

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

CRILDA

Centro di ricerca sul Lavoro
"Carlo Dell'Aringa"

CRILDA Working Paper

Managing Long Covid, a new challenge for Healthcare Organizations

*Stefano Denicolai
and
Costanza Baldrighi*

Working Paper n. 5-2024



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Managing Long Covid, a new challenge for Healthcare Organizations

Stefano Denicolai

Università degli Studi di Pavia

Costanza Baldrighi

Università degli Studi di Pavia

Working Paper n. 5-2024

CRILDA

Centro di Ricerca sul Lavoro “Carlo Dell’Aringa”

Università Cattolica del Sacro Cuore

Largo Gemelli 1 - 20123 Milano – Italy

tel: +39.02.7234.2976 - fax: +39.02.7234.2781

e-mail: dip.economiaefinanza@unicatt.it

The CRILDA Working Paper Series is intended to circulate research results by team members of the Research Centre. (more details at <http://centridiricerca.unicatt.it/crilda>).



Bando Cariplo - Networking and capacity building on PASC

PROGETTO

"The Post-Covid-19 Syndrome: network building and innovative management to address a new public health emergency"

PASCNET– June 2024

WP5 - Piani di intervento per la gestione e la presa in carico della cronicità emergente

Responsabile Prof. S. Denicolai – *Università degli Studi di Pavia*

Costanza Baldrighi – *Università degli Studi di Pavia*

Sommario

<i>SECTION A) Literature Review</i>	3
Managing Long Covid, a new challenge for Healthcare Organizations.	3
1. What is PASC? Challenges, Changes and Coping Strategies of a new Healthcare Emergency.	3
2. How Long Covid Impacts People's Lives: Physical Symptoms and Psychological Repercussions	4
3. Under Pressure: The Impact of Long Covid on Healthcare Workers and Organizations	6
4. Organizing for Long Covid: how healthcare organizations should respond to this challenge?	9
5. The Organizational Impact of Covid-19 and PASC: insights from Italy	11
6. Conclusions	12
<i>SECTION B) Quantitative Analysis</i>	14
1. 14	
2. 14	
3. 15	
4. 16	
<i>SECTION C) Qualitative Analysis</i>	17
1. Introduction	17
2. Methodology	17
2.1 Data Collection	17
2.2 Data Analysis	18
3. Insights from the Interviews	18
3.1 Impact on “PDTA” and Patient Journey: Agile, Widespread, and Integrated Between Physical and Mental Health	19
3.2 Impact on Human Capital	21
3.3 Inter-organizational and Interdisciplinary Impact as a Central Element of Change	21
3.4 Digital Transformation	25
3.5 Limited Organizational Impact (Apparently)	26
<i>Conclusions and Best Practices</i>	27
<i>References</i>	30

SECTION A) Literature Review

Managing Long Covid, a new challenge for Healthcare Organizations.

1. What is PASC? Challenges, Changes and Coping Strategies of a new Healthcare Emergency.

On May 5th 2023, more than 3 years after its onset, the World Health Organization (WHO) declared the end of the COVID-19 pandemic¹. Despite the end of the emergency, estimates indicate that 65–200 million individuals worldwide are living with the consequences of the disease, informally known as “Long Covid” (Kennedy et al., 2024; MacEwan et al., 2024). Indeed, experts believe that the prevalence of Long Covid may be higher than initially estimated, especially among the unvaccinated and those living in socioeconomically disadvantaged regions (Yang & Tebbutt, 2023).

But *when* did Long Covid become an issue? Since the early months of the pandemic, it was noticed that many patients who had been discharged or declared recovered from SARS-CoV-2 infection still exhibited symptoms of various natures or had even developed new ones². Therefore, a *new condition* was defined: officially called Post-Acute SARS-CoV-2 syndrome (PASC), sometimes referred to as “Post-Covid Condition” (PCC) and commonly known as ‘Long Covid’ (Kennedy et al., 2024). The scientific community generally accepts the definition of PASC as “*not recovering [for] several weeks or months following the start of symptoms that were suggestive of COVID, whether you were tested or not*” (Nabavi, 2020). Subsequently, the World Health Organization provided a definition of Long Covid that includes temporal references: “*It is defined as the continuation or development of new symptoms 3 months after the initial SARS-CoV-2 infection, with these symptoms lasting for at least 2 months with no other explanation*”³.

From the outset, correctly diagnosing PASC in patients who have been, reportedly or not, infected by Covid-19 has proven to be a rather complex matter: it is noteworthy that even the official definition provided by the WHO implies a diagnosis by exclusion, as indicated by “*no other explanation*”. Indeed, the extensive array of symptoms associated with this condition, totaling over 200 documented manifestations, which in turn occur in various combinations, durations, and intensities depending on the patient (Davis et al., 2023), makes its identification and diagnosis extremely complex (Yang & Tebbutt, 2023). Moreover, the mechanisms by which a COVID infection leads to the onset of Long Covid in a patient, as well as any potential correlation with the intensity of initial symptoms, remain

¹ Source: World Health Organization - www.who.int/news

² Source: National Institute of Health (USA) - <https://covid19.nih.gov/>

³ Source: World Health Organization - www.who.int/europe

not fully understood (Krysa et al., 2023): additionally, there are no absolute certainties regarding *who* is most susceptible to developing the syndrome, although older individuals, those with pre-existing chronic conditions, and females seem to be at higher risk⁴.

From a research perspective, symptoms of Long Covid are still not all recognized and are often understudied (Yang & Tebbutt, 2023). Among the most common symptoms are respiratory difficulties, sleep disturbances, fatigue, widespread pain, gastrointestinal symptoms, and muscle weakness⁵; headaches, memory loss, difficulty concentrating, and the so-called *brain fog*, a state of mild to moderate cognitive impairment described by many individuals as a long-term result of a Covid infection (Surapaneni et al., 2022; Tabacof et al., 2022), are also commonly reported by patients. Symptoms may affect one or more systems and range in intensity from mild to debilitating. For people that have PASC, living with such symptoms may have a severe impact on both physical and mental health, affecting their participation in society, and more generally, influencing negatively the perceived and actual quality of life of these individuals (Mastrososa et al., 2023; Tabacof et al., 2022).

The difficulty of identifying and therefore diagnosing this condition, its impact on people's daily lives, and the need to ensure continuous access to the care they require (Ziegler et al., 2022) all contribute to making PASC a health emergency that is likely to persist well beyond the conclusion of the pandemic, posing significant repercussions on public health (Kennedy et al., 2024).

2. How Long Covid Impacts People's Lives: Physical Symptoms and Psychological Repercussions

One of the major complexities concerning the management of Long Covid is that, to date, standardized protocols are still few and almost exclusively focus on symptom management (Kennedy et al., 2024). However, what would be necessary is a holistic approach to their condition to effectively improve patients' situation (Tippett et al., 2022): in fact, individuals affected by PASC must deal with a multitude of different symptoms (Wurz et al., 2022) that compromise their physical and mental health even for many months after the original infection (Tak, 2023): symptoms such as tiredness, respiratory difficulties, or mental fatigue not only have physical repercussions but can also negatively interfere with everyday life, impeding normal work activities and social life (Ziegler et al., 2022), as well as hindering physical activities and inhibiting clear thinking (Tabacof et al., 2022).

⁴ Source: <https://hms.harvard.edu/news/who-most-risk-long-covid>

⁵ Source: ISS - [Indicazioni ad interim sui principi di gestione del Long-COVID](#)

Similar impairments lead to high levels of frustration among individuals (Surapaneni et al., 2022) with corresponding negative effects on their mental health. Additionally, feelings of sadness, concern about their condition, and potential sleep disturbances negatively influence their perception of their health condition (Mastrorosa et al., 2023), making them unable to feel like their “old selves” that they were before the infection, as their bodies have undergone changes that they struggle to understand (*ibid*; Wurz et al., 2022) and fear may not disappear.

Furthermore, another critical aspect to take into account is that many patients feel they are not adequately considered or taken seriously, both by their families and at work (Ziegler et al., 2022), as well as by healthcare professionals, from whom they struggle to find support (Wurz et al., 2022; Ziegler et al., 2022). In particular, they do not feel believed by general practitioners who dismiss their symptoms and often fail to refer them to specialists or suggest helpful treatments (Schmachtenberg et al., 2023), leading them to feel accused of lying and creating a barrier to accessing care for Long Covid (MacEwan et al., 2024); in turn, the difficulty in accessing necessary care and the perception of not being believed increases their sense of loss and stigma (Ladds et al., 2020). More in general, due to the significant strain that the pandemic has placed on the healthcare system, many people found it challenging to access care, which causes great frustration for patients and sometimes leads them to decide to manage the illness independently, risking worsening their condition (see, for example, Baz et al., 2023).

In summary, what individuals affected by Long Covid hope for is a more timely diagnosis, access to targeted and continuous care, and, more broadly, for healthcare professionals to be more aware and knowledgeable about Long Covid (Ziegler et al., 2022).

Managing patients with PASC is therefore not only a clinical challenge but also an issue of organizational nature, that requires careful planning of both personnel management and resource allocation, in such a way as to ensure that as many people as possible have access to adequate and continuous care. Indeed, the onset of the Covid-19 pandemic has underscored the critical lesson regarding the necessity of establishing an effective and ethical allocation of limited medical resources. As emphasized by Emanuel & Persad (2023), it is essential to develop a fair system for distributing medical resources, prioritizing individuals most fragile or at risk, including healthcare workers and vulnerable populations. The authors further advocate for transparency and comprehensive engagement of all stakeholders to ensure the equity and efficacy of such an allocation process (*ibid.*). In light of these considerations, we can further underscore the importance of effective management during times of crisis: indeed, it plays a key role in ensuring optimal outcomes for both patients and professionals in the field.

3. Under Pressure: The Impact of Long Covid on Healthcare Workers and Organizations

The lack of a common and recognizable manifestation of symptoms, and consequently the absence of a standardized treatment for Long Covid, is just one of the main reasons why it poses an unprecedented challenge to practitioners and healthcare systems in general.

Indeed, the literature agrees that only the continuation of research (Tabacof et al., 2022) and constantly updating clinical guidelines with the latest research findings to provide effective care for PASC patients (Tippett et al., 2022) will lead to appreciable improvements through the creation of more effective care plans (Wolf, Zechmeister-Koss & Erdös, 2022).

However, PASC has negative consequences not only on the lives of affected individuals but also at a macroscopic level, determining deleterious effects on the economies of states, which resent from the negative impacts of Long Covid on individuals' productivity. The indispensable need to continue providing care to these people constitutes an expense that will need to be taken into consideration for a long time to come (Wolf et al., 2022). Already during the acute phase of the pandemic, the support of governments and institutions proved to be a crucial factor in allowing companies to adapt and survive in a crisis scenario (Pereira & Saes, 2022).

The clinical complexities, combined with those of an economic nature and the efficient management of resources, create great pressure on healthcare systems. Therefore, healthcare managers need to understand what the best strategies to implement are - both at the level of individual organizations and of policymakers (states, international organizations) - to achieve this dual purpose of improving patient care and ensuring its continuity.

From the literature, we can extract two recurring concepts whose implementation in real contexts has yielded promising results, that deserve to be considered as possible "best practices" in the management of Long Covid, and therefore constituting two fundamental points from which organizational implications arise:

A. Need for a Well-Coordinated Multidisciplinary Approach for Diagnosis and Treatment:

Ideally, the starting point to diagnose Long Covid should be primary care, with professionals ready to identify and manage early signs of PASC and refer serious cases to specialists (Kluge et al., 2022); integrated specialist care and better coordination by general practitioners are thus fundamental (Schmachtenberg et al., 2023). However, this dynamic often becomes complex to implement: diagnosing PASC can be very challenging since simple and unequivocal tests do not exist yet. To partially address this issue, doctors require more training on Long Covid to understand and manage the condition, with regular updates in training. At the same time,

compiling lists of PASC experts could aid general practitioners in referring patients to the right specialists (Wolf et al., 2022).

Following these considerations, a *holistic approach* is recommended to treat the syndrome: the World Health Organization suggests care models should encompass teamwork, coordination, shared decision-making, and health worker planning (Katz et al., 2023).

Indeed, Long Covid causes multisystem damage, thus necessitating comprehensive patient assessment and management (Koc et al., 2022). Therefore, a team approach by professionals with different backgrounds, encouraged to collaborate, is required (Munipalli et al., 2022; Nabavi, 2020). Ladds et al. (2020) suggest it may be beneficial to have a single physician in charge of a patient's care to ensure consistent assistance and to resort to multidisciplinary teamwork in complex cases. In addition, the ability to easily share information (and resources) is crucial to improving professionals' understanding of PASC (Stephenson, 2022).

B. Listening to Patients Better and More Effectively, and Considering New Approaches and Tools:

Broadly speaking, many scholars advocate for a more “patient-centered” approach to PASC management (as seen in Kennedy et al., 2024; Ziegler et al., 2022), both regarding the clinical investigation part and the recognition of possible risk factors to better understand Long Covid (Koc et al., 2022), as well as concerning the support and understanding patients need. According to MacEwan et al. (2024), developing clear communication strategies for patients to describe their symptoms can reduce confusion and frustration. For people affected by PASC, knowing that their symptoms are validated can help them feel understood and facilitate access to care. Additionally, encouraging professionals to be open to trying new treatment approaches can give patients hope and a sense of progress (*ibid.*).

Regarding the implementation of new solutions, several studies demonstrate the great utility of digital tools – such as platforms – both for data collection (Ireson et al., 2022) and to help physicians better understand Long Covid by utilizing a platform that allows patients to report their symptoms and how they feel over time (Sivan, Rocha Lawrence & O'Brien 2023). They can also facilitate communication among patients, allowing them to share their experiences, attenuating the sense of loneliness, and making them feel more understood (Rinn et al., 2023). In some cases, digital tools can even become part of the treatment plan: some researches, albeit within their limitations, have shown, that *telehealth* – comprising health services delivered via the internet or phone – has the potential to enhance the daily functioning and

overall well-being of individuals with long-term respiratory issues. Additionally, mobile apps, online health education, and relaxation exercises have proven effective in mitigating fear, anxiety, and sleep disturbances associated with Covid-19 (Daniels, Mourad & Bonnechère, 2024). Furthermore, digital tools featuring exercises for both the body and mind can alleviate fatigue and enhance patient well-being (Rinn et al., 2023). It's noteworthy that digital health tools have demonstrated efficacy comparable to conventional health treatments, and individuals appreciate them for their enjoyable and distinctive features (Daniels et al., 2024). Among the various solutions, peer support programs tailored to assist individuals in understanding and managing Long Covid symptoms have been proposed. These programs offer support to help participants set realistic goals, learn to pace activities, and cultivate gratitude (Wright et al., 2022). They also provide flexible access, enabling individuals to use them at their convenience, and are available for free (*ibid*).

Technologies like VR have been successfully used for rehabilitation to help Long Covid patients with their recovery, making them feel more motivated and improving their physical and cognitive abilities (Smits et al., 2022). Successful experimentation has also been done with the use of a chatbot to answer questions from PASC patients (i.e. the case of “Rafael” in Nehme et al., 2023). Additionally, apps have been proposed that, if developed, could help patients better manage their condition by monitoring clinical data, and symptoms, while receiving updates and managing appointments (Hausberger et al., 2022).

In essence, numerous examples in the literature underscore the importance of adopting digital tools and solutions to assist PASC patients in managing their condition. In this context, technology serves as a valuable ally in the treatment of this syndrome.

In addition to these two aspects, the crucial role of receiving coordination and financial support from above (e.g., government funds and directives) in managing a health emergency like that posed by Long Covid must be mentioned. Institutions need to provide both researchers and healthcare professionals with support to find new ways to prevent, diagnose, and treat PASC (see, for example, “*Exploring new insights and strategies for long COVID EU-US: Conference on long COVID*” - December 13th 2022⁶).

In particular, Berry & Awdish (2021) emphasize the importance of the principle of *institutional generosity*, wherein healthcare institutions offer significant support to their staff, aiding them in

⁶ Source: [*Exploring new insights and strategies for long COVID EU-US: Conference on long COVID*](#).

maintaining high performance and resilience even in challenging circumstances. In other words, healthcare organizations must show their employees the same care and compassion they demonstrate to patients. Indeed, the pandemic exacerbated mental well-being issues and workplace perceptions among hospital workers (Gaspar et al., 2023): neglecting the psychophysical well-being of healthcare professionals can lead to emotional distress and burnout (Rangachari & L. Woods, 2020), thus making it essential to create an environment of trust, psychological safety, and empowerment. Moreover, developing communication structures is crucial for organizations to learn from the problem-solving strategies and communications of individual healthcare workers (*ibid.*).

In essence, as evidenced by the literature, managing patients with PASC transcends mere medical concerns, presenting a significant organizational challenge. It requires ensuring that patients receive care from the appropriate professionals and have access to the necessary facilities for timely diagnosis and treatment. Healthcare organizations need to guarantee the mental well-being of their workers, providing them with adequate resources and support. Additionally, it is equally important and complex to ensure that healthcare personnel and facilities are equipped to operate effectively in an ongoing emergency.

4. Organizing for Long Covid: how healthcare organizations should respond to this challenge?

The management of the acute phase of the pandemic has brought about significant organizational changes in healthcare facilities: the massive influx of patients into hospitals rapidly overwhelmed them (Bessis et al., 2022), leading many hospitals to create new intensive care beds, establish dedicated areas for COVID patients, and implement operational strategies never before employed to manage the overwhelming flow of admissions, including physical reallocation of beds and departments (e.g., Maccarone & Masiero, 2021; Russo et al., 2020), or even dedicating entire facilities solely to Covid patients (Robbins et al., 2020).

As noted by Ahmad Tajudin & Che Amat (2022), the outbreak of the pandemic prompted an actual physical redesign of many healthcare infrastructures worldwide, leading many hospitals to swiftly reshape to a “Covid-19 mode”. This shift prompted the implementation of measures such as flexible space utilization, enforcement of social distancing, and the integration of technological and digital solutions to enhance emergency response capabilities. The authors also stress the importance of considering the psychological aspect in the design process, aiming to address the needs of both patients and healthcare workers (*ibid.*): indeed, the pandemic has underscored the need for healthcare organizations to rethink the way they address the well-being of health care professionals, including

systemic organizational practices (Adibe, 2021). Achieving this redesign necessitates the cooperation and coordination of professionals with diverse backgrounds, ranging from physicians to architects and policymakers (Ahmad Tajudin & Che Amat, 2022).

However, the need for *coordination* was not limited to individual healthcare facilities; in some cases, it was necessary to cooperate and transfer patients between different structures (e.g., between private and public hospitals, as observed in (Gomez et al., 2023).

The adaptability of organizations is crucial for addressing an emergency scenario like the pandemic: in fact, flexibility and greater freedom of action, combined with an efficient communication system where information and knowledge are readily shared, are key factors for an effective healthcare facility in crises, especially those with “*low chance - high impact*” events like Covid-19 pandemic (Lloyd-Smith, 2020).

Taking into consideration all these insights from the literature, and at the same time, also including some operational indications from the guidelines of the Istituto Superiore di Sanità (ISS) – Italy’s national public health institute – on the management of Long Covid⁷, one possible approach to management is to enhance patient involvement in service improvement, as suggested by Bate & Robert (2006). This necessitates a shift towards a model of shared leadership and partnership between patients, users, and healthcare staff. While patient-led services offer valuable insights, a collaborative approach that leverages the expertise of both patients and healthcare professionals can drive more effective service design and delivery (Bate & Robert, 2006).

In summary, the unprecedented challenges posed by the COVID-19 pandemic have prompted swift and unconventional responses from healthcare institutions worldwide, necessitating the restructuring of conventional care models (Bessis et al., 2022). Hospital administrators play a crucial role in ensuring the smooth functioning of healthcare facilities as they should promptly address difficulties by making swift decisions (Demirhan, 2020). Simultaneously, it is imperative for them to prioritize the provision of psychosocial support for hospital staff (*ibid.*).

While the organizational impact of COVID on healthcare facilities is the focus of many studies, the effect of PASC on these same structures is equally significant, but still vastly understudied. Although the two are clearly related, they present very different challenges: the pandemic has been declared over, but patients with PASC now – and certainly in the immediate future – require attention and care that healthcare systems must be ready to provide. Moreover, Long Covid affects the healthcare system at various levels: indeed, Long Covid is a multisystem condition requiring a range of medical,

⁷ Source: ISS - [Indicazioni ad interim sui principi di gestione del Long-COVID](#)

therapeutic, and psychological interventions. PASC is a complex condition that sometimes involves multiple organ systems and often impacts physical and mental health; as a consequence, individuals can become frequent healthcare service utilizers across primary, secondary, and emergency services (Van Der Feltz-Cornelis, Heightman & Allsopp 2023).

At present, the available studies understandably focus on the strategies employed to manage PASC, from a clinical perspective, with less focus on the managerial implications. However, emerging research is beginning to delve into this area, highlighting the significance of adopting a holistic perspective on the challenges and strategies associated with managing this condition.

5. The Organizational Impact of Covid-19 and PASC: insights from Italy

In Italy, healthcare providers have swiftly adjusted to the influx of Long Covid patients. The Italian Istituto Superiore di Sanità, has issued comprehensive recommendations for managing individuals with Long Covid⁸. These guidelines stress the significance of a coordinated, patient-centered approach, engaging general practitioners, specialists, and allied healthcare professionals (Giuliano et al., 2023).

In Italy, a few interesting researches have been conducted on specialized centers for treating PASC patients, considered a key element for successful management of patients with Long Covid.

The first study by Floridia et al. (2022) revealed that, at the time, 124 centers across Italy provided care for Long-COVID, primarily through outpatient visits or day hospital services. These centers commenced their services predominantly during the early stages of the pandemic, functioning through collaborative efforts among specialists. Various experts, primarily specializing in lung diseases, infectious diseases, or general internal medicine, coordinate these centers, and in many cases, telemedicine tools are used to improve communication with patients.

However, a subsequent study conducted by Giuliano et al. (2023) highlights the highly heterogeneous nature of these clinical centers, showcasing significant variation in the services offered, specialist expertise, and, consequently, the clinical care administered. The study, which involved doctors from various specializations and patients, then provides some practical recommendations on managing people with PASC: once again, the need for a multidisciplinary and personalized approach is emphasized, bringing together interdisciplinary teams, including pulmonologists, cardiologists, neurologists, and rehabilitation specialists, to address the diverse needs of Long Covid patients as

⁸ Source: ISS - [Indicazioni ad interim sui principi di gestione del Long-COVID](#)

well as the creation of a follow-up pathway (*ibid.*). Additionally, there is a need to limit the exposure of the most vulnerable subjects (e.g., the elderly), concentrating analyses on a single day, while also recommending the appointment of a “*case manager responsible for the coordination of care of the patient*”.

In the same study (Giuliano et al., 2023), the importance of adopting measures beyond the clinical setting is emphasized: It underscores the necessity for pathways to integrate local referral services, primary and community care, rehabilitation and specialty services, multidisciplinary services, and mental health specialist services. Lastly, it reiterates the importance of ongoing education for professionals engaged in PASC care to stay abreast of evolving knowledge.

In addition to these considerations, in defining the optimal management of patients with Long Covid, the previously mentioned guidelines from the ISS encourage patient involvement in the treatment process, by listening to their needs and preparing them for self-management of their symptoms, underscoring the importance of patient education and empowerment. Strategies should be implemented to engage patients in their own care, fostering a collaborative approach to manage symptoms and promote recovery.

6. Conclusions

In conclusion, the literature suggests that managing and overcoming the PASC health emergency, whose duration remains uncertain, requires an integrated, multidisciplinary, and flexible approach, along with the continuous updating of protocols based on the ongoing research. Additionally, scholars emphasize the need for prompt institutional intervention to ensure coordination and support for healthcare workers, prioritizing their mental health.

However, the literature has only minimally explored the organizational implications of PASC from a strictly managerial perspective. Therefore, further research in this area is necessary: in the following sections, we will examine specific cases of healthcare organizations dealing with the PASC emergency. By observing real-life situations, we aim to understand how this challenge is being managed, identifying similarities and differences among the various cases, and potentially uncovering some *best practices*.

Methodological notes:

For the drafting of this literature review, we began by searching for articles on Web of Science, focusing primarily on keywords such as “Long Covid” and “PASC”, and refining the search for areas

of interest. After examining titles, abstracts, and conducting an initial selection phase, we identified 47 potentially relevant articles, although not all were strictly managerial in nature. To further expand the research, we also utilized the AI tool Scispace, which allows for searching peer-reviewed scientific literature through specific research questions. Thus, we entered questions such as “How do patients with Long Covid (PASC) impact the organization of healthcare organizations?” and “What have managers in the healthcare sector done to enable their organizations to address Long Covid and provide patients with adequate care?”. Using Scispace, we selected another 27 potentially relevant articles and employed the tool to optimize the skim and selection process of articles. Finally, ChatGPT3.5 was used for proofreading.

SECTION B) Quantitative Analysis

1. Introduction

The quantitative analysis is based on data collected through an independent survey conducted by the Institute for Transformative Innovation Research (ITIR), the interdisciplinary research center at the University of Pavia that studies modern forms of transformation in response to contemporary grand challenges.

The questionnaire was sent to professionals all across Italy and contained 90 questions covering a wide range of topics, including information about the respondents and the healthcare organizations for which they work, the level of technological and clinical innovation adopted by these facilities, questions about their organization, whether or not they adopt multidisciplinary approaches, and their level of attention to environmental sustainability, and various other pertinent aspects. Moreover, two questions specifically focused on Long Covid and its organizational impact.

2. Methodology

The data were gathered via a questionnaire sent to over 1,500 healthcare professionals nationwide, including both doctors and healthcare and administrative directors. Starting in October 2023, reminder emails were sent to encourage the completion of the questionnaire, and various association leaders were contacted to expand the network of contacts to whom the questionnaire was distributed (e.g., SIMIT – Italian Society of Infectious and Tropical Diseases, SITIP – Italian Society of Infectious Diseases). We have received a total of 271 responses, of which 124 (45.8%) came from professionals in Lombardy. Although our research focuses on the organizational impact of Long Covid within Lombardy's healthcare institutions, having comparable data from across Italy serves as a valuable research tool. This allows for a better understanding of Lombardy's position at the national level and provides a more comprehensive overview of the overall management of PASC nationwide.

The sample of 271 responses was therefore divided into two parts: Lombardy and Italy (other regions, excluding Lombardy) to allow for a comparison of the results obtained. Additional information regarding the sample and its descriptive statistics are provided in *Appendix*.

3. Results

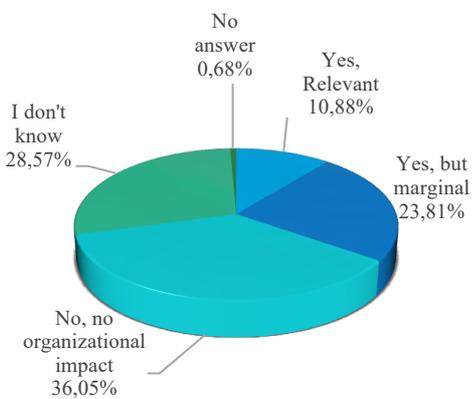
The questionnaire sent comprised 90 questions, of which 2 directly concerned PASC and its organizational impact in healthcare institutions. Specifically:

- *Question 2.2a. Has the management of patients with "Long Covid" syndrome* impacted organizational models? (*a clinical syndrome affecting some who have had COVID-19 and which, after more than 4 weeks from an acute infection from SARS-CoV-2, shows the persistence or onset of signs and symptoms related to the infection).*

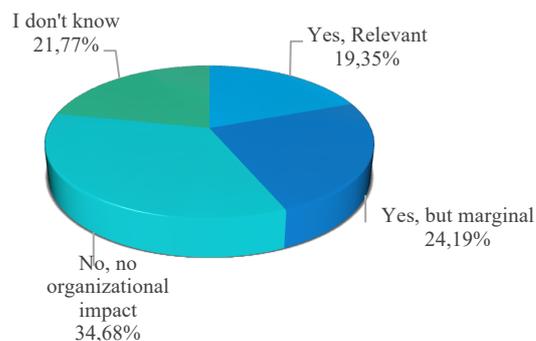
This question required a closed-ended response with 4 possible options: 1) *Don't know*, 2) *No, no organizational impact*, 3) *Yes, but marginal* or 4) *Yes, relevant*.

In the national sample, 34.69% of responses indicated an impact (10.9% relevant and 23.8% marginal), while considering only the Lombardy region, the percentage is much more significant, at 43.5% (19.4% very relevant and 24.2% marginally relevant).

ITALY (Other Regions)



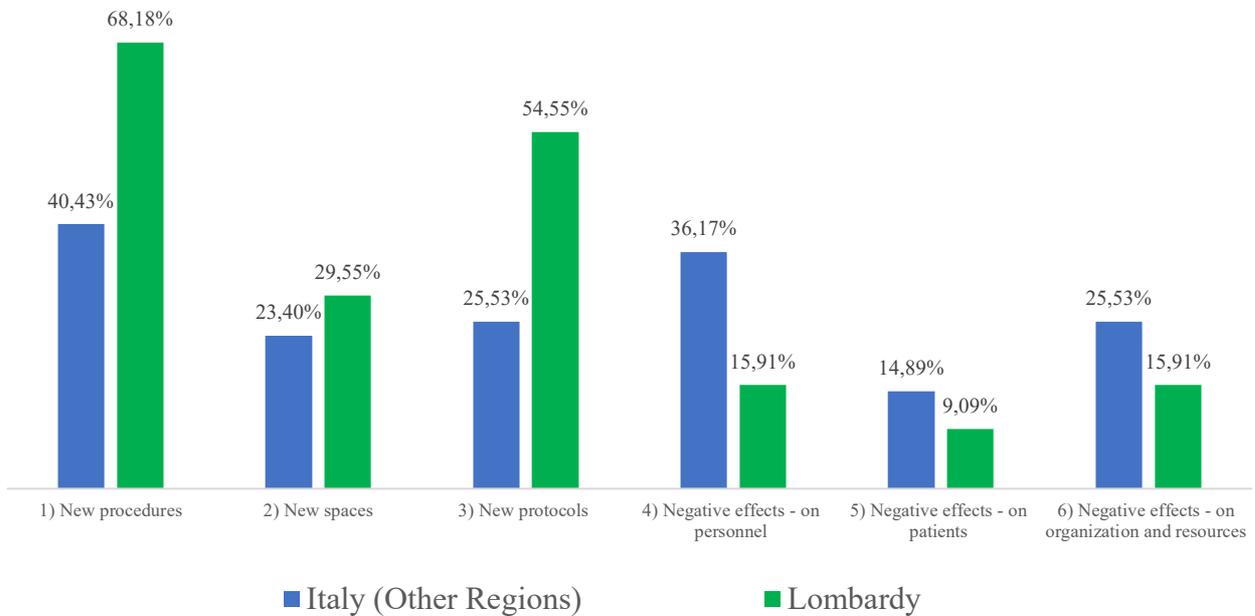
LOMBARDY



- *Question 2.2b. If you answered "Yes" to the previous question, briefly indicate what type of organizational impact. This question requires an open-ended response, meaning a brief comment from the respondent. The 91 responses (44 in Lombardy and 47 in other regions) thus obtained were individually analyzed, and for each, it was determined whether it presented one of the following 6 aspects:*

- 1) New procedures
- 2) New spaces
- 3) New protocols
- 4) Negative effects - on personnel
- 5) Negative effects - on patients
- 6) Negative effects - on organization and resources

The content of the responses was analyzed by assigning a score of 1, if the answer contained references to that topic, or 0, if there were no references, for each of these six topics. This approach allowed the responses to be translated into data that could be graphically represented. E.g. “[The] creation and organization of a multidisciplinary outpatient clinic, drafting specific operating instructions”, this answer was assigned 1 point for topics 1), 2), and 3) and 0 points for the others. The following graphs show the results at the national level and particularly in the Lombardy region.



4. Findings

Our results reveal two significant trends: from question 2.2a, it is clear that healthcare professionals in Lombardy, on average, report that the management of patients with PASC has had a more significant impact on the organizational models of their workplaces compared to what professionals in other regions have indicated.

Furthermore, according to our data, the Lombardy region has been more successful than others in mitigating the negative effects of Long Covid on healthcare personnel, patients, and organizations in general. In the next section, dedicated to qualitative analysis, we will delve into several Lombardy healthcare organizations to closely examine the organizational changes and the negative impacts they have had to face.

SECTION C) Qualitative Analysis

1. Introduction

The results of the qualitative investigation conducted as part of the research on the topics of WP5 [*Piani di intervento per la gestione e la presa in carico della cronicità emergente*] are based on a series of 11 semi-structured interviews conducted with an equal number of professionals working in healthcare institutions in the Lombardy region. These professionals hold key roles in the management and monitoring of patients affected by PASC, both from a clinical and organizational perspective.

The objective of the research is to understand, through the words of those who manage this new reality daily, the organizational impact of PASC, its repercussions on patient management, and the role that management has, or should have, in this context.

The ultimate goal of our investigation is twofold: on one hand, to understand the dynamics implemented by Lombardy's healthcare structures in facing an unprecedented emergency in the National Health System, and on the other hand, to identify any critical issues and, above all, "best practices" that can serve as examples for other realities at the regional level and beyond.

2. Methodology

2.1 Data Collection

The interviews were conducted between June 2023 and March 2024. The questions were formulated considering some fundamental themes concerning PASC and its organizational and managerial impact within healthcare facilities, with particular focus on: the organizational and personnel impact, any activation of collaborations with other entities, the possible adoption of digital solutions to address the emergency, and the main obstacles faced. Each interviewee was also given space to add

their personal considerations and discuss their experience to obtain a comprehensive view of the topics of our interest. For further details regarding the interview protocol and the complete list of questions, see *Appendix*.

2.2 Data Analysis

With the respondents' consent, the interviews were recorded and subsequently transcribed to facilitate the analysis process and ensure accurate reporting of the contents. The "Gioia Methodology" (Gioia et al., 2013) was adopted for the analysis of the transcriptions, an approach designed "*...to bring 'qualitative rigor' to the conduct and presentation of inductive research.*" (*ibid.*)

By applying the Gioia Methodology, we break down each interview into its fundamental concepts: starting from the interviewees' words, the core ideas are progressively "extracted" and then synoptically compared and grouped accordingly. By identifying similarities (or differences) among the interviews, we aim to contribute to the knowledge in the relevant research area, providing insights from the real-life experiences of professionals in the healthcare sector.

Each of the 11 interviews was assigned an identifying letter, from A to M, and each quote – phrases containing useful information for the research – was numbered for identification. Therefore, in the text, direct quotes from the interviews are identified with a code composed of the letter and the reference number.

3. Insights from the Interviews

From the 11 interviews conducted, several crucial topics have emerged regarding how Lombardy's healthcare facilities have faced the Long Covid emergency and how they have modified their organizational structure to manage patients affected by this syndrome.

As mentioned, the interviewees' responses were analyzed with the Gioia Methodology: all the key contents have been categorized into five third-order concepts (Gioia et al., 2013) that can be described

as recurring macro-topics under which our interviewees' responses fall: 1) *Impact on PTDA and patient journey*, 2) *Impact on human capital*, 3) *Inter-organizational and interdisciplinary impact*, 4) *Digital transformation*, and 5) *Level of organizational impact*.

The results of the analysis highlight many common strategies, such as the importance of adopting an interdisciplinary approach to ensure the best care for patients, as well as the different approaches that have been implemented, for instance, the varying degrees of importance that facilities attribute to digital solutions in managing the emergency.

Each of the aforementioned macro-topics will be illustrated below, referencing the interviewees' words directly, and highlighting common points and major differences.

3.1 Impact on “PDTA” and Patient Journey: Agile, Widespread, and Integrated Between Physical and Mental Health

The significant influx of patients affected by PASC, with the variety of symptoms and the difficulty in making a timely diagnosis that characterizes this syndrome, has naturally had a severe impact on the so-called *PDTA* (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) and the *Patient Journey*, that is, the path patients take in interacting with healthcare services.

3.1.1 Living with PASC: neurological effects and repercussions on mental health.

Many of our interviewees highlighted a particular effect that the Covid-19 emergency and the subsequent advent of PASC have had on individuals: their significant, but sometimes still under-considered, repercussions on mental health. One participant noted that young people were particularly affected, experiencing isolation and uncertainty about the future: these stressors have contributed to a rise in anxiety, depression, eating disorders, and other mental health disorders among youth. Moreover, experts have raised concerns about the potential neurological effects of PASC, including cognitive impairment and brain fog, and how they can have a negative influence also on patients' overall quality of life and mental health: therefore, it is crucial to prioritize mental health support services and interventions to address these emerging issues effectively [*Neurological disorders such as mental confusion and concentration disorders are evaluated gradually. Generally, we perform a basic psychological evaluation for those who accept it, because it is not always accepted by everyone. This evaluation aims to understand whether there may be an underlying impact on the individual's experiences (A.19)*].

Additionally, the pandemic has exacerbated substance abuse problems (alcohol, gambling, drugs, etc.) and other addictive behaviors (e.g., overuse of technology) as coping mechanisms, and it will be essential to provide comprehensive support and resources to help individuals overcome these challenges and promote overall well-being.

3.1.2 The challenge of post-discharge care: supporting patients and their families.

Our respondents emphasized the importance of establishing dedicated protocols for post-discharge patient support and implementing follow-up pathways that are essential for effectively monitoring and managing PASC patients. Indeed, receiving proper care for prolonged periods is a necessity for this kind of patients; in this context, involving family members and caregivers in the care process and providing them with adequate support is critical for improving patient outcomes. Designing pathways for monitoring discharged patients and developing tailored protocols for home care are therefore crucial steps.

To partially address these issues, some institutions created a dedicated ambulatory care unit to assist patients post-hospitalization [*“This multidisciplinary ambulatory was reopened, essentially involving the presence of three specialists: the internist, the infectious disease specialist, and the pulmonologist, who evaluated these patients on different days (A.4)”*; *“After the hospital stay, the patient is taken care of with a follow-up ambulatory” (F.3)*]. According to one interviewee, further research into home care assistance is recommended to enhance its effectiveness. Another respondent stated that patients value the continuity of care provided through follow-up appointments and another one noted that the role of the “family nurse” in supporting the healing process is gaining increasing recognition.

Following these considerations, the lack of post-discharge support poses a significant challenge, particularly at the domestic level. Despite resource and personnel shortages, efforts are being made to devise new procedures to address the unique challenges posed by Long Covid; for instance, prioritizing home care assistance where feasible can help mitigate complications and improve overall organizational efficiency [*“If signs and symptoms can be managed at home, it could avoid hospitalization, preserving the person from possible related events (e.g., nosocomial infections), while improving organization, like optimization and appropriateness of hospital admissions” (H.5)*].

3.1.3 Facing a new emergency: the importance of an “agile” approach.

Finally, some participants emphasized the importance of promptly responding to emerging healthcare challenges and being flexible with institutional directives to address pressing issues. Acting swiftly is essential for effective crisis management, and strictly adhering to protocols that do not fit a crisis situation would have been detrimental. Some respondents highlighted the obstacle posed by rigid regulatory norms and inflexible protocols, which impede an effective response to healthcare challenges [*“We had to find other solutions because we couldn't leave the families alone at that time, so we opened other spaces and locations, sometimes even struggling with the region first, because otherwise, we would have arrived too late.”* (B.28)]. They emphasized the importance of updated and adaptable guidelines to address these issues. Additionally, they underscored the necessity of recognizing exemptions for Long Covid patients as chronic disease sufferers and advocated for flexibility in guideline implementation to ensure optimal care delivery. Learning from successful practices, solutions, and procedures implemented elsewhere can inform and enhance local healthcare responses.

In essence, our interviews clearly highlighted the need for a more swift and agile response to address this new emergency. It is crucial to remember that PASC patients require long-term assistance, both mentally and physically, and their caregivers must also receive adequate support.

3.2 Impact on Human Capital

The second topic addressed in the interviews is how the onset of the Covid-19 pandemic and the subsequent emergence of Long Covid have had an intense negative impact on healthcare personnel. Indeed, during the pandemic healthcare professionals have experienced severe health repercussions, both mentally and physically, also including fatigue, a sense of helplessness, and frustration. Working with limited staff and scarce resources, while tackling an unfamiliar reality, was extremely complex and draining and aggravated the overall sense of exhaustion and discouragement. Being understaffed during an unprecedented crisis also severely affect their perception of the job and the level of engagement and proactiveness of the personnel. In some instances, logistical and coordination difficulties have also been reported, along with the need to comply with rigid regulations even during a crisis. In addition, all these factors have, on numerous occasions, made it challenging to retain healthcare staff, aggravating the already difficult situation in many healthcare organizations [*(One of the main obstacles has been the) “Lack of space and difficulties in recruiting medical and nursing staff.”* (I.1); *“Complex management due to resource scarcity and regulatory rigidity.”*].

To summarize, one of the primary challenges healthcare professionals encountered during the pandemic and while managing patients with PASC was the necessity to operate with restricted personnel and resources. Respondents also highlighted the struggles of retaining staff and securing suitable spaces for managing patients diagnosed with Long Covid. These constraints posed significant hurdles in delivering effective healthcare services and exacerbated the strain on healthcare systems already grappling with the demands of the ongoing health crisis.

3.3 Inter-organizational and Interdisciplinary Impact as a Central Element of Change

The most extensively discussed topic in our interviews is the inter-organizational and interdisciplinary impact that managing Covid-19 and PASC has had, and is having, on Lombardy's healthcare facilities.

3.3.1 Caring for PASC: a collaborative, transdisciplinary approach for a multifaceted challenge.

As previously mentioned, one of the most frequently cited critical success factors in managing the new emergency is the ability to quickly adapt and implement new solutions and procedures or modify existing ones to meet new needs. Developing tailored structures, procedures, and therapies for Long Covid management is essential for addressing the unique needs of affected patients. This includes establishing specialized units, implementing follow-up protocols, and coordinating care across different healthcare settings. [*“Long COVID syndrome is, as we all know by now, a syndrome that affects multiple organs and systems, making it a systemic issue. Therefore, it cannot be managed by just a single specialist; it certainly needs to be handled by multiple specialists. Additionally, there must be a specialist who ‘puts everything together’ (A.17).”*]

To effectively address the multifaceted challenges posed by Long Covid, tailored structures and procedures are essential; this includes establishing specialized facilities to assist patients post-hospitalization or illness, fostering collaboration among specialists and different departments to provide optimal care. Given the diverse origins of patients - who may live in different provinces, or even regions, and have received different cares - managing their needs requires nuanced approaches and the creation of dedicated follow-up pathways to monitor discharged patients. As mentioned, developing specific protocols for home care is also crucial to ensure continuous support.

The unprecedented nature of Long Covid demands innovative solutions, such as defining customized examinations and treatments for each patient and categorizing patients based on the intensity of required care [*“So, let's say that the organization changes a bit, as does the panel of tests performed,*

and it has to be somewhat adapted to the symptoms the patient reports, because not everyone comes with the exact same symptoms (A.35).”]. Consequently, some healthcare services and facilities have undergone significant reorganization to accommodate the impact of Long Covid, especially at the outpatient level. According to our respondents, it should also be noted that vulnerable individuals require special attention, necessitating coordinated institutional efforts to align procedures and practices effectively.

Maximizing the use of existing structures and organizations is essential for optimizing healthcare delivery and resource allocation. Collaborating with multidisciplinary teams and leveraging established networks can enhance the efficiency and effectiveness of healthcare services [*“From an organizational point of view, having interdisciplinarity and multidisciplinary leads to a significant reduction in time. Clearly, if one of our specialists had to connect with other facilities to get a consultation, it would increase the waiting time between one service and another. They would have to coordinate with others or leave the patient so that they could make external appointments (M. 14)”*].

In several cases, our interviewees pointed out that collaboration among various actors (e.g. different specialists) and entities has played a pivotal role in navigating the challenges posed by the pandemic. At the organizational level, some respondents argue that the situation has been managed with relative ease, proceeding without major obstacles, facilitated by seamless cooperation among different departments and specialists to provide optimal patient care [*“A network has been created so that, depending on the issues that arise, the patient is referred to either the pulmonologist, cardiologist, rheumatologist, nephrologist, or diabetologist (A.13).”*]. In some cases, partnerships forged with external entities have been instrumental in tackling the emergency effectively, leveraging combined expertise and resources. Furthermore, according to the interviewees, the crisis has highlighted and enhanced the professionalism of healthcare professionals, leading in some cases to early diagnoses, even of unrelated pathologies. The pandemic has underscored the significance of coordinated efforts between public and private sectors, emphasizing the importance of meticulous planning and alignment of strategies.

3.3.2 The key role of institutional coordination in addressing the emergency

One of the key aspects our informants emphasized is the crucial importance of institutional support and coordination. Indeed, the great value of institutional coordination was deemed essential to

disseminate information and standardize procedures, ensuring a cohesive response to the crisis. Indeed, many professionals wish for an increased degree of institutional coordination [*“The Region is increasingly requesting territorial plans on every topic, so the perspective of programming is also changing at the regional level. It delegates the formulation of territorial plans to the territories, so not only regional programming logic but also territorial programming logic, which COVID has taught us, is entering. Therefore, to do programming, you must necessarily create these public-private collaborations and also look, in my opinion, to the future, which will also involve synergy with others, that is, looking further ahead, even to other regions (B.37)”*].

Effective planning and coordination, both within the healthcare sector and between public and private entities, are critical for informing and aligning procedures and practices to address healthcare challenges effectively: for example, some respondents highlighted the logistical challenges that have surfaced in managing a widespread network of healthcare structures across the territory. One informant stated that government funding aimed at addressing youth distress would be instrumental in mitigating the impact of the crisis on vulnerable populations. Establishing a network involving schools to provide support for young individuals would be a critical strategy to face the consequences of the pandemic.

Proper and efficient institutional coordination can lead to great results: for instance, considerable organizational efforts have been directed toward reaching the entire population through vaccination campaigns, with particular emphasis on safeguarding the vulnerable. The pandemic has underscored the vital importance of coordinated planning and collaboration between public and private entities, highlighting the need for institutional coordination to disseminate information and align procedures effectively.

3.3.3 PASC is *simultaneously* a clinical and organizational challenge.

During the years of the pandemic, the varied characteristics and symptoms of different Covid-19 waves demand adaptable procedures and swift adaptation, already posing new challenges for healthcare operators. Indeed, according to the interviewees, managing Long Covid presents a significant clinical challenge. The complexity arises from managing patients presenting a diverse range of symptoms, sometimes making it challenging just to understand that they have PASC [*“It’s a big problem to see patients who have been to countless specialists and arrive with tons of tests and paperwork, sometimes even referred a bit improperly by certain specialists (A.31).”*]. Such a complex task necessitates collaboration among specialists and different departments to deliver optimal patient

care. Moreover, the patients often originate from various geographical areas, complicating their care due to different treatment histories.

Recognizing Covid-19 and its long-term effects as ongoing challenges is essential, but grappling with the new reality of Long Covid proves difficult, given its unprecedented nature. Some respondents highlighted the necessity of officially recognizing it as a condition of fragility and developing novel procedures to address its unique challenges. Within healthcare organizations, especially hospitals, Long Covid exacerbates existing daily activities, leading to longer waiting lists for healthcare services.

In essence, when discussing the management of PASC, it is impossible to completely separate the clinical challenges from the organizational ones, since the difficulties of correctly diagnosing and treating Long Covid demand a swift adaptation of organizational processes.

3.4 Digital Transformation

Several respondents emphasized the potential of leveraging data analytics and technology in managing Long Covid and improving healthcare delivery. Indeed, the integration of new technologies and data-based processes holds significant promise for addressing PASC, as effective data analysis can provide valuable insights into the condition, aiding in its management and treatment [*“We are trying to analyze these data, which are really a large amount of data. Several studies have been published, but it's an ongoing task (A.39)”*]. However, as pointed out by our respondents, adopting technology correctly requires adequate training in order to maximize its benefits.

Currently, in some organizations, digital solutions tailored to the unique needs of Long Covid patients are being explored, with a focus on data-driven approaches. This highlights the importance of leveraging technology to enhance patient management and outcomes, offering innovative solutions to navigate the complexities of Long Covid effectively. Finally, one interviewee noted that while technology played a pivotal role throughout the pandemic, it has also been misused or overused by some, leading to mental health issues and addictions.

However, not all of our respondents have shown the same level of engagement towards the so-called digital transformation: as many as 4 respondents stated that zero ad hoc digital solutions were adopted in their facilities for managing the emergency, and one interviewee highlighted the limitations that technology itself has in the medical field, for example, the limits of performing medical checkups remotely [*“Regarding post-Covid, so the outpatient clinic, telemedicine has not been widely used*

because the evaluation of the patient, in addition to being clinical, and therefore that could be done with telemedicine, required the absolute execution of instrumental tests that can only be done in the hospital. (M.22)"].

Therefore, while digital solutions such as telemedicine can be beneficial, they may not always be applicable or adequate for addressing complex healthcare challenges, since these solutions cannot fully replace in-person interactions between healthcare professionals and patients (e.g., visits). Moreover, from the interviews, it has emerged that effective training and careful consideration of technological solutions are necessary to harness the full potential of digital tools in healthcare delivery.

3.5 Limited Organizational Impact (Apparently)

While numerous interviewees emphasized the effects of the pandemic and Long Covid on personnel, some of them argue that healthcare organizations, for the most part, did not undergo significant organizational or managerial changes. According to their words, at the organizational level, the situation was managed without too many obstacles, and specific difficulties did not emerge [*“Regarding organizational issues, we haven't had any problems, probably because we started with this approach of the multidisciplinary outpatient clinic, which has been evolving, but the collaborations have remained (A.27).”*]. Additionally, many respondents say that no opportunities emerged: some organizations opted not to embrace new practices or establish collaborations, which were deemed crucial by others and in some cases no specialized role or new organizational practice was adopted, and there were no new collaborations in the local area. To summarize, many organizations did not face distinct challenges or opportunities beyond operating in an emergency context.

Some interviewees' experiences suggest that organizational changes have indeed taken place, albeit without explicit recognition from the professionals involved. This observation prompts a critical reflection on the perception of organizational dynamics within healthcare facilities, especially during crisis situations. The hands-on approach employed during such times often blurs the lines between

clinical and organizational tasks, underscoring the interconnectedness of these domains within healthcare settings.

Conclusions and Best Practices

Our inquiry within Lombardy's healthcare institutions has provided insights into how they have adapted to and addressed the challenges posed by Long Covid. The results underscore several key strategies and areas for further attention. Overall, we notice a consistent overlap between real-world insights and the literature, both revealing that overcoming the challenges presented by PASC requires an integrated, multidisciplinary, and flexible approach that simultaneously takes into account the interests of patients and the mental well-being of healthcare workers, who have been dealing with draining conditions since the start of the pandemic. The right digital tools may be crucial in helping achieve these results. Finally, to be effective, all of these measures need support and coordination from institutions, whose primary duty is to ensure that healthcare organizations are properly equipped and well-coordinated to face Long Covid and its effects.

Comparing our analysis with evidence from the literature, there are a few takeaways that may help healthcare organizations effectively manage PASC.

1. Integrated and Multidisciplinary Approach:

The complexity of PASC, with its wide range of symptoms affecting multiple organ systems, requires collaboration across various medical specialties. Therefore, healthcare facilities should implement appropriate measures, such as establishing specialized units that integrate professionals from different fields to provide comprehensive care. This ensures that patients receive holistic treatment addressing all aspects of their condition. Developing clinical protocols that prioritize both the physical and mental health of PASC patients is crucial in this regard.

2. Organizational Adaptability and Agility:

Being bound by outdated protocols ill-suited for emergency situations can severely impede healthcare workers' ability to care for patients. Therefore, the capability to promptly adjust organizational structures and processes in response to emerging healthcare challenges is vital. Facilities that embrace agile approaches appear better equipped to manage the influx of PASC patients. Hence, implementing flexible protocols and retaining the capacity to swiftly modify existing procedures can significantly enhance the ability to respond to health emergencies.

3. Support for Healthcare Personnel:

The mental and physical well-being of healthcare workers is of utmost importance. Institutions should prioritize the mental health of their staff by providing necessary resources and support to prevent burnout and maintain high levels of engagement and effectiveness. Additionally, addressing staffing challenges through adequate recruitment and retention strategies can help alleviate the strain on existing personnel and enhance overall service delivery.

4. Institutional Coordination and Collaboration among Organizations:

Institutions play a pivotal role (or should do so) in managing health crises by providing support and coordination to healthcare organizations: by fostering information exchange, standardizing procedures, and aligning strategies across entities, a more cohesive and effective response can be achieved. Efficient coordination between public and private sectors, emerges as a viable strategy for navigating health crises and, more in general, establishing

partnerships between organizations and promoting interdisciplinary collaboration can harness additional expertise and resources, thereby bolstering the overall capacity to address PASC.

5. Digital Transformation:

Leveraging technology and data analytics is crucial for improving the management of PASC. Implementing digital solutions, such as telemedicine and data-driven patient management systems, can enhance the efficiency and effectiveness of healthcare delivery. However, ensuring that these tools are employed correctly requires providing adequate training. By offering comprehensive training for healthcare professionals on the use of digital tools, we can ensure that technology is utilized optimally, maximizing its benefits for patient care. It's important to acknowledge that, despite their benefits, digital tools have limitations, as evidenced by the interviews: for instance, telemedicine cannot entirely replace in-person medical examinations. It is also worth noticing that some organizations did not adopt new digital solutions at all.

6. Focus on Post-Discharge Care:

Establishing robust follow-up protocols and support systems for PASC patients is crucial. This involves engaging family members and caregivers in the care process and ensuring they have the necessary resources to support patients effectively. Additionally, the development of home care assistance programs can effectively help managing patients' conditions outside of hospital settings, alleviating the burden on healthcare facilities and enhancing patient outcomes.

In summary, the findings from this research highlight the need for a comprehensive, coordinated, and flexible approach to managing PASC. By integrating multidisciplinary care, supporting healthcare workers, leveraging technology, and ensuring robust institutional coordination, healthcare organizations can effectively address the challenges posed by this ongoing health emergency.

The findings of this study offer valuable insights into the management of PASC, focusing in particular on healthcare institutions in Lombardy. These insights not only enrich our understanding of Long Covid management but also have the potential to advance the existing literature on the managerial implications of PASC within healthcare organizations. Despite the significance and urgency of this topic, there remains a dearth of research exploring the organizational aspects of managing PASC

from a managerial standpoint. Therefore, further investigation is warranted to identify specific organizational practices that can optimize the management of this emerging health challenge.

By sharing best practices and drawing lessons from successful strategies implemented by diverse organizations, the healthcare sector can enhance its preparedness to confront both PASC and new emergencies in the future.

References

- Adibe, B. (2021). Rethinking Wellness in Health Care Amid Rising COVID-19–Associated Emotional Distress. *JAMA Health Forum*, 2(1), e201570. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2020.1570>
- Ahmad Tajudin, N. F. S., & Che Amat, R. (2022). The Covid-19 Pandemic: Impacts on the Hospital Environment and Spatial Design. *International Journal of Built Environment and Sustainability*, 9(2–2), 5–14. <https://doi.org/10.11113/ijbes.v9.n2-2.1017>

- Bate, P., & Robert, G. (2006). Experience-based design: From redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient. *Quality and Safety in Health Care*, 15(5), 307–310. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.016527>
- Baz, S. A., Fang, C., Carpentieri, J. D., & Sheard, L. (2023). ‘I don’t know what to do or where to go’. Experiences of accessing healthcare support from the perspectives of people living with Long Covid and healthcare professionals: A qualitative study in Bradford, UK. *Health Expectations*, 26(1), 542–554. <https://doi.org/10.1111/hex.13687>
- Berry, L. L., & Awdish, R. L. A. (2021). Health Care Organizations Should Be as Generous as Their Workers. *Annals of Internal Medicine*, 174(1), 103–104. <https://doi.org/10.7326/M20-5172>
- Bessis, S., Dinh, A., Gautier, S., Davido, B., Levy, J., Lawrence, C., Lot, A.-S., Bensmail, D., Rech, C., Farcy-Afif, M., Bouchand, F., De Truchis, P., Herrmann, J.-L., Barbot, F., Orlikowski, D., Moine, P., Perronne, C., Josseran, L., Prigent, H., & Annane, D. (2022). A Restructured Hospital Into a One-Building Organization for COVID-19 Patients: A Resilient and Effective Response to the Pandemic. *Frontiers in Public Health*, 10, 709848. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.709848>
- Daniels, K., Mourad, J., & Bonnechère, B. (2024). Exploring the Use of Mobile Health for the Rehabilitation of Long COVID Patients: A Scoping Review. *Healthcare*, 12(4), 451. <https://doi.org/10.3390/healthcare12040451>
- Davis, H. E., McCorkell, L., Vogel, J. M., & Topol, E. J. (2023). Long COVID: Major findings, mechanisms and recommendations. *Nature Reviews Microbiology*, 21(3), 133–146. <https://doi.org/10.1038/s41579-022-00846-2>
- Demirhan, R. (2020). The Effect Of Hospital Organization On Treatment During Covid-19 Pandemic. *Southern Clinics of Istanbul Eurasia*. <https://doi.org/10.14744/scie.2020.32154>

- Emanuel, E. J., & Persad, G. (2023). The shared ethical framework to allocate scarce medical resources: A lesson from COVID-19. *The Lancet*, *401*(10391), 1892–1902. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00812-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00812-7)
- Floridia, M., Grassi, T., Giuliano, M., Tiple, D., Pricci, F., Villa, M., Silenzi, A., & Onder, G. (2022). Characteristics of Long-COVID care centers in Italy. A national survey of 124 clinical sites. *Frontiers in Public Health*, *10*, 975527. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.975527>
- Gaspar, T., Salado, V., Do Céu Machado, M., Guedes, F. B., Faia-Correia, M., & Coelho, A. (2023). Impact of COVID-19 on Management, Quality and Satisfaction of Health Organizations: A Case Study in a Portuguese Hospital. *International Journal of Environmental Research*, *17*(1), 21. <https://doi.org/10.1007/s41742-022-00505-7>
- Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research: Notes on the Gioia Methodology. *Organizational Research Methods*, *16*(1), 15–31. <https://doi.org/10.1177/1094428112452151>
- Giuliano, M., Tiple, D., Agostoni, P., Armocida, B., Biardi, L., Bonfigli, A. R., Campana, A., Ciardi, M., Di Marco, F., Floridia, M., Gnerre, P., Grassi, T., Grattagliano, I., Kruger, P., Leonardi, M., Liguori, R., Pagani, E., Perger, E., Pricci, F., ... Onder, G. (2023). Italian good practice recommendations on management of persons with Long-COVID. *Frontiers in Public Health*, *11*, 1122141. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1122141>
- Gomez, M.-L., Kerveillant, M., Langlois, M., Lot, N., & Raux, M. (2023). Organizational innovation under constraints: The case of covid patients' flow management in Parisian hospitals. *Health Services Management Research*, *36*(2), 137–144. <https://doi.org/10.1177/09514848221115243>
- Hausberger, A., Tappeiner, B., Baranyi, R., & Grechenig, T. (2022). Long COVID Diary: A User Centered Approach for the Design of a Mobile Application Supporting Long COVID Patients:

Proceedings of the 15th International Joint Conference on Biomedical Engineering Systems and Technologies, 769–776. <https://doi.org/10.5220/0010972300003123>

- Ireson, J., Taylor, A., Richardson, E., Greenfield, B., & Jones, G. (2022). Exploring invisibility and epistemic injustice in Long Covid—A citizen science qualitative analysis of patient stories from an online Covid community. *Health Expectations*, 25(4), 1753–1765. <https://doi.org/10.1111/hex.13518>
- Katz, G. M., Bach, K., Bobos, P., Cheung, A., Décary, S., Goulding, S., Herridge, M. S., McNaughton, C. D., Palmer, K. S., Razak, F. A., Zhang, B., & Quinn, K. L. (2023). Understanding How Post-COVID-19 Condition Affects Adults and Health Care Systems. *JAMA Health Forum*, 4(7), e231933. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2023.1933>
- Kennedy, A. B., Mitcham, A., Parris, K., Albertson, F., Sanchez Ferrer, L., O’Boyle, C., Patel, M. K., Gartner, T., Broomer, A. M., Katzman, E., Coffin, J., Grier, J. T., & Natafqi, N. (2024). Wonderings to research questions: Engaging patients in long COVID research prioritization within a learning health system. *Learning Health Systems*, e10410. <https://doi.org/10.1002/lrh2.10410>
- Kluge, H. H. P., Muscat, N. A., Mishra, S., Nielsen, S., Tille, F., Pfeifer, D., Covid Europe, L., & Sivan, M. (2022). Call for action: Health services in the European region must adopt integrated care models to manage Post-Covid-19 Condition. *The Lancet Regional Health - Europe*, 18, 100435. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100435>
- Koc, H. C., Xiao, J., Liu, W., Li, Y., & Chen, G. (2022). Long COVID and its Management. *International Journal of Biological Sciences*, 18(12), 4768–4780. <https://doi.org/10.7150/ijbs.75056>
- Krysa, J. A., Buell, M., Pohar Manhas, K., Kovacs Burns, K., Santana, M. J., Horlick, S., Russell, K., Papatthanassoglou, E., & Ho, C. (2023). Understanding the Experience of Long COVID

Symptoms in Hospitalized and Non-Hospitalized Individuals: A Random, Cross-Sectional Survey Study. *Healthcare*, 11(9), 1309. <https://doi.org/10.3390/healthcare11091309>

Ladds, E., Rushforth, A., Wieringa, S., Taylor, S., Rayner, C., Husain, L., & Greenhalgh, T. (2020). Persistent symptoms after Covid-19: Qualitative study of 114 “long Covid” patients and draft quality principles for services. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1144. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06001-y>

Lloyd-Smith, M. (2020). The COVID-19 pandemic: Resilient organisational response to a low-chance, high-impact event. *BMJ Leader*, 4(3), 109–112. <https://doi.org/10.1136/leader-2020-000245>

Maccarone, M. C., & Masiero, S. (2021). The Important Impact of COVID-19 Pandemic on the Reorganization of a Rehabilitation Unit in a National Healthcare System Hospital in Italy: Lessons From Our Experience. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 100(4), 327–330. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000001707>

MacEwan, S. R., Rahurkar, S., Tarver, W. L., Forward, C., Eramo, J. L., Teuschler, L., Gaughan, A. A., Rush, L. J., Stanwick, S., McConnell, E., Schamess, A., & McAlearney, A. S. (2024). Patient Experiences Navigating Care Coordination For Long COVID: A Qualitative Study. *Journal of General Internal Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s11606-024-08622-z>

Mastrososa, I., Del Duca, G., Pinnetti, C., Lorenzini, P., Vergori, A., Brita, A. C., Camici, M., Mazzotta, V., Baldini, F., Chinello, P., Mencarini, P., Giancola, M. L., Abdeddaim, A., Girardi, E., Vaia, F., & Antinori, A. (2023). What is the impact of post-COVID-19 syndrome on health-related quality of life and associated factors: A cross-sectional analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 21(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s12955-023-02107-z>

Munipalli, B., Seim, L., Dawson, N. L., Knight, D., & Dabr, A. M. A. (2022). Post-acute sequelae of COVID-19 (PASC): A meta-narrative review of pathophysiology, prevalence, and

- management. *SN Comprehensive Clinical Medicine*, 4(1), 90. <https://doi.org/10.1007/s42399-022-01167-4>
- Nabavi, N. (2020). Long covid: How to define it and how to manage it. *BMJ*, m3489. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3489>
- Nehme, M., Schneider, F., Perrin, A., Sum Yu, W., Schmitt, S., Violot, G., Ducrot, A., Tissandier, F., Posfay-Barbe, K., & Guessous, I. (2023). The Development of a Chatbot Technology to Disseminate Post–COVID-19 Information: Descriptive Implementation Study. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e43113. <https://doi.org/10.2196/43113>
- Pereira, H. M. F., & Saes, M. S. M. (2022). Government Support and Institutions' Intermediation throughout Companies' Adaptation to the COVID-19 Crisis. *Sustainability*, 14(9), 5450. <https://doi.org/10.3390/su14095450>
- Rangachari, P., & L. Woods, J. (2020). Preserving Organizational Resilience, Patient Safety, and Staff Retention during COVID-19 Requires a Holistic Consideration of the Psychological Safety of Healthcare Workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4267. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124267>
- Rinn, R., Gao, L., Schoeneich, S., Dahmen, A., Anand Kumar, V., Becker, P., & Lippke, S. (2023). Digital Interventions for Treating Post-COVID or Long-COVID Symptoms: Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e45711. <https://doi.org/10.2196/45711>
- Robbins, A., Beilman, G. J., Amdahl, B., Welton, M., Tignanelli, C., Olson, A. P. J., & Chipman, J. G. (2020). Transforming a Long-Term Acute Care Hospital into a COVID-19–Designated Hospital. *Surgical Infections*, 21(9), 729–731. <https://doi.org/10.1089/sur.2020.155>
- Russo, E., Brogi, E., Gamberini, E., & Agnoletti, V. (2020). COVID-19: A clinical and organizational crisis. *Internal and Emergency Medicine*, 15(5), 897–899. <https://doi.org/10.1007/s11739-020-02410-3>

- Schmachtenberg, T., Königs, G., Dragaqina, A., Roder, S., Müller, F., Müllenmeister, C., Schröder, D., Dopfer-Jablonka, A., Vieth, K., & El-Sayed, I. (2023). “There is no one who helps you with it”: Experiences of people with long COVID regarding medical care, therapeutic measures, and barriers in the German healthcare system: results of a qualitative study with four focus groups. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1160. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10170-x>
- Sivan, M., Rocha Lawrence, R., & O’Brien, P. (2023). Digital Patient Reported Outcome Measures Platform for Post-COVID-19 Condition and Other Long-Term Conditions: User-Centered Development and Technical Description. *JMIR Human Factors*, 10, e48632. <https://doi.org/10.2196/48632>
- Smits, M., Ludden, G. D. S., Verbeek, P.-P., & Van Goor, H. (2022). Responsible design and assessment of a SARS-CoV virtual reality rehabilitation programme: Guidance ethics in context. *Journal of Responsible Innovation*, 9(3), 344–370. <https://doi.org/10.1080/23299460.2022.2076986>
- Stephenson, J. (2022). Biden Administration Outlines Strategy to Tackle Long COVID. *JAMA Health Forum*, 3(4), e221280. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2022.1280>
- Surapaneni, K. M., Singhal, M., Saggi, S. R., Bhatt, A., Shunmathy, P., & Joshi, A. (2022). A Scoping Review on Long COVID-19: Physiological and Psychological Symptoms Post-Acute, Long-Post and Persistent Post COVID-19. *Healthcare*, 10(12), 2418. <https://doi.org/10.3390/healthcare10122418>
- Tabacof, L., Tosto-Mancuso, J., Wood, J., Cortes, M., Kontorovich, A., McCarthy, D., Rizk, D., Rozanski, G., Breyman, E., Nasr, L., Kellner, C., Herrera, J. E., & Putrino, D. (2022). Post-acute COVID-19 Syndrome Negatively Impacts Physical Function, Cognitive Function, Health-Related Quality of Life, and Participation. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 101(1), 48–52. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000001910>

- Tak, C. R. (2023). The health impact of long COVID: A cross-sectional examination of health-related quality of life, disability, and health status among individuals with self-reported post-acute sequelae of SARS CoV-2 infection at various points of recovery. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 7(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s41687-023-00572-0>
- Tippett, E., Hitch, D., Irving, L., & Watters, D. (2022). Post-acute COVID-19 condition (PACC): A perspective on collaborative Australian research imperatives and primary health models of care. *Australian Journal of Primary Health*, 29(4), 293–295. <https://doi.org/10.1071/PY22009>
- Van Der Feltz-Cornelis, C., Heightman, M., & Allsopp, G. (2023). Learning from long COVID: Integrated care for multiple long-term conditions. *British Journal of General Practice*, 73(730), 196–197. <https://doi.org/10.3399/bjgp23X732561>
- Wolf, S., Zechmeister-Koss, I., & Erdös, J. (2022). Possible long COVID healthcare pathways: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1076. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08384-6>
- Wright, H., Turner, A., Ennis, S., Percy, C., Loftus, G., Clyne, W., Matouskova, G., & Martin, F. (2022). Digital Peer-Supported Self-Management Intervention Codesigned by People With Long COVID: Mixed Methods Proof-of-Concept Study. *JMIR Formative Research*, 6(10), e41410. <https://doi.org/10.2196/41410>
- Wurz, A., Culos-Reed, S. N., Franklin, K., DeMars, J., Wrightson, J. G., & Twomey, R. (2022). «I feel like my body is broken»: Exploring the experiences of people living with long COVID. *Quality of Life Research*, 31(12), 3339–3354. <https://doi.org/10.1007/s11136-022-03176-1>
- Yang, C., & Tebbutt, S. J. (2023). Long COVID: The next public health crisis is already on its way. *The Lancet Regional Health - Europe*, 28, 100612. <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2023.100612>

Ziegler, S., Raineri, A., Nittas, V., Rangelov, N., Vollrath, F., Britt, C., & Puhan, M. A. (2022). Long COVID Citizen Scientists: Developing a Needs-Based Research Agenda by Persons Affected by Long COVID. *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research*, 15(5), 565–576. <https://doi.org/10.1007/s40271-022-00579-7>

Websites

- 1) [https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic)
- 2) <https://covid19.nih.gov/covid-19-topics/long-covid#:~:text=Symptoms%20of%20Long%20COVID%20may,as%20diabetes%20or%20kidney%20disease>
- 3) <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/post-covid-19-condition>
- 4) <https://hms.harvard.edu/news/who-most-risk-long-covid>
- 5) https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+15_2021.pdf/a97f5be0-983b-efaa-2638-3cafc8380296?t=1625124332301, also 7) – 8)
- 6) https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-03/ncd_20221213_mi_en.pdf

Appendix

PASCNET– June 2024

WP5 - Piani di intervento per la gestione e la presa in carico della cronicità emergente

Responsabile Prof. S. Denicolai – *Università degli Studi di Pavia*

Costanza Baldrighi – *Università degli Studi di Pavia*

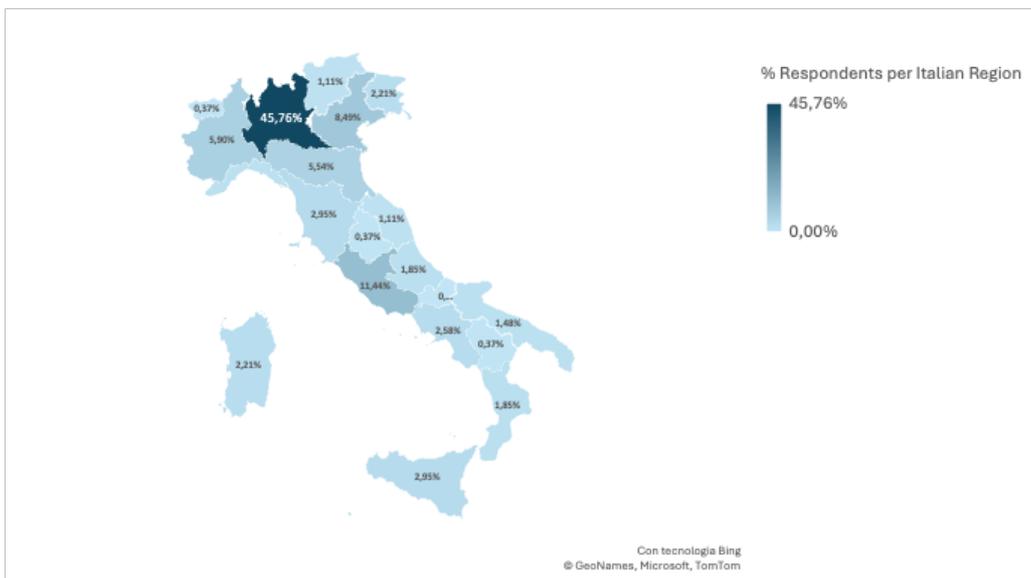
Summary

SECTION A) Quantitative Analysis	2
Descriptive Statistics	2
SECTION B) Qualitative Analysis	5
Gioia Methodology coding – 11 Interviews	5

SECTION A) Quantitative Analysis

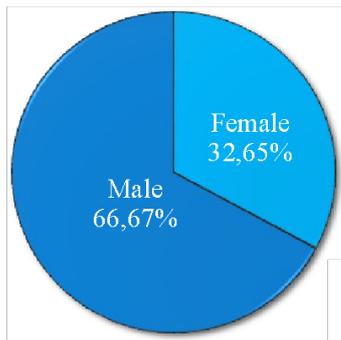
Descriptive Statistics

a. Respondents per Italian Region

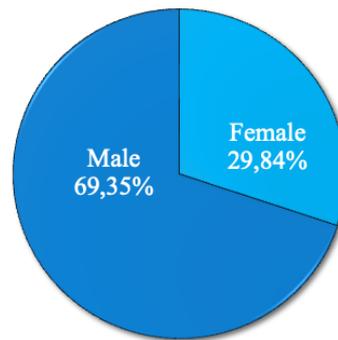


b. Respondents' Gender

ITALY (Other Regions)

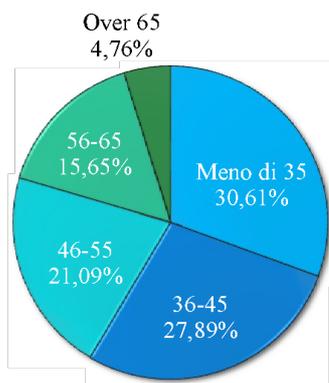


LOMBARDY

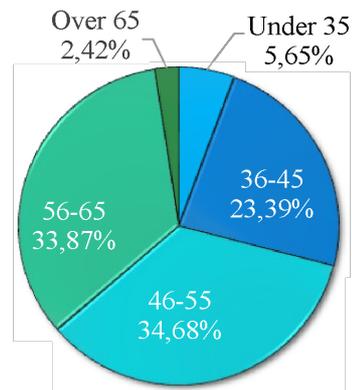


c. Respondents' Age

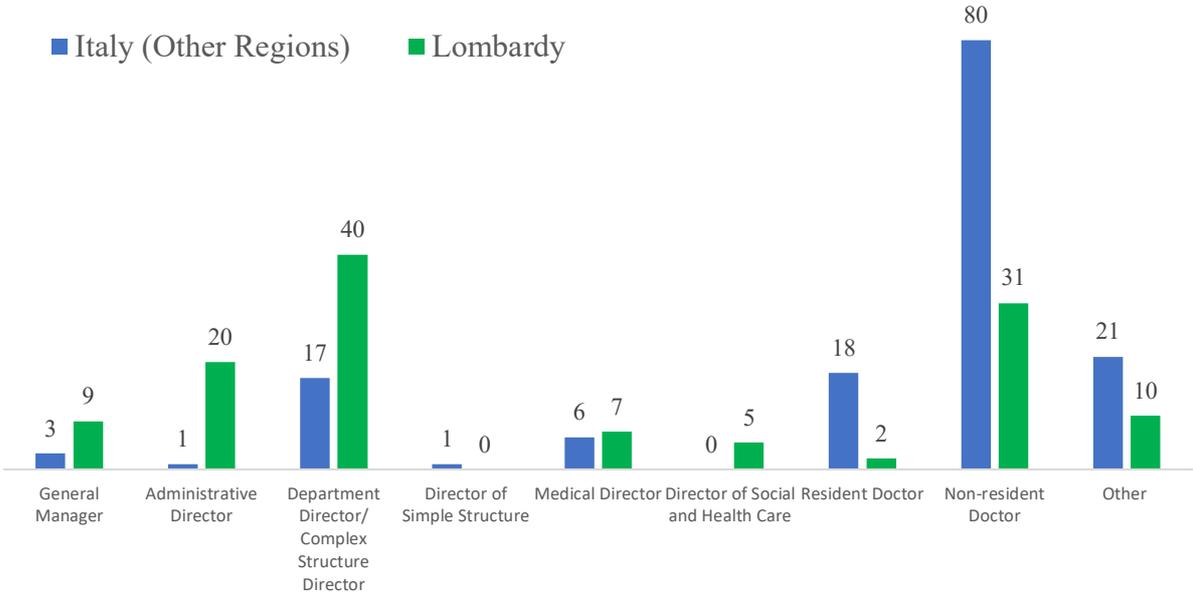
ITALY (Other Regions)



LOMBARDY

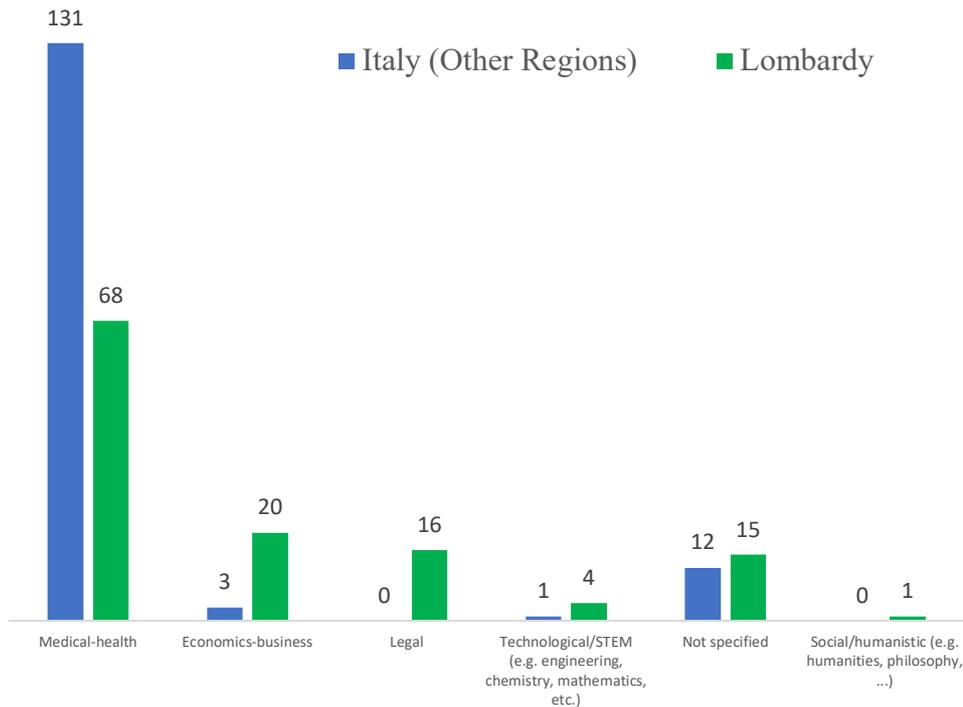


d. Respondents' Role / Job Position



e. Respondents' Background (University studies)





SECTION B) Qualitative Analysis

Gioia Methodology coding – 11 Interviews

To facilitate the comprehension of Gioia Analysis, we adopted the following codification system:

- Each interview was assigned a letter, from A to M (e.g. interview n° 1 = A, interview n° 2 = B, etc...)
- Each quote from the interviews was assigned a progressive number (e.g. the first quote of interview A is labeled A.1, the fifth quote of interview B is B.5, etc...)

Interview	N° Quote	Quote	First order	Second order	Third order
B	1	Sono il direttore sociosanitario della ATS di Pavia e quindi mi occupo delle problematiche di natura più sociale e sociosanitaria della popolazione. Diciamo che in particolar modo mi occupo dei problemi legati al disagio giovanile. Tra tutte le problematiche che affronto Quello che mi sento di dire è preoccuparmi proprio dei giovani, del disagio giovanile. Il long covid ha avuto e sta avendo un grande impatto sui giovani. In questo senso infatti che cosa sta succedendo? [1]	Grave impatto del Covid e LC sui giovani (isolamento, salute mentale...)	1.1. Impatto del virus su salute mentale	1. IMPATTO SU "PDTA" / PATIENT JOURNEY: AGILE, DIFFUSO, INTEGRATO FRA SALUTE CORPO E MENTALE
B	2	Che comunque sia a livello ministeriale che a livello regionale stanno mettendo importanti risorse sul problema del disagio giovanile. Problematica che era già c'era già prima del Covid, che il Covid ha amplificato [2].			
B	7	Questo qui ha incremento i dati purtroppo, però se li vogliamo, interroghiamo anche [uno degli psicologi] di Casa del Giovane se vuoi, possiamo anche fare una piccola call con lui perché quando parli con lui è sempre molto... E sì, facciamola! Lui ti insegna davvero in questi cinque anni, lavorando con lui ho imparato veramente tante cose perché lui ha il rapporto con i giovani e poi l'incremento dell'uso di sostanze perché adesso non abbiamo più le sostanze tradizionali ma abbiamo quelle anche che si comprano via internet quindi anche lì abbiamo avuto proprio tre settimane fa sono andata a questo convegno alla MAUGERI sulle nuove sostanze ma anche loro che non ci stanno più dietro perché ogni giorno ne nasce una e anche questo.[7]			
B	9	Perfetto, quindi questo mi sento dire perché i giovani per me sono il futuro, il mio futuro. Quindi quando devo affrontare un problema come direttore socio-sanitario Mi affronto tutte le problematiche, ma i giovani mi stanno a cuore perché sono il nostro futuro, quindi dico cosa posso fare io come direttore sociosanitario? Sto creando insieme all'Istituto Maugeri, a Casa del Giovane, all'ASST la comunità educante che è un modello del Trentino che sta funzionando.[9]			
B	58	[conseguenze sulla salute mentale dei giovani] E non lo sapremo ancora, cioè gli effetti cominciano. C'è una generazione che è stata studiando.[58]			
B	60	Il settore su cui si investirà di più è la fascia d'età 14-25, è lì che e poi l'avevi già detto tu, l'altra cosa che bisognerà veramente studiare bene è l'impatto di questo aggeggio qua, è veramente devastante, appunto i ragazzi sono rimasti mentre noi ci trovavamo tutti in compagnia cose, tutti attaccati lì, il mondo cambia, forse è cambiato un po', però è cambiato tanto così e quindi bisogna avere anche le capacità giuste per orientarsi poi dopo una fase così, quindi sicuramente, sicuramente. Ma cosa ci fa secondo me.[60]			

B	61	[tema dei disturbi alimentare, i giovani si sono messi a mangiare] Male quindi anche questo tema è importantissimo.[61]			
B	62	Perché poi chi mangiava poco ha cominciato a mangiare sempre di meno. Cioè ci sono stati proprio anche a livello alimentare e lì che cosa ti queste lezioni apprese che c'è poca cultura di prevenzione di corretti stili di vita [62].			
B	63	Quindi bisogna puntare sempre di più su questa tematica, perché se la popolazione, soprattutto la popolazione giovanile, è consapevole dei rischi, un vivere bene, un vivere sano ha tutta una serie di conseguenze, ma devi essere consapevole, e anche qui tutta la parte formativa, educativa. Quindi secondo me quello che mi stai dicendo è cerchiamo di intervenire precocemente, non quando il problema dell'ansia e della depressione. L'ansia e la depressione nasce.[63]			
B	64	Comunque è una paura di affrontare la vita, l'ansia e la depressione, è una paura di affrontare la vita, di affrontare i problemi, perché schiacci il bottone e hai la soluzione di qua, cioè noi ma solo fare una ricerca dovevamo leggerci 10.000 documenti, adesso schiacci su internet, ma anche il lavoro in smart, adesso tanti giovani sono stati assunti in smart.[64]			
G	2	Dal marzo 2020 all'aprile 2021 657 pazienti con diagnosi di infezione da SarS-CoV-2 trattati presso l'Ospedale A. Manzoni sono stati sottoposti a follow-up infettivologico di screening (tra 3 e 4 mesi dopo la negativizzazione per COVID-19) con focus su persistenza/comparsa di disturbi respiratori, neurologici o psicologici attraverso una check-list condivisa tra le UOC di infettivologia e di neurologia e mediante somministrazione di specifici test di screening. Sulla base dei risultati emersi dallo screening, 74 pazienti (29 F, età media 60 anni) sono stati riferiti per valutazione neurologica. Di questi, 34 riferivano disturbi cognitivi soggettivi post-COVID e 21 hanno accettato di sottoporsi a valutazione neuropsicologica formale a 6 e 12 mesi dallo screening.	Importante valutare le ricadute neurologiche del long covid		
M	26	Soprattutto quando venivano coinvolte le persone magari giovani che quindi notavano la differenza tra il pre-Covid e il post-Covid, persone in ottima salute che poi nel post-Covid hanno avuto magari un peggioramento di quella magari che era la resa nel fare l'attività sportiva, nell'essere magari molto brillanti al lavoro, hanno avuto delle ripercussioni non strettamente cliniche ma psicologiche e neurologiche notevoli, soprattutto i cinquantenni e i sessantenni che stavano da dio prima del covid e dopo il covid hanno questa sintomatologia da lungo covid che magari non va etichettata con particolari segni clinici.[26]			

A	18	una figura che abbiamo inserito ormai da un anno e quella dello psicologo, perché effettivamente quello che è emerso è che, vuoi l'impatto della pandemia che ormai è innegabile, e che insomma qualche impatto sul vissuto delle persone lo ha dato (18),	L'impatto del Covid e Long Covid sulla salute mentale deve essere tenuto in considerazione		
A	19	disturbi neurologici come quello della confusione mentale, disturbi della concentrazione diciamo che vengono valutati gradualmente, e quindi generalmente noi facciamo fare chi lo accetta, perché poi è una cosa che non è sempre accettata da tutti, una valutazione psicologica di base ma proprio per cercare di capire se comunque sottostante a questi disturbi ci può essere comunque un impatto sul proprio vissuto (19)...			
A	20	Cioè questa cosa era nata sì nei pazienti che avevano avuto la malattia grave, il disturbo quello post-traumatico dei pazienti che erano stati ricoverati in rianimazione, però quello che si sta vedendo è che effettivamente una qualche forma di disturbo post-traumatico lieve e alcuni pazienti ce l'hanno (20),			
A	49	L'unica cosa che volevo dire è che la sensazione che ho, facendo proprio ambulatorio, è che effettivamente questi pazienti a me spiace e lo dico sempre a loro, soprattutto questi che hanno girato per mille specialisti, sono un po' tra virgolette poco considerati nel senso che 'ah ma si vabbè c'è il long Covid ma ti passa' (49)			
A	50	queste persone hanno dei disturbi e quindi tante volte poi vengono etichettate come disturbi psicologici, che di fatto non sono o che lo possono diventare perché, se ci pensate, se uno ha dei disturbi continui che non riesce a gestire e allora poi l'impatto psicologico però diventa secondario (50),			
B	12	Quindi questo secondo aspetto, i dati sulla psichiatria e la neuropsichiatria. Questo è un altro tema che mi sta a cuore perché abbiamo... (la salute mentale) [12]			
B	13	Quindi la Covid sta portando a un incremento questo poi ce lo dirà il nostro direttore sanitario, ad un incremento dei problemi di psichiatria, cioè dei problemi legati proprio alla neuropsichiatria.[13]			
B	14	Le due cose (LC sintomi fisici e mentali) secondo me si miscelano un po' perché se guardiamo dal punto di vista organizzativo sarà lo stesso, quindi praticamente tutti i servizi dall'ospedale all'RSA hanno dovuto riorganizzarsi, l'organizzazione campionizzata è stata enorme, tutti quanti hanno dovuto organizzarsi per la cosa [14].			

B	37	<p>Si, cioè senz'altro una forte sinergia con la SST perché questo assolutamente diventa il San Matteo ad esempio, ma anche tutte le realtà private accreditate, se penso ad esempio adesso che sto affrontando il piano dei disturbi alimentari abbiamo creato proprio una rete pubblico privata quindi senz'altro la collaborano, anche perché la Regione chiede sempre di più adesso i piani territoriali su ogni tematica quindi sta cambiando anche a livello regionale l'ottica della programmazione e domanda ai territori la formulazione di piani territoriali quindi sta entrando proprio la logica non solo della programmazione regionale ma anche della programmazione territoriale che il covid ci ha insegnato e quindi per fare una programmazione tu devi per forza creare queste collaborazioni pubblico privato e anche trovare, guardare, secondo me il futuro sarà anche la sinergia con altri, cioè guardare più in là, anche altre regioni [37].</p>			
B	59	<p>[come affrontare le difficoltà mentali del LC] Infatti cosa ci chiedono? Di continuare a aprire sportelli, con lo psicologo nelle scuole, con la figura dello psicologo, cioè assolutamente. Cioè al di là dei problemi psichiatrici conclamati e vabbè su questo ok, ma senz'altro il problema dell'ansia e della depressione assolutamente sì, cioè non sanno... e la richiesta che viene a noi è, ma lo vediamo anche a livello organizzativo, la richiesta di uno psicologo.[59]</p>			
G	2	<p>Dal marzo 2020 all'aprile 2021 657 pazienti con diagnosi di infezione da SarS-CoV-2 trattati presso l'Ospedale A. Manzoni sono stati sottoposti a follow-up infettivologico di screening (tra 3 e 4 mesi dopo la negativizzazione per COVID-19) con focus su persistenza/comparsa di disturbi respiratori, neurologici o psicologici attraverso una check-list condivisa tra le UOC di infettivologia e di neurologia e mediante somministrazione di specifici test di screening. Sulla base dei risultati emersi dallo screening, 74 pazienti (29 F, età media 60 anni) sono stati riferiti per valutazione neurologica. Di questi, 34 riferivano disturbi cognitivi soggettivi post-COVID e 21 hanno accettato di sottoporsi a valutazione neuropsicologica formale a 6 e 12 mesi dallo screening.</p>			
M	26	<p>Soprattutto quando venivano coinvolte le persone magari giovani che quindi notavano la differenza tra il pre-Covid e il post-Covid, persone in ottima salute che poi nel post-Covid hanno avuto magari un peggioramento di quella magari che era la resa nel fare l'attività sportiva, nell'essere magari molto brillanti al lavoro, hanno avuto delle ripercussioni non strettamente cliniche ma psicologiche e neurologiche notevoli, soprattutto i cinquantenni e i sessantenni che stavano da dio prima del covid e dopo il covid hanno questa sintomatologia da lungo covid che magari non va etichettata con particolari segni clinici.[26]</p>			

B	3	Quindi io come direttore sociosanitario che mi occupo da un punto di vista non di erogazione ma di governance, di vigilanza e controllo di tutta la parte relativa alle dipendenze c'è stato un incremento, abbiamo fatto anche una conferenza stampa con un rappresentante di Casa del Giovane e il comune di Pavia sul problema delle dipendenze, ma che si riflettono anche sul gioco d'azzardo patologico. [3]	1.1.4. La pandemia ha aggravato le dipendenze (droghe, alcool, gioco, etc...)		
B	6	Quindi abbiamo avuto un incremento naturalmente dell'utilizzo dei giochi online, quindi questo è un effetto anche perché il denaro facile, il tutto è subito, pressiamo anche a tutto quello che vediamo sui social, stimola i giovani e i ragazzi a giocare online [6].			
B	7	Questo qui ha incremento i dati purtroppo, però se li vogliamo, interroghiamo anche [uno degli psicologi] di Casa del Giovane se vuoi, possiamo anche fare una piccola call con lui perché quando parli con lui è sempre molto... E sì, facciamola! Lui ti insegna davvero in questi cinque anni, lavorando con lui ho imparato veramente tante cose perché lui ha il rapporto con i giovani e poi l'incremento dell'uso di sostanze perché adesso non abbiamo più le sostanze tradizionali ma abbiamo quelle anche che si comprano via internet quindi anche lì abbiamo avuto proprio tre settimane fa sono andata a questo convegno alla MAUGERI sulle nuove sostanze ma anche loro che non ci stanno più dietro perché ogni giorno ne nasce una e anche questo.[7]			
B	8	Incremento dei numeri senz'altro su tutte le tipologie di dipendenze, anche da farmaci, c'è un incremento anche dell'alcol, quindi senz'altro questo ha portato, l'isolamento ha portato... Sull'alcol ho io dei dati [8].			
B	4	Il periodo di isolamento sociale ha portato a un utilizzo improprio della tecnologia. è servita per continuare i programmi formativi, educativi, sappiamo adesso usare tutti il computer, facciamo le call, eccetera.[4]	La tecnologia (es. smartphone) è stata abusata dalle persone durante la pandemia		
B	5	Quindi la tecnologia nel periodo del covid ha avuto degli effetti benefici, però c'è il riflesso negativo, questo utilizzo improprio da parte dei giovani che nel periodo del covid, nel periodo dell'isolamento l'hanno utilizzata in modo massivo, cioè in modo improprio [5].			
H	6	Sarebbe interessante studiare il fenomeno specifico a livello territoriale e quindi in ambito di assistenza domiciliare (modalità operativa già in essere durante l'emergenza COVID attraverso protocolli di monitoraggio c/o il domicilio, attivabili direttamente post valutazione)	Creazione di percorsi di follow-up per monitorare i pazienti dimessi	1.2. Necessità di follow up e assistenza (clinica + familiare)	

A	5	è stato riaperto questo ambulatorio multidisciplinare che prevedeva sostanzialmente la presenza di tre figure che erano l'internista, il infettivologo, e lo pneumologo che in giorni diversi sostanzialmente valutavano questi pazienti (4).	Creazione di una struttura ad hoc per assistere i pazienti post ricovero/malattia da Covid		
F	3	Dopo la degenza, il paziente è preso in carico con un ambulatorio di follow up	Creazione di percorsi di follow-up per monitorare i pazienti dimessi		
F	5	L'opportunità è stata la costruzione dalla presa in carico del paziente nell'ambito territoriale attraverso il nucleo di dimissioni protette e poi con il MMG			
G	2	Dal marzo 2020 all'aprile 2021 657 pazienti con diagnosi di infezione da SarS-CoV-2 trattati presso l'Ospedale A. Manzoni sono stati sottoposti a follow-up infettivologico di screening (tra 3 e 4 mesi dopo la negativizzazione per COVID-19) con focus su persistenza/comparsa di disturbi respiratori, neurologici o psicologici attraverso una check-list condivisa tra le UOC di infettivologia e di neurologia e mediante somministrazione di specifici test di screening. Sulla base dei risultati emersi dallo screening, 74 pazienti (29 F, età media 60 anni) sono stati riferiti per valutazione neurologica. Di questi, 34 riferivano disturbi cognitivi soggettivi post-COVID e 21 hanno accettato di sottoporsi a valutazione neuropsicologica formale a 6 e 12 mesi dallo screening.			
H	6	Sarebbe interessante studiare il fenomeno specifico a livello territoriale e quindi in ambito di assistenza domiciliare (modalità operativa già in essere durante l'emergenza COVID attraverso protocolli di monitoraggio c/o il domicilio, attivabili direttamente post valutazione)			
M	3	Ovviamente le liste d'attesa risultano crearci qualche problema nella gestione a stretto giro di questi pazienti come tempistica, quindi cerchiamo magari di creare delle agende parallele per poterli valutare in un tempo consono che sono magari tre mesi, quattro mesi salvo l'urgenza.[3]			
M	27	Allora noi quando li vediamo in ambulatoria programiamo già a stretto giro una visita Qualora per x motivi il paziente non riuscisse, diamo la mail, quindi poi saremo noi che operativamente interveniamo per far sì che il paziente ottenga. Ecco che vi dicevo delle agende parallele, con quel fine il paziente ci scrive, in base a quella che è la necessità cerchiamo un po' di organizzare quella che è la visita che necessita.[27]			
M	30	Anche se in realtà comunque poi sono tutti rimasti. Comunque hanno trovato un'ottima assistenza, conosco pazienti che si sono allontanati dal nostro gruppo. Con gli sforzi di tutti si cerca di mantenere quanto più possibile in contatto.[30]			

B	17	Prima, occupandomi delle problematiche della disabilità e degli anziani, nel momento in cui ci siamo trovati gli ospedali pieni, senza altro l'assistenza domiciliare e infatti la riforma.[17]	Creazione di protocolli ad hoc per la presa in carico domiciliare		
H	2	Se segni e sintomi gestibili a domicilio e la persona presenta i criteri per l'attivazione di una presa in carico domiciliare, l'attività è svolta da figure professionali afferenti direttamente ad ASST (vedi DIFRA) oppure da enti erogatori privati accreditati con ATS Brianza e afferenti al territorio di ASST Lecco.			
E	5	[principali ostacoli organizzativi e eventuali opportunità emerse] Difficoltà: conciliare le prestazioni di follow up con l'ordinaria attività di natura diagnostica (tema delle liste di attesa). Opportunità: presa in carico dei pazienti con diverse patologie in forma precoce per la relativa diagnosi. Valorizzazione delle professionalità sanitarie.			
H	6	Sarebbe interessante studiare il fenomeno specifico a livello territoriale e quindi in ambito di assistenza domiciliare (modalità operativa già in essere durante l'emergenza COVID attraverso protocolli di monitoraggio c/o il domicilio, attivabili direttamente post valutazione)	È consigliabile approfondire le ricerche sull'assistenza domiciliare		
M	31	No, ma anche pazienti che magari potrebbero anche non fare più visite, no? Che magari stanno bene, che hanno ripreso un po' la vita normale, mi dicono, no, no, ma io una visita ogni tanto vengo a farla, perché così mi tenete sotto controllo e quindi... C'è stato un impatto da quel punto di vista notevole perché il paziente si è sentito... almeno le nostre fatiche di tutti sono arrivati...[31]	I pazienti hanno apprezzato il follow up e continuano a tornare		
B	32	Io penso che, al di là di quello che possa essere l'inquadramento, però immaginando una sequela, una cronicizzazione di alcuni sequele del Covid, secondo me la figura che emerge importante dal periodo pandemico è quella delle infermiere di famiglia. perché bisogna rinforzare il territorio, il medico medicina generale c'è e quelli che ci sono lavorano.[32]	La figura dell'infermiere di famiglia sta emergendo		
B	33	Secondo me questa potrebbe essere una figura importante nell'andare a seguire il paziente, il paziente cronico in generale e lì ci mettiamo dentro anche il non-covid nel senso cercare di seguire a casa magari una volta dimesso dal reparto ospedaliero ammesso che ci sia andato, se no comunque direttamente a domicilio con un ADI, eccetera, però questa è una figura che potrebbe essere importante nel seguire i pazienti che hanno necessità, che comunque sono risolvibili a domicilio ma vanno monitorati. Butto giù perché secondo me è una delle figure più importanti che stanno emergendo [33].			

