



Raccolta delle esperienze realizzate nelle strutture sanitarie della Regione Emilia-Romagna che hanno partecipato alla *Call for Good practices 2024* di Agenas

SEMINARIO REGIONALE

Improving diagnosis for patient safety

Migliorare la diagnosi assistenziale: la nuova frontiera della sicurezza del paziente

13 settembre 2024, Bologna

SETTORE INNOVAZIONE NEI SERVIZI SANITARI E SOCIALI
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

RACCOLTA DELLE ESPERIENZE REALIZZATE PRESSO LE ORGANIZZAZIONI SANITARIE DELLA REGIONE EMILIA- ROMAGNA IN TEMA DI SICUREZZA DELLE CURE

Call for Good practices 2024 di Agenas

SEMINARIO REGIONALE

13 settembre 2024

La tematica scelta dalla World Health Organization (WHO) per celebrare la sesta Giornata mondiale della sicurezza dei pazienti del 17 settembre 2024 è relativa al miglioramento dei processi diagnostici per garantire la sicurezza dei pazienti (*"Improving diagnosis for patient safety"*).

Con lo slogan di quest'anno *"Get it right, make it safe"* ("Fai la cosa giusta e rendila sicura!") l'OMS richiama ad uno sforzo per ridurre in modo significativo gli errori diagnostici attraverso interventi radicati nei processi, nei fattori umani e nel coinvolgimento attivo dei pazienti, delle loro famiglie, degli operatori sanitari e dei leader sanitari.

L'OMS distingue due fattori principali che influenzano la sicurezza diagnostica: i fattori sistemici (ad esempio, la scarsa comunicazione tra il personale sanitario o tra il personale sanitario e i pazienti; l'inefficace lavoro di squadra) e i fattori cognitivi (ad esempio, l'inadeguata formazione e l'inesperienza del personale specializzato).

L'Organizzazione Mondiale Sanità ha individuato 4 strategie per il miglioramento dei processi diagnostici:

1. Aumentare la consapevolezza globale degli errori nella diagnosi che contribuiscono al danno del paziente e sottolineare il ruolo fondamentale di una diagnosi corretta, tempestiva e sicura nel migliorare la sicurezza del paziente.
2. Dare risalto alla sicurezza diagnostica nelle politiche per la sicurezza dei pazienti e nella pratica clinica a tutti i livelli dell'assistenza sanitaria, in linea con il *"Global Patient Safety Action Plan 2021–2030"*.
3. Promuovere la collaborazione tra i responsabili politici, i leader dell'assistenza sanitaria, gli operatori sanitari, le organizzazioni dei pazienti e altre parti interessate nel promuovere una diagnosi corretta, tempestiva e sicura.
4. Consentire ai pazienti e alle famiglie di impegnarsi attivamente con gli operatori sanitari e i leader dell'assistenza sanitaria per migliorare i processi diagnostici.

Nell'ambito del Seminario regionale che si svolgerà il 13 settembre 2024 a Bologna, organizzato dal Settore Innovazione nei Servizi Sanitari e Sociali della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna, verranno proposte alcune esperienze aziendali presentate alla *Call for Good practices 2024 di Agenas* su questa tematica, selezionate secondo criteri metodologici e per la loro rilevanza per la sicurezza dei pazienti.

Con questo documento sono invece state raccolte tutte le esperienze presentate alla *Call for Good practices 2024* e validate dal Centro regionale per la gestione del rischio e la sicurezza delle cure.

Maurizia Rolli
Responsabile
Settore Innovazione Servizi Sanitari e Sociali

Sommario

AREA VASTA NORD	6
SCREENING PER L'INDIVIDUAZIONE DI SOGGETTI COLONIZZATI DA "CANDIDA AURIS" (AUSL DI PIACENZA)	6
DATI MICROBIOLOGICI ATTRAVERSO L'ANALISI DEGLI ANTIBIOGRAMMI (CASA DI CURA PIACENZA)	7
ANALISI FMEA-FMECA DELL'ISTITUZIONE DEL PROCESSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO NEI CAU DELLA PROVINCIA DI PARMA (AUSL DI PARMA).....	8
IL PDTA COME STRUMENTO DI OTTIMIZZAZIONE E INNOVAZIONE DEL PERCORSO DIAGNOSTICO. LA COMPETENZA RADIOFARMACEUTICA AL SERVIZIO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO (AOU DI PARMA)	10
SICUREZZA E ACCREDITAMENTO DI PROCESSO PRESSO LA SSD IMMUNOGENETICA DEI TRAPIANTI (AOU DI PARMA). 11	
IMPLEMENTAZIONE DI STRUMENTAZIONE PORTATILE PALMARE PER L'ESECUZIONE DI EMOGASANALISI IN PAZIENTI DOMICILIARI (AUSL DI REGGIO EMILIA).....	12
L'AMBULATORIO "AFFIDO RESPIRATORIO" DELLA UOC PNEUMOLOGIA DELL'OSPEDALE DI MIRANDOLA (AUSL DI MODENA).....	13
ALGORITMO DIAGNOSTICO DELLA RICERCA ANTICORPALE NEL PDTA DELLA SCLEROSI SISTEMICA (AUSL DI MODENA).....	15
AGOBIOPSIA OSSEA TC-GUIDATA PRESSO LA U.O.C. RADIOLOGIA DELL'OSPEDALE DI MIRANDOLA (AUSL MODENA).....	16
PERCORSO AZIENDALE PER LA VALUTAZIONE E PRESA IN CARICO DELLA DISFAGIA IN OSPEDALE E SUL TERRITORIO NEL PAZIENTE ADULTO (AUSL DI MODENA)	17
GOVERNO E UTILIZZO DEI POCT IN RELAZIONE ALLA DIMINUZIONE DEL RISCHIO CLINICO-DIAGNOSTICO E IN FAVORE DELLA SICUREZZA DEL PAZIENTE (AUSL DI MODENA)	19
LA TELEMEDICINA COME STRUMENTO DI IMPLEMENTAZIONE DEI PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI DELLE PATOLOGIE CRONICHE: IL TELE-PDPTA DEL PERCORSO DIABETE (AUSL DI MODENA).....	20
REFERTO DIAGNOSTICO INTEGRATO DELLE NEOPLASIE EMATOLOGICHE: UN PERCORSO DIAGNOSTICO GUIDATO DAL MORFOLOGO NELL'AMBITO DELLE NEOPLASIE MIELOIDI (AOU DI MODENA)	22
ANTIBIOGRAMMA RAPIDO DA EMOCOLTURE POSITIVE (AOU DI MODENA).....	23
UTILIZZO DEL SOFTWARE DI INTELLIGENZA ARTIFICIALE "GLEAMER" COME SUPPORTO ALLA REFERTAZIONE DEGLI ESAMI RADIOLOGICI DI PRONTO SOCCORSO, ALLO SCOPO DI RIDURRE L'ERRORE DIAGNOSTICO E GARANTIRE LA CORRETTA GESTIONE DEI PAZIENTI (NUOVO OSPEDALE DI SASSUOLO).....	24
AREA VASTA CENTRO	25
ESAME ESTEMPORANEA IN SALA OPERATORIA: IL RUOLO DEL PATHOLOGIST'S ASSISTANT (AUSL DI BOLOGNA).....	25
OTTIMIZZAZIONE DELLA QUANTITÀ DI MDC IN DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (AUSL DI BOLOGNA).....	26
IL RUOLO CENTRALE DELLA MEDICINA DI LABORATORIO NELLO SVILUPPO DI UN NUOVO PERCORSO ROTEM® PER RIDURRE IL RISCHIO CLINICO NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE EMORRAGICO (AUSL DI BOLOGNA)	27
UTILIZZO DELLE NUOVE TECNOLOGIE NON INVASIVE NELL'ACCURATEZZA DIAGNOSTICA DEL MELANOMA (IRCCS AOU DI BOLOGNA).....	28
"PET/CT TOTAL-BODY": EFFICACIA E ACCURATEZZA DIAGNOSTICA (IRCCS AOU DI BOLOGNA)	30
DIAGNOSTICA TRAMITE TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) SPETTRALE (IRCCS AOU DI BOLOGNA)	31
L'INFERMIERE CARE MANAGER DEL PROGRAMMA RESPIRATORIO: UNA SFIDA IN EVOLUZIONE (AUSL DI IMOLA)	32

IDENTIFICAZIONE DEI RISCHI IN AREA RADIOLOGICA E CREAZIONE DI UNO STRUMENTO DI CONTROLLO PER AMMINISTRATORI DI SISTEMA RIS PACS (AOU DI FERRARA)	33
AUSL DELLA ROMAGNA.....	34
PROGETTO PILOTA DIGITAL WOUND IMAGING PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE AFFETTO DA LESIONI CUTANEE NELLA CONTINUITÀ OSPEDALE-TERRITORIO	34
PROGETTO PILOTA: OSSERVAZIONI DIRETTE DEL PROCESSO DI IDENTIFICAZIONE DELL'UTENTE AFFERENTE AI SERVIZI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI DELL'AUSL DELLA ROMAGNA/IRST MILDOLA (AUSL ROMAGNA E IRST MILDOLA) ..	35
TELEMEDICINA DIAGNOSTICA EEG A DOMICILIO PER PAZIENTI FRAGILI CON NECESSITÀ SPECIALI NEUROLOGICHE	36
SCREENING NUTRIZIONALE: PERCORSO INTEGRATO FRA L'UNITÀ OPERATIVA DI ONCOLOGIA E IL SERVIZIO DI DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA OSPEDALIERA PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO MALNUTRITO O A RISCHIO DI SVILUPPARE MALNUTRIZIONE.....	37
PRESTAZIONI DI RADIOLOGIA TERRITORIALE/DOMICILIARE IN PAZIENTI FRAGILI	38

Area Vasta Nord

AZIENDA/STRUTTURA: AUSL di Piacenza	
TITOLO ESPERIENZA: Screening per l'individuazione di soggetti colonizzati da "Candida Auris"	
Referenti esperienza Giuseppe Arcari - g.arcari@ausl.pc.it	
Strategie/obiettivi OMS 1. Aumentare la consapevolezza globale degli errori nella diagnosi che contribuiscono al danno del paziente e sottolineare il ruolo fondamentale di una diagnosi corretta, tempestiva e sicura nel migliorare la sicurezza del paziente.	
Ambito	
Ospedaliero	<input checked="" type="checkbox"/>
Territoriale	<input type="checkbox"/>
Ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract Candida Auris (C. Auris) rappresenta una seria minaccia per la sanità pubblica in quanto è spesso resistente a più farmaci antimicotici tra quelli utilizzati. C. Auris può essere trasmessa attraverso il contatto con superfici e/o dispositivi medici contaminati o il contatto tra persone colonizzate o infette. In Italia il primo caso di infezione invasiva è stato identificato nel 2019, e dall'ultimo aggiornamento del Ministero risultano successivamente notificati circa 400 casi. Si sta rappresentando un crescente rischio di trasmissione intraospedaliera soprattutto in caso di colonizzazione simultanea multipla. Pertanto, in AUSL Piacenza, si è deciso di adottare un programma di sorveglianza attiva che permetta la tempestiva identificazione dei soggetti infetti/colonizzati. Il protocollo operativo adottato fornisce un modello organizzativo e delle indicazioni pratiche per la sorveglianza e il controllo della trasmissione di C. Auris. Gli interventi mirano principalmente a interrompere la catena di trasmissione del microrganismo in questione, tramite test di screening per individuare precocemente i soggetti colonizzati (per alcuni reparti da effettuarsi già al momento del ricovero) e relativo follow up. Le indicazioni allo screening e alla sorveglianza sono modulate sulla base delle caratteristiche del reparto e del paziente. Partendo in primo luogo da un'accurata anamnesi si rende necessario valutare con attenzione alcuni aspetti: eventuali pregresse positività, presenza di link epidemiologico (esempio: pazienti provenienti da strutture di ricovero e riabilitazione situate nelle aree maggiormente interessate e pazienti contatti di casi accertati) nonché condizioni di particolare suscettibilità del paziente (esempio: fattori di rischio quali l'esposizione a dispositivi medici, interventi chirurgici, trattamento con antibiotici ad ampio spettro, ricovero in unità di terapia intensiva e condizioni di immunosoppressione). Nel modello organizzativo sono coinvolti tutti coloro che programmano ed eseguono test di screening e attuano le misure di isolamento, anche preventivo. Il documento inoltre fornisce indicazioni pratiche relative alla decontaminazione ambientale, alla corretta modalità di esecuzione dei tamponi e alle precauzioni da adottare per gli operatori sanitari. La predisposizione del programma di sorveglianza ha coinvolto già nella fase di progettazione tutti gli operatori sanitari direttamente interessati; questa condivisione ab initio ha facilitato l'accettazione dell'onere organizzativo correlato alla necessità delle misure di isolamento che vanno adottate preventivamente fino alla conferma della negatività e da mantenere in caso di positività fino a dimissione/trasferimento del paziente. Il modello di sorveglianza descritto prevede una fase di sperimentazione, della durata di 2 mesi, che consentirà di valutare alcuni aspetti critici oggetto di discussione in fase di progettazione.	

