



**Arezzo, 30/11/2021, 14.30-18.30 RISK FORUM MANAGEMENT, SALA REDI. Atti della sessione:**  
**GARANTIRE LA SICUREZZA DEI PAZIENTI E DEI PROFESSIONISTI SANITARI, UN IMPERATIVO PER LA FNO TSRM E PSTRP: innovazioni nella gestione del rischio nel territorio, nuove proposte e strategie per il futuro.**

**Dott. O. Nicastro - Coordinatore della Sub Area Rischio Clinico della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.**

**Attività e prospettive di sviluppo del sistema per la sicurezza delle cure: focus sul territorio.**

L'Italia ha attraversato e sta tuttora vivendo un momento difficile per fronteggiare l'epidemia COVID-19; in questo contesto è importante apprendere da quello che si sta vivendo e capitalizzare l'esperienza per rendere ancora più saldo il Servizio Sanitario Nazionale. Come evidenziato nel recente congresso nazionale FNO TSRM e PSTRP, un aspetto fondamentale è quello della memoria, intesa come riferimento e come valore; i professionisti e le organizzazioni sanitarie nei prossimi anni avranno il dovere di organizzare la memoria, non disperderla e alimentarla. Quando si uscirà definitivamente dall'epidemia occorrerà trovare la necessaria lucidità per esaminare quanto è successo come quando si analizza un evento avverso, con la prospettiva del miglioramento.

In questa fase è necessario continuare ad applicare gli strumenti per la gestione del rischio, quali ad esempio: elaborazione di Piani Programma aziendali per la Sicurezza delle cure, utilizzo dell'incident reporting per la raccolta delle segnalazioni di interesse per la sicurezza di attività connesse alla gestione COVID-19, effettuazione di visite per la sicurezza/safety walk round, osservazioni dirette sul campo, analisi di processo.

Occorre anche cogliere tutte le occasioni di lavoro sinergico negli organismi istituzionalmente deputati, come l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, dare piena funzionalità ai Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, garantire la presenza della funzione di risk management in tutte le strutture e articolazioni organizzative erogatrici di prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

Nel contesto attuale, inoltre, l'assistenza sanitaria territoriale rappresenta uno dei cardini centrali nell'ambito della Missione 6 -Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

(PNRR); la riforma dei Servizi sanitari di prossimità ha l'obiettivo di definire una nuova strategia, avente alla base un assetto istituzionale condiviso, che consenta al Paese di conseguire livelli assistenziali adeguati e che consideri il SSN come parte di un più ampio sistema di welfare comunitario. Ci si prefigge di definire standard organizzativi qualitativi e tecnologici per l'assistenza territoriale e particolare attenzione dovrà essere riservata ai requisiti relativi alla sicurezza delle cure. I tre interventi principali riguardano le Case della comunità, come luogo della presa in carico delle persone e della collettività, il potenziamento dell'assistenza domiciliare e della telemedicina, le Cure Intermedie con gli Ospedali di comunità. Tutti questi interventi necessitano di una specifica attenzione agli aspetti correlati alla sicurezza; sia in fase di progettazione che di attuazione è necessario prevedere specifiche analisi per individuare i pericoli insiti nei cambiamenti clinico organizzativi e l'applicazione degli strumenti tipici della gestione del rischio sanitario.

### **Dott. R. Tartaglia - INSH (Italian Network for Safety in Healthcare).**

#### **Sicurezza delle cure: quali lezioni abbiamo appreso dalla pandemia**

Alla fine della prima ondata pandemica, l'Italian Network for Safety in Healthcare e la International Society for Quality in Health Care hanno svolto una survey che ha coinvolto gli operatori della qualità e sicurezza delle cure di 96 paesi. Le domande riguardavano come era stata gestita la pandemia nei loro paesi e hanno investigato varie aree (territorio, ospedali, comunicazione istituzionale e protezione dei lavoratori).

Hanno risposto al sondaggio un totale di 1131 operatori. Le risposte provenivano da tutte e sei le regioni dell'OMS e la maggioranza di loro aveva 10 o più anni di esperienza nel settore sanitario e quasi la metà erano medici. Con il progredire della pandemia, la maggior parte dei paesi ha istituito una task force di emergenza, sviluppato canali di comunicazione con i cittadini, organizzato servizi sanitari per far fronte e mettere in atto misure appropriate (ad esempio percorsi per i pazienti COVID-19 e procedure di test, screening e tracciamento). I paesi sud-orientali e il medio oriente, forse memori di precedenti epidemie (SARS e MERS), hanno risposto più rapidamente degli altri a questa emergenza. I paesi dell'area del pacifico occidentale hanno dimostrato una buona gestione territoriale. La gestione della comunicazione ha mostrato delle criticità in Europa e America, aree che hanno anche dimostrato tempi più lenti di reazione alla pandemia. La gestione della pandemia in Italia è risultata in linea con gli altri paesi europei anche se è stato il primo paese duramente colpito.

