

LA SANITÀ DIGITALE.

Gregorio Cosentino
Presidente ASSD

Laura Patrucco
Vicepresidente ASSD

**PROFESSIONI SANITARIE, CAREGIVER E PAZIENTI:
KNOW HOW, CRITICITÀ E SUPPORTO**



a cura della Commissione Donne ASSD





LA SANITÀ DIGITALE PROFESSIONI SANITARIE, CAREGIVER E PAZIENTI: KNOW HOW, CRITICITÀ E SUPPORTO

Il presente testo rientra nei progetti della Commissione Donne di ASSD.

Promosso da Commissione Donne ASSD:

Gregorio Cosentino - Presidente ASSD

Laura Patrucco - Vicepresidente ASSD, coordinatrice Commissione Donne ASSD

Coordinamento:

Teresa Calandra - Presidente FNO TSRM e PSTRP

Prefazione

a cura di **Gregorio Cosentino e Laura Patrucco**

Presidente e Vicepresidente ASSD

L'esperienziale incontra la tecnologia e i suoi caregivers

Il concetto moderno di salute si affianca inevitabilmente al digitale inteso come strumento per un orientamento sanitario all'avanguardia, creando opportunità e innovazione nei percorsi di accesso al sistema.

Un'equazione che va garantita secondo le leggi dell'utilizzatore e quindi con un'autonomia d'uso e cura.

La sanità digitale concepita al servizio della persona va doverosamente supportata da modelli in cui l'innovazione si declini all'organizzazione di sistema piuttosto che al rapporto con il cittadino/paziente, realizzando piena consapevolezza per una governance che supporti la tecnologia come forma di cura in sicurezza, garantendo un sempre più equo accesso ad un SSN socialmente democratico.

Il digitale è una rivoluzione se lo pensiamo come lo strumento per far crescere culturalmente sia le persone che gli operatori, con la formazione sinonimo di elemento sostanziale.

ASSD – Associazione Scientifica Sanità Digitale, in linea con la sua mission a carattere scientifico e formativo, prosegue nel promuovere la cultura della sanità digitalizzata accessibile perchè alfabetizzata, grazie all'autorevole contributo dei suoi Soci, professionisti che intrecciano competenza con esperienza, garantendo completezza informativa. Oggi ASSD si arricchisce anche della Commissione Donne ASSD, che ha fortemente voluto la creazione di questa guida, proprio con uno sguardo al femminile nell'accezione più inclusiva.

In tale consapevolezza è nato questo testo di approfondimento, pensato non solo per il personale sanitario, ma anche per i pazienti e i loro caregivers, nell'idea di trovare insieme ai protagonisti la soluzione alla cura più appropriata attraverso l'equazione dell'esperienziale con il tecnicismo, binomio strategico di multidisciplinarietà e progettualità.

Un testo che vorrebbe agevolare la best practice di un percorso di accesso alla salute digitalizzata, coinvolgendo e coprogettando strategie soprattutto umanizzate, come prodotto di piena consapevolezza digitale, per un concetto di cura sempre più permeato dalla tecnologia.

Un testo che possa sollevare la giusta curiosità a realizzare educazione digitale civica e garantire piena accoglienza verso una sanità digitale accessibile senza distinzione anagrafica, sociale e formativa. Al centro la salute di valore, con le giuste parole che contano, per una vera sanità informata.

La struttura del progetto che presenta un focus particolare sulla figura del caregiver declinata al mondo digitalizzato, ci ha resi consapevoli della stretta necessità di realizzare delle linee guida che possano trovare accoglimento favorevole da parte degli enti istituzionali, convinti del valore aggiunto di questa figura per la Comunità, figura che vada oltre la sfera familiare del paziente.

ASSD continua ad esserci, per invocare la bontà delle tecnologie che incontrano il cittadino, facilitando l'autonomia, sostenendo l'appropriatezza sanitaria e valorizzando l'interazione tra tutti i player coinvolti.

Buona lettura.