AZIENDA/STRUTTURA: Casa di Cura Piacenza	
TITOLO ESPERIENZA: Dati microbiologici attraverso l'analisi degli Antibiogrammi	
Referenti esperienza Cecilia Cucchetti, Loubadi Nawal, Barbarino Katia - cecilia.cucchetti@casadicura.pc.it -	
Strategie/obiettivi OMS 1. Aumentare la consapevolezza globale degli errori nella diagnosi che contribuiscono al danno del paziente e sottolineare il ruolo fondamentale di una diagnosi corretta, tempestiva e sicura nel migliorare la sicurezza del paziente.	
Ambito	
Ospedaliero	<input checked="" type="checkbox"/>
Territoriale	<input type="checkbox"/>
Ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract <i>Raccolta e analisi dei dati reperiti da: portale Galileo e Cartelle Cliniche. Focalizzazione su microrganismi riscontrati, farmacoresistenze e antibiotici somministrati. Implementazione degli interventi di Prevenzione e Formazione.</i> È stata eseguita una implementazione della raccolta dati e degli interventi. Riunione con i Coordinatori e i Referenti delle varie Aree. Riunioni mensili con il Gruppo Operativo: GO ICA -AUSL Piacenza (confronto dati, Linee Guida e Procedure Ospedaliere). Programmazione e formazione del personale entro fine 2024 Analisi del consumo dei guanti, alcool rosa, gel alcolico (dal consumo emerge l'utilizzo costante del materiale/prodotti). Implementazione delle procedure di pulizia e sanificazione nei reparti di degenza e Comparto Operatorio, Sorveglianza tramite tamponi sulle superfici	

AZIENDA/STRUTTURA: AUSL di Parma	
TITOLO ESPERIENZA: Analisi Fmea-Fmeca dell'istituzione del processo diagnostico-terapeutico nei Cau della provincia di Parma	
Referenti esperienza Annalisa Badaracco, Francesca Spagnoli, Bruna Giordano - anbadaracco@ausl.pr.it	
Strategie/obiettivi OMS 1. Aumentare la consapevolezza globale degli errori nella diagnosi che contribuiscono al danno del paziente e sottolineare il ruolo fondamentale di una diagnosi corretta, tempestiva e sicura nel migliorare la sicurezza del paziente.	
Ambito	
Ospedaliero	<input type="checkbox"/>
Territoriale	<input checked="" type="checkbox"/>
Ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract	
<p>Alla luce dell'istituzione dei Centri di Assistenza per l'Urgenza (CAU) in Emilia-Romagna (DGR 1206/23), nell'ambito del Master di II livello in Governance del Rischio Clinico e Promozione della Sicurezza delle Cure dell'Università di Parma, Anno Accademico 2022-2023, è stata realizzata un'analisi dettagliata dei rischi correlati all'organizzazione di queste nuove strutture dedicate all'urgenza di bassa complessità ed alla gestione dei pazienti nella Provincia di Parma.</p> <p>Per approfondire la tematica si è utilizzato un tipo di analisi previsionale FMEA/FMECA avente lo scopo di migliorare la sicurezza sanitaria, attraverso l'individuazione, dopo la costituzione di un team di lavoro multidisciplinare ed interaziendale, delle criticità legate al percorso, tramite il calcolo dell'Indice di Priorità di Rischio (IPR). Si è delineato un piano di prevenzione dei potenziali rischi con il proposito di incrementare l'efficacia e l'efficienza dell'organizzazione dei CAU, rafforzando il controllo delle potenziali cause di errore a tutela dei principi di Sicurezza delle Cure al fine di evitare, o quantomeno minimizzare, l'errore diagnostico terapeutico.</p> <p>Nel valutare, nel complessivo contesto delle attività svolte presso i CAU le fasi di organizzazione, accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente si sono evidenziate, mediante la tecnica FMECA, le attività di maggior rischio potenziale, identificate con IPR maggiore, inquadrabili rispettivamente in: tipologia degli accessi al CAU; utilizzo di una check list d'ingresso (spot check), per individuazione precoce di patologie tempo-dipendenti; inquadramento clinico e modalità di dimissione del paziente. Riguardo gli aspetti inerenti alle tecnologie biomediche, le quali rivestono un ruolo strategico per l'esecuzione dell'attività assistenziale dei pazienti, sono state individuate due fasi inerenti all'installazione e gestione delle tecnologie biomediche e la telerefertazione. Dall'analisi delle suddette fasi, l'aspetto legato all'installazione dei dispositivi nell'ambito dei CAU, l'attività legata alla comunicazione dell'avvenuta ricezione e l'effettuazione della refertazione da parte del medico della struttura ospedaliera ricevente sono risultate essere le fasi con il più elevato indice IPR.</p> <p>La preliminare mappatura di tali fattori rischio e il contestuale rilievo delle loro potenziali gravità hanno rivestito un ruolo ideale per incrementare la conoscenza del processo sanitario nel suo insieme e per ridurre sensibilmente i livelli di rischio procedurali.</p> <p>Sono state prospettate, considerando l'elevato indice IPR, possibili misure correttive identificate nella necessità di un'adeguata e preliminare formazione dei Professionisti e nella corretta e completa formalizzazione di procedure e istruzioni appositamente dedicate. Per quanto attiene le apparecchiature elettromedicali, le azioni migliorative individuate sono risultate essere raggruppabili principalmente in attività informative/formative, presenza di tecnologie dotate di particolari requisiti al fine di allertare l'operatore in caso di anomalia o malfunzionamento e miglioramenti relativi all'organizzazione.</p>	

Proprio l'elaborazione di direttive e procedure per regolamentare le attività svolte dal Personale Sanitario, insieme alla redazione di Linee Guida per la rilevazione uniforme degli errori nelle Strutture Sanitarie, associate alla promozione di eventi formativi, per diffondere la cultura della prevenzione degli errori e promuovere la segnalazione spontanea degli eventi avversi, rimangono gli strumenti maggiormente efficaci, per comprendere l'origine delle criticità del Sistema ed eventualmente modificarne i processi. La metodica FMEA/FMECA ha permesso di ricercare gli errori latenti, potenzialmente presenti nel processo, in un complesso organizzativo sinora solo parzialmente "esplorato" nelle sue dinamiche, dove l'esperienza del personale, in parte ancora da formare, può diventare elemento operativo in grado di rendere più difficile e complicata la gestione degli eventi indesiderati.

AZIENDA/STRUTTURA: Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	
TITOLO ESPERIENZA: Il PDTA come strumento di ottimizzazione e innovazione del percorso diagnostico. La competenza radiofarmaceutica al servizio del paziente oncologico	
Referenti esperienza Livia Ruffini, Silvia Migliari, Chiara Lazzara, Maura Scarlattei - lruffini@ao.pr.it	
Strategie/obiettivi OMS 1. Aumentare la consapevolezza globale degli errori nella diagnosi che contribuiscono al danno del paziente e sottolineare il ruolo fondamentale di una diagnosi corretta, tempestiva e sicura nel migliorare la sicurezza del paziente.	
Ambito	
Ospedaliero	<input checked="" type="checkbox"/>
Territoriale	<input type="checkbox"/>
Ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract Nel contesto di una medicina personalizzata, il settore Diagnostico è sempre più in espansione con l'obiettivo di fornire ai pazienti diagnosi tempestive e trattamenti di precisione. La Struttura Complessa (SC) Medicina Nucleare dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (AOU) si impegna quotidianamente nella produzione di radiotraccianti, con numeri in crescita per l'attività di diagnostica SPECT e PET (3900 produzioni totali/anno), soprattutto nell'ambito del monitoraggio dei trattamenti. L'integrazione quotidiana della SC Medicina Nucleare nei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA), avviati negli anni all'interno della AOU di Parma, è diventata fulcro dell'organizzazione delle attività di produzione radiofarmaceutica e della pianificazione delle prestazioni erogate. Il numero di prestazioni erogate dipende dal numero di preparazioni radiofarmaceutiche effettuate e dalla capacità di ottimizzare la quantità di radiofarmaco prodotto rispetto al numero di pazienti da trattare. Il continuo sviluppo di radiofarmaci a bersaglio ("target") specifico ha ampliato l'accessibilità alle prestazioni di Medicina Nucleare a nuovi pazienti in setting di patologia diversi. Fulcro del PDTA è il Gruppo Multidisciplinare che si riunisce periodicamente per discutere e condividere le modalità di "presa in carico" (diagnostica, terapeutica, assistenziale) dei pazienti che afferiscono al percorso. La partecipazione dei professionisti del reparto di Medicina Nucleare ai PDTA consente di razionalizzare e ottimizzare l'utilizzo delle risorse (ad esempio evitando la ridondanza di procedure diagnostiche), di ridurre la variabilità di trattamento omogenizzando i processi di cura e di assicurare equità di accesso alle diagnostiche complesse. Il PDTA diventa così uno strumento di "governance" che consente di rispondere rapidamente ai cambiamenti e bisogni del territorio mettendo a punto piattaforme di imaging di precisione specifiche per patologia, garantendo allo stesso tempo la tempestiva implementazione dell'innovazione crescente in questo settore.	

AZIENDA/STRUTTURA: Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	
TITOLO ESPERIENZA: Sicurezza e Accreditamento di processo presso la SSD Immunogenetica dei Trapianti	
Referenti esperienza Giovanni Rombolà – Stefania Bardini – Berni Pamela - immunogenetica@ao.pr.it	
Strategie/obiettivi OMS 1. Aumentare la consapevolezza globale degli errori nella diagnosi che contribuiscono al danno del paziente e sottolineare il ruolo fondamentale di una diagnosi corretta, tempestiva e sicura nel migliorare la sicurezza del paziente.	
Ambito	
Ospedaliero	<input checked="" type="checkbox"/>
Territoriale	<input type="checkbox"/>
Ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract I principi della gestione del rischio (risk management) nella pratica del laboratorio clinico sono alla base dei sistemi di gestione della qualità, che si sono dimostrati efficaci nel promuovere la sicurezza del paziente. L'attività del laboratorio clinico nel corso degli ultimi decenni si svolge in un contesto necessariamente "globale": i laboratori non possono più lavorare in maniera isolata, senza confrontarsi con la realtà sanitaria nazionale ed internazionale. Per questo le innovazioni più importanti a livello della sicurezza dei risultati prodotti dal Laboratorio sono stati l'introduzione di nuovi strumenti di controllo analitico e l'adesione al processo di accreditamento con standard internazionali. Il programma di accreditamento EFI, di cui la (SSD) di Immunogenetica dei Trapianti è membro accreditato, garantisce uno standard riconosciuto a livello internazionale per i laboratori che forniscono servizi di testing di istocompatibilità e immunogenetica (H&I), per il supporto al trapianto di organi solidi, di cellule staminali emopoietiche, trasfusioni di sangue, diagnosi di malattie e reazioni di ipersensibilità ai farmaci. La Struttura Semplice Dipartimentale (SSD) di Immunogenetica dei Trapianti si impegna per garantire la sicurezza del percorso ovvero dalla richiesta dell'esame alla risposta fino al conseguente intervento medico ("Total Testing Process" – TTP). L'identificazione delle opportunità di miglioramento nei laboratori clinici includono tutte le attività del Total Testing Process (TTP) mediante l'applicazione di metodologie di analisi, proattive e reattive, non solo dei processi, ma soprattutto dei rischi legati alla sicurezza del paziente. Il TTP prevede la suddivisione del processo in 3 fasi: pre-analitica, analitica e post-analitica. La verifica dell'effettivo rischio di errore nelle diverse fasi del processo analitico (risk assesment) permette la definizione di un "piano di controllo" che integra i diversi modi di verifica della qualità in forma specifica, monitorata e costantemente rivalutata e "su misura". In rispondenza ai requisiti EFI, ovvero dal confronto annuale monitorato dal 2015 degli indicatori di esito di sicurezza e qualità, per le tre macroaree di accettazione campione, tempi di erogazione della risposta e numero di test ripetuti sono stati mantenuti gli esiti negli standard previsti, nonostante il forte aumento delle prestazioni erogate. Le iniziative di miglioramento della qualità, che rispettano criteri di sistematicità e organizzazione, sono elementi fondamentali per garantire un sistema di gestione della qualità efficace e "outcome" sostenibili.	

