani tese verso il futuro. Non dimenticando che non ci sono più barriere o barricate ma siamo tutt'uno con l'evento.

Il mondo dell'associazionismo oggi deve fungere da collante tra le istituzioni, le

scono in modo propositivo e attivo, affinché i due eventi, lontani ma vicini, la malattia e la vita, non abbiano scossoni ma siano accompagnati da scienza, competenza, efficienza e serenità.

Questo viene chiesto oggi e da sempre al nostro sistema sanitario.

Ruolo fondamentale tra i tanti attori lo svolgono le donne che, oltre ad essere attive nelle varie funzioni che ricoprono a livello sociale, portano in se il ruolo di



che stiamo vivendo, pongono noi dinnanzi ad una grande riflessione: che il mondo delle piccole imprese conosca del ruolo e delle proprie radici nel proprio territorio, con il proprio vissuto, vuole difendere, essere parte attiva, e supportare la criticità che coinvolge tutti noi.

La piccola impresa che nella parola "piccola" porta lo slancio, la tempestività e il valore, inteso come territorio, in questo momento storico, sta svolgendo un ruolo fondamentale di esempio e di supporto, oltre ad essere orecchio atten-

associazioni e il territorio in una nuova veste.

Non a difesa dei propri interessi di categoria, ma in un principio collaborativo, ponendo in evidenza le criticità.

Oggi nel nostro immaginario i fotogrammi che ci colgono sono quelli di un anziano che aspetta seduto in silenzio e la nascita dirompente di un bambino che batte alla porta.

Al centro, come un cerchio invisibile, l'operare di tanti uomini che contribui-

madri, mogli, compagne e imprenditrici. Quando riscriveremo le pagine di questa storia, ognuno di noi sarà cambiato.

Le storie di piccole umanità e delle piccole imprese che ci vedono coinvolti in questi giorni, avranno ridisegnato un contesto storico.

Anche noi, come la generazione pregressa, se saremo in grado di creare rispetto, coesione sociale e garanzia di crescita per il piccolo e grande imprenditore, avremo disegnato la nuova pagina della globalizzazione.



ASSOCIAZIONE FORNITORI OSPEDALIERI REGIONE PUGLIA

8 MARZO
IL COORDINAMENTO
DONNE AFORP
RINGRAZIA



il personale medico e paramedico
le forze dell'ordine
le associazioni di volontariato
le istituzioni per l'impegno, la generosità,
la solidarietà, l'altruismo e il coraggio.

Grazie Italia!

ANNA BARBARA CECILIA DANIELA ESMERALDA
FRANCESCA GIOVANNA HERICA IDA JESSICA KATARINA
LINDA MARIKA NUNZIA OLIMPIA PATRIZIA QUASIMODA
ROSARIA STEFANIA TIZIANA UMBERTA VINCENZA
WILMA XAVIER YLENIA ZAIRA

rengraf.com

| | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| Abruzzo L'Aquila | Molise Campobasso |
| Basilicata Potenza | Piemonte Torino |
| Calabria Catanzaro | Puglia Bari |
| Campania Napoli | Sardegna Cagliari |
| Emilia-Romagna Bologna | Sicilia Palermo |
| Friuli-Venezia-Giulia Trieste | Toscana Firenze |
| Lazio Roma | Trentino-Alto-Adige Trento |
| Liguria Genova | Umbria Perugia |
| Lombardia Milano | Valle d'Aosta Aosta |
| Marche Ancona | Veneto Venezia |



Seguici su:
www.aforp.it



tel.: 080.5544651
segreteria.papalia@aforp.it
info@aforp.org
aforp@pec.it

Il Congresso Nazionale si svolgerà a Milano nel mese di maggio 2020

Il Distretto e il ruolo insostituibile per le comunità "plurali"

"Il Distretto e le comunità amministrative": su questo tema, prossimamente, si confronteranno le varie card regionali nel Congresso Nazionale, in programma, a Milano, nel mese di maggio 2020. La CARD infatti si propone di individuare un nuovo modello "possibile e sostenibile" per affrontare nel territorio, in modo corale, le fragilità e la continuità di cura ed assistenza, superando il dualismo usuale tra salute dell'individuo e

futuro, chiamati ad essere strumenti per la prevenzione, promozione e tutela della salute, accanto a coloro che già oggi sono impegnati, in questa missione nel settore pubblico (in primis i Dipartimenti di Prevenzione) e nel settore privato. Tutto ciò richiede un complesso sistema di governo delle tematiche locali, che non può prescindere dall'utilizzo sistematico di nuovi strumenti informatici.

vere e saldare tra loro attività multidisciplinari e multiprofessionali, politiche intersettoriali.

Si punta pertanto verso un Distretto che sia motore di integrazione e cooperazione e che, in quanto tale, si rivolge anche ad altre Associazioni Scientifiche ed al mondo della cultura in generale.

La continuità della cura nelle malattie long-term richiede grande attenzione e



quella della collettività. Il congresso CARD 2020 farà il punto ed amplierà i ragionamenti sul concetto di SALUTE DELLE COMUNITA'.

Le "Comunità" intese come espressione "plurale", perché nei territori dei Distretti, sempre più vasti e popolosi, vivono Comunità diverse, differenti per numero e caratteristiche, posizionamento geografico od urbanistico, composte quindi da persone diverse per cultura, abitudini e stili di vita.

Come pure plurali sono le "fragilità" per indicare la variabilità e le caratteristiche peculiari di ognuno.

I Distretti sono, e saranno ancor più in

Il SSN è attualmente dominato dai problemi delle malattie di lunga durata (in modo limitativo definite "croniche") e la CARD ritiene che i Distretti possono esercitare un ruolo di primo piano lungo tre principali direttrici: la prima, rappresentata dalla prevenzione e protezione delle fragilità, strettamente connessa con le malattie "croniche"; la seconda, quella della continuità di cura ed assistenza, specialmente nel long-term, in considerazione della crescente longevità; ed, infine, quella della valutazione dell'appropriatezza e degli esiti.

Il Distretto, come strumento attuativo del SSN, dovrà adoperarsi per promu-

capacità di aumentare l'aderenza alle terapie e a tutti i livelli della prevenzione.

In coerenza con gli anni precedenti, il tema della demenza senile trova rinnovata attenzione per conoscere nuove iniziative territoriali.

Inoltre, sono previsti interventi sull'ospedale di comunità, sull'hospice, sulla Casa della Salute.

Spazio sarà dedicato ad altre nuove forme di intervento nei territori, anche nell'area dei bambini ed adolescenti, alla formazione e alla partecipazione dei care giver.

Infine, una sessione metterà a fuoco ele-

menti innovativi relativi alla medicina generale, anche relative a realtà internazionali. Il Convegno sarà illustrato, oltre che da grandi esperti, dalle relazioni e contributi di professionisti dei Distretti; esperienze molto significative saranno presentate dai Soci CARD delle varie Regioni, componendo quindi un quadro rappresentativo di livello nazionale.

L'organizzazione è volta a favorire la discussione ed il dialogo.

Forte è la volontà di testimoniare - caratteristica di CARD - il valore del nostro Servizio Sanitario Pubblico, Nazionale e Regionale, che CARD da sempre considera come patrimonio da protegge-

SCIROCCO Exchange. Il processo di auto-valutazione si è avvalso dello strumento online, basato su 12 dimensioni per la misurazione del livello di maturità delle cure integrate. Nella Regione Puglia hanno partecipato alla ricerca le 6 Aziende Sanitarie pugliesi con l'obiettivo di valutare il livello di maturità delle cure integrate sviluppato dalla nostra ASL da un punto di vista qualitativo, multiprofessionale e multi-disciplinare. Detto processo di auto-valutazione è stato condotto in Auto-valutazione individuale e in Consensus Workshop facendo emergere nell'ambito della Asl BR un contesto dinamico in cui le buone pratiche si sommano all'utilizzo della telemedicina. La ASL BR ha investito molto

ca presso il PTA di Noci (ASL BA) che vede coinvolte varie figure professionali quali il neurologo, il fisiatra, il dietologo e lo psicologo, nella gestione, per l'appunto, multidisciplinare di questa patologia sociale che impatta fortemente sulla qualità di vita di chi ne è affetto. Gli obiettivi raggiunti in questo ambito di gestione di una patologia cronica sono riferiti a una appropriata presa in carico globale dell'individuo che viene trattato con terapia personalizzata al quadro clinico sia con farmaci sia con modifiche degli stili di vita e comportamentali. Sempre in tema di gestione delle patologie croniche long-term la Puglia relazionerà con il Dott. Francesco GENTILE su esperienze di gestione della cronicità,

XVIII CONGRESSO NAZIONALE CARD

IL DISTRETTO E LE COMUNITA. VERSO NUOVE ALLEANZE A FAVORE DELLE FRAGILITÀ E DELLA CONTINUITÀ DI CURA



re e salvare.

Al Presidente CARD PUGLIA Vincenzo Gigantelli chiediamo quale contributo la Card Puglia offrirà all'organizzazione del prossimo congresso nazionale di Milano 2020.

“Nel corso del Congresso Nazionale CARD la Puglia presenterà “Un'esperienza di valutazione nelle cure integrate” relatori i Dottori Francesco GALASSO, Elisabetta A. GRAPS. Infatti l'ASL della Provincia di Brindisi ha preso parte nel 2019 all'indagine sull'auto-valutazione del livello di maturità delle cure integrate in 9 Regioni europee coordinata dalla Agenzia Regionale strategica per la Salute e il Sociale (AReSS Puglia) nell'ambito del progetto europeo

nelle cure integrate in questi ultimi anni puntando su un innovativo servizio di e-Health per il monitoraggio a domicilio di pazienti cronici stabili, già inserito nel database delle buone pratiche di telemedicina della Commissione Europea e, attualmente, in fase di valutazione da parte del CReHTA - Centro HTA della Regione Puglia. Questa eccellenza regionale sarà illustrata a Milano a maggio durante i lavori congressuali”.

Quale ulteriore contributo la Card Puglia offrirà a Milano 2020?

“La Card Puglia inoltre illustrerà con il Dott. Antonello DATTOMA le recenti esperienze in tema di “AMBULATORIO MULTIDISCIPLINARE PER LE CEFALEE” esperienza avviata un anno fa cir-

sulla aderenza terapeutica e sanità digitale, con particolare riguardo alla distribuzione delle competenze del paziente cronico politrattato e agli strumenti per la sua presa in carico a livello territoriale”.

Ci saranno altre esperienze pugliesi maturate sul campo che saranno illustrate al Congresso Nazionale?

“La fragilità dell'anziano è una sindrome multifattoriale che determina una incapacità organica a reagire agli insulti patologici e para-fisiologici legati all'età. Tale condizione, quando si verifica, determina un aumento esponenziale del rischio di morte o ospedalizzazione legato essenzialmente alle cadute e alle patologie cerebro e cardiovascolari

acute. Nonostante la fragilità fisica rappresenti un rischio imminente, nelle sue forme precoci note come pre-fragilità, determina un'accelerazione dei normali processi degenerativi legati alla performance fisica e cognitiva. Il paziente fragile rappresenta quindi una dimensione ad altissimo rischio, spesso irreversibile, che condiziona le traiettorie dell'invecchiamento globale e per la quale gli enti internazionali di public health iniziano a creare percorsi diagnostici precoci. In quest'ottica l'IRCCS "S. De Bellis", Ente di ricerca con un particolare focus sull'invecchiamento attivo, e l'ASL Bari, con la direzione del DSS 14, oltre a de-

DONE sarà quello di illustrare questo percorso sia da un punto di vista scientifico che assistenziale, descrivendo per la prima volta un'interazione che porta le conoscenze della ricerca internazionale al servizio del medico di medicina generale, integrando al fabbisogno di salute della popolazione anziana, una necessità di salute pubblica essenziale per la sostenibilità socio-economica di un mondo che invecchia.