INDICE

PREFAZIONE

L'esperienziale incontra la tecnologia e i suoi caregivers	2
<i>(G. Cosentino, L. Patrucco)</i>	

PARTE PRIMA: CONOSCENZA DEI SERVIZI DI SANITA' DIGITALE DELLA CITTADINANZA

1. Azienda Unità Sanitaria Locale -AUSL FERRARA- Una innovativa fotografia sull'operatività sanitaria	6
<i>(S. Mancini)</i>	
2. Progetto: Questionario per rilevare il bisogno dei caregivers e pazienti	8
<i>(Commissione Donne ASSD)</i>	
3. Analisi dei risultati	12
<i>(A. Spreafico, S. Mancini)</i>	
4. Dietro alle risposte ci sono persone con storie personali, familiari, di fragilità, di cui avere cura ..	18
<i>(D. Orfeo)</i>	

PARTE SECONDA: RUOLO DEL PROFESSIONISTA SANITARIO

5. Ruolo del professionista sanitario; competenze tecnologiche, digitali e sicurezza delle cure a supporto dei pazienti e loro caregivers	21
<i>(A. Cabrini)</i>	
6. Il know how dei professionisti sanitari nelle diverse aree di attività ed ambiti utile ai caregivers e pazienti	25
<i>(D. Ashong, R.B. Marianelli, A. Saccani, D. Tomassi, L. Marotta, T. Rossetto, A. Del Vicario, I. Teobaldi, F. Baldin, M. Palmieri, M.E. Macera Mascitelli, M. Giacobbi, C. Bordieri, A. Varallo, V. Di Lorenzo, R. Famulari, C. Santonastaso, A. Angeloni, S. Cortese, S. De Lisa)</i>	

PARTE TERZA: L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA UTILE AL CAREGIVER E PAZIENTI FRAGILI O CON DISABILITA'

7. Il contributo dei dispositivi digitali per il coinvolgimento dei caregivers nella presa in carico degli utenti in Salute Mentale	91
<i>(Bardini V., De Lorenzo V., Famulari R., Stella G.)</i>	
8. Il concetto di cura e il complesso ruolo dei caregivers, tra limiti umani e opportunità digitali	95
<i>(V. Biondi)</i>	
9. Il percorso educativo "Terza età digitale" per rendere più efficace la telemedicina provincia di Rieti: L'esperienza della ASL di Rieti	101
<i>(A. De Luca)</i>	
10. Prendersi cura di chi cura ogni giorno: più attenzione al caregiver	103
<i>(A. Huscher)</i>	
11. Etica, deontologia e responsabilità professionale come comune codice denominatore nella sanità digitale e nella relazione tra professioni sanitarie, caregivers e pazienti	105
<i>(L. Perciballi)</i>	

CONCLUSIONI FINALI

<i>(T. Calandra, L. Patrucco)</i>	112
---	-----



Parte prima

conoscenze dei servizi di sanità digitale della cittadinanza

Stefania Mancini

Corporate Ambassador MAPS GROUP, Responsabile d'impatto I-TEL Società Benefit – Top 50 Women Tech InspiringFifty in collaborazione con AUSL di Ferrara per tramite del DG Monica Calamai

**1 Azienda Unità Sanitaria Locale -AUSL FERRARA-
Una innovativa fotografia sull'operatività sanitaria**

L'analisi dei dati (fig.1) che ci ha fornito l'AUSL di Ferrara per l'anno 2022 fa emergere considerazioni interessanti.

Nello specifico sono state prese in esame le seguenti patologie: diabete, BPCO e scompenso cardiaco; in aggiunta, sono stati analizzati anche i numeri dei pazienti affetti da tumore.

In totale sono stati verificati 10.658 pazienti di cui vediamo, nel seguito, il dettaglio.