AZIENDA/STRUTTURA: AUSL di Reggio Emilia	
TITOLO ESPERIENZA: Implementazione di strumentazione portatile palmare per l'esecuzione di emogasanalisi in pazienti domiciliari	
Referenti esperienza Rossana Colla - rossana.colla@ausl.re.it	
Strategie/obiettivi OMS 1. Aumentare la consapevolezza globale degli errori nella diagnosi che contribuiscono al danno del paziente e sottolineare il ruolo fondamentale di una diagnosi corretta, tempestiva e sicura nel migliorare la sicurezza del paziente.	
Ambito	
Ospedaliero	<input type="checkbox"/>
Territoriale	<input checked="" type="checkbox"/>
Ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract L'emogasanalisi è un esame molto delicato. I valori che si ottengono dalla sua analisi possono essere alterati da molte variabili, tra cui trasporti verso il laboratorio non sufficientemente rapidi o temperature di trasporto non adeguate. Oltre a ciò, le cellule del sangue sono vive e continuano ad esserlo anche dopo il prelievo, consumando ossigeno e generando anidride carbonica, sostanze che vanno ad alterare la concentrazione dei gas presenti nel prelievo stesso. Riassumendo quindi, più tempo passa tra il prelievo e l'analisi, meno i risultati dell'analisi sono "veri". Per questo le raccomandazioni prevedono di analizzare il campione appena prelevato o comunque, con una corretta conservazione a freddo, entro un tempo massimo di 30 min. Per tutte le emogasanalisi effettuate al domicilio dei pazienti, la gestione era particolarmente complessa: l'infermiere una volta eseguito il prelievo doveva portare nel più breve tempo possibile la siringa in ospedale perché venisse analizzata, per cercare di ottenere dei risultati attendibili (e gli sforzi spesso non risultavano efficaci). Per facilitare questa attività, migliorare la qualità dei risultati e della gestione, si è deciso di fornire agli infermieri degli strumenti portatili palmari con cui poter analizzare l'emogas direttamente a casa del paziente. Con questo strumento, di facile trasporto e utilizzo, l'infermiere, una volta effettuato il prelievo, analizza il campione immediatamente a domicilio ed ottiene il risultato in tempo reale. Questo fa sì che tutte le alterazioni che possono derivare dal trasporto e da una temperatura di conservazione non corretta vengano eliminate e anche l'infermiere riesce a gestire meglio gli appuntamenti domiciliari perché non deve più consegnare al laboratorio il prelievo da far analizzare. Al paziente viene dato un risultato che ha una qualità molto più alta e questo migliora la gestione dell'eventuale terapia successiva.	

AZIENDA/STRUTTURA: AUSL di Modena	
TITOLO ESPERIENZA: L'ambulatorio "Affido Respiratorio" della U.O.C. Pneumologia dell'Ospedale di Mirandola	
Referenti esperienza Alessandro Andreani, Laura Colletti - a.andreani@ausl.mo.it	
Strategie/obiettivi OMS 1. Aumentare la consapevolezza globale degli errori nella diagnosi che contribuiscono al danno del paziente e sottolineare il ruolo fondamentale di una diagnosi corretta, tempestiva e sicura nel migliorare la sicurezza del paziente.	
Ambito	
Ospedaliero	<input type="checkbox"/>
Territoriale	<input type="checkbox"/>
Ospedale-territorio	<input checked="" type="checkbox"/>
Abstract L'U.O.C. Pneumologia dell'Ospedale di Mirandola, unica nell'Azienda USL di Modena, si è sempre distinta per mantenere un rapporto diretto e costante con il territorio. Da sempre, infatti, ai medici di medicina generale (MMG) è garantito un contatto telefonico diretto con il Reparto per consulti o per richiesta di valutazioni pneumologiche più o meno urgenti. A far tempo dal 2023, tale modalità di consultazione è stata ulteriormente strutturata mediante attivazione di un ambulatorio dedicato (denominato "Affido Respiratorio") che consente la valutazione pneumologica dei pazienti inviati dai MMG dei distretti di Mirandola e Carpi e la loro presa in carico (affido). Nell'ambulatorio, aperto dal lunedì al venerdì in orari definiti (8.30-15.30), operano un medico Pneumologo e un infermiere; dal punto di vista strumentale, sono disponibili ecografo, emogasanalizzatore, spirometro (senza pletismografo), materiale per prelievi ematici, cateteri venosi, occorrente per esecuzione di toracentesi e farmaci per terapia infusiva. Il MMG, se il caso clinico soddisfa le seguenti concordate condizioni: riacutizzazione di asma bronchiale/broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) o polmonite acquisita in comunità (CAP) non responsiva ad un primo trattamento impostato dal MMG; sospetta neoplasia polmonare (sulla base di una radiografia del torace già effettuata); versamento pleurico; emoftoe; sospetta tubercolosi, può contattare direttamente lo Pneumologo attraverso un numero telefonico dedicato negli orari di apertura del servizio. Sono stati altresì concordati con i MMG alcuni criteri che, al contrario, escludono l'invio in Affido Respiratorio quali quadri potenzialmente molto gravi (grave insufficienza respiratoria acuta, scompenso cardiaco acuto, franca emottisi), quadri non di pertinenza pneumologica (es. sospetta cardiopatia ischemica acuta, sospetto ictus ischemico, etc.) ovvero situazioni che richiedono un trattamento in emergenza o valutazione da parte di altri Specialisti. È stato infatti sottolineato come l'ambulatorio Affido Respiratorio non rappresenti né un P.S. né, tantomeno, un percorso finalizzato ad anticipare prestazioni ordinarie (situazione in ogni caso intercettata e, di conseguenza, evitata mediante preliminare e necessario confronto telefonico tra MMG e Pneumologo prima dell'invio del paziente). All'esito del preliminare e necessario confronto tra MMG e Pneumologo possono configurarsi, in base all'acuzie del quadro clinico descritto, tre scenari: - trattamento domiciliare del paziente concordato con lo Pneumologo; - invio presso l'ambulatorio Affido Respiratorio con impegnativa con urgenza U per accertamenti (appuntamento fornito entro 24-72h); - invio in P.S. per risoluzione di problematiche acute (prevalentemente di natura pneumologica a carattere particolarmente urgente/emergenziale o di natura non pneumologica) o eventuale ricovero. L'ambulatorio è stato predisposto in modo da poter effettuare, oltre alla visita medica, indagini	

diagnostiche quali: ecografia toracica, Rx torace (con invio in Urgenza presso il Servizio di Radiologia il giorno della visita), tampone antigenico per SARS-CoV2, emogasanalisi arteriosa, spirometria semplice, raccolta per analisi microbiologica dell'espettorato; inoltre, con la collaborazione del Servizio di Radiologia aziendale, siamo in grado di organizzare indagini diagnostico-strumentali di approfondimento (prevalentemente TAC Torace) con tempistiche stabilite dai nostri operatori. Nell'ambulatorio è possibile inoltre effettuare manovre terapeutiche, quali infusione endovenosa di terapia steroidea e/o diuretica, aerosolica (specie per il trattamento di quadri di broncospasmo acuto in atto) o toracentesi terapeutiche. All'esito della valutazione effettuata presso l'ambulatorio Affidato Respiratorio, la prosecuzione dell'iter clinico-terapeutico del paziente può prevedere:

- invio al domicilio con prescrizione di terapia e programmazione del successivo controllo specialistico;
- invio al domicilio con percorso diagnostico definito: TC torace, manovre di pneumologia interventistica (broncoscopia con broncolavaggio e/o con biopsie transbronchiali e/o EBUS, toracentesi, toracoscopia medica, biopsia TAC o ecoguidata, broncoscopia rigida) e/o PET con eventuale successivo invio ai Colleghi della Chirurgia Toracica o dei DH Oncologici degli Ospedali di Mirandola e Carpi; ma anche monitoraggio cardiorespiratorio notturno, test alla metacolina, spirometria globale con DLCO, spirometria con test di broncodilatazione e 6 minute Walking test (per quanto, queste ultime indagini, siano spesso effettuabili il giorno stesso della visita in Affidato);

- ricovero presso la U.O. Pneumologia (nella stessa giornata se disponibile posto letto, altrimenti programmazione del ricovero nelle giornate successive); laddove il quadro presentato meriti un ricovero urgente, in mancanza di posti letto in degenza pneumologica, il paziente viene inviato in P.S.

Obiettivi del progetto sono di garantire un percorso diagnostico-terapeutico il più adeguato e tempestivo possibile, cercando di soddisfare il criterio di prossimità al luogo di residenza e di evitare al paziente (per quanto possibile) il ricovero in ambiente ospedaliero, potenzialmente gravato da complicazioni oltre che da un elevato costo in termini di economia sanitaria.

Nel primo anno di attività (1° gennaio 2023-31 dicembre 2023) sono stati presi in carico 970 pazienti con effettuazione di 1916 visite e 1309 prestazioni aggiuntive (ecografia toracica, spirometria semplice, spirometria globale, test di broncodilatazione, diffusione del CO, toracentesi, emogasanalisi arteriosa, test del cammino).

Se, da un lato, l'ambulatorio pneumologico ha ulteriormente favorito l'integrazione ospedale-territorio, l'appropriatezza e l'accuratezza del percorso diagnostico-terapeutico, dall'altro lato, ha evitato la presentazione di molti di questi pazienti in P.S. e il successivo, verosimile, ricovero ospedaliero con tutto ciò che ne sarebbe potuto conseguire in termini di rischi per lo stesso, carico di lavoro e spesa sanitaria. In particolar modo, alla valutazione dell'Affidato Pneumologico, sono esitati 68 ricoveri ospedalieri dei pazienti presi in carico, corrispondente al 7.0% dei pazienti valutati. Inoltre, grazie all'attivazione di un percorso diagnostico più rapido e agevole, anche in termini di spostamento dalla sede di residenza, alla competenza dell'equipe pneumologica e alla disponibilità in loco della strumentazione utile a garantire pressoché tutte le manovre diagnostiche di pneumologia interventistica, nel periodo analizzato, confrontato con l'anno precedente, si è rilevato un netto incremento di pazienti con diagnosi di neoplasia polmonare inviati ai DH Oncologici dei nostri Distretti; il DH Oncologico di Mirandola è passato dai 38 pazienti del 2022 ai 56 del 2023, mentre quello di Carpi è passato da 45 del 2022 ai 73 pazienti del 2023 con un incremento rispettivamente del 47% e del 62%. In conclusione, l'ambulatorio Affidato Respiratorio è una struttura creata per "ridurre la distanza" tra MMG e specialista Pneumologo, per aumentare la collaborazione e l'integrazione proattiva fra territorio e ospedale a vantaggio della cittadinanza e per favorire un percorso diagnostico-terapeutico tempestivo ed efficace al paziente affetto da patologia respiratoria (acuta e no).

I medici di medicina generale hanno a disposizione un riferimento sicuro e costante per poter indirizzare i propri pazienti con sintomi respiratori all'interno di un percorso dedicato, nell'ambito di una collaborazione sempre più stretta con lo Pneumologo, così da consentire una risposta veloce e strutturata riducendo gli accessi impropri al P.S. e le ospedalizzazioni. Il progetto relativo all'ambulatorio "Affidato Pneumologico" dell'Ospedale di Mirandola è stato inserito tra gli obiettivi del Piano Programma Sicurezza delle Cure e Gestione del Rischio dell'Azienda USL di Modena 2023.

AZIENDA/STRUTTURA: AUSL di Modena	
TITOLO ESPERIENZA: Algoritmo diagnostico della ricerca anticorpale nel PDTA della Sclerosi Sistemica	
Referenti esperienza Alessandra Melegari - a.melegari@ausl.mo.it	
Strategie/obiettivi OMS 1. Aumentare la consapevolezza globale degli errori nella diagnosi che contribuiscono al danno del paziente e sottolineare il ruolo fondamentale di una diagnosi corretta, tempestiva e sicura nel migliorare la sicurezza del paziente.	
Ambito	
Ospedaliero	<input checked="" type="checkbox"/>
Territoriale	<input type="checkbox"/>
Ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract La Sclerosi Sistemica è una malattia autoimmune, complessa, progressiva e multiorgano. Per la diagnosi e l'evoluzione della malattia è necessaria una valutazione multidisciplinare che coinvolga il Medico di Medicina Generale, il Reumatologo e i diversi Specialisti per le complicità d'organo. In questo contesto, il Laboratorio Provinciale di Diagnostica delle Patologie Autoimmuni dell'Azienda USL di Modena, svolge un ruolo fondamentale. Infatti, nella Sclerosi Sistemica, la prevalenza di Anticorpi anti Nucleo (ANA) è di circa il 90% e la loro negatività rende improbabile la diagnosi di malattia. Gli autoanticorpi che vengono ricercati dal Laboratorio possono essere presenti diversi anni prima del rilevamento clinico della malattia e fanno parte dei criteri di classificazione diagnostica, rappresentando un tassello fondamentale del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA).	

