



COVID: contagi in forte aumento Choc sui vaccini

IN QUESTO NUMERO:

Seguici anche su:
www.aforp.it



Beppe Marchitelli

Circa 20mln destinati a rafforzare il SSN

Pag. 2

Pierluigi Lopalco

Cambio di passo per cambiare il corso della pandemia

Pag. 4

Fabiano Amati

In Puglia previsti investimenti per 516 milioni di euro in sanità

Pag. 6

Giovanni Gorgoni

La digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale

Pag. 8

Maria Chironna

Alzare il livello di attenzione

Pag.10

Gianluca Budano

Viaggi con la speranza e Reddito di emergenza sanitaria

Pag. 12

In ricordo di Vittorio Carabellese

Un vero riferimento per tutti gli imprenditori associati

Pag. 15

Coordinamento Donne: Grazia Guida, Ornella Miano

Gianna Berlingiero, Sabrina Marzo, Daniela Di Martino, Antonia Napoli

Pag. 16

Con il contributo di

Card Puglia, IRCCS ONCOLOGICO, DE BELLIS, Casa Sollievo della Sofferenza ed EE Miulli

da Pag. 22

Viaggio tra le Imprese A.F.O.R.P.

SISMED e LORAN

da Pag. 38

La spesa sanitaria non è un costo, una fonte di spreco, ma un investimento

Circa 20mld destinati a rafforzare il SSN



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

@beppe_marchitelli

Il primo editoriale del 2021, mi ha riportato indietro di un anno scoprendo quanto i fatti odierni corrispondano ai 12 mesi trascorsi. Solo un passaggio non avremmo mai potuto immaginare un anno fa, colti di sorpresa e disarmati dal Covid-19. Il mondo intero piegato dall'emergenza sanitaria e dai dati economici, l'Italia che si misura, come il resto del pianeta, con la drammatica perdita di tanti connazionali, scienziati ricercano senza sosta soluzioni efficaci, medici ed infermieri instancabili ancora oggi dopo un annus horribilis e poi **la classe politica, di un Paese stordito, che grida una priorità: crisi di Governo.**

Come cittadino ne prendo atto e mi soffermo, data la premessa, sulle emergenze attuali ed allo stress cui è stato sottoposto il nostro SSN. Argomento noto come la risposta: la problematica relativa all'assetto istituzionale del SSN, è e resta il finanziamento.

Inizia con la questione che ha portato al Decreto Legislativo n. 68/2011 sui costi standard, un tentativo di dare supporto scientifico all'idea che il disavanzo finanziario fosse frutto di inefficienze regionali e non di un sottofinanziamento centrale. Per un lungo periodo si è sostenuto che se una Regione riusciva ad essere in pareggio con il finanziamento riconosciuto, anche le altre potevano riuscirci.

Anche durante la pandemia, a gran voce, la difficoltà è stata attribuita al de-finanziamento degli anni precedenti, ma sappiamo che difficilmente le risorse si sarebbero trasformate in

posti letto di terapia intensiva o in un maggiore sviluppo del territorio sui cui non si è mai investito per assenza di una strategia condivisa. **La crisi sanitaria ha evidenziato che si tratta ovviamente di scelta politica.** Infatti nel 2020 è stato dato al SSN un finanziamento aggiuntivo, maggiore di quello ottenuto nei 5 anni precedenti. Potremmo sintetizzare la questione dicendo, che **le scelte di politica economica che hanno guidato il Paese nell'ultimo ventennio e oltre, ci hanno tolto il titolo di Paese Guida.**

Se effettuiamo un raffronto rispetto alla percentuale di PIL destinata alla sanità, l'Italia arriva all'8,7%, la Germania all'11,7%, la Francia all'11,2%, l'Austria al 10,4% e la Svizzera supera il 12% (OECD, Health at Glance 2020). Il cittadino italiano dispone di una quota pro-capite per la salute nettamente inferiore a quella degli altri Paesi UE.

La crisi sanitaria ha evidenziato che si tratta ovviamente di scelta politica

La drammatica esperienza che tutti noi stiamo vivendo ha snocciolato un dato rilevante: **l'opinione pubblica oggi è certa che, la salute sia condizione necessaria per lo sviluppo economico.** Bene!

Questo finalmente potrà sancire che la spesa sanitaria non è un costo, una fonte di spreco, ma un investimento!

Il ruolo e la responsabilità ancora una volta, sono della politica, di come intende procedere sul futuro del nostro SSN.

Oggi parrebbe chiaro, almeno nelle intenzioni, l'importanza di un coordinamento fra Ministero della Salute, Sviluppo Economico e il nuovissimo Ministero della Transizione ecologi-

ca. **Così la Salute tornerà ad essere quanto sancito dall'art.32 della Costituzione.**

Ecco l'importanza nazionale, quindi regionale, del piano degli investimenti che saranno possibili dal rifinanziamento del SSN. Oltre le misure in atto per fronteggiare la pandemia.

Le risorse Next Generation EU, che delineano il PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) rappresentano lo strumento per dare vita ad azioni che superino l'impatto economico e sociale della pandemia, per costruire una nuova Italia.

Oltre 300mld, precisando che sono

nare circa il 50% delle risorse all'edilizia sanitaria, conosciamo le nostre strutture a maggioranza verso l'obsolescenza, **ma non basta avere strutture tecnologicamente "aggiornate" per aumentare in modo significativo l'efficienza del sistema.** In questi contesti la mancanza di visione e quindi di programmazione può fare la differenza. Un anno fa abbiamo affrontato un'emergenza sanitaria senza alcuna risorsa in casa, nel senso industriale. **E' mancata negli ultimi 20 anni una programmazione solida di economia politica, con conseguenti scelte che a livello geopolitico oggi, ci pongono davanti ad un enorme problema oppure ad una grandiosa opportunità.**

Dipende dalle scelte politiche.

logistica e una PA efficiente. Inoltre, sappiamo che le scelte necessarie per il controllo di una pandemia non possono essere effettuate ad un livello regionale. Lo dimostra anche la vicenda dei vaccini. Fatti salvi gli errori della UE nella stipula dei contratti e nella previsione della fornitura, che vedono ora Merkel e Draghi rincorrere il treno della vaccinazione. Questa la situazione 27-12/28-02:

Oltre ciò, restano evidenti le disuguaglianze nell'erogazione dei servizi che la regionalizzazione ha prodotto. E' determinante il ruolo del Ministero della Salute in termini di indirizzi, per una uniforme esigibilità dei Livelli Essenziali di Assistenza.

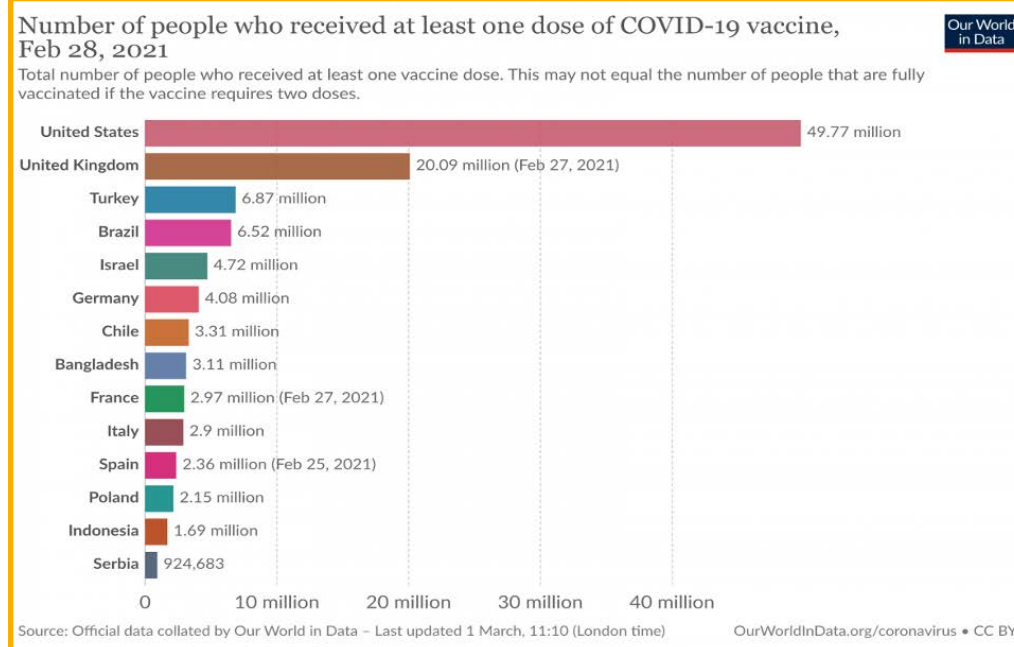
Nel frattempo, come anticipato nella premessa, è superata la crisi di Governo e si è insediato un nuovo esecutivo guardato con fiducia a livello internazionale.

Il neo Presidente del Consiglio ha posto nella agenda un'attenzione verso il Mezzogiorno. In particolare sulla necessità di sviluppare una capacità di attrazione per investimenti nazionali ed internazionali. Generare reddito creando lavoro, invitando anche ad irrobustire le amministrazioni meridionali. Un progetto politico di ampio respiro nel quale collocare le risorse straordinarie dell'Unione europea, ma soprattutto finalizzarle alla rinascita e alla ricostruzione del Paese dopo un cupo decennio di crisi economiche e pandemiche.

Il Presidente del Consiglio ricorda: "la crescita di un'economia di un Paese non scaturisce solo da fattori economici. Dipende dalle istituzioni, dalla fiducia dei cittadini verso di esse, dalla condivisione di valori e di speranze. Gli stessi fattori determinano il progresso di un Paese."

Tutte le leadership importanti si sono forgiate sul campo. In questo caso sarà colei o colui che riuscirà a tenere insieme realtà diverse e a condurre la propria gente da un ambiente che le è familiare ad un mondo che non ha mai conosciuto.

Andiamo avanti.



circa 20mld quelli destinati a rafforzare il SSN. In particolare: lo sviluppo della rete territoriale e l'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche. Quindi circa 8mld per la prima e circa 12mld per la seconda. Rappresentano sicuramente un passo nella giusta direzione, ma rischiano di essere insufficienti. D'altronde, a monte della pandemia, 10 anni di tagli al SSN corrispondono a 37mld. Non perdendo di vista che le risorse in arrivo, aumenteranno il debito e già dal **2023 sarà nuovamente in auge la spending review.** Non possiamo dimenticare che siamo un Paese fortemente indebitato e con una strutturale difficoltà a spendere. Siamo partiti con la volontà di desti-

Nel 2020 le forniture per la sanità sono in parte rimaste bloccate in Cina piuttosto che in sud America per chi viveva al di là dell'Atlantico, mettendo in standby intere nazioni sprovviste di DPI. Ora è indispensabile creare la condizione per sviluppare la necessaria sutura fra politiche assistenziali e industriali. Per ottenere risultati che mettano in sicurezza il Paese, è indispensabile la ricerca e lo sviluppo. In Italia sono 900mld di euro destinati alla ricerca farmaceutica, contro 4,5mld di sterline della Gran Bretagna. Israele investe il 4,25% in ricerca e sviluppo e la Corea del Sud 4,24%. I risultati li abbiamo sotto gli occhi. Porre rimedio in futuro con ricerca, tecnologia,

Accelerare i processi di vaccinazione

Cambio di passo per cambiare il corso della pandemia

Con una pandemia che continua a travolgerci e con le varianti che gettano nel panico la popolazione, con poche dosi di vaccino, l'Assessore alla Sanità della Regione Puglia, Prof. Pierluigi Lopalco si pone, con tutta la sua esperienza professionale di epidemiologo, come punto di riferimento, autorevole interlocutore per le azioni da intraprendere nel contrasto al virus. Per la sua capacità comunicati-

serve subito per cambiare il corso della pandemia. E poiché per ricevere più vaccini da chi li produce ci vorrà tempo, non ci resta che usare meglio quelli che abbiamo nei nostri frigoriferi.

Come fare?

Semplice, con sole due mosse, a parità di dosi ricevute, potremo vaccinare più

utilizzare negli ottantenni. Per cui non c'è bisogno di concludere la vaccinazione per gli ottantenni a cui sono destinati lotti degli altri vaccini, intanto abbiamo avviato la vaccinazione per il personale scolastico".

"Abbiamo iniziato subito e stiamo cercando anche di accelerare il processo di vaccinazione di tutti gli operatori scola-



va è cercato da tutte le emittenti televisive nazionali ma anche dalle redazioni dei quotidiani. Recentemente ha partecipato a diverse trasmissioni nazionali e al contenitore di Telenorba "Il Graffio". C'è da contenere da un lato la diffusione delle varianti e dall'altro accelerare la campagna vaccinale con l'avvio della somministrazione del siero sia per gli ottantenni che per il personale scolastico. Per questo la Puglia è ad un punto di svolta. L'Assessore Lopalco invoca un cambio di passo. "E' esattamente il cambio di passo - dice l'epidemiologo - che

persone". Anche se siamo in zona gialla, invita alla prudenza. "Abbiamo una situazione epidemiologica con parametri da zona gialla, però abbiamo tutta una serie di allarmi. Ci dicono dal ministero che questa variante nelle regioni, anche se si è in zona gialla, deve far alzare i livelli di guardia. Sempre dal ministero ci dicono di monitorare attentamente quello che sta succedendo sul territorio. Abbiamo anticipato i tempi della vaccinazione per il personale scolastico, perché abbiamo a disposizione il vaccino Astrazeneca, che non possiamo

stici - sottolinea Lopalco - di tutta la regione proprio per questo motivo, perché prima saranno vaccinati e prima potranno continuare a lavorare con maggiore serenità. È questo il tributo che il mondo della sanità in questo momento ha il dovere di dare al mondo della scuola".

L'epidemiologo respinge le accuse di chi afferma che la Giunta regionale, con un nuovo provvedimento, stia negando l'attività didattica in presenza. "La scuola non è mai stata chiusa. Legando questa attività alla vaccinazione, la nostra idea

è questa: cerchiamo di limitare al massimo la didattica in presenza, così avviamo la vaccinazione per gli operatori scolastici e man mano che le scuole avranno degli operatori vaccinati, quelle scuole potranno riaprire". L'Assessore invita, inoltre, ad "abolire le assurde distinzioni fra i vari vaccini. Sono tutti buoni, possono tutti essere usati per tutte le categorie e tutte le età. La restrizione del vaccino AstraZeneca assurdamente imposta da Aifa, nonostante Ema lo abbia autorizzato per tutti al di sopra dei 18 anni di età, sta producendo un rallentamento inaudito. Spostiamo il richiamo, per tutti i vaccini, a 12 settimane - aggiunge -. Una dose di vaccino conferisce una buona protezione dalla malattia grave. Meglio avere due persone protette subito al 65% che una persona protetta fra un mese al 90%. Sono due mosse a costo zero. Anzi no, a costo di un briciolo di coraggio da parte di chi deve prendere questa decisione".

Ma perchè la variante inglese si diffonde più velocemente?

"La diffusione della variante inglese è avvenuta nel Regno Unito - spiega il Prof. Lopalco - in un momento in cui le scuole erano aperte, i bar erano aperti, non c'era lockdown; di conseguenza questa variante si è diffusa. Non sappiamo

se si sia diffusa perchè il virus contagia di più i ragazzi oppure si sia diffusa perchè i ragazzi sono quelli che hanno più contatti sociali. Quando un virus è particolarmente contagioso, trova spazio in quella popolazione che ha più contatti. Ad un certo momento, se a causa delle misure prese, una certa fascia di età si incontra con più persone, il virus si trasmette di più in quelle persone. Questo è un motivo epidemiologico. Ci potrebbe essere un motivo biologico. Questa mutazione, ad esempio, può dare al virus, sulla maggiore affinità sui recettori che hanno una certa conformazione, hanno una certa frequenza, hanno una certa distribuzione, nelle cellule dei bambini e

dei ragazzi che è diverso da quella degli adulti. Il recettore dove si attacca questo virus è un recettore che evolve con l'età, cosiddetto recettore ACE. Un recettore che nei bambini è diverso da quello degli adulti, meno presente e più presente in alcune cellule. Quindi il virus può avere una diversa diffusibilità tra le diverse classi di età. Quello che fino a questo momento ci sembra di assicurare, sottolineo ci sembra di assicurare, è che se è vero che questo virus si diffonde velocemente, la gravità della malattia è la stessa. Dipende sempre dalle condizioni personali, dipende sempre dall'età, dal fatto che abbia altre patologie di rischio, per tutto quello che abbiamo imparato di questo virus".

Ma con le varianti del virus, dovremmo modificare anche le misure di protezione?



"Se c'è un virus che si diffonde più velocemente la risposta è sì. Questo non vuol dire - osserva l'Assessore Lopalco - che una mascherina FP2 non fa passare il virus inglese invece fa passare quello spagnolo. Non è così. Se invece io mi trovo di fronte ad un virus, che si diffonde più velocemente, in cui il contagio è più semplice, in cui per contagiarsi bastano meno particelle che sono quelle virali, a quel punto devo stare più attento a lavarmi più spesso le mani. Perché se mi sono lavato le mani non bene è rimasta qualche particella di virus. Un po' di virus di questa variante potrebbe essere efficiente a trasmettere la diffusione. Pertanto l'impianto della prevenzione, deve

essere rafforzato, quando, ci troviamo di fronte, ad una variante che si diffonde più velocemente".

Ma con la dichiarazione di zona gialla per la Puglia, sono ritornati gli assembramenti. "Il sistema dei colori funziona in modo molto semplice. Le misure da zona arancione rendono la curva piatta. Le misure da zona rossa la fanno abbassare. Le misure da zona gialla ad un certo punto la fanno rialzare. Perché è proprio sul principio comunicativo della zona gialla, sembra, che cadano tutte le regole. Non è vero. In zona gialla ci sono delle regole importanti. Ad esempio non bisogna fare assembramenti. Questa regola non viene rispettata se non si ha un senso civico generalizzato. Perché è impossibile che le forze dell'ordine, in nessuna città italiana, possano andare per la strada a far rispettare tutte le regole. Deve essere il senso civico di ogni cittadino, che deve

capire la serietà della situazione e comportarsi di conseguenza".

Quanto tempo ci vorrà ancora per mettere sotto controllo l'epidemia?

"Superato questo inverno - conclude il Prof. Pierluigi Lopalco - dobbiamo evitare di subire una nuova ondata che possa

mettere in difficoltà i nostri ospedali, la nostra economia, il nostro sistema educativo. Fatto salvo il passaggio di questo inverno arriverà l'estate.

L'estate per noi è molto favorevole. Lo abbiamo già visto nell'esperienza dello scorso anno. L'estate più le vaccinazioni potrebbero, uso il condizionale, perché con questo virus non possiamo avere certezze, probabilmente farci girare pagina nel prossimo autunno.

L'autunno e il prossimo inverno potrebbero essere senza lo spauracchio del coronavirus".

Fondi già disponibili che permetterebbero numerosi interventi

In Puglia previsti investimenti per 516 milioni di euro in sanità

di Fabiano Amati

Presidente Commissione Bilancio e Programmazione
Regione Puglia

In Puglia ci sono da spendere 516 milioni di euro in sanità, si tratta di fondi già disponibili per l'edilizia sanitaria che permetterebbero numerosi interventi: dalle ristrutturazioni agli ampliamenti,

cover, è bene sottoscrivere con urgenza in ambito sanitario un accordo stralcio per circa 246 milioni di euro. Un atto che permetterebbe addirittura di "rad-doppiare": con la sottoscrizione infatti si potranno programmare interventi per ulteriori risorse, ovvero altri 270 milioni di euro, ottenute con la delibera CIPE n. 51 del 2019. Insomma, in Puglia abbiamo già un totale di 516 milioni di euro da spendere subito per la nostra sanità.

dere, non è andato a buon fine: la seduta era stata convocata per conoscere lo stato delle procedure sui 516 milioni di interventi di edilizia e tecnologia sanitaria, ma a causa dell'assenza congiunta del direttore del Dipartimento salute e dei dirigenti delle relative sezione e servizio, la Commissione si è conclusa con un nulla di fatto e rinviata al 2 marzo. In ogni caso ho fatto appello al Presidente Emiliano e all'assessore Lopalco affin-



dagli arredi a nuove e più all'avanguardia attrezzature. Insomma con questa cifra si può fare tanto senza dover attendere i fondi del Recovery.

In questo periodo la discussione sul Recovery fund sta calamitando tutte le attenzioni, ma questo non deve permettere di farci trascurare altri importantissimi provvedimenti da avviare con urgenza e che permetterebbero di effettuare numerosi interventi di edilizia sanitaria dove c'è maggiore necessità. Così, in attesa di stabilire gli investimenti del Re-

covery, è bene sottoscrivere con urgenza in ambito sanitario un accordo stralcio per circa 246 milioni di euro. Un atto che permetterebbe addirittura di "rad-doppiare": con la sottoscrizione infatti si potranno programmare interventi per ulteriori risorse, ovvero altri 270 milioni di euro, ottenute con la delibera CIPE n. 51 del 2019. Insomma, in Puglia abbiamo già un totale di 516 milioni di euro da spendere subito per la nostra sanità.

Purtroppo, lo scorso 22 febbraio l'esito della I Commissione (Bilancio e Programmazione) che ho l'onore di presie-

ché ricordino alle strutture burocratiche che rientra nei loro doveri partecipare alle riunioni delle Commissioni e soprattutto svolgere il proprio dovere con disciplina e onore.

Siamo nella fase in cui spetta alla Regione promuovere la sottoscrizione degli accordi con i progetti preliminari di fattibilità e con il Ministero della Salute tenuto a fare il suo dovere in tempi altrettanto rapidi e tutto questo affinché possano essere spese queste ingenti risorse, necessarie per modernizzare l'as-

sistenza sanitaria in Puglia.

Gli interventi programmati infatti sono tantissimi e e importantissimi, sarebbe sciocco da parte della Regione ignorare questa possibilità che permetterebbe di migliorare il sistema sanitario, rendere le strutture più moderne, con macchinari e attrezzature all'avanguardia e indi-

pendentemente dai fondi Recovery con i quali si può fare tanto altro.

Ma vediamo nello specifico di cosa si tratta.

Gli interventi programmati a valere dell'ultimo stralcio delle delibere CIPE 97 e 98/2008, per un ammontare di cir-

ca 246 milioni, riguardano l'acquisto degli arredi e delle attrezzature per il nuovo ospedale Monopoli-Fasano e la riqualificazione e ristrutturazione degli ospedali San Paolo e Di Venere, Perrino, quello di Francavilla Fontana, il Giovanni XXIII, il Policlinico, quelli di Barletta, Castellaneta, Cerignola, San Severo, Gallipoli e il nuovo ospedale del Nord barese. Per avviare i procedimenti è necessaria la sottoscrizione di un accordo così da poter partire subito.

Dalla sottoscrizione dell'accordo per l'ultimo stralcio, con una sorta di modalità prendi e raddoppia, deriverebbe la possibilità di avviare il procedimento per l'utilizzo di ulteriori 270 milioni di euro deliberati dal Cipe il 24 luglio 2019, con la delibera n. 51. Insomma, si tratta di un procedimento che premia la virtù: chi spende, raddoppia (quasi). Su questo sarebbe opportuno che, alla luce dello stato di emergenza, si modificassero le regole di autorizzazione alla spesa, semplificando e accelerando i procedimenti statali e regionali.

Ecco perché è importante sollecitare la Regione e gli uffici competenti: tutto ciò che abbiamo a disposizione per la sanità va speso fino all'ultimo centesimo senza perdere tempo. È un dovere che si amplifica soprattutto oggi, dal momento che in questo ultimo anno abbiamo messo a dura prova l'assistenza sanitaria e abbiamo visto quali e quanti sono i punti deboli del sistema pugliese, sappiamo cosa va migliorato e di cosa c'è maggiore bisogno nelle strutture ospedaliere.

Bene, parliamo di Recovery fund, ma prestiamo particolare attenzione anche alle risorse già disponibili e in attesa di essere programmate per la spesa. Così facendo non avremo sprecato neanche un solo centesimo di euro da investire, ma neanche tempo, perché il tempo è il primo maggiore tiranno di un amministratore pubblico e di conseguenza della vita, come del bisogno di cura.

Oggi più che mai la sanità ha bisogno di ridurre i tempi e ampliare gli investimenti, ha bisogno di attenzione da parte degli amministratori pubblici. E sempre in questa direzione continuerò a dedicare il mio impegno.

Dati rilevati dagli Istituti certificatori o autocertificati

Tiratura 11/2020: 11.835

Diffusione 11/2020: 8.056

Lettori Ed. II 2020: 206.000

Quotidiano - Ed. Bari

Quotidiano

17-FEB-2021

da pag. 7

foglio 1

www.mediapress.fm

Dir. Resp.: Claudio Scamardella

«Recovery? Prima ci sono 500 milioni per la sanità»

L'input di Amati e Losacco: «Ci sono 246 mln per gli ospedali che possono attivarne altri 270»

Seduti su una montagna di soldi, ancora da spendere. L'input alla Regione arriva da **Fabiano Amati** e **Alberto Losacco**, consigliere regionale (e presidente Commissione Bilancio) e deputato del Pd. «Giusta la discussione sul Recovery, ma nel frattempo è bene sottoscrivere con urgenza in ambito sanitario un accordo stralcio per circa 246 milioni di euro, che già per averlo sottoscritto ci offrirebbe la possibilità di raddoppiare e quindi programmare interventi per le ulteriori risorse, pari a 270 milioni di euro, ottenute con la delibera CIPE numero 51 del 2019».

Spiegano **Amati** e **Losacco**: «Siamo a lavoro per sollecitare la Regione a promuovere la sottoscrizione degli accordi con i progetti preliminari di fattibilità e il ministero a fare il suo in tempi rapidi, affinché possano essere spese queste ingenti risorse, necessarie per modernizzare l'assistenza sanitaria in Puglia». «Gli interventi programmati, a valere sull'ultimo stralcio delle delibere Cipe 97 e 98/2008, per un ammontare di circa 246 milioni, riguardano l'acquisto degli arredi e attrezzature per il nuovo ospedale Monopoli-Fasano e la riqualificazione degli ospedali San Paolo, Di Venere, Perrino, Francavilla Fontana, Giovanni XXIII, Policlinico, Barletta, Castellaneta, Cerignola, San Severo, Gallipoli e nuovo ospedale Nord barese. Tutti questi interventi hanno bisogno della sottoscrizione di un accordo per poter partire».

Ma non solo: la spesa materiale di quelle risorse, ne attiverebbe altre. Sempre a beneficio della sanità pugliese. Aggiungono **Amati** e **Losacco**: «Dalla sottoscrizione dell'accordo per l'ultimo stralcio, con una sorta di modalità "prendi e raddoppia", deriverebbe la possibilità di avviare il procedimento per l'utilizzo degli ulteriori 270 milioni di euro deliberati dal Cipe il 24 luglio 2019, con la delibera numero 51. E su questo sarebbe certamente opportuno che alla luce dello stato di emergenza si modificassero un po' le regole di autorizzazione alla spesa, semplificando e accelerando i procedimenti statali e regionali». La spesa dei 270 milioni potrebbe poi essere indirizzata sugli interventi in materia sanitaria ritenuti più opportuni dalla Regione.

Intanto in Consiglio regionale, su impulso della presidente **Loredana Capone**, proseguono le audizioni e i confronti sul Recovery: «Diventerà un tavolo permanente per unirici sulle grandi sfide per la Puglia», dice. «Faremo del tavolo sul Next Generation Eu una prassi per il futuro. Sarà permanente e ci aiuterà ad affrontare compatti le sfide per la Puglia. Ho ascoltato con grande attenzione i rappresentanti delle forze datoriali e li ringrazio per la disponibilità e l'interesse dimostrati. È una pratica, quella dell'ascolto, che deve quotidianamente fare da bussola per chi si occupa della cosa pubblica».




Fabiano Amati

Alberto Losacco

5715 - ARTICOLO NON CEDIBILE AD ALTRI AD USO ESCLUSIVO DEL CLIENTE CHE LO RICEVE



Per i prossimi anni alla sanità sono destinati circa 20 miliardi

Una sfida che richiede scelte oculate

Lo scenario in cui opererà la Sanità italiana e quale sarà la via per la digitalizzazione. Su questa prospettiva, il Direttore generale AReSS Giovanni Gorgoni ha offerto il significativo ed autorevole contributo della Puglia, insieme agli altri rappresentanti del livello decisionale regionale e nazionale attraverso il Consensus Conference Group, gruppo di lavoro che fa parte di un'ampia ricerca condotta dal Cergas-Sda Bocconi con il contributo incondizionato di Abbott. Il processo di digitalizzazione di alcuni servizi sanitari durante il Covid-19 apre significativi spazi

nazionale di ripresa e resilienza proposto dal governo Conte, alla sanità sono destinati circa 20 miliardi per promuovere l'assistenza di prossimità e la telemedicina (7,9 miliardi) e favorire ricerca, innovazione e digitalizzazione dell'offerta sanitaria (11,82 miliardi). Prima della pandemia, il Servizio sanitario nazionale aveva sperimentato una diffusione a macchia di leopardo della sanità digitale, termine generico che ricomprende tutte le soluzioni basate sulle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, dalla telemedicina al fascicolo sanitario elettronico, dalle

to dell'utilizzo delle innovazioni digitali, compresa la robotica, e dei diversi canali di telecomunicazione. Occorre però tenere presente che da un lato, durante il periodo emergenziale, alcune regioni hanno cercato di dare una veste formale ad alcune prestazioni di telemedicina, permettendo di sopperire in parte da remoto alle lacune assistenziali create dalla pandemia a carico di numerosi gruppi di pazienti cronici. Ovviamente, in mancanza allora di normative nazionali di riferimento aggiornate, si è dovuto di necessità utilizzare le tariffe delle omologhe prestazioni in presenza,

in attesa di un sistema tariffario più idoneo. Dall'altro lato, va ricordato che le prestazioni di telemedicina, in quel periodo, sono state erogate con soluzioni adottate sul momento, in base alle condizioni di emergenza sanitaria, dovendo talvolta anche accettare livelli inferiori di qualità e sicurezza, pur di non accumulare ritardi nelle cure che avrebbero potuto portare con sé ulteriori implicazioni negative sugli esiti di salute.

Dunque, tolta la fase emergenziale, abbiamo di fronte una doppia sfida – la gestione delle malattie croniche nel paese più anziano d'Europa e la svolta digitale – che non merita fibrillazioni politiche o scelte incaute, in un momento straordinario



per ripensare la presa in carico delle cronicità da parte del Ssn. Ma è una sfida che richiede scelte oculate. Ecco alcuni suggerimenti per orientarle.

La digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale

L'accordo raggiunto dal Consiglio europeo in merito al Next Generation EU ha sbloccato per il nostro paese 209 miliardi di euro disponibili nei prossimi sei anni per sostenere la ripartenza economica post Covid-19. Secondo la bozza del Piano

app sanitarie alle ricette dematerializzate. Il Covid-19 ha indubbiamente prodotto un'accelerazione nell'adozione delle tecnologie digitali in sanità, spingendo i servizi sanitari regionali e le aziende sanitarie a consolidare progettualità già in cantiere o ad avviarsi verso le prime esperienze di gestione da remoto per porzioni significative di assistiti. Tra le molte riflessioni sull'eredità che l'esperienza Covid-19 lascerà al sistema delle cure, una appare cruciale: la trasformazione dei modelli di cura delle malattie croniche a segui-

per la revisione dei modelli di offerta e che vede tutte le regioni omogeneamente motivate in questa direzione.

Le indicazioni nazionali approvate recentemente dalla Conferenza stato-regioni e province autonome del 17/12/2020 hanno iniziato ad aggiornare la tassonomia delle prestazioni di telemedicina rispetto alle ormai obsolete linee di indirizzo del 2014 definendo le condizioni attuative per l'erogazione e gli standard minimi di servizio. Per supportare queste riflessioni con una serie di raccomandazioni utili per il siste-

ma, il CeRGAS di Sda Bocconi (Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale) ha organizzato una Consensus Conference che ha coinvolto i rappresentanti del livello decisionale regionale e nazionale tra cui, per la Puglia, Giovanni Gorgoni Direttore AReSS. Le raccomandazioni si focalizzano su tre aree principali: governance, valutazione e modelli di servizio.

Governance

L'attenzione durante la pandemia è stata rivolta principalmente all'attivazione delle televisite, trasformando soprattutto le modalità di erogazione di alcune prestazioni. La maggiore prontezza organizzativa ha permesso alle regioni che già prima della pandemia avevano sviluppato soluzioni digitali di beneficiare di un vantaggio competitivo nella gestione dell'emergenza sanitaria. Adesso serve un modello flessibile per il consolidamento dell'innovazione digitale. Da un lato vi sono alcuni elementi necessariamente di portata nazionale, dall'altro emerge il bisogno di valorizzare le specificità locali, rendendole risorse per l'intero sistema tramite un attento coordinamento scientifico e di governance sanitaria. L'equilibrio tra scelte nazionali e regionali appare condizione necessaria per evitare che la tecnologia si trasformi da straordinaria opportunità di miglioramento a vettore di frammentazione e iniquità nelle cure. L'esperienza virtuosa nel dialogo tra istituzioni sperimentata sul piano tecnico-scientifico deve diventare patrimonio condiviso e va replicata anche su quello politico e dei servizi.

Valutazione

Le tecnologie digitali non possono essere sottratte a processi di valutazione robusti. Se durante la fase emergenziale hanno prevalso approcci destrutturati, in questo momento è necessario orientare le decisioni con il supporto di evidenze empiriche. Il rischio concreto è

quello di incorrere nel paradosso «No evidence, no implementation; no implementation, no evidence»: in assenza di evidenze non si procede all'implementazione di nuove tecnologie e, di conseguenza, non si

riconoscimento dei servizi di televisita è spesso avvenuto seguendo il modello payment parity, ovvero applicando tariffe speculari alla prestazione in presenza. Tuttavia, queste metodologie di tariffazione non tengono conto del valore generato, non essendo associate a un processo di valutazione multidimensionale. Infine, per tutte le soluzioni digitali, e più nello specifico per le app, si osservano tassi di abbandono fortemente crescenti nel corso del tempo, poiché anche il miglior intervento fallisce se utilizzato in maniera discontinua o impropria.

Modelli di servizio

L'introduzione delle innovazioni digitali si sostanzia nella trasformazione dei percorsi di cura, generando fabbisogni di continuo ridisegno dei modelli organizzativi e dei processi di accesso al servizio. All'interno delle aziende sanitarie vi è grande effervescenza sui modelli di offerta per le condizioni croniche e i quadri regionali e nazionali possono essere preziosi nel sostenerla. L'effettiva implementazione di tali trasformazioni a livello micro può però essere fortemente influenzata dalle preoccupazioni relative ai carichi di lavoro e alle modifiche nelle routine. Mentre il dibattito sembra affrontare le questioni in modo non integrato, il consolidamento del corretto uso di tecnologie digitali nel Ssn va governato considerando l'entità dei recenti ingressi di personale per far fronte all'emergenza (+36 mila professionisti sanitari). Una parte di loro rimarrà nel sistema, rielaborando nuovi ruoli e funzioni e spingendo verso forme di innovazione.

* Le idee e le opinioni espresse in questo articolo sono da attribuire agli autori e non investono la responsabilità dell'istituzione di appartenenza.

** Al Consensus Conference Group, che fa parte di un'ampia ricerca condotta dal Cergas-Sda Bocconi con il contributo incondizionato di Abbott, hanno contribuito Monica Addiego, Andrea Belardinelli, Giancarlo Bizzarri, Michela Bobini, Tiziana Chiriaco, Oriana Ciani, Diego Conforti, Maria Cucciniello, Claudio Dario, Francesco Gabbriellini, Teresa Gasparetto, Giovanni Gorgoni, Massimiliano Maisano, Maria Rosa Marchetti, Gandolfo Miserendino, Matteo Montesi, Francesco Petracca, Antonino Ruggeri, Rosanna Tarricone e Valeria D. Tozzi.



La variante inglese di SARS-CoV 2 fa paura

Alzare il livello di attenzione

Con l'aumento dei contagi in Italia e in Puglia provocato dalla prevalenza della cosiddetta "variante inglese" di SARS-CoV 2, ha messo in allarme il Servizio sanitario regionale e preoccupa e incute timore e paura tra la popolazione. Viene confermata la necessità di alzare il livello di attenzione. La variante inglese del covid presente in Puglia arriva quasi al 47% dei casi e nel giro di una settimana si è passati dal 38,6% al 47,5%. Nelle scorse settimane, il Policlinico di Bari e l'Istituto Zooprofilattico di Puglia e Basilicata, analizzando un campione di tamponi positivi prelevati il 12 feb-

50 campioni 6 riguardano la variante inglese, pari al 12%; a Brindisi su 129 campioni ne sono stati rilevati 72, pari al 55.8%; a Foggia su 62 campioni ce ne sono 18, pari al 29.0%; a Lecce su 20 campioni ce ne sono 3, pari al 15%; a Taranto su 48 campioni ce ne sono 22, pari al 45.8%. Lo studio sulla variante inglese è stato svolto dalla professoressa Maria Chironna, coordinatrice della rete regionale dei laboratori SARS Cov-2 Uoc (Unità operativa complessa) e a capo del laboratorio di epidemiologia molecolare e sanità pubblica del Policlinico di Bari, e dal dottor Antonio Parisi,

riante inglese potesse giungere in Puglia era del tutto atteso. Purtroppo, già a dicembre sapevamo dell'arrivo di persone dal Regno Unito, - afferma la coordinatrice della rete regionale dei laboratori SARS Cov-2 - dove è più diffusa la variante, e che c'era il rischio di introduzione nella nostra regione, proprio per via di voli diretti da Londra. E i primi riscontri risalgono a dicembre. I virus non conoscono barriere e nemmeno le varianti. E con il tracciamento saltato già da molto tempo, la diffusione si preannunciava una certezza, così come d'altronde accaduto in molti altri Paesi eu-



braio, hanno individuato una presenza di variante inglese in Puglia pari al 38,6% dei casi. Questo dato, come detto, è in aumento e preoccupa non poco le istituzioni e i dirigenti del Ssr. Il campione analizzato ha fornito i seguenti risultati. Sono infatti 245 su 634 i positivi con la nuova mutazione tracciati nelle sei province. Entrando nel dettaglio delle province, a Bari su 323 campioni sono stati individuati 124 casi, pari al 38.4%; nella Bat (Barletta-Andria-Trani) su

direttore sanitario dell'Istituto Zooprofilattico della Puglia e Basilicata.

La Prof.ssa Maria Chironna, autorevole riferimento regionale, impegnata a rispondere a molte testate giornalistiche tra cui Telenorba, Gazzetta del Mezzogiorno, Repubblica, Corriere del Mezzogiorno, Nuovo Quotidiano, Bari Viva e ad altri organi di informazione, si esprime così sulla variante inglese. "Che la va-

ropei. Non comprendo il nervosismo dei sindaci, perché è stato analizzato solo un piccolo campione di tamponi provenienti sì da tutte le province, ma certo non da tutti i comuni. Quindi se la variante è stata riscontrata in un comune per pura casualità legata al campionamento, non vuol dire che essa non circoli nei comuni limitrofi. Il dato preoccupante è che è stata riscontrata in tutte le province". Conferma che il lavoro di monitoraggio

proseguirà con le Quick Survey. "Assolutamente sì, ciò che ci viene chiesto inoltre è di cercare anche le altre varianti, - sostiene la prof.ssa Chironna - perché non c'è solo quella inglese. Quelle che preoccupano sono più di una, le più note sono la sudafricana e la brasiliana che sono già state segnalate nel nostro Paese, anche se non ancora in Puglia. E ora anche la nigeriana, riscontrata anche in Campania. Se non si cerca però non si può avere la ragionevole certezza che non circolino. Stiamo verificando che non ci sia altro, oltre a quella inglese. Nel centro Italia è stata documentata la variante brasiliana, Perugia è in zona rossa proprio perché ci sono focolai di questa variante. Così come in altre regioni del centro-nord è stata trovata la sudafricana. I virus non conoscono barriere, per cui non possiamo vietare l'ac-

I vaccini anti-Covid19 sono un'arma formidabile di prevenzione. Evitano le forme severe di malattia, le ospedalizzazioni e i decessi. Ma non ce ne sono per tutti, non subito. La campagna vaccinale si è preannunciata difficile e lunga sin dall'inizio. Abbiamo visto la luce in fondo al tunnel quando abbiamo avuto la ragionevole certezza, a dicembre, che i vaccini sarebbero arrivati e avrebbero cambiato la storia della più grande pandemia di questo secolo. Ma si è palesato subito il problema dell'approvvigionamento e, pertanto, si è posto il problema di stilare una lista di categorie da vaccinare in ordine di priorità. C'è un Piano strategico nazionale dove sono indicate le categorie di persone che dovrebbero essere sottoposte a vaccinazione. Ma i piani strategici vengono poi declinati ai livelli regionali e le priorità possono

la bussola e dimenticato, forse, i valori fondanti del nostro vivere in collettività. Aiutare prima i più deboli è segno di grande civiltà".

Ma c'è stata una adeguata risposta della sanità pugliese al contrasto della malattia dovuta dal Covid 19? "Vorrei solo dire che nonostante tutto, al Sud, in Puglia, siamo capaci di mettere in campo le migliori forze per rispondere ai mandati che ci vengono assegnati, nonostante le mille difficoltà. E lo facciamo con le migliori tecnologie. Sempre che si continui a supportare e valorizzare professionalità e competenze. E #OneHealth nella nostra regione è un approccio alle emergenze infettive consolidato già da un po' di tempo. Questi risultati ne sono la testimonianza".



cesso alle varianti. Dobbiamo alzare il livello di sorveglianza, essere prudenti e monitorare. Non dobbiamo inseguire il virus, ma dobbiamo fare in modo di anticiparlo". Sulla campagna vaccinale, la Prof.ssa Maria Chironna si esprime con chiarezza rispetto a chi dovrà essere somministrata la prima dose di vaccino ovvero alla popolazione più fragile. "E giusto dare una chance di protezione a chi è costretto a vivere con la spada di Damocle.

cambiare. Sul sito regionale alla sezione Vaccino anti Covid è scritto "I vaccini saranno offerti a tutta la popolazione, secondo un ordine di priorità che tiene conto di diversi fattori: rischio di malattia, tipi di vaccino e disponibilità". "E cominciare col dare il messaggio che si parte dai più deboli, dai più a rischio, da quelli - asserisce la Prof.ssa Chironna - che non hanno una aspettativa di vita uguale ai sani sarebbe un messaggio di grande civiltà, in un paese che ha perso

Che previsione può fare per le prossime settimane? "Avremo ancora a che fare con il virus per settimane.

È possibile una tregua in estate, - conclude la Prof.ssa Chironna - come accaduto lo scorso anno. Dire che saremo fuori dal tunnel, con certezza, mi pare prematuro. Certo, l'obiettivo di tutti è quello di rendere Covid19 una malattia controllabile e prevenibile con la vaccinazione".

Verso un nuovo paradigma della cura tra Viaggi con la speranza e Reddito di emergenza sanitaria

Una ricerca per evidenziare gli effetti sociali delle malattie gravi dei bambini

di Gianluca Budano

Welfare Manager Pubblico
e Dirigente Acli

Come è noto, l'emergenza sanitaria ha messo in luce molti aspetti problematici del nostro sistema. Ne abbiamo discusso a più riprese in questi mesi su giornali, riviste e siti web. Malauguratamente, le

La felicità di stare insieme ai nostri simili si è trasformata in paura. Felicità e paura si confondono, dando vita a sentimenti contraddittori mai vissuti prima. Siamo di fronte, se non proprio ad una inversione semantica delle categorie, ad una loro compenetrazione, che dà vita a emozioni differenti e altalenanti, che, come in un gioco di luci e ombre, a rotazione coprono e incupiscono le vite di tutti noi. Da questa esperienza ancora in

pandemia, dunque, ha messo e mette in discussione il paradigma dominante che vede la cura circoscritta al corpo e alla patologia, che esclude tutto quello che ci sta intorno, a partire dal conforto dei propri cari. Insomma, essa ci costringe ad una ridefinizione dei concetti stessi di malattia e di cura, suggerendone un allargamento.

Spiace a questo punto riflettere sul fatto



brutte notizie non finiscono qui. La pandemia ha anche mostrato con forza le fragilità delle nostre esistenze. Le tragiche e continue immagini di persone straziate dal dolore di fronte alle autoambulanze che portano via parenti, amici e conoscenti sono ancora una triste realtà. Stiamo imparando che la morte non è sempre uguale, che essa, purtroppo, può essere ancor più drammatica se vissuta in completa solitudine, lontano dai propri affetti. Le nostre relazioni sono diventate veicolo di contagio, pericolose, da evitare e ridurre al minimo.

corso, abbiamo compreso che l'evenienza peggiore di una malattia non è solo la sofferenza fisica. C'è un di più che per troppi anni abbiamo dato per scontato: abbiamo scoperto l'ambiguità dei rapporti umani e allo stesso tempo la necessità degli stessi, l'irrinunciabilità delle relazioni.

Abbiamo capito quanto per l'essere umano sia difficile rinunciare alla sua natura relazionale, anche quando in ballo c'è la salute o addirittura la vita stessa. La

che queste esigenze in fondo già le conosceamo. Esse erano emerse in precedenza e, per molti versi, ne avevamo già parlato in modo piuttosto esplicito. Mi riferisco in particolare a tutte quelle discussioni e articoli scritti sulle migrazioni sanitarie, ovvero sulle persone che partono dal proprio luogo di residenza per curarsi in una struttura ospedaliera o di riabilitazione in un'altra regione italiana o, addirittura, che si ricoverano all'estero.

Da tempo, anche con il contributo del dipartimento welfare delle Acli, segue questo particolare fenomeno sociale. L'ultima fase di questo percorso di studi coincide con l'avvio di un'indagine sul campo. Nel 2018, quindi ben prima che il Corona Virus sconvolgesse le nostre esistenze, dopo uno studio personale approfondito, abbiamo avviato con Iref (Istituto di Ricerche delle Acli) una fase di studi e ricerche che si è conclusa qualche mese fa e che ha dato origine ad un report dal titolo "Viaggi con la speranza. Storie di famiglie colpite dalla malattia di un figlio", presentato in un convegno organizzato dalla Acli e dal Forum delle Associazioni Familiari, l'11 febbraio 2021, in occasione della ventinovesima giornata mondiale del malato.

I risultati dell'indagine offrono un quadro approfondito dei fabbisogni sociali espressi dai genitori che si spostano dal loro luogo di residenza per far curare i propri figli colpiti da patologie gravi

le conseguenze della mobilità legata alla salute si riverberino in altre sfere rispetto a quella della cura sanitaria, pur rimanendo quest'ultima essenziale ai fini della guarigione dei minori che si ammalano gravemente. Lo scopo dello studio era del resto proprio quello di portare allo scoperto quei bisogni sociali che rimangono troppo spesso inavasi, non essendo oggetto di attenzione da parte di politiche e servizi. Da questo punto di vista, si possono intravedere tre dimensioni del disagio rispetto alle quali sarebbe urgente che i decisori pubblici intervenissero: impoverimento economico, disagio educativo, vulnerabilità familiare.

I risultati scientifici parlano chiaro: è tempo di allargare il concetto di salute evitando che venga ridotto alla sola e semplice malattia. Da questo punto di vista, con molto piacere scopro di non essere il solo a pensarla così. Don Massimo Angelelli, Direttore dell'Ufficio

lazioni, poiché esse sono un elemento fondamentale della cura stessa.

Il tema di fondo a questo punto è: cosa significa curare? Se vogliamo veramente mettere al centro la persona dobbiamo ripensare il nostro modo di agire, a partire dal SSN. Occorre pervenire ad un modello che sappia tenere insieme la dimensione biologica e quella relazionale. Soltanto così potremo dire di aver preso in carico una persona nella sua totalità.

Pur nella sua specificità, l'indagine mette in luce anche la direzione da prendere in questo senso. Nel campo pediatrico-oncologico emerge con chiarezza come l'insorgere di una malattia metta in discussione anche i più elementari bisogni. Dato che spesso ci si deve spostare dalla propria regione d'origine per raggiungere i poli d'eccellenza del Centro e del Nord Italia, ogni famiglia si trova sovente ad affrontare numerosi problemi di ordine pratico ed economico, come ad esempio: la necessità di abbandonare il lavoro per almeno uno dei genitori, l'esigenza di trovare un alloggio nelle vicinanze dell'ospedale, la necessità di garantire la continuità scolastica al bambino e così via.

In queste situazioni il rischio di cadere in povertà e/o di assenze importanti è auto-evidente. Potremmo quindi cominciare a costruire un nuovo modello sanitario proprio da qui, dai più piccoli



Migrazione sanitaria pediatrica, ad accogliere le famiglie ci sono i volontari

presso l'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma. In questo viaggio, disagiabile e per molti versi lacerante, si consuma una vera e propria cesura biografica tra un «prima» e un «dopo». La scoperta del «male» che minaccia la vita di un bambino (o di un adolescente) diventa ben presto uno spartiacque nel vissuto familiare, con conseguenze psicologiche, economiche e sociali tutt'altro che secondarie per tutti i soggetti coinvolti da un evento a tutti gli effetti traumatico: madre e padre, fratelli o sorelle, nonni, altri parenti, e ovviamente il minore il cui stato di benessere viene seriamente pregiudicato da una malattia.

L'indagine mette in luce, inoltre, come

Nazionale per la Pastorale della Salute Conferenza Episcopale Italiana, proprio durante il convegno succitato, ha espresso con chiarezza un concetto praticamente identico <<occorre riflettere su un aspetto di questa problematica, ossia il fatto che il SSN per come è organizzato, per come è costituito, è ancora incentrato intorno al concetto di patologia. Fino a quando il sistema continuerà a tarare la risposta di cura sulla patologia, noi non ci renderemo conto che siamo lontanissimi da una presa in carico olistica [...] globale del paziente>>

Secondo molti esperti, le relazioni non sono un "in più", ma parte stessa della cura. Non possiamo tagliare queste re-

e dalle loro famiglie. Come ho già affermato in altre occasioni, in Italia, se escludiamo alcune leggi regionali o la legge 104/92, che però non considera i lavoratori autonomi o i disoccupati, non esiste nessuna possibilità di ristoro per le famiglie che affrontano questo tipo di problemi, pur essendo questi ultimi ineludibili e non frutto di scelte volontarie. Bisogna superare queste evidenti ingiustizie prevedendo delle misure adatte e utilizzabili immediatamente al sorgere della malattia grave.

Dovremmo elaborare una misura economica pubblica a sostegno delle famiglie, in poche parole un reddito di emergenza sanitaria (Re.E.S.).

Il Sindaco Decaro chiede il coinvolgimento dei medici

Anelli, medici disponibili anche su base volontaria

Nei giorni scorsi, è stato il Presidente Anci e sindaco di Bari Antonio Decaro a lanciare il seguente appello ai medici, chiedendo la loro disponibilità, nel coinvolgimento delle fasi di somministrazione dei vaccini.

"Facciamo un appello a tutti i medici dell'area metropolitana di Bari, i medici di medicina generale, quelli che magari possono fare un secondo turno dopo aver lavorato in ospedale, quelli che stanno

nei collegi che si sono resi disponibili su base volontaria per l'attività all'interno delle strutture messe a disposizione dalle amministrazioni comunali."

"Però, ad oggi, mi risulta che nessun medico volontario sia stato autorizzato dalle ASL a svolgere attività presso i centri vaccinali. Serve chiaramente un modello organizzativo per i medici volontari – che rappresentano una risorsa di carattere emergenziale. Inoltre, dato che in prima

ha un rilevante impatto sull'organizzazione e la logistica: il Pfizer prevede la somministrazione delle sei dosi in poche ore, il Moderna è molto più maneggevole. AstraZeneca si conserva a temperature di refrigerazione standard, ma ha delle limitazioni in base base all'età.

La Regione deve dirci quante dosi ha a disposizione e quali vaccini ha a disposizione, in modo da poter pianificare le



nei laboratori, di iscriversi alla call che è stata aperta dalla Asl di Bari per mettersi a disposizione anche gratuitamente". Puntuale è arrivata la risposta del Presidente dell'Omceo Filippo Anelli.

"Al Presidente di ANCI Decaro ho riferito che i medici hanno già dato la propria disponibilità ad essere coinvolti su base volontaria nella campagna vaccinale. – risponde così Filippo Anelli, Presidente dell'Omceo Bari all'appello lanciato dal Sindaco Decaro – "In ogni comune della Provincia di Bari i medici fiduciari dell'Ordine hanno già raccolto le adesio-

battuta la Regione aveva avviato la campagna vaccinale senza i medici di famiglia, ora occorre un nuovo modello organizzativo che preveda il coinvolgimento stabile dei medici di medicina generale e che consenta loro di poter svolgere il proprio lavoro in sicurezza e in sinergia con le altre componenti del servizio sanitario nazionale." – aggiunge Anelli.

"La vaccinazione ricade tra i compiti del medico di medicina generale e non richiede quindi alcun accordo contrattuale, perché tutto è già definito dall'attuale Accordo collettivo nazionale". – aggiunge Anelli – "Il tipo di vaccino utilizzato

modalità e le tempistiche di intervento dei medici di medicina generale."

"I Sindaci sappiano che c'è la disponibilità di tutti i medici, compresi i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, a collaborare per consentire il successo della campagna di vaccinazione. A questo proposito, siamo disponibili ad incontrare il Presidente della Conferenza dei Sindaci per favorire l'attività dei medici volontari vaccinatori, mettendo a disposizione anche gli strumenti assicurativi individuati dalla Federazione nazionale degli Ordini dei medici". – conclude Anelli.

Un vero riferimento per tutti gli imprenditori associati

Interlocutore autorevole e libero

di Beppe Marchitelli

Presidente A.F.O.R.P.

Una storia associativa motivata e lungimirante nata il 10 maggio 1984 a livello regionale con A.F.O.R.P. fino a realizzare il progetto e replicarlo a livello nazionale con F.I.F.O. Federazione Italiana Fornitori Ospedalieri, oggi in un nuovo stato embrionale aderente a Confcommercio, di cui è stato il primo Presidente Nazionale. Vittorio Carabellese, insieme ad alcuni degli imprenditori della sanità, mette insieme idee, progetti, proposte. Ripercorrendo i tempi, si è trattato di uno stroke nel panorama pugliese e meridionale in genere.



Il Presidente Carabellese nel 1986 è alla guida di A.F.O.R.P. e si rende subito conto che non è né facile né semplice la vita associativa, nel percorso che parallelamente vede presente Confindustria e Confcommercio. Gli è chiara sin dai primi passi anche la difficoltà di placare le competizioni tra gli stessi associati,

che solo molti anni dopo comprendono l'importanza della rappresentanza associativa, dell'unione, della condivisione di vedute atte a risolvere annosi e spinosi problemi del settore. Un uomo sempre attento a costruire relazioni nell'interesse associativo. E' sua la capacità di saper vivere la vita associativa come impegno per le imprese del settore, uomo integro e forte. Dedichiamo a Vittorio questo breve ricordo, con estrema commozione verso una persona speciale, uomo dai principi nobili, sani e leali.

E' stato e resterà un valore aggiunto alle nostre esperienze, portiamo con noi i suoi principi, il ricordo delle sue idee e intuizioni indimenticabili per tutti noi.

Fortunati di esserti stati accanto.

L'ultima intervista al Presidente Vittorio Carabellese

Credere nell'associazionismo



Dott. Carabellese, chi furono i promotori dell'Associazione?

C'ero io, Agostino Moro, Ugo Motolese, Giovanni Spanioletta, Nino Perrone insieme ad altri imprenditori fondammo l'Associazione.

"Perché ero fermamente convinto dell'opportunità e della forza dell'associazionismo e soprattutto, perché, in quegli anni - 1984 n.d.r. - vi erano ritardi nei pagamenti, eravamo davvero al fallimento delle nostre imprese.

C'erano altre associazioni, quella degli industriali, dei farmacisti e degli economisti e quindi anche noi fornitori costituimmo l'A.F.O.R.P."

Riusciste così a dare voce ad un gruppo di imprenditori?

"Soprattutto nelle relazioni istituzionali con la Regione Puglia perché, con la costituzione dell'Associazione, fummo accreditati e partecipammo ai Tavoli Tecnici Istituzionali sulle problematiche generali della sanità e anche ai confronti con l'ARES, sempre nel massimo rispetto per le leggi".

anche a livello nazionale?

"Mi sono battuto in Italia per costituire la Federazione Italiana Fornitori Ospedalieri, e sono stato il primo Presidente italiano. Siccome in Italia c'erano poche associazioni, l'A.F.O.R.P. in Puglia, un'altra nel Lazio e anche in Campania, decisi di costituire la F.I.F.O.. Nelle regioni del Nord in Lombardia, Triveneto, Piemonte si meravigliarono che un meridionale si battesse per l'associazionismo".

Quale messaggio sente di rivolgere al futuro dell'A.F.O.R.P.?

"Di non mollare, essere vicini alla Regione, di discutere, dialogare con tutte le componenti del Servizio Sanitario Regionale, rispettare sempre le leggi dello Stato e dell'Europa. Da vecchio Presidente credo ancora oggi nell'associazionismo".

Perché decideste di dare vita all'Associazione?

Lei tentò di valorizzare l'esperienza pugliese

Il percorso che porta alla vera liberazione di genere

Leva di azione e crescita strutturale

di Grazia Guida

Vicepresidente e Responsabile Coordinamento donne

All'apertura dei lavori del women20, engagement Group del G20, che ha la funzione di avanzare proposte e raccomandazioni sulla parità di genere ai capi di stato e di governo e i 20 paesi del G20, il 22 e 23 febbraio 2021, la Ministra Elena Binetti, ha dichiarato che la vera parità di genere è il percorso che porta alla vera liberazio-

ne di genere ancora di fatto inespresso. La liberazione di tale potenzialità deve prevedere un coinvolgimento di tutti. Insieme alle istituzioni, nazionali, regionali associative, in modo mutioperativo e strutturale, perché possa essere non solo diritto ma leva di azione e crescita strutturale, non con sconti ma con affermazione dei diritti in modo paritario.

Ritengo che il nostro Coordinamento donne dovrà rispondere a tale spirito costruttivo.



Il 35 % delle donne a livello mondiale subisce molestie psicologiche o sessuali sul luogo di lavoro

Lo sviluppo della Puglia e la "sostenibilità" di genere

di Gianna Elisa Berlingiero

Avvocato e dirigente delle Sezioni Competitività e ricerca dei settori produttivi, Politiche giovanili ed innovazione sociale - Regione puglia

Secondo le Nazioni Unite, quasi il 35 % delle donne a livello mondiale subisce molestie psicologiche o sessuali sul luogo di lavoro o molestie con conseguenze rilevanti sulle loro aspirazioni personali e professionali, e tali molestie sono dannose per l'autostima delle donne e la loro posizione negoziale in vista di una retribuzione più equa; l'equa retribuzione e l'indipendenza economica, d'altro canto, sono considerati presupposti essenziali per consentire alle donne di porre fine a una relazione caratterizzata da abusi e violenze.

E ancora, le stime mostrano che l'80 % di tutta l'assistenza nell'UE è fornita da prestatori di assistenza informale che sono quasi sempre donne (75 %), mettendo in luce un divario di genere nell'assistenza che si ripercuote in modo significativo sul divario pensionistico di genere; mostrano inoltre che oltre il

50 % dei prestatori di assistenza di età inferiore ai 65 anni affianca un'attività professionale a quella di assistenza, con conseguenti difficoltà in termini di equilibrio tra attività professionale e vita familiare.

Infine si registra che il divario di genere nell'UE in termini di retribuzione oraria è pari al 16 %, benché ci siano variazioni notevoli tra uno Stato membro e l'altro ed il divario retributivo di genere aumenti fino al 40 % quando sono presi in considerazione i tassi di occupazione e la partecipazione complessiva al mercato del lavoro.



Perché i dati riportati sono significativi in questo breve contributo alla riflessione sulle linee di sviluppo economico della Regione Puglia nel decennio 2020/2030 che si è aperto da poco caratterizzandosi per il dramma del COVID? Perché nelle pagine della Risoluzione del Parlamento europeo sulla parità di genere, così come nel Recovery and Resilience facility (cuore del Next generation EU) e nel Programma nazionale di resilienza e ripresa, la spinta sul lavoro femminile è considerata una condicio sine qua non della ripresa non solo in termini sociali ma soprattutto di crescita.

Negli studi della Banca mondiale o dell'OCSE emerge con chiarezza che i paesi che con il più alto indice di parità di genere realizzata (nel lavoro, nell'imprenditoria, nei luoghi ove si decide) mostrano i migliori risultati di crescita economica e di benessere sociale.

Lo scatto culturale che serve dunque è quello che porti a ritenere il sostegno alla parità di genere non (o non più solo) un tema sociale di emancipazione della donna ma un fattore di sviluppo economico al pari delle altre componenti es-

senziali dell'approvando Piano strategico regionale: la trasformazione digitale, la sostenibilità ecologica e la coesione sociale.

Come noto in Italia si sono susseguite leggi sulla imprenditoria femminile il cui risultato nel tempo tuttavia non è stato soddisfacente, anche perché staccato da altre politiche indispensabili nell'ambito della formazione e della cura alla persona. Va aggiunto che nella programmazione dei fondi strutturali europei in Puglia per il periodo 2014/2020 l'inserimento di facoltà di accesso per le donne a strumenti per l'autoimprenditorialità e di premialità per l'occupazione femminile è rimasto a livello secondario o, se vogliamo definirlo con approccio costruttivo, sperimentale.

cui possiamo fare riferimento conducano su tre livelli di azione diversi: quello "politico" in senso ampio ove abbiamo necessità che si realizzi questa traslazione della parità di genere da tema femminile o tutt'al più sociale a tema di sviluppo economico della regione; quello della metodologia e della governance che deve vedere le figure garanti della parità inserite in un contesto meno "settorializzato" e piuttosto trasversale ai luoghi in cui si decide ed in cui si attua il programma di governo senza che rimanga appannaggio delle sole donne ivi inserite (in numero congruo o...meno) per quanto ne siano testimoni attive e prestigiose; e da ultimo quello dei contenuti che piuttosto che restare suddivisi per ambiti veda una elaborazione integrata e trasversale.

alla persona orientandolo verso una più armoniosa distribuzione dei ruoli fra i sessi; e per tutte quelle materie che non sono di competenza legislativa, programmatica, attuativa o di controllo della Regione, agire nelle sedi nazionali ed europee per promuovere un cambio di passo sul tema della parità salariale e della leadership femminile in ambito governativo, manageriale, dirigenziale.

In definitiva lo sviluppo della Puglia, regione fra le peggiori in Italia per natalità, occupazione femminile, presenza delle donne nei luoghi di decisione, o passa per la promozione della parità di genere o non è.

In questo senso si rivela essenziale l'azione di soggetti collettivi, come il



E' questo il tempo, questo intenso 2021 ancora caratterizzato dalla pandemia, di progettare però un approccio potente e decisivo al tema soprattutto in vista della redazione del POR Puglia FESR-FSE 2021/2027 e della sottostante Smart specialization strategy.

Da donna e da dirigente di due Sezioni regionali cui sono attribuite competenze per il perseguimento degli obiettivi di sviluppo economico, ritengo che tutte le migliori esperienze internazionali a

Abbiamo bisogno di agire sulla formazione a partire dalla scuola con una sensibilizzazione importante delle ragazze verso le discipline c.d. STEM e prima ancora di investire in modo sostanziale sul contrasto all'abbandono scolastico; accompagnare l'accesso all'imprenditorialità non solo con aiuti economici; premiare nelle aziende le assunzioni femminili soprattutto in occasione del cofinanziamento regionale di progetti di ricerca, sviluppo e innovazione; rafforzare il tessuto di assistenza e di cura

Coordinamento Donne dell'associazione Aforp, per l'analisi dei fabbisogni concreti anche specifici di determinati settori economici, per la promozione di proposte operative presso le istituzioni deputate all'adozione di strumenti per il sostegno delle attività economiche e dell'occupazione e, forse prima e più di ogni altra cosa, per la diffusione delle informazioni e della cultura sulla partecipazione attiva delle donne alla vita economica e produttiva del Paese.



ASSOCIAZIONE FORNITORI OSPEDALIERI REGIONE PUGLIA

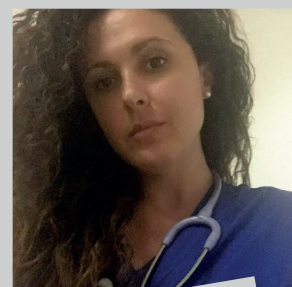
8 MARZO

FESTA DELLA DONNA

IL COORDINAMENTO DONNE AFORP



Ringrazia tutte
le donne che
hanno donato
il loro tempo a
favore della
parità di genere



rengraf.com



Seguici su:
www.aforp.it



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

Amore e passione per il mio lavoro e verso i miei pazienti

Usciremo dalla pandemia molto provati



Come ha affrontato la realtà pandemica in relazione ai pazienti e alle prestazioni erogate? "Dopo il lock-down, dello scorso anno, non è stato facile riprendere da dove avevamo così improvvisamente interrotto. La prima cosa è stata mettere in sicurezza, seguendo le nuove linee guida anti-covid, gli ambienti di lavoro, sia nel mio studio privato in Alessano (LE) che all'interno della struttura clinica San Francesco in Galatina (LE), dove collaboro. E' stato necessario convincere dapprima noi stessi e poi i pazienti, che potevamo lentamente riprendere l'attività professionale, senza correre troppi rischi. Fondamentale il lavoro di collaborazione a tutti i livelli, ossia con le mie assistenti e con tutto il personale sia per le chiamate, per le prenotazioni in studio e negli ambulatori in clinica, che nello svolgimento dell'attività ambulatoriale e chirurgica. E' stato necessario tranquillizzare i pazienti, che volevano essere sottoposti a visita o ad intervento, fornendo loro tutte le informazioni sui DPI adottati e contestualmente, spiegare loro, anche cosa a loro volta dovessero fare per essere sottoposti a visita o ad interventi chirurgici. Ancora più difficile è stato riprendere l'attività chirurgica, che nel mio caso riguarda soprattutto l'intervento per Cataratta, che per altro, è una patologia per lo più degli anziani e quindi i più timorosi, nei confronti del contagio. Essendo però la cataratta invalidante per la visione e quindi per le quotidiane attività, abbiamo potuto riprendere la nostra attività, in Clinica San Francesco, anche prima delle circostanti strutture ospedaliere. Infatti la suddetta clinica è ACCREDITATA al SSN e come tutte le cliniche convenzionate, hanno molto supportato l'attività ambulatoriale e chirurgica, come mai forse era successo. Tutto questo è stato possibile, grazie ad un grande lavoro d'equipe, di tutto il personale sanitario e compreso, l'amministratore della stessa nella persona del Dr Giovanni Maria Tartaro". **Lei ha sempre cercato di tranquillizzare i pazienti?** Si certo. Rispettando e soprattutto mettendo

in pratica le regole: distanziamento negli ambulatori, rilevamento temperatura, percorsi obbligati all'interno della struttura, triage degli eventuali contatti sospetti, con familiari e/o conoscenti positivi, obbligo delle mascherine e via dicendo". **A voi sono stati già somministrati i vaccini?** "Sì. Tramite la clinica San Francesco siamo stati tutti sottoposti ai vaccini (personale medico, infermieristico e di laboratori)".

Come è riuscita a coniugare il ruolo di professionista con quello di essere donna con problematiche aggiunte in famiglia?

"Non è stato e non è facile da donna, ma l'amore e la passione per il mio lavoro e verso i miei pazienti, la voglia di crescere sempre nella mia professione, mi hanno dato la forza di affrontare le difficoltà, cercando comunque e sempre di essere presente per la mia famiglia, chiaramente sottraendo tempo ed attenzione ai miei cari. Vivo a Bari, ma da 23 anni esercito la mia libera professione nel Salento, quindi lontano dai miei cari e da quasi 6 anni dirigo il Day-Service di Oculistica presso la Clinica San Francesco quindi con ancora più responsabilità". **Sulla parità di genere c'è ancora da fare molta strada?** "Sì ancora c'è molta strada da fare. In realtà questo è e resterà, secondo me, un retaggio culturale rispetto alla gente e ai colleghi. Quando cammino per i corridoi della clinica, ma anche nel mio studio, è molto raro che le persone si rivolgono a me chiamandomi dottoressa. Questo non mi indispettisce ma mi dà solo conferma della disuguaglianza; io personalmente non mi sento meno medico, ma non è sempre piacevole non essere riconosciuta nel mio ruolo. State pur certi che qualunque uomo, in una clinica, che indossi una divisa, è chiamato Dottore e non Signore. Nel mio caso specifico, però, devo dire, che l'amministratore della nostra clinica, nonché proprietario Dr G. Tartaro, ha avuto fiducia in me, nell'affidarmi il ruolo di Responsabile medico della Oftalmologia della Clinica San Francesco dimostrandomi stima e fiducia". **Secondo lei la pandemia ci ha imbruttiti soprattutto nelle relazioni?** "Sì. Siamo tutti più nervosi, meno pazienti, meno fiduciosi, privi di aspettative a lungo termine, di entusiasmo, di voglia di fare progetti per il futuro". **Quando ne usciremo dalla pandemia e come ne usciremo?** "Bella domanda! Molto provati. Ci vorrà tempo. Forse direi che dovremmo uscirne tutti più amanti della vita e della natura, più rispettosi di noi stessi e degli altri ma in questo non ho molta fiducia..."



Ornella Miano

Responsabile Territoriale Le-Br-Ta -
Donne AFORP

Uscire da questa realtà fredda. Per riavere la nostra libertà

Ho parlato come mamma, ho parlato come donna, oggi vorrei parlare da imprenditrice.

Siamo stati catapultati in questa realtà così fredda, un virus che ha cambiato il nostro modo di vivere nella quotidianità: niente strette di mano, niente abbracci, contatti di nessun genere, niente incontri con parenti, né con amici. Se mi avessero preannunciato tutto questo non ci avrei mai creduto, mi sarei fatta una risata e invece eccoci qua, da più di un anno, ad adeguarci a "Lui". La mattina quando entravo in ufficio e riuscivo a capire a malapena le parole dei ragazzi, coperti in volto dalla mascherina, un po' urlando, un po' con sguardi, si cominciava a comunicare con questo nuovo linguaggio, spesso fatto di paure e di distanza. I nostri tabelloni erano sempre più vuoti, il lavoro vacillava, gli interventi bloccati e l'angoscia di pensare, quanto e come sarebbe ancora andata avanti, era ricorrente. E pensavo e ripensavo ai miei amici ristoratori, a quel ragazzo che aveva fatto i salti mortali per aprire il suo primo bar, alla mia amica dell'agenzia di viaggi, alle agenzie immobiliari, ai negozi di abbigliamento, agli organizzatori di eventi, alle palestre e così via: tutti disperati ad aspettare un nuovo inizio.

Le sale operatorie che, sono, ormai, la nostra seconda casa, erano zone di terrore: "attenti agli ascensori", "prendete le scale", "non vi assembrate negli studi", "non parlate con i pazienti". Erano parole che ci ripetevano come mantra. Non era più come ci dicevano, ovvero quel virus aggressivo che colpiva solo persone deboli fisicamente, ma, anche in perfetta salute e bambini. A volte avevo così paura che mi sembrava di non respirare, di non riuscire a fare le scale, di avere capogiri e tutti i sintomi possibili. La mia testa mi ha spesso ingannato guidata dalla paura costante.

Ma dove arriveremo? Dove ci porterà tutto questo? Spero che questo nuovo amico, che è il vaccino, ci dia una speranza e ci riporti anche se lentamente, a rivivere la nostra vita con la serenità di sempre, che ci permetta di abbracciare chi amiamo, di viaggiare per il mondo. Di non avere più colori che suddividono la nostra Italia, di non vedere più respiratori e disperazione, ma soprattutto di riavere la nostra libertà, senza mettere in Pericolo le nostre vite.

È stata necessaria una grande opera di sensibilizzazione pubblica

Ammalati soli in ospedale, privati di una carezza e di un sorriso



Come ha affrontato la realtà pandemica in relazione ai pazienti e alle prestazioni erogate e quale è stato il grado di difficoltà?

“La Pandemia da Coronavirus 19 si è abbattuta come un vero e proprio Tsunami sul nostro Sistema Sanitario Pubblico, già enormemente provato. Dopo un primo momento di difficoltà e riorganizzazione, in cui sono state garantite sempre e comunque tutte le urgenze ed emergenze, con grande sforzo e rischio di tutto il personale sanitario, è stato necessario garantire tutte le prestazioni elettive, perché nessuna patologia si arresta dinanzi alla Covid 19. Per quanto riguarda la mia professione di Anestesista, ciò è stato possibile grazie ad uno sforzo organizzativo tra le Unità Operative Mediche e Chirurgiche, l'Unità Operativa Complessa di Anestesia e Rianimazione e la Direzione Sanitaria.

È stato semplice applicare i dispositivi di protezione e far rispettare le regole?

“I dispositivi di protezione personale, benché fondamentali, sono stati una difficoltà aggiunta al nostro lavoro assistenziale. Nelle prime fasi della Pandemia, è stato addirittura difficile reperirli; ciascuno di noi, pur di lavorare e proteggersi, ha provveduto nei modi più disparati, addirittura, nel nostro caso, facendole arrivare a proprie spese dall'Estero. Le cose poi son cambiate e l'approvvigionamento per le nostre strutture è stato più semplice e continuativo. Purtroppo, non è facile trascorrere un turno lavorativo, che può essere anche di 12 ore, con mascherine ad elevata performance protettiva, visiere, caschi, tute, doppi guanti, che rendono difficile anche le più basilari attività lavorative della nostra

professione, come posizionare un accesso venoso, figurarsi manovre complesse e salvavita come l'intubazione orotracheale o addirittura un intero intervento chirurgico. Far rispettare le regole non è stato e non è semplice tutt'ora, dopo un anno esatto dal caso numero uno. È stata necessaria una grande opera di sensibilizzazione pubblica, anche attraverso i mezzi di comunicazione di massa, che qualche sconsiderato ha definito addirittura “terroristica”; io credo, invece, che non sia stata sufficiente considerando quello che si vede in strada ancora oggi”.

Lei ha già ricevuto la somministrazione delle due dosi di vaccino? Ritiene che sia cambiato il suo approccio con i colleghi, pazienti e la struttura ospedaliera?

“Sì, ho già ricevuto le prime due dosi di vaccino. Grazie all'Asl di Lecce, noi Anestesisti siamo stati tra i primi ad essere vaccinati, contemporaneamente e senza alcun ritardo rispetto al resto d'Italia. Purtroppo, ad oggi, mi sento di dire che il mio approccio prudenziale con colleghi, personale, pazienti e struttura ospedaliera non sia cambiato, e non è cambiato nemmeno l'approccio con tutto ciò che è al di fuori dell'ospedale. Credo sia doveroso per il momento continuare a rispettare le tre fondamentali regole di distanziamento sociale, lavaggio e disinfezione delle mani e utilizzo di dispositivi di protezione individuali”.

Come è riuscita a coniugare il ruolo di professionista con quello di essere donna con problematiche aggiunte in famiglia?

“Questa è una domanda che mi colpisce molto da vicino. Sono mamma di un bimbo di due anni e, insieme a mio marito, Anestesista anch'egli, viviamo lontani dalla nostra famiglia d'origine, che non vediamo da quasi un anno. La paura quotidiana di essere una fonte di rischio per nostro figlio o i nostri cari, di doverci separare da lui senza sapere come poterlo gestire al meglio nell'eventualità di una quarantena, ci accompagnano quotidianamente. Purtroppo, mi duole molto dirlo, ma viviamo in un Paese che non tutela e non sostiene sufficientemente la maternità, la paternità

e la famiglia. Alle difficoltà lavorative, ogni giorno si associano le difficoltà organizzative familiari, per le quali siamo obbligati ad avvalerci di un aiuto privato, con tutti i rischi e le preoccupazioni ad esso connessi”.

Secondo lei la pandemia ci ha resi più vulnerabili e relativamente alle relazioni umane ci ha fatto chiudere di più in noi stessi?

“Purtroppo con la Pandemia sono state esacerbate tutte quelle condizioni di solitudine, isolamento e di mancanza di rete sociale. Mi riferisco soprattutto agli anziani, alle famiglie con diversamente abili o ammalati gravi che si son visti privati di quella rete di solidarietà fraterna che consentiva loro di far fronte alle difficoltà. Mi riferisco soprattutto agli ammalati soli in ospedale, privati di una carezza e di un sorriso. Tuttavia, noi tutti, adulti e bambini siamo stati colpiti nelle relazioni umane e sociali e con l'altro rispetto a noi stessi, risultando indeboliti, vulnerabili e più soli. L'ho provato in prima persona, durante il primo lockdown, con mio figlio che all'epoca aveva poco più di un anno, che ho visto cambiare nel suo approccio verso l'altro, passando da un'estrema socialità all'esserne quasi intimorito”.

Quando ne usciremo dalla pandemia e come ne usciremo?

“È difficile, ad oggi, fare previsioni su quando usciremo dalla Pandemia. Confido fortemente nella Scienza, ma credo che da sola non sia sufficiente. In principio ripetevamo “Andrà tutto bene”; purtroppo però non tutto è andato bene, il nostro Paese ha registrato un numero altissimo di vittime, molte anche nel personale sanitario impegnato in prima linea; inoltre, la crisi economica ha colpito la stragrande maggioranza delle medie e piccole attività, causando ulteriori vittime. A mio avviso, arrestare una pandemia, che è ciò che noi tutti stiamo provando a fare, non è solo una lotta contro la natura, da cui questo virus è emerso, ma è soprattutto una battaglia di civiltà. È la possibilità che abbiamo di sviluppare una civiltà diversa, dove l'individualismo e la cultura dell'IO lasci il posto all'idea del NOI. È questo ciò che auguro a noi tutti”.

Non è stato possibile curare l'aspetto umano e psicologico del paziente

Speriamo che la pandemia finisca presto

Antonia Napoli, infermiere professionale del blocco operatorio, con dodici sale operatorie di cui 2 dedicate ai percorsi Covid dell'Ospedale "Vito Fazzi" di Lecce. Racconta la sua esperienza professionale.

Quale è stato il suo approccio con i pazienti in percorsi Covid?

"L'approccio è stato diverso rispetto al reparto Covid, perchè noi abbiamo avuto modo di operare questi pazienti, conoscendo già il loro stato di positività. Quindi percorsi ben definiti dalla nostra direzione medica. Per quanto riguarda l'approccio il momento critico è stato il non saper come doversi comportare, perchè alle problematiche insite, si è aggiunta una barella di biocontenimento per spostare un paziente anziano o giovane traumatizzato. E' stato molto difficile. Anche perchè non veniva fatto come prima, ma con la vestizione indossando tuta, scafandro, doppi guanti che ne limitava i movimenti".

Di conseguenza aumentava il grado di difficoltà?

"Le difficoltà maggiori le abbiamo avute nella movimentazione con il personale sanitario. È stato molto difficoltoso soprattutto la fase di vestizione perchè bisognava farla in ambiente sterile per evitare contagi".

C'erano da rispettare dei protocolli?

"Si c'erano dei protocolli stabiliti dalla Direzione, ma all'inizio non sapevamo a cosa andavamo incontro. Sono stati stabiliti i percorsi e si pensava che potessero rimanere sulla carta, perchè, nella fase iniziale della pandemia c'erano pochi casi. Poi quando abbiamo cominciato a fare i primi percorsi Covid concreti, allora ci siamo attrezzati a fare varie simulazioni. Perchè non si poteva arrivare sul campo operatorio anche da parte dei chirurghi e non sapere a cosa si andava incontro. In questi ultimi mesi possiamo dire che i casi sono aumentati ed è una procedura ormai consolidata e sappiamo affrontare in maniera più adeguata il paziente Covid. Affrontiamo anche pazienti gestanti, neonati le cui mamme erano positive, e in un caso con lo stesso neonato risultato positivo".

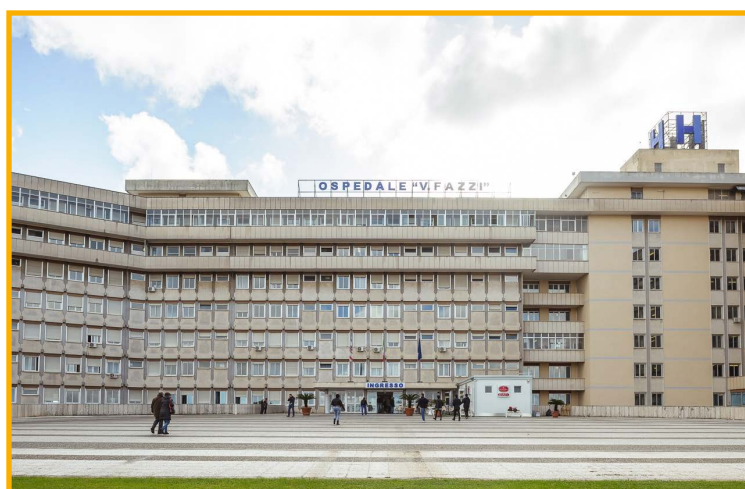
Il rispetto dei protocolli Covid vi imponeva di iniziare già la mattina a prepararvi per poi entrare in sala operatoria?

"Sì quando c'è un percorso Covid si inizia già dal mattino a prepararsi.

Quando ci sono ragazzini che sono positivi, spesso siamo amareggiate e non vediamo l'ora che finisca questa pandemia".

Come è riuscita a non farsi contagiare?

"Con la vestizione anche da parte dei chirurghi che bisogna seguirli negli spostamenti, ma anche dei colleghi. Abbiamo fatto un training e soprattutto all'inizio, quando da noi i casi erano sporadici, abbiamo fatto delle simulazioni. Però adesso posso dire che sia i colleghi che i chirurghi, nessuno di noi è andato incontro a positività".



Siete già state sottoposte a Vaccinazione anticovid?

"Siamo stati tra i primi reparti a fare le due dosi di vaccino e siamo tutti vaccinati. Ma non dobbiamo mai abbassare la guardia perchè attualmente abbiamo fatto due/tre interventi consecutivi con tutte i Dpi previsti come lo scafandro, doppi guanti, FFP3. E' pesante usare tutti questi DPI perchè in sala operatoria ci vuole molta concentrazione e bisogna essere attenti anche nella vestizione perchè è il momento più critico in cui ci si può anche inquinare".

Come siete riusciti a resistere per tanto tempo, circa 1 anno, con queste modalità di operare?

"Non vediamo l'ora che finisca questa situazione, perchè ci manca il contatto con i pazienti. Anche in sala operatoria l'approccio con i pa-

zienti è molto ristretto, condizionato dai percorsi Covid e ulteriormente si riduce quando il paziente giunge dal percorso di bio contenimento. Quella parola di conforto, di vicinanza è molto ridotta. Quando andiamo in una sala non Covid, lo scambio di una parola, di un incoraggiamento rivolto al paziente è ben diverso e si crea una bella relazione. Noi curiamo anche l'aspetto umano e soprattutto psicologico".

Avete applicato la cosiddetta resilienza per resistere a lungo?

"I pazienti ci fanno tanta tenerezza. Non è bello vederli sulle barelle di bio contenimento. Nonostante i nostri sforzi, non è facile umanamente superare questa sofferenza. Ad esempio c'è un mio collega che ne soffre tantissimo, va in ansia e non sopporta tutto questo. In sala operatoria peraltro aumenta la sudorazione e ne usciamo tutti bagnati per la pesante protezione. E quando gli interventi durano 4-5 ore qualcuno chiede il cambio".

Come donna come ha influito la sua condizione per superare i momenti critici?

"Certo risentiamo di questo lungo periodo di difficoltà. Dopo che affrontiamo 3-4 interventi in percorso Covid, poi c'è la soddisfazione e ci diciamo che abbiamo lavorato bene. Dopo il lavoro c'è la famiglia e noi donne abbiamo una responsabilità maggiore".

Come è riuscita a coniugare la vita professionale con quella familiare?

"Con il distanziamento. Ho una figlia che lavora in un ospedale a Foggia come anestesista, mio marito è invece è insegnante e ha vissuto a distanza".

Stiamo alla fine di questa pandemia. Cosa avverte dall'interno di un ospedale?

"E' un passo in avanti, ma la popolazione non è stata ancora vaccinata. Noi siamo fortunati che siamo stati vaccinati. C'è il rammarico perchè la maggior parte delle persone non hanno avuto la prima dose del vaccino. Noi ci sentiamo privilegiati che abbiamo già avuto il vaccino. Noi, purtroppo, continueremo a lavorare in sala operatoria con percorsi Covid e non sappiamo quando finirà questa pandemia".

I Distretti in prima linea per la vaccinazione della popolazione fragile

Obiettivo: vaccinare subito

**COLLABORAZIONI
INTERPROFESSIONALI
E OPPORTUNITÀ
per la Puglia**

Come di consueto, anche in questo numero proviamo a fare il punto della evoluzione della assistenza distrettuale e della organizzazione territoriale per fronteggiare l'emergenza pandemica in atto.

Nei Distretti, come state affrontando operativamente la campagna di vaccinazione Covid-19?

“La Regione Puglia, con D.G.R. n. 2132 del 22/12/2020, ha recepito il Piano Strategico Nazionale Vacci-

All'uopo, è stato dato mandato ai Direttori Generali delle ASL di adottare con urgenza tutte le diverse azioni logistiche ed organizzative propedeutiche al pronto avvio della campagna di vaccinazione, a partire dalla costituzione del Nucleo Operativo Aziendale (NOA) CovidVacc, istituito nella ASL Bari con deliberazione del D.G. n. 1901 del 29/12/2020 e destinato al coordinamento ed alla gestione a livello locale delle attività previste dal PSNV, in raccordo con la Cabina di Regia Regionale. Nella fase iniziale

Salute n. 0042164 del 24/12/2020 e di cui alle circolari regionali di attuazione del modello (prot. n. 6637 del 30/12/2020, n. 0032 del 04/01/2021, n. 1377 del 07/01/2021). Nel rispetto delle istruzioni operative per l'allestimento del vaccino Comirnaty, nonché di quelle fornite dal Direttore Dipartimento Sicurezza e Qualità Asl Ba e secondo gli indirizzi del Direttore Generale, è stato progressivamente portato a regime un modello territoriale volto alla gestione dei PVT, che hanno affiancato i PVO attivati in



nazione anti Sars-CoV-2/COVID-19 (PSNV), per effetto del quale nella nostra Regione si è dato avvio alla procedura di immunizzazione degli operatori del SSR (c.d. fase 1), prevedendo per le fasi successive un progressivo coinvolgimento di tutti gli attori utili al conseguimento degli obiettivi di una strategia strutturata su un modello risk based e destinata a coinvolgere, a regime, l'intera popolazione residente, a partire dalle categorie prioritariamente individuate.

della campagna vaccinale si prevede una gestione centralizzata della vaccinazione con l'identificazione di siti ospedalieri e/o territoriali. Per le finalità sopra tratteggiate, il NOA, nei primi di Gennaio 2021, ha posto all'ordine del giorno la creazione di un percorso organizzativo di distribuzione Hub and Spoke, volto ad attivare in ogni territorio Distrettuale un Punto Vaccinale Territoriale (PVT), secondo le indicazioni operative di cui alla circolare del Ministero

ogni presidio Ospedaliero e quelli gestiti direttamente dal Dipartimento di Prevenzione”.

Come state organizzando, invece, la gestione di Punti Vaccinali in provincia di Bari?

“In osservanza delle procedure di vaccinazione delineate dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione Asl Ba, ogni Direttore di Distretto ha organizzato un Punto Vaccinale

Territoriale autonomo, avviando, altresì, collaborazioni con PVO attivati nei Presidi Ospedalieri di riferimento ovvero con i Punti di Vaccinazione attivi presso le diverse Aree territoriali del Dipartimento di Prevenzione per la vaccinazione delle categorie previste, nel rispetto delle tabelle di rischio stabilite dalla Regione ed afferenti ai diversi Ambulatori e Servizi Distrettuali, ai medici convenzionati (Specialisti, MMG, PLS, CA, USCA, SCAP e collaboratori infermieristici e di studio), ovvero ai Dipartimenti Territoriali (SEU118, DSM, NPIA, Dipartimento Dipendenze Patologiche, Medicina Penitenziaria), nonché alle altre categorie meglio individuate dalla circolare regionale prot. n. 0134 del 10/01/2021 (operatori addetti ai

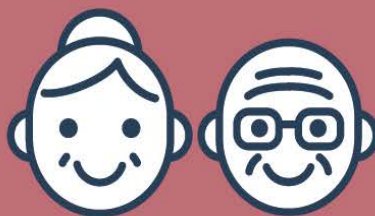
sentito l'accesso con permanenza prolungata nelle strutture di ricovero e ambulatoriali, a contatto con gli operatori sanitari e sociosanitari".

Come si svolge la procedura di registrazione della fase di vaccinazione e quali categorie sono state individuate come prioritarie?

"Tutte le attività di vaccinazione eseguite sono soggette a registrazione tempestiva e, comunque, entro la giornata di vaccinazione, nel Sistema Informativo Regionale GIAVA COVID. Nel rispetto del PSNV, il processo vaccinale prevede l'organizzazione non solo di PVO e PVT, ma anche di PVSr (Punti di vaccinazione in Strutture Residenziali) e relativi Team Mo-

e di trasmetterla a pazienti suscettibili e vulnerabili in contesti sanitari e sociali. La vaccinazione di tale categoria aiuterà, inoltre, a mantenere la resilienza del servizio sanitario, rappresentando, quindi, una priorità assoluta; 2) le altre categorie previste secondo precedenza stabilita dal modello risk based, quali gli anziani, a partire dagli ultraottantenni inseriti in strutture residenziali, i quali sono ad alto rischio di malattia grave a causa dell'età avanzata, la presenza di molteplici comorbidità e la necessità di assistenza per svolgere le normali attività quotidiane; stessa cosa dicasi per le persone di età avanzata assistite a domicilio, oltre a quelle deambulatorie, per le quali è stata avviata una specifica e massiva vaccinazione tut-

CORONAVIRUS



PRENOTAZIONI PER IL VACCINO ANTI-COVID PER LE PERSONE DAGLI 80 ANNI IN SU

servizi di pulizia e sanificazione degli ambienti sanitari, operatori delle associazioni di volontariato che operano in convenzione, ad es. trasporto, ADI, ecc), operatori di società terze impegnati stabilmente in attività di manutenzione di impianti e attrezzature all'interno di strutture di ricovero e assistenziali, o in attività di front-office a diretto contatto con i pazienti (CUP, Casse Ticket, Uffici Protesi, etc.), informatori scientifici ed altre classi di professionisti ai quali è con-

bili di supporto fino alla previsione di PVP (Punti Vaccinali di Popolazione), tuttora in fase di organizzazione. La realizzazione di PVT Distrettuali ha risposto alla esigenza di sfruttare l'effetto protettivo diretto dei vaccini, previa identificazione delle categorie da vaccinare in via prioritaria nelle fasi iniziali, ovvero 1) gli operatori sanitari e sociosanitari "in prima linea", sia pubblici che privati accreditati, soggetti a un rischio più elevato di contrarre l'infezione da Covid-19

tora in corso".

E' vero che sono previsti Team mobili?

"Si sta valutando di istituire presso ogni PVT un Team mobile costituito da un medico responsabile ed un minimo di n. 2 operatori, destinati alla vaccinazione domiciliare per i soggetti impossibilitati a raggiungere i punti di vaccinazione a causa di difficoltà deambulatorie o assistiti in ADI/ADP.

L'insieme di queste attività richiede, tuttavia, un cospicuo impegno da parte del personale coinvolto, a partire da una preliminare formazione (corsi ISS) e verifica dei requisiti stabiliti (possesso di attestato valido per BLSD) e per tutte le attività che vengono via via implementate e che richiederanno un impegno di lavoro straordinario ben oltre l'ordinario orario di servizio. Nella prima fase sarà fondamentale potenziare il focus sugli operatori sanitari, in quanto primi beneficiari del vaccino e, a loro volta, esecutori materiali della vaccinazione. Costoro avranno il precipuo compito di fornire informazioni ac-

gli aventi diritto".

Dopo quanti giorni dalla somministrazione della prima dose si effettua il richiamo?

"La vaccinazione eseguita con il vaccino Comirnaty prevede una dose di richiamo dopo 21 giorni, quella con il vaccino Moderna, invece, una dose di richiamo dopo 28 giorni. E' stata di recente autorizzata una terza tipologia di vaccino, formulata dalla azienda AstraZeneca".

Come si esplicherà la Fase 3?

Circolare Ministeriale n. 42164 del 24/12/2020, è stata prevista, in ogni Punto Vaccinale, la creazione di due differenti modelli: A e B. Il modello B prevede n. 2 unità di personale vaccinale per singolo ambulatorio attivo all'interno del PVT ed è preferibile come modello che riduce i tempi di vaccinazione del singolo soggetto ed aumenta i volumi di attività, prevedendo la presenza di n. 1 medico per massimo n. 5 ambulatori vaccinali in linea, oltre che di personale vaccinatore (infermieri o assistenti sanitari), deputato alla preparazione e somministrazione del vaccino, pari a n. 2 unità per ogni ambulatorio in linea; in



Vincenzo Gigantelli

Presidente Card Puglia

curate, obiettive e complete in modo proattivo con l'obiettivo di promuovere una vasta adesione alla campagna vaccinale da parte della popolazione".

La fase 2 della campagna vaccinale è già partita il 22 Febbraio scorso?

"Sì, a far data dallo scorso 22 Febbraio è stata prevista l'attivazione in tutta la ASL Bari di oltre 50 Punti di Vaccinazione con una offerta rivolta agli ultra ottantenni da realizzarsi in un arco di tempo molto limitato, con l'obiettivo di garantire la realizzazione di una copertura vaccinale a tutti

"A seguire, con l'incremento delle dosi di vaccino, il modello organizzativo vedrà via via una maggior articolazione sul territorio; saranno gradualmente sottoposte a vaccinazione le altre categorie di popolazione, quali anzitutto gli insegnanti ed il personale scolastico, le forze dell'ordine, il personale delle carceri e dei luoghi di comunità, etc.

Il personale destinato alle unità vaccinali sarà costituito da un numero flessibile di medici, infermieri, assistenti sanitari, Oss e personale amministrativo di supporto.

Secondo il modello indicato dalla

affiancamento opera anche personale OSS, o figura equivalente, per misurazione della temperatura nel punto di accoglienza e attività di sanificazione degli ambulatori vaccinali, pari a n. 1 unità per ogni 4 ambulatori vaccinali in linea, e personale amministrativo, n. 1 unità per ogni 4 ambulatori vaccinali in linea, per procedura di recall, accoglienza, ritiro modulo consenso informato adeguatamente compilato e firmato, registrazione e certificazione della vaccinazione effettuata".

Draghi ha annunciato una campagna non-stop, 7 giorni su 7. E' confermato?

"I punti vaccinali possono essere attivi 7 giorni su 7, compresi dunque prefestivi e festivi, al fine di consentire l'ottimale espletamento di questo complesso e articolato processo.

A livello regionale e a livello locale saranno individuati referenti che risponderanno direttamente alla struttura di coordinamento nazionale e si interfaceranno con gli attori del territorio, quali i Dipartimenti di Prevenzione, per garantire l'implementazione dei piani regionali di vaccinazione ed il loro raccordo con il Piano Nazionale di Vaccinazione.

L'attività di vaccinazione territoriale, secondo direttive del Direttore del Di-

della Direzione Strategica, anche su altri territori aziendali".

C'è collaborazione da parte dei cittadini?

"Due aspetti salienti vorrei evidenziare. Il primo è che auspichiamo la disponibilità di vaccini in modo costante e continuativo, perché la campagna proceda velocemente e su larga scala. La seconda è che i cittadini collaborino per la buona riuscita della campagna vaccino Covid, rispettando gli appuntamenti nella data e nell'ora stabilita, per evitare in modo assoluto spreco di vaccini che per alcune for-

a livello nazionale è in corso di sottoscrizione un accordo tra Ministero e OOSS di rappresentanza della Medicina Generale in cui "le parti condividono la necessità che nell'ambito degli accordi a livello regionale sia individuata, sulla base delle indicazioni e delle priorità definite dal "Piano strategico vaccinale", la platea dei soggetti da sottoporre a vaccinazione da parte dei medici di medicina generale, in relazione alla fascia di età, alle patologie, alle situazioni di cronicità, alla effettiva disponibilità di vaccini, nonché le modalità logistiche/organizzative per la conservazione e la somministrazione del vaccino."



partimento di Assistenza Territoriale condivise con la Direzione Sanitaria nell'ambito del NOA, è stata avviata sin dai primi di gennaio 2021. A seguire, ogni Distretto ha progressivamente attivato quanto di propria competenza.

Con particolare riguardo alla organizzazione operativa del PVT e delle équipe mobili, si ritiene di implementare al bisogno il modello descritto con attività da svolgersi secondo le indicazioni operative regionali e del NOA CovidVacc Asl BA. L'operatività dei Team Vaccinali sarà garantita su tutto il territorio distrettuale e, a richiesta

mulazioni non possono essere mantenuti a lungo dalla preparazione. Per ridurre al minimo questa malaugurata evenienza, si sta predisponendo un elenco di persone candidate alla vaccinazione da utilizzare quali "riserve" da vaccinare in casi di emergenza e di disponibilità di dosi non utilizzate per mancata presentazione di soggetti prenotati".

E' prevista la attiva partecipazione alla campagna di vaccinazione dei medici di medicina generale?

"Proprio mente le parlo apprendo che

Questa collaborazione è ovviamente strategica per raggiungere i pazienti domiciliari e per organizzare una campagna di vaccinazione più ampia e capillare.

Ovviamente dovremo attendere le decisioni regionali per comprendere come dovranno operare i medici di medicina generale per garantire ai propri assistiti le somministrazioni del vaccino, coerentemente alle diverse fasi della campagna vaccinale ed ai relativi target di riferimento".

Non si può non comunicare

La profonda differenza fra parlare e comunicare

**COLLABORAZIONI
INTERPROFESSIONALI
E OPPORTUNITÀ
per la Puglia**

COMUNICAZIONE

"Comunicare efficacemente significa migliorare le relazioni e rafforzare la propria leadership".

Di fronte a problemi di comunicazione osserviamo un equivoco comune: la profonda differenza fra parlare e comunicare. Quando dobbiamo gestire situazioni difficili non possiamo improvvisare

Delineeremo quindi un breve percorso all'interno del grande capitolo della comunicazione umana soffermandoci in particolare sulla teorizzazione di Paul Watzlawick, psicologo e filosofo austriaco ed eminente esponente della Scuola di Palo Alto.

Presupposti teorici

Lo studio della comunicazione umana

la corretta conduzione di un gruppo di lavoro. E' importante sottolineare che la pragmatica della comunicazione ha l'obiettivo di determinare, rilevare e, possibilmente, risolvere i problemi comunicativi nel qui ed ora delle interazioni; durante le interazioni diventa importante cercare di capire a quale scopo viene adottato un determinato comportamento e non fare ipotesi sul "perché", sulle possibili cause di un gesto, o di una



un discorso, sperando che qualcosa accada, dobbiamo viceversa comunicare, cioè porci un obiettivo da raggiungere e sviluppare un messaggio chiaro ed efficace che ci porti al raggiungimento di quell'obiettivo. Si capisce dunque come la conoscenza degli elementi chiave della comunicazione interpersonale sia fondamentale in ogni circostanza, tanto più quando a dover comunicare e raggiungere obiettivi è un gruppo di lavoro guidato da un manager e l'obiettivo è un obiettivo di salute, come nel caso della Sanità.

può essere suddiviso in tre settori: la sintassi, la semantica e la pragmatica. Nel primo ci si interessa di esaminare tutte le problematiche relative alla codifica e decodifica dell'informazione (per es. il rumore o il canale); la semantica ha a che fare con il significato che gli interlocutori attribuiscono al messaggio mentre la pragmatica riguarda gli effetti che una determinata comunicazione hanno sul comportamento. Ci pare che quest'ultimo aspetto sia di gran lunga il più importante da conoscere ai fini del-

parola: il qui ed ora della comunicazione è di per sé sufficiente a rivelarci tutto quello che può servire per evidenziare una "patologia" comunicativa che andrà poi risolta.

Gli assiomi della pragmatica della comunicazione

La teorizzazione della scuola di Palo Alto si fonda su 5 assiomi:

1- Non si può non comunicare.

Il comportamento non ha un suo opposto, ovvero non si può "non comportarsi", abbiamo sempre un comportamento. Se concordiamo nel definire l'emissione di un messaggio un comportamento, ne consegue che non si può non comunicare. Proviamo a pensare ad una reale situazione di interazione: come potremmo "non comunicare" con il nostro interlocutore? Molti, a questa domanda, rispondono che lo si può fare attraverso il silenzio... ma la comunicazione è solo verbale? No. E anche il silenzio "posturale" comunica qualcosa e lo fa attraverso canali diversi dalla parola ma spesso molto più espressivi.

2. Ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e uno di relazione.

3. La punteggiatura della sequenza di eventi

Nelle interazioni, il flusso comunicativo è regolato da quella che Bateson e Jackson hanno definito "punteggiatura della sequenza di eventi": ovvero noi riceviamo un messaggio e reagiamo ad esso secondo la legge dello scambio.

A questo proposito è interessante sottolineare come spesso i conflitti relazionali nascono proprio da una "punteggiatura conflittuale" della sequenza di scambi: con questo si intende che i conflitti nascono ogniqualvolta la persona interpreta il proprio comportamento come causato dal comportamento dell'altro e mai come causa della reazione dell'altro; entrambi gli interlocutori quindi, accusano l'altro di essere la causa del pro-

prio comportamento. Come uscire da un tale circolo vizioso? Attraverso la meta comunicazione, ovvero comunicando su aspetti di relazione e non di contenuto.

4. Comunicazione numerica ed analogica

Gli esseri umani comunicano sia con il modulo numerico (il nome che attribuiamo alle cose) che con quello analogico, ovvero attraverso la comunicazione non verbale (gesti, posture, tono della voce, sequenza e ritmo delle parole). Il linguaggio numerico serve a trasmettere informazioni e a trasmettere la conoscenza, quello analogico ci dà informazioni sulla relazione tra i parlanti. Il linguaggio numerico ha una sintassi logica e complessa ma è manchevole di una se-



Il contenuto è verbale e si riferisce a ciò che viene detto; con l'aspetto di relazione ha a che fare con il "come" tale contenuto viene espresso. In questo modo, in ogni atto comunicativo, oltre al contenuto (informazione) si avranno degli indicatori su come questo vada interpretato (informazioni sulle informazioni)



mantica adatta a livello della relazione; il linguaggio analogico, invece, ha una semantica, ma non ha la sintassi adeguata per definire la natura della relazione. Ecco spiegato perché per due persone è così difficile parlare sulla relazione che intercorre tra loro: si tratta di dover tradurre il modulo analogico in quello numerico, sforzo non banale e che può generare notevoli ambiguità. Fine

Continua a supportare la Rete Oncologica regionale in ambito Gastroenterologico

Centro di eccellenza per la cura delle patologie gastrointestinali

**COLLABORAZIONI
INTERPROFESSIONALI
E OPPORTUNITÀ
per la Puglia**

L'IRCCS "Saverio de Bellis", centro di eccellenza per la cura delle patologie gastrointestinali, continua a supportare la Rete Oncologica regionale in ambito Gastroenterologico, intervenendo nella cura dei pazienti complessi.

L'IRCCS vanta una pluriennale e consolidata esperienza nel trattamento locoregionale delle patologie oncologiche primitive e secondarie del fegato, mediante procedure percutanee ed intrao-

reversibile, il trattamento di un tumore al III stadio dell'istmo del pancreas (4 cm circa) in un paziente di 67 anni interessato da intenso dolore neoplastico per infiltrazione di una importante ganglio neurale addominale.

Il cancro al pancreas risulta essere uno dei tumori più complicati da trattare chirurgicamente, in quanto gli interventi e le varie tecniche, che potremmo definire standard, utilizzano le alte o basse

lule malate.

L'intervento eseguito dal Dott. Fucilli, mediante Elettroporazione Irreversibile, è stato eseguito in anestesia generale con il supporto dell'Equipe della UOC di Anestesia e Rianimazione dell'IRCCS de Bellis", guidata dal Dott. Francesco Gabriele, e si è svolto in sala TC, pre-



operatorie di termocoagulazione a radiofrequenza (RFA), micro-onde (MWA) e di elettroporazione irreversibile (IRE).

Nello specifico, l'IRE si basa su una nuova tecnica di distruzione dei tumori allocati in sedi non diversamente trattabili perché vicine a strutture vascolari o biliari.

Recentemente, l'equipe diretta dal Dott. Fabio Fucilli, Responsabile della UOS di Diagnostica per Immagini e Radiologia Interventistica, ha effettuato, con successo, mediante Elettroporazione Ir-

temperature per rimuovere la lesione e, pertanto, presentano un rischio elevato di danni collaterali ai vasi sanguigni, che nel pancreas formano una rete intricata sulla quale è molto difficile intervenire. La tecnica di Elettroporazione Irreversibile, invece, è una tecnica di ablazione non termica che sfrutta la capacità degli elettrodi, impiantati nel tessuto malato, di creare campi elettrici, liberando scariche elettriche, indolori per il paziente, ma che consentono di aprire pori della membrana cellulare ed eliminare le cel-

ceduto da un dettagliato studio anatomico con apparecchiatura TC 128 slice di ultima generazione mediante utilizzo di mezzo di contrasto per identificare il target neoplastico in modo volumetrico e le strutture vascolari coinvolte. Lo scanner TC 128 slice in uso presso l'IRCCS, fornendo immagini di elevata qualità e dettaglio con una riduzione della dose di radiazioni fino all'80%, mediante una tecnologia nota con il nome di "i-dose", consente di poter effettuare tali procedure con il minimo danno biologico, in

termini di radiazioni assorbite dal paziente senza pregiudicare la qualità di imaging.

La procedura, durata circa 2 ore, è stata effettuata mediante infissione di quattro aghi elettrodi, tra loro paralleli, in corrispondenza della lesione neoplastica e collegati ad una speciale apparecchiatura, unica nel suo genere, capace di erogare micro-scariche elettriche ad altissimo voltaggio (1500 V/cm) in modo da determinare l'alterazione permanente ed irreversibile delle membrane cellulari neoplastiche inducendo così la loro distruzione.

La tecnica innovativa utilizzata permette di ottenere una necrosi non termica della lesione neoplastica trattata, garantendo l'integrità delle strutture va-

vamente di consulenza oncologica e controlli imaging per follow-up oncologico, come già di norma accade per i pazienti presi in carico dall'IRCCS "Saverio de Bellis".

Nell'UOC di Chirurgia dell'IRCCS "Saverio de Bellis" interventi di resezione pancreatica (duodenocefalopancreasectomia/splenopancreasectomia distale), vengono effettuati con alti volumi; infatti nel corso del 2020 si sono registrati più di 70 interventi di questo tipo.

In questo contesto, l'Elettroporazione Irreversibile del pancreas, effettuabile anche in sede intraoperatoria in corso di resezione pancreatica per ridurre il rischio di recidiva locale di malattia, incrementa il panel di prestazioni erogate dall'Ente in ambito di Radiologia

IRE, apre un nuovo capitolo di speranza per i pazienti affetti da tale forma di tumore pancreatico localmente avanzato e non metastatico, integrata alla chemioterapia sistemica, consentendo, come da revisioni di svariati studi internazionali, di ottenere una sopravvivenza media di 23 mesi circa, donando nuove chance di trattamento così anche ai pazienti che un tempo non ne avevano.

L'avanzamento tecnologico terapeutico rientra nell'ambito di un più ampio potenziamento tecnologico messo in atto della Direzione Strategica dell'Ente, che trova espressione anche nella recente attivazione della Risonanza Magnetica 3 Tesla presso la UOSD di Diagnostica per Immagini, unica apparecchiatura in



scolari contigue.

Il risultato dell'intervento, valutato alla fine della procedura, ha evidenziato un ampio volume di ablazione in assenza di complicanze immediate.

Il paziente, nelle 24 ore successive, ha dichiarato un netto miglioramento della sintomatologia dolorosa tanto da non rendersi necessaria l'assunzione di terapia antidolorifica giornaliera.

Il paziente è stato dimesso a 4 giorni dall'intervento e al momento della dimissione si presentava in buone condizioni di salute e necessitava esclusi-



Interventistica oncologica, affiancandosi alle altre procedure che abitualmente vengono erogate dall'Ente, come biopsie percutanee e transgiugulari, embolizzazioni, ed alle procedure di stretta pertinenza epatologica-gastroenterologica come il posizionamento di TIPS (Shunt Transepatico Porto-Sistemico) in pazienti cirrotici, di cui la Radiologia Interventistica dell'IRCCS, guidata dal Dott. Fucilli, è riferimento in ambito regionale collaborando con diversi centri HUB e SPOKE del territorio.

Il trattamento locoregionale mediante

struttura pubblica nella Regione Puglia, finanziata con i fondi PO-FESR.

Didascalie alle foto

Foto 1: da sinistra a destra: Direttore Generale dell'Ente Dott. Tomaso Antonio Stallone; il Presidente della Regione Puglia Dott. Michele Emiliano; Il Responsabile della UOSD di Diagnostica per Immagini e Radiologia Interventistica, Dott. Fabio Fucilli

Foto 2: Nella foto dell'equipe da sinistra a destra Dott. Marco Grasso, Inf. Alessandro Mastroiocco, TSRM Antonio Santomauro, Dott. Francesco Gabriele, Dott. Fabio Fucilli Dott. Giuseppe Di Giovanni

Team multidisciplinare sceglie collegialmente di attuare un trattamento medico neo adiuvante

Per l'intervento, durato poco più di 5 ore, hanno lavorato assieme tre gruppi di lavoro

Asportati ad un 54enne una rara neoplasia maligna del timo, un lobo del polmone destro, un'altra porzione di quello sinistro, il pericardio fino all'aorta e parte del diaframma

54enne di Vico del Gargano (FG), dopo i consigli del suo medico curante decide di sottoporsi ad alcuni accertamenti. Con una radiografia prima ed una tac poi, gli viene diagnosticata una neoplasia maligna del timo, un tumore molto raro che colpisce una piccola ghiandola situata nel mediastino, tra i polmoni, e che produce e rilascia cellule del sistema immunitario, i linfociti T.

**COLLABORAZIONI
INTERPROFESSIONALI
E OPPORTUNITÀ
per la Puglia**

ziare il trattamento con una terapia in grado di ridurre le dimensioni del tumore e permettere quindi un intervento chirurgico di asportazione. Il paziente ha risposto bene alla che-



L'intervento, eseguito da un team composto da chirurghi toracici, cardiocirurghi e cardioanestesisti, è stato effettuato nella sala operatoria ibrida dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza per consentire la possibilità di fermare il cuore ed attivare la circolazione extracorporea

«Avevo sintomi simil influenzali da più di 6 mesi, con periodi di raffreddore intenso intervallati da periodi in cui ero in buona salute, e un senso di forte oppressione al petto». Antonio,

Subito dopo la diagnosi, il caso viene discusso dal team multidisciplinare della Lung Unit dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza - composto da oncologo, chirurgo toracico, cardiocirurgo, cardioanestesista, pneumologo, rianimatore e radioterapista - che sceglie collegialmente di attuare un trattamento medico neo adiuvante.

«La strategia iniziale - ha spiegato Concetta Di Micco, oncologa e coordinatrice della Lung Unit dell'Ospedale di San Giovanni Rotondo - era di ini-

mioterapia e, d'intesa con il gruppo di studio, si è deciso di programmare l'intervento chirurgico nei tempi pre-stabiliti dal protocollo».

«Abbiamo convocato il paziente per informarlo delle possibilità di programmare l'intervento chirurgico e gli abbiamo chiesto, successivamente, di condividere le informazioni con la sua famiglia - ha spiegato Marco Turchini, direttore dell'Unità di Chirurgia Toracica - L'intervento era sì rischioso, ma vista l'età del paziente

bisognava provarci senza esitazione». Mauro Cassese, direttore dell'Unità di Cardiocirurgia ha condiviso da subito l'idea di eseguire l'intervento nella sala operatoria ibrida della Cardiocirurgia: «avendo il sospetto di un'infiltrazione del tumore in alcuni vasi del cuore - ha dichiarato - abbiamo pensato di prepararci al peggio predisponendo, grazie all'apporto del personale di sala operatoria, tutto il necessario per fermare il cuore ed effettuare l'intervento mantenendo in vita il paziente con una circolazione extracorporea, tramite la cosiddetta macchina cuore-polmoni».

Per l'intervento, che è durato poco più di 5 ore, hanno lavorato assieme tre

e protegge il cuore) fino all'aorta e il diaframma destro, che è stato in parte ricostruito. Il cuore per fortuna era intatto e non vi era nessuna compromissione delle strutture cardiache.

Dopo una settimana di ricovero il paziente è stato dimesso in buone condizioni, non prima di aver effettuato ulteriori accertamenti. Continuerà ad essere seguito dall'Unità di Oncologia per i trattamenti del caso.

«Ciò che più mi preme sottolineare è che un ottimo risultato come questo è stato possibile grazie alla programmazione e alla pianificazione attenta della strategia, delle variabili prevedibili e al lavoro di squadra di tutte le

unità coinvolte ha concluso Turchini. Dobbiamo ringraziare anche Antonio che, assieme alla sua famiglia, ha condiviso i rischi anche infausti e le possibilità di ciò che ci accingevamo a fare. Dopo un solo giorno di riflessione ci ha contattati per accettare. Ha dimostrato un coraggio e una determinazione che ci hanno ulteriormente convinto che stavamo facendo la cosa giusta».

«Ho avuto molta paura ha sottolineato Antonio, che di professione fa il custode.

Mi sono confrontato con mia moglie e con le mie figlie e ho deciso di provarci. Mi sono affidato a Padre Pio e



gruppi di lavoro: Chirurgia Toracica, Cardiocirurgia e Cardioanestesia. Al paziente sono stati asportati una massa tumorale del diametro di 20 cm localizzata nel timo e alcuni organi vicini infiltrati dalla neoplasia: il lobo superiore del polmone destro, una porzione del lobo superiore del polmone sinistro, tutto il pericardio (la membrana che racchiude



ai chirurghi che lavorano nel suo Ospedale. È stato un rischio, ma di cui ero convinto.

Io l'ho fatto per loro, la mia famiglia. Voglio ringraziare tutti, chirurghi, anestesisti, rianimatori, il personale di sala operatoria e anche quelli di reparto. Le mie preghiere sono state ascoltate, pregherò per tutti voi».

COVID19, Ricerca dall'Istituto Nazionale Malattie Infettive "Spallanzani" e dell'IRCCS Casa Sollievo

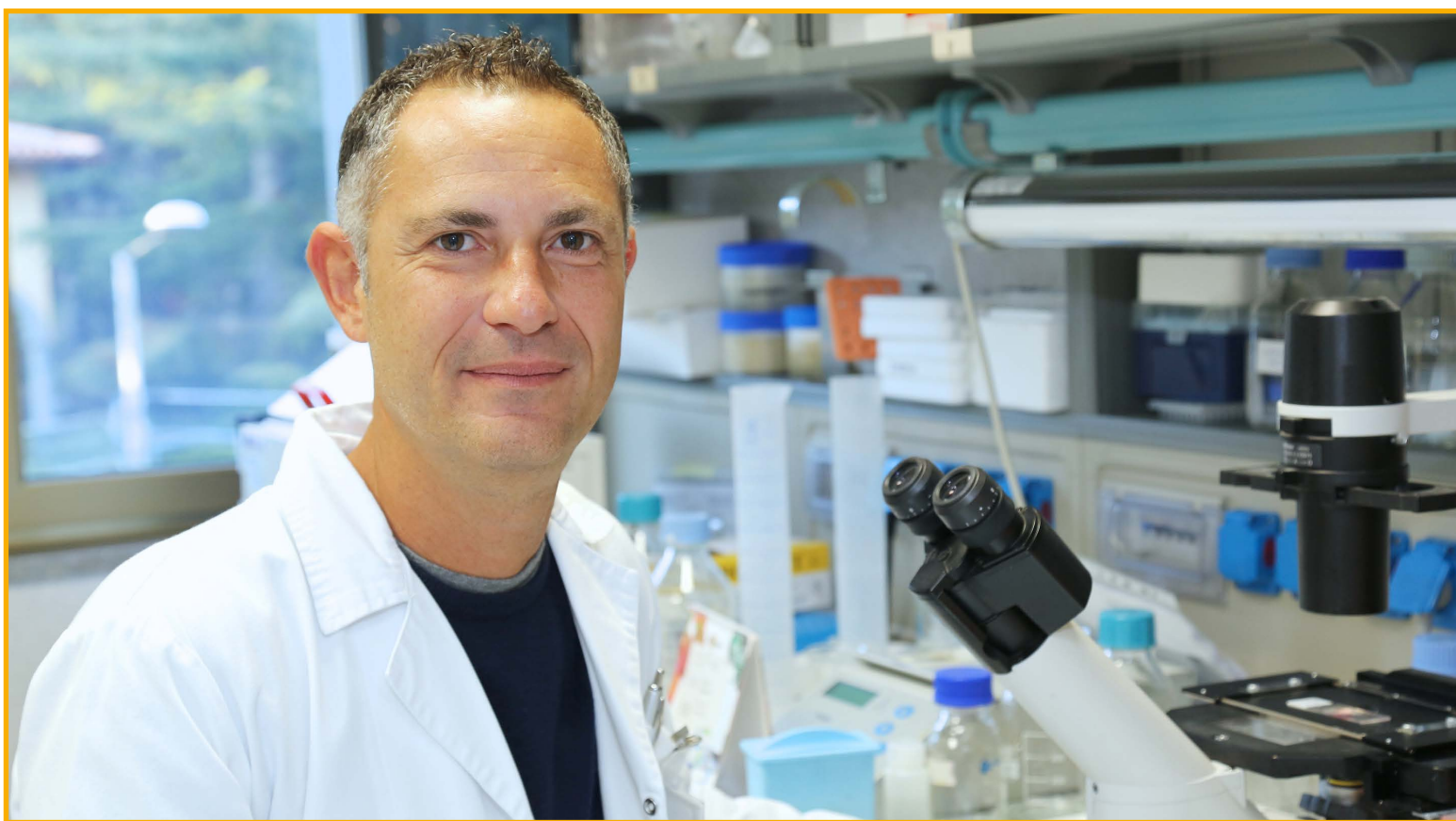
Apri a nuove prospettive per la gestione clinica dei pazienti

**COLLABORAZIONI
INTERPROFESSIONALI
E OPPORTUNITÀ
per la Puglia**

COVID19, dall'analisi del microbiota intestinale uno strumento in più per la diagnosi. Una ricerca dall'Istituto Nazionale Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" e dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza apre nuove prospettive per la gestione clinica dei pazienti.

Giovanni Rotondo (FG), appena pubblicata dalla rivista scientifica PLOS ONE. Il Covid-19, come noto, è una malattia che interessa le basse vie respiratorie, ma il virus Sars-Cov-2 che la provoca è stato individuato anche in altri distretti corporei. In particolare, la presenza del virus in tamponi rettali dimostra che, oltre che nei polmoni, esso può aggredire anche altri organi, come l'intestino: d'altra parte il recettore ACE2, che è

rassiti e virus, che comunemente chiamiamo "flora intestinale" e che svolge una funzione essenziale nel mantenere l'equilibrio (la cosiddetta "eubiosi") dell'organismo. Recenti ricerche hanno evidenziato l'esistenza di un "asse polmoni-intestino", nel quale il microbiota intestinale, quando le cellule immunita-



L'infezione da Sars-Cov-2 provoca alterazioni della flora intestinale che, opportunamente analizzate con sistemi di sequenziamento genomico di nuova generazione, possono fornire nuovi strumenti per la diagnosi e per la terapia del Covid-19, e per la stratificazione dei pazienti per profili di rischio. Sono questi i risultati più importanti di una ricerca condotta congiuntamente dall'Istituto Nazionale Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" di Roma e dall'IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" di San

la porta d'ingresso attraverso la quale il virus penetra nelle cellule umane, è abbondantemente presente anche nelle cellule del tratto gastro-intestinale. Per di più una importante proporzione di pazienti Covid-19 evidenzia sintomi gastrointestinali, e diverse ricerche in passato hanno dimostrato che le infezioni respiratorie, e tra esse il Covid-19, si associano ad alterazioni della composizione del microbiota intestinale, quella complessa "comunità" composta soprattutto da batteri, ma anche da lieviti, pa-

rie intestinali hanno individuato patogeni estranei, rilascia prodotti microbici e immuno-modulatori che aiutano la regolazione dell'immunità polmonare, e viceversa.

Sulla base di queste premesse, i ricercatori dell'INMI e della Casa Sollievo della Sofferenza hanno ipotizzato che la polmonite da Sars-Cov-2 possa influenzare il microbiota intestinale, e che da queste alterazioni si possano estrarre marcatori diagnostici che potrebbero essere di grande aiuto nella stratifica-

zione dei pazienti e dei relativi profili di rischio di malattia grave.

Per la ricerca sono stati raccolti, tra aprile e maggio 2020, i tamponi rettali di 23 pazienti ricoverati presso l'INMI, suddivisi in tre gruppi: nove positivi al Sars-Cov-2 ricoverati in degenza ordinaria (w-COVID19), sei positivi al Sars-Cov-2 ricoverati in terapia intensiva (i-COVID19), e otto pazienti ricoverati in degenza ordinaria o terapia intensiva ma negativi al test per Sars-Cov-2, utilizzati come gruppo di controllo. I campioni di questi pazienti sono stati quindi sottoposti a sequenziamento genomico dell'RNA ribosomiale 16S, tecnica che permette di individuare i diversi microorganismi presenti nel microbiota in

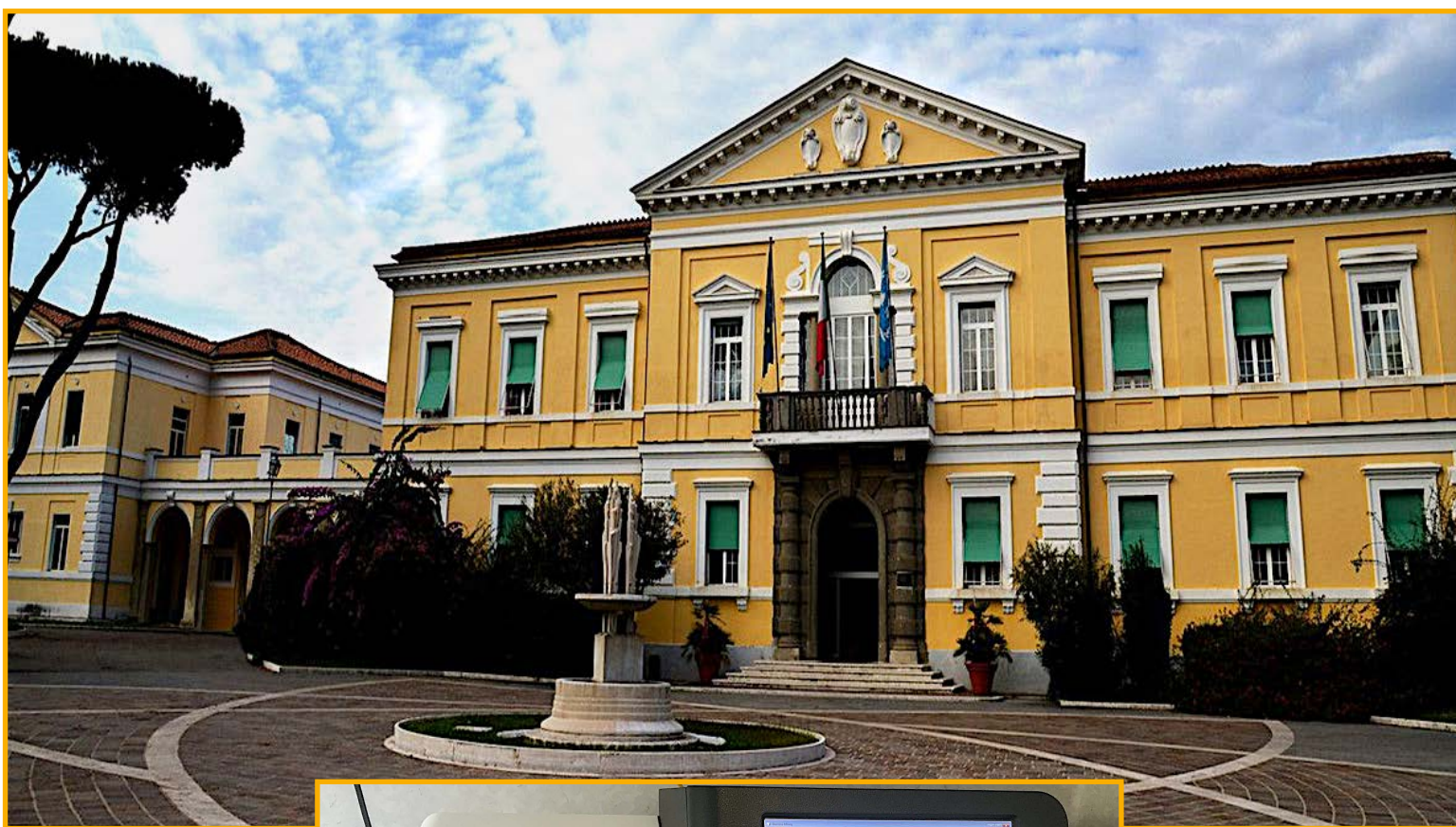
denziato un calo dell'indice Chao1, che misura la ricchezza microbica. I pazienti w-COVID19, invece, hanno evidenziato una maggiore quantità di Proteobacteria, mentre i pazienti i-COVID19 mostravano maggiori quantità delle famiglie Staphylococcaceae, Microbacteriaceae, Micrococcaceae, Pseudonocardiaceae, Erysipelotrichales.

"La nostra ricerca costituisce soltanto il primo passo di una nuova e promettente area di ricerca, che andrà approfondita con gruppi più ampi di pazienti ed includendo anche pazienti paucisintomatici o asintomatici", hanno dichiarato Antonio Mazzarelli e Maria Letizia Giancola dell'INMI; "Ciò che appare chiaro tuttora è che la flora intestinale dei pazienti

Covid-19 presenta significative differenze: sia rispetto ai pazienti non Covid, sia in relazione al diverso grado di severità della malattia. Una evidenza, questa, di grande importanza, che apre la strada a successive promettenti applicazioni diagnostiche e cliniche".

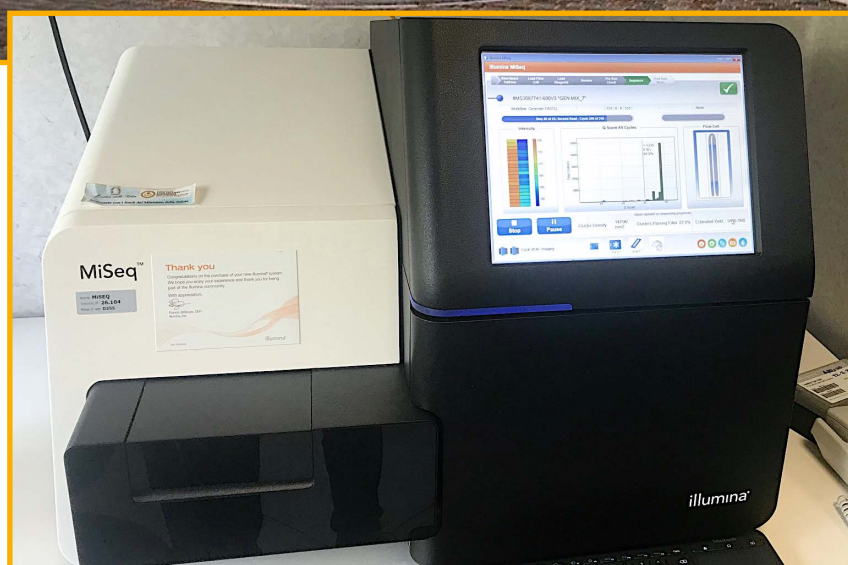
"Questi dati possono aprire nuove prospettive anche in campo terapeutico in un prossimo futuro" ha aggiunto Valerio Pazienza, biologo del Laboratorio di ricerca in Gastroenterologia dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza.

"È possibile presupporre una opzione terapeutica adiuvante agli attuali trattamenti oggi disponibili, dove l'integrazione di specifiche miscele di probiotici,



maniera assai più rapida ed efficiente rispetto alle tecniche microbiologiche classiche.

Dall'analisi sono emerse significative differenze nella composizione del microbiota tra i tre gruppi di pazienti. Rispetto al gruppo di controllo e ai pazienti w-COVID19, i pazienti i-COVID19 hanno per esempio evi-



opportunamente selezionati per competere selettivamente con i microorganismi dannosi aumentati nei pazienti Covid-19, possa sia attenuare la perdita di ricchezza del microbiota intestinale che mitigare il decorso della malattia, evitando magari il rischio di trasferimento nel reparto di terapia intensiva per i pazienti SARS-CoV-2 positivi".

Tumore del pancreas non operabile: al Miulli il primo caso trattato con successo

Con l'elettroporazione irreversibile percutanea

La procedura è stata eseguita dall'Equipe di Radiologia Interventistica diretta dal dott. Riccardo Inchingolo con l'ausilio anestesilogico del dott. Vito Del Monte. Una paziente di 72 anni, affetta da un tumore del pancreas

di poter essere effettuata sotto guida TAC – senza alcun taglio cutaneo – e si basa sull'introduzione di due o più aghi sottili all'interno del tumore pancreatico. Tali aghi, attivati da un generatore, emettono impulsi elettrici che

**COLLABORAZIONI
INTERPROFESSIONALI
E OPPORTUNITÀ
per la Puglia**



di Radiologia Interventistica diretta dal dott. Riccardo Inchingolo con l'ausilio anestesilogico del dott. Vito Del Monte, è durata circa 90 minuti. La paziente è stata dimessa dopo sole 48 ore dall'intervento ed è ora in ottime condizioni generali.

«Quando oramai tutti mi dicevano che non era possibile fare nulla, il dott. Inchingolo e tutto il personale medico e infermieristico dell'Ospedale Miulli mi hanno dato una speranza di cura», afferma la paziente. «Se oggi sto bene, lo devo a loro».

Il Miulli rappresenta attualmente un centro di riferimento per il tumore del pancreas, essendo uno dei pochissimi centri a livello nazionale in grado di

non operabile, è stata trattata con successo all'Ospedale "F. Miulli" di Acquaviva delle Fonti (Ba) con elettroporazione irreversibile, una moderna tecnica mininvasiva eseguita sotto guida TAC. La paziente aveva scoperto la patologia alcuni mesi addietro e, dopo diverse valutazioni in altri centri, il tumore era stato giudicato non asportabile chirurgicamente per la presenza di altre patologie concomitanti. Il team multidisciplinare del Miulli ha però effettuato una valutazione differente,



decidendo di utilizzare questa particolare procedura per il trattamento del tumore del pancreas. L'elettroporazione irreversibile ha la particolarità

distruggono preferenzialmente le cellule del tumore, risparmiando strutture importanti come vasi e dotti. La procedura, che è stata eseguita dall'Equipe

offrire l'elettroporazione irreversibile sotto guida TAC come tecnica in affiancamento alla chirurgia, alla radioterapia e all'oncologia.

Gastroenterologia ed endoscopia digestiva

Nuove tecnologie mini invasive per la cura dell'apparato digerente

COLLABORAZIONI
INTERPROFESSIONALI
E OPPORTUNITÀ
per la Puglia

Prosegue il percorso di implementazione tecnologica dell'Ospedale Miulli, che oggi compie un altro passo in

avanti per la realizzazione di tecniche innovative e mini-invasive. A poche settimane dalla costituzione della nuova

Unità Operativa Complessa di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, diretta dal Dott. Francesco Decembrino, l'Ospedale si è infatti dotato di nuove strumentazioni endoscopiche all'avanguardia, che costituiscono un tassello fondamentale nel percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti oncologici e in generale dei pazienti affetti da patologie epato-bilio-pancreatiche e del tubo digerente. È ora infatti disponibile una moderna apparecchiatura di Ecoendoscopia (EUS), dotata di una sonda ecografica miniaturizzata che consente una precisa caratterizzazione di svariate patologie dell'apparato digerente operando dall'interno del nostro corpo. «Nel corso degli ultimi anni la moderna disciplina dell'Endoscopia Digestiva si è evoluta in modo esponenziale – spiega il dott. Decembrino – in particolare con l'affermazione di tecniche endoscopiche innovative e mini-invasive, fondamentali per supportare da un punto di vista diagnostico e operativo le altre Unità Operative coinvolte nel percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti. L'Ecoendoscopia (EUS) è sicuramente tra queste ed è divenuta una delle procedure endoscopiche che maggiormente caratterizza tali strutture, costituendo un cardine fondamentale del percorso endoscopico-chirurgico della patologia epato-bilio-pancreatica e di quella del tubo digerente. In particolare, con tale tecnologia, sarà possibile la stadiazione delle patologie neoplastiche e l'esecuzione di campionamenti di materiale biologico che consentiranno un aumento della resa diagnostica ed una accelerazione del percorso terapeutico. Tali aspetti hanno notevole rilevanza, in quanto impattano sensibilmente sulla prognosi dei pazienti oncologici». Le nuove strumentazioni endoscopiche sono già disponibili ed operative in ospedale e vanno dunque a integrarsi nella proposta sanitaria dell'Ente per la cura delle persone.



La radioterapia del Miulli fra i 100 centri al mondo e unico in Italia ad eseguire trattamenti senza tatuaggi

Maggiore precisione e monitoraggio nella cura dei tumori

**COLLABORAZIONI
INTERPROFESSIONALI
E OPPORTUNITÀ
per la Puglia**

A circa un anno e mezzo dall'inaugurazione del Miulli.art – il Centro di Radioterapia Oncologica dell'Ospedale Generale Regionale "F. Miulli" – l'emergenza Covid-19 non ha fermato la cura dei pazienti oncologici, portando al trattamento di circa 900 pazienti nel 2019 e 1200 nel 2020. La grandissima attenzione fornita sia dal punto di vista terapeutico che psicologico trova oggi un nuovo traguardo grazie alla possi-

terapia Miulli ART. «Si tratta di tattoo visibili per sé e per gli altri, indelebili, che rappresentano un ricordo costante e indesiderato della terapia e spesso in conflitto con credenze socio-religiose».

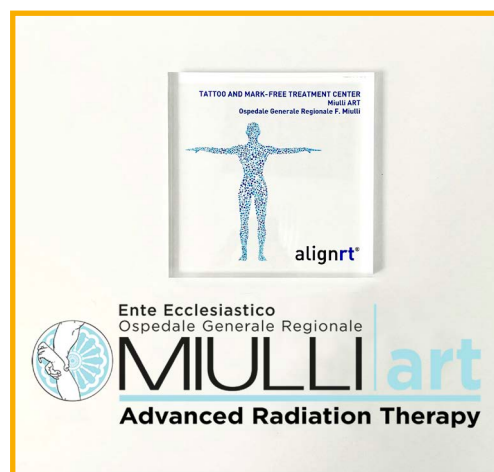
Ad oggi, L'Ente Ecclesiastico Ospedale Generale Regionale "F. Miulli" di Acquaviva delle Fonti è il primo centro in Italia ad eseguire trattamenti radioterapici senza tatuaggi grazie all'utilizzo

di AlignRT, il sistema di SGRT (Surface Guided Radiation Therapy). VisionRT, azienda britannica punto di riferimento mondiale per la metodica SGRT, ha conferito al centro di radioterapia avanzata Miulli.ART il premio "Tattoo and Mark-Free Treatment Centre", un riconoscimento che pone il nosocomio di Acquaviva delle Fonti come uno dei 100 centri a livello mondiale ad eseguire trattamenti radioterapici senza



bilità di eseguire trattamenti radianti senza esecuzione di markers cutanei e/o tatuaggi. Grazie all'utilizzo di sistemi di radioterapia guidati dalla superficie corporea si ottengono dunque una maggiore precisione e un miglior monitoraggio durante il trattamento radiante.

«Dal punto di vista del paziente, i tatuaggi non sono ben accettati per diverse ragioni», spiega la Dott.ssa Alba Fiorentino Direttore dell'U.O.C. Radio-



tatuaggi. Il sistema AlignRT, unico nel suo genere, utilizza ben sei telecamere stereoscopiche ad altissima risoluzione, capaci di analizzare ad elevatissima velocità le immagini prodotte. In tal modo è possibile ricostruire la superficie 3D del paziente in tempo reale, calcolando i suoi spostamenti con accuratezza sub-millimetrica, prima e durante il trattamento.

Punto di forza aggiuntivo del sistema AlignRT è appunto la possibilità di eli-

minare l'utilizzo dei tatuaggi, come ci spiegano la Dott.ssa Alba Fiorentino e la Dott.ssa Ilaria Bonaparte, Responsabile Fisico Medico dell'U.O.C. Radioterapia Miulli ART. «La presenza dei tatuaggi svolge da sempre un ruolo cruciale nel workflow clinico di un trattamento radioterapico», spiega la Bonaparte. «Nonostante l'avvento dell'IGRT (Image Guided Radiation Therapy), il posizionamento giornaliero iniziale del paziente necessita comunque della presenza di 3 punti tatuati sulla cute. Inoltre, dal punto di vista strettamen-

te tecnico, la presenza di soli 3 punti tatuati su una superficie elastica e mobile, quale la cute, non assicura un posizionamento altamente riproducibile e accurato.

Durante la fase di posizionamento, infatti, AlignRT proietta sulla cute del paziente centinaia di punti luminosi, associabili a tattoo virtuali, il che rappresenta un'informazione indubbiamente maggiore rispetto all'utilizzo di soli tre tatuaggi. Ciò consente, in brevissimo tempo, di apportare correzioni non

solo traslazionali ma anche rotazionali. Il posizionamento ottenuto è costantemente monitorato durante l'intera seduta di trattamento, interrompendo il fascio in presenza di qualsiasi minima e imprevista variazione (es. movimento del paziente, variazione della fase respiratoria...).

«Nel nostro reparto, aggiunge la dott.ssa Fiorentino, «abbiamo implementato l'utilizzo di AlignRT in maniera graduale: le prime pazienti alle quali abbiamo risparmiato l'esecuzione dei tattoo



sono state le pazienti che eseguivano radioterapia sulla ghiandola mammaria (sia a respiro libero che con DIBH Deep Inspiration Breath Hold). Dopo una fase di validazione iniziale, ed avendo maggiore confidenza dell'accuratezza del sistema, abbiamo iniziato a risparmiare i tattoo per i trattamenti pelvici ed attualmente anche per i trattamenti stereotassici extracranici.

Nella nostra routine clinica, il sistema AlignRT è diventato ad oggi uno strumento indispensabile, in grado di permetterci una riduzione dei tempi di posizionamento del paziente e un incremento dell'accuratezza, il tutto senza l'esecuzione di tatuaggi».

Nuove aree strategiche per futuri obiettivi

Soluzioni innovative e spirito di squadra hanno reso possibile il nostro successo

Come e quando nasce la vostra azienda?

"La Sismed è operativa dal 1986 nel settore ospedaliero con la denominazione SISMED s.r.l. di Longobardi A. & C."

Quali i fattori determinanti e le strategie che vi hanno consentito di crescere nell'ambito del Ssr?

"La competenza acquisita, la conoscenza del mercato in cui operiamo, il costante impegno giornaliero, hanno contribuito alla conquista di notevoli e crescenti successi nel corso del tempo. Le aree strategiche in cui la società attualmente opera sono:

- AB MEDICA e PENTAFERTE per le linee medicali ;
- ARIES per sistemi preparazione e somministrazione di farmaci oncologici, di nutrizione parenterale totale, di infusione e trasfusione;
- Siamo distributori per le regioni Puglia e Basilicata di linee per oculistica quali SIFI, NIKON, CSO, NEWTECH, FIMAS ed altri prestigiosi marchi sia nella diagnostica che nella chirurgia;
- Per le divisioni di neonatologia e pediatria abbiamo una serie di dispositivi medici di sicurezza sia per l'infusione endovenosa;
- Siamo distributori esclusivisti per la linea neurochirurgia della Ditta Tecnogamma importatore italiano della Promed per i sistemi per fissazione cranica e della PMT per i sistemi di trazione cervicale oltre che della ditta IATROTEK per quanto riguarda particolari sistemi iperspecialistici per neurochirurgia;
- In ortopedia e particolarmente per la traumatologia siamo distributori esclusivisti Puglia e Basilicata della ditta Hofer-Medical, della ditta 3D System (Kinamed cerchiaggio isoelastico) e della 4Medical srl (In2Bones)
- Per le linee chirurgiche siamo distributori Puglia e Basilicata della ditta GEM e del suo prodotto di punta e brevettato GLUBRAN®".

Quali sono stati i passi fondamentali che hanno garantito qualità e innovazione?

"Soprattutto con le certificazioni di qualità. La società è certificata dal 1998 con le norme ISO 9002, nel 2001 la società ha ottenuto il rinnovo di tale certificazione con le nuove norme ISO 9001:2015.

Abbiamo già effettuato audit di rinnovo triennale del nostro sistema qualità per il quale siamo in attesa del nuovo certificato che avrà validità fino al 2023".

proprietà con una superficie di circa 650 + 650 mq, su due piani con una capacità di circa 7.200 mc, in grado di contenere almeno 900 euro pallets;

- Gestione informatizzata di tutte le fasi commerciali;
- Addetti alle vendite e specialisti di prodotto qualificati e con certificazione rilasciata dall'Università di Genova per "tecniche commerciali e specialisti di sala operatoria".



Quali sono i punti forza della vostra azienda?

"I risultati, sono stati ottenuti con capacità imprenditoriale, sistema di qualità efficiente ed efficace continuamente implementato, assistenza pre-vendita e post-vendita, qualificazione e formazione continua del personale, attenzione alle nuove tecnologie sia quali beni strumentali, sia quali beni da proporre alla propria clientela, aggiornamento delle linee distribuite.

- La commercializzazione di marchi leader nel settore;
- Servizio di consegna rapido;
- Consulenze tese alla soddisfazione completa della prestigiosa Clientela;
- Magazzino merce in loco di nostra

Negli ultimi anni verso quali settori avete rivolto il core business?

"Negli ultimi anni abbiamo deciso di ampliare le nostre conoscenze anche in un settore totalmente nuovo come la NEUROLOGIA, diventando esclusivisti nazionali di due importanti marchi.

- Dal 2013 siamo diventati distributori esclusivi per l'Italia del neurostimolatore esterno craniale anti emicrania denominato CEFALY®;
- Da fine 2019 siamo importatori e distributori esclusivi per l'Italia del quanto per riabilitazione post Ictus BOSANA®".

Alta tecnologia in oftalmogia

DEALER per Puglia e Basilicata

sismed

**HEIDELBERG
ENGINEERING**



Nikon
optos

Leader globale nell'imaging diagnostico oftalmico ad alta tecnologia, Heidelberg progetta, produce e distribuisce strumenti diagnostici e apparecchiature utilizzate in tutto il mondo da oftalmologi e optometristi per la gestione la cura e il riconoscimento precoce delle patologie oculari e per prevenire le cause più comuni di cecità.

Le tecnologie di base dell'azienda comprendono : Tomografia a coerenza ottica (OCT spectral domain); Fluorangiografi a scansione ottica confocale laser . Software per l'analisi delle immagini, sistemi combinati ; HRT e microscopia confocale

Azienda Italiana leader internazionale nel settore oftalmico da oltre 50 anni conferma l'alto livello tecnologico della produzione diagnostica con il nuovo MS39 che rappresenta lo stato dell'arte per l'analisi del segmento anteriore dell'occhio. Naturale evoluzione dei sistemi Scheimpflug.

Nikon Optos, dispositivo di imaging retinico ultra-widefield che presenta uno swept source OCT-UWF integrato immagine optomap a 200° attraverso un'acquisizione in permette di effettuare una scansione OCT navigato dal centro fino all'estrema periferia della retina.



well
mini PROXA

well
mini **VISION UNINTERRUPTED**

Si chiama MediBox, un innovativo smart device del gruppo LORAN

La soluzione per la telemedicina domiciliare

Per soddisfare le funzioni principali dell'assistenza primaria nella fase post-pandemica, l'azienda LORAN ha progettato "MediBox", un innovativo smart device, tutto a portata di mano in una piccola box, in grado di fornire supporto bidirezionale all'attività dei Medici di AP ed agli Assistiti

In questo momento in cui le nostre abitudini sono cambiate per l'emergenza COVID19, vi è la necessità

Federazione medici di medicina generale (Fimmg) ed il sindacato dei medici dirigenti Anaao. Contemporaneamente, se la situazione attuale dovesse protrarsi anche nel futuro, si stima un arrivo 1.100 nuovi medici di base l'anno con un saldo negativo per la categoria di oltre 22mila unità.

A questo si aggiunge il dato dell'aumento dei costi sanitari e l'invecchiamento della popolazione che rendono il modello tradizionale di Assistenza

mizzando l'intensità di lavoro. Per questo LORAN, azienda informatica con 40 anni di esperienza sul mercato healthcare e tra le prime PMI innovative pugliesi, ha sviluppato "Medibox" dispositivo IoT indicato per la telemedicina domiciliare, ideato per aumentare l'attività umana, espandere la capacità diagnostica, supportare l'organizzazione, il monitoraggio, il miglioramento continuo dei processi clinico-assistenziali della cronicità e favorire il benessere



di pensare e strutturare una fase 2 in totale sicurezza con l'utilizzo costante della tecnologia e innovazione al servizio anche e soprattutto delle persone fragili.

L'Italia, a breve, dovrà affrontare la sfida sanitaria più temuta per la salute dei cittadini: si dovrà sopprimere alla mancanza di medici di base che, vedranno da qui al 2028 uscire dal servizio 33.392 medici di base e 47.284 medici ospedalieri, per un totale di 80.676 secondo i dati della

Primaria sempre più insostenibile. Per far fronte efficacemente a questi limiti dell'Assistenza Primaria e trovare una soluzione sostenibile ed economica che consentirebbe ad un numero inferiore di Medici di Base di assistere e prendere in carico un numero di Pazienti maggiore: con 22.000 unità di MMG in meno e non potendo espandere la forza lavoro dei Medici di base, grazie all'ausilio delle tecnologie digitali si potrebbe prevedere la presa in carico di un maggior numero di Assistiti, otti-

socialmente garantendo efficienza con un modello di Assistenza più rispondente alle sfide di salute, e con percorsi di cura più sostenibili.

Il dispositivo MediBox, che si interfaccia con il software gestionale per la sanità "MediHome", piattaforma web per i medici di AP, i medici in rete e le medicine di gruppo, nello specifico punta ad introdurre una sorta di "assistenza asincrona" associata con "la terapia di persona" (info: <http://medihome.it/>)

La Suite "MediBox + Medihome" si pone come obiettivo fondamentale quello di agevolare, trasmettere, assistere e condividere le informazioni sanitarie e di benessere della persona fragile sia in ambito domiciliare che in strutture protette, grazie all'utilizzo di numerosi strumenti che

mento e senza rinunciare al tocco personale del medico.

Inoltre, MediBox è dotato di un sistema operativo in grado di offrire pieno controllo delle funzionalità ideate ed un elevato livello di sicurezza.

L'ideazione dell'assistente virtuale e di una AI (intelligenza artificiale) permette di ottenere un'interfaccia uomo-macchina user-friendly che utilizzi un vocabolario comunicativo naturale per interfacciarsi con i software e gli hardware connessi.



creano un ambiente favorevole a 360° per la cura e il benessere dell'individuo.

I risultati principali derivanti dall'uso di tale tecnologia sono: sviluppare l'autocura per aiutare i pazienti a rimanere stabili dal punto di vista medico; consentire consulti/Visite da remoto per personalizzare la cura e ottimizzare le terapie; assicurare la continua gestione delle patologie croniche grazie all'"assistenza asincrona" di invio informazioni, domande e immagini; il sistema tecnologico MediBox fornito in dotazione direttamente a casa del paziente, si collega al Televisore di casa e gli Assistiti possono chiedere aiuto senza dover attendere un appunta-

L'utilizzo di un sistema Cloud sviluppato per la storicizzazione dei dati risulta un ausilio importante al sistema finale in grado di salvaguardare i dati e permettere la fruizione remota anche in sistemi separati di condivisione.

Con questa soluzione LORAN ha progettato un dispositivo di telemedicina in grado di gestire e trasmettere da remoto le informazioni sanitarie e consentire l'inclusione sociale dei soggetti più fragili, che necessitano o vogliono usufruire del supporto domiciliare o presso RSA o case di riposo.



Campagna nuovi Associati 2021

Per gli Imprenditori del Servizio Sanitario Regionale

Con A.F.O.R.P. 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 Economi 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.ajorp.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@ajorp.it

STAMPA



Via dei Gladioli, 6 - Modugno (Ba)