Analisi di genere sui pazienti

- i pazienti seguiti sono più uomini che donne, ma la differenza è trascurabile (52,5% vs 47,5%)
- il ricorso al ricovero piuttosto che al day hospital, vede più uomini che donne, ma anche qui la differenza è dovuta all'indicatore precedente
- solo in un caso le donne superano gli uomini: nel day hospital per il tumore, se tra 0 - 64 anni

Un altro dato importante da evidenziare è che oltre il 78% dei pazienti totali seguiti dall' AUSL Ferrara ha 65+ anni.

Analisi di genere sulla tele visita

Il numero di tele visite è stato di 167 totali e tale tecnologia è stata utilizzata più dagli uomini che dalle donne (56,9% vs 43,1%) - interessante questo dato e le relative considerazioni che possono essere tratte anche in autonomia.

Analisi sull'alfabetizzazione digitale

Il dato in assoluto più importante è quello emerso sul Digital Divide: su 167 tele visite, 102 sono state effettuate da persone con 50+ anni (37 sono state effettuate da persone con 65+ anni).

Conclusioni

I dati e la relativa analisi suggeriscono le seguenti osservazioni:

- il numero dei pazienti cronici è in continuo aumento, dovuto anche all'aumento della sopravvivenza e al conseguente progressivo invecchiamento della popolazione
- la tele visita permette di migliorare la qualità di vita degli assistiti ("spostiamo i dati, non i pazienti")
- il digital divide sembrerebbe un falso problema, almeno nel territorio ferrarese.

AUSL FERRARA										
	TOT	Maschi	Femmine	%Maschi	%Femmine					
TELEVISITE - ambulatorio anno 2022										
n. tele visite disponibili in dialisiologia	82	29	53	44,0%	56,0%					
n. pazienti che hanno seguito a tele visite in dialisiologia	27	21	6	40,0%	60,0%					
n. tele visite in cardiologia in pazienti 0 - 64 anni	10	43	21	43,0%	57,0%					di cui 13 pazienti con 50+ anni
n. tele visite in cardiologia in pazienti 65+ anni	7	6	1	85,7%	14,3%					
n. tele visite disponibili in cardiologia	102	68	34	66,7%	33,3%					
n. pazienti che hanno seguito a tele visite in cardiologia	41	34	7	83,0%	17,0%					di cui 89 pazienti con 50+ anni
n. tele visite in cardiologia in pazienti 0 - 64 anni	46	31	15	67,4%	32,6%					
n. tele visite in cardiologia in pazienti 65+ anni	19	24	24	56,0%	44,0%					
TOTALI tele visite in pazienti 0 - 64 anni	101	54	47	53,5%	46,5%					
TOTALI tele visite in pazienti 65+ anni	66	62	20	94,1%	5,9%					
TOTALI GENERALI TELEVISITE	167	95	72	56,9%	43,1%					di cui 182 pazienti con 50+ anni
RICOVERI - ambulatorio anno 2022										
	TOT	Maschi	Femmine	Day Hospital	Emergenza	Ferrara	Day Hospital	% Maschi	% Femmine	
DIABETE n. pazienti 0 - 64 anni	614	325	289	373	15	26	61	58,8%	41,2%	diabete
DIABETE n. pazienti 65+ anni	1040	832	208	1005	25	20	41	59,8%	40,2%	diabete
BPCO n. pazienti 0 - 64 anni	19	10	9	18			1	52,6%	47,4%	BPCO
BPCO n. pazienti 65+ anni	105	59	46	56			5	49,5%	50,5%	BPCO
INSUFFICIENZA RENALE CRONICA n. pazienti 0 - 64 anni	162	104	58	147	9	6	11	69,8%	30,2%	insufficienza renale
INSUFFICIENZA RENALE CRONICA n. pazienti 65+ anni	1204	725	479	1140	15	9	24	57,5%	42,5%	insufficienza renale
SCOMPENSO CARDIACO n. pazienti 0 - 64 anni	96	71	25	91	1		1	26,8%	73,2%	scompenso
SCOMPENSO CARDIACO n. pazienti 65+ anni	1151	875	276	1150	1		1	49,6%	50,4%	scompenso
TUMORI n. pazienti 0 - 64 anni	1153	862	291	1140	87	126	213	68,2%	31,8%	tumori
TUMORI n. pazienti 65+ anni	3742	1674	1168	3035	401	306	707	55,7%	44,3%	tumori
TOTALI n. pazienti ricoverati 0 - 64 anni	2264	1072	901	1078	132	151	283	52,2%	47,8%	
TOTALI n. pazienti ricoverati 65+ anni	6394	3951	2443	7012	441	349	790	52,2%	47,8%	
TOTALI GENERALI RICOVERI	10658	5023	4635	9045	574	499	1073	52,5%	47,5%	