Gli ospedali di tutti i paesi hanno fatto fronte con grandi difficoltà a questa malattia così insidiosa e pericolosa e gli operatori, all'inizio non sufficientemente protetti, hanno pagato un prezzo molto alto in vite umane.

Miglioramenti sono assolutamente necessari per poter anticipare questi eventi catastrofici. I risultati di questa survey sono stati presentati al Forum Risk management 2021 e sono stati pubblicati su Int Journal for Quality in Health Care.

(2020, 00(00), 1–10 doi:10.1093/intqhc/mzaa139).

### **Dott. R. Andreussi - Coordinatore nazionale gruppo SP&PA FNO TSRM e PSTRP.**

#### **Il Sistema di Protezione (SP&PA) nelle proposte della FNO TSRM e PSTRP**

Il 6 Aprile '18 il Consiglio Nazionale della FNO TSRM e PSTRP ha istituito la Commissione SP&PA (Sistema di Protezione e Polizza assicurativa) per fornire ai professionisti un aiuto concreto per una pratica professionale più sicura (pazienti e operatori) e di qualità. L'organizzazione investe tre aree di competenza e attività:

- **Protezione:** coordinamento generale, promozione e diffusione della Convenzione assicurativa attivata dalla FNO; monitoraggio e sviluppo delle caratteristiche e dei servizi offerti dall'Assicuratore; raccolta, elaborazione ed analisi dei dati dei sinistri.

- **Prevenzione:** informazione, formazione, orientamento, organizzazione e consulenza specifica per la riduzione dell'esposizione al rischio; collaborazione con le Associazioni scientifiche (TS) per la promozione e la revisione periodica delle buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni delle linee guida.

- **Difesa:** formazione e coordinamento dell'attività dei consulenti e periti incaricati dai Giudici nei processi (civili e penali); monitoraggio delle sentenze sulla responsabilità professionali dei professionisti.

La polizza in convenzione è, nel contempo, strumento di protezione (mutualità) e di raccolta informazioni (reporting and learning).

Promuovere lo SP&PA è diffondere uno strumento essenziale di una comunità intelligente, corresponsabile e matura, è offrire ai professionisti il miglior ausilio possibile sia nella prevenzione dei sinistri che nella gestione degli stessi: sia in senso assicurativo che giudiziario.

**Avv. Laila Perciballi - Referente per le relazioni con la cittadinanza e la promozione dei valori dell'ordine della FNO TSRM E PSTRP.**

**Sicurezza delle cure e della persona assistita nella Costituzione etica della FNO TSRM e PSTRP**

Nel maggio 2019 è nato il progetto denominato "Etica, deontologia e responsabilità professionale quali comune codice denominatore" voluto dalla Fno Tsmr e Pstrp per realizzare la Carta Comune dei valori delle 19 professioni sanitarie dando attuazione all'art. 4 Legge 3/2018. Nel corso dei lavori, è arrivato il terribile virus che ha seminato morti sia tra i curati sia tra i curanti spesso a causa della mancanza dei dispositivi individuali di sicurezza, nonché per le politiche sbagliate di tagli alla sanità degli ultimi venti anni. Durante la pandemia, la Commissione ha preso ancora più coscienza dell'importanza del proprio ruolo e del profondo significato del cammino intrapreso e, coltivando quotidianamente il rispetto e la cooperazione inter-professionale e multiprofessionale, ha inteso affermare la "centralità della persona" ed il diritto alla "salute", anche attraverso la "sicurezza delle cure", e su questa via, ha cercato di restituire effettività ai principi fondamentali di Universalismo, Uguaglianza e Solidarietà riconoscendo il diritto di "ogni persona di accedere, anche con l'uso delle tecnologie digitali, al servizio sanitario nazionale, comunque organizzato e articolato sul territorio" (art.17). La Commissione non ha sprecato questa crisi ed ha dato una risposta resiliente e pragmatica introducendo il concetto di **sicurezza** (legge 24/2017) come **valore** in molti passaggi della **Costituzione etica**, partendo dalla stessa definizione di salute (art.14) ove si afferma che <<**La salute è una condizione dinamica di benessere fisico, mentale, spirituale, sociale e ambientale**, non mera assenza di malattia. La tutela della salute è diritto fondamentale della persona e interesse della comunità. **Elemento di garanzia è la sicurezza delle cure**>>. Su questa via, all'art.2) si sottolinea che il professionista sanitario <<**promuove la sicurezza delle cure**, interviene nel rispetto delle specifiche competenze, sulla base delle evidenze scientifiche, tiene conto delle raccomandazioni espresse nelle linee guida e delle buone pratiche>>. Nell'ambito della "**Ricerca**" (art.7) **quando questa** <<comporti la **sperimentazione clinica** con la persona, il **professionista sanitario protegge la dignità e la sicurezza di chi vi partecipa.**>> Ed ancora, la responsabilità del professionista sanitario nei confronti della persona assistita (art.9) <<è basata su competenze tipiche, specifiche e non delegabili, mantenute nel tempo, che garantiscano la protezione della salute e la sicurezza.>> Inoltre, <<Il professionista sanitario promuove lo sviluppo e l'incremento **della sicurezza delle cure**, persegue il potenziamento

dell'organizzazione sanitaria attraverso la ricerca, le evidenze e le informazioni scientifiche.>> (art.15). Ed ancora ai tempi delle fake news, dei no vax e dei no green pass, si è anche detto che <<la comunicazione del professionista sanitario al pubblico contiene unicamente **informazioni inerenti la qualità e la sicurezza degli interventi**, escluso qualsiasi elemento di carattere promozionale o suggestivo, a tutela della dignità della persona nonché della salute individuale e collettiva. Il professionista sanitario impronta la propria comunicazione ai criteri di evidenza, appropriatezza e sostenibilità, promuovendo e attuando un'informazione sanitaria accessibile, trasparente, rigorosa e prudente, fondata sulle conoscenze scientifiche acquisite e non divulgando notizie atte a suscitare o ad alimentare illusioni, false aspettative o timori infondati ...>> (art.25). Ed ancora, ai tempi della fragilità e vulnerabilità globale, la società ha colto le opportunità della **sanità digitale** per abbattere le barriere del distanziamento e dell'isolamento, ma è necessario che <<Il professionista sanitario acquisisca e aggiorni la competenza per l'utilizzo degli strumenti digitali e la adatti ai bisogni di salute della persona, anche nella relazione di cura mediata dalla tecnologia. L'ambiente digitale richiede al professionista sanitario una specifica e attenta applicazione dei principi etici, anche nello sviluppo dell'intelligenza artificiale in sanità. **Nell'uso e gestione delle tecnologie digitali garantisce sicurezza e riservatezza.** (art.40)>>. La **Costituzione etica**, si è vestita di digitale ed ambientale e, come auspicato dal Ministro Speranza, vuole essere una guida valoriale, ma anche pratica, dell'agire professionale attraverso il "fare", in sicurezza, in una quotidiana semina di valori e di relazioni, nel rispetto dei principi etici, soprattutto al fine di ispirare le azioni di investimento e di attuazione del PNRR.

#### **Dott.ssa M. Moscheni, Dott.ssa R. Massa - Assistente Sanitario.**

L' Assistente Sanitario (Area delle Professioni Tecniche della Prevenzione) è un operatore sanitario di "prossimità", di vicinanza al cittadino nelle varie fasi della vita, un professionista di comunità, capace di rispondere all'evoluzione del SSN, di cambiare per i nuovi bisogni, in grado di fare rete, in sinergia con tutti i professionisti della salute. Opera sia negli ospedali che negli ambiti territoriali (Consultori, Dipartimenti di igiene e sanità pubblica, scuole, centri vaccinali, servizi e agenzia del lavoro, ecc.).Tra gli ambiti del profilo, identifica i bisogni di salute sulla base dei dati epidemiologici e socio-culturali, individuandone i fattori di rischio biologici e sociali; sorveglia, per quanto di sua competenza, le condizioni igienico-sanitarie nelle famiglie, nelle scuole e nelle comunità assistite e controllo dell'igiene dell'ambiente e del rischio infettivo. Queste competenze sono risultate determinanti nella Pandemia da Covid-19 e l'applicazione di una Swot Analysis, alla fine del 2020, ha posto in evidenza proprio i **vantaggi**, i punti di forza (*Strengths*) dell'impiego del professionista, già esperto di tecniche e strumenti di contenimento del rischio infettivo (Inchieste epidemiologiche, contact tracing, diagnosi comunitaria, vaccinazioni, profilassi, educazione sanitaria, telesorveglianza, ecc.), analogamente agli *handicap* (punti di debolezza, es. mancato coinvolgimento nelle task force..) e alle eventuali *minacce* (es. scambiare l'uso dello strumento per il metodo), nonché le vecchie e nuove *opportunità*. Alla Salute è dedicata la Missione 6 del PNRR con un approccio "One-Health" come riferimento per una riforma che definisca un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico. Viene potenziata la prevenzione e l'assistenza tramite l'integrazione tra i servizi sanitari, sociali e digitalizzazione. Pertanto le nuove strategie riguardano: una nuova partecipazione e cooperazione; trasformare le opportunità in vantaggi; trasformare gli handicap in opportunità; elidere o limitare le minacce; essere protagonisti attivi della prevenzione.