AZIENDA/STRUTTURA: AUSL di Modena	
TITOLO ESPERIENZA: Agobiopsia ossea TC-Guidata presso la U.O.C. Radiologia dell'Ospedale di Mirandola	
Referenti esperienza Francesca Nasi, Calogero Alfonso - f.nasi@ausl.mo.it	
Strategie/obiettivi OMS 1. Aumentare la consapevolezza globale degli errori nella diagnosi che contribuiscono al danno del paziente e sottolineare il ruolo fondamentale di una diagnosi corretta, tempestiva e sicura nel migliorare la sicurezza del paziente.	
Ambito	
Ospedaliero	<input checked="" type="checkbox"/>
Territoriale	<input type="checkbox"/>
Ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract In Area Nord l'indicazione all'esame biptico osseo viene posto nell'ambito dei Gruppi Multidisciplinari dei diversi Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), dopo discussione in plenaria del caso clinico alla presenza dei professionisti afferenti alle differenti Specialità coinvolte e revisione radiologica delle immagini disponibili. Il percorso in fase di strutturazione presso l'Ospedale di Mirandola si pone come alternativa, in determinate situazioni cliniche, ai percorsi già in atto con il Gruppo Multidisciplinare dell'IRCCS Rizzoli di Bologna e con la Neuroradiologia dell'Ospedale di Baggiovara, secondo i criteri che seguono. Nel caso in cui l'aspetto radiologico, la sede e/o la storia clinica del paziente pongano il sospetto di un tumore primitivo o secondario suscettibile di chirurgia di 2° livello, il paziente verrà inviato per discussione al Gruppo Multidisciplinare dell'IRCCS Rizzoli, mediante preliminare condivisione del caso con i Colleghi Ortopedici di Area. Nei restanti casi, la cui indicazione è il solo completamento diagnostico e/o stadiativo in pazienti con lesione ossea ovvero in cui è necessario discriminare la natura (maligna vs benigna) e l'isotipo di una sospetta localizzazione scheletrica, la procedura potrà essere effettuata presso l'Ospedale di Mirandola. Attualmente il suddetto progetto è in corso di definizione mediante coinvolgimento delle diverse figure professionali interessate e redazione di specifica istruzione operativa descrittiva del percorso e delle modalità di acquisizione del consenso informato alla procedura. La formazione degli operatori presso l'Ospedale di Mirandola è propedeutica all'attivazione del percorso, prevista auspicabilmente entro il 2024.	

AZIENDA/STRUTTURA: AUSL di Modena	
TITOLO ESPERIENZA: Percorso aziendale per la valutazione e presa in carico della disfagia in ospedale e sul territorio nel paziente adulto	
Referenti esperienza Luca Golinelli (Federica Bersani, Fabio Gilioli, Orlando Pantaleo, Marcella Nicolini, Chiara Bottazzi, Francesca Bondioli, Stefania De Fazio) - l.golinelli@ausl.mo.it -	
Strategie/obiettivi OMS 1. Aumentare la consapevolezza globale degli errori nella diagnosi che contribuiscono al danno del paziente e sottolineare il ruolo fondamentale di una diagnosi corretta, tempestiva e sicura nel migliorare la sicurezza del paziente.	
Ambito	
Ospedaliero	<input type="checkbox"/>
Territoriale	<input type="checkbox"/>
Ospedale-territorio	<input checked="" type="checkbox"/>
Abstract Background: la disfagia è una disfunzione dell'apparato digerente e consiste nella difficoltà a deglutire; tale difficoltà può riguardare solo i cibi solidi o anche quelli semiliquidi e liquidi. La complicanza maggiore della disfagia è la possibilità di aspirazione, cioè l'ingresso nelle vie aeree di cibo con conseguente possibilità di ostruzione delle stesse o di infezioni correlate all'aspirazione (polmonite da aspirazione). L'intercettazione precoce dei quadri di disfagia consente di ridurre il rischio di complicanze mediante prescrizione di dieta di consistenza corretta e avvio, laddove indicato, di un percorso riabilitativo finalizzato a riacquisire/migliorare la capacità deglutitoria. Si stima che una percentuale tra il 4 e il 12% della popolazione adulta soffra di disfagia, percentuale che sale sino al 25% tra gli adulti ricoverati in ospedale. È stato inoltre dimostrato come la disfagia sia una concausa di episodi di disidratazione e/o malnutrizione, in particolare, nel paziente anziano. Nel periodo 2013-2023 in Azienda USL di Modena sono stati effettuati 3.401 ricoveri con diagnosi di ingresso "polmonite da aspirazione" (diagnosi ICD-9-CM 507.0), per un totale di 50.506 giornate di degenza. Obiettivi di miglioramento: l'obiettivo del progetto è intercettare precocemente la condizione di disfagia di nuova insorgenza o già presente all'atto della presa in carico nel paziente adulto sia in ambito ospedaliero che territoriale e successiva sua gestione finalizzata a ridurre il rischio di aspirazione, disidratazione e malnutrizione, nonché di uniformare gli strumenti e le modalità di valutazione e presa in carico a livello aziendale. Tale progetto è stato inserito come obiettivo aziendale all'interno del Piano-Programma aziendale per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio 2024. Metodi e strumenti: il gruppo di lavoro aziendale (composto da Rischio Clinico, Direzione Sanitaria e Assistenziale, Fisiatri, ORL, Internisti, Logopedisti, Dietisti e Infermieri), grazie alla realizzazione di uno specifico Programma Formativo Aziendale progettato a partire dalle criticità rilevate, ha revisionato la letteratura di riferimento identificando il test di GUSS (Gugging Swallowing Scen) quale test di screening per le persone ricoverate/nuove prese in carico (anche sul territorio) che rispondono a criteri clinici definiti: se il test di screening risulta positivo (GUSS < 20), il medico o l'infermiere che hanno in carico il paziente procedono a impostare la dieta appropriata (in termini di consistenza e tipologia), definita sulla base dell'esito del test GUSS e attivano direttamente la logopedista aziendale per la valutazione mirata di competenza. Sulla base della valutazione logopedica è possibile: a) fornire indicazioni al personale sanitario e alla persona/familiare/caregiver rispetto alle tipologie di dieta indicata, b) attivare fisiatra e ORL per una valutazione specialistica e/o strumentale per la definizione della severità della disfagia e c) attivare il fisiatra per definire il piano riabilitativo. È stata inoltre definita la modalità di registrazione in documentazione sanitaria delle valutazioni logopediche per agevolare la comprensione da parte dei sanitari e dei pazienti/familiari/caregiver. Oltre alla definizione degli strumenti e del percorso, è stata	

condivisa una tassonomia aziendale per definire il grado di severità della disfagia e la consistenza dei cibi delle varie tipologie di diete. Con la supervisione dei dietisti, sono stati inoltre adeguati i menù ospedalieri (denominazione e composizione). A supporto del percorso, è in fase di realizzazione un opuscolo da consegnare a pazienti/familiari/caregiver per fornire indicazioni pratiche rispetto alla prevenzione delle complicanze correlate alla disfagia e suggerimenti utili nella predisposizione di diete specifiche. Tale materiale informativo, redatto sulla base dei criteri della Health Literacy, verrà sottoposto a valutazione partecipata dei cittadini per migliorarne la comprensibilità e fruibilità. Nel corso del 2024 verrà completata la sperimentazione del progetto nelle degenze internistiche ospedaliere, - numero annuale delle segnalazioni di eventi avversi e quasi eventi correlati alla disfagia:

- numero di eventi sentinella correlati alla disfagia/anno
- monitoraggio annuale dei costi dei menu ospedalieri specifici per disfagici ordinati, degli addensanti e degli ONS.

Negli Ospedali di Comunità e negli Hospice, con l'obiettivo di estenderlo, nel corso del 2025, ai restanti ambiti di degenza e al territorio (MMG/PLS, infermiere di comunità, assistenza domiciliare, strutture residenziali e semiresidenziali, etc.).

Monitoraggio e indicatori

Il processo verrà monitorato annualmente mediante i seguenti indicatori:

- numero di ricoveri e giornate di degenza di pazienti con diagnosi di ingresso "polmonite da aspirazione" (codice diagnosi ICD-9-CM 507.0)
- tasso annuale di effettuazione del test GUSS per i pazienti che rientrano nei criteri di inclusione definiti
- tasso annuale di valutazioni logopediche erogate sul totale delle valutazioni logopediche richieste

AZIENDA/STRUTTURA: AUSL di Modena
TITOLO ESPERIENZA: Governo e utilizzo dei PoCT in relazione alla diminuzione del rischio clinico-diagnostico e in favore della sicurezza del paziente
Referenti esperienza

Mario Mele, Pasquale Coppolecchia, Valentina Pecoraro, Mario Sarti -- m.mele@ausl.mo.it

Strategie/obiettivi OMS

1. Aumentare la consapevolezza globale degli errori nella diagnosi che contribuiscono al danno del paziente e sottolineare il ruolo fondamentale di una diagnosi corretta, tempestiva e sicura nel migliorare la sicurezza del paziente.

Ambito

Ospedaliero

Territoriale

Ospedale-territorio

Abstract

Il piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) include anche lo sviluppo di interventi per migliorare l'assistenza ai cittadini sul territorio in modo da rafforzare la rete di assistenza e potenziare il sistema sanitario nazionale (SSN). In tale contesto, unitamente alla crescente necessità di avere rapidamente a disposizione i risultati degli esami per poter assumere decisioni cliniche e per monitorare lo stato di salute del paziente, la Regione Emilia-Romagna ha deliberato in tema di Point of Care Testing (PoCT) come prestazioni in cui l'esame è eseguito al punto di cura del paziente.

La costituzione del PoCT Board è conseguente alla pubblicazione della delibera della Regione Emilia-Romagna n. 265 del 28/02/2023 e alla successiva pubblicazione della delibera del Direttore Generale dell'AUSL di Modena n. 394 del 15/12/2023.

In particolare, nel 2023, grazie alla stretta collaborazione tra Azienda USL di Modena, Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Modena e Ospedale di Sassuolo, è stato istituito un team multiprofessionale e multidisciplinare costituito da specialisti di medicina di laboratorio, esperti in PoCT, tecnici sanitari di laboratorio biomedico, infermieri e utilizzatori degli strumenti, rappresentanti del Servizio di Ingegneria Clinica con i seguenti compiti: valutare l'appropriatezza dell'utilizzo dei PoCT nei diversi contesti; individuare le figure professionali da coinvolgere; definire le modalità e i criteri per l'acquisizione delle nuove tecnologie; valutare i fabbisogni relativi alla messa in rete degli strumenti e garantire la tracciabilità dei risultati e degli operatori; stabilire i criteri e le procedure per gestire il rischio clinico.

Nel territorio della Provincia di Modena sono installati circa 400 strumenti in diversi ambiti di cura, tra cui Pronto Soccorso, Ospedali di Comunità, Reparti ospedalieri, Terapie intensive e alcuni setting ambulatoriali. Queste strumentazioni eseguono esami di chimica clinica, ematologia, glicemia, emogasanalisi, coagulazione. L'esame viene eseguito dagli infermieri o dai medici adeguatamente formati al loro utilizzo.

La responsabilità della gestione delle strumentazioni è del laboratorio centrale (AUSL) situato presso l'Ospedale di Baggiovara che garantisce la qualità del risultato strumentale. I risultati ottenuti sono utilizzati dai medici per prendere decisioni cliniche. In seguito all'esecuzione dell'esame viene prodotto un referto in cui è specificata la modalità di esecuzione dell'esame in PoCT e firmato digitalmente dal Direttore del Laboratorio o suo delegato.

La costituzione del gruppo multidisciplinare PoCT favorisce le attività diagnostiche clinicamente rilevanti in favore della sicurezza dei pazienti, promuove la formazione degli operatori a garanzia dell'accuratezza dei risultati prodotti, sostiene l'attività clinica attraverso l'acquisizione delle migliori tecnologie disponibili e rinforza la rete di assistenza sanitaria sul territorio attraverso la produzione del referto come informazione clinicamente utile e affidabile.

AZIENDA/STRUTTURA: AUSL di Modena	
TITOLO ESPERIENZA: La telemedicina come strumento di implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutici delle patologie croniche: il Tele-PDTA del percorso diabete.	
Referenti esperienza Federica Casoni f.casoni@ausl.mo.it	
Strategie/obiettivi OMS 1. Aumentare la consapevolezza globale degli errori nella diagnosi che contribuiscono al danno del paziente e sottolineare il ruolo fondamentale di una diagnosi corretta, tempestiva e sicura nel migliorare la sicurezza del paziente.	
Ambito	
Ospedaliero	<input type="checkbox"/>
Territoriale	<input checked="" type="checkbox"/>
Ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract	
<p>In ottemperanza alla recente normativa nazionale e regionale sulla riorganizzazione dell'assistenza territoriale e sullo sviluppo dei servizi di telemedicina (su tutte, si citano: Regione Emilia-Romagna, Delibera di Giunta n. 1227 del 2/8/2021 - Indicazioni in merito all'erogazione di servizi di telemedicina nelle strutture del Servizio Sanitario Regionale, in applicazione all'Accordo Stato-Regioni del 17 dicembre 2020 "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina"; Circolare RER 2/2022 (07/04/2022.0351475.U) Assistenza Specialistica Ambulatoriale - precisazioni relative alla DGR 1227/2021 "Indicazioni in merito all'erogazione di servizi di telemedicina nelle strutture del servizio sanitario regionale, in applicazione all'accordo stato regioni del 17 dicembre 2020; Decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" e Regione Emilia-Romagna, Delibera di Giunta 1050 del 26/6/2023 – Approvazione del modello organizzativo per l'implementazione dei Servizi di Telemedicina della Regione Emilia-Romagna), a fine 2022, su mandato della Direzione Generale, l'Azienda USL di Modena ha istituito un Gruppo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare finalizzato a sviluppare i modelli di servizi di telemedicina (telemonitoraggio, televisita, teleconsulto, teleassistenza e telerefertazione) sulla base della normativa vigente. A inizio 2023, nell'ambito della programmazione provinciale dell'assistenza sanitaria territoriale e ospedaliera, le 3 Aziende modenesi (AUSL, Ospedale di Sassuolo, Azienda Ospedaliero Universitaria) hanno istituito delle Reti provinciali per la revisione dei percorsi diagnostico-terapeutici e Reti organizzative; nell'ottica di favorire una stretta integrazione con le reti cliniche, nel corso del 2023, il Gruppo Aziendale di Telemedicina è confluito all'interno della Rete Provinciale di Telemedicina. La Rete diabetologica, in stretta collaborazione con la Rete di telemedicina, sta impostando il modello organizzativo per la gestione dei pazienti con diabete di tipo 2 e di tipo 1, che implica il coinvolgimento di differenti professionalità sanitarie e tecniche.</p> <p>In particolare, per la rete di telemedicina, sono coinvolti: Ingegneria Clinica, Information & Communication Technology (ICT), Rischio Clinico, Privacy, Specialistica Ambulatoriale, Governo Clinico, Formazione e Ricerca, Comunicazione, Qualità, Referente Direzione Sanitaria e Assistenziale, Referente Dipartimento di Cure Primarie e Direttore Servizio Diabetologia per il telePDTA del diabete.</p> <p>Nell'ambito della rete di telemedicina è in corso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la valutazione d'impatto delle apparecchiature utilizzate da parte del Servizio di Ingegneria clinica e del Servizio Privacy; - la definizione dell'informativa da fornire al paziente da parte del Servizio Comunicazione, Privacy e Rischio Clinico; 	

- la definizione del piano formativo per gli infermieri di comunità all'utilizzo delle apparecchiature da parte del Servizio Formazione, Ingegneria Clinica e Direzione Assistenziale;
- la definizione delle agende di prenotazione e il collegamento con l'applicativo di refertazione da parte del Servizio Specialistica Ambulatoriale e ICT;
- la definizione dei volumi di attività e modello organizzativo da parte del Governo Clinico, Direzione Sanitaria e Assistenziale, referente del Dipartimento di Cure Primarie e Rischio Clinico.

Partendo dalla definizione del modello organizzativo, i singoli servizi di TM vengono sviluppati applicando la metodologia di valutazione proattiva del rischio "Failure Mode and Effect Criticality Analysis" (FMECA).

Il progetto di revisione del percorso diagnostico-terapeutico (PDTA) del diabete a livello provinciale ha avuto inizio a gennaio 2023 con l'attivazione della televisita per la presa in carico del follow-up dei pazienti con diabete di tipo 1 e dei pazienti con diabete di tipo 2 in differenti setting assistenziali (domicilio e carcere). È stato inoltre inserito il teleconsulto fra Professionisti del Servizio Diabetologico e Medico di Medicina Generale e la teleassistenza ad opera degli infermieri presenti presso la Centrale Provinciale di Telemedicina; da gennaio 2024, si sta lavorando all'attivazione della telerefertazione della retinografia e dell'ECG. Il progetto completo di Tele-PDTA del diabete dovrebbe entrare a regime entro il 2024.

L'inserimento dei servizi di telemedicina nell'ambito della revisione del PDTA del Diabete comporta l'acquisizione di nuove competenze da parte dei professionisti sanitari favorendo la crescita professionale e il potenziamento del lavoro di equipe. Inoltre, l'introduzione di tale professionalità in modo strutturato nei 7 Distretti sanitari favorisce una capillarità dell'assistenza sanitaria, sempre più vicina al cittadino anche con l'utilizzo di strumenti di sanità digitale. L'introduzione del teleconsulto fra Medico di Medicina Generale e Specialisti dei Servizi Diabetologici, oltre a permettere la condivisione e il confronto su casi complessi, consente di migliorare la presa in carico del paziente e l'appropriatezza prescrittiva.

L'informazione e l'empowerment del paziente anche attraverso strumenti di telemedicina quali la teleassistenza e la televisita risultano fondamentali per l'adesione al percorso e per la creazione di una relazione di fiducia fra paziente e professionisti sanitari.

AZIENDA/STRUTTURA: Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	
TITOLO ESPERIENZA: Referto diagnostico integrato delle neoplasie ematologiche: un percorso diagnostico guidato dal morfologo nell'ambito delle neoplasie mieloidi	
Referenti esperienza AMBRA PAOLINI, CESARE LANCELLOTTI, VINCENZO NASILLO, GIOVANNI RIVA, ENRICO TAGLIAFICO, MARIO LUPPI, ALBINO ECCHER, GIUSEPPE LONGO - paolini.ambra@aou.mo.it	
Strategie/obiettivi OMS 1. Aumentare la consapevolezza globale degli errori nella diagnosi che contribuiscono al danno del paziente e sottolineare il ruolo fondamentale di una diagnosi corretta, tempestiva e sicura nel migliorare la sicurezza del paziente.	
Ambito	
Ospedaliero	<input checked="" type="checkbox"/>
Territoriale	<input type="checkbox"/>
Ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract Al fine di uniformare i processi per la definizione della diagnosi di neoplasie mieloidi per i pazienti afferenti a presidi AOU e AUSL della Provincia di Modena è stato ideato un percorso diagnostico integrato che regola le modalità di richiesta delle prestazioni specialistiche morfologiche, citofluorimetriche, di ematologia molecolare e di citogenetica ematologica su sangue periferico e midollo osseo all'interno del Dipartimento Interaziendale ad Attività Integrata di Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica, definendo le modalità di erogazione dei singoli referti e della diagnosi finale. Sulla base dell'inquadramento morfologico del midollo osseo viene valutata l'indicazione a quali profili di esami citogenetici e molecolari eseguire e la relativa priorità di esecuzione. Al completamento di ciascuna indagine citogenetica e molecolare verranno erogati i singoli referti firmati dai professionisti responsabili sugli applicativi in uso. All'ottenimento di tutti i dati sopracitati, il personale medico del settore di Diagnostica Emolinfopatologica eroga come consulenza un referto riassuntivo dei dati morfologici (cito-istologici), immunofenotipici, citogenetici e molecolari, fornendo una diagnosi finale secondo le attuali classificazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che prevedono l'integrazione di dati clinici, morfologici, citogenetici e genomici. Tali referti integrati vengono discussi in occasione di riunioni periodiche programmate con i clinici del Dipartimento Interaziendale di Oncologia ed Ematologia che si prendono cura dei pazienti.	

AZIENDA/STRUTTURA: Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	
TITOLO ESPERIENZA: Antibiogramma rapido da emocolture positive	
Referenti esperienza Mario Sarti, Marianna Meschiari, Claudia Venturelli - sarti.mario@aou.mo.it	
Strategie/obiettivi OMS 1. Aumentare la consapevolezza globale degli errori nella diagnosi che contribuiscono al danno del paziente e sottolineare il ruolo fondamentale di una diagnosi corretta, tempestiva e sicura nel migliorare la sicurezza del paziente.	
Ambito	
Ospedaliero	<input checked="" type="checkbox"/>
Territoriale	<input type="checkbox"/>
Ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract La diagnosi delle infezioni batteriche o fungine con disseminazione dei microrganismi nel torrente circolatorio si basa fondamentalmente sulla coltura di campioni di sangue (emocoltura) che può consentire l'identificazione del microrganismo responsabile dell'infezione e la caratterizzazione della sua sensibilità agli antibiotici (antibiogramma). I tempi di esecuzione dell'esame con le metodiche consuete sono purtroppo piuttosto lunghi. Sono tuttavia utilizzabili da alcuni anni metodologie più rapide che consentono di ottenere (almeno preliminarmente) informazioni utili per orientare il medico curante nella scelta della terapia antibiotica ottimale. Nei due laboratori della S.C. Microbiologia Clinica della AOU di Modena per ogni emocoltura positiva viene effettuato un antibiogramma rapido standardizzato secondo le indicazioni del Comitato Europeo per la Standardizzazione dei test di Sensibilità agli Antibiotici (EUCAST). Viene periodicamente valutato il numero di pazienti per i quali sono state forniti esiti preliminari rapidi e la corrispondenza di tali esiti rispetto a quelli forniti mediante le metodiche tradizionali.	

AZIENDA/STRUTTURA: Nuovo Ospedale di Sassuolo	
TITOLO ESPERIENZA: Utilizzo del software di intelligenza artificiale "Gleamer" come supporto alla refertazione degli esami radiologici di Pronto Soccorso, allo scopo di ridurre l'errore diagnostico e garantire la corretta gestione dei pazienti	
Referenti esperienza Guido Ligabue - gu.ligabue@ospedalesassuolo.it	
Strategie/obiettivi OMS 1. Aumentare la consapevolezza globale degli errori nella diagnosi che contribuiscono al danno del paziente e sottolineare il ruolo fondamentale di una diagnosi corretta, tempestiva e sicura nel migliorare la sicurezza del paziente.	
Ambito	
Ospedaliero	<input checked="" type="checkbox"/>
Territoriale	<input type="checkbox"/>
Ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract Il servizio di Pronto Soccorso dell'Ospedale di Sassuolo ha manifestato la necessità di disporre di un supporto incrementale per l'interpretazione delle immagini radiografiche nelle ore notturne e festive. Per supportare tale esigenza, l'unico scenario ipotizzato e realizzabile in tempi brevi è legato all'acquisizione del software di intelligenza artificiale "Gleamer". Una volta installato il software e addestrati i professionisti sanitari di Radiologia e Pronto Soccorso attraverso un corso di formazione online, è stato avviato un periodo di prova di due mesi durante il quale sono stati raccolti e analizzati dati e indicatori sull'utilizzo del software. Sono state verificate: <ul style="list-style-type: none"> • sensibilità e specificità del software nell'identificare le anomalie radiografiche; • miglioramento delle prestazioni in termini di accuratezza diagnostica; • tempistiche di dimissione sicura del paziente, di ricovero o di richiesta di valutazione specialistica (es. ortopedica). Considerata la soddisfazione globale dei servizi di Radiologia e Pronto Soccorso, è stato deciso di procedere all'acquisizione del software per un periodo di un anno, prolungabile di altri tre anni.	