A cura della Commissione Donne ASSD

2 PROGETTO: Questionario per rilevare il bisogno dei caregiver e pazienti

L'Associazione Scientifica per la Sanità Digitale (ASSD) ha lanciato un monitoraggio per investigare quali siano le conoscenze dei servizi della sanità digitale della popolazione per ogni età e per i diversi livelli di scolarizzazione, con particolare attenzione ai "bisogni di salute della cittadinanza nell'alfabetizzazione digitale".

Il questionario è stato rivolto alle persone dall'età pediatrica agli anziani, dai fragili ai non autosufficienti, ai care-giver che, quotidianamente, si prendono cura delle persone con difficoltà.

QUESTIONARIO	
1) Età	Minore di 20 anni Tra 20 e 40 anni Tra 41 anni e 60 anni Maggiore di 60 anni
2) Sesso	M F Non voglio dichiararlo
3) Residenza	nord Italia centro Italia sud Italia e isole
4) Titolo di studio	scuola primaria (elementari) scuola secondaria di primo grado (scuola media inferiore) scuola secondaria di secondo grado (scuola media superiore) laurea
5) Quale di questi dispositivi possiede?	PC da tavolo PC portatile Notebook Smartphone Telefonino GSM TV Smart Nessuno PC + Smartphone PC + Smartphone + TV smart PC + Telefonino GSM Altri dispositivi digitali (campo libero)

QUESTIONARIO	
6) Conosce il significato di App, Account, Login, credenziali per accedere ai servizi sanitari?	Sì, benissimo No, ne ho sentito parlare, ma non conosco l'uso No
7) Il linguaggio e le parole utilizzate sui siti internet ritiene siano facilmente comprensibili? (es: per prenotare una visita, scaricare un referto, ecc)	Sì, Sì, ma si potrebbe snellire No, troppi termini in inglese, vorrei termini in italiano o con la traduzione a fianco
8) Riesce a prenotare da solo le visite e gli esami tramite i siti internet?	Sì Sì, ma solo se ho qualcuno che mi aiuta (familiare, conoscente, caregiver/persona di riferimento) No, devo recarmi in ospedale
9) Conosce SPID Sistema Pubblico di Identità Digitale e il suo significato d'uso?	Sì No
10) Se ha risposto Sì alla domanda precedente, ha attivato il suo SPID personale?	Sì No
11) Se ha risposto Sì alla domanda precedente, ha avuto difficoltà per ottenere il suo SPID?	Sì No
12) Se ha risposto Sì alla domanda precedente, ha dovuto chiedere aiuto a qualcuno? (familiare, conoscente, caregiver/persona di riferimento)	Sì, ad un familiare, conoscente, caregiver/persona di riferimento No, alla fine pur con difficoltà, sono riuscito da solo Non ho nessuno che possa aiutarmi Mi sono rivolto ad aiuti esterni (farmacie, uffici postali ecc)
13) In generale quante volte utilizza il sistema SPID per accedere?	Spesso Ogni tanto Raramente Mai
14) Come potrebbero essere migliorate le informazioni fornite per accedere allo SPID e ai suoi utilizzi? (campo libero)
15) Sa cosa sono i social network?	Sì No