## **Dott. L. Pignalosa, Dott. M. Lembo - Tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro.**

Il contributo dei Tecnici della Prevenzione all'interno dei "team coronavirus" è stato quello di svolgere indagini epidemiologiche per l'analisi dell'andamento dei contagi in riferimento al territorio di competenza, rilevando i pazienti positivi e le guarigioni così da poter esaminare in modo analitico l'efficacia delle misure prese per contenere la pandemia. Altre attività sono state l'invio delle prescrizioni per l'isolamento dei casi positivi e per le quarantene dei contatti stretti, la produzione delle attestazioni di guarigione, la gestione degli spostamenti dei casi e dei contatti ed il rientro dall'estero. Per quanto riguarda gli ambienti di lavoro pubblici e privati, il Tecnico della Prevenzione è stato impiegato nell'attività di aggiornamento del Documento di Valutazione dei Rischi, per i protocolli di sicurezza anti-contagio COVID-19 e nell'attività di formazione e accertamento della rispondenza dei DPI da utilizzare. I Tecnici della prevenzione operanti nei Servizi del Dipartimento di Prevenzione con compiti di vigilanza hanno inoltre accertato sul territorio la concreta applicazione dei protocolli da parte dei datori di lavoro. In seguito a questa esperienza è possibile avanzare le seguenti proposte: 1) Migliorare aspetti sulla gestione delle emergenze. 2) Migliorare comunicazione verso la popolazione con particolare attenzione per gli aspetti comportamentali in relazione all'igiene, fondamentali per contenere i contagi: ad esempio, differenza e corretto utilizzo DPI, distanziamento, corretta aerazione. 3) Promuovere educazione sanitaria già nelle scuole parlando del concetto di prevenzione e comportamenti idonei per ridurre il rischio di infezioni (lavaggio mani, DPI, distanziamento), utili non solo per combattere SARS-CoV-2 ma anche gli altri microrganismi patogeni.

## **Dott.ssa A. Cabrini - Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico.**

Dall'esperienza della pandemia da Covid-19, sono scaturite le principali necessità per affrontarla da parte delle professioni sanitarie ed in particolare dalla figura professionale del **Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico**. Nell'ambito del contesto in cui svolge il suo ruolo, si è reso necessario **potenziare i laboratori** in modo strutturato ed organico, dando la priorità all'aumento ed implementazione della dotazione tecnologica dei servizi per disporre di un sistema gestionale informatizzato e integrato che si interfacci con altri sistemi informativi, per mettere in rete dati clinici e di laboratorio oltre che per attivare una rapida comunicazione tra figure professionali e contesti diversi (Laboratori, MMG e ASL). Le nuove caratteristiche epidemiologiche della popolazione, le nuove fragilità e in questo periodo la necessità di far fronte alla pandemia da COVID-19, richiedono un Modello Assistenziale orientato verso un'offerta territoriale che valorizzi un approccio più focalizzato alla vita quotidiana della persona: il paziente al centro del percorso di cura, puntando all'integrazione e alla personalizzazione dell'assistenza con l'intervento di più professionalità. E' pertanto necessaria l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali con Équipe multiprofessionali territoriali con varie figure professionali tra cui all'interno il TSLB (es. nelle Case della Salute o di Comunità). La **presenza del TSLB sul territorio**, all'interno delle equipe multiprofessionali delle Case della Salute, garantirebbe il corretto utilizzo in questi contesti di piccole stazioni diagnostiche Point of Care Testing (POCT) con connessione diretta con il MMG e/o i medici specialisti ospedalieri, con la finalità di intercettare in maniera proattiva il bisogno di salute e di garantire il monitoraggio dei pazienti cronici ed il follow up dei pazienti dimessi dalle strutture ospedaliere per acuti. A supporto dell'implementazione delle strutture diagnostiche territoriali, per il TSLB diventa nodale **l'abilitazione al prelievo** in quanto prodromica all'esecuzione di analisi di laboratorio e fondamentale nella fase della pre-preanalitica. La garanzia della qualità analitica e della comparabilità dei risultati, oltre alla tracciabilità e consultabilità dei dati

analitici prodotti, rende cruciale il ruolo del TSLB all'interno di un contesto multiprofessionale di moderna sanità territoriale finalizzata alla presa in carico proattiva del paziente, soprattutto se cronico, tipico della **sanità di iniziativa**.

**Dott.ssa E. Brevini, Dott. B. Buttà, Dott.ssa A. Francioso; Dott. D. Di Feo, Dott.ssa G. Mori -Tecnici Sanitari di Radiologia Medica.**

La Radiologia riveste un ruolo fondamentale nella diagnosi di patologie acute e croniche, risulta indispensabile per la pianificazione e programmazione di percorsi di cura appropriati.

È importante da subito rilevare che gli esami radiologici siano indispensabili e insostituibili per la diagnosi e cura di moltissime patologie e, in questo senso, che sia necessaria una continua ricerca e determinazione di percorsi diagnostici di riferimento basati sulle evidenze per garantire la qualità, la sicurezza e l'omogeneità delle cure. Attualmente la limitata accessibilità alle prestazioni diagnostiche e le difficoltà relative all'assistenza territoriale, sono percepite come le maggiori criticità per il cittadino. Anche lo screening mammografico ha avuto importanti ripercussioni in seguito alla pandemia da Covid-19 con una rilevante riduzione di adesioni (-15%) da parte della persona assistita anche in relazione alla paura di contagio. Il Tecnico Sanitario di Radiologia Medica (TSRM) pone come elementi indispensabili per il miglioramento dell'assistenza territoriale i seguenti obiettivi:

1. Costituzione di standard di riferimento basati sulle evidenze scientifiche (EBM-EBP)
2. Governo dei processi tecnico-diagnostici
3. Umanizzazione delle cure: patient engagement/empowerment.

Il TSRM intende mettere a sistema a livello nazionale le iniziative che in modo disomogeneo si sono diffuse localmente con particolare riguardo alla telemedicina, alla radiologia domiciliare e alla rete con i medici di famiglia per migliorare e semplificare la presa in carico dei pazienti.

**Dott.ssa R. B. Marianelli – Dietista.**

L'implementazione della sicurezza dell'assistenza e delle cure sul territorio richiede lo sviluppo e la condivisione di competenze e conoscenze multiprofessionali, unitamente alla creazione di una comunità di professionisti che, grazie allo scambio continuo delle informazioni e delle esperienze, producono qualità culturale e professionale in tal senso.

La sicurezza dell'assistenza e delle cure sul territorio viene infatti ben descritta nel PNRR nella coppia semantica "bisogni dei cittadini-assistenza di prossimità" che rinvia alla creazione di un sistema di governance strategico, coordinato e integrato per la prevenzione e gestione degli eventi avversi, compresi quelli correlabili all'alimentazione/nutrizione.

Come affermano Elio Borgonovi e Aleksandra Torbic nel Rapporto Oasi 2021, **la salute proattiva può essere garantita solo da un SSN che si pre-occupa di preparare le condizioni per essere sempre al passo con l'evoluzione dei bisogni.**

A tale proposito, si auspica quindi la presenza del Dietista di Comunità con competenze avanzate, ovvero capace di integrare le proprie competenze di alto livello tecnico-professionali, relazionali, comunicative e digitali con altri specialisti avanzati, all'interno delle **Centrali Operative Territoriali (COT) - intese come "spazio phygital"** - come membro del team multidisciplinare nel process management, **nelle Case della Comunità (CdC)** per semplificare il patient journey e la presa in carico di coorti sempre più ampie di

pazienti che associano bisogni sanitari (anche dietetico-nutrizionali) a quelli assistenziali e socio sanitari, negli **Ospedale di Comunità (OSCO)** per la presa in carico di pazienti dimessi dall'ospedale, ormai stabilizzati ma non ancora in grado di rientrare a domicilio (o viceversa), nelle **RSA** per la presa in carico di ospiti con bisogni socio-assistenziali complessi e, infine, al **domicilio** dei cittadini per supportare una continuità di cura- ben descritta, già nel 2002, da Robert Reid come continuità informativa, continuità relazionale e continuità gestionale - **tempestiva, coordinata e integrata**.

**Dott.ssa P. Pirocca, Dott.ssa E. Bettega, Dott. Angelo Papa, Dott. Fabio Bracciantini, Dott.ssa Chiara Baseotto, Dott.ssa Sonia Martinotta – Fisioterapisti.**

Le prestazioni di fisioterapia vengono erogate a livello territoriale da soggetti pubblici o privati attraverso diverse strutturazioni organizzative, alcune di queste (es. poliambulatori) sono soggette ad autorizzazione all'esercizio. Le prestazioni e i contesti fisioterapici vengono spesso declinati come a basso rischio in quanto considerati non complessi e quindi non capaci di produrre eventi significativi per il paziente. Tuttavia, non per la natura delle prestazioni effettuate, ma per le modalità tramite cui vengono erogate, le cure fisioterapiche territoriali devono essere considerate parte di un sistema dotato di complessità e quindi suggestivo di attenzione dal punto di vista della sicurezza del paziente. In ambito fisioterapico, gli attori della sicurezza sul territorio possono essere sinteticamente descritti in: policy maker, gestori delle organizzazioni e fisioterapisti operanti sul campo. Ogni soggetto ha degli strumenti a proprio uso per diffondere la cultura e perseguire elevati livelli di sicurezza, tra questi i requisiti autorizzativi (definiti a livello di policy) e le linee guida (LG, strumenti operativi per il professionista). Ma come definire la bontà di questi strumenti? Uno studio condotto in collaborazione con il Dipartimento di politiche sanitarie e Socio sanitarie della Provincia di Trento, ha tentato di definire attraverso una revisione sistematica delle Linee Guida e un consenso tra esperti (tramite Nominal Group Technique) quali aspetti sono essenziali per poter parlare di fisioterapia ad alta affidabilità (definendo requisiti autorizzativi formali e sostanziali) e qual è, attualmente, la reale capacità di indirizzo delle Linee Guida nella pratica dei fisioterapisti. I risultati hanno dimostrato come i benefici in termini di decisioni e pratiche efficaci delle Linee Guida sono proporzionali alla loro qualità, che peraltro risulta essere subottimale. Al fine della definizione dei requisiti autorizzativi il coinvolgimento strutturato degli stakeholder pare ad oggi lo strumento migliore. Serve quindi definire attentamente i requisiti autorizzativi e stimolare le società scientifiche a produrre Linee Guida utili a guidare la pratica dei fisioterapisti e incoraggiare, anche a livello di singolo studio professionale, una vera cultura della sicurezza.

**Dott.ssa C. Scarton e Dott.ssa G. Errica - Logopedisti.**

L'innovazione nella gestione del rischio nel territorio, come negli obiettivi programmatici del 16° Risk Forum Management, passa attraverso la grande sfida della cronicità, l'apertura a nuovi modelli organizzativi, nuove modalità di flussi informativi e, come Logopedisti, aggiungiamo anche nuovi flussi comunicativi.

Nella rete sanitaria capillare sul territorio, per un approccio proattivo e la continuità della presa in carico della popolazione, riteniamo necessario pensare ad un sistema che non attenda che il paziente espliciti il bisogno ma lo prenda in carico appena viene intercettato, lo tenga in carico, lo guidi nei suoi bisogni con un percorso personalizzato, un passaggio quindi da una "Logopedia d'attesa" ad una "Logopedia d'iniziativa".

Nell'assistenza Domiciliare: il logopedista potrebbe garantire in modo appropriato e in tempi adeguati il soddisfacimento dei bisogni del paziente e dei suoi familiari legati allo

specifico professionale, nonché contribuire allo sviluppo di strategie di supporto alla cronicità e all'autocura.

Nelle Case di Comunità: se l'attenzione è sulla comunità, si dovrebbe rispondere ad ogni bisogno di salute della persona, non solo assistenziale, ma anche riabilitativo, con il Logopedista che opera in un luogo totalmente dedicato a seguire "percorsi" non a fornire prestazioni.

Nell'Ospedale di Comunità: il Logopedista, con i pazienti cronici e fragili con prospettiva di rientro a domicilio, il Logopedista contribuirebbe alle prevalenti necessità di valutazione e trattamento dei deficit cognitivo- comunicativi e della deglutizione.

Nella Centrale Operativa Territoriale, dove è prevista l'interconnessione con tutte le strutture e servizi presenti sul territorio, la presenza del Logopedista permetterebbe di acquisire la visione dei bisogni riabilitativi, e non solo assistenziali, del paziente, e ne migliorerebbe le competenze nell'orientare il paziente ad un setting riabilitativo piuttosto che a un altro.