La collaborazione tra IRCCS "S. De Bellis" e il DSS 14 - ASL Bari, approvata con atto convenzionale e successiva delibera del direttore generale ASL BA n. 2191/2019 troverà concretizzazione

gnitivo. Dopo il primo anno di raccolta dei dati, verranno creati degli score di rischio per lo sviluppo di vari tipi di fragilità (fisica, cognitiva e sociale) che si integreranno in un'applicazione software fatta su misura per il MMG, al fine di profilare il rischio di ciascun assistito e modificare le traiettorie della fragilità con interventi mirati essenzialmente al miglioramento degli stili di vita".

Sarà importante anche far meglio conoscere la rete Pugliese delle Malattie Rare?

"A Milano la Puglia presenterà "expo-



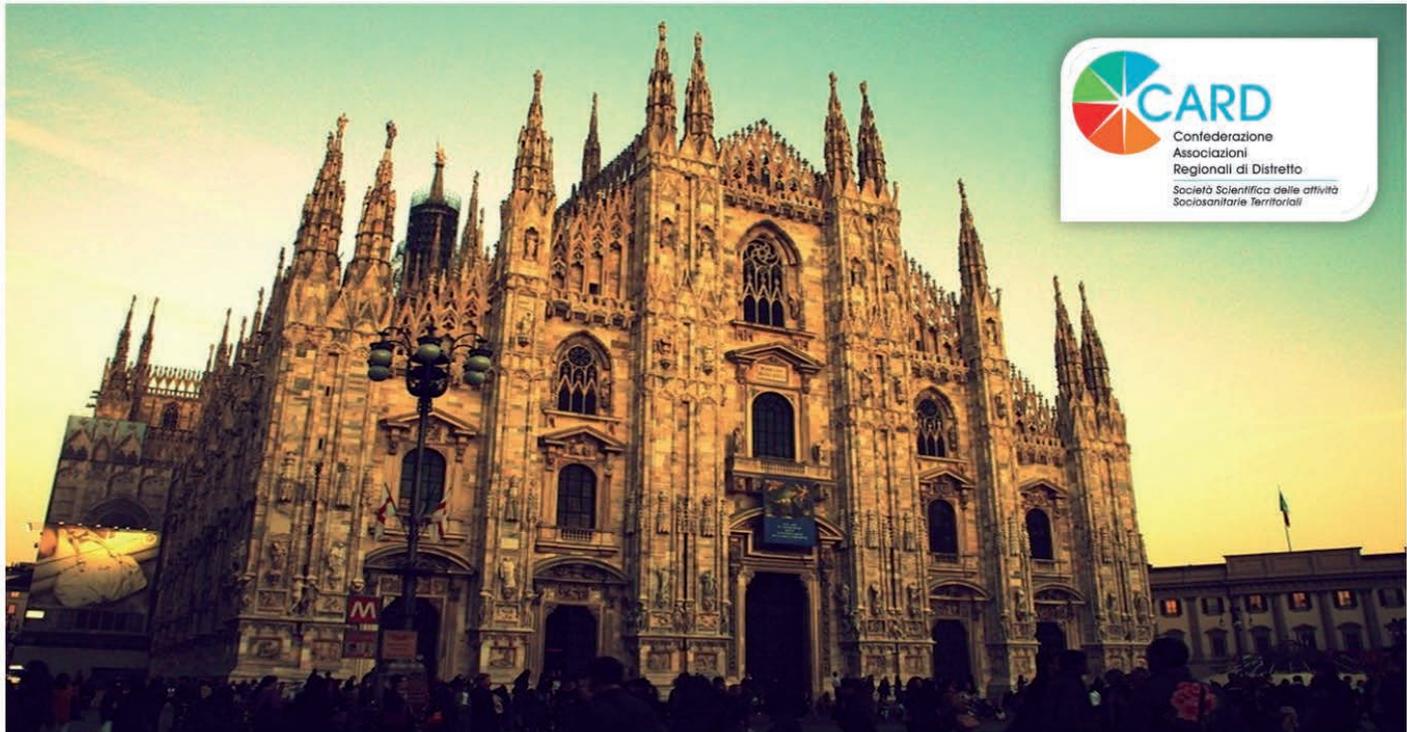
scrivere per la prima volta i profili epidemiologici della fragilità in una popolazione di anziani, partecipanti allo Studio "Salus in Apulia", ha creato un'infrastruttura clinico-assistenziale con finalità di ricerca in grado di delineare tramite algoritmi complessi di analisi dei parametri fisici e cognitivi, score di rischio personalizzabili, per la fragilità. Tali algoritmi vengono usati in maniera, integrata e interconnessa a sistemi informatici, dai MMG e dagli specialisti territoriali per modificare le traiettorie che portano dall'invecchiamento attivo all'invecchiamento patologico. Lo scopo della relazione proposta alla CARD di Milano dal Dott. Rodolfo SAR-

ed attuazione in un ambulatorio multi-disciplinare atto a studiare i fenotipi di fragilità dell'anziano, presso la struttura territoriale "Casa della Salute" di Castellana Grotte. In questo ambulatorio verranno valutati i soggetti over 65 anni reclutati direttamente dai medici di medicina generale del comune, afferenti al DSS14, in base a particolari criteri di selezione, sotto la supervisione del personale di ricerca epidemiologica del IRCCS. I partecipanti allo studio verranno sottoposti ad una valutazione trasversale multidisciplinare con particolare focus, agli stili di vita dietetici alla composizione corporea, allo studio dei sensi e del declino funzionale e co-

rare" relatrice la Dott.ssa Giuseppina ANNICCHIARICO. Si tratterà di Tele-assistenza, competenza, organizzazione, motivazione delle persone, energia, emulazione e di come le buone pratiche partono anche dal Sud. A dieci anni dalla istituzione del Coordinamento Regionale, la Rete Pugliese delle Malattie Rare espone i risultati raggiunti. Il documento "ExpoRare" riassume in 10 punti azioni strategiche possibili in un immediato futuro e che vanno dal comparto salute a quello della ricerca scientifica, all'integrazione scolastica e lavorativa con il forte impulso dato dal terzo settore che è il motore dell'innovazione".

XVIII CONGRESSO NAZIONALE CARD

IL DISTRETTO E LE COMUNITA. VERSO NUOVE ALLEANZA A FAVORE DELLE FRAGILITÀ E DELLA CONTINUITÀ DI CURA



14 - 16 MAGGIO 2020
MILANO - Palazzo delle Stelline

Con il Congresso di Milano 2020 CARD si propone di individuare un nuovo mondo possibile e un nuovo modo sostenibile di affrontare nel territorio, in modo corale, le fragilità e la continuità di cura ed assistenza, superando il dualismo usuale tra salute dell'individuo o della collettività/ società e focalizzando i ragionamenti sulla SALUTE DELLE COMUNITÀ.

“Le comunità” è al plurale, perché nei territori dei Distretti, sempre più vasti e popolosi, vivono Comunità diverse, differenti per numero e caratteristiche, posizionamento geografico od urbanistico, composte quindi da persone diverse per cultura, abitudini, stili di vita. Ed anche “fragilità” è al plurale per valorizzare le diversità e rispettarne le esigenze.

**Per Info contattare la Segreteria Organizzativa
K Link Srl
eventi@klinksolutions.it
+39 081193242411**

Il manager e i problemi legati alla complessità dell'organizzazione

Capacità strategiche, relazionali e operative

BUROCRATE/MANAGER/LEADER

In condizioni ordinarie un'organizzazione può perseguire efficacemente i propri obiettivi anche se non è guidata da un vero e proprio leader; nella grande maggioranza delle situazioni è sufficiente che si disponga di un buon burocrate; vogliamo però evitare di fornire un'accezione negativa a tale termine: per definizione un burocrate è colui che applica schemi

bisogna almeno che ci sia un buon manager, definendo tale colui che è frequentemente costretto ad affrontare problemi legati alla COMPLESSITA' (burocratica e tecnologica) dell'organizzazione; in un sistema come un'Azienda sanitaria la competenza manageriale non è richiesta solo per i dirigenti di massimo livello, ma per tutti coloro che occupano posti di responsabilità e posizioni caratterizzate dalla contemporanea richiesta di compe-

e da convincere, attraverso un processo interattivo che non ha mai fine". In tale ottica appare poco credibile un alto dirigente sanitario che, chiuso nel suo studio, di fronte ad un grande computer, svolge la sua funzione consultando dati, elaborando proposte e scrivendo lettere e circolari.

E' certamente molto più faticoso incontrare persone, comprendere le loro richieste ed i loro bisogni, dimostrare capacità



predefiniti di azione (sotto il profilo tecnico, giuridico, formale o contabile) a prescindere dalla congruenza del risultato. Denota tale definizione semplicemente la mancanza di un rapido adeguamento alle mutevoli condizioni in cui si opera per cui se un buon burocrate può tranquillamente ricoprire l'incarico di direttore nella gran parte delle unità operative amministrative, è difficile immaginare che un burocrate sia in grado di affrontare efficacemente le continue emergenze che si determinano, sul piano relazionale, sul piano clinico e sul piano organizzativo in un grande Pronto Soccorso. In tal caso

tenze tecnico-professionali e di tipo organizzativo-gestionale. Il ruolo manageriale è tanto più determinante quanto più la risposta a specifiche esigenze richiede il coordinamento di molte e differenziate prestazioni.

Sono praticamente infinite le definizioni adatte al termine manager; citiamo tra le tante quella fornita dall'amministratore delegato della GM, Jack Welch, che descrive il manager come colui che "gira instancabilmente in lungo e in largo, nell'organizzazione, per incontrare quella o questa persona, affronta una serie di incontri con esseri umani da capire

vere di ascolto e, quando necessario, empatia, fornire comunque risposte chiare e non elusive e dilatorie, ma in Sanità tale relazione è imprescindibile e può riguardare tutte le tipologie di collaboratori; il manager che lavora con la porta aperta, certamente non quando la riservatezza è indispensabile, in genere si stanca di più, ma certamente svolge un'azione molto più efficace.

In altri termini si può definire manager colui che decide, colui che dirige settori complessi con polso fermo, ma con grande umiltà.

Gli Americani usano l'acronimo

H.A.I.R.L. perché vedono nel manager la capacità di volare come un elicottero (Helicopter), di effettuare Analisi, di possedere Immaginazione, di conoscere la Realtà e di condurre il gruppo come un vero Leader; ritroviamo le caratteristiche che abbiamo attribuito ad un leader. La caratteristica fondamentale che fa di un buon manager un leader è la capacità di comunicare e di percepire efficacemente gli umori dei propri collaboratori, conducendoli, senza apparente sforzo, lungo vie spesso impervie, sulla base della fiducia che i è riusciti a conquistare. Secondo il Webster Dictionary, Leadership vuol dire "guidare gli

altrlungo un percorso, andando per primi". I leader sono sempre un po' visionari e leggono segnali che non tutti riescono tempestivamente a percepire. Kotter ha posto l'esigenza di management o di le-

prioritaria attenzione agli aspetti della comunicazione e coltivare il rapporto con i propri collaboratori in maniera attenta e continuativa.

LE CAPACITA' RICHIESTE AL MANAGER.

Sulla base di quanto affermato, possiamo dire, schematicamente, che una posizione manageriale richiede la somma di tre componenti:

- capacità strategiche
- capacità relazionali
- capacità operative.

A) CAPACITA' STRATEGICHE

Nelle capacità strategiche rientra prioritariamente la capacità di leggere la realtà e valutarne tutti gli aspetti fondamen-

di dare un peso ad ogni informazione per poter orientare le proprie scelte.

Le decisioni devono poi essere sempre prese senza troppi tentennamenti, evitando comunque di far comprendere a tutti i propri dubbi; di ogni decisione deve essere assunta la responsabilità in maniera chiara: è evidente che una volta intrapresa una strada è molto deleterio cambiare direzione se non sono intervenuti fatti nuovi.