QUESTIONARIO	
16)	Mediamente quanti social network segue o a quanti è iscritto (es. Facebook, Instagram, ecc)?
	1 2 Più di due Nessuno
17)	Consulta i socialnetwork, siti, blog o altro per temi che riguardano la salute?
	Spesso Ogni tanto Raramente Mai
18)	Consulta i siti internet istituzionali (es: Ministero della Salute, Regione, ecc) per temi che riguardano la salute?
	Spesso Ogni tanto Raramente Mai
19)	Sa cos'è la sanità digitale? Ne ha mai sentito parlare?
	Si No
20)	Ha già utilizzato un servizio di Sanità Digitale?
	Si No
21)	Se ha risposto Sì alla domanda precedente, quale servizio di Sanità Digitale ha utilizzato?
 (campo libero)
22)	Conosce il Fascicolo Sanitario Elettronico?
	Si No
23)	Nella sua regione è richiesta la Tessera Sanitaria (TS)/Carta Nazionale dei Servizi (CNS) per accedere ai servizi sanitari?
	Si No
24)	In generale quante volte accede ai servizi del Sistema TS (Tessera Sanitaria) /CNS (Carta Nazionale dei Servizi)?
	Spesso Ogni tanto Raramente Mai
25)	Conosce il servizio di Telemedicina/Teleconsulto?
	Si No
26)	Ha mai utilizzato un suo dispositivo digitale (smartwatch, smartphone, ecc.) per controllare il suo stato di salute?
	Si No

QUESTIONARIO	
27)	Ha mai utilizzato una Terapia Digitale (tecnologie che offrono interventi terapeutici o riabilitativi tramite programmi software/APP)?
	Si No
28)	Se ha risposto Sì alla domanda precedente, che software/APP ha utilizzato?
 (campo libero)
29)	Ha mai sentito parlare di Big Data sanitari?
	Si No
30)	Ha mai sentito parlare di PDTA, Piani Diagnostico Terapeutici Assistenziali, gestiti tramite software/APP?
	Si No
31)	Se ha risposto Sì alla domanda precedente, in quale circostanza ne è venuto a conoscenza?
 (campo libero)
32)	Considerando le Sue conoscenze attuali o la sua esperienza, desidererebbe approfondire le conoscenze su questi temi?
	Si No
33)	Fa parte di qualche gruppo on line di confronto/supporto/autoaiuto?
	Si No
34)	Crede che potrebbe esserle utile avere un supporto/aiuto on line?
	Si No

Stefania Mancini

Corporate Ambassador MAPS GROUP, Responsabile d'impatto I-TEL Società Benefit – Top 50 Women Tech Inspiring Fifty

Alberta Spreafico

Digital Health & Innovations Managing Director Healthware – Membro Comitato Scientifico ASSD

3 Analisi dei risultati

Nell'ambito dell'iniziativa, è stato chiesto anche alla Federazione Nazionale, Ordini TSRM e PSTRP di promuovere tale sondaggio presso tutti i professionisti iscritti agli albi ed agli elenchi speciali ad esaurimento degli Ordini territoriali affinché fossero anche facilitatori nei confronti dei pazienti/caregiver.

Ebbene, sono stati proprio questi ultimi i reali attori del sondaggio, in quanto hanno fornito una fotografia preliminare delle conoscenze e dei bisogni di formazione e informazione sull'accesso e l'utilizzo dei servizi digitali in sanità, per agevolare percorsi di istruzione e sostegno al fine di garantire "l'autonomia digitale" delle persone assistite e dei loro caregiver.

È stato raggiunto così un obiettivo primario di ASSD - promotrice, come stakeholder allargato nel contesto proprio della sanità digitale - e cioè realizzare un focus preciso su coloro i quali sono, di fatto, i reali interlocutori dei caregiver, con la loro profilazione e le loro necessità nel relazionarsi con pazienti/caregiver.