Area Vasta Centro

AZIENDA/STRUTTURA: AUSL di Bologna	
TITOLO ESPERIENZA: Esame estemporanea in sala operatoria: il ruolo del Pathologist's Assistant	
Referenti esperienza Federica Caveduri, Rocco Ierinó - f.caveduri@ausl.bologna.it	
Strategie/obiettivi OMS 1. Aumentare la consapevolezza globale degli errori nella diagnosi che contribuiscono al danno del paziente e sottolineare il ruolo fondamentale di una diagnosi corretta, tempestiva e sicura nel migliorare la sicurezza del paziente.	
Ambito	
Ospedaliero	<input checked="" type="checkbox"/>
Territoriale	<input type="checkbox"/>
Ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract Introduzione: un'importante sfida, in ottica di una visione moderna dell'ospedale e del suo efficientamento, consiste nell'ottimizzare i tempi delle sale operatorie e riuscire a ridurre, per quanto possibile, la durata degli interventi chirurgici. Tutto questo ha il fine di apportare benefici per il paziente, legati, per esempio, ad una minore assunzione di farmaci anestetici e ad una riduzione delle infezioni post-intervento chirurgico. Allo stesso tempo ciò comporta vantaggi per la struttura sanitaria di tipo organizzativo ed economico dovuti al possibile aumento del numero di prestazioni erogate e contemporaneamente, alla riduzione dei costi derivanti da interventi più lunghi. In questa ottica, l'Azienda USL di Bologna ha avviato nel 2023 un'innovativa esperienza in ambito chirurgico presso l'Ospedale Maggiore di Bologna grazie alla presenza in sala operatoria di un dirigente medico di anatomia patologica e un laureato in tecniche di laboratorio biomedico con Master di I livello in pathologist's assistant in grado di esaminare in estemporanea, durante alcuni interventi chirurgici, il campione istologico direttamente in loco, evitando il trasporto del tessuto presso il laboratorio di Anatomia Patologica ed evitando dunque di posticipare la fine dell'intervento in attesa di un responso. Contenuti: La prima fase del progetto ha visto una formazione crociata delle due figure professionali mirata alla capacità da un lato del Pathologist's assistant di preparare il campione per esami estemporanei semplici (che non necessitano di orientamento) e dall'altro del medico patologo di allestire il preparato istologico estemporaneo (taglio e colorazione). In una seconda fase è previsto che il medico e il tecnico possano agire in autonomia in sala operatoria ed in particolare che il tecnico pathologist's assistant possa allestire i campioni estemporanei semplici e rendere visibili le immagini dei vetrini estemporanei attraverso un sistema di digitalizzazione del vetrino e trasmissione in rete al medico patologo repertante da remoto. Gli obiettivi di efficacia, efficienza e appropriatezza correlati al progetto sono: 1) riduzione dei tempi totali di durata degli interventi chirurgici che richiedono estemporanea pre-e post-implementazione del progetto; 2) riduzione del numero totale di estemporanee richieste; 3) miglioramento del grado di soddisfazione dell'utente chirurgo/operatore blocchi operatori. Conclusioni: i dati preliminari ottenuti nei primi 6 mesi di attività evidenziano risultati molto incoraggianti. Il tempo medio, per tutti gli interventi considerati, è diminuito di quasi un'ora, portando potenziali benefici in primo luogo, al paziente e secondariamente all'efficienza del blocco operatorio. L'esperienza fin qui acquisita in merito al ruolo del pathologist's assistant in sala operatoria ha dimostrato che tale figura rappresenta una sostanziale evoluzione professionale per il tecnico di laboratorio biomedico, aprendo potenziali orizzonti di specializzazione di questa professionalità.	

AZIENDA/STRUTTURA: AUSL di Bologna	
TITOLO ESPERIENZA: Ottimizzazione della quantità di MDC in Diagnostica Per Immagini	
Referenti esperienza Elisabetta Calzolari - e.calzolari@ausl.bologna.it	
Strategie/obiettivi OMS 1. Aumentare la consapevolezza globale degli errori nella diagnosi che contribuiscono al danno del paziente e sottolineare il ruolo fondamentale di una diagnosi corretta, tempestiva e sicura nel migliorare la sicurezza del paziente.	
Ambito	
Ospedaliero	<input checked="" type="checkbox"/>
Territoriale	<input type="checkbox"/>
Ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract	
<p>Introduzione: La tecnologia proposta consente di ottimizzare i protocolli di somministrazione dei mezzi di contrasto usati in esami di TC sulla base dei parametri personalizzati del paziente, ottimizzando così l'uso del mezzo di contrasto, riducendo i rischi per il paziente e migliorando la qualità delle immagini diagnostiche.</p> <p>Obiettivi: L'obiettivo principale è ridurre la quantità di mezzo di contrasto utilizzato migliorando al contempo la qualità delle immagini diagnostiche e garantendo una maggiore sicurezza per il paziente.</p> <p>Materiali e Metodi: È stato condotto uno studio preliminare di raccolta dati su un campione di 150 pazienti a doppio cieco per valutare la quantità di mezzo di contrasto iniettata senza l'uso della tecnologia proposta. Dall'esito dello studio si evince che mediamente vengono somministrati 110 cc di Mdc. Successivamente è stata avviata la configurazione informatica dell'iniettore al sistema RIS e la predisposizione della quantità di mezzo di contrasto utilizzata da inserire sul referto.</p> <p>Risultati e Conclusioni: I dati di risparmio di MDC e gli impatti ulteriori in termini di beneficio che questo sistema produrrà saranno resi noti presumibilmente nei mesi di luglio ed agosto. Dai dati che preliminarmente si possono già valutare si evince una significativa riduzione della quantità di mezzo di contrasto utilizzato (almeno del 20%) stante la medesima qualità delle immagini diagnostiche.</p>	

AZIENDA/STRUTTURA: AUSL di Bologna

TITOLO ESPERIENZA: Il ruolo centrale della Medicina di Laboratorio nello sviluppo di un nuovo percorso ROTEM® per ridurre il rischio clinico nella gestione del paziente emorragico

Referenti esperienza Rita Mancini - rita.mancini@ausl.bologna.it

Strategie/obiettivi OMS 1. Aumentare la consapevolezza globale degli errori nella diagnosi che contribuiscono al danno del paziente e sottolineare il ruolo fondamentale di una diagnosi corretta, tempestiva e sicura nel migliorare la sicurezza del paziente.

Ambito	
Ospedaliero	<input checked="" type="checkbox"/>
Territoriale	<input type="checkbox"/>
Ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>

Abstract

La strategia di gestione dell'emorragia massiva si basa sul tempestivo controllo del sanguinamento, sull'integrazione delle perdite di sangue, sulla diagnosi rapida e sul trattamento efficace della coagulopatia. *Il ROTEM®* (tromboelastometria rotazionale) è un Point of Care Testing per la gestione del paziente emorragico, che in 15 minuti offre una panoramica qualitativa e dinamica dello stato emostatico del paziente, rilevando la presenza di eventuali coagulopatie e consentendo un approccio trasfusionale mirato attraverso algoritmi specifici. L'Area Metropolitana di Bologna è costituita da diverse Unità Operative (UO) locate in diversi ospedali che utilizzano la tromboelastometria già da diversi anni. Tuttavia, fino al 2022, al processo di decisione clinica nel trattamento del paziente emorragico è mancato il supporto di un team multidisciplinare volto a governare l'intero processo emergenziale. Nell'ottica di migliorare la gestione del rischio clinico, nel febbraio 2023 abbiamo promosso una riorganizzazione della gestione clinica del paziente emorragico, ponendo sotto il controllo di un'unica "sala di controllo" tutti i tromboelastometri presenti negli ospedali dell'Area Metropolitana di Bologna, attraverso il coinvolgimento attivo di diverse professionalità, afferenti al campo della Medicina di Laboratorio e della Medicina Trasfusionale, le quali supportano il clinico che ha in cura il paziente in emergenza. A tal fine è stato costituito un team interdisciplinare, che si è già riunito 6 volte dal 2023 ad oggi, con l'obiettivo di consolidare le competenze di tutte le figure professionali coinvolte nel processo. Inoltre, sono stati organizzati numerosi corsi di formazione sull'interpretazione dei risultati ROTEM®. Con la nuova organizzazione tutti i dispositivi ROTEM® sono sotto il controllo diretto del Laboratorio Unico Metropolitan (LUM) dell'AUSL di Bologna, il quale assicura anche la gestione centralizzata dei controlli di qualità. L'organizzazione prevede che il reparto richiedente il test invia il campione biologico alla più vicina UO dotata di ROTEM, dove viene immediatamente eseguita l'analisi. Contestualmente viene attivata la consulenza trasfusionale e i medici del centro trasfusionale possono osservare in tempo reale i profili tromboelastografici (temogrammi) dei pazienti grazie ad un software web-based. In questo modo, quando necessario, vengono immediatamente assegnati emocomponenti e plasmaderivati utili a contrastare l'episodio emorragico del paziente. Il referto ROTEM® viene generato e archiviato automaticamente attraverso l'integrazione dello strumento con il sistema informativo del laboratorio (LIS) e il referto finale computerizzato finisce nella cartella clinica elettronica del paziente (FSE). Il nuovo approccio organizzativo implementato presso gli ospedali del territorio metropolitano di Bologna rende il percorso ROTEM® più conforme ai requisiti di qualità e sicurezza del paziente, favorendo inoltre l'interazione multidisciplinare tra le professionalità coinvolte. Tale processo, infatti, è finalizzato a garantire la qualità del dato analitico, la tracciabilità degli eventi e dei risultati, nonché la gestione del plasma o dei plasmaderivati, contribuendo ad una migliore gestione del paziente in fase acuta e critica, garantendo il miglior approccio terapeutico e riducendo i costi di gestione.

AZIENDA/STRUTTURA: IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna	
TITOLO ESPERIENZA: Utilizzo delle nuove tecnologie non invasive nell'accuratezza diagnostica del melanoma	
Referenti esperienza Emi Dika, Carlotta Baraldi, Dott.ssa Alessandra De Palma, Dott.ssa Naike Sola - naike.sola@aosp.bo.it	
Strategie/obiettivi OMS 1. Aumentare la consapevolezza globale degli errori nella diagnosi che contribuiscono al danno del paziente e sottolineare il ruolo fondamentale di una diagnosi corretta, tempestiva e sicura nel migliorare la sicurezza del paziente.	
Ambito	
Ospedaliero	<input checked="" type="checkbox"/>
Territoriale	<input type="checkbox"/>
Ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract La diagnosi e la gestione precoce del melanoma cutaneo sono fondamentali per ridurre la morbilità e la mortalità associate alla malattia. I pazienti con melanoma in stadio iniziale hanno un tasso di sopravvivenza a 10 anni del 95%; tuttavia, nei pazienti con diagnosi ritardata e una forma più avanzata il tasso di sopravvivenza a 10 anni scende a meno del 60%. Negli ultimi due decenni, l'introduzione delle innovazioni in tema di diagnostica non invasiva ha portato a un alto tasso di diagnosi di melanomi in stadio iniziale consentendo di giungere a circa 87% di melanomi diagnosticati in stadio iniziale a livello mondiale nel 2021. La diagnosi clinica nel melanoma, con utilizzo della regola dell'ABCD (1985) - acronimo delle principali caratteristiche che possono essere suggestive del melanoma cutaneo quindi asimmetria (A), bordo irregolare (B), colori variegati (C) e diametro >6 mm (D) - ha avuto un'evoluzione significativa dopo l'introduzione della dermatoscopia (1990- 2010) e due decenni di studi che correlavano gli aspetti dermoscopic con quelli speculari in istopatologia. Il dermatoscopio è uno strumento composto da un sistema di lenti e filtri a luce polarizzata incrociata (dermatoscopia con e senza contatto) che limitano la quantità di luce riflessa e consentono una visualizzazione con ingrandimento di 10-30 volte della lesione e fino a una profondità di cute di 60-100 mm. Questo permette l'osservazione in vivo di diverse caratteristiche altrimenti non visibili a basso ingrandimento, migliorando la precisione diagnostica del 15-20% rispetto all'esame visivo standard. Si stima che la sensibilità della diagnosi clinica diretta da parte di dermatologi esperti sia del 70% e che salga al 90% con l'uso della dermatoscopia. Tipicamente, la tecnica viene eseguita con un dermatoscopio manuale, ma per i controlli successivi, si ricorre alla videodermatoscopia in epiluminescenza digitale. Quest'ultima consente di archiviare le immagini e confrontarle tramite una sonda collegata a un computer. Grazie alla videocamera ad alta risoluzione, è possibile acquisire immagini dermoscopiche digitali con diversi livelli di zoom e monitorare l'evoluzione delle lesioni nel tempo. Questa tecnica semplifica il processo di visualizzazione, acquisizione, archiviazione, organizzazione, analisi e recupero delle immagini. L'imaging sequenziale dermoscopic si è dimostrato particolarmente efficace nei pazienti con molteplici nevi, riducendo al contempo il rischio di non rilevare melanomi e limitando le asportazioni chirurgiche di lesioni benigne. Proprio l'utilizzo di queste strumentazioni (videodermatoscopia) nell'Area metropolitana di Bologna, sia al livello territoriale e in rete di comunicazione con il II livello (Centro hub IRCCS AOU di Bologna, Policlinico di Sant'Orsola, Dermatologia Oncologica), permette una valutazione congiunta di lesioni dubbie da parte di più specialisti e un confronto di questi ultimi, garantendo al paziente affetto da lesione dubbia per melanoma la possibilità di accedere direttamente alla struttura di II livello, sia per l'asportazione o anche per una valutazione con ulteriori tecniche diagnostiche come la microscopia confocale. Per particolari sedi, come volto, genitali, apparato ungueale ecc., dove la chirurgia	

comporterebbe talvolta sequele importanti da un punto di vista morfologico-funzionale, l'utilizzo di tale valutazione ha un grande significato sia per il paziente sia per il chirurgo specialista.