Ad ogni decisione deve corrispondere la corretta valutazione del relativo impatto economico, su di sé e sugli altri componenti del gruppo, per non essere colti impreparati dalle conseguenze delle proprie azioni; in alcuni casi vanno prese decisioni rischiose: bisogna averne coscienza, non nascondendo, a sé e agli altri, i rischi, ma, se si tratta della scelta necessaria, non bisogna farsi paralizzare dal timore,



adership in relazione alle caratteristiche ed ai bisogni dell'organizzazione, affermando che, quando ci si trova di fronte alla necessità di realizzare importanti cambiamenti, diventa essenziale disporre di un buon leader; quando invece l'organizzazione presenta un elevato tasso di complessità, ha bisogno di un buon manager (vedi schema)

Considerate le caratteristiche del settore sanitario possiamo agevolmente affermare che quasi sempre è necessario che il capo abbia in sé la capacità di essere un buon leader; in altri termini, sulla base di quanto sopra affermato, egli deve porre

tali; per fare ciò bisogna saper analizzare i problemi in tutti i loro aspetti, a partire dalle interazioni umane e valutarne l'impatto economico, ricercando sempre le relazioni tra cause ed effetti, anche quando queste non appaiono in maniera immediata perché riferite a realtà complesse e confuse; va posta attenzione a ricercare anche i "segnali deboli", senza mai fermarsi ad una prima superficiale impressione. Ad un manager non è concesso di agire senza aver prima riflettuto e scelto una strada ben definita, né di esprimere giudizi grossolani ed inficiati dai propri pregiudizi, ma al contrario viene richiesto

applicando correttamente il calcolo delle probabilità; in tali casi appare sempre opportuno fornire preventivamente un'ampia informazione ai componenti del gruppo sulle motivazioni che spingono ad assumere tale decisione non esente da rischi; quello che conta è dimostrare di avere sempre un forte contatto con la realtà.

La gestione dei momenti di crisi e dei conflitti rappresenta l'ineludibile banco di prova per ogni manager: evitare di entrare nelle situazioni conflittuali vuol dire perdere la propria autorevolezza e denunciare la propria incapacità a go-

vernare il gruppo nei momenti difficili; naturalmente le decisioni devono seguire una fase di analisi attenta di quanto accade, raccogliendo informazioni in maniera corretta e ascoltando le ragioni di tutti; le diverse opinioni, anche se contrastano con le proprie, vanno rispettate; la mediazione va perseguita fino ad evidenza contraria e, fra le varie soluzioni, va ricercata, se possibile, quella che evita che qualcuno esca completamente sconfitto, annichilito; in tali momenti l'autocontrollo è indispensabile per non aggiungere tensione a tensione, per non ingenerare ulteriori ansie rispetto a quelle già esistenti; nei casi in cui ciò è possibile bisogna far emergere gli aspetti positivi che potrebbero essere determinati dalla crisi,

ammettere gli errori e a cambiare coerentemente rotta; tale atteggiamento autorizza il manager ad assumere decisioni correttive quando gli altri rimangono rigidamente attaccati alle proprie scelte, alla routine anche contro ogni evidenza; sarebbe poco credibile un capo che intervenga sugli altri, dopo aver dimostrato di resistere al cambiamento ed all'innovazione.

B) CAPACITA' RELAZIONALI

Prioritariamente bisogna curare le modalità con cui ci si pone nei confronti del mondo esterno, l'immagine di sé che si offre, tenendo conto che, in generale, non viene perdonato ad un capo di esse-

Il proprio corpo deve esprimere compostezza e controllo.

Un capo deve sempre sforzarsi di usare un linguaggio chiaro e corretto evitando gli inutili giri di parole, le allusioni imbarazzanti, l'uso compulsivo dell'"io", il turpiloquio.

Nel parlare in pubblico, un capo, senza necessariamente nascondere un naturale timore, quando esso è presente, deve far comprendere di essere in grado di superarlo.

Fondamentale è la capacità di ascolto: spesso esigenze di tempo, sempre più pressanti nella nostra organizzazione sanitaria, soprattutto in ospedale, spingono a comprimere il tempo dell'ascolto: non bisogna semplicemente "capire" quel-



come spesso accade, evitando di chiamare in causa la sfortuna.

Spesso il vero banco di prova per un dirigente in ambito sanitario è affrontare l'innovazione: come abbiamo detto si tratta di un elemento imprescindibile che richiede la capacità di rivedere costantemente le proprie decisioni, le proprie abitudini, i propri comportamenti, sulla base di variazioni intervenute nel contesto in cui si opera, di nuove informazioni, di nuove scoperte scientifiche, del risultato di verifiche avviate in passato. Bisogna costantemente aver voglia di imparare, di sperimentare, di ricercare con curiosità e mettere serenamente in bilancio la possibilità di sbagliare, essendo pronti ad

re trasandato e poco attento alla propria persona e persino al proprio abbigliamento; un famoso chirurgo che costrinse un proprio validissimo collaboratore ad indossare regolarmente la cravatta, insomma ad avere maggiore cura del suo abbigliamento, facendogli presente che se un paziente doveva affidargli la propria vita, certamente voleva sentirsi rassicurato sulle sue caratteristiche personali; naturalmente non è la cravatta che conta, ma certamente è utile trasmettere l'idea di essere dotati di un adeguato equilibrio psicologico e di non aver bisogno di infrangere le regole del vivere civile per attirare su se stessi l'attenzione del mondo esterno.

lo che l'altro intende dire, bisogna che ognuno possa esprimere compiutamente il proprio pensiero, assecondando i tempi, i ritmi, le modalità comunicative di ognuno. Qualora alcuni componenti del gruppo siano reticenti, poco propensi ad esprimere il proprio punto di vista, bisognerebbe provocare momenti di discussione ed occasioni di apertura ed essere pronti a percepire, come detto, anche i segnali deboli, anche le espressioni non immediatamente percepibili.

Non va sottovalutata la capacità di scrivere in maniera corretta ed efficace: la parola scritta deve esprimere in maniera chiara e compiuta il pensiero anche perché si ricorre allo scritto non in maniera

routinaria, ma proprio quando chiarezza e precisione sono più necessarie.

Il capo deve saper spiegare, discutere, dialogare e deve tentare di convincere fino ad evidenza contraria, naturalmente rispettando i principi etici che devono sempre rappresentare un limite invalicabile.

Prima di incentivare il lavoro in gruppo, l'armonia tra i componenti del gruppo, chi dirige deve saper egli stesso lavorare in gruppo, proponendo le proprie idee a tutti senza imporle, almeno in prima battuta, tentando sempre di ottenere il consenso prima di agire, con un atteggiamento aperto e fiducioso, pronto a sostenere i soggetti che, per carattere o per contingenti situazioni extra-lavorative o per mancanza di conoscenze specifiche, appaiono più deboli, senza far pesare la maggiore competenza o semplicemente la maggiore capacità di sostenere la fatica.

Abbiamo visto l'importanza della motivazione: ogni sforzo deve essere indirizzato a motivare i collaboratori con tutti gli strumenti che l'organizzazione pone a disposizione.

Un discorso a parte merita la valorizzazione dei propri collaboratori: è dimostrato, nel settore dei venditori, che l'apprezzamento, razionale e non affettato, del proprio dirigente induce, a parità di altre variabili, un aumento delle vendite da parte di chi ne beneficia

(vien definito "effetto Mecenate"): al contrario è molto dannoso apprezzare persone che non lo meritano, inducendo negli altri una forte demotivazione.

Ma forse la cosa più difficile è sapersi auto-motivare, superare i momenti di difficoltà e sconforto senza mai far percepire tale sentimento ai propri collaboratori, guardare al futuro comunque con ottimismo in una continua valutazione delle possibilità e degli elementi potenzialmente negativi.

Nell'ambito delle capacità relazionali rientra anche la capacità di saper delegare in maniera oculata alcuni compiti ed alcune responsabilità; la delega peraltro rappresenta un modo per sopravvivere e

poter superare il limite invalicabile degli impegni che una persona può prendersi e quindi non è una scelta ma deve essere una necessità opportunamente gestita. Sempre la delega deve essere giustificata e giustificabile dinanzi a specifiche richieste del gruppo e deve consistere in una effettiva rinuncia a parte del proprio potere, nell'ambito di una maggiore efficacia nel perseguimento degli obiettivi assegnati. Nel concetto di delega è compreso naturalmente il dover assumersi la responsabilità della scelta fatta, anche quando i risultati non sono immediati, continuando a dare fiducia e a confermare i delegati senza essere eccessivamente fiscali, utilizzando il progressivo affidamento di responsabilità come uno



strumento di promozione e crescita personale e professionale del collaboratore a cui la delega è stata affidata.

C) CAPACITA' OPERATIVE

Le capacità operative riguardano prioritariamente l'ambito professionale entro cui si opera; non è necessario, e forse non è neanche più possibile, che un capo sappia fare tutto quello che viene fatto in reparto, magari meglio di tutti gli altri; il processo di specializzazione che ha potentemente modificato la modalità con cui si opera in Medicina rende ciò impossibile, per cui è opportuno chiarire subito che ci sono collaboratori che svol-

gono meglio una o più prestazioni, senza tentare di negare una verità che con ogni evidenza è sotto gli occhi di tutti, ma è opportuno che il capo abbia almeno un settore in cui eccelle e comunque deve esprimere in ogni circostanza la capacità di applicare una metodologia decisionale che porti il maggiore vantaggio per il paziente, proprio facendo tesoro delle competenze di tutti.

Il leader deve sapersi affermare fuori dal gruppo marcando risultati positivi nelle società scientifiche o comunque negli proprio ambito professionale. Tali competenze si devono tramutare in un linguaggio sempre appropriato e mai generico: le parole del capo pesano e sono sottoposte ad una analisi spietata da parte di tutti i componenti del gruppo: neanche quando si parla di argomenti banali è consentito usare termini generici e dire cose che non si possono dimostrare.

Rientrano nelle capacità operative saper comandare e farsi ubbidire: per tale motivo è estremamente negativo dare disposizioni che si sa già non potranno essere rispettate; è necessario che il capo ottenga risultati in tal senso pure dalle persone meno inclini ad ottemperare ad ordini. Per ottenere tali risultati gli ordini devono essere chiari e univocamente interpretabili e si devono riferire sempre agli obiettivi generali e specifici che il gruppo deve raggiungere. In alcuni casi, pur in uno stile di gestione "democratico e trasparente" è indispensabile usare l'autorità e, pur ribadendo la necessità di essere razionali e di controllare

l'emotività, non è da considerare sempre negativo usare toni forti. Aristotele riteneva legittima l'ira quando si difende la propria onorabilità, purché motivata e proporzionata alle giuste ragioni, specie quelle del cittadino che vede tradire i principi della polis; potremmo contestualizzare dicendo che persino l'ira può essere giustificata se vengono minacciate le basi dell'organizzazione e del reciproco rispetto all'interno di un gruppo di lavoro. In altri termini la disciplina va applicata e vanno equamente dosati i premi e le punizioni, senza rinunciare né ai primi né alle seconde.

...Continua

Dall'AIRC 2 milioni di euro all'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza per finanziare 3 progetti di ricerca

Tumore al polmone, leucemia e carcinoma del pancreas

COLLABORAZIONI
INTERPROFESSIONALI
E OPPORTUNITÀ
per la Puglia

- I Grant Investigator di AIRC, che copriranno i costi della ricerca più quelli del personale, sono stati attribuiti ai biologi Fabrizio Bianchi, Vincenzo Giambra e Valerio Pazienza.

- I progetti sono stati selezionati da una commissione internazionale per la loro rilevanza al cancro, l'innovatività, la fattibilità e il potenziale impatto positivo sui pazienti

ottenuto fondi per 860.000 euro, ed ha lo scopo di comprendere la funzione di alcuni piccoli acidi nucleici chiamati microRNA che nel tumore possono provocare resistenza alla chemioterapia e favorire la progressione della malattia. «Abbiamo infatti scoperto – ha spiegato Fabrizio Bianchi – che alcuni tumori del polmone molto aggressivi hanno quantità alterate dei microRNA, che li rendono più resistenti alla terapia favorendone

molecolari e cellulari critici per il mantenimento e lo sviluppo della leucemia linfoblastica acuta a linfociti T (LLA-T). «Abbiamo dimostrato che – sottolinea il ricercatore che ha ottenuto da AIRC fondi per 705.000 euro –, le leucemie recidive e/o ricorrenti sono presumibilmente causate dalla presenza di un particolare tipo di cellule, note come cellule staminali leucemiche (CSL), particolarmente resistenti alle terapie standard e con di-



La Fondazione AIRC per la Ricerca sul Cancro sosterrà, per i prossimi cinque anni, tre progetti di ricerca dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza risultati vincitori del bando Grant Investigator. Si tratta dei progetti di ricerca presentati dai biologi Fabrizio Bianchi, Vincenzo Giambra e Valerio Pazienza. Il progetto di Fabrizio Bianchi – che dirige il Laboratorio di Cancer Biomarkers di Casa Sollievo, dopo esperienze presso l'Istituto Europeo di Oncologia a Milano, il John Radcliffe Hospital della Oxford University e l'IFOM Istituto FIRC di Oncologia Molecolare di Milano –, ha

la progressione metastatica. Il nostro obiettivo principale è quindi quello di scoprire in che maniera i microRNA rendono più aggressivo il tumore in modo da identificare i meccanismi molecolari alla base della progressione della malattia e sviluppare terapie sempre più efficaci, riducendo la mortalità per cancro del polmone».

Lo studio redatto da Vincenzo Giambra – che ha lasciato la British Columbia Cancer Agency di Vancouver, in Canada, per dirigere il Laboratorio di Ematopatologia dell'IRCS Casa Sollievo della Sofferenza –, mira ad identificare i processi

stinte caratteristiche genetiche e fenotipiche rispetto alle altre cellule tumorali. Determineremo come certe mutazioni genetiche, ricorrenti tra i pazienti con LLA-T, trasformino le cellule staminali/progenitrici umane del sangue in cellule leucemiche di tipo T, capaci di crescere in maniera incontrollata e di sfuggire ai trattamenti chemioterapici convenzionali. Gli studi forniranno le basi sperimentali per nuovi trattamenti terapeutici, più efficienti e meno invasivi, per eliminare le cellule staminali leucemiche». Valerio Pazienza – da dieci anni biologo del Laboratorio di Ricerca

di Gastroenterologia, dopo cinque anni di esperienza presso l'Università di Ginevra, in Svizzera –, ha ottenuto fondi per 433.000 euro per caratterizzare il microbiota intestinale, impropriamente conosciuto come flora intestinale, nei pazienti affetti da cancro del pancreas e per formulare nuove combinazioni di probiotici (microorganismi benefici per l'ospite) e prebiotici (nutrienti in grado di stimolare la crescita di microorganismi benefici) in supporto delle terapie anticancro convenzionali. Tra questi, il

carcinoma del pancreas, quasi 460 mila nuovi casi nel 2018, è tra le neoplasie con prognosi più infausta perché difficilmente diagnosticabile in fase precoce e perché altamente chemioresistente. «Lo sviluppo di nuove formulazioni di probiotici e prebiotici – sostiene Pazienza –, è finalizzato non solo a ridurre gli effetti collaterali degli attuali schemi terapeutici in pazienti affetti da cancro del pancreas, ma anche a migliorare, eventualmente, la risposta ai trattamenti chemioterapici. Mediante l'utilizzo di

modelli di laboratorio si indagheranno, inoltre, i meccanismi attraverso i quali queste miscele di pre/probiotici svolgono la loro azione». I Grant Investigator di AIRC, che copriranno i costi della ricerca più quello del personale, sono stati selezionati per l'innovatività, la fattibilità e il potenziale impatto positivo sui pazienti. La valutazione dei progetti si è svolta con il metodo peer review, cioè sono stati valutati da una commissione internazionale di esperti dello stesso settore del proponente.



Le migliori ricercatrici italiane selezionate dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna

Il medico Elvira Grandone nel club delle Top Italian Women Scientist

COLLABORAZIONI
INTERPROFESSIONALI
E OPPORTUNITÀ
per la Puglia

Ricercatrice e medico specializzato in Ostetricia e Ginecologia, con un dottorato di ricerca in Medicina Interna. Da 26 anni lavora nell'Unità di Emostasi e Trombosi dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, che dirige da 13 anni

Elvira Grandone, medico responsabile dell'Unità di Emostasi e Trombosi

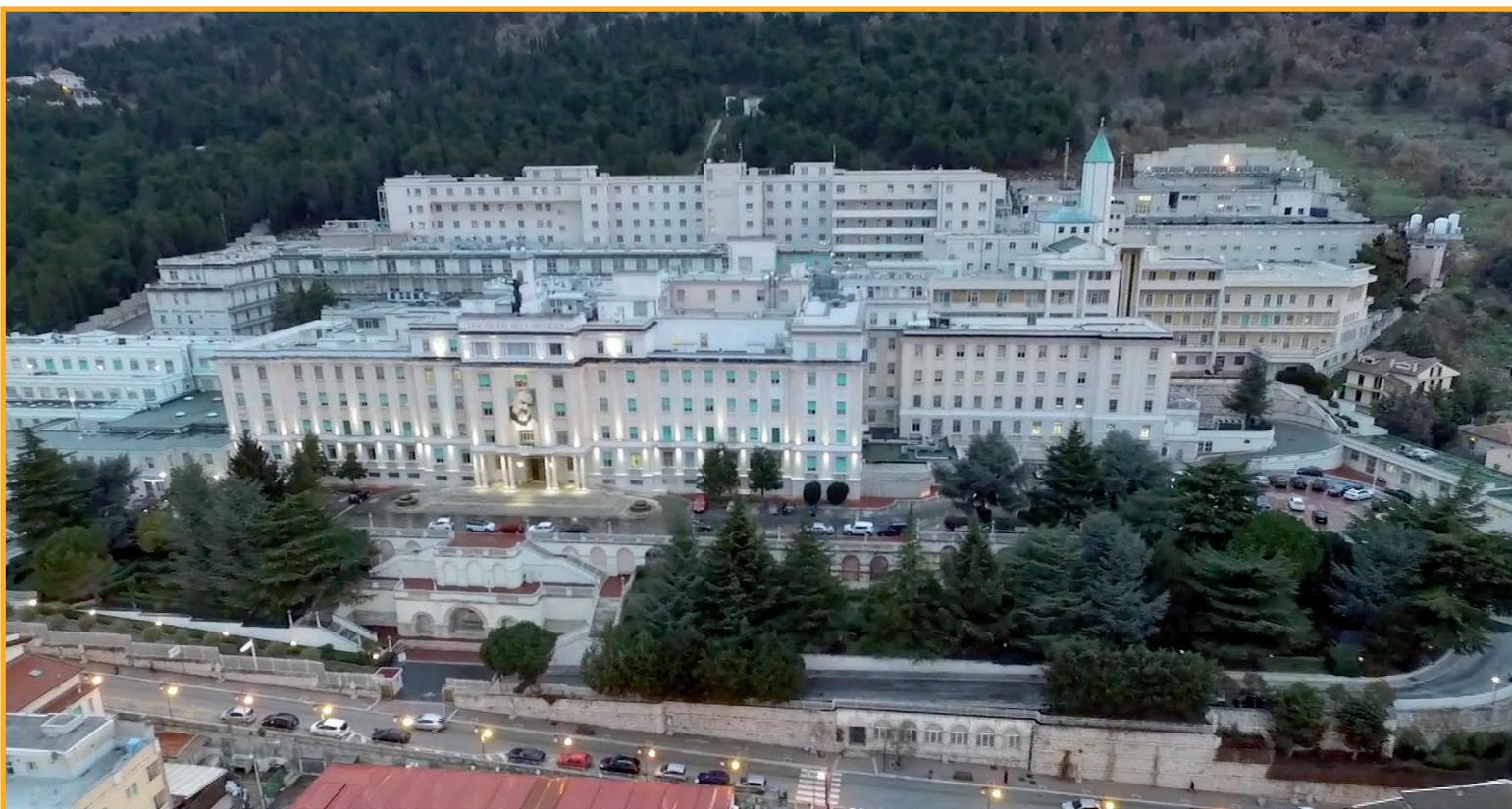
scienze.

Sono state selezionate, si legge nella nota stampa dell'Osservatorio, "le ricercatrici recensite nella classifica dei Top Italian Scientists (TIS) di Via-Academy, censimento degli scienziati italiani di maggior impatto in tutto il mondo, misurato con il valore di H-Index, l'indicatore che racchiude sia la produttività sia l'impatto scientifico

vulgazione dei progressi della scienza.

«L'intento è quello di promuovere la ricerca 'rosa' tramite eventi scientifici, concorsi e bandi di ricerca e avvicinare le giovani a questa realtà – spiega Francesca Merzagora, presidente Fondazione Onda.

Fare rete nel mondo della ricerca scientifica è uno dei nostri obiettivi, contri-



dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, è stata inserita nel club delle TIWS-Top Italian Women Scientist, la lista delle migliori scienziate italiane, redatta dall'Onda-Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere.

Il gruppo riunisce le eccellenze femminili, donne che si contraddistinguono per un'alta produttività scientifica e che hanno dato un sostanziale contributo allo sviluppo in campo biomedico, nelle scienze cliniche e nelle neuro-

del ricercatore, nonché la sua continuità nel tempo e che si basa sul numero di citazioni per ogni pubblicazione. Per il Club sono state selezionate le ricercatrici con H-Index pari o superiore a 50".

La premiazione si è svolta il 29 gennaio a Milano, a Palazzo Pirelli, nel corso di un incontro realizzato in collaborazione con la Regione Lombardia, per fare il punto sull'importanza della prevenzione oncologica, sul rapporto tra donne, tecnologie e ricerca e sulla di-

buendo al confronto tra professionisti che si contraddistinguono per un'alta produttività scientifica e soprattutto per un'alta capacità di fare opinione, nella prospettiva di nuove riflessioni ed azioni che possano avere effetti positivi per la salute della donna e di genere.

Ecco perché risulta importante sensibilizzare l'opinione pubblica facendo emergere il ruolo e il valore della ricerca scientifica in campo medico».

«Il Club è costituito da donne di im-

patto' nella biomedicina – dichiara Adriana Albini, membro del Comitato Scientifico Onda e direttore scientifico di Fondazione MultiMedica Onlus Milano –.

Non solo nel senso che il loro lavoro impatta sulla società e sui progressi della conoscenza, ma anche perché, attraverso la loro produzione scientifica letta e citata, si sono conquistate una posizione alta in questa specie di 'hit parade' nella scienza, chiamato 'H-Index'.

È la crescita di una rete di donne ricercatrici in campo biomedico, nata grazie a Onda nel 2016, che può diventare di riferimento ai giovani ricercatori e in progetti di comunicazione».

attività clinica e di ricerca in numerosi campi.

Assieme al suo staff si occupa di:

- malati rari, affetti da emofilia, carenze congenite di fattori, e suscettibilità congenita alla trombosi venosa
- problemi della gravidanza, tra cui aborti, trombosi ed emorragie
- pazienti anticoagulati per problemi trombotici, con particolare attenzione a coloro che sviluppano complicanze trombotiche o emorragiche.

Gli articoli ad oggi pubblicati su PubMed, e che le hanno permesso di essere annoverata tra le TIWS, sono 232.

Questi hanno generato 8.030 citazioni

con una media ad articolo di 24,63.

La Fondazione Onda

Collabora con il Servizio Sanitario Nazionale e le Istituzioni dedicate per contribuire al miglioramento delle strategie e degli interventi a tutela della salute femminile, sia per monitorare la situazione e fornire informazioni utili allo sviluppo delle migliori strategie di intervento, sia per coinvolgerli in iniziative rivolte alla popolazione, con l'obiettivo di avvicinare le donne ai servizi di diagnosi precoce e alle cure.

A partire dal 2007 Onda promuove l'assegnazione dei Bollini Rosa con l'obiettivo di individuare, collegare e



Fondazione onda

Osservatorio nazionale sulla salute
della donna e di genere

L'attività clinica e le pubblicazioni

Elvira Grandone è un medico specializzato in Ostetricia e Ginecologia, con un dottorato di ricerca in Medicina Interna. Da 26 anni lavora nell'Unità di Emostasi e Trombosi dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, che dirige da 13 anni, dove svolge attualmente



premiare gli ospedali italiani 'vicini alle donne', valorizzando quelle strutture che offrono servizi di prevenzione, diagnosi e cura per le principali patologie femminili, riservando particolare attenzione alle specifiche esigenze dell'utenza "rosa". Per il biennio 2020-2021 l'Onda ha assegnato all'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza tre Bollini Rosa, il massimo riconoscimento su una scala da uno a tre.

La sepsi è l'ultima tappa, spesso fatale, di un percorso innescato da molte malattie infettive

L'Ospedale Miulli in prima linea contro la lotta alla sepsi

COLLABORAZIONI
INTERPROFESSIONALI
E OPPORTUNITÀ
per la Puglia

di Vito Delmonte

Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Anestesia e Rianimazione del Miulli

La sepsi è l'ultima tappa, purtroppo spesso fatale, di un percorso innescato da molte malattie infettive. Si presenta quando il nostro sistema immunitario, nel combattere un'infezione, perde il controllo e inizia a danneggiare i tes-

secondo l'Oms, entro il 2050 causerà più decessi delle malattie oncologiche. In Italia, l'incidenza è di 1/1000 abitanti, ma vari fattori come la presenza di germi multiresistenti (MDR), l'invecchiamento della popolazione e i progressi della medicina (che portano con sé interventi chirurgici e manovre invasive) fanno in modo che l'incidenza sia in costante aumento. Per fermare questa emergenza bisogna prevenire

(dati GIVITI 2018). Per ogni ora di ritardo nella somministrazione della terapia antibiotica mirata, il rischio di morte cresce del 7%. Tra gli anelli deboli che fanno della sepsi un killer temibile c'è la scarsa formazione del personale sanitario e il mancato controllo delle infezioni ospedaliere. Non esiste alcun singolo test diagnostico che possa diagnosticare con certezza la sepsi e lo shock settico, sindromi cliniche defini-



suti e gli organi: ciò può portare prima all'insufficienza degli organi e poi alla morte. Su queste premesse si poggiano le basi del convegno organizzato il prossimo 3 aprile 2020 all'Ospedale "F. Miulli" di Acquaviva delle Fonti, che reca il titolo "Percorso Diagnostico Terapeutico-assistenziale delle infezioni: multidisciplinarietà e consapevolezza". L'evento vede una faculty di prim'ordine e porrà massima attenzione su risorse innovative e necessaria formazione. La sepsi colpisce nel mondo oltre 30 milioni di persone e,

le infezioni e diffondere la consapevolezza del problema: non esiste una disciplina, uno specialista, un reparto più capace: ogni operatore è chiamato in causa al fine di costruire un percorso sicuro, in grado di intercettare il paziente infetto all'ammissione o che acquisisce infezione durante la degenza. La tempestività è tutto, infatti una diagnosi in ritardo può significare per il paziente una rapida evoluzione verso lo shock settico, che ha una mortalità altissima; nelle rianimazioni italiane la mortalità per shock settico è del 50%

te da una moltitudine di segni clinici e dati di laboratorio. La più recente definizione descrive la sepsi come un'insufficienza degli organi generata da una risposta abnorme dell'ospite all'infezione che mette in pericolo la vita. Da questa definizione emerge il concetto della sepsi come emergenza medica: tale definizione obbliga a un profondo cambiamento del percorso territoriale e ospedaliero. La risoluzione WHA 70.7 del 29 maggio 2017 dell'Assemblea mondiale della Sanità invita gli stati membri ad agire "per il migliora-

mento della prevenzione, della diagnosi e della gestione clinica della sepsi". La risoluzione pone in stretta relazione:

- la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, l'uso corretto degli

vazione del TEM – Team Emergenza. Il modello TOSCANO a cui ci ispiriamo, prevede, per la gestione in ospedale del paziente un modello integrato di tre stewardship. Per stewardship si in-

ta al fine di migliorare l'outcome del paziente evitando scelte farmacologiche inappropriate e dannose.

- La Dignostic stewardship consiste nell'utilizzo, appropriato e consapevo-



antibiotici e la formazione degli operatori sul rischio di progressione da infezioni a sepsi

- la gestione clinica, ovvero l'accesso a una diagnosi precoce e a un percorso dedicato. Quali strategie si devono mettere in atto per il precoce riconoscimento e per la cura nei diversi contesti in cui questa gravissima patologia si manifesta? Per prima cosa è necessario valutare i fattori di rischio settico del paziente, per passare poi ad una stratificazione del rischio di sepsi e shock settico usando le Scale a Punteggio, che permettono di inquadrare il paziente in maniera oggettiva.

Gli score di gravità aiutano a rivelare e a quantificare in maniera sistematica il deterioramento del paziente, consentendo di avviare in tempi rapidi l'atti-

tende l'uso responsabile ed etico delle risorse disponibili:

- La Stewardship antibiotica consiste nella gestione della scelta terapeuti-

le, di tecniche diagnostiche microbiologiche innovative che consentono di ridurre a poche ore i tempi di attesa per gli esami colturali. Siamo di fronte ad un cambiamento epocale in grado di fare la differenza (considerando la tempo-dipendenza nella gestione della sepsi). La diagnostic stewardship consente di esercitare al meglio la stewardship antibiotica.

- La Sepsis stewardship è la gestione della sepsi secondo le evidenze cliniche riportate in letteratura e contenute nelle linee guida della Surviving sepsis Campaign (2017).



ca, della terapia antibiotica e ha come obiettivo quello di assicurare la giusta interpretazione del dato microbiologico, scegliendo le molecole più adegua-

Il sinergismo tra le tre stewardship e l'ICP migliora la prognosi di questa emergenza medica.

Il primato pugliese del Miulli sulla correzione dell'insufficienza mitralica per via percutanea Quando il cuore dà segni di stanchezza

COLLABORAZIONI
INTERPROFESSIONALI
E OPPORTUNITÀ
per la Puglia

Quando il cuore dà segni di stanchezza, perché le valvole cardiache non funzionano più bene, forse non è ancora tutto perduto! Anche in pazienti affetti da più patologie e, per questo, non candidabili all'intervento di cardiocirurgia tradizionale (cioè a cuore aperto), una terapia risolutiva minimamente inva-

risponde alle aspettative di un miglioramento della qualità di vita.

A ciò va aggiunta la possibilità di scelta terapeutica sulla valvola, poiché il Miulli è l'unico centro in Puglia in grado di proporre la riduzione dell'anello mitralico per via percutanea oltre che

corso una sistematica selezione dei pazienti affetti da insufficienza mitralica e suscettibili di correzione efficace del difetto valvolare, sui quali viene anche realizzato un follow-up strutturato.

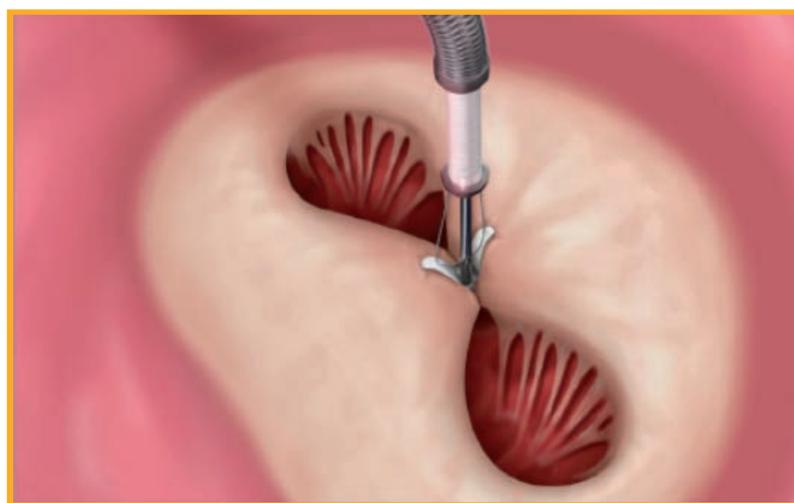
«L'insufficienza della valvola mitralica» – spiega il dott. Tommaso Langialonga, direttore dell'U.O.C. di Car-



va è oggi possibile. Così come da anni accade per la valvola aortica, all'ospedale Miulli di Acquaviva la correzione dell'insufficienza della valvola mitrale per via percutanea (cioè semplicemente attraverso la puntura di una vena) è una realtà consolidata.

A confermare il primato della Cardiologia del Miulli vi è innanzitutto l'elevato numero di pazienti trattati, il più alto in Puglia. Ad oggi, infatti, sono 31 le persone che hanno beneficiato della correzione percutanea dell'insufficienza mitralica e il loro follow-up a medio e lungo termine

l'intervento diretto sui lembi valvolari, e tutto questo grazie all'operatività di una equipe interamente pugliese. Già



da 3 anni, in base a specifiche caratteristiche cliniche ed anatomiche, è in

diologia al Miulli – «è una condizione piuttosto frequente nella popolazione dei cardiopatici e può dipendere da un difetto delle componenti della valvola stessa (insufficienza "primaria") oppure dalla patologia del ventricolo sinistro, come un pregresso infarto o la dilatazione ventricolare, che si ripercuote sulla mitrale (insufficienza "secondaria"). Quando la valvola rimane gravemente incontinente, si configura un'insufficienza mitralica "emodinamicamente significativa", ovvero in grado di compromettere pesantemente la qualità di vita dei pazienti, condizio-

nando sintomi (come l'affanno) e incrementando la frequenza e la gravità degli episodi di scompenso cardiaco e dei ricoveri ospedalieri. Se non si interviene con la correzione del difetto, la storia naturale di questa patologia ha esito infausto.»

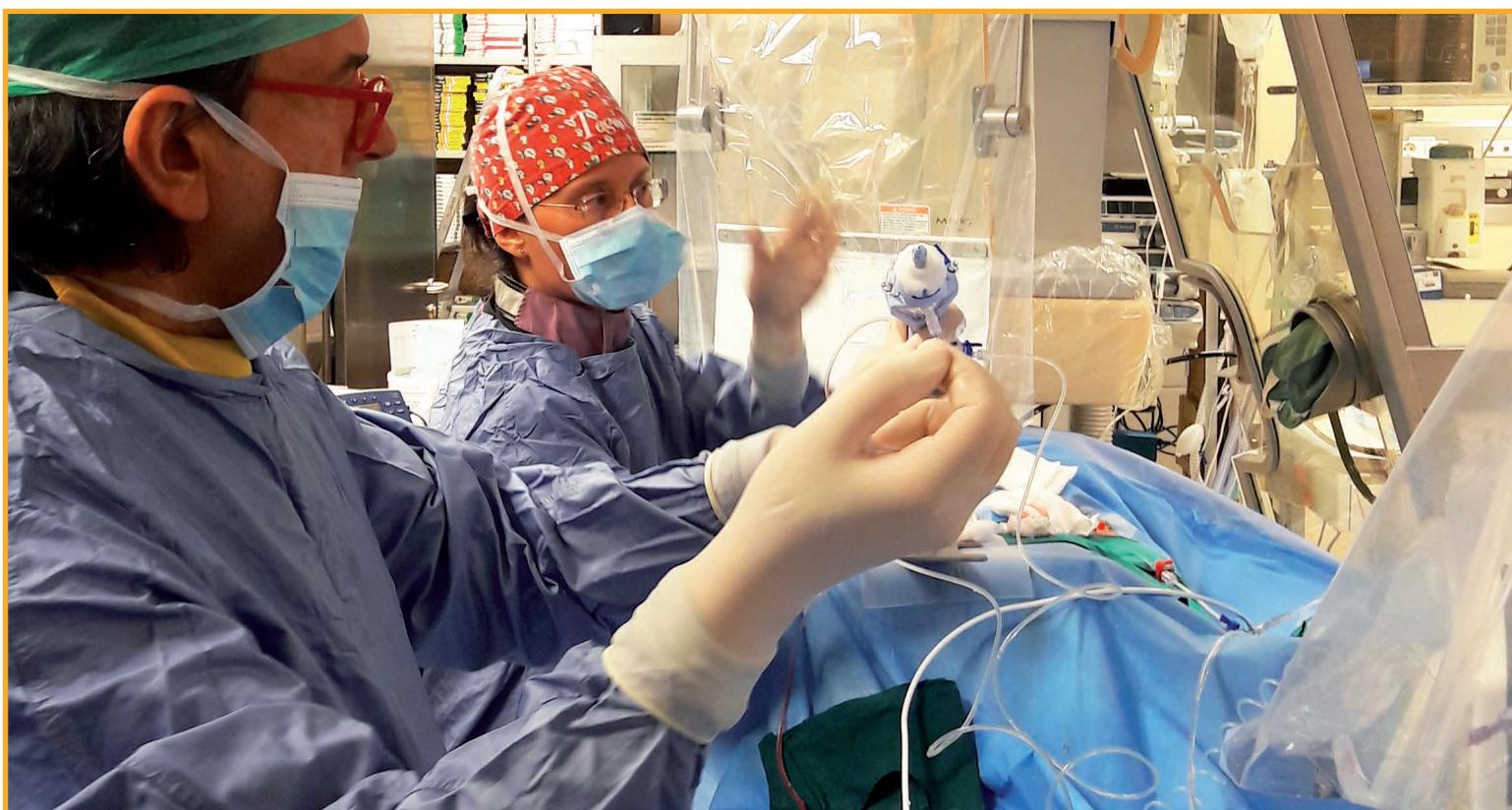
L'intervento di correzione dell'insufficienza mitralica è tradizionalmente affidato ai cardiocirurghi che, tuttavia, in molti casi (circa nel 50% delle insufficienze "secondarie") non possono procedere a causa dell'età avanza-

operatoria della Cardiologia del Miulli ha sottoposto 8 pazienti ad impianto di Carillon e 23 pazienti ad intervento di MitraClip; tre pazienti hanno ricevuto entrambe i trattamenti, beneficiando dell'intervento sia sull'anello che sui lembi mitralici.

La dott.ssa Katya Lucarelli, il dott. Vito Casamassima e la dott.ssa Federica Troisi eseguono la procedura interventistica di MitraClip in un clima di grande sinergia con i cardioanestesisti del Miulli e si occupano anche di screening

l'anatomia e la funzionalità cardiaca e questo comporta notevoli benefici sulla vascolarizzazione e l'efficienza polmonare. Ma solo un lavoro di gruppo e la collaborazione di diverse figure professionali (cardiologi, cardioanestesisti, pneumologi e personale tecnico-infermieristico altamente qualificato), può garantire simili risultati».

Gli studi internazionali pubblicati in Letteratura Scientifica mostrano risultati contrastanti circa l'efficacia della procedura di MitraClip. La dott.ssa Lu-



ta dei pazienti o delle loro patologie associate, spesso così invalidanti da rendere l'intervento tradizionale troppo pericoloso per i pazienti stessi. In questi casi, la correzione per via percutanea è l'unica valida alternativa, poiché ugualmente efficace ma molto meno invasiva e gravata da una bassissima incidenza di complicanze.

Gli interventi possibili al Miulli, realizzati per via percutanea, consistono nel posizionare un anello attorno alla valvola per ridurne la larghezza e quindi anche il grado di insufficienza (impianto di "Carillon") e/o posizionare uno o più punti metallici esattamente dove i lembi valvolari risultano maggiormente incontinenti (intervento di "MitraClip"). In particolare, ad oggi, l'equipe

e follow-up dei pazienti. «I pazienti sottoposti ad intervento di MitraClip» – racconta la dott.ssa Lucarelli – «vengono da noi rivalutati dopo 3-6-12 e 24 mesi dalla procedura, mediante una serie di esami cardiologici e pneumologici effettuati in collaborazione con i colleghi della Fisiopatologia Respiratoria. I risultati al follow-up risultano molto incoraggianti.

Già dopo 3 mesi la gran parte dei pazienti riferisce una soggettiva riduzione della sintomatologia e un sensibile miglioramento della qualità di vita, oggettivamente documentato con questionari a validità internazionale. L'ecocardiogramma e gli esami pneumologici dimostrano che la riduzione dell'insufficienza mitralica migliora

carelli e la dott.ssa Troisi spiegano che la ragione di queste divergenze è ben nota e risiede nella corretta selezione dei pazienti da sottoporre a intervento.

Tra tutti i candidati, ovvero tra tutti i pazienti con insufficienza mitralica, bisogna selezionare quelli con difetto realmente importante e, attraverso l'esecuzione di un ecocardiogramma transesofageo mirato allo studio della valvola e delle cavità cardiache, individuare quelli con specifiche caratteristiche anatomiche e valvolari che li rendono particolarmente suscettibili di correzione per via percutanea. Solo questi pazienti traggono realmente beneficio dall'intervento stesso. Un ottimo intervento, quindi, a patto di riconoscere il "giusto paziente"!

La ricerca sul colangiocarcinoma pubblicata dalla rivista Cell Death and Differentiation: un farmaco sperimentale può inibire l'aggressività

Cancro a colecisti, ricercatrice precaria scopre meccanismo che blocca i rifornimenti alle cellule malate

COLLABORAZIONI
INTERPROFESSIONALI
E OPPORTUNITÀ
Per la Puglia

La Direzione dell'Istituto "S. De Bellis", ci ha fatto pervenire l'articolo pubblicato dal quotidiano "La Repubblica" di Bari in data 12.02.2020 sul meccanismo che blocca i rifornimenti alle cellule malate.

Al profano il nome suona vagamente siderale: "via del segnale

dendo i meccanismi molecolari alla base della sua elevata malignità, che i ricercatori dell'Irccs de Bellis di Castellana hanno per la prima volta dimostrato come un recente farmaco sperimentale sia in grado di bloccare questa ricezione di informazioni e inibire l'aggressività del colangiocarcinoma: bloccando - è questo è il

Differentiation (appartenente al Nature Publishing Group) dal titolo "Crenigacestat, a selective NOTCH1 inhibitor, reduces intrahepatic cholangiocarcinoma progression by blocking VEGFA/DLL4/MMP13 axis".

Sebbene si tratti di una ricerca preclinica, i modelli altamente in-



mediata da Notch". E' uno dei canali di trasmissione delle informazioni che normalmente riceve una cellula per orientare il suo futuro. Che gioca però un ruolo chiave anche nella diffusione dei tumori. Accade anche nel colangiocarcinoma (CCA) - di cui il 12 febbraio ricorre la giornata mondiale - che attaccando la colecisti, è uno dei più aggressivi: inoperabile, privo di terapie che prolunghino la sopravvivenza dei pazienti, letale in pochi mesi.

Ed è in quest'ambito, approfondo-

cuore della scoperta - la neoangiogenesi tumorale, ossia la formazione di nuovi vasi sanguigni indispensabili anche per la vita delle cellule tumorali. In pratica, tagliando loro i rifornimenti.

Dopo oltre quattro anni di lavoro, e grazie a oltre 500.000 euro legati in gran parte a un progetto di ricerca Airc, i risultati della ricerca sono appena stati descritti - almeno per questo ambito applicativo - in un articolo scientifico pubblicato dalla prestigiosa rivista internazionale Cell Death and

novativi per la prima volta impiegati e descritti in questo ambito hanno previsto l'uso di materiale umano (Patient Derived Xenograft).

I risultati, corroborati da ulteriori studi bioinformatici su dati nell'uomo, fanno ben sperare per un futuro impiego di questo approccio terapeutico in studi clinici.

Dunque un prestigioso riconoscimento per l'enorme mole di lavoro svolto dai ricercatori coinvolti, in particolare da Serena Manca-

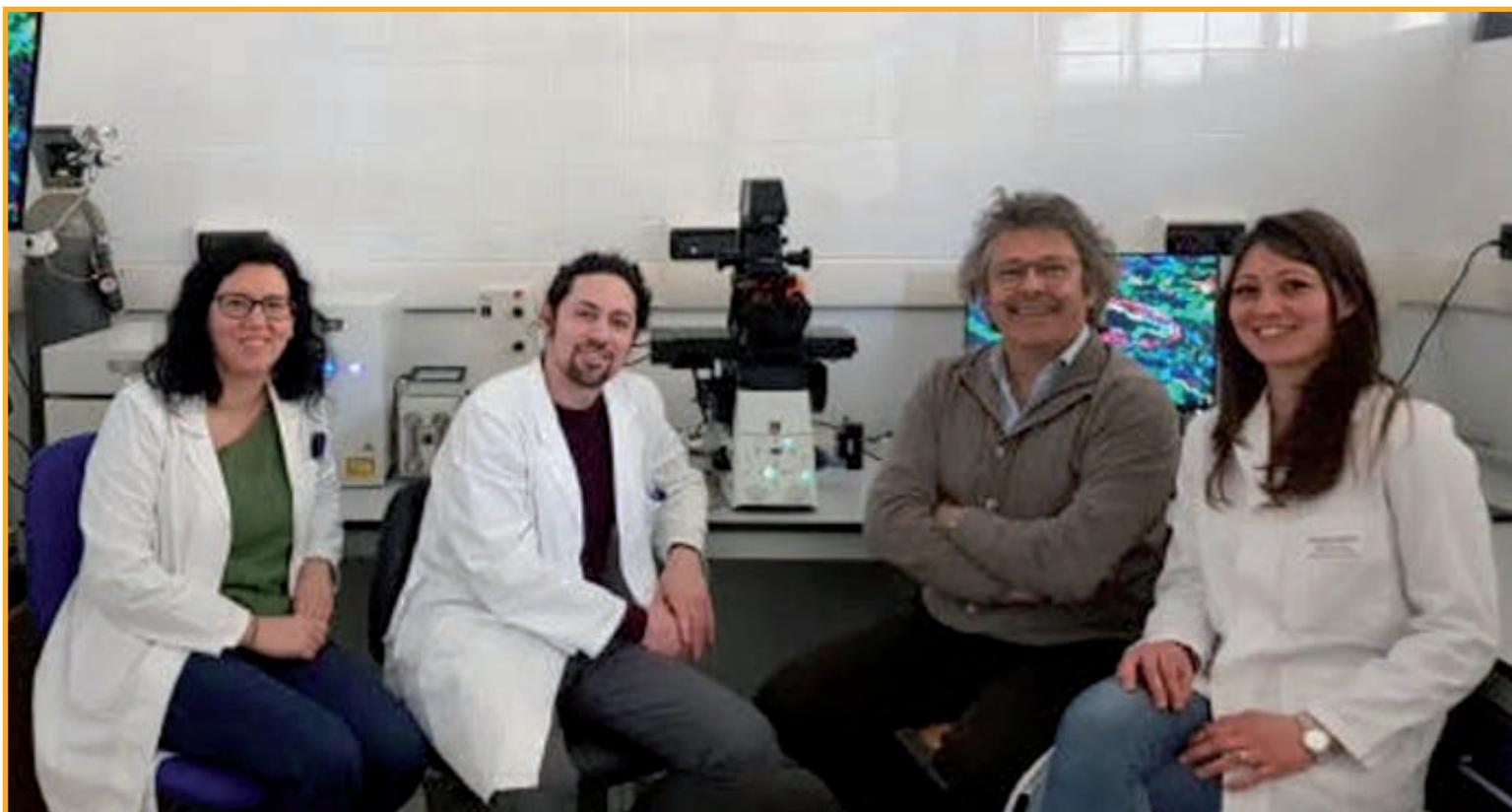
rella, tra l'altro ricercatrice precaria, coadiuvata poi da Grazia Serino e Francesco Dituri, recentemente stabilizzati mediante lo strumento della Piramide della ricerca.

Una ricerca condotta interamente al de Bellis, che si apre al filone delle neoplasie gastroenteriche - commenta il direttore scientifico Gianluigi Giannelli - eccezionale per impegno, sacrificio e abnegazione dei ricercatori coinvolti e che ha visto nel corso degli anni intessere importati collaborazioni internazionali come quella, sul tema, con la Mayo Clinic. Il mes-

saggio da diffondere è proprio questo: oggi fare ricerca nella propria terra è possibile in centri di eccellenza come il de Bellis, che crede fortemente nei giovani ricercatori, formandoli, inserendoli in network scientifici internazionali, dando loro la possibilità di confrontarsi con i migliori al mondo per portare le acquisizioni all'interno della comunità scientifica dell'Ente. E' il caso della dottoressa Mancarella, che ha fatto esperienza negli Stati Uniti e in Gran Bretagna, o del dottor Dituri, anche lui formatosi in Gran Bretagna, entrambi oggi orgogliosi di poter lavorare con ec-

cellenti risultati in Puglia". Sulla scia, la soddisfazione del direttore generale Tommaso Stallone: "Il continuo miglioramento della produzione scientifica si innesca nella crescita dell'Istituto, su tutti i fronti; non ultimo, anche nel costante miglioramento della gestione finanziaria, tema di grande importanza in Puglia.

Il de Bellis, in linea con le direttive emanate dalla Regione, ha infatti concluso l'esercizio 2019 con una riduzione della spesa farmaceutica ed un miglioramento del bilancio, che premia il lavoro silenzioso di tutto l'Ente".



Dona il 5*1000 all'Istituto "S. de Bellis" - 5 Sensi... per 1000 Motivi

Oggi c'è un nuovo strumento per aiutare la ricerca scientifica. La Legge Finanziaria prevede la possibilità di destinare il cinque per mille delle proprie imposte all'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "S. de Bellis".

Non costa nulla: infatti è una quota di imposte a cui lo Stato rinuncia per destinarla alla Ricerca ed alla solidarietà sociale. È il contribuente che decide a chi destinare il cinque per mille.

Come si può destinare il cinque per mille al nostro Ente? I modelli per la dichiarazione dei redditi CUD, 730 e UNICO contengono uno spazio dedicato al cinque per mille, in cui firmare ed indicare il nostro codice fiscale 00565330727 nella sezione relativa alla RICERCA SANITARIA.

Il cinque per mille sostituisce l'otto per mille destinato alle confessioni religiose? No, sono due possibilità diverse ed è possibile utilizzarle entrambe per destinare parte delle proprie imposte per fini diversi.

Trasforma la tua dichiarazione dei redditi in un aiuto concreto alla Ricerca!

Attuate le linee di indirizzo sulla preparazione del sistema sanitario all'emergenza

Dispositivi di protezione individuale: la Regione Puglia centralizza monitoraggio di giacenze e scorte

L'uso consapevole, misurato e ottimizzato dei DPI (dispositivi di protezione individuale) tra gli operatori dipendenti del Sistema Sanitario Regionale è fondamentale in questo momento di Emergenza per Coronavirus. L'epidemia in corso da SARS-CoV-2 secondo quanto la stessa OMS ha dichiarato il 27/2/2020 ha messo in crisi il sistema di produzione dei DPI a livello mondiale

ta. Con la progressione dell'epidemia a livello nazionale, nei giorni successivi sono state inoltrate a tutte le ASL, Policlinici universitari e IRCCS le linee di indirizzo specifiche in grado di ottimizzare il consumo dei DPI ed il loro corretto uso. In particolare, per evitare forme di spreco, sono fornite istruzioni operative univoche sulla base di un unico modello di aggiornamento al DVR aziende (Do-

prioritariamente, pertanto, agli operatori maggiormente esposti al rischio da COVID-19 ed in particolare ai servizi di 118, Pronto Soccorso, Malattie Infettive, Rianimazione, Diagnostiche, Operatori dei Dipartimenti di Prevenzione che effettuano i tamponi, SCAP, Continuità Assistenziale ed ogni altro servizio coinvolto nella catena del percorso diagnostico terapeutico. Nelle linee di indirizzo

sono state, inoltre individuate le scorte specifiche in tutti gli Ospedali per eventuali situazioni dovessero sfuggire ai pur rigidi protocolli per non lasciare nulla al caso. La redazione del protocollo operativo, la sorveglianza sanitaria e la formazione specifica nel caso di operatori esposti è stata definita in modo coordinato con i Medici Competenti di tutto il SSR della Regione Puglia.

A tal proposito, vista la limitazione delle attività didattiche, la Regione ha predisposto una formazione a distanza con video tutorial validato dal gruppo tecnico regionale SIRGISL, essendo la formazione degli operatori fondamentale come la distribuzione



per l'aumentata domanda. Il direttore del dipartimento Politiche della Salute, Vito Montanaro, comunica che la Regione Puglia, fin dal 28 gennaio 2020, attraverso le linee di indirizzo preparate da Sistema regionale di gestione integrata della sicurezza sul lavoro della Puglia, ha dato istruzioni a tutti i Servizi di prevenzione e protezione delle aziende pubbliche in merito alla preparazione del sistema alla possibile emergenza in tema di DPI. L'obiettivo è stato da subito quello di considerare la salute e la protezione dell'operatore sanitario quale pilastro per la tenuta del sistema sanitario pugliese, in una logica integra-

cumento di Valutazione dei Rischi) capace di omogeneizzare e ottimizzare i consumi; analogamente si è proceduto a dare istruzioni sui DUVRI (documenti di coordinamento da rischi interferenziali) a tutte le aziende private e a partecipazione pubblica (Sanitaservice) operanti nel Sistema. L'obiettivo, attraverso la valutazione del rischio specifico effettuata ai sensi del D.lgs 81/08, è quello di stabilire un ordine di priorità che abbia come obiettivo strategico proteggere dal contagio gli operatori sanitari nell'esercizio delle loro mansioni per mancanza o cattivo uso dei DPI. Tali dispositivi e la relativa formazione sono stati destinati,

degli stessi DPI.

La costruzione di un unico modello regionale di valutazione e gestione del rischio ha messo in grado le singole Aziende di avere una comune strategia attraverso la centralizzazione ed il monitoraggio delle giacenze e delle scorte che al momento viene mantenuta in equilibrio in attesa di nuove forniture. La Regione Puglia ha infatti già provveduto ad acquisire ulteriori 500 mila ulteriori mascherine, per prevenire il rischio che la rete pubblica e privata possa rimanere senza DPI, regolando i consumi e prevedendo forme di mutua assistenza nel caso di carenze.

Bloccati i mercati internazionali

Difficoltà nella fornitura dei Dispositivi di Protezione Individuale

“Il Coronavirus non conosce confini: Stati, Regioni, Comuni sono in emergenza per contenere e limitare la diffusione. Ognuno responsabilmente e relativamente alla propria competenza è chiamato a fare la propria parte. In un Paese civile così dovrebbe essere”. Così Giuseppe Marchitelli Presidente dell’A.F.O.R.P. interviene sulla priorità globale, oggi nazionale.

ogni cosa, la globalizzazione ci costringe, oggi, a fare i conti con la realtà, che diventa inquietante quando si parla di salute”. Insiste Marchitelli: “Le posizioni sarebbero fin troppo facili, ma non è questa l’ora per questo tipo di confronto. Resta la difficoltà oggettiva e straordinaria delle ns imprese, che, oggi, non ricevono a loro volta le forniture, causa il divieto di esportazione da parte della

verno”. Conclude Marchitelli: “Infine mi prego di precisare che, le imprese associate A.F.O.R.P., sono tenute al rispetto del codice etico associativo e come detto finora in questi giorni si confrontano con serie ed inattese criticità, cercando di far fronte in ogni modo, per sostenere, in questa fase di urgenze, l’interesse delle strutture ospedaliere e della salute di quanti vi operano e di quanti necessitano



“Stiamo affrontando il Covid-19 anche come fornitori ospedalieri e viviamo prima di altri situazioni nuove, anche di aspetto amministrativo, data l’eccezionalità del caso. Una reale difficoltà consiste nella fornitura di determinati dispositivi di protezione individuale sul territorio. Purtroppo, sono convinto che tale difficoltà sia di tipo globale oltre che nazionale”. Continua il Presidente dell’Associazione Fornitori Ospedalieri della Regione Puglia: “Ci siamo svegliati davanti ad una presa di coscienza sopita da anni, ma violentemente emersa ed è sotto gli occhi di tutti. La scelta di delocalizzare, praticamente

Cina, in tutto il mondo, di dispositivi medici”. Prosegue il Presidente A.F.O.R.P.: “Come se non bastasse, pur comprendendo l’emergenza, questo aspetto diciamo così, di forza maggiore, a tutt’oggi non è stato contemplato, da parte dei decisori vs le imprese, che devono comunque rispondere dei contratti in essere con le Asl o con le Aziende Ospedaliere. Si rende necessario un invito alla calma da parte di tutti gli attori coinvolti. Non è ovvia né scontata la soluzione, perché in Asia, causa la richiesta globale, scarseggia anche la materia prima, quindi non è solo questione di tempi migliori. Urge un provvedimento da parte del Go-

di cure. Altri, che mi resta difficile anche appellare come fornitori, direi senza scrupoli e con evidente azione di sciacallaggio, data l’emergenza straordinaria ed un possibile avanzo di magazzino, evitano di speculare come stanno facendo in queste ore di estrema emergenza, con azioni commerciali ai limiti della legalità. L’A.F.O.R.P. si dissocia da tali comportamenti rappresentando l’eccellenza del territorio. E’ questione di etica.

E’ salute dei cittadini. E’ tutela vs medici e operatori tutti, ai quali riconosciamo l’inesauribile disponibilità negli sforzi richiesti da questa dura prova”.

Il magazzino farmaceutico ospedaliero e la gestione logistica dei materiali da parte delle strutture sanitarie

La logistica sanitaria è il collegamento tra mercato e ambiente operativo

La gestione del magazzino ospedaliero sia relativo ai farmaci che ai prodotti TNT (Tessuto Non Tessuto) utilizzati dell'equipe chirurgica nelle sale operatorie è un tema principale per tutte le

sponsabile sia della gestione e utilizzo dei prodotti/materiali, che nella visibilità di scorta dei magazzini;
 -Infermiere in qualità di: gestore dei magazzini e di somministratore di prodotti

un accesso mediante username e password, è possibile: creare l'ordine di acquisto, controllare le movimentazioni del materiale richiesto (carico, scarico), produrre il ddt (documento di trasporto) e validarlo dal caposala del reparto ospedaliero. TNTweb2.0. è visibile da ogni dispositivo web, è dotato di interfaccia con nuova veste grafica. Consente la visualizzazione tramite dashboard personalizzata, delle funzioni legate all'attività dell'utente, quali:

-Caposala: registra l'intervento eseguito, compila (se abilitato) la checklist obbligatoria, verifica lo stock nel suo magazzino, verifica eventualmente statistiche su n. interventi in un determinato arco di tempo, tipologia di intervento, ecc.;

-Direttore sanitario: verifica l'andamento degli interventi, il consumo di materiale TNT e analizza il fatturato per ogni reparto;

-Personale logistica: coordina le richieste delle strutture e l'approvvigionamento delle merci.

Fulcro del sistema è la gestione digitale del magazzino, il quale può contenere diverse tipologie di prodotti: sia quelli provenienti dalle industrie farmaceutiche che quelli di utilizzo nelle sale operatorie. E' il sistema che suggerisce all'operatore il prodotto da utilizzare, ossia i prodotti con data di scadenza più ravvicinata vengono posti d'avanti a quelli con scadenza più lontana, affinché vengono utilizzati per prima (Regola FIFO: first in – first out).

Inoltre tramite la sua veste grafica permette all'operatore di avere un'immediata situazione delle giacenze del magazzino indicando anche quali prodotti non sono più utilizzabili perché hanno data di scadenza prossima. La lunga esperienza nel mercato sanitario, la conoscenza approfondita delle dinamiche delle strutture ospedaliere e del lavoro di medici e infermieri, il know-how in-



strutture sanitarie, sia pubbliche che private per tutelare i costi di gestione e per migliorare la sicurezza del paziente.

Attraverso innovativi strumenti tecnologici è già possibile aumentare la sicurezza e la flessibilità nel processo salvaguardando sia i costi di gestione che l'incolumità del paziente.

In questo contesto copre un ruolo fondamentale la logistica o meglio la logistica sanitaria, che non è un'attività relativa solo al trasporto, all'approvvigionamento e allo stoccaggio dei prodotti, ma rappresenta il collegamento tra il mercato e l'ambiente operativo dell'azienda sanitaria, influenzando anche il cliente finale (paziente). Tutti gli operatori sanitari sono coinvolti in questo processo, ognuno con i propri compiti:

-medico prescrittore in qualità di: re-

al paziente. E' colui che manipola, conserva, distribuisce e tiene traccia dei consumi. Garantisce la corrispondenza tra giacenza fisica e contabile degli stock;

-Caposala in qualità di: responsabile del magazzino con le relative logiche gestionali. Verifica le criticità derivanti dall'accumulo di materiali, dal disordine e dalla mancanza di tracciabilità.

In quest'ambito si sposa bene la soluzione TNTWeb 2.0, il software di gestione della logistica integrata in sala operatoria, proposto da Loran, che gestisce il flusso di consumo di materiale in TNT (Tessuto Non Tessuto) come lenzuolini, teli, camici ecc., attraverso la compilazione informatica del registro degli interventi, effettuata dall'operatore sanitario. Attraverso il sistema, protetto da

formativo dell'e-health, insieme all'acquisizione di competenze innovative in ICT, quali l'applicazione dell'architettura cloud computing, sono gli elementi principali di LORAN MEDICLOUD®, l'innovativa soluzione informatica progettata per la gestione completa della struttura ospedaliera.

In ambito medico-sanitario la suite permette di gestire, tutte le fasi del percorso ospedaliero del paziente, dall'accettazione alla dimissione, passando per tutte le procedure di carattere anagrafico e clinico, facilitando così il lavoro di medici e infermieri, gestendo i consensi, favorendo la condivisione dei re-

LORAN MEDICLOUD® è composta da differenti moduli software progettati per ogni necessità legata alle attività delle strutture ospedaliere. Uno dei moduli della suite LORAN MEDICLOUD® è il modulo Gestione del magazzino che permette la gestione delle scorte e il riordino dei farmaci, dei dispositivi medici e del materiale di consumo per reparto e per quartiere operatorio. Mediante un'interfaccia semplice ed intuitiva fornisce all'utente la situazione delle scorte di magazzino, che prevede precise disposizioni: nulla deve mancare, i prodotti e i materiali devono essere sempre disponibili e devono basarsi a rigidi protocolli di legge.

suggerimento ed il supply chain (interfacciamento con i fornitori ospedalieri);

- Diminuisce gli sprechi di magazzino permettendo agli operatori sanitari di usufruire in maniera prioritaria dei farmaci in prossimità di scadenza, facilmente individuabili tramite la gestione dei lotti;

- Migliora la qualità del servizio assistenziale, poiché il personale sanitario è svincolato da lunghi processi di ordinazione, prelievo dal magazzino e selezione

dei prodotti, concentrandosi principalmente sulle attività di assistenza al malato;

- Si integra con il sistema informativo ospedaliero con i processi clinici, logistico/amministrativi;

- Indica le somministrazioni di farmaci ed eventuali consumi di prodotti durante la degenza del paziente;

La gestione informatizzata dei magazzini delle strutture sanitarie attraverso LORAN MEDICLOUD® comporta i seguenti vantaggi:

- Aumenta la sicurezza e la flessibilità nel processo, poiché il prodotto una volta immagazzinato ed erogato in formula personalizzata non richiede intervento manuale;

- Disimpegno del personale sanitario assistenziale da lunghi processi di ordinazione: il sistema permette di affidare al personale LORAN tutte le operazioni (es. la lettura dei codici a barre dei prodotti), liberando così il personale infermieristico da incarichi di natura extrasanitaria;

- Notevole riduzione di sprechi dei prodotti;

- Possibilità di eseguire delle stime sulla spesa per singolo paziente;

- Ridimensionamento delle scorte di reparto nel quartiere operatorio;

- Miglioramento della gestione del fabbisogno di assistenza infermieristica nei diversi momenti della giornata;

- Aumenta semplicità e agilità nell'intero processo di distribuzione e somministrazione del farmaco;

- fornisce uno strumento utile alla riduzione dei costi e all'ottimizzazione del flusso del lavoro;

- Riduce drasticamente i processi manuali;

- Ottimizza le relazioni con i fornitori.



| MAGAZZINO ▶ Scorte | | Reparto | | BLOCCO OPERATORIO | | Cambia ▼ | | Prodotti in scadenza | |
|--------------------|-------|--------------------------------|-------------|-------------------|----------|----------------|----------|----------------------|--|
| Exp.Lot | Giac. | Descrizione | Scorta Min. | Sugg.(LU) | Inv Unit | Q.tà (LU.) | WH Unit | Q.tà (WH) | |
| + | ✓ | TELO TAVOLO PORTASTR.CM220CF20 | 100 | | PEZZI | 196 | CARTONE | 4,9 | |
| + | ✓ | COPRI STRUMENTO 90CM | 100 | | PEZZI | 100 | CARTONE | 1,26 | |
| + | ⚠ | COPRI STRUMENTO 120cm | 100 | | PEZZI | 47 | CARTONE | 2,35 | |
| + | ⚠ | IOBAN 2 TELINO ANTIB CF 10 | 100 | | PEZZI | 207 | CARTONE | 1,75 | |
| + | ✓ | TASCA PORTASTRUM.CM33X38 | 100 | | PEZZI | 320 | CARTONE | 1,6 | |
| - | ⚠ | OP-TAPE 250 PEZZI | 506 | | PEZZI | 506 | CARTONE | 1,01 | |
| Lotto | | Data Scadenza | Inv Unit | Q.tà (Inv Unit) | WH Unit | Q.tà (WH Unit) | Descriz | | |
| 201904AE | | 01/04/2019 | PEZZI | 0 | CARTONE | 0 | DISPONIB | | |
| 2020-02PC | | 01/02/2020 | PEZZI | 224 | CARTONE | 0,45 | DISPONIB | | |
| Pagina 1 di 2 | | | | | | | | | |
| + | ✓ | SISTEMA FISSAGGIO TUBI 100 PZ. | 100 | | PEZZI | 1.052 | CARTONE | 2,63 | |
| + | ✓ | TELO DI MAYO CF 40PZ | 100 | | PEZZI | 332 | CARTONE | 4,15 | |

ferti diagnostici per consulenze, pareri, e sviluppando la comunicazione tra professionisti e reparti. La suite si compone di numerosi moduli, applicabili secondo le esigenze della struttura sanitaria, in grado di offrire un valido supporto alle attività di ambulatorio, reparto, quartiere operatorio e amministrative, con l'obiettivo della centralizzazione del paziente ed il miglioramento della qualità della cura.

Il nostro credo è: senza una buona logistica non è possibile erogare un buon servizio sanitario.

Il modulo gestione del magazzino:

- Semplifica le attività di riordino e inventario nella farmacia di reparto;

- Fornisce la situazione delle scorte di magazzino, segnalando eventuali sottoscore e supportando l'attività di riordino con il pratico sistema di



Campagna nuovi Associati 2020

Per gli Imprenditori del Servizio Sanitario Regionale

Con AFORP si conta di più!

L'A.F.O.R.P. (Associazione Fornitori Ospedalieri Regione Puglia), rappresenta le realtà della Sanità che operano nelle Regioni Puglia e Basilicata.

Nasce il 10 Maggio 1984 con l'intento di riunire le imprese, sia regionali che extra territoriali, del settore Sanità che si occupano di forniture di beni e servizi alle Aziende Sanitarie pubbliche e private.

La nostra mission

Lavoriamo per tutelare gli interessi economici e professionali delle aziende associate, mettendo a disposizione il nostro consolidato know-how nel settore delle forniture ospedaliere e la conoscenza qualificata per affrontare le criticità tenendo presente le diverse realtà territoriali.

Alcune attività ed iniziative

- L'A.F.O.R.P., consapevole dell'importanza del ruolo Istituzionale che rappresenta, stabilisce fattivi rapporti con la Regione e recentemente ha incontrato il Presidente della Regione Puglia Michele Emiliano insieme ai vertici aziendali di Innovapuglia ed Empulia, manifestando disponibilità ed una ampia collaborazione verso la realizzazione di Tavoli Tecnici che consentano di dare voce alle esigenze delle PMI. Numerose anche le attività rivolte verso la Commissione Sanità, l'A.E.PeL. (Associazione Economisti Puglia e Lucania), l'A.Re.S. (Agenzia Regionale Sanitaria). Inoltre sono costanti i momenti di incontro con i professionisti del Servizio sanitario regionale al fine di risolvere problematiche e promuovere iniziative.
- Organizziamo attività di formazione e aggiornamento per le Leggi regionali e nazionali oltre sui lavori di recepimento del nuovo Codice degli Appalti.
- Garantiamo assistenza di informazione e di comunicazione alle aziende offrendo servizi editoriali e multimediali necessari per lo svolgimento di una moderna attività imprenditoriale.
- La nostra segreteria associativa è aperta tutti i giorni dalle ore 09.00 alle ore 12.00 per soddisfare i quesiti delle imprese associate.

Perché associarsi

Perché insieme siamo più forti! Poter contare su una Associazione riconosciuta dalle Istituzioni politiche ed amministrative del settore Sanità, che riunisce aziende che condividono le stesse esperienze e gli stessi interessi, significa far parte di una grande realtà associativa. L'A.F.O.R.P. in questi ultimi trent'anni ha acquisito forza e credibilità: questo è il nostro valore aggiunto che ci consente di far fronte ai cambiamenti socio-economici in atto riconoscendo l'importanza di fare Sistema.

Chi può diventare socio A.F.O.R.P.

Tutte le aziende che esercitano attività commerciale per la fornitura di beni e servizi nel settore delle forniture ospedaliere comprese società cooperative, laboratori, Rsa.

tel.: 080.5544651 (ore 9.00 – 12.00)

e-mail: segreteria.papalia@aforp.it / info@aforp.org

oppure aforp@pec.it

Seguici anche su:

www.aforp.it





GLI ASSOCIATI DELLA RETE AFORP

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Seguici anche su:
www.aforp.it





VIVILASANITA'

Trimestrale d'approfondimento sulla sanità

Seguici anche su:

www.aforp.it



Periodico di Informazione ed Approfondimento

Iscritto al Tribunale di Bari al n. 21
del Registro della Stampa
in data 19 maggio 2009

EDITORE AFORP

Associazione Fornitori Ospedalieri
Regione Puglia
Via Papalia, 16 - 70126 BARI
Tel.: 080 5544651

DIRETTORE EDITORIALE BEPPE MARCHITELLI

DIRETTORE RESPONSABILE DOMENICO DE RUSSIS

DELEGATO ALLA COMUNICAZIONE FRANCESCO ALBERGO

IMPAGINAZIONE & GRAFICA RENZO DIBELLO

rengraf.com

PER COMUNICAZIONI E PROPOSTE
ufficiostampa@aforp.it

STAMPA



Via dei Gladioli, 6 - Modugno (Ba)