Le richieste del sondaggio

Possiamo identificare le seguenti macro-aree che sono state oggetto di verifica e raccolta dati:

- Informazioni anagrafiche – mirate a capire l'età, il genere, il territorio di appartenenza, il grado di scolarizzazione, il grado di alfabetizzazione digitale
- Informazioni sull'identità digitale – mirate a capire la reale diffusione dello SPID
- Informazioni sull'uso di internet e dei social network – mirate a capire la familiarità nell'utilizzo della rete
- Approfondimenti sulla Sanità Digitale – mirati a capire l'utilizzo di servizi digitali in Sanità

Informazioni anagrafiche

Un campione di oltre 500 professionisti, con un ruolo di caregiver familiare o facilitatore di pazienti e caregiver, iscritti alla Federazione Nazionale, Ordini TSRM e PSTRP hanno partecipato al sondaggio permettendo, quindi, di disporre di una base dati di sicuro riferimento e interesse.

Più della metà dei professionisti interpellati hanno tra i 41 e i 60 anni, il 31% ha tra i 20 e i 40 anni e il 17% ha più di 60 anni. Il 74% sono donne.

Il 56% proviene dal Nord Italia, il 30% dal Centro Italia e il 14% dal Sud Italia e Isole. 82% degli intervistati sono laureati e il 15% ha un diploma di scuola secondaria di secondo o terzo grado.

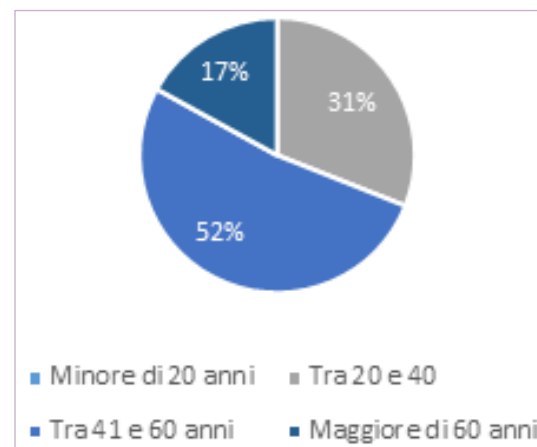


Figura 1 - Fasce di età degli intervistati

L'accesso a dispositivi digitali ad uso comune è diffuso nel campione. Il 64% del campione dichiara di possedere un personal computer, uno smartphone e una smart TV. Il 21% almeno un personal computer e uno smartphone. Oltre 300 persone hanno dichiarato di utilizzare quotidianamente almeno 3 dispositivi: PC, smartphone e smart TV; solo 3 persone hanno dichiarato di non usare quotidianamente dispositivi digitali (di queste 3, solo 1 non ha proprio dispositivi).

Il 92% dichiara di conoscere parole quali APP, Account, Login; il 90% dichiara di "capire" il linguaggio della rete internet, anche se più della metà osserva che il linguaggio potrebbe essere migliorato per essere più facilmente compreso; l'82% riesce in autonomia a prenotare visite ed esami su web.

Già solo da queste poche informazioni siamo in grado di perimetrare un bacino di persone con un alto grado di scolarizzazione ed un'ottima conoscenza di informatica di base.

Informazioni sull'identità digitale

Anche in questo ambito, le risposte raccolte dal sondaggio sono rassicuranti, rispecchiando un buon livello di conoscenza e utilizzo del Sistema Pubblico di Identità Digitale (SPID) da parte del campione.

L' 98% delle persone conoscono lo SPID e il 97% ha attivato uno SPID personale.