F	1	Ad oggi nessun tipo di impatto in quanto non si registrano nelle varie degenze questa tipologia di pazienti. In precedenza la criticità maggiore era rappresentata dall'impossibilità a dimettere il paziente per l'assenza di un contesto sociale di supporto adeguato alle condizioni del paziente.	La mancanza di supporto post dimissioni per i pazienti è un serio problema, anche a livello domestico		
H	1	Gestisco la Struttura Semplice Disabilità e Fragilità in cui in quest'ultima categoria potrebbero essere coinvolte anche persone in presenza di segni e sintomi correlati al Long Covid. La principale criticità riguarda il numero esiguo di risorse professionali, responsabili della valutazione multidimensionale e quindi attivatori della presa in carico domiciliare.			
A	8	questi pazienti andavano seguiti e non valutati solo dopo tre mesi, ma che avevano anche necessità di essere valutati anche dopo 6-12 mesi, quindi avevano necessità di avere un follow up più prolungato (8).	La realtà del Long Covid non ha precedenti, sono state create nuove procedure		
A	10	per cui quello che era un ambulatorio che era nato solo diciamo dedicato ai pazienti che erano guariti ed erano stati dimessi dall'ospedale si è aperto (10).			
I	5	Reperimento di spazi organizzativi e logistici per la gestione dei pazienti con diagnosi di Long Covid accertata.	Necessità di lavorare in carenza di personale / risorse		
B	18	Anche per il problema che abbiamo nei pronti soccorsi, perché ormai abbiamo anche il problema delle liste d'attesa eccetera eccetera. Senz'altro puntare sul medico di medicina generale, sull'assistenza domiciliare.[18]	Prediligere quando possibile l'assistenza domiciliare per ridurre complicazioni e migliorare l'organizzazione		
B	45	Allora, io, sempre per la mia parte, penso che quello che stiamo affrontando di più è la riforma dell'ADI, proprio perché l'assistenza domiciliare è uno dei temi.[45]			
H	5	Se segni e sintomi gestibili a livello domiciliare si potrebbe: - evitare l'ospedalizzazione preservando la persona da possibili eventi correlati (es infezioni nosocomiali), - migliorare l'organizzazione (ottimizzazione e appropriatezza dei ricoveri).			
B	26	Comunque, a livello organizzativo, le lezioni sono state apprese, quindi anche nelle RSA abbiamo il responsabile. A livello organizzativo questa cosa qui ci ha insegnato tanto. Per la parte disabilità naturalmente le famiglie in quell'istante quando cominciavano a chiudere le strutture, i centri quindi abbiamo cercato di non lasciarle da sole, quindi devi essere, ecco, anche, come dire, secondo me anche la flessibilità, ecco, abbiamo imparato.[26]	Supportare le famiglie dei pazienti		

B	28	Dovevamo trovare altre soluzioni perché non potevamo lasciare le famiglie da sole in quel momento e quindi abbiamo aperto altri spazi, altri luoghi anche certe volte lottando prima della regione perché se no arrivavamo troppo tardi. infatti quello che a me manca è quello spirito poi dopo la situazione ritorna alla normalità e quello spirito di squadra.[28]			
B	32	Io penso che, al di là di quello che possa essere l'inquadramento, però immaginando una sequela, una cronicizzazione di alcuni sequele del Covid, secondo me la figura che emerge importante dal periodo pandemico è quella delle infermiere di famiglia. perché bisogna rinforzare il territorio, il medico medicina generale c'è e quelli che ci sono lavorano.[32]			
B	33	Secondo me questa potrebbe essere una figura importante nell'andare a seguire il paziente, il paziente cronico in generale e li ci mettiamo dentro anche il non-covid nel senso cercare di seguire a casa magari una volta dimesso dal reparto ospedaliero ammesso che ci sia andato, se no comunque direttamente a domicilio con un ADI, eccetera, però questa è una figura che potrebbe essere importante nel seguire i pazienti che hanno necessità, che comunque sono risolvibili a domicilio ma vanno monitorati. Butto giù perché secondo me è una delle figure più importanti che stanno emergendo [33].			
B	28	Dovevamo trovare altre soluzioni perché non potevamo lasciare le famiglie da sole in quel momento e quindi abbiamo aperto altri spazi, altri luoghi anche certe volte lottando prima della regione perché se no arrivavamo troppo tardi. infatti quello che a me manca è quello spirito poi dopo la situazione ritorna alla normalità e quello spirito di squadra.[28]	Agire in modo più veloce	1.3. Pressione verso maggior agilità organizzativa	
B	29	parafraasi: abbiamo dovuto adattarci velocemente alla situazione, a volte anche ignorando i protocolli - altre realtà hanno addirittura ignorato i brevetti perché quello era 'il momento' per farlo [29]			
B	30	Eh, sì. Sì, sì, no. Ma infatti quando sono andata dal direttore sanitario dell'ospedale di Cremona, venendo a Cremona, c'era questo direttore che diceva, adesso ci sono i problemi. Adesso. Durante il periodo Covid, bene o male, ma adesso nascono [30].	Agire in modo più flessibile		
B	46	Allora, con cosa ti scontri? Con le regole? Con la normativa? e quindi devi applicare la normativa e molte volte anche una rigidità nell'applicare la norma quindi questo secondo me al di là, questo è il primo ostacolo ma forse l'ho detto anche a Emmlos cioè la semplificazione si sta complicando tutto, mi.[46]			

G	1	Il contesto dell'Ospedale A. Manzoni è quello di un hub di riferimento per la provincia di Lecco (bacino di utenza di 350.000 persone con significativi apporti ulteriori da province limitrofe (Como, Sondrio, Monza-Brianza); la pandemia ha colpito duramente il territorio, vista la contiguità alla provincia di Bergamo, conducendo a una imponente riconversione di PL in posti dedicati a pazienti COVID in particolare durante la prima ondata. Le principali criticità in relazione al long-COVID sono la carenza di figure professionali aggiuntive dedicate e la difficoltà di intercettare condizioni subcliniche in modo sistematico	Carenza di competenze	2.1 Risorse umane da potenziare	2. IMPATTO A LIVELLO DI CAPITALE UMANO
B	21	Bisognava organizzare un po' tutto, il PNRR, la missione 6 è dedicata sostanzialmente a La telemedicina, oltretutto questo si inserisce, telemedicina, in una problematica che è arrivata bene a causare la tempesta perfetta, cioè la carenza di medici specialisti ed infermieri, per cui tecnologico in sicurezza dobbiamo usarlo, perché le risorse le dobbiamo razionalizzare, i medici medicina generale mancano, i medici specialisti mancano rispetto agli standard di qualche anno fa, per cui alla fine in qualche maniera cerchiamo di ottimizzare la cosa. [21]			
C	5	[principali ostacoli organizzativi e eventuali opportunità emerse] La gestione dei turni in più dovuto alla carenza di personale. Nessuna opportunità evidente	Carenze di personale (siamo in pochi)		
H	1	Gestisco la Struttura Semplice Disabilità e Fragilità in cui in quest'ultima categoria potrebbero essere coinvolte anche persone in presenza di segni e sintomi correlati al Long Covid. La principale criticità riguarda il numero esiguo di risorse professionali, responsabili della valutazione multidimensionale e quindi attivatori della presa in carico domiciliare.			
I	1	carenza di spazi e difficoltà nel reclutamento di personale medico e infermieristico.			
D	1	[come descriverebbe in sintesi il contesto in cui opera] Gestione complessa per scarsità di risorse e rigidità normative	Persone hanno percezione di non avere abbastanza risorse	2.2 Motivazione delle persone	
E	1	[come descriverebbe in sintesi il contesto in cui opera] Si tratta di una realtà organizzativa che può disporre di risorse umane limitate e con un bacino di utenza definito che opera in regime di monopolio (non vi sono altri operatori nel territorio di riferimento)			
I	5	Reperimento di spazi organizzativi e logistici per la gestione dei pazienti con diagnosi di Long Covid accertata.			
D	6	[Eventuali considerazioni aggiuntive] Come sollecitare i professionisti a porsi proattivamente rispetto alla tematica	Promuovere proattività / engagement		

B	20	Ma lui quando organizzava le squadre che andavano a casa, perché poi i medici erano ammalati, quindi usavamo le USCA per andare a casa, cioè delle persone, perché pronto soccorso non si poteva andare, quindi.[20]			
C	1	[come descriverebbe in sintesi il contesto in cui opera] Gente meno disponibile e più sofferente			
B	34	Quando ho sentito certi prezzi per i gettonisti, hanno dato una calmata anche a livello regionale, ma a un certo punto ho detto, ma cosa faccio il direttore sanitario a fare? Vado a fare il gettonista. In una settimana mi sono fatto lo stipendio e poi il resto del mese sto in giro. perché se uno guadagna 1000 euro a notte dice vabbè. [34]	Trattenere le persone		
B	35	Per carità per carità è una provocazione però chiaramente squilibrava il sistema. e secondo me il medico non è assunto dice ma io guadagno 2600 euro e cosa mi faccio assumere a fare?[35]			
L	1	Direzione Aziendale delle Professioni sanitarie e Sociosanitarie, in una Azienda socio-sanitaria territoriale, con diversi presidi ospedalieri e territoriali in un'ampia zona, con differenti segmenti di popolazione con differenti bisogni. Ad oggi una delle principali criticità è la difficoltà nel reclutare alcune figure sanitarie e nel trattenere molti professionisti che oggi hanno ampie possibilità di offerta sia nel settore pubblico sia in quello privato; questa difficoltà rende molto critico gestire tutte le unità d'offerta dell'azienda			
B	27	Abbiamo imparato ad agire anche trovando altre soluzioni (più agilità).[27]	Le diverse ondate di Covid hanno richiesto procedure diverse e rapidità nell'adattarsi	3.1 Capacità di adattarsi, trovare nuove soluzioni	3. IMPATTO INTER-ORGANIZZATIVO E INTERDISCIPLINARE COME ELEMENTO CENTRALE DI CAMBIAMENTO
A	3	Poi con la seconda ondata, questa cosa è stata diciamo così un po' più strutturata, l'afflusso è stato maggiore chiaramente e quindi diciamo che si è spostato il controllo da un mese a tre mesi, perché effettivamente si vedeva che un mese era un po' troppo presto (3);			
A	47	i fattori che sono entrati nella diciamo nel modificare anche la malattia sono differenti per cui la prima ondata già il tipo di trattamento che durante la stessa ondata si è modificato (47).			
A	48	nella prima ondata almeno la metà dei pazienti che arrivava mi ricordo lamentava anosmia e ageusia questa cosa già dalla seconda ondata e si è notevolmente modificata per cui quello che era diciamo uno dei sintomi prevalenti (48)			
A	6	col passare del tempo quello che si è visto è che c'erano dei sintomi, dei disturbi che persistevano per molto tempo e quindi diciamo che questo ambulatorio ha avuto una un'evoluzione (6),			

B	11	Quindi questa è una parte che mi sta a cuore ma è un problema che già si stava affrontando prima del Covid, con il Covid c'è stata un'impennata che ci porta a lavorare sempre di più su questa comunità educante che sperimenteremo nel territorio dell'Alto Basso Pavese, un territorio cioè diciamo un territorio che ha una popolazione giovanile più alta rispetto agli altri territori del Paese.[11]	Prendere esempio da buone pratiche, soluzioni o procedure adottate in altre realtà / regioni	3.2 Strutture e procedure/terapie ad hoc	
B	39	Ma perché invece non impariamo tra di noi, cioè le buone prassi di un territorio, cioè non lavorare solo, ma guardare più e magari prendere la buona prassi di un altro territorio e riportarla nel nostro.[39]			
B	54	Confronto anche oltre agli obiettivi anche tra le diverse realtà che cosa si sta sperimentando in un ospedale a livello di nuove tecnologie rispetto a un altro, fra dei momenti proprio anche... questo è un.[54]			
A	14	quindi abbiamo creato una rete intorno a questi pazienti per cercare di poterli valutare e gestire al meglio (14),	Collaborazione tra specialisti e reparti diversi per offrire al paziente le cure migliori		
A	35	Quindi diciamo che poi lì chiaramente cambia un po' l'organizzazione ed anche il pannello di esami fatti e si deve un pochino adattare alla sintomatologia che il paziente riferisce perché comunque non è che tutti arrivano con gli stessi identici sintomi (35),			
A	37	Quindi diciamo che c'è un pannello di esami di base, chiaramente questi esami vanno comunque adattati al singolo paziente, cioè è proprio una valutazione ad hoc della persona (37)			
F	2	Sono stati identificati vari livelli di intensità di cura, per cui i pazienti classificati long-covid venivano trasferiti in degenza di cure subacute o di sorveglianza			
M	29	Noi agganciamo tutti, però i pazienti che magari risultano essere di vivo in zone più lontane hanno più problematiche logistiche per venire a fare la visita.[29]	Complessità del gestire pazienti provenienti da aree diverse		
M	28	È vero sul fatto che spesso, nella fase acuta del Covid, i pazienti non arrivavano da noi dal solo interland milanese. Ci arrivava gente da Bergamo, da Lecco, per cui finché sono persone di mezza età o giovani vengono. Gli altri anziani magari hanno dei problemi logistici, perché l'ambulanza nel periodo del Covid, dove c'era posto, portava il paziente.[28]			
M	1	Allora vi dicevo poco fa che inizialmente era stato istituito un ambulatorio post-covid dedicato per i pazienti che avevano avuto un covid in acuzione o un lungo covid, che è durato circa un anno e mezzo.[1]	Creazione di una struttura ad hoc per assistere i pazienti post ricovero/malattia da Covid		
A	23	Esatto c'è proprio un ambulatorio post Covid dedicato a loro, poi tutte le altre diciamo tutte le altre specialità le abbiamo in Policlinico, l'unica è proprio la neurologia (23).			

A	11	Si è aperto al territorio per cui ormai da un anno e mezzo quasi due noi valutiamo sia i pazienti che sono stati ricoverati e dimessi, che per fortuna stanno riducendo, ma stanno aumentando troppo quelli che il Covid lo hanno avuto a casa e che hanno una persistenza di disturbi anche a distanza di diversi mesi a volte anche un anno (11).			
G	1	Il contesto dell'Ospedale A. Manzoni è quello di un hub di riferimento per la provincia di Lecco (bacino di utenza di 350.000 persone con significativi apporti ulteriori da province limitrofe (Como, Sondrio, Monza-Brianza); la pandemia ha colpito duramente il territorio, vista la contiguità alla provincia di Bergamo, conducendo a una imponente riconversione di PL in posti dedicati a pazienti COVID in particolare durante la prima ondata. Le principali criticità in relazione al long-COVID sono la carenza di figure professionali aggiuntive dedicate e la difficoltà di intercettare condizioni subcliniche in modo sistematico			
A	1	questo ambulatorio che è nato diciamo subito nel corso della prima ondata, che prevedeva sostanzialmente una visita a un mese circa dalla dimissione di questi pazienti che erano stati ricoverati per Covid (1);			
M	32	Quello che posso dire io rispetto a quello che ho visto dall'esterno in maniera globale è che sicuramente il long covid ha un impatto a livello ambulatoriale sui nostri sistemi, non c'è paragone a livello di quindi ambulatoriali ok, dal punto di vista organizzativo, per quanto riguarda i ricoveri in acuti intensivi e non intensivi, comunque ora siamo in una situazione stabile, non c'è paragone, va molto meglio, eccetera.[32]	Il LC ha un forte impatto organizzativo a livello ambulatoriale		
M	33	La pandemia ovviamente ha determinato una rivoluzione a livello organizzativo che comunque noi manteniamo, che ormai fa parte di noi a tutti gli effetti, quindi in un disastro totale come quello che è stato negli ultimi anni, comunque noi ci portiamo a casa un modo di ragionare diverso e comunque una dinamicità di rivoluzione diversa. Quindi questo è un commento a margine comunque globale sul tema in generale.[33]			
A	15	anche perché il problema del Long Covid è che la sindrome da Long Covid è una è una diagnosi che si fa per esclusione (15),	La realtà del Long Covid non ha precedenti, sono state create nuove procedure		
A	16	però poi io me ne accorgo perché faccio gli esami, ma ho fatto gli esami perché ho avuto il Covid e magari mi ha slatentizzato, qualcosa che però sottostante c'era già... Però lì non è Long Covid, è una patologia che io avevo prima (16).			
A	6	col passare del tempo quello che si è visto è che c'erano dei sintomi, dei disturbi che persistevano per molto tempo e quindi diciamo che questo ambulatorio ha avuto una un'evoluzione (6),			

B	16	Quello che è sicuro è che tutti quanti ormai devono avere una particolare attenzione e ormai devono esserci percorsi dedicati proprio nelle varie cose sulle persone che hanno qualche tipo di fragilità nel senso che poi alla fine se non si intercetta a questo si ha comunque un rischio che poi non è legato solamente al Covid ma al Covid in qualche maniera può essere correlato. quindi diciamo va un po' distinto qual è l'impatto organizzativo generale. [16]	Le persone con fragilità sono più a rischio di LC e va considerato anche a livello organizzativo		
B	25	Ecco, una cosa che adesso anche le RSA hanno il loro piano pandemico, E quindi sanno, perché se noi pensiamo, tutti gli anni c'era l'influenza, cioè il mio ex direttore generale me lo diceva sempre, vediamo anche, confrontiamo i dati con l'anno prima, chi è morto per l'influenza. Quindi, sì, i numeri naturalmente erano inferiori, però quando scoppiava l'influenza, quel piccolo fuoco là, ecco adesso le strutture sono organizzate, sanno che devono isolare.[25]	Le RSA hanno ora un piano pandemico		
B	26	Comunque, a livello organizzativo, le lezioni sono state apprese, quindi anche nelle RSA abbiamo il responsabile. A livello organizzativo questa cosa qui ci ha insegnato tanto. Per la parte disabilità naturalmente le famiglie in quell'istante quando cominciavano a chiudere le strutture, i centri giorni abbiamo cercato di non lasciarle da sole, quindi devi essere, ecco, anche, come dire, secondo me anche la flessibilità, ecco, abbiamo imparato.[26]			
A	43	purtroppo siamo in questa fase in cui da un lato ci sono persone che quasi ritengono di dover giustificare tutta la loro sintomatologia con quello e poi alla fine... per quello che dicevo prima è una diagnosi di esclusione, perché non è che necessariamente deve essere tutto quello eh...(43)	Molti medici si sono trovati in difficoltà nel diagnosticare e gestire il Long Covid		
B	42	Cioè, non siamo più quelli di prima. Non siamo più quelli di prima.[42]	I servizi e le strutture hanno subito riorganizzazioni importanti		
A	30	Adesso noi stiamo anche partecipando ad un progetto dell'Istituto Superiore di Sanità sempre su Long Covid e l'anno scorso sul sito è stato fatto questo censimento sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità hanno fatto un censimento di delle strutture e degli ambulatori Long Covid in tutta Italia (30),	Serve un coordinamento istituzionale per informare ed allineare procedure e pratiche		
M	10	Io sposto dal punto di vista organizzativo un po' più globalmente. Noi in generale come gruppo siamo abituati a lavorare in senso multidisciplinare in tutto e per tutto. [10]	Sfruttare la struttura/organizzazione già esistente e collaudata		

B	24	I fragili soprattutto. È cominciata adesso la campagna invernale con il nuovo vaccino aggiornato, più o meno parallela a quella dell'influenza. Vedremo un pochino come sono i dati, però una certa sensibilizzazione c'è. Chiaramente non è facilissimo raggiungere tutta la popolazione, eccetera, eccetera, però almeno qui dal punto di vista organizzativo si è fatto uno sforzo notevole, nel senso che Ma come quest'anno si è partiti in anticipo, si sono coinvolti, questo è un dato importante che rimane dopo la pandemia, si coinvolgono tutti gli attori, si è capito che bisogna agire, quindi agisce la SST contro i centri vaccinali, l'aiutiamo noi, agisce il medico di medicina generale, le farmacie, le farmacie sono importantissime, per cui un'altra lezione importante è che a queste situazioni importanti devi lavorare in rete, devi lavorare in squadra [24]	Collaborazione tra specialisti e reparti diversi per offrire al paziente le cure migliori	3.3 Collaborazioni tra colleghi e partnership con altri enti sono strategie vincenti	
E	2	[Avete messo in campo pratiche organizzative e/o figure professionali ad hoc per gestire la sindrome Long Covid? Se sì, Quali?] Sì. Sono state previste visite infettivologiche e pneumologiche di follow up attraverso agende dedicate, precedute da indagini di laboratorio e strumentali. Tali prestazioni sono rivolte ai pazienti ricoverati presso il presidio Ospedaliero per covid negli anni 2020, 2021 e 2022			
G	2	Dal marzo 2020 all'aprile 2021 657 pazienti con diagnosi di infezione da SarS-CoV-2 trattati presso l'Ospedale A. Manzoni sono stati sottoposti a follow-up infettivologico di screening (tra 3 e 4 mesi dopo la negativizzazione per COVID-19) con focus su persistenza/comparsa di disturbi respiratori, neurologici o psicologici attraverso una check-list condivisa tra le UOC di infettivologia e di neurologia e mediante somministrazione di specifici test di screening. Sulla base dei risultati emersi dallo screening, 74 pazienti (29 F, età media 60 anni) sono stati riferiti per valutazione neurologica. Di questi, 34 riferivano disturbi cognitivi soggettivi post-COVID e 21 hanno accettato di sottoporsi a valutazione neuropsicologica formale a 6 e 12 mesi dallo screening.			
H	2	Se segni e sintomi gestibili a domicilio e la persona presenta i criteri per l'attivazione di una presa in carico domiciliare, l'attività è svolta da figure professionali afferenti direttamente ad ASST (vedi DIFRA) oppure da enti erogatori privati accreditati con ATS Brianza e afferenti al territorio di ASST Lecco.			
M	2	Per i pazienti che oltre questo periodo hanno continuato ad avere una sintomatologia pneumologica, cardiologica, anche neurologica talvolta, li agganciamo agli ambulatori nostri standard.[2]			

M	4	Per quanto riguarda la domanda successiva nella quale mi veniva chiesto se c'erano degli altri professionisti o comunque se ci appoggiavamo ad altri professionisti, in realtà l'ambulatorio era già nato con un'impronta multispecialistica, c'era lo pneumologo che gestiva il paziente da un punto di vista respiratorio quindi funzionale, con spirometria di LCO, c'era il cardiologo che faceva la visita e l'ecocardio, c'era la fisioterapista respiratoria che faceva il walk in test, E poi ovviamente se c'erano delle problematiche neurologiche otorino veniva coinvolto attivamente il collega che era chiamato in causa per la sintomatologia.[4]			
M	5	Quindi c'era già una rete iniziale molto ampia all'interno delle nostre strutture, per cui questa è stata già l'impronta iniziale.[5]			
M	6	Io aggiungo che dal punto di vista organizzativo, come diceva la dottoressa, noi avendo più specialità, essendo un gruppo multi-specialistico, copriamo praticamente più o meno tutte le unità operative, tutti i servizi possibili.[6]			
M	8	Esatto, perché era già nato con questo intento, cercare di accogliere il paziente a 360 gradi in modo che qualunque problematica potessimo gestire all'interno delle nostre strutture potesse essere fatta con e cammin facendo non abbiamo avuto l'esigenza di coinvolgere figure esterne, se no lo avremmo fatto, ma non abbiamo avuto la necessità.[8]			
M	9	Posizione, diciamo, No, in realtà parlo della mia esperienza. Da pneumologa io collaboravo già in modo molto stretto sia con i cardiologi che con gli otorini. Molto meno perché la mia specialità, la pneumologia, con il neurologo non sempre ha tanto da condividere. Se no invece il cardiologo e l'otorino lo facevano già di base, per cui è stato un implementare quello che era già una collaborazione esistente.[9]			
M	11	Quindi comunque di sicuro l'esperienza del Covid ha determinato la necessità di sviluppare ancora di più queste collaborazioni che però sono presenti anche per altre unità operative.[11]			
M	12	Noi comunque abbiamo dei team multidisciplinari e per più unità operative siamo identiche che chirurgiche, quindi comunque l'interdisciplinarietà è una delle Caratteristiche dei nostri presidi e dei nostri professionisti [12]			

M	13	[Multidisciplinarietà] Per esempio la persistenza della tosse che può avere una genesi pneumologica cardiologica o RL, quindi una gestione multidisciplinare di un segno che può avere una genesi pneumologica cardiologica etc, quindi la collaborazione stretta tra vari specialisti è fondamentale Della dispnea per esempio, per cui. che sono un po' gli argomenti che fanno da trend union tra le varie specialità, otorino, Cardio e Pneumo, giusto per citarne alcune.[13]			
M	14	Dal punto di vista organizzativo, il fatto di avere un'interdisciplinarietà, una multidisciplinarietà comporta una riduzione dei tempi importantissima, perché chiaramente Un nostro specialista, se dovesse agganciarsi ad altre strutture per poter avere una consulenza, andrebbe a aumentare l'attesa tra una prestazione e l'altra, dovrebbe confrontarsi con altre, oppure dovrebbe lasciare il paziente in modo tale che questo possa agganciarsi a prenotazioni esterne.[14]			
M	15	Invece il fatto di poter garantire la prestazione all'interno dello stesso presidio oppure all'interno del gruppo comunque riduce tantissimo i tempi, aumenta il comfort per il paziente e comunque garantisce una presa in carico globale.[15]			
A	2	dopodiché venivano avviati ai vari controlli chiaramente a seconda del problema diciamo specialistico che emergeva, inizialmente erano sostanzialmente problemi respiratori per cui dopo un mese generalmente venivano inviati agli ambulatori dei colleghi della pneumologia (2).			
A	4	è stato riaperto questo ambulatorio multidisciplinare che prevedeva sostanzialmente la presenza di tre figure che erano l'internista, il infettivologo, e lo pneumologo che in giorni diversi sostanzialmente valutavano questi pazienti (4).			
A	5	per quanto riguarda il post Covid, venivano inviati ripeto sempre agli altri agli specialisti di riferimento per la patologia che emergeva (5).			
A	7	per cui l'ambulatorio che inizialmente era diciamo gestito da questi tre specialisti alla fine è stato gestito solo poi principalmente da noi infettivologi (7),			
A	13	si è creata una rete per cui a seconda del delle problematiche che emergono si invia al paziente o allo pneumologo, o al cardiologo, o al reumatologo, o anche al nefrologo o diabetologo (13);			
A	17	la sindrome da Long COVID è, come ormai sappiamo tutti, una sindrome che colpisce più organi più apparati e quindi è una cosa sistemica per cui il gioco forza che insomma non può essere una cosa gestita solo da un unico specialista sicuramente è una cosa che va gestita da più specialisti e poi ci deve essere uno specialista che tra virgolette mette insieme il tutto (17),			

A	21	un po' tutti noi facciamo anche ambulatorio, ambulatori di vario tipo a seconda... cioè ci dividiamo i vari ambiti anche all'interno delle malattie infettive ci sono poi tutta una serie di ambiti differenti ed io mi occupo della del post Covid sostanzialmente (21).			
A	22	noi collaboriamo per quanto riguarda diciamo i disturbi neurologici, come il disturbo quello che viene chiamato "brain fog" noi collaboriamo con l'Istituto Neurologico Mondino, in particolare con un professore che anche lui si occupa di long Covid e avevano anche loro aperto questo ambulatorio post Covid al quale noi inviamo i pazienti che riteniamo sia una meritevoli di una loro valutazione (22).			
A	27	sul discorso dell'organizzazione problemi non ne abbiamo avuti anche perché probabilmente si è partiti già con questa impostazione dell'ambulatorio multidisciplinare che si è andato modificando però le collaborazioni sono rimaste (27),			
A	28	si è molto rapidamente creata questa rete, che sostanzialmente è la cosa più importante perché è quella che permette di valutare e di gestire nella maniera più fluida e più rapida il paziente (28).			
A	32	quando magari il giro dovrebbe essere un po' diverso, nel senso prima viene valutato dall'ambulatorio di riferimento e poi vengono poste le indicazioni ai vari esami (32).			
A	33	per quanto riguarda i pazienti quello che sono stati dimessi, ricoverati dimessi, c'è un protocollo che ormai è standardizzato e quindi prevede diciamo i vari controlli con un primo controllo a tre mesi con la radiografia del torace, con un pannello di esami ben specifico (33).			
A	34	Nei pazienti chiaramente che arrivano dall'esterno e il discorso è che diciamo si tende sempre a mantenere uno schema di base il problema è che chiaramente come diceva lei arrivano pazienti ben diversi (34),			
B	10	In modo da creare attraverso una rete con le scuole una rete per una sorta di intervenire precocemente da questo punto di vista perché non c'è neanche una percezione del rischio una consapevolezza quindi lavorare anche su una sorta di consapevolezza, di percezione del rischio. Cioè bisogna proprio ribaltare l'ottica da questo punto. [10]	Creare una rete con le scuole per supportare i giovani		
E	3	[nel vostro territorio, avete attivato alleanze / collaborazioni] Sì. Le attività di cui sopra sono state svolte con l'ATS di riferimento e con altre ASST, anche nell'ambito di progettualità di ricerca coordinate da Università Lombardi.	Creazione di partnership con altre realtà per affrontare l'emergenza		

A	22	noi collaboriamo per quanto riguarda diciamo i disturbi neurologici, come il disturbo quello che viene chiamato “brain fog” noi collaboriamo con l'Istituto Neurologico Mondino con un professore che anche lui si occupa di long Covid e avevano anche loro aperto questo ambulatorio post Covid al quale noi inviamo i pazienti che riteniamo sia una meritevoli di una loro valutazione (22).			
G	1	Il contesto dell’Ospedale A. Manzoni è quello di un hub di riferimento per la provincia di Lecco (bacino di utenza di 350.000 persone con significativi apporti ulteriori da province limitrofe (Como, Sondrio, Monza-Brianza); la pandemia ha colpito duramente il territorio, vista la contiguità alla provincia di Bergamo, conducendo a una imponente riconversione di PL in posti dedicati a pazienti COVID in particolare durante la prima ondata. Le principali criticità in relazione al long-COVID sono la carenza di figure professionali aggiuntive dedicate e la difficoltà di intercettare condizioni subcliniche in modo sistematico			
B	24	I fragili soprattutto. È cominciata adesso la campagna invernale con il nuovo vaccino aggiornato, più o meno parallela a quella dell'influenza. Vedremo un pochino come sono i dati, però una certa sensibilizzazione c'è. Chiaramente non è facilissimo raggiungere tutta la popolazione, eccetera, eccetera, però almeno qui dal punto di vista organizzativo si è fatto uno sforzo notevole, nel senso che Ma come quest'anno si è partiti in anticipo, si sono coinvolti, questo è un dato importante che rimane dopo la pandemia, si coinvolgono tutti gli attori, si è capito che bisogna agire, quindi agisce la SST contro i centri vaccinali, l'aiutiamo noi, agisce il medico di medicina generale, le farmacie, le farmacie sono importantissime, per cui un'altra lezione importante è che a queste situazioni importanti devi lavorare in rete, devi lavorare in squadra [24]			
B	28	Dovevamo trovare altre soluzioni perché non potevamo lasciare le famiglie da sole in quel momento e quindi abbiamo aperto altri spazi, altri luoghi anche certe volte lottando prima della regione perché se no arrivavamo troppo tardi. infatti quello che a me manca è quello spirito poi dopo la situazione ritorna alla normalità e quello spirito di squadra.[28]			

B	37	<p>Si, cioè senz'altro una forte sinergia con la SST perché questo assolutamente diventa il San Matteo ad esempio, ma anche tutte le realtà private accreditate, se penso ad esempio adesso che sto affrontando il piano dei disturbi alimentari abbiamo creato proprio una rete pubblico privata quindi senz'altro la collaborano, anche perché la Regione chiede sempre di più adesso i piani territoriali su ogni tematica quindi sta cambiando anche a livello regionale l'ottica della programmazione e domanda ai territori la formulazione di piani territoriali quindi sta entrando proprio la logica non solo della programmazione regionale ma anche della programmazione territoriale che il covid ci ha insegnato e quindi per fare una programmazione tu devi per forza creare queste collaborazioni pubblico privato e anche trovare, guardare, secondo me il futuro sarà anche la sinergia con altri, cioè guardare più in là, anche altre regioni [37].</p>			
B	38	<p>Per esempio, anche altre regioni dici tu? Cioè sì, perché comunque è importante creare, non guardare proprio sulla comunità educante, stiamo guardando il modello del Trentino, no? Anche se hanno un'altra realtà, però anche spostarsi, collaborare diciamo con altre realtà limitrofe è importante, quindi cominci a cominci anche a guardare più in là e non focalizzarti solo sul tuo territorio ecco quindi perché secondo me lo dicevo proprio ad un collega l'altra settimana è inutile anche sulla prevenzione noi abbiamo degli obiettivi da raggiungere eccetera eccetera però anche questa classificazione va bene ci sta prima seconda terza quarta però al di là di una misurazione degli obiettivi che noi anche gli obiettivi degli obiettivi da raggiungere [38].</p>			
G	3	<p>Nei casi di persistenti difficoltà respiratorie si è fatto ricorso alla collaborazione della pneumologia di INRCA ubicata presso il Presidio di Merate, parte di ASST Lecco</p>			
H	3	<p>Vedi punto 2 [Se segni e sintomi gestibili a domicilio e la persona presenta i criteri per l'attivazione di una presa in carico domiciliare, l'attività è svolta da figure professionali afferenti direttamente ad ASST (vedi DIFRA) oppure da enti erogatori privati accreditati con ATS Brianza e afferenti al territorio di ASST Lecco.]</p>			
L	1	<p>Direzione Aziendale delle Professioni sanitarie e Sociosanitarie, in una Azienda socio-sanitaria territoriale, con diversi presidi ospedalieri e territoriali in un'ampia zona, con differenti segmenti di popolazione con differenti bisogni. Ad oggi una delle principali criticità è la difficoltà nel reclutare alcune figure sanitarie e nel trattenere molti professionisti che oggi hanno ampie possibilità di offerta sia nel settore pubblico sia in quello privato; questa difficoltà rende molto critico gestire tutte le unità d'offerta dell'azienda</p>	<p>Difficoltà logistiche nel gestire una rete di aziende diffusa sul territorio</p>	<p>3.4 Importanza del coordinamento per affrontare l'emergenza (istituzionale, tra partner...)</p>	

B	36	<p>Si, cioè senz'altro una forte sinergia con la SST perché questo assolutamente diventa il San Matteo ad esempio, ma anche tutte le realtà private accreditate, se penso ad esempio adesso che sto affrontando il piano dei disturbi alimentari abbiamo creato proprio una rete pubblico privata quindi senz'altro la collaborano, anche perché la Regione chiede sempre di più adesso i piani territoriali su ogni tematica quindi sta cambiando anche a livello regionale l'ottica della programmazione e domanda ai territori la formulazione di piani territoriali quindi sta entrando proprio la logica non solo della programmazione regionale ma anche della programmazione territoriale che il covid ci ha insegnato e quindi per fare una programmazione tu devi per forza creare queste collaborazioni pubblico privato e anche trovare, guardare, secondo me il futuro sarà anche la sinergia con altri, cioè guardare più in là, anche altre regioni [37].</p>			
B	47	<p>Ricordo una volta, non mi ricordo più a che lezione qualche anno fa, un docente fece vedere, il paziente esce dall'ospedale negli anni 80, uno, due, aveva due possibilità, il paziente esce dall'ospedale oggi, è circondato da 82 sigle, cioè il percorso potrebbe in teoria diramarsi eccetera eccetera Chi lo deve guidare è confuso a sua volta, perché fa un casino, però lì è appropriato entrare, però lì quell'altro deve avere...[47]</p>			
B	2	<p>Che comunque sia a livello ministeriale che a livello regionale stanno mettendo importanti risorse sul problema del disagio giovanile. Problematica che era già c'era già prima del Covid, che il Covid ha amplificato [2].</p>	<p>Fondi da PA per il disagio giovanile</p>		
B	24	<p>I fragili soprattutto. È cominciata adesso la campagna invernale con il nuovo vaccino aggiornato, più o meno parallela a quella dell'influenza. Vedremo un pochino come sono i dati, però una certa sensibilizzazione c'è. Chiaramente non è facilissimo raggiungere tutta la popolazione, eccetera, eccetera, però almeno qui dal punto di vista organizzativo si è fatto uno sforzo notevole, nel senso che Ma come quest'anno si è partiti in anticipo, si sono coinvolti, questo è un dato importante che rimane dopo la pandemia, si coinvolgono tutti gli attori, si è capito che bisogna agire, quindi agisce la SST contro i centri vaccinali, l'aiutiamo noi, agisce il medico di medicina generale, le farmacie, le farmacie sono importantissime, per cui un'altra lezione importante è che a queste situazioni importanti devi lavorare in rete, devi lavorare in squadra [24]</p>	<p>Grande sforzo organizzativo per raggiungere tutta la popolazione con la campagna vaccinale, specialmente i fragili</p>		
B	36	<p>(Anche a Pavia la situazione) Non è semplice, la mia sta un pelino meglio di altre province, anche forse per l'effetto università, c'è un po' di gente che rimane. [...] Per l'effetto università un pochino è benefico, un po' nel senso sulla crisi dei medici, nel senso che La sentiamo un pochino, però la sentiamo anche noi. [36]</p>	<p>L'Università di Pavia ha un effetto positivo sul 'trattenere' personale sanitario sul territorio</p>		

E	5	[principali ostacoli organizzativi e eventuali opportunità emerse] Difficoltà: conciliare le prestazioni di follow up con l'ordinaria attività di natura diagnostica (tema delle liste di attesa). Opportunità: presa in carico dei pazienti con diverse patologie in forma precoce per la relativa diagnosi. Valorizzazione delle professionalità sanitarie.	La cooperazione ha portato a diagnosi precoci (anche di altre patologie)		
B	41	Se non è inutile, cioè ci dobbiamo mettere attorno a un tavolo e non dire solo ecco la ATS di Pavia è l'ultima e quindi bacchettate perché sei ultima. No, cerchiamo di capire come mai, non so, il territorio di Bergamo è primo e magari aiutarci a vicenda. Questa logica ha anche Cioè, secondo me...[41]	La pandemia ha insegnato l'importanza della programmazione e del coordinamento anche tra pubblico e privato		
B	49	Scontro con la logica dell'integrazione professionale, cioè ancora finito l'emergenza ognuno ritorna nel proprio settore, nella propria competenza, invece i bisogni sono complessi, devi risolverli i problemi tempestivamente e quindi c'è bisogno di una risposta flessibile ma anche integrata delle professioni, quindi secondo me bisogna ritornare proprio a un percorso formativo, di innovare i percorsi formativi, cioè proprio ci bisogno di una logica.[49]			
B	55	[scambio di conoscenze] Sarebbe bello che tutti i direttori generali degli ospedali andassero a ogni momento, cioè non viverla come a questa... no, viverla come apprendimento, cioè vediamo se non possiamo fare anche la nostra realtà ospedale [55].			
B	56	Siamo tutti sulla stessa barca. Non c'è il primo e il secondo. Tu non devi competere con nessuno perché tu hai a che fare con il benessere delle persone.[56]			
B	37	Sì, cioè senz'altro una forte sinergia con la SST perché questo assolutamente diventa il San Matteo ad esempio, ma anche tutte le realtà private accreditate, se penso ad esempio adesso che sto affrontando il piano dei disturbi alimentari abbiamo creato proprio una rete pubblico privata quindi senz'altro la collaborano, anche perché la Regione chiede sempre di più adesso i piani territoriali su ogni tematica quindi sta cambiando anche a livello regionale l'ottica della programmazione e domanda ai territori la formulazione di piani territoriali quindi sta entrando proprio la logica non solo della programmazione regionale ma anche della programmazione territoriale che il covid ci ha insegnato e quindi per fare una programmazione tu devi per forza creare queste collaborazioni pubblico privato e anche trovare, guardare, secondo me il futuro sarà anche la sinergia con altri, cioè guardare più in là, anche altre regioni [37].			
I	6	Carenza di Linee Guida per la gestione delle problematiche sanitarie accertate; mancanza di un riconoscimento di esenzione per i pazienti con sindrome Long Covid accertata.	Serve un coordinamento istituzionale per informare		

A	40	secondo me dovrebbe essere un po' più diffusa la notizia della dell'esistenza di questo tipo di ambulatori, non ci siamo solo noi diciamo che anche in tutta Italia ci sono questi ambulatori (40),	ed allineare procedure e pratiche		
A	41	quello che sta facendo l'Istituto Superiore di Sanità sempre è anche quello di cercare di uniformare, perché il problema è che tutto è nato in emergenza e quindi è nato diciamo un po' su idee personali (41)			
A	42	bisogna uniformare il tutto per cui secondo me, da un lato il discorso del censimento va in questa direzione nel senso: iniziamo a far conoscere quali sono i centri di riferimento che valutano questa patologia (42),			
A	45	Esatto perché le dico per esempio il discorso dell'accesso dei pazienti dall'esterno è nato quasi come un passaparola (45)			
B	31	Perché comunque, come si diceva, La realtà che c'era prima non è più la stessa, cioè non è più proprio la stessa [31].	Comprendere che il Covid e i suoi effetti sono una sfida anche per il futuro	3.5 LC è fonte di nuove sfide per i professionisti sanitari	
D	5	Scarsa intercettazione del problema	Difficoltà nel comprendere la nuova realtà del LC		
B	52	Poi le persone, secondo me le case di comunità sono una bella soluzione, però poi C'è un contenitore ma per farle funzionare hai bisogno della tecnologia fondamentale, hai bisogno anche delle persone.[52]	L'emergenza ha valorizzato le professionalità sanitarie		
G	5	Le difficoltà organizzativo-gestionali hanno riguardato l'accesso alla diagnostica (TAC torace quando indicata, esami di neurofisiologia, testistica neuropsicologica al di fuori di progetti di ricerca specifici).	LC si aggiunge alle attività quotidiane, le liste d'attesa si allungano		
A	29	il medico di base non sa bene dove inviare il paziente...(29)	Molti medici si sono trovati in difficoltà nel diagnosticare e gestire il Long Covid		
A	31	è un problema grosso è vedere arrivare pazienti che hanno girato per mille specialisti e che arrivano con tonnellate di esami e di carte e ogni tanto anche inviati un po' da certe specialisti in maniera abbastanza impropria (31),			
A	36	Esatto per cui i disturbi sono veramente infiniti non è che non c'è solo l'astenia, non c'è solo la dispnea, c'è la ridotta tolleranza allo sforzo fisico, ci sono anche disturbi gastroenterici, i disturbi otorinolaringoiatrici di gusto e olfatto, i disturbi quelli neurologici...(36)			

M	33	La pandemia ovviamente ha determinato una rivoluzione a livello organizzativo che comunque noi manteniamo, che ormai fa parte di noi a tutti gli effetti, quindi in un disastro totale come quello che è stato negli ultimi anni, comunque noi ci portiamo a casa un modo di ragionare diverso e comunque una dinamicità di rivoluzione diversa. Quindi questo è un commento a margine comunque globale sul tema in generale.[33]	Impatto organizzativo del Covid nel lungo termine.	3.6 Le sfide mediche influiscono sulle sfide organizzative	
A	11	Si è aperto al territorio per cui ormai da un anno e mezzo quasi due noi valutiamo sia i pazienti che sono stati ricoverati e dimessi, che per fortuna stanno riducendo, ma stanno aumentando troppo quelli che il Covid lo hanno avuto a casa e che hanno una persistenza di disturbi anche a distanza di diversi mesi a volte anche un anno (11).			
A	9	questi pazienti che invece avevano avuto il Covid a casa e quindi che avevano avuto delle forme tra virgolette più leggere, però avevano sintomi che erano sovrapponibili ai sintomi e i disturbi che di quei pazienti che invece magari erano stati ricoverati o da noi in malattie infettive oppure anche in rianimazione (9).	La realtà del Covid e Long Covid non ha precedenti, in termini clinici e non		
A	12	No chiaramente è una cosa nuova, nel senso che ormai in medicina e diciamo che non si era più abituati a questa cosa, nel senso che in medicina ormai devi fare la diagnosi, devi capire qual è la patologia che ha il paziente, però diciamo che bene o male poi le terapie certamente ci sono e i programmi ci sono, qua invece è una cosa che è tutta in divenire per cui da tre anni a questa parte questa cosa evolve in continuazione (12).			
A	43	purtroppo siamo in questa fase in cui da un lato ci sono persone che quasi ritengono di dover giustificare tutta la loro sintomatologia con quello e poi alla fine... per quello che dicevo prima è una diagnosi di esclusione, perché non è che necessariamente deve essere tutto quello eh...(43)			
A	35	Quindi diciamo che poi lì chiaramente cambia un po' l'organizzazione ed anche il pannello di esami fatti e si deve un pochino adattare alla sintomatologia che il paziente riferisce perché comunque non è che tutti arrivano con gli stessi identici sintomi (35),	La varietà dei sintomi complica l'organizzazione e		
A	36	Esatto per cui i disturbi sono veramente infiniti non è che non c'è solo l'astenia, non c'è solo la dispnea, c'è la ridotta tolleranza allo sforzo fisico, ci sono anche disturbi gastroenterici, i disturbi otorinolaringoiatrici di gusto e olfatto, i disturbi quelli neurologici...(36)			
A	37	Quindi diciamo che c'è un pannello di esami di base, chiaramente questi esami vanno comunque adattati al singolo paziente, cioè è proprio una valutazione ad hoc della persona (37)			

A	44	Dall'altro lato effettivamente ci sono persone soprattutto quelle che diciamo girano per tutta una serie di specialisti, proprio perché magari non ci si è pensato al fatto che potrebbe essere anche legato a una sindrome da Long Covid il disturbo che il paziente ha (44),			
M	20	Adesso vi parlerà la dottoressa proprio più strettamente dal punto di vista clinico, quale fosse la difficoltà nell'utilizzare un servizio di telemedicina comunque in questi casi, perché in alcuni casi la telemedicina può essere utile e funzionale, però se dal punto di vista clinico ci sono delle condizioni che ne impediscono l'uso, ovviamente il metodo tradizionale è migliore.[20]	La Telemedicina è spesso utile, ma non può essere adottata sempre	4.1 Le soluzioni digitali non sempre sono adatte	4. DIGITAL TRANSFORMATION
M	22	Per quanto riguarda invece il post-Covid, quindi l'ambulatorio, la telemedicina non ha avuto un largo uso, perché la valutazione del paziente, oltre che essere clinica, e quindi quella poteva essere fatta con la telemedicina, richiedeva l'assoluta esecuzione di esami strumentali che si possono fare soltanto in ospedale. Penso ad una sperimetria col pletismografo per valutare quelle che sono le alterazioni strutturali del polmone. Oppure un ecocardiogramma, per cui c'erano delle necessità cliniche ma anche strumentali che potevano essere costruite soltanto in un contesto ospedaliero. [22]			
M	23	Quindi non era la saturazione che poteva essere rilevata a casa. Esatto, la stilometria, l'attacco, l'ecocardio dovevano essere per forza fatti in regime ospedaliero. Nella telemedicina nel post-covid direi che non ci ha fornito un grande aiuto ma era impossibile, ci sta. [23]			
M	24	No, è che il paziente probabilmente che ha avuto il covid ha la necessità più fisica di essere visto dal paziente e visitato dal medico.[24]			
M	25	La telemedicina è utile però in questi contesti di estrema fragilità anche psicologica di chi ha avuto il covid, il contatto con un salutarista che nel periodo dell'acuzia purtroppo non sempre c'era, il paziente lo cerca, il contatto, la visita.[25]			
D	4	[vi fate supportare da soluzioni digitali?] No			
L	4	[vi fate supportare da soluzioni digitali?] No	No sono state adottate soluzioni digitali		
C	4	[vi fate supportare da soluzioni digitali?] No			

G	4	[vi fate supportare da soluzioni digitali?] No			
B	40	C'è uno scambio, ecco, questo secondo me, lo dicevo proprio al mio collega, manca. Cioè, la logica del dato va bene, è stimolante, ma il dato ci deve fare riflettere.[40]	Analizzare i dati può dare un contributo fondamentale alla gestione del Long Covid	4.2 Nuove tecnologie e processi data-based	
E	4	[vi fate supportare da soluzioni digitali?] Sì. il portale creato ad hoc per la raccolta dei dati dei pazienti.			
A	39	noi stiamo cercando di analizzare questi dati che sono veramente una mole di dati, ci sono diversi lavori che sono usciti ma è un lavoro continuo (39)			
A	46	un'analisi che fra l'altro stiamo facendo in questi giorni che perché comunque un'analisi iniziale era già stata fatta adesso la stiamo facendo divisa per ondate anche per capire un po' l'impatto diciamo perché comunque le ondate sono diverse (46),			
B	65	Per forza ti viene l'ansia e la depressione, perché se ti chiedono uno o due giorni alla settimana di andare in sede a lavorare con gli altri e tu lavori da casa isolato e dici oddio domani devo affrontare questa cosa.[65]	La tecnologia è stata abusata durante la pandemia		
B	44	Quello sarà chiave e soprattutto magari un po' coordinato, un po' regia perché faccio un esempio, il nostro medico di medicina generale anche i più bravi mi dicono, ma io entro in studio, ho sette software, uno per prescrivere gli ausili, poi devo aprire quell'altro, va bene fino a un certo punto, perché uno dice, va bene, poi quello lì si ferma, quell'altro non riesco ad accedere, mi rendo conto che sono le difficoltà e dicono poi ci metto un quarto d'ora semplicemente per prescrivere al computer quello che devo fare, quindi quella sarà una partita importante.[44]	Per sfruttare al meglio la tecnologia serve un training adeguato		
B	53	E poi soprattutto anche la formazione sulle (nuove tecnologie, se non le conosci non puoi usarle) [53].			
B	43	Poi anche, direi, lo sviluppo tecnologico Nel covid abbiamo avuto un esempio, lo dicevamo prima, di come lo sviluppo tecnologico è stato potente e soprattutto immesso immediatamente nel sistema. Hanno fatto il vaccino in sei mesi. parliamo della telemedicina, parliamo di tante altre cose, ormai i sistemi informatici sono fondamentali per andare in qualunque direzione e questo è importantissimo, quindi questa è una bene, la digitalizzazione dell'ospedale piuttosto che dei servizi territoriali fondamentali. Lì ci vuole un contributo grosso e una partnership forte tra l'industria tecnologica e il nostro sistema sanitario [43].	Ruolo importante della tecnologia durante la pandemia		
B	57	L'intelligenza artificiale potrebbe veramente (rivoluzionare tutto)... Difficile pensare che in medicina...(non cambi niente) [57]			

B	4	Il periodo di isolamento sociale ha portato a un utilizzo improprio della tecnologia. è servita per continuare i programmi formativi, educativi, sappiamo adesso usare tutti il computer, facciamo le call, eccetera.[4]			
B	5	Quindi la tecnologia nel periodo del covid ha avuto degli effetti benefici, però c'è il riflesso negativo, questo utilizzo improprio da parte dei giovani che nel periodo del covid, nel periodo dell'isolamento l'hanno utilizzata in modo massivo, cioè in modo improprio [5].			
I	4	Le soluzioni digitali sono in fase di valutazione non solo per il Long Covid	Si stanno valutando soluzioni digitali		
G	2	Dal marzo 2020 all'aprile 2021 657 pazienti con diagnosi di infezione da SarS-CoV-2 trattati presso l'Ospedale A. Manzoni sono stati sottoposti a follow-up infettivologico di screening (tra 3 e 4 mesi dopo la negativizzazione per COVID-19) con focus su persistenza/comparsa di disturbi respiratori, neurologici o psicologici attraverso una check-list condivisa tra le UOC di infettivologia e di neurologia e mediante somministrazione di specifici test di screening. Sulla base dei risultati emersi dallo screening, 74 pazienti (29 F, età media 60 anni) sono stati riferiti per valutazione neurologica. Di questi, 34 riferivano disturbi cognitivi soggettivi post-COVID e 21 hanno accettato di sottoporsi a valutazione neuropsicologica formale a 6 e 12 mesi dallo screening.	Soluzioni per i pazienti data-based		
B	19	[di telemedicina] Esattamente lo stesso discorso, se ne parla da 30 anni, però questa volta si dice se non lo facciamo adesso non lo facciamo più.[19]	Utilizzo di tecnologie digitali per migliorare la gestione dei pazienti		
B	21	Bisognava organizzare un po' tutto, il PNRR, la missione 6 è dedicata sostanzialmente a La telemedicina, oltretutto questo si inserisce, telemedicina, in una problematica che è arrivata bene a causare la tempesta perfetta, cioè la carenza di medici specialisti ed infermieri, per cui tecnologico in sicurezza dobbiamo usarlo, perché le risorse le dobbiamo razionalizzare, i medici medicina generale mancano, i medici specialisti mancano rispetto agli standard di qualche anno fa, per cui alla fine in qualche maniera cerchiamo di ottimizzare la cosa. [21]			
B	43	Poi anche, direi, lo sviluppo tecnologico Nel covid abbiamo avuto un esempio, lo dicevamo prima, di come lo sviluppo tecnologico è stato potente e soprattutto immesso immediatamente nel sistema. Hanno fatto il vaccino in sei mesi. parliamo della telemedicina, parliamo di tante altre cose, ormai i sistemi informatici sono fondamentali per andare in qualunque direzione e questo è importantissimo, quindi questa è una bene, la digitalizzazione dell'ospedale piuttosto che dei servizi territoriali fondamentali. Lì ci vuole un contributo grosso e una partnership forte tra l'industria tecnologica e il nostro sistema sanitario [43].			

E	4	[vi fate supportare da soluzioni digitali?] Sì, il portale creato ad hoc per la raccolta dei dati dei pazienti.			
F	4	telemedicina			
H	4	Precedentemente HP ora SGGT (flusso SIAD)			
M	16	Diciamo che in Multimedica disponiamo del dossier sanitario del paziente, quindi tutti i professionisti che hanno in cura il paziente hanno la possibilità di accedere, se ovviamente ha prestato il consenso, a quello che è la sua vita in Multimedica e questo sicuramente avvantaggia la presa in carico globale del paziente, quindi come strumento tecnologico sicuramente il dossier sanitario.[16]			
M	18	Però, per esempio, per garantire un contatto anche con i familiari, perché devi prendere in carico il paziente, però poi devi anche comunque mantenere una rete, noi utilizzavamo dei tablet, per permettere la comunicazione tra i familiari e i parenti.[18]			
M	19	Questo comunque è stato molto efficace perché il paziente in qualche modo riusciva a mantenere un contatto con la realtà in una fase comunque in cui era problematico mantenere un contatto.[19]			
M	21	Il tablet è stato veramente un ancora di salvezza quando eravamo blindati all'interno dei reparti, perché noi eravamo bardati, i pazienti ci riconoscevano dalla voce, per cui il poter loro vedere i loro familiari aveva un impatto psicologico enorme.[21]			
M	25	La telemedicina è utile però in questi contesti di estrema fragilità anche psicologica di chi ha avuto il covid, il contatto con un sanitario che nel periodo dell'acuzia purtroppo non sempre c'era, il paziente lo cerca, il contatto, la visita.[25]			
A	24	un database noi lo avevamo creato, era già stato creato un registro con la prima ondata, era un registro sostanzialmente che contiene tutti i pazienti che sono stati ricoverati, e per cui diciamo c'è questo database che raccoglie i dati del ricovero (24)			
A	25	e poi c'è una seconda parte invece che diciamo si è modificata nel tempo perché anche lì, non si poteva prevedere, per cui a mano a mano che si sta andando avanti questo database diciamo del "Post" si sta allungando e nel quale abbiamo questi, sono inseriti i dati di questi di queste visite di controllo per quanto riguarda i pazienti ricoverati (25).			
A	26	Nell'ultimo anno stiamo creando invece un database a parte chiaramente per distinguere le due tipologie di pazienti invece di questi pazienti che il Covid lo hanno avuto a casa e quindi sono pazienti prettamente ambulatoriali, quindi per riuscire anche a distinguerli e vedere un po' le differenze...(26)			

A	39	noi stiamo cercando di analizzare questi dati che sono veramente una mole di dati, ci sono diversi lavori che sono usciti ma è un lavoro continuo (39)			
A	46	un'analisi che fra l'altro stiamo facendo in questi giorni che perché comunque un'analisi iniziale era già stata fatta adesso la stiamo facendo divisa per ondate anche per capire un po' l'impatto diciamo perché comunque le ondate sono diverse (46),			
A	27	sul discorso dell'organizzazione problemi non ne abbiamo avuti anche perché probabilmente si è partiti già con questa impostazione dell'ambulatorio multidisciplinare che si è andato modificando però le collaborazioni sono rimaste (27),	A livello organizzativo la situazione è stata gestita senza troppi ostacoli	5.1 LC non ha rivoluzionato i processi organizzativi	5. IMPATTO ORGANIZZATIVO (APPARENTEMENTE) LIMITATO
A	28	si è molto rapidamente creata questa rete, che sostanzialmente è la cosa più importante perché è quella che permette di valutare e di gestire nella maniera più fluida e più rapida il paziente (28).			
A	38	Allora ormai noi siamo centro di riferimento per cui in provincia se c'è un paziente che ha avuto il Covid o che necessita di un ricovero per Covid vengono sostanzialmente ricoverati qua (38),			
M	17	Da un punto di vista organizzativo, noi durante la fase del Covid, per esempio, comunque ricoveravamo i pazienti in acuto, quindi sia intensivo che non, e perciò il paziente veniva strettamente curato in ospedale.[17]			
L	5	[sono emerse difficoltà specifiche?] no	Non sono emerse difficoltà specifiche		
L	5	[sono emerse nuove opportunità?] no	Non sono emerse opportunità		
C	5	[principali ostacoli organizzativi e eventuali opportunità emerse] La gestione dei turni in più dovuto alla carenza di personale. Nessuna opportunità evidente			

M	4	Per quanto riguarda la domanda successiva nella quale mi veniva chiesto se c'erano degli altri professionisti o comunque se ci appoggiavamo ad altri professionisti, in realtà l'ambulatorio era già nato con un'impronta multispecialistica, c'era lo pneumologo che gestiva il paziente da un punto di vista respiratorio quindi funzionale, con spirometria di LCO, c'era il cardiologo che faceva la visita e l'ecocardio, c'era la fisioterapista respiratoria che faceva il walk in test, E poi ovviamente se c'erano delle problematiche neurologiche otorino veniva coinvolto attivamente il collega che era chiamato in causa per la sintomatologia.[4]	Nessuna figura ad hoc/nuova pratica organizzativa è stata adottata	5.2 Nessuna novità o collaborazione è stata introdotta	
F	1	Ad oggi nessun tipo di impatto in quanto non si registrano nelle varie degenze questa tipologia di pazienti. In precedenza la criticità maggiore era rappresentata dall'impossibilità a dimettere il paziente per l'assenza di un contesto sociale di supporto adeguato alle condizioni del paziente.			
L	2	no			
C	2	[Avete messo in campo pratiche organizzative e/o figure professionali ad hoc per gestire la sindrome Long Covid? Se sì, Quali?] No			
D	2	[Avete messo in campo pratiche organizzative e/o figure professionali ad hoc per gestire la sindrome Long Covid? Se sì, Quali?] No			
M	7	Non siamo proprio autorizzati e accreditati per tutto, però in ogni caso riusciamo a garantire al paziente una presa in carico continua questo specifico contesto non c'è stata necessità di andare a cercare qualcun altro.[7]	No nuove collaborazioni sul territorio		
M	8	Esatto, perché era già nato con questo intento, cercare di accogliere il paziente a 360 gradi in modo che qualunque problematica potessimo gestire all'interno delle nostre strutture potesse essere fatta con e cammin facendo non abbiamo avuto l'esigenza di coinvolgere figure esterne, se no lo avremmo fatto, ma non abbiamo avuto la necessità.[8]			
C	3	[nel vostro territorio, avete attivato alleanze / collaborazioni] Non so			
D	3	[nel vostro territorio, avete attivato alleanze / collaborazioni] No			
I	3	[nel vostro territorio, avete attivato alleanze / collaborazioni] Non ancora			

L	3	[nel vostro territorio, avete attivato alleanze / collaborazioni] no			
---	---	--	--	--	--