### **Dott.ssa L. Iannece - Terapista Occupazionale**

Uno degli obiettivi fondamentali dichiarati nel PNRR riguarda il **potenziamento dei servizi domiciliari** con un investimento che ha lo scopo di farsi carico, entro la metà del 2026, almeno del 10% della popolazione sopra i 65 anni con particolare attenzione ai pazienti con una o più patologie croniche o non autosufficienti. In altre parole, tra 5 anni nel nuovo assetto organizzativo la presa in carico del paziente dovrebbe iniziare direttamente a **CASA**. Ragionando in termini di sicurezza, purtroppo i dati riguardanti gli incidenti domestici evidenziano quanto la casa possa essere piena di pericoli e possa esporre a rischi chi vi abita. Rischi che aumentano esponenzialmente se in casa vivono persone anziane e/o con disabilità motorie, sensoriali, cognitive.

A fronte di cambiamenti fisiologici della vita o dell'insorgenza di patologie disabilitanti, andrebbe effettuata, in modo analitico, una **valutazione della sicurezza domestica**. Essa dovrebbe prevedere la valutazione della persona (delle capacità residue, delle potenzialità, del grado di autonomia e del livello di qualità di vita); l'utilizzo di eventuali ausili ed apparecchiature medicali; l'ambiente "umano", cioè le persone che circondano il paziente come i familiari ed i caregivers e l'ambiente strutturale, cioè la casa andrebbe valutata all'esterno ed all'interno, stanza per stanza, per ricercare eventuali pericoli e conseguentemente pianificare un intervento per eliminarli. Quello che gli americani chiamano l' **Home Safety Assessment**. Quest' ultima dovrebbe essere condotta da professionisti sanitari specializzati in tale ambito in un'ottica multidimensionale. I terapeuti occupazionali, con le loro competenze specifiche, potrebbero contribuire fattivamente alla valutazione ed all'implementazione di un piano di modifica domestica volto a massimizzare la sicurezza. La letteratura scientifica internazionale dimostra che la valutazione della sicurezza domestica e la pianificazione di un programma di modificazione ambientale da parte di un terapista occupazionale potrebbe: diminuire il declino della salute, ridurre gli incedenti domestici, aumentare il benessere, la partecipazione e la qualità della vita, ridurre i ricoveri ospedalieri e di conseguenza diminuire i costi per la sanità.

Le proposte per il futuro riguardano: l'incremento della **formazione sulla sicurezza** dei professionisti sanitari a livello accademico e dei **corsi di perfezionamento** in valutazione della sicurezza domestica; **l'inserimento del terapista occupazionale nei team territoriali**; la diffusione della **cultura della sicurezza** negli operatori e nei pazienti/familiari; l'accessibilità alle cure, la centralità e partecipazione attiva del paziente e dei familiari; la circolarità delle informazioni tra i vari protagonisti attraverso la digitalizzazione e l'incremento dell'utilizzo del teleconsulto e del telemonitoraggio.



**Garantire la sicurezza delle cure domiciliari** significa: avere professionisti sanitari specializzati, caregivers adeguatamente preparati e la **casa deve essere funzionalmente predisposta** ad accogliere le caratteristiche, i bisogni, le esigenze e le aspettative del paziente, della famiglia e dei caregivers.

### **Dott.ssa M. Covili - Educatore professionale**

L'educatore professionale è una figura regolamentata in Italia con D.M. 520/1998, con un profilo sanitario e sociale, che opera nei campi dell'educazione e della riabilitazione rivolgendo il proprio intervento alle persone, minori e adulti, in condizioni di fragilità e di vulnerabilità. Durante la pandemia da Covid-19 tutte le attività educative e socio riabilitative hanno subito un ridimensionamento e gli educatori professionali hanno rimodulato i propri interventi garantendo l'efficacia della relazione educativa e, nello stesso tempo, mettendo in sicurezza se stessi e le persone a cui si rivolge. Il distanziamento fisico ha ostacolato inizialmente una comunicazione efficace che gli educatori professionali hanno fronteggiato anche con l'utilizzo di nuove modalità di comunicazione, mediate da strumenti quali pc e telefono, garantendo l'efficacia del risultato, ovvero il benessere e la vicinanza sociale alla persona. Tali modalità sono ormai utilizzate nel quotidiano, affiancate a quelle tradizionali.

Ma l'emergenza sanitaria ha esposto la comunità a condizioni di vita e di lavoro del tutto nuove, esponendo i professionisti sanitari e socio-sanitari a situazioni di disagio e a fattori di rischio per la propria sicurezza personale nonché a stress prolungati, che possono avere un effetto duraturo sul benessere generale. La protezione e la promozione della salute mentale dei professionisti è elemento fondamentale e componente importante delle misure di sanità pubblica, pertanto occorre mettere in atto strategie volte a migliorare la comunicazione e l'organizzazione, garantire l'attività multiprofessionale e la valorizzazione dei professionisti al fine di promuovere e monitorare il benessere psicologico della comunità per prendersi cura di chi si prende cura.

### **Dott. A. Del Vicario, Dott.ssa A. Prete - Ortottisti**

L'esperienza pandemica ci ha costretti ad azioni reattive, necessarie a fronteggiare i nuovi scenari. Abbiamo garantito i Servizi essenziali, riaprendo, successivamente, con gradualità, in sicurezza, le attività professionali. Siamo riusciti ad implementare, in breve tempo, l'avvio di una transizione digitale che contemplasse, ove possibile, la "telegestione" dell'attività, anche attraverso un empowerment dei pazienti.

La fase successiva deve però avere una modalità proattiva che sappia programmare e pianificare. Gli Ortottisti si sono fatti promotori, grazie ad una collaborazione fra Cda Nazionale, Cda Territoriali e l'Associazione Tecnico Scientifica AIOraO (Provider nazionale ECM), del "disegno" di 6 progetti di screening declinati sul territorio per un guadagno concreto di salute. Il lavoro è oggetto di pubblicazione su "PRISMA", rivista edita da AIOraO, sarà tradotto in inglese per la divulgazione internazionale e per essere di riferimento della professione in Europa. La sicurezza e la qualità delle cure non possono prescindere dal contrasto all'esercizio abusivo della professione. Sono in fase di realizzazione una Job Description dell'Ortottista in sala operatoria, utile a potenziare la sicurezza in tale setting e una Survey che, coinvolgendo professionisti e cittadini, farà emergere i bisogni di salute ai quali rispondere.

Vedranno presto la luce anche dei brevi video sulla professione, che hanno l'obiettivo di far conoscere la professione e le sue potenzialità, a disposizione dei cittadini. Il livello formativo, raggiunto, dagli Ortottisti, gli consente di affrontare con sicurezza, ruoli d'interesse trasversali, ne sono dimostrazione le esperienze riportate dai relatori, nella gestione di Centrali Operative Territoriali.

**Dott. L. Traversone, Dott.ssa Enrica Alessandra Pagliari, Dott. Innocenzo Salvatore Secolo, Dott. Maurizio Volpini - Podologo**

L'innovazione per la gestione del rischio nel territorio parte dall'analisi delle lacune assistenziali portate in maggior evidenza dalla crisi sanitaria degli ultimi tempi.

La figura del podologo, anche se è prossima a compiere 30 anni dalla sua istituzione con il Dlg 509/92, è poco conosciuta, non solo dalla popolazione, ma anche da molti sanitari partendo dai medici di medicina generale, passando per gli specialisti fino anche agli stessi sanitari afferenti al medesimo ordine dei TSRM PSTRP.

Questa scarsa conoscenza, porta ad un aumento del rischio del paziente, poiché non sapendo a chi rivolgersi, o essendo indirizzato non correttamente, esso finisce da professionisti errati, anche non sanitari, contribuendo così anche ad un aumento dell'abusivismo della professione, o comunque non specializzati nelle patologie podaliche.

Lo stress a cui è stato sottoposto il SSN durante la crisi sanitaria, ha visto limitare l'attività di controlli e screening di pazienti portatori di patologie con alti rischi di complicanze al distretto piede come per esempio i pazienti diabetici e con artrite reumatoide, vedendo un aumento delle lesioni podaliche.

Queste due problematiche sopra citate, fortemente correlate tra di loro, vedono come proposte e strategie per il futuro, sia la divulgazione delle competenze del Podologo alla popolazione e a tutte le professioni sanitarie, sia implementare la figura del podologo al SSN, creando LEA specifici, e favorire un'integrazione pubblico-privato sfruttando la rete capillare sul territorio degli studi privati (prendendo ad esempio il modello della rete podologica Toscana DR 698/2016) per rafforzare la gestione di patologie che richiedono una continuità delle cure tal volta non realizzabile o difficilmente attuabile efficacemente.