La microscopia confocale a riflettanza è una tecnica di imaging non invasiva utilizzata principalmente per la diagnosi delle lesioni cutanee in vivo. In particolare, questa tecnica rappresenta una metodica complementare e di supporto nella valutazione di lesioni con caratteristiche cliniche e dermatoscopiche dubbie al fine di migliorare l'accuratezza diagnostica e individuare la strategia terapeutica più adatta.

Il microscopio confocale scansiona la cute su più livelli, permettendone un'analisi con risoluzione cellulare, quasi al pari di un esame istologico. A differenza dell'istopatologia convenzionale, le sezioni vengono visualizzate orizzontalmente rispetto alla superficie cutanea e i dettagli cellulari forniti riguardano tutti gli strati che vanno dall'epidermide superficiale al derma papillare. Inoltre, le strutture epidermiche e dermiche identificate con le immagini confocali in vivo sono paragonabili all'istologia. In questo modo, è possibile ottenere delle immagini microscopiche sufficientemente dettagliate da poter essere utilizzate per l'analisi istologica con la possibilità di visualizzare le eventuali atipie cellulari presenti, le cellule con precoci alterazioni nella forma, l'infiammazione, le cellule neoplastiche, le alterazioni microscopiche, anche minime, e tutte quelle anomalie nella struttura cutanea tali da giustificarne o escluderne l'eventuale asportazione. La microscopia confocale ha, dunque, ridotto la necessità di eseguire biopsie di lesioni benigne e interventi chirurgici non necessari, soprattutto in aree esteticamente sensibili, trovando il suo principale, ma non unico, impiego nella diagnosi dei tumori cutanei. Se si considera che fino a pochi anni fa era uso comune eliminare chirurgicamente qualsiasi nevo o lesione, anche solo sospetta, la microscopia confocale insieme alla dermoscopia sequenziale sono da considerarsi metodiche dalla portata rivoluzionaria, capaci di risparmiare con la massima precisione i tessuti sani peri-neoplastici e ridurre in maniera importante tutti gli interventi non indispensabili.

AZIENDA/STRUTTURA: IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna
TITOLO ESPERIENZA: "PET/CT Total-Body": efficacia e accuratezza diagnostica
Referenti esperienza

Alessandra De Palma, Naïke Sola - naïke.sola@aosp.bo.it -

Strategie/obiettivi OMS

1. Aumentare la consapevolezza globale degli errori nella diagnosi che contribuiscono al danno del paziente e sottolineare il ruolo fondamentale di una diagnosi corretta, tempestiva e sicura nel migliorare la sicurezza del paziente.

Ambito

Ospedaliero



Territoriale



Ospedale-territorio


Abstract

Presso l'IRCCS AOU di Bologna, Policlinico di Sant'Orsola è stato introdotto un sistema integrato PET/CT di ultima generazione, capace di studiare l'intero corpo umano in un'unica scansione rilevando fino alle più piccole cellule tumorali. Il nuovo dispositivo, oltre ad abbattere la durata degli esami (da 12 minuti a meno di un minuto), offre opportunità uniche per la ricerca e lo sviluppo in oncologia, in particolare nel campo dei radiofarmaci.

La "PET/CT Total-Body" supera i limiti dei dispositivi convenzionali, che si caratterizzano per un campo di vista e una sensibilità limitata. Le PET/CT attualmente in uso, infatti, riescono a scansionare soltanto segmenti circoscritti del corpo umano, compresi in genere tra i 15 e i 30 centimetri: questo significa che, fino ad oggi, per ottenere un'immagine a corpo intero, era necessario eseguire più scansioni trasladando il lettino all'interno del macchinario. La "PET/CT Total-Body", al contrario, vanta un campo di vista assiale di 194 centimetri e può quindi esaminare l'intero corpo umano in un'unica scansione. In più, il nuovo dispositivo si contraddistingue per una sensibilità di rilevazione dieci volte superiore rispetto agli standard. Grazie al campo di vista di quasi due metri e alla maggiore sensibilità, nonché alla presenza di algoritmi di ricostruzione e software di post-elaborazione estremamente avanzati che includono tecniche di Deep Learning e Intelligenza Artificiale, il nuovo dispositivo introduce, inoltre, la possibilità di effettuare studi dinamici a corpo intero con frame dell'ordine del secondo. Dalle immagini statiche dei dispositivi convenzionali si passa quindi alla possibilità di seguire il percorso e la distribuzione dei radiofarmaci in modalità dinamica, osservandone l'evoluzione nel tempo. In pratica, è come passare dalla fotografia al cinema. Tra le principali applicazioni cliniche e di ricerca rientrano l'identificazione dei residui tumorali (ad esempio in caso di mielomi e linfomi), la diagnosi di recidive neoplastiche (tumori della mammella, melanomi, tumori SNC, tumori del tubo digerente e tumori dell'ovaio), lo studio di processi infettivi (endocarditi e setticemie) e la diagnosi precoce di risposta al trattamento (CAR-T, immunoterapia, target therapy).

Grazie alla sua elevata sensibilità, inoltre, il dispositivo consente di diminuire di oltre l'80% la dose di radiofarmaco somministrato, contenendo di conseguenza la dose di radiazione a cui sono mediamente sottoposti pazienti e operatori. Un vantaggio concreto soprattutto per i pazienti pediatrici e giovani che devono ripetere più volte l'esame.

Infine, la possibilità di analizzare l'intero corpo umano in un'unica scansione consente anzitutto di abbattere la durata degli esami, un risparmio di tempo che si traduce in un maggiore comfort, particolarmente utile soprattutto per i pazienti severamente doloranti (ad esempio in presenza di una malattia neoplastica ossea), e permette di ridurre la necessità di sedazione nei pazienti pediatrici o con limitata possibilità di collaborare.

AZIENDA/STRUTTURA: IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna	
TITOLO ESPERIENZA: Diagnostica tramite tomografia computerizzata (TC) spettrale	
Referenti esperienza Alessandra De Palma; Naike Sola - naike.sola@aosp.bo.it	
Strategie/obiettivi OMS 1. Aumentare la consapevolezza globale degli errori nella diagnosi che contribuiscono al danno del paziente e sottolineare il ruolo fondamentale di una diagnosi corretta, tempestiva e sicura nel migliorare la sicurezza del paziente.	
Ambito	
Ospedaliero	<input checked="" type="checkbox"/>
Territoriale	<input type="checkbox"/>
Ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract	
<p>La tomografia computerizzata (TC) spettrale rappresenta un'avanzata evoluzione nella tecnologia di imaging che consente una riduzione della dose di radiazioni rispetto ai modelli di TC convenzionali. Rispetto agli scanner TC convenzionali, che mostrano con chiarezza la posizione e le dimensioni delle patologie (lesioni, cisti, emorragie, fratture e altro) mentre hanno ancora molti limiti nel definire la natura delle lesioni, il sistema basato su rilevatore spettrale, scomponendo il fascio di raggi X in più parti, consente di eseguire un'analisi dettagliata dei tessuti dell'organismo in aggiunta all'esame TC classico macroscopico. I dati aggiuntivi sono estratti dalle normali immagini TC senza eseguire nuove acquisizioni con risparmio di dose al paziente e risparmio di tempo per migliorare la caratterizzazione della malattia riducendo il numero di scansioni e di esami di controllo.</p> <p>Benefici Clinici e Applicazioni</p> <p>La riduzione della dose nella TC spettrale si traduce in benefici clinici significativi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Diagnostica oncologica: la capacità di discriminare tra diversi tipi di tessuti e materiali a diverse energie permette di caratterizzare meglio i tumori e le lesioni, migliorando l'accuratezza diagnostica senza necessità di dosi elevate di radiazioni. 2.Cardiologia: l'uso di TC spettrale in cardiologia consente una migliore visualizzazione delle placche coronariche e del calcio senza la necessità di elevate dosi di contrasto o radiazioni, rendendo più sicura la valutazione della malattia coronarica. 3.Imaging vascolare: la visualizzazione dettagliata di vasi sanguigni e la capacità di separare il contrasto iodato da tessuti circostanti consente di ottenere immagini di alta qualità a dosi inferiori, riducendo il rischio per pazienti sottoposti a numerosi esami di follow-up. <p>Sebbene la TC spettrale offra vantaggi significativi nella riduzione della dose, presenta anche alcune sfide:</p> <ul style="list-style-type: none"> •costo e complessità: le apparecchiature di TC spettrale sono generalmente più costose e complesse rispetto ai modelli tradizionali, richiedendo competenze specializzate per la loro gestione e interpretazione. •disponibilità e accessibilità: la diffusione della TC spettrale è ancora limitata in alcune aree, rendendo difficile l'accesso ai benefici della riduzione della dose per tutti i pazienti. <p>Conclusioni</p> <p>La TC spettrale rappresenta un progresso significativo nella riduzione della dose di radiazioni rispetto ai modelli di TC tradizionali, grazie alla sua capacità di discriminazione energetica, ottimizzazione del contrasto, riduzione del rumore e tecniche di ricostruzione avanzata. Questi miglioramenti permettono una migliore efficienza diagnostica e una riduzione delle dosi necessarie per ottenere immagini di alta qualità, con benefici diretti per la sicurezza del paziente e l'efficacia clinica. Sebbene vi siano ancora sfide da affrontare, i vantaggi offerti dalla TC spettrale rappresentano un passo avanti nella tecnologia di imaging medico.</p>	

AZIENDA/STRUTTURA: AUSL di Imola	
TITOLO ESPERIENZA: L'Infermiere Care Manager del programma respiratorio: una sfida in evoluzione	
Referenti esperienza Alessandra Baruzzi - a.baruzzi@ausl.imola.bo.it -	
Strategie/obiettivi OMS 4. Consentire ai pazienti e alle famiglie di impegnarsi attivamente con gli operatori sanitari e i leader dell'assistenza sanitaria per migliorare i processi diagnostici.	
Ambito	
Ospedaliero	<input type="checkbox"/>
Territoriale	<input checked="" type="checkbox"/>
Ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract Rendere partecipi e competenti gli pazienti/caregiver in carico al percorso clinico respiratorio domiciliare in una prospettiva di gestione del rischio clinico, promuovendo la sicurezza relativamente ai rischi prevalenti connessi all'attivazione di un servizio di ossigeno-terapia e ventilo-terapia al domicilio. Sarà prevista la raccolta di uno specifico questionario per monitorare l'esperienza dei pazienti arruolati nel percorso clinico respiratorio.	

AZIENDA/STRUTTURA: Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara	
TITOLO ESPERIENZA: Identificazione dei rischi in Area Radiologica e creazione di uno strumento di controllo per Amministratori di Sistema RIS PACS	
Referenti esperienza Michele Chiarini - m.chiarini@ospfe.it	
Strategie/obiettivi OMS 1. Aumentare la consapevolezza globale degli errori nella diagnosi che contribuiscono al danno del paziente e sottolineare il ruolo fondamentale di una diagnosi corretta, tempestiva e sicura nel migliorare la sicurezza del paziente.	
Ambito	
Ospedaliero	<input checked="" type="checkbox"/>
Territoriale	<input type="checkbox"/>
Ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara ha implementato una check list di controllo in Unità Operativa di Pronto Soccorso al fine di mitigare i rischi legati alla sicurezza del processo diagnostico. Lo strumento (check list) permette al personale denominato "Amministratore di Sistema Radiologico" di avere un riscontro quotidiano della funzionalità dei sistemi di sicurezza implementati nell'area radiologica come, ad esempio, gli strumenti che facilitano l'identificazione del paziente, la refertazione delle prestazioni erogate, la gestione in sicurezza del processo diagnostico in concomitanza di blackout informatici.	

Ausl della Romagna

AZIENDA/STRUTTURA: AUSL della Romagna	
TITOLO ESPERIENZA: Progetto Pilota Digital Wound Imaging per la gestione del paziente affetto da lesioni cutanee nella continuità ospedale-territorio	
Referenti esperienza Carlotta Zoffoli, Annita Caminati, Claudia Valentini, Federica Carichini, Davide Melandri, Silvia Acquati, Federica Marchetti, Judy Fogli – carlotta.zoffoli@auslromagna.it	
Strategie/obiettivi OMS 1. Aumentare la consapevolezza globale degli errori nella diagnosi che contribuiscono al danno del paziente e sottolineare il ruolo fondamentale di una diagnosi corretta, tempestiva e sicura nel migliorare la sicurezza del paziente.	
Ambito	
Ospedaliero	<input type="checkbox"/>
Territoriale	<input type="checkbox"/>
Ospedale-territorio	<input checked="" type="checkbox"/>
Abstract Diabete, Scompenso Cardiaco, Broncopneumopatie etc....), sia per l'impatto che determinano sulla qualità di vita. Allo stesso tempo tale condizione grava in maniera importante sul sistema sanitario nazionale per le considerevoli risorse professionali e materiali assorbite e per la difficoltà che si registra nel far fronte in maniera adeguata al crescente numero di richieste. Considerato che nella cura delle ferite la valutazione visiva ricopre un ruolo estremamente importante, la telemedicina, nella gestione dei pazienti con lesioni cutanee, ha un ruolo rilevante. La realtà dell'Azienda USL Romagna si caratterizza per una gestione dei pazienti affetti da ferite difficili in un percorso che va da Ospedale a territorio e viceversa. Il progetto si prefigge di rispondere ai bisogni della persona portatrice di lesioni cutanee o ad alto rischio di svilupparne, tramite un approccio multidisciplinare e sistemico, in gradi di toccare tutti i punti di snodo aziendali e garantendo interventi efficaci e tempestivi in prossimità della persona assistita, riducendo i ricoveri e gli spostamenti evitabili, attraverso un sistema integrato a rete. Questo progetto può essere definito di Telemedicina specialistica, in quanto unisce le caratteristiche di un sistema che permette di portare in prossimità del paziente il servizio medico e infermieristico, senza che questi si allontanino dal luogo di lavoro e senza che il paziente sia costretto a spostarsi, e di un sistema che consente di creare immagini cliniche di alta qualità per la valutazione e il trattamento delle lesioni cutanee. Il sistema di telemedicina consente nello specifico, di acquisire immagini cliniche e offre la possibilità di utilizzare strumenti dedicati, certificati come dispositivi medici: camere 3D e software. Consente inoltre anche l'utilizzo di normali tablet e smartphone, in grado di acquisire immagini in 2D. Attraverso la tecnologia è possibile rilevare dati antropometrici tridimensionali della lesione cutanea e di documentare la loro evoluzione nel tempo in relazione alle dimensioni rilevati di area, profondità, ecc.... Il sistema, di facile utilizzo, inoltre consente di poter disporre della documentazione del paziente all'interno di un cloud, che rispetta la riservatezza e sicurezza secondo il regolamento generale sulla protezione dai dati (GDPR).	

AZIENDA/STRUTTURA: AUSL della Romagna/IRST Meldola	
TITOLO ESPERIENZA: Progetto Pilota: Osservazioni Dirette del processo di identificazione dell'utente afferente ai servizi di diagnostica per immagini dell'Ausl della Romagna/IRST Meldola	
Referenti esperienza Annita Caminati; Teresa Montella, Anita Zeneli, Riccardo Triani, Manuela Giampalma, Roberta Camagni - riccardo.trian@auslromagna.it -	
Strategie/obiettivi OMS 1. Aumentare la consapevolezza globale degli errori nella diagnosi che contribuiscono al danno del paziente e sottolineare il ruolo fondamentale di una diagnosi corretta, tempestiva e sicura nel migliorare la sicurezza del paziente.	
Ambito	
Ospedaliero	<input checked="" type="checkbox"/>
Territoriale	<input type="checkbox"/>
Ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract L'errata identificazione dell'utente è uno degli eventi più frequenti in ambito sanitario e può verificarsi in relazione all'accesso e allo svolgimento di qualsiasi attività socio-sanitaria. In particolare, gli errori concernenti l'identificazione del paziente sottoposto a indagini diagnostiche/interventistiche possono verificarsi in tutte le fasi del percorso. La tipologia e la complessità degli esami di diagnostica per immagini sono notevolmente aumentate nel corso degli ultimi anni, di pari passo con l'evoluzione tecnica delle moderne metodiche di imaging (ecografia, TC, RM). Vi sono quindi, rispetto al passato maggiori "opportunità di errore" (diagnosi ritardate o sbagliate, scambi di esami o di paziente, smarrimenti di esami precedenti, reazioni avverse al mezzo di contrasto, ecc.), con conseguenze anche di notevole gravità per il paziente. A seguito di analisi di eventi significativi occorsi in ambito radiologico, nonché data la numerosità di Incident Reporting registrati sul medesimo tema, al fine di valutare l'adesione degli operatori alle buone pratiche di identificazione degli utenti in ambito diagnostico, l'Azienda Usl della Romagna e l'IRST di Meldola hanno individuato nella metodologia dell'Osservazione Diretta, lo strumento di risk assesment utile a comprendere le motivazioni che sottendono a determinati atteggiamenti/comportamenti, al fine di poter individuare barriere di sicurezza che agevolino comportamenti idonei tra gli operatori. L'osservatore, adeguatamente formato, attraverso una apposita scheda per l'osservazione diretta corredata di relativi materiali a supporto, effettua l'osservazione guidata dei comportamenti in ambito della diagnostica per immagini, registrando eventuali incongruenze rispetto alla corretta modalità di identificazione dell'utente/sede/lato.	

AZIENDA/STRUTTURA: AUSL della Romagna
TITOLO ESPERIENZA: Telemedicina diagnostica EEG a domicilio per pazienti fragili con necessità speciali neurologiche
Referenti esperienza

Davide Miserocchi - davide.miserocchi@auslromagna.it

Strategie/obiettivi OMS

4. Consentire ai pazienti e alle famiglie di impegnarsi attivamente con gli operatori sanitari e i leader dell'assistenza sanitaria per migliorare i processi diagnostici.

Ambito

 Ospedaliero

 Territoriale

 Ospedale-territorio
Abstract

Telemedicina Diagnostica Elettroencefalografia a Domicilio per Pazienti Fragili. Nel 2021, presso il Servizio di Neurofisiopatologia Ravenna, è stato avviato il progetto di diagnostica EEG a domicilio per pazienti fragili con esigenze specifiche neurologiche. L'obiettivo principale era garantire un accesso specialistico ai pazienti più fragili che avrebbero avuto enormi difficoltà nell'accedere all'ospedale, in particolare durante la pandemia. Dopo la fase iniziale avviata nel 2021, fino ad oggi sono stati eseguiti 53 elettroencefalogrammi a domicilio e nelle CRA e/o RSA, dimostrando un significativo impatto nel raggiungimento dell'obiettivo.

Le risorse tecnologiche e umane sono le stesse utilizzate in ospedale, con un Tecnico di Neurofisiopatologia che esegue l'esame e un elettroencefalografo portatile a batteria collegato in VPN al server ospedaliero. L'autovettura aziendale è stata messa a disposizione con costi carburante esigui. Questo servizio ha consentito al Tecnico di Neurofisiopatologia di eseguire la diagnostica direttamente presso la dimora del paziente e al neurologo, al bisogno, di intervenire online dall'ospedale (telemonitoraggio), permettendogli di prendere le decisioni terapeutiche più pertinenti in maniera tempestiva, il tutto in maniera certificata seguendo la normativa vigente. Tra i risultati più significativi c'è la riduzione degli spostamenti dei pazienti con disabilità maggiori per esami diagnostici mirati alla funzionalità cerebrale, migliorando la comodità e la qualità di vita di questi ultimi e dei loro caregiver. Questo progetto ha garantito accesso anche a quei pazienti che altrimenti avrebbero trovato difficile, o impossibile, raggiungere l'ospedale a causa della loro condizione clinica, come paresi, epilessia di grado particolare oppure grave esito di ictus cerebrale.

AZIENDA/STRUTTURA: AUSL della Romagna	
TITOLO ESPERIENZA: Screening nutrizionale: percorso integrato fra l'Unità Operativa di Oncologia e il Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica Ospedaliera per la presa in carico del paziente oncologico malnutrito o a rischio di sviluppare malnutrizione	
Referenti esperienza Stefano Tamberi - stefano.tamberi@auslromagna.it -	
Strategie/obiettivi OMS 1. Aumentare la consapevolezza globale degli errori nella diagnosi che contribuiscono al danno del paziente e sottolineare il ruolo fondamentale di una diagnosi corretta, tempestiva e sicura nel migliorare la sicurezza del paziente.	
Ambito	
Ospedaliero	<input checked="" type="checkbox"/>
Territoriale	<input type="checkbox"/>
Ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract La presa in carico globale del malato oncologico, fin dall'inizio del percorso terapeutico, prevede un approccio multidisciplinare sostenuto da un'organizzazione delle attività che garantiscano sia il miglior trattamento antitumorale, sia un precoce riconoscimento di ulteriori bisogni del malato. Lo screening nutrizionale eseguito a tutti i pazienti che accedono al DH/ DSA Oncologico si propone di individuare gli assistiti con rischio di malnutrizione per consentirne il riconoscimento e il trattamento precoce. Lo screening nutrizionale viene eseguito inoltre per tutti i pazienti ricoverati in Oncologia, al fine di individuare precocemente i pazienti a maggior rischio di malnutrizione e garantire una tempestiva presa in carico da parte del nutrizionista. Questo strumento permette di escludere da valutazioni più approfondite i pazienti malati normonutriti e di programmare controlli ravvicinati e/o una valutazione nutrizionale più approfondita per quelli a rischio di malnutrizione, anche al fine di un precoce trattamento.	

AZIENDA/STRUTTURA: AUSL della Romagna	
TITOLO ESPERIENZA: Prestazioni di radiologia territoriale/domiciliare in pazienti fragili	
Referenti esperienza Servadei Giorgia – giorgia.servadei@auslromagna.it	
Strategie/obiettivi OMS 4. Consentire ai pazienti e alle famiglie di impegnarsi attivamente con gli operatori sanitari e i leader dell'assistenza sanitaria per migliorare i processi diagnostici.	
Ambito	
Ospedaliero	<input type="checkbox"/>
Territoriale	<input type="checkbox"/>
Ospedale-territorio	<input checked="" type="checkbox"/>
Abstract	
<p>In relazione al contesto epidemiologico e sanitario, aggravato dall'emergenza COVID 19, si è reso necessario ripensare alla fruibilità dei servizi verso il cittadino con fragilità e scarsa autosufficienza, progettando ed organizzando una ramificazione dei servizi sul territorio.</p> <p>Conseguentemente ai percorsi assistenziali domiciliari già avviati, vi è l'esigenza di implementare a supporto degli stessi anche un setting diagnostico, limitatamente agli esami radiologici eseguibili con un'apparecchiatura RX portatile. La radiologia domiciliare comprende tutte le procedure finalizzate all'esecuzione di esami radiografici tradizionali eseguibili presso il domicilio o una struttura di residenza sanitaria assistita, del Paziente non deambulante e/o non trasportabile sulla base di valutazioni cliniche. Pertanto, l'indagine radiologica effettuata presso il domicilio del Paziente o presso una struttura di residenza sanitaria assistita, rappresenta una soluzione meno gravosa per il Paziente e onerosa in termini di costi, con eguali livelli di accuratezza diagnostica e sicurezza.</p> <p>Il servizio di Radiologia Domiciliare è da considerarsi complementare e non sostitutivo rispetto ad un servizio di radiodiagnostica tradizionale, circoscritto a condizioni per le quali le limitazioni tecnologiche non comportino una diminuzione della qualità dell'esame stesso e per i casi in cui le condizioni cliniche della persona rendano meno gravoso effettuare l'esame a domicilio piuttosto che in ambiente ospedaliero. Tale progettualità rappresenta quindi una valorizzazione della risposta assistenziale territoriale, rafforzando e sostenendo il processo di umanizzazione delle cure. Il progetto prenderà avvio a far data dal 1° settembre 2024.</p>	

CONTATTI

Email: centrorischiosanitario@regione.emilia-romagna.it