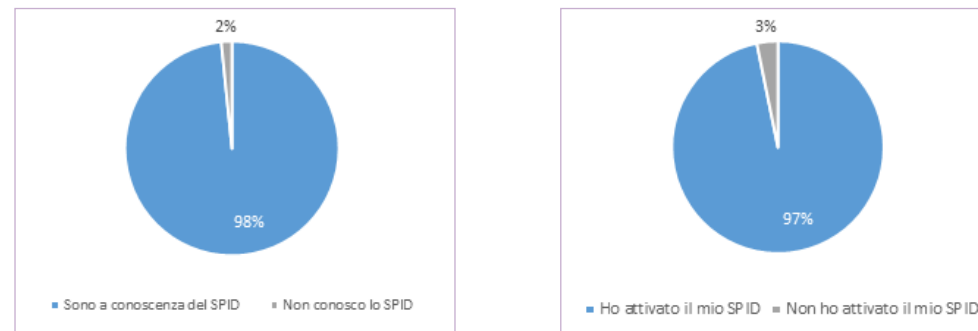
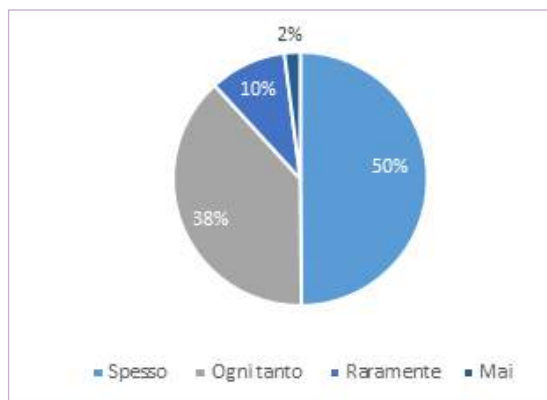


Figura 2 - a sinistra: conoscenza dello SPID; a destra: grado di attivazione del proprio SPID

Di queste ultime, oltre il 70% non ha avuto difficoltà nella procedura informatica da seguire. Tra il 30% che invece ha riscontrato difficoltà, quasi il 50%, è riuscito a superare le difficoltà e ad attivarlo in autonomia. Il 25% ha chiesto aiuto a un familiare o caregiver e il rimanente 25% si è rivolto ad aiuti esterni tra i quali uffici postali e farmacie. L'88% del campione utilizza spesso (50%) o ogni tanto (38%) lo SPID e solo il 10% raramente e il 2% mai.



◀ Figura 3 - Grado di utilizzo del proprio SPID

Una piccola cerchia di persone ha fornito tre suggerimenti per migliorare la diffusione dello SPID: formazione, snellimento dei passaggi da effettuare, rendere più semplice il linguaggio utilizzato.

Informazioni sull'uso di internet e dei social network

Le domande del sondaggio, in questo ambito, hanno voluto raccogliere alcuni dati sull'utilizzo generico del web.

Nello specifico, abbiamo la quasi totalità (98,8%) degli intervistati che sa cosa siano i social network, con la seguente suddivisione: il 19% segue/è iscritto ad 1 solo social network, il 32,3% ha 2 social network, il 36,9% ne ha più di 2, l'11,8% nessuno.

Mentre per l'utilizzo dei social network e, più generalmente, dei siti internet relativamente a tematiche riguardanti la salute: il 26,9% ha dichiarato di consultare spesso il web, il 43,2% ogni tanto, il 18,1% raramente e il 13% mai.

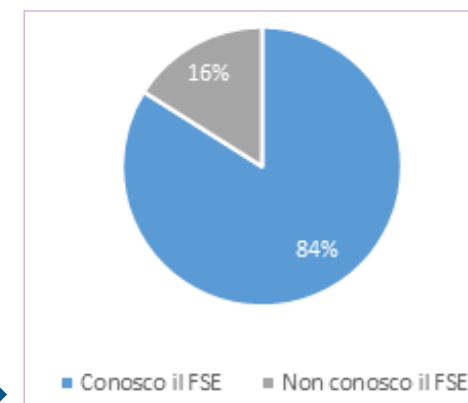
Approfondimenti sulla Sanità Digitale

Per questo argomento, le risposte del sondaggio vengono ulteriormente suddivise tra conoscenze di base e avanzate; vediamo il dettaglio.

Base – Le domande successive vogliono approfondire la tematica della Sanità. Il 78% del campione dichiara di conoscere il concetto di sanità digitale e il 40% di aver già utilizzato un servizio di sanità digitale.

I servizi che maggiormente utilizzati sono: il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e diverse prestazioni di telemedicina, tra cui le televiste, teleconsulti e la teleriabilitazione; oltre al CUP online e la telerefertazione.

In particolare, l'84% dei professionisti conosce il FSE; il 91% dichiara che nella propria regione di appartenenza è richiesta la Tessera Sanitaria per accedere ai servizi sanitari ma solo il 15% la utilizza spesso, il 44% ogni tanto, il 24% raramente e il 16% mai.



▶ Figura 4 - Conoscenza del FSE

Il 65% del campione dichiara di conoscere il concetto di telemedicina, in particolare le prestazioni quali la televista tra medico e paziente e il teleconsulto tra medici/professionisti sanitari.

Avanzate - Le domande successive vogliono approfondire la tematica della Sanità Digitale anche in termini di applicazioni più innovative

Esplorando ambiti più innovativi della sanità digitale, notiamo un calo di conoscenze e utilizzo.

Solo il 34% dichiara di aver mai utilizzato un dispositivo digitale (quali: smartwatch, smartphone, etc.) per controllare il proprio stato di salute e solo il 3% dichiara di aver mai usato una Terapia Digitale (DTx), intesa come software in grado di fornire ai pazienti interventi terapeutici di comprovata efficacia clinica. In particolare, i pochi che hanno dichiarato di aver utilizzato una DTx hanno soprattutto fatto riferimento a sistemi ad ansa chiusa ("closed loop") per la gestione del diabete, in grado di monitorare e regolare automaticamente l'erogazione di insulina in base al livello glicemico.

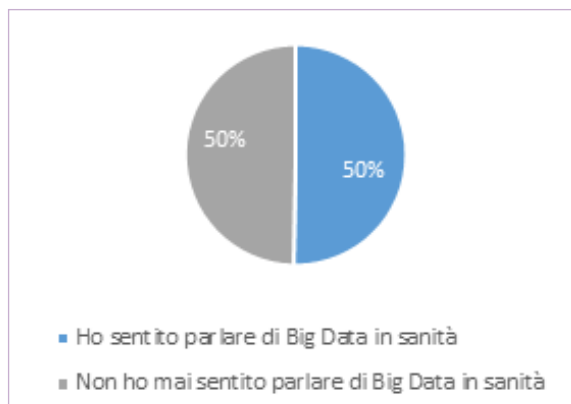


▶ Figura 5 - Esperienza di utilizzo di un dispositivo digitale per la salute

▶ Figura 6 - Esperienza di utilizzo di una terapia digitale



Solo un professionista sanitario su due dichiara di aver mai sentito parlare di Big Data sanitari e oltre il 56% dichiara di non aver mai sentito parlare di Piani Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) potenziati e gestiti tramite software.

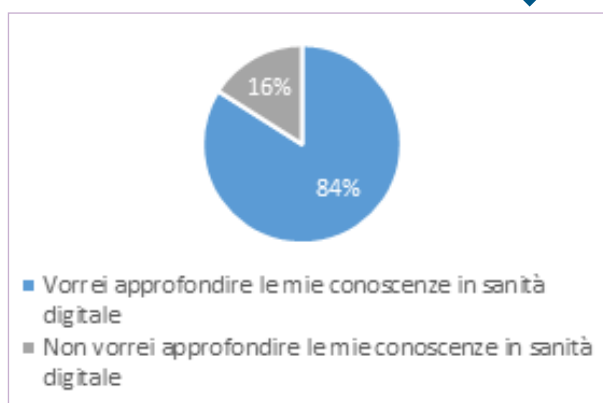


◀ Figura 7 - Conoscenza dei Big Data in sanità

Anche a fronte delle risposte precedenti, le domande conclusive hanno voluto indagare la volontà degli intervistati nel migliorare ed approfondire le proprie conoscenze in ambito Sanità Digitale.

L'84% dichiara di voler approfondire le proprie conoscenze relative alla sanità digitale e il 70% pensa che potrebbe beneficiare da gruppi di supporto e auto-mutuo-aiuto online.

Figura 8 - Volontà di approfondire le proprie conoscenze in sanità digitale



Conclusioