



# fficina delle Idee

**IL CAMBIAMENTO NASCE DAI PROFESSIONISTI**

## **MONITORAGGIO ATTIVITÀ OFFICINA DELLE IDEE 2021**

*Cosa è stato fatto nelle rispettive  
Aziende Sanitarie/Ospedaliere in*

**IL PNRR ED IL SISTEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO: PROGETTARE, CONTROLLARE E ORIENTARE I PROCESSI AZIENDALI VERSO L'APPROPRIATEZZA**

Autori: Francesca Troiano, Carmela Puleo, Maddalena Quintili

1 Azienda Sanitaria Locale Roma 1 Dipartimento per lo Sviluppo Organizzativo JOC Sicurezza, Qualità Risk Management

**Introduzione**

Il progetto decennale si è sviluppato nell'ambito della nuova ASL Roma 1 come prosecuzione di quanto già avviato nell'ambito della Ex ASL Roma E fin dal 2010. E' nato dalla consapevolezza che la complessità delle Strutture Sanitarie, il contesto sociale, economico e culturale in rapida evoluzione comprendente sia nei contesti emergenziali che i nuovi modelli organizzativi legati alla sfida del PNRR per l'ottimizzazione delle risorse e gestione delle stesse attraverso l'aggiornamento del contesto normativo in tema di gestione del rischio e responsabilità professionale, ha imposto di adottare nuovi strumenti in grado di gestire la molteplicità dei fattori sia in termini di sicurezza degli operatori e utenti, qualità dello spazio e gestione dei processi integrati, controllo e gestione dei vari processi organizzativi.



**Metodo**

Il modello organizzativo strutturato per la Gestione Integrata del Rischio, ha portato alla definizione di metodologie scalabili, regole, responsabilità e strumenti, in relazione ad una gestione sistematica del processo decisionale attraverso la composizione di un Rapid Response Team (RRT). Tale modello è stato applicato come metodologia di Gestione del Rischio in termini di Sicurezza Qualità E Risk Management e nel contesto emergenziale pandemico e applicato nell'ottica del PNRR – missione 6 per quanto riguarda la strutturazione di un modello di gestione delle risorse e fisiche e materiali attraverso un database AcDAT integrato all' SGSL ;

Sia la Gestione del Rischio e in particolare le attività di Valutazione del Rischio Tecnologico (VRT) e la Valutazione del Rischio Integrato (VRI) insieme a quello Impiantistico, hanno consentito la creazione di check-list specifiche, analisi, sopralluoghi e restituzione, attraverso la creazione e condivisione a tutti i livelli sia sotto il piano di management Tecnico che del Management sanitario. Nello specifico la parte tecnica elaborato attraverso un Cruscotto Direzionale, elaborando piani di interventi per la mitigazione del rischio, piani pluriennali di investimento, pianificando interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria, gestendo la liquidazione delle fatture e la rendicontazione delle spese per il sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro (SGSL) e i contratti di gestione del budget consumato che in occasione del PNRR ci ha permesso di integrare e confrontare i dati e le diverse sovrapposizioni normative e di funzionamento

L'elaborazioni per la ricostruzione BIM del patrimonio immobiliare ci ha permesso di disporre di un "Fascicolo di Edificio" congruente alle normative vigenti, e si è dimostrato un fondamentale strumento per quanto riguarda la definizione delle fasi dei processi attuativi per l'acquisizione dei dati e in fase di ricognizione preliminare a supporto della progettazione. Tale metodologia operativa è stata integrata in tutte le sue fasi con una particolare attenzione agli aspetti di Rischio Clinico, riprogettando contestualmente i processi assistenziali in ottica di sistema e miglior comfort ambientale per utenti e lavoratori.

Ho quella della regione sardegna

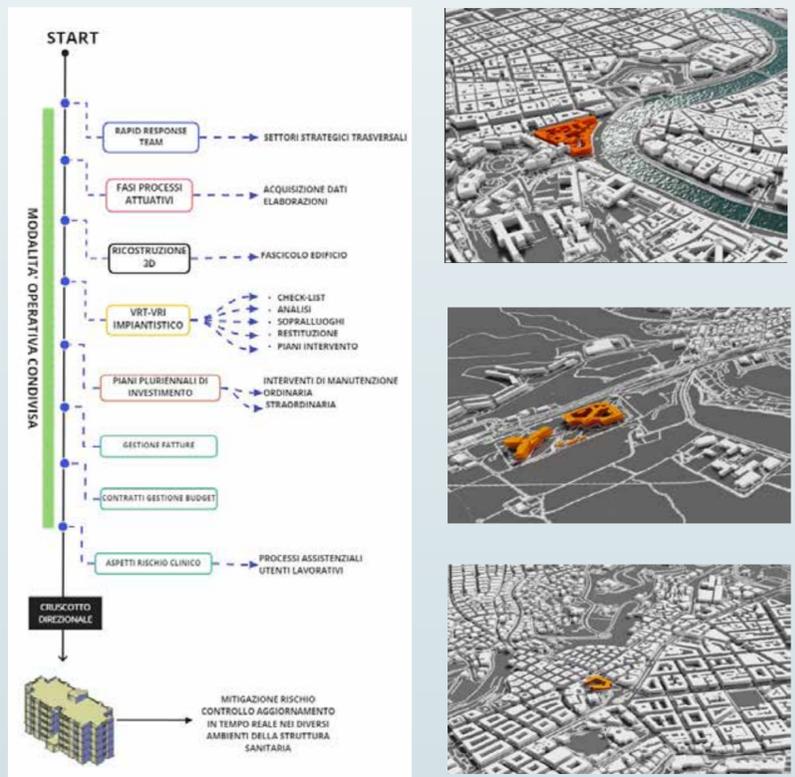
**PIATTAFORME DI GESTIONE**

**Risultati**

L'utilizzo di questo processo ha consentito una progettazione integrata come espressione della gestione del Rischio completo e un percorso di formazione sul campo con lo scopo di condividere sia le nozioni che la metodologia ai partecipanti, applicando un'identità Aziendale completa e partecipata. Questa metodologia ha permesso l'individuazione del rischio relativo creando ex-novo un cruscotto direzionale, validando ogni specifico ambiente in un definito processo che ha consentito il costante controllo, aggiornamento e mitigazione dello stato in tempo reale del rischio nei diversi ambienti/presidi della Struttura Sanitaria. La condivisione dei dati con Centro di Costo, Bilancio, Direzione Strategica ha consentito una pianificazione esente da ritardi per il cantiere, una rendicontazione puntuale per il bilancio e la gestione delle risorse economiche e supporto alla Direzione Strategica.

**Conclusioni**

La progettazione integrata di Risk Assessment ci ha consentito di avere un luogo sicuro conforme e a misura delle attività assistenziali, in grado di rispondere in maniera rapida attraverso il Rapid Response Team (RRT) e di fronteggiare anche i vari scenari emergenziali attraverso un modello tridimensionale in grado di gestire e visualizzare in tempo rapido gli indici di criticità riscontrati.



**Biografia**

- D.lgs. 9 aprile 2008, n. 81 Testo coordinato con il D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106 TESTO UNICO SULLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO
- Indicazioni sugli impianti di ventilazione/climatizzazione in strutture comunitarie non sanitarie e in ambienti domestici in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2. Gruppo di Lavoro Ambiente-Rifiuti COVID-19. Rapporto ISS COVID-19 • n. 35/2020 ISS.
- Indicazioni per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2. Rapporto ISS COVID 5 Rev 21 aprile 2020, ISS.
- Documento tecnico su ipotesi di rimodulazione delle misure contenitive del contagio da SARS-CoV-2 nel settore della ristorazione, INAIL-ISS maggio 2020
- ISO 9001 - Risk management



**PNRR & BUILDING INFORMATION MANAGEMENT**

La metodologia Agile - Tecnica a servizio della sanità.

Autori: Francesca Troiano <sup>1</sup>, Carmela Puleo <sup>1</sup>, Maddalena Quintili <sup>1</sup>

<sup>1</sup>Azienda Sanitaria Locale Roma 1 - Dipartimento per lo Sviluppo Organizzativo

<sup>1</sup>-UOC Sicurezza, Qualità e Risk Management

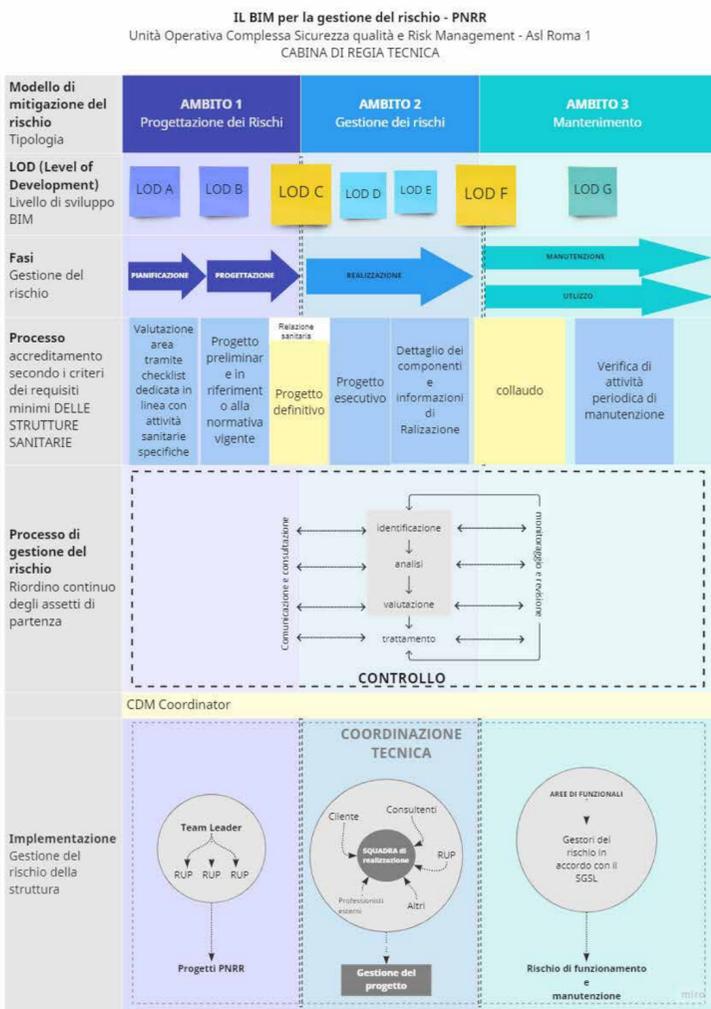
**Introduction**

Il Building Information Management - BIM collegato all'industria dell'AEC (ARCHITECTURE, Engineering, and Construction) ha rappresentato un sistema informatico di controllo e gestione del progetto dalla fase preliminare al mantenimento sia sotto il profilo di progettazione che gestione; integrando la concezione di progetto 2D classico ad una visione omnicomprensiva del contesto a 360°, dalle tematiche prettamente edilizie a quelle di gestione e controllo amministrativo/contabile di settore come ad esempio quello sanitario e di gestione dei processi connessi alla coordinazione dei team, che l'anno scorso abbiamo avuto modi di sperimentare per l'emergenza Pandemica da Covip -19. L'ottimizzazione dei processi, attraverso il BIM per la creazione e messa a sistema di nuove reti assistenziali di gestione del territorio e del rischio connesso alla salute e sicurezza dei lavoratori, come metodologia di processi riferiti alle Risorse intese come sia come fisiche (personale, database); di coordinamento (flussi documentali e del team); che di ottimizzazione (risk management e risk assessment), ha consentito di rappresentare e condividere digitalmente un bene per facilitarne i processi di progettazione, costruzione e gestione fornendo una base affidabile per il processo decisionale di tutti gli attori coinvolti (personale differente, amministrazione, tecnici, ditte, personale specializzato ecc...). La metodologia sviluppata in ottica sanitaria, ci ha permesso in occasione del PNRR - Missione 6 di ottimizzare i processi di coordinamento, sviluppo organizzativo e valorizzazione delle competenze.



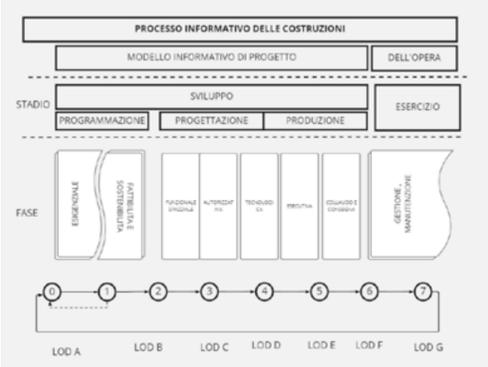
**Methodology**

È stata sviluppata la matrice delle competenze, considerandone la priorità e la base di archiviazione dati inerenti agli edifici per quanto riguarda il sistema di gestione del rischio dei lavoratori SGSL, in relazione all'organizzazione aziendale nel quale è stato identificato il project manager e la cabina di regia composta da una parte tecnica e sanitaria. Con la definizione del termine "Tecnica" in questo caso si identifica un professionista Ingegnere/Architetto e un team "Sanitario". Le competenze si sono mosse in maniera complementare, oggetto di studio, la componente "Tecnica" in quanto il modello digitale è stato distinto da un processo di implementazione degli strumenti specifici di database AcDAT; esso associa sia i componenti tradizionali della rappresentazione tridimensionale con la possibilità di inserire dati parametrici tecnici, manutentivi, che elementi di gestione energetica 6D e Facility Management 7D.



**Results**

Il modello BIM - PNRR si è dimostrato un valido supporto per la ricerca e modalità di archiviazione delle documentazioni e processo di ridisegno degli spazi, analisi dei soggetti coinvolti, problem solving e facilitazione dei processi assistenziali a supporto della componente tecnica, assieme base della strutturazione del progetto futuro da parte di Invitalia per i LOD - Level of Development e in rispetto dei criteri minimi delle strutture sanitarie nelle fasi operative. Questo ci permetterà di ridurre l'errore, in un processo di valutazione del rischio, che sarà fondamentale per l'individuazione di processi decisionali compensativi, migliorandone la risposta alla risoluzione.



Funzionalità - BIM	Benefici generici	PNRR
Gestione dello spazio	Rapporti distribuiti facilitati per il controllo dello spazio e organizzazione delle distribuzioni in maniera sistemica.	Mappatura ricognitiva per la riorganizzazione della riordinazione degli spazi in fase preliminare, sopralluoghi dedicati.
Controllo Qualità	Migliorare la qualità dello spazio e gestione dei processi	Mappatura dei bisogni assistenziali e strutturazione del processo nell'ottica della sostenibilità delle risorse.
Analisi strutturale	Conoscenza aggiornata dei parametri a verifica degli Stati Limite degli edifici, verifica compatibilità della classe d'uso.	Verifica della compatibilità delle schede tecniche delle forniture del fabbricato per la tenuta struttura riguardando il peso della struttura gravante sui solai di carichi permanenti e accidentali. Verifica standard piano antincendio.
Gestione della sicurezza	Riduzione dei rischi per la sicurezza del personale e degli utenti	Coordinamento delle squadre per la realizzazione e progettazione. Gestione di processi di rischio mediante il controllo e validazione del progetto in relazione al risk assessment dei processi, definizione di procedure per la sicurezza degli operatori coinvolti nella cabina di regia.
Interoperabilità	Facilità di gestione, anche sincrona del progetto, sistema di Alert per il monitoraggio dello scambio dati.	Gestione del progetto mediante cruscotto informativo aziendale per l'implementazione dei dati in relazione alle mansioni delle singole unità operative
Facilitazione della Collaborazione e della comunicazione	Identificazione e comunicazione rapida del rischio tra i soggetti coinvolti in maniera univoca	Rischio di interferenza e verifica costante dei processi interconnessi tra le squadre e la perfetta corrispondenza tra progetto e realizzazione
Controllo delle fasi di Manutenzione e gestione delle strutture	Miglioramento del livello di gestione del rischio integrato	Alert periodici e verifiche ordinarie a cadenza bimestrale
Pianificazione/programmazione della costruzione e dello scenario di rischio 4D	Simulazione dello scenario di rischio e facilitazione dell'identificazione delle procedure del rischio e della sua comunicazione per il miglioramento di gestione dello stesso.	Automazione SGSL
Monitoraggio dello stato di avanzamento della costruzione	Miglioramento della gestione per la qualità, sicurezza, tempo e budget	Sopralluoghi in cantiere rispettando il cronoprogramma
Stima dei costi e cronoprogramma delle attività 5D	Controllo attivo dei costi e dei tempi	Monitoraggio e supporto ai RUP

**Conclusion**

Diventa quindi essenziale continuare a promuovere oltre che la formazione continua come aggiornamento e conoscenza per gli operatori coinvolti, in grado rispondere velocemente alle esigenze condividendo approcci e metodologie migliorandone il risultato costantemente per la riduzione dell'errore, migliorando il rapporto edificio/lavoratore nell'ottica anche della sostenibilità delle risorse e dei processi ponendoci in una situazione di vantaggio per quanto riguarda l'obbligatorietà del BIM nelle PA e nella gestione degli appalti ponendo le basi per la definizione settoriale calata nel contesto territoriale Asl Roma 1 del BIM execution plan.

**Acknowledgements**

- Zanetti M, Montaguti U., Ricciarelli G et al. A. Il medico e il management. Guida ragionata alle funzioni gestionali. Accademia nazionale di Medicina Forum Service Editore. 1996; 127-157.
- Decreto del Commissario ad Acta (Regione Lazio) 10 -12010, n. U0090
- Serie UNI 11337-Processo di Gestione BIM
- DM 02.08.2021 -Nuovo decreto BIM
- ISO 3100 - Risk Management
- DCA 8/2011 e s.m.e.i., Allegato C - Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie



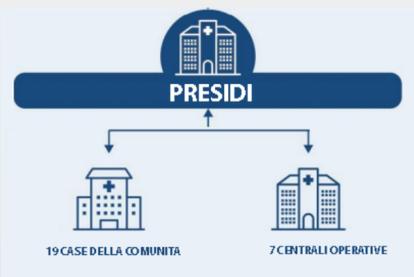
**DALLA GESTIONE DELL'EMERGENZA SANITARIA PUBBLICA AL PNRR  
PM<sup>2</sup>- Agile Tecnico attraverso la sostenibilità delle risorse, scalabilità e  
relazione con il territorio - modelli di gestione a confronto**

Autori: Francesca Troiano<sup>1</sup>, Carmela Puleo<sup>1</sup>, Giuseppe Furia<sup>2</sup>, Patrizia Chierchini<sup>2</sup>, Debora Angeletti<sup>3</sup>, Anna Zoppegno<sup>4</sup>, Madda Iena Quintili<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Azienda Sanitaria Locale Roma 1- Dipartimento per lo Sviluppo Organizzativo -UOC Sicurezza, Qualità e Risk Management <sup>2</sup> Azienda Sanitaria Locale Roma 1- Area di Direzione Ospedaliera- UOC Direzione Sanitaria Santo Spirito e Nuovo Regina Margherita- <sup>3</sup>Azienda Sanitaria Locale Roma 1- Dipartimento Tecnico Patrimoniale - UOC Sistemi e Tecnologie Informatiche e di Comunicazione - <sup>4</sup> Azienda Sanitaria Locale Roma 1- Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Sociali- UOC Assistenza Infermieristica e Ostetrica

**Introduction**

A seguito della pandemia di Covid-19 che ha coinvolto differenti attori del SSN e colpito l'intero territorio nazionale, il Piano nazionale di ripresa e Resilienza (PNRR) si pone l'obiettivo di rilanciare l'economia e promuovere la ripresa attraverso la salute, la sostenibilità e l'innovazione digitale. LASL Roma 1 si pone l'obiettivo di realizzare 24 presidi di cui 19 case della comunità e 7 centrali operative territoriali, dopo accurata valutazione delle risorse a disposizione e al genere di utenza territoriale. L'obiettivo dello studio è facilitare la riproducibilità del modello HUB, economicamente sostenibile per la pubblica amministrazione e in grado di individuare i bisogni del territorio attraverso la formazione di un Rapid Response Team a carattere multidisciplinare composto da una parte tecnica per la gestione edilizia e una parte sanitaria.



**Results**

In relazione alle tre attività prevalenti di programmazione delle attività comprendenti le aree amministrativa, tecnica e sanitaria, la struttura organizzativa online e offline ci permetterà di ottimizzare le attività, permettendo un risultato in grado di gestire le problematiche di rischio. Il modello ci permetterà di validare i processi in termini in relazione al risk assessment attraverso strumenti informatici di controllo e gestione del progetto nelle fasi principali di gestione attuale. Il modello, basandosi su interazioni Agile, nell'ottica dunque del miglioramento continuo si prefigge di ottimizzare i processi attraverso l'introduzione delle Best practice ed attraverso la condivisione del Know-how dei diversi componenti.



**Conclusion**

Il modello descritto permetterà allo stato attuale un controllo e una rapida risposta alle emergenze, sotto il profilo spaziale, dei servizi ed in relazione alla salute e sicurezza di lavoratori e utenti coinvolti, mettendo a sistema le dinamiche Tempo-Decisionali, fondamentali per il mantenimento degli obiettivi proposti.

**Methodology**

Il progetto ha previsto l'attivazione di un Rapid Response Team per la definizione e riorganizzazione dei requisiti essenziali alla creazione di strutture in grado di realizzare a pieno i requisiti previsti includendo le attività di gestione del patrimonio edilizio e di gestione. Il modello ha permesso di ottimizzare i processi, anche nell'ottica della sostenibilità delle risorse in termini di CO2, attraverso la definizione dei processi e competenze ed un sistema di ripartizione di utenze per il monitoraggio, gestione e rendicontazione attraverso sistemi IT.



**1. Efficienza**  
Intesa come ottimizzazione e valorizzazione delle risorse, recupero dei tempi di latenza



**2. Rapidità di realizzazione**  
Coordinazione del Rapid Response Team multidisciplinare



**3. Sostenibilità ambientale**  
es. risparmio di carta,  
riduzione emissioni CO2 -45,19 Chilotonnellate ogni 2 mesi  
circa 8745 tonne  
30,81 tonnellate per l'archiviazione fisica risparmiata



**Acknowledgements**

- Zanetti M, Montaguti U., Ricciarelli G et al. A. Il medico e il management. Guida ragionata alle funzioni gestionali. Accademia nazionale di Medicina Forum Service Editore. 1996; 127-157.
- DIRETTIVA (UE) 2020/739 per quanto riguarda l'inserimento del SARS-CoV-2 nell'elenco degli agenti biologici di cui è noto che possono causare malattie infettive nell'uomo e che modifica la direttiva (UE) 2019/1833 della Commissione <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32020L0739&from=EN>
- DIRETTIVA 2000/54/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 18 settembre 2000 relativa alla protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da un'esposizione ad agenti biologici durante il lavoro (settima direttiva particolare ai sensi dell'articolo 16, paragrafo 1, della direttiva 89/391/CEE <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32000L0054&from=NL>
- D.lgs. 9 aprile 2008, n. 81 Testo coordinato con il D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106 TESTO UNICO SULLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO <https://www.ispettorato.gov.it/it-it/in-evidenza/Documents/Testo-unico-salute-sicurezza-gennaio-2020.pdf>
- Riferimenti normativi: atti governativi, ministeriali e circolari interne (20 marzo -23 luglio 2021): Atti governativi <https://www.gazzettaufficiale.it/atti/Associati/1/?areaNode=13>
- Ordinanze e Decreti del Ministero della salute [https://www.gazzettaufficiale.it/atti/Associati/1/?sessionid=g+qqPUkrEvV7Ve-wemsrw\\_\\_ntc-as1-guri2b?areaNode=17](https://www.gazzettaufficiale.it/atti/Associati/1/?sessionid=g+qqPUkrEvV7Ve-wemsrw__ntc-as1-guri2b?areaNode=17)
- INAIL - Documento tecnico sulla possibile rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro e strategie di prevenzione - aprile 2020.

MODELLO DI RIFERIMENTO - Tot Vaccinati ASL ROMA1		Data extraction as of 16/06/2022 h. 15:00	
CO2 PRODUCTION / BENEFIT COSTS			u.m
A4 / Pazienti / Media fogli		10	
Consumo di CO2 per foglio A4		3,4	grams
CO2 Consumo / Paziente		34	grams
Totale consumo CO2 su vaccinati ASL	Consumo CO2 / patient * tot. Vaccinati in asl	4595416,2	grams
		4595	Kg.
		4,60	ton.
			u.m
Produzione di carta utilizzata per vaccinati	(fg. paz carta) * total vaccinati	13515930	fg.
		27031.86	risme
			u.m
Total A4 paper weight	Produzione di carta per vaccinati * 2380	64335826,8	grams
		64335,8	kg.
		64,34	ton.



**Processi**  
ES: Digitalizzazione del dato



**REGIONE LAZIO**



## Implementazione del sistema automatizzato di allerta microbiologica nella ASL Roma 1

Quintili M, Grossi A, Furia G, Troiano F, Puleo C, Zorisco F, Marte M, Vinci A, Colamesta V, Meledandri M, Chierchini P.

<sup>1</sup>Azienda Sanitaria Locale Roma 1 - Dipartimento per lo Sviluppo Organizzativo -UOC Sicurezza, Qualità e Risk Management - <sup>2</sup> Azienda Sanitaria Locale Roma 1 - Area di Direzione Ospedaliera - UOC Direzione Sanitaria Santo Spirito e Nuovo Regina Margherita

### Introduction

Nell'ASL Roma 1 è stato introdotto, da un anno, un nuovo strumento automatizzato di prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza, parallelamente allo sviluppo del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza-PAICA). Questo strumento è un sistema di sorveglianza "Alert Organism" multiresistenti anche per sospetti cluster e prevede l'attivazione di alcune tipologie di allarmi e una serie di regole destinate alla generazione dei messaggi e di report sul singolo reparto/presidio. L'esigenza fondamentale che questo modulo soddisfa è quella di guidare le Unità Operative ad intraprendere tempestivamente lo svolgimento delle precauzioni e degli aspetti assistenziali dei pazienti con isolamenti di germi sentinella. Oltre a questo, è possibile diffondere capillarmente la cultura dei rischi correlati alle infezioni nosocomiali a tutto il personale sanitario strettamente coinvolto, vengono centralizzate le informazioni e i dati, quindi viene facilitato lo svolgimento più veloce delle indagini di prevalenza.



### Results

Nel periodo in esame sono stati seguiti 14.756 pazienti, 7.080 (48,0%) nel periodo pre e 7.676 (52,0%) nel periodo post, uniformemente distribuiti nei due presidi ( $p=0,40$ ). La mediana dei giorni di ricovero per paziente è stata 5 giorni, ma lievemente superiore nel periodo pre- ( $p<0,05$ ). I pazienti di sesso maschile hanno rappresentato rispettivamente il 49,8% e il 50,2% ( $p<0,05$ ), mentre l'età media è risultata sovrapponibile, 57 (+/-26) e 56 anni (+/- 28) ( $p=0,14$ ).

Si sono verificati 382 eventi, 194 (50,8%) nel periodo pre e 188 (49,2%) nel periodo post. Gli eventi che hanno portato ad una attivazione di misure di prevenzione e controllo hanno rappresentato rispettivamente il 34,1% e 18,9% delle segnalazioni alert prodotte nei due periodi di studio ( $n=551$  vs  $n=996$ ). Il RR grezzo è risultato essere di 1,01 (IC95: 0,82-1,23;  $p=0,50$ ), l'IRR grezzo di 1,00 (IC95%: 0,82-1,24) e l'IRR aggiustato (per sesso ed età) di 1,00 (IC95%: 0,82-1,22). Una riduzione di incidenza significativa è stata riscontrata per gli isolati di CRO, probabilmente a causa delle stringenti misure di isolamento che questi comportano (0,45 - IC95: 0,28-0,73). La durata totale dei ricoveri dei pazienti con un evento è risultata essere più bassa del 2,1% (IC95:1,8%-2,5%) nel periodo post rispetto al periodo precedente, corrispondente a 1261 giorni-ricovero in meno.

### Methodology

E' stato condotto uno studio pre-post in due presidi ospedalieri della ASL Roma 1, in cui è stato attivato il sistema di allerta microbiologica. Come periodo pre-attivazione è stato selezionato il primo semestre del 2021, come periodo post-attivazione il primo semestre del 2022. Sono stati inclusi tutti i pazienti ricoverati per almeno 48 ore. Gli eventi sono stati definiti come le segnalazioni di microrganismi alert (MRSA, VISA, VRE, C. difficile, ESBL/AmpC, P. aeruginosa XDR), microrganismi resistenti ai carbapenemi CRO) che hanno dato origine ad una azione di prevenzione e controllo. L'impatto è stato misurato confrontando l'incidenza (Rischio Relativo - RR) e i tassi di incidenza (incidence rate ratio - IRR) dei due periodi in esame. Il sesso e l'età sono stati presi in considerazione quali variabili di confondimento.



### Conclusion

Il sistema di allerta microbiologica ha contribuito in maniera significativa alla riduzione diffusione di microrganismi resistenti nei due ospedali italiani coinvolti nello studio. Tale effetto ha portato ad una possibile riduzione del numero totale dei giorni di ricovero dei pazienti con un microrganismo resistente e alla riduzione significativa dell'incidenza di CRO. Ciò sottolinea l'importanza della tempestività nella diagnosi dei microrganismi alert e nella messa in atto delle azioni di prevenzione e controllo.



### Acknowledgements





## Televisita di controllo nell'IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù: monitoraggio dell'attività a distanza di un anno.

Jacopo Ceradini, Caterina Offidani, Marta Ciofi degli Atti, Carla Brusco e Massimiliano Raponi MD  
IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (OPBG) ROMA

### Introduction

Con il DCA 22/7/2020, n. 103 «Attivazione servizi di telemedicina in ambito specialistico e territoriale» La Regione Lazio ha introdotto la possibilità di utilizzo delle tecnologie telematiche in ambito sanitario per garantire un'adeguata presa in carico dei pazienti durante il periodo pandemico.

Terminato lo stato di emergenza con la recente determina G08445 del 29/6/2022 la Regione ha introdotto le prestazioni di televisita nel catalogo unico regionale, equiparandole dal punto di vista tariffario, alle visite di controllo in presenza.

L'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù ha promosso l'utilizzo della telemedicina fra i propri promuovendo percorsi appropriati e centrati sul paziente e sulla famiglia.

### Methodology

La Piattaforma regionale «salute digitale», <https://jitsi1.regione.lazio.it> è stata integrata con gli applicativi interni di prescrizione delle prestazioni, prenotazione delle televisite e di refertazione.

L'OPBG ha recepito le indicazioni regionali e ha promosso le attività di telemedicina, ha individuato indicatori da includere nel report di qualità dell'assistenza e ne ha monitorato attuazione.

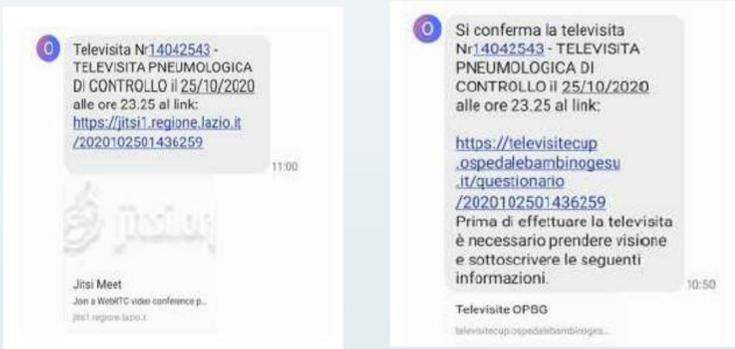


Fig 1 televisita: messaggistica al paziente su smartphone

### Results

Da ottobre 2020 a settembre 2022 sono state garantite 1230 televisite di controllo, il 24% delle quali in ambito chirurgico

PEDIATRIA GENERALE	487
BRONCOPNEUMOLOGIA	234
CHIRURGIA GENERALE	184
PSICOLOGIA CLINICA	131
NEUROPSICHIATRIA	52
UROLOGIA PEDIATRICA	46
CHIRURGIA PLASTICA	38
MALATTIE INFETTIVE	22
NEUROLOGIA	10
ALTRO	26

Tabella 1 tipologia e numero televisite

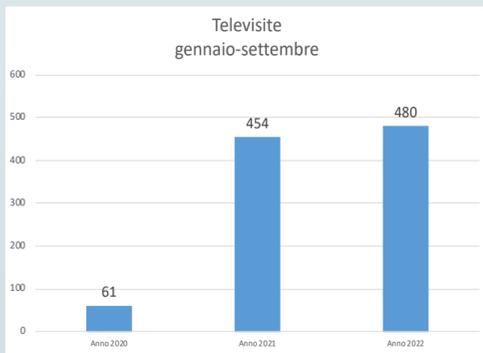


Grafico 1 trend annuale televisite

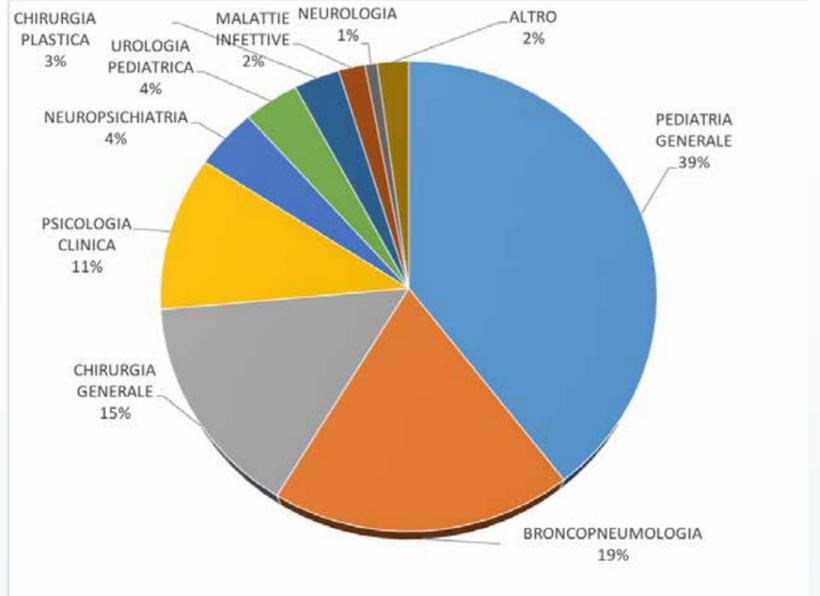


Grafico 2 Distribuzione % delle televisite per specialità

Il DEA di Palidoro, sede di OPBG a cui afferisce il centro covid, ha erogato 396 televisite di controllo pediatriche successive ad accesso al pronto soccorso, con un tasso di riospedalizzazioni dell'1%.

Tale soluzione ha premesso di ridurre i ricoveri dei pazienti covid positivi paucisintomatici, limitando il sovraffollamento in ospedale e permettendo di destinare i posti letto ai pazienti più gravi.

Le televisite sono state anche utilizzate in ambito chirurgico, l'adozione della telemedicina nell'ambito del protocollo di dimissione precoce delle appendiciti, ha concorso a ridurre in maniera sicura ed efficace la durata della degenza media nelle peritoniti sottoposte ad appendicectomia (drg 40).

Le televisite sono state anche adottate nel controllo post operatorio della day surgery, evitando a 162 pazienti il ritorno in ospedale.

### Conclusion

La televisita di controllo è uno strumento molto apprezzato dalle famiglie, adottato in maniera sistematica in ospedale in grado di avere ricadute positive anche nella sostenibilità delle prestazioni sanitarie.

Insieme ai telemonitoraggi e ai teleconsulti rappresenta un strumento in grado modificare i percorsi clinici dei pazienti promuovendo la centralità delle famiglie nei percorsi di cura. nel futuro sarà necessario sviluppare ulteriormente l'offerta sanitaria e monitorarne l'efficienza e l'efficacia.

### BIBLIO

- Decreto del Commissario ad Acta 22 luglio 2020, n. U00103.
- Determinazione 12 dicembre 2018, n. G16185.
- Determinazione 29 giugno 2022, n. G08445.



**CODICE ARGENTO: IMPLEMENTAZIONE 2.0 PRONTO SOCCORSO OSPEDALE CRISTO RE**

G. Nasi, L. Matarazzo, M. Pomes, A. D'Avino, A. Bonini, F. Pozzi, M. Sapienza, P. Benedetti

Ospedale Cristo Re Roma - Gruppo Giomi



**Introduzione**

Nell'ambito della gestione del rischio clinico il Pronto Soccorso (PS) dell'Ospedale Cristo Re, continua l'esperienza della presa in carico del paziente anziano fragile con l'uso del codice argento e codice colore. Alla luce dei primi incoraggianti risultati dello studio (diminuzione dei tempi di attesa e del numero di ricoveri nei pazienti >75 aa), abbiamo implementato gli obiettivi già individuati per aumentare la qualità e la sicurezza delle cure di questo target di popolazione.

**Materiali e metodi**

Abbiamo mantenuto:

- il Team multidisciplinare (Responsabile di PS, Medici di PS, Bed Manager, Risk Manager, Medici di Direzione Sanitaria, Personale Sanitario non medico di PS, da quest'anno ulteriori specialisti, e.g. geriatra);
- il CODICE ARGENTO per la valutazione dell'effettiva situazione di fragilità attraverso uno score che affianca il codice colore;
- i 4 posti letto tecnici di Osservazione Breve Intensiva (OBI).

Nel corso del 2022 abbiamo incrementato le seguenti attività: il sistema informatico per l'agevolazione dell'utilizzo della telemedicina e del teleconsulto; la condivisione dell'assistenza (colloquio telefonico con i Medici di Medicina Generale-MMG); segnalazione per l'attivazione del servizio di assistenza domiciliare da PS a MMG o da reparto direttamente con unità valutativa interna; la dimissione con ricetta per i controlli specialistici successivi e il percorso agevolato per i traumi minori.

**Risultati**

Abbiamo valutato i dati degli accessi in PS per i primi 9 mesi del 2021 vs i primi nove mesi del 2022, per pazienti > 75 aa. Nel 2021 gli accessi sono stati 2077, per un totale di ricoveri del 21%, nello stesso periodo del 2022 gli accessi sono stati 2200, per un totale di ricoveri del 17%. L'analisi dei dati ha evidenziato:

**Un aumento:**

- degli accessi nei pazienti >75 aa;
- della percentuale accessi totali vs % accessi >75 aa (13.39% nel 2021 vs 13,70% nel 2022);
- delle dimissioni a domicilio (74% nel 2021 rispetto al 76% nel 2022);

**Una riduzione:**

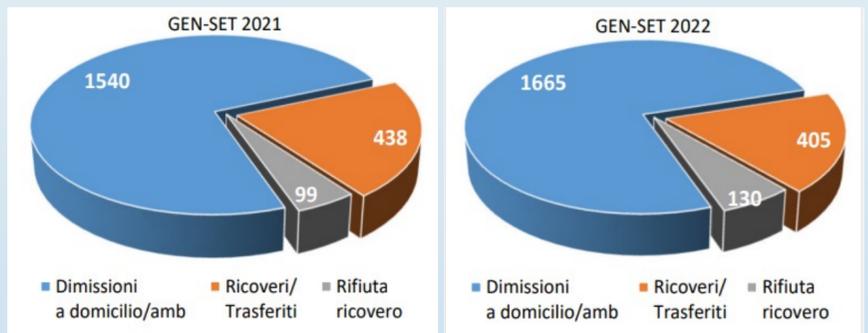
- della % di ricoveri (21% nel 2021 vs 17% nel 2022), nonostante dall'analisi emerga la maggiore complessità dei casi che si sono presentati (+3% di codici rossi, + 6% di codici arancioni, - 8% dei codici azzurri, stabilità della % dei codici verdi), nella percentuale sono compresi i pazienti trasferiti direttamente da PS in strutture non per acuti (e.g. hospice);
- dei tempi di permanenza in PS nei codici arancione, azzurro e verde;
- delle giornate di ricovero (inquadramento clinico più veloce e corretto in PS);
- dei disturbi del comportamento che spesso accompagnano il ricovero

**Conclusioni**

Si conferma che l'approccio condiviso, facilitato e multidisciplinare al paziente anziano fragile, con la rimodulazione e l'attenzione organizzativa, ha migliorato gli outcome considerati rendendo più agili i percorsi ospedalieri. Ci proponiamo di proseguire il monitoraggio dei risultati, di continuare l'assistenza agli anziani fragili col supporto della telemedicina e teleconsulto collaborando con il territorio e i MMG, di incrementare la prescrizione di controlli specialistici per il follow-up e di programmare giornate di incontro con i MMG.

**Bibliografia:** 1. Ministero della Salute Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale Direzione Generale della Programmazione Sanitaria Ufficio III ex DGPROGS, *Manuale di formazione per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori*, 2012  
2. Ministero della Salute. Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario. Ufficio di Direzione Statistica. Attività Gestionali ed Economiche delle ASL  
3. Progetto Codice Argento. Modelli innovativi per la presa in carico del paziente anziano fragile nella transizione dall'ospedale al territorio e dal territorio all'ospedale. Febbraio 2008. Disponibile a: <http://www.salute.gov.it> . Ultimo accesso 23 settembre 2013  
4. Linee d'indirizzo per l'attività di triage di Pronto Soccorso, Luglio 2012

Fig. 1 Esito dal pronto soccorso per tutti gli anziani ≥ 75 anni



**DISTRIBUZIONE DEGLI ACCESSI PER CODICE COLORE**

TRIAGE	GEN-SET 2021		GEN-SET 2022	
	N	%	N	%
ROSSO	5	2%	11	5%
ARANCIONE	91	43%	107	49%
AZZURRO	102	48%	88	40%
VERDE	13	6%	13	6%
BIANCO	0	0%	0	0%
<b>TOTALE ACCESSI</b>	<b>211</b>	<b>100%</b>	<b>219</b>	<b>100%</b>



# COVID-19 e ospedalizzazione in Molise: primi risultati di uno studio di epidemiologia valutativa delle SDO



Federica Petrone<sup>2</sup>, Mariangela Luisi<sup>1</sup>, Antonietta D'Abate<sup>1</sup>, Giusy Casazza<sup>1</sup>, Antonio Di Cristofaro<sup>1</sup>, Giovanna D'Andrea<sup>1</sup> e Carmine Gizzi<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASREM), 86100 Campobasso  
<sup>2</sup> Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute «V. Tiberio» Università degli Studi del Molise, 86100 Campobasso

## Introduzione

La pandemia Covid-19 ha aperto scenari inediti per l'assistenza sanitaria, mettendo a dura prova la resilienza del Sistema Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che si è trovato ad affrontare sfide senza precedenti per la salute pubblica a causa della gravità della malattia, della rapidità di diffusione del virus e dell'elevato numero di contagi. Il Quadro pandemico ha causato l'interruzione dei servizi preventivi e curativi, ed infatti molti servizi essenziali sono stati erogati tardivamente. La risposta dei diversi sistemi politici e nazionali alla pandemia ha previsto misure straordinarie, con una conseguente imposizione di misure di restrizione significativa dei contatti sociali al fine di ridurre l'eccessiva pressione sulla rete ospedaliera che ha visto un'occupazione esponenziale del numero dei ricoveri, spingendo gli ospedali verso il collasso. Le informazioni socio-demografiche, le caratteristiche del ricovero e le caratteristiche cliniche dei pazienti ricoverati sono incluse nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), il cui flusso, inserito nel Programma Statistico Nazionale viene utilizzato sia per analisi statistiche, che economico-gestionali al fine di supportare l'attività di programmazione e ricerca sanitaria e monitorare l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Uno strumento di conoscenza di questo genere rappresenta un supporto insostituibile per i processi di valutazione, programmazione e gestione dell'attività ospedaliera. Tale flusso informativo, regolato da una normativa nazionale, consente, inoltre, di rendere confrontabili tanto i dati amministrativi che epidemiologici rilevati presso le singole Regioni; inoltre consente di avviare il processo di raffronto dei nostri dati di attività ospedaliera con quelli rilevati negli altri Paesi europei.

## Materiali e Metodi

La popolazione in studio è rappresentata dai pazienti ricoverati nella rete ospedaliera, pubblica e privata, della Regione Molise nel triennio 2018-2020. La fonte dei dati è rappresentata dal Sistema informativo delle Schede di Dimissioni Ospedaliere (SDO) della Regione Molise. Nel presente studio preliminare sono stati calcolati il numero di ricoveri totale nel triennio di riferimento focalizzando l'analisi sulle diagnosi di dimissione. Quest'ultima è la condizione morbosa, identificata alla fine del ricovero, che risulta essere la principale responsabile del bisogno di trattamento o di indagini diagnostiche.

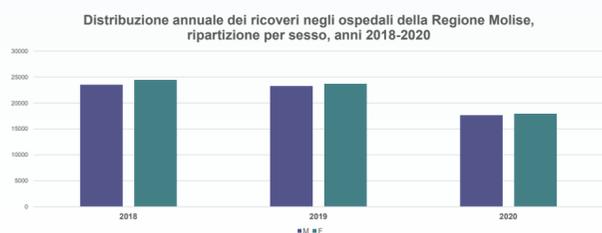
## Risultati

La distribuzione annuale dei ricoveri è riportata nella tabella 1 e nella figura 1. Il maggior numero di ricoveri è stato osservato nel 2018 (n=47974); nel 2019 si è osservato un calo piuttosto contenuto (n=46978; variazione percentuale -2.1%), mentre nel 2020 si è osservato un calo molto più netto (n=35578; la variazione percentuale tra 2018 e 2020 è di -25.8%; mentre quella tra 2019 e 2020 è di -24.3%). Il dato è altamente significativo (p<0,001, test del chi-quadrato di Pearson).

Tab.1 Distribuzione annuale dei ricoveri, in base all'anno e al sesso

SESSO	2018		2019		2020		TOTALE	
	n.	%	n.	%	n.	%	n	%
M	23515	49,0	23265	49,5	17650	49,6	64430	49,4
F	24459	51,0	23716	50,5	17928	50,4	66100	50,6
TOTALE	47974		46978		35578		130530	

Figura 1 Distribuzione annuale dei ricoveri, in base all'anno e al sesso



Dall'analisi delle SDO, riportata in Tabella 2, si evince come nei due periodi presi in esame le prime cinque diagnosi risultano sostanzialmente le stesse. Dall'analisi delle diagnosi relative all'anno 2020 si individua l'introduzione di alcune diagnosi, totalmente assenti nel 2018. Nello specifico i nuovi titoli diagnostici comprendono:

- trombosi cerebrale con infarto cerebrale
- aterosclerosi cerebrale
- insufficienza respiratoria acuta
- polmonite in altre malattie infettive classificate altrove
- altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica

Tab.2 Diagnosi di dimissioni relative all'anno 2018 a sinistra - 2020 a destra.

DIAGNOSI	N	%	DIAGNOSI	N	%
CHEMIOTERAPIA DI MANTENIMENTO SUCCESSIVA A MALATTIA	1257	2,6	CHEMIOTERAPIA DI MANTENIMENTO SUCCESSIVA A MALATTIA	1112	3,1
NATO SINGOLO, NATO IN OSPEDALE SENZA MENZIONE DI TAGLIO CESAREO	917	1,9	NATO SINGOLO, NATO IN OSPEDALE SENZA MENZIONE DI TAGLIO CESAREO	769	2,2
ATEROSCLEROSI CORONARICA DI ARTERIA CORONARICA NATIVA	683	1,4	ATEROSCLEROSI CORONARICA DI ARTERIA CORONARICA NATIVA	565	1,6
PARTO NORMALE	521	1,1	NATO SINGOLO, NATO IN OSPEDALE CON TAGLIO CESAREO	451	1,3
NATO SINGOLO, NATO IN OSPEDALE CON TAGLIO CESAREO	516	1,1	PARTO NORMALE	378	1,1
ERNIA INGUINALE MONOLATERALE O NON SPECIFICATA, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE O GANGRENA	454	0,9	TROMBOSI CEREBRALE CON INFARTO CEREBRALE	375	1,1
ERNIA DEL DISCO INTERVETEBRALE LOMBARE SENZA MIELOPATIA	443	0,9	ATEROSCLEROSI CEREBRALE	371	1
INSUFFICIENZA CARDIACA CONGESTIZIA NON SPECIFICATA (SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO NON SPECIFICATO)	430	0,9	ERNIA DEL DISCO INTERVETEBRALE LOMBARE SENZA MIELOPATIA	349	1
FIBRILLAZIONE ATRIALE	419	0,9	POLIPO DEL CORPO DELL'UTERO	337	1
POLIPO DEL CORPO DELL'UTERO	418	0,9	STENOSI DEL CANALE VERTEBRALE LOMBARE	334	0,9
ALTRI SINTOMI INTERESSANTI IL SISTEMA NERVOSO E IL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETICO	385	0,8	ERNIA INGUINALE MONOLATERALE O NON SPECIFICATA, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE O GANGRENA	325	0,9
ATEROSCLEROSI CEREBRALE	381	0,8	INSUFFICIENZA CARDIACA CONGESTIZIA NON SPECIFICATA (SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO NON SPECIFICATO)	303	0,8
DISTURBI FUNZIONALI CONSEGUENTI A CHIRURGIA CARDIACA	370	0,8	INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA	301	0,8
STENOSI DEL CANALE VERTEBRALE LOMBARE	344	0,7	POLMONITE IN ALTRE MALATTIE INFETTIVE CLASSIFICATE ALTROVE	292	0,8
ABORTO INDOTTO LEGALMENTE SENZA COMPLICAZIONE RIFERITA, COMPLETO	338	0,7	ALTRE FORME SPECIFICATE DI CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA	283	0,8
TOTALE	49774		TOTALE	35578	

## Conclusioni

Dall'analisi dei dati è possibile evidenziare una diminuzione del numero dei ricoveri nell'anno 2020, rispetto al 2018, dato in linea con la media nazionale, dove, i dati ISTAT registrano una diminuzione del 22% rispetto al triennio precedente.

Per quanto riguarda invece le principali diagnosi di dimissioni nel 2020 sono aumentati i ricoveri collegati ad incidenti cerebro-vascolari e fenomeni trombotici che la letteratura scientifica ha ricollegato all'infezione da SARS-CoV-2 e ad alcuni meccanismi correlati alla trombosi immuno-mediata, al sistema renina-angiotensina e all'effetto di SARS-CoV-2 nel tessuto cardiaco e cerebrale che ne possono contribuire alla patogenesi.

Risulta quindi fondamentale il ruolo dei sistemi di sorveglianza epidemiologica, sia a livello ospedaliero che territoriale, per prevenire, controllare e individuare rapidamente le malattie infettive e non, allo scopo di elaborare delle valide politiche di interventi sanitari.

## Bibliografia

- WHO, author. Attacks on health care in the context of COVID-19. Geneva: WHO: Attacks on health care in the context of COVID-19 (who.int)
- WHO, author. COVID-19 significantly impacts health services for noncommunicable diseases. Geneva: WHO: COVID-19 significantly impacts health services for noncommunicable diseases (who.int)
- Kucharski, A. (2020). The Rules of Contagion: Why Things Spread--And Why They Stop. Basic Books.
- Sagris D, Papanikolaou A, Kvernland A, Korompoki E, Frontera JA, Troxel AB, Gavriatopoulou M, Milionis H, Lip GYH, Michel P, Yaghi S, Ntaios G. COVID-19 and ischemic stroke. Eur J Neurol. 2021 Nov;28(11):3826-3836.
- Capaccione KM, Leb JS, D'souza B, Utukuri P, Salvatore MM. Acute myocardial infarction secondary to COVID-19 infection: A case report and review of the literature. Clin Imaging. 2021 Apr;72:178-182.
- Nourazari S, Davis SR, Granovsky R, Austin R, Straff DJ, Joseph JW, Sanchez LD. Decreased hospital admissions through emergency departments during the COVID-19 pandemic. Am J Emerg Med. 2021 Apr;42:203-210.
- Impatto dell'epidemia covid-19 sul sistema ospedaliero italiano. ISTAT 2022. Impatto dell'epidemia covid-19 sul sistema ospedaliero italiano - Anno 2020 (istat.it)



**IMPLEMENTAZIONE DI UN NUOVO SETTING DI CURA DEDICATO AL COUNSELLING  
PREOPERTORIO NELL'AMBITO DEL PROGRAMMA ERAS**

**Autori:** Lovers Enrica (1), Cirio Angela (1), Dutto Monica (1), Arese Margherita (1), Rosa Fabiola (1), Reghezza Francesca (1)  
ASO S. Croce e Carle Cuneo – (1) SC Chirurgia Generale e Oncologica

**Introduction**

Il programma ERAS (Protocollo ERAS Enhanced Recovery After Surgery) è un protocollo evidence based che ha come focus la riabilitazione precoce del paziente dopo un intervento chirurgico. Uno degli elementi chiave del percorso è il counselling preoperatorio finalizzato ad informare, formare e coinvolgere il paziente. Se svolto in un ambiente tranquillizzante può ridurre l'ansia e aumentare una migliore soddisfazione sulla qualità delle cure. L'attivazione del nuovo percorso assistenziale ha previsto spazi strutturali nuovi curati in termini di accoglienza, empatia e design in ottica di integrazione in ambito sanitario dei pazienti fragili.

**Results**

Un counselling personalizzato realizzato in un ambiente accogliente, dedicato alla p.a. ha lo scopo di infondere tranquillità e armonia per ridurre lo stress, la paura, l'ansia.

L'obiettivo raggiunto tramite una comunicazione efficace migliora l'aderenza al programma ERAS grazie a meccanismi di compensazione funzionali e psicologici.



**Methodology**

Realizzazione di uno spazio dedicato al counselling con arredamento confortevole e armonico in ottica di integrazione in ambito sanitario

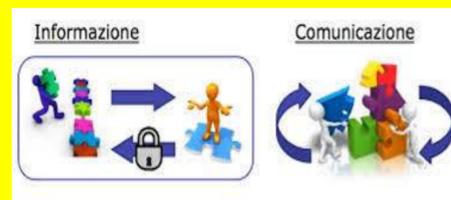
Strategie educative multimediali: proiezione di un video esplicativo che riassume le tappe del programma

Colloquio verbale rivolto alla p.a. e al care giver  
Brochure con codice QR visualizzabile in qualsiasi momento per rivedere le tappe del programma  
Migliorare l'aderenza al protocollo

**Conclusion**

❖ L'applicazione di una metodologia interdisciplinare ha definito un cambiamento culturale nell'approccio alla p.a

❖ Gli strumenti operativi multimediali creati dall'equipe associati al colloquio verbale utilizzati all'interno della stanza counselling dedicata, permettono di garantire una comunicazione ulteriormente efficace.



**BIBLIOGRAPHY**

- Gustafsson UO, Scott Hubner M, Nygren J, Demartines N, Francis et al. Guidelines for perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced recovery After Surgeru (ERAS) Society Recommendations : 2018. World J surg. Marzo 2019;43(3):659-95
- Ficari F, Borghi F, Catarci M, Scatizzi M, Alagna V, Bachini I, et al Enhanced recovery pathways in colorectal surgery: a consensus paper by the Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani (ACOI) and the PeriOperative Italian Society (POIS). Il G. Chir. Agosto 2019;40(4Supp.):1-40.



**NUOVE TECNOLOGIE PER LA GESTIONE DELLA CRONICITÀ: I SISTEMI PER IL MONITORAGGIO FLASH DEL GLUCOSIO RAPPRESENTANO UNA VERA INNOVAZIONE TECNOLOGICA? ANALISI DELL'IMPATTO ECONOMICO IN REAL-LIFE**

D. Ancona<sup>1</sup>, C. Procacci<sup>2</sup>, C. Nappi<sup>3</sup>, M. Dovizio<sup>3</sup>, L. Degli Esposti<sup>3</sup>, A. Scelzi<sup>4</sup>, T. Dimatteo<sup>5</sup>  
 1. Direttrice Dipartimento Farmaceutico - ASL BAT  
 2. Dirigente Farmacista – Dipartimento Farmaceutico ASL BAT  
 3. Clicon s.r.l. società benefit- Health, Economics & Outcomes Research, Bologna  
 4. Direttore Sanitario – ASL BAT  
 5. Direttrice Generale –ASL BAT

**Introduzione**

Nel corso della 16esima edizione del Forum del Risk Management è stata presentata un'analisi delle evidenze di efficacia clinica dell'utilizzo in real-life dei dispositivi per il monitoraggio Flash del glucosio (FGM). Queste si basavano sull'analisi degli accessi in Pronto Soccorso per tutte le cause correlate al diabete e per ipoglicemia, sia per pazienti monitorati con le strisce reattive per il glucosio sia per quelli monitorati con FGM. Al diabete sono associate molte complicanze e comorbidità severe con conseguente impatto clinico, economico e sociale; basti considerare che i farmaci ipoglicemici pesano per circa il 25% sul totale (mentre i dispositivi in media per il 5%) e che la gran parte della spesa non è legata strettamente alla cura del diabete, ma alle sue complicanze. In questo lavoro si vogliono analizzare i costi sanitari diretti sia per pazienti monitorati con strisce reattive che con i dispositivi flash.

**Materiali e metodi**

I dati sono stati estrapolati dai database amministrativi contenenti le risorse rimborsate dal Sistema Sanitario Nazionale, dell'Azienda Sanitaria Locale della provincia di Barletta-Andria-Trani (ASL BAT). Durante il periodo di inclusione (01/2017-06/2019) sono stati identificati i pazienti con almeno una prescrizione per insuline MDI, e successivamente selezionati coloro con prescrizioni per FGM o  $\geq 1,100$  strisce/anno o  $< 1,100$  strisce/anno. La data-indice era il momento della prima prescrizione di FGM/strisce reattive. Dopo avere bilanciato i due gruppi (FGM vs strisce) attraverso il propensity-score-matching (PSM), è stata condotta un'analisi dei costi sanitari diretti totali in un anno di follow-up.

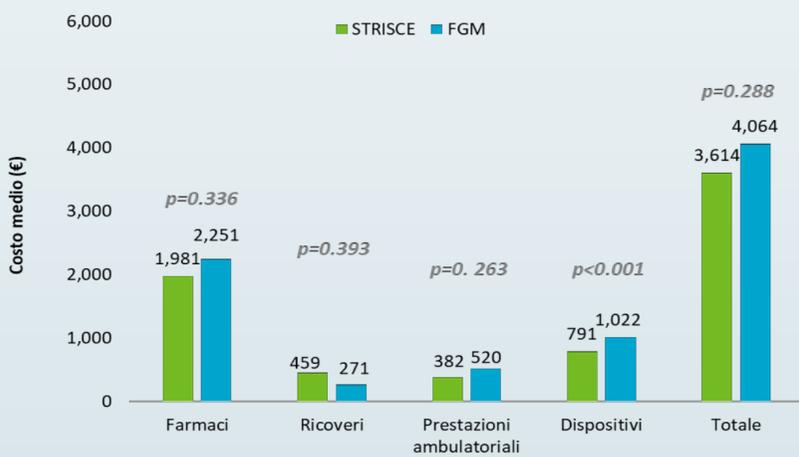


Figura 1. Analisi dei costi sanitari post-PSM nei pazienti diabetici in terapia insulinica MDI con automonitoraggio glicemico con strisce ( $\geq 1,100$ /anno) e con FGM. Pazienti inclusi nell'analisi: pazienti strisce (N=99); FGM (N=100).

**Risultati**

Nel periodo di inclusione, sono stati identificati 3.560 utilizzatori di strisce reattive, di cui 809 (22,7%) con  $\geq 1.100$ /anno, 2.751 (77,3%) con  $< 1.100$  strisce/anno e 101 con FGM. I costi medi annuali risultavano pari a €3.614 nella coorte  $\geq 1.100$  strisce e €4.064 nella coorte FGM ( $p=0.288$ ); in particolare, nelle due coorti, rispettivamente, il costo per i farmaci ammontava a €1.981 e €2.251 ( $p=0.336$ ) e quello per le prestazioni ambulatoriali era di €382 e €520 ( $p=0.263$ ). I costi relativi alle ospedalizzazioni risultavano tendenzialmente inferiori nei pazienti FGM rispetto a quelli con strisce (€459 vs €271,  $p=0.393$ ) e tale differenza sembrava compensare quella relativa al costo del dispositivo (1.022€ per FGM e 791€ per strisce,  $p<0.001$ ). Nella coorte  $< 1.100$  strisce e FGM, rispettivamente, il costo totale per paziente ammontava a €4.183 e €4.311 ( $p=0.877$ ), quello relativo ai farmaci a €2.402 e €2.251 ( $p=0.907$ ), e quello relativo alle prestazioni ambulatoriali a €364 e €672 ( $p=0.093$ ).

**Conclusioni**

Dalla presente analisi *real-life* è emerso come più del 70% di pazienti diabetici riceve prescrizioni di strisce reattive inferiori al raccomandato, suggerendo un monitoraggio non ottimale. I dati economici hanno evidenziato come il monitoraggio attraverso FGM potrebbe associarsi ad un risparmio dei costi diretti di gestione in quanto il costo del dispositivo potrebbe essere compensato da una minore spesa relativa alle ospedalizzazioni. Tali risultati devono essere interpretati considerando i limiti dell'analisi riferibili alla sua natura osservazionale, e alla ridotta disponibilità dei dati di mobilità passiva (relativa ai flussi del database farmaceutico, quello delle ospedalizzazioni e servizi specialistici) a partire dal 2019, che potrebbero aver condotto ad una sottostima dei costi.

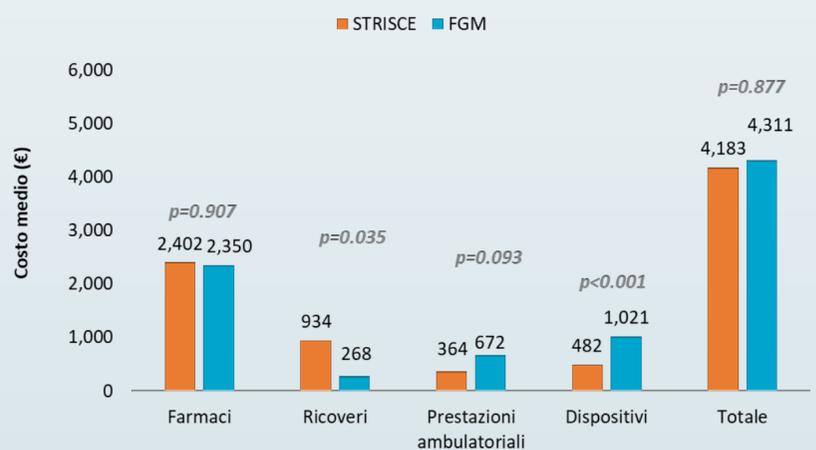


Figura 2. Analisi dei costi sanitari post-PSM nei pazienti diabetici in terapia insulinica MDI con automonitoraggio glicemico con strisce ( $< 1,100$ /anno) e con FGM. Pazienti inclusi nell'analisi: pazienti strisce (N=99); FGM (N=101)



**LA PARTNERSHIP PUBBLICO-PRIVATO NELL'EROGAZIONE DEI SERVIZI INTEGRATI SOCIOSANITARI**

Monitoraggio attività Officina delle Idee 2021



**AZIENDA SANITARIA LOCALE BARLETTA-ANDRIA-TRANI**  
Dr. Maurizio De Nuccio, Direttore AGREF  
Avv. Andrea Scarpellini Camilli, Dirigente Responsabile UOSVD SBL  
Dr.ssa Silvia Giacomardo, Collaboratore Data Protection Officer

**AUXILIUM SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE**  
Dr. Francesco Montingelli, Responsabile dell'Assistenza  
Domiciliare Integrata



**Abstract**

Nella pluralità dei servizi offerti dal SSN, hanno acquisito una crescente rilevanza i servizi integrati socio sanitari. In questo contesto, le partnership pubblico-privato per il raggiungimento degli obiettivi di salute, hanno registrato uno sviluppo anche a seguito dell'evoluzione di quel significato di salute che ricerca sempre più l'integrazione dell'assistenza sociale con quella sanitaria.

Creare una forma avanzata di partnership senza riflettere le separazioni artificiose tipiche delle organizzazioni, ma seguendo invece la natura dei bisogni ha rappresentato il percorso seguito dall'ASL BT per l'affidamento del servizio di erogazione delle cure palliative nelle fasi più avanzate della malattia.

L'Azienda Sanitaria ha avuto crescente interesse e scommesso molto sulla realizzazione dell'hospice. La stessa scelta di affidare in outsourcing l'attività ha mostrato lungimiranza verso l'affermazione dei modelli di partnership pubblico-privato che oggi mostrano importanti profili di efficacia circa le modalità attuative ed efficienza in relazione alla tenuta e coerenza del sistema stesso.

In aggiunta alle informazioni già contenute (circa il personale e le attività implementate) nel precedente poster: dal 10/2021 al 10/2022: 95 nuovi pazienti per un totale di 3925 giornate di assistenza; 15 espianti di cornee da parte dell'equipe dell'ASL BT.

**PUNTI DI FORZA**

**CAPACITA' DI SAPER LEGGERE E INTERPRETARE BISOGNI EMERGENTI IN UN TERRITORIO SEMPRE PIU' ATTENTO ALLA DIFFUSIONE DI TALE SERVIZIO.**

La diffusione della cosiddetta "medicina di prossimità" impone una riflessione su quelle esperienze che si discostano sempre di più dal modello ospedalocentrico e si orientano a modelli più afferenti e assimilabili al domicilio, dove la presenza di un "comfortable environment" e la presenza costante del care giver familiare rendono meno afflittivo il progresso della malattia. Ciò diventa tanto più significativo quando parliamo di malattie inguaribili ma non per questo incurabili.

**AUMENTATA MATURITA' DEL CITTADINO-UTENTE**

(sempre più attento a vedere riconosciuti i propri diritti e soddisfatti i propri bisogni, soprattutto in sanità). Indubbio constatare che parlando di pazienti di cosiddetta "area critica" la complessità nella definizione dell'approccio medico/terapeutico attraverso interventi mirati e specificatamente dedicati "ad personam".

**REALIZZAZIONE DI UNA RETE EFFICACE CON TUTTI GLI STAKEHOLDERS**

(medici di medicina generale, medici specialisti, ospedali, distretti sanitari etc.).

Tutti gli attori che partecipando al percorso di cura sono costantemente coinvolti nella gestione governo clinico.

**LA RIVOLUZIONE DEL PASSAGGIO «DALLA CURA AL PRENDERSI CURA» E' UN FATTO COMPIUTO.**

Bisogna procedere verso criteri di qualità ulteriori ed evolutivi rispetto al passato. L'hospice, al pari del domicilio, viene non solo rivalutato ma deve rappresentare un luogo privilegiato di cura. Dove l'utente, circondato dagli affetti familiari, è parte attiva del percorso di cura, condividendone modalità e gestione.

**FOTO**

Di seguito foto del nipote di un paziente che il giorno del suo matrimonio ha voluto salutare il nonno ricoverato



Foto di un paziente che, pochi giorni prima del suo decesso, e in occasione del suo compleanno ha chiesto di poter rivedere un'ultima volta il suo cane.



**UMANIZZAZIONE DELLE CURE**

Per umanizzazione delle cure, si deve intendere porre l'attenzione alla persona nella sua totalità. Quindi è essenziale accompagnare i pazienti e la famiglia lungo il percorso della malattia. Contribuendo così a creare una sanità moderna ed in evoluzione, in grado di sviluppare competenze che consentano di attuare una relazione di cura adeguata all'umanità sofferente.

Diventano pertanto attuate poche regole da rispettare, se si vuole creare quel clima di empatia necessario perché la comunicazione tra paziente e medico si orienti verso una giusta efficacia.

- Bisogna avere del tempo. A fronte di una "frenesia" giornaliera, bisogna dedicare tempo per sedersi accanto al letto dei pazienti, soprattutto se oncologici e ricoverati in hospice. Un tempo minimo perché il paziente possa percepire il nostro interesse nei suoi confronti. La lentezza, considerata un peccato mortale nel mondo in cui viviamo, diventa nelle cure palliative una sorprendente virtù.
- Bisogna imparare che curiamo la comunicazione non verbale: mimica del viso e postura sono fondamentali sia durante la visita che nell'esecuzione delle terapie;
- Rivalutare il concetto di silenzio, spesso un essenziale elemento di comunicazione. Può capitare, molte volte di stabilire rapporti di comunicazione nel silenzio più assoluto, soprattutto per pazienti che hanno vissuto in ambienti caotici e con un vociare disordinato. La compassione (cum patire) altro non è che condividere la malattia nel rispetto del silenzio altrui.
- E da ultimo, ma non per questo meno importante, bisogna rassicurare il paziente sul fatto che qualunque cosa succeda ci saranno persone disponibili ad aiutarlo e che esiste la possibilità di eliminare il dolore a qualsiasi livello di intensità e di controllare la maggior parte dei sintomi.



## *Job description* degli operatori sanitari in Medicina Necroscopica- dall'applicazione del P.O. Andria al P.O. Bisceglie

Paola PREZIOSA (1) - Anna Maria ARBORE (1) - Federico RUTA (2) - Tiziana DI MATTEO (3)- Alessandro SCELZI (4) - Pierangela NARDELLA (5)

1. Dirigente Medico Direzione Medica P.O. Bisceglie ASL BT- 2. Dirigente Professioni Infermieristiche ed Ostetriche ASL BT- 3. Direttrice Generale ASL BT  
4. Direttore Sanitario ASL BT - 5. Dirigente Responsabile U.O.S.V.D. Direzione Medica P.O. Bisceglie ASL BT



### Introduzione

Nell'ambito del governo tecnico dell'Ospedale, tra i principali compiti dei Dirigenti Medici della Direzione Medica di Presidio rientra la gestione dell'attività necroscopica che coinvolge diverse tipologie di Operatori Sanitari. Al fine di uniformare la gestione dell'evento morte, durante la fase pandemica, la Direzione Medica del P.O. Andria ha redatto un documento unitario "Job description in Medicina Necroscopica degli Operatori Sanitari" con l'obiettivo di individuare gli specifici compiti delle diverse figure sanitarie coinvolte, le tempistiche correttamente ottemperate ed il rispetto delle indicazioni fornite dai disposti dei vari DPCM sulla gestione salme. Sulla scorta dell'esperienza del P.O. Andria, tale procedura è stata applicata anche sul P.O. Bisceglie da maggio 2022, in cui è iniziata una rimodulazione no-Covid del Covid Hospital.

### Materiali e metodi

Tale procedura interna di Presidio, provvista di apposita modulistica e *flow chart* esplicative delle varie fattispecie che possono presentarsi in seguito all'evento morte in Unità Operativa oppure in Pronto Soccorso, è stata ben accettata dagli operatori di tutte le UU.OO. di degenza e tale condizione si evince da un questionario che è stato proposto agli stessi, in cui si evidenzia che l'86% degli Operatori ritiene tale procedura utile allo snellimento delle tempistiche, il 78% ritiene di aver acquisito elementi descrittivi dettagliati nelle mansioni del proprio ruolo in merito alla gestione dell'evento morte. Inoltre, da un'analisi effettuata sulla documentazione necroscopica si valuta un miglioramento della *performance* con una riduzione dell'indicatore di esito "riduzione del rischio di errore applicazione Regolamento Polizia Mortuaria" del 67% rispetto alla fase precedente all'introduzione della procedura interna.



### Conclusioni

Il seguente lavoro ha consentito non solo di migliorare la gestione dell'evento morte per il P.O. Andria, ma anche di avviare una fase preliminare di studio e valutazione della "compliance" applicativa degli specifici compiti relativi alla Medicina Necroscopica, ed i conseguenziali doveri/adempimenti, in capo a ciascun operatore coinvolto nel processo, nel P.O. Bisceglie. Tale osservazione verrà completata nel mese di maggio 2023, con la possibilità di modifica dello stesso documento, in base alle eventuali criticità riscontrate. La possibilità di avere quale procedura interna, da parte degli operatori, una *flow chart*, è caratterizzante l'azione pro attiva della Direzione Medica di Presidio, nel miglioramento degli indicatori di processo specifici oltre che declinare eventuali responsabilità legate al Piano Anticorruzione (rapporti con le ditte di onoranze funebri).

### Bibliografia

- DPR 285/90 Regolamento Polizia Mortuaria;
- L.R.n.34/2008;
- Regolamento Regione Puglia n.8 del 11 marzo 2015;
- Regolamento di Medicina Necroscopica ASL BAT;
- Circolare Ministero della Salute n.818 del 11 gennaio 2021 "Indicazioni emergenziali connesse ad epidemia Sars CoV2 riguardanti il settore funebre, cimiteriale e della cremazione"
- Medicina Necroscopica Ospedaliera. E.Mainenti, V.Fresa



## Il percorso nascita nel P.O. di Barletta: un anno d'esperienza ai tempi... del SARS-CoV2

Pietro Mario Lalli§, MD, Sara Sblano\*, MD PhD, \*Gianfranco Sfregola§, Obs, Giulio Paradiso, MSC\*, Mara Masullo\*, MD PhD, Alessandro Scelzi ^, MD, Tiziana Dimatteo^, GM

\*UOSVD Gestione Rischio Clinico, Qualità e Bed management, ASL BT, §UOC Ginecologia ed Ostetricia, P.O. Barletta, ^ Direzione Strategica ASL BT

### Introduzione

Recependo i contenuti del rapporto n. 2/2021 dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e le indicazioni previste nella Disposizione AOO0053837 del 14/05/2021 della Regione Puglia, che stabiliva l'obbligo per i Punti Nascita di prevedere la presenza in sala parto "dei papà" ovvero "di una persona a scelta della donna" -salvo motivate esigenze organizzative delle Direzioni Mediche, anche in considerazione dell'andamento epidemiologico dei contagi da SARS-CoV-2, il P.O. di Barletta si adoperava prontamente per predisporre un percorso nascita a tanto declinato.

### Materiali e metodi

Partendo dalle LG per la Gravidanza fisiologica ed avendo cura, altresì, di pianificare quadri di assistenza più complessi -in un'ottica di massima attenzione alla sicurezza dell'utenza e degli operatori sanitari durante l'assistenza- sono state predisposte due differenti modalità di accesso alla Sala Parto (Paziente ricoverata per parto imminente- setting A e Paziente ricoverata per parto non imminente- setting B). È stato assicurato un costante monitoraggio delle partorienti per garantire la presenza al momento della nascita, ove previsto dal percorso, della persona prescelta dalla partorientente.



### Risultati

Ad oggi, si sono espletati 58 parti secondo il setting A e 153 parti secondo il setting B.

Ad un anno dall'introduzione del nuovo percorso si può asserire che l'approccio così predisposto si è rivelato assolutamente favorevole sia sul piano assistenziale sia per la soddisfazione materna. La presenza di un volto "familiare" ha agevolato l'instaurazione di un rapporto sintonico tra gli operatori sanitari e le partorienti che si sono mostrate anche più inclini alle proposte ed ai consigli del personale Ostetrico. Secondo quanto emerso dalle interviste condotte con le neomamme in occasione delle visite di controllo successive al Parto, oltre alla soddisfazione espressa per le cure e le attenzioni ricevute, la presenza del familiare scelto ha migliorato la percezione ed il vissuto dell'evento nascita, rafforzando i rapporti affettivi tra i partner nonché di legame al neonato di entrambe le figure.

### Conclusioni

Il percorso predisposto presso il P.O. di Barletta si prefigge di tutelare le Gestanti nel perseguire il "diritto a un'esperienza di parto sicura e positiva", come raccomandato dall'OMS, salvaguardando il benessere fisico ed emotivo delle stesse - fondamentale ed imprescindibile per l'esperienza del Parto- in un'ottica di genitorialità, in sintonia con gli endorsement dell'ISS e delle Agenzie Internazionali. Allo stesso tempo, sono garantiti percorsi assistenziali in sicurezza per le gestanti, gli utenti e gli operatori sanitari.

### Bibliografia

"Gravidanza Fisiologica", SNLG-ISS, 2011  
WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018  
Public Health Agency Canada. Coronavirus disease (COVID-19) pregnancy, childbirth and caring for newborns: advice for mothers, 2020  
CDC. Considerations for Inpatient Obstetric Healthcare Settings, 2020  
Rapporto ISS COVID19 n. 2/2021  
Disp. Regione Puglia AOO0053837/2021 e s.m.



*Monitoraggio attività Officina delle Idee 2021*



**Posta pneumatica in AOU Careggi: cosa è successo nel 2022?**

Dr.ssa Patrizia Bordonaro – AOU Careggi – Unit Centro Prelievi – [bordonarop@aou-careggi.toscana.it](mailto:bordonarop@aou-careggi.toscana.it)  
 Ing. Paolo Campigli – AOU Careggi – UOc Sviluppo e Gestione Tecnologie Innovative [campigli@ou-careggi.toscana.it](mailto:campigli@ou-careggi.toscana.it)  
 Dr.ssa Alessandra Fanelli – AOU Careggi – SODc Laboratorio Generale - [fanellia@aou-careggi.toscana.it](mailto:fanellia@aou-careggi.toscana.it)  
 TSLB Stefano Salti – AOU Careggi – SODc Laboratorio Generale - [saltis@aou-careggi.toscana.it](mailto:saltis@aou-careggi.toscana.it)  
 Inf. Simone Conti – AOU Careggi – Unit Centro Prelievi – [contis@aou-careggi.toscana.it](mailto:contis@aou-careggi.toscana.it)

**Introduzione**

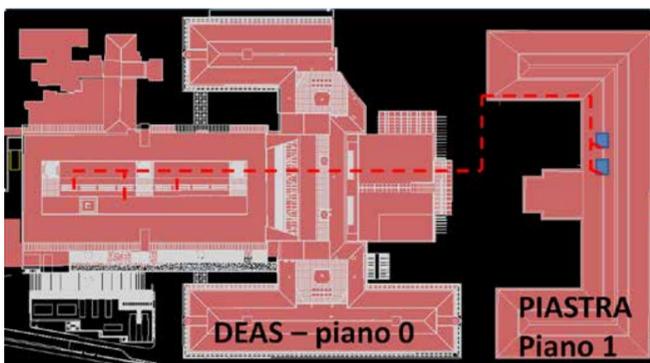
Presso il Laboratorio Generale di AOU Careggi vengono processati annualmente oltre 4,5 milioni di campioni. Il trasporto dal Centro Prelievi e dai reparti ospedalieri verso il Laboratorio avveniva principalmente attraverso sistemi manuali, con l'eccezione di alcuni reparti (fra cui il Pronto Soccorso) collegati attraverso un impianto di posta pneumatica tradizionale ("a bossolo" – contenitore terziario).



I due nuovi impianti, attivati fra il 2020 e 2021, consentono l'invio della singola provetta in tempi limitati e con la totale assenza di interventi manuali successivi all'invio: il campione transita direttamente nella catena preanalitica del laboratorio dove viene immediatamente processato.

Nel corso del 2022 sono state effettuate tre importanti implementazioni da un punto di vista della efficacia e della sicurezza del trattamento campioni.

**Dove eravamo arrivati**



Il progetto presentato nel 2018 da Roche per la realizzazione del nuovo Laboratorio Generale presso il padiglione "Piastra", al primo piano, comprendeva l'installazione di due impianti di posta pneumatica monotubo, composti rispettivamente da due postazioni «Tempus Vita» presso il Centro Prelievi (padiglione Piastra, piano terreno) e da sei postazioni dello stesso tipo presso il Pronto Soccorso (padiglione DEAS, piano 0 e piano -1).

L'arrivo delle linee è posizionato direttamente all'interno della catena del Laboratorio Generale, a livello di apparato preanalitico (le linee del Centro Prelievi afferiscono alla preanalitica "routine", le linee del Pronto Soccorso sono collegate alla preanalitica "urgenza").

Non c'è necessità di nessuna operazione manuale di caricamento dei campioni in linea, che può quindi operare anche in caso di temporanea assenza di tecnici.

Il secondo anno di funzionamento del sistema ha consentito di risolvere alcuni problemi di affidabilità dell'impianto idraulico e di mettere a regime l'intero impianto.



Postazione Tempus Vita

**Evoluzione 2022**

Un raffronto dei dati tecnici dell'impianto completato mostra come la posta pneumatica monoprovetta di AOU Careggi sia attualmente la rete più estesa in Italia per questo tipo di sistemi:

1. AOU Careggi (FI): 8 postazioni, 2855 metri (lung. complessiva linee)
2. Osp. C.S.Sofferenza (FG): 2 postazioni, 565 metri
3. Osp. Di Venere (BA): 1 postazione, 180 metri

Nel corso del 2022 sono da segnalare:

1. La sostituzione di una postazione Tempus Vita con una **Tempus Necto**. La postazione Necto è di tipo "bulk", che consente il caricamento massivo di provette (fino a 600) e l'invio progressivo alla massima capacità consentita dalle linee disponibili, automatizzando altresì la fase di lettura barcode;
2. L'adozione presso tutte le postazioni di un sistema di chiamata web per l'assistenza tecnica, sul modello "interfono" molto semplice ed efficace;
3. Il completamento del sistema di tracciabilità delle provette che consente di individuare in tempo reale la posizione ed il tempo di trasmissione di ogni singolo campione.



Postazione Tempus Necto

**Conclusioni**

Il sistema di posta pneumatica EOS di AOU Careggi è entrato nel periodo di esercizio definitivo e sta dimostrandosi molto efficace nell'ambito dell'automazione complessiva di laboratorio.

Un potenziamento ulteriore sarà rappresentato dal raddoppio della linea di trasmissione a servizio del Tempus Necto, in modo da sfruttare al meglio le capacità dello strumento.

**Partnership**

Gli impianti installati sono prodotti dall'impresa Sarstedt ApS (DK) ([sarstedt.com](http://sarstedt.com)) e distribuiti in Italia da EOS srl ([eosbio.com](http://eosbio.com)). L'assistenza e manutenzione sono forniti da Menarini Diagnostics srl ([menarindiagnosics.it](http://menarindiagnosics.it)) nell'ambito del contratto Corelab fra Estar e Roche Diagnostics SpA ([roche.it](http://roche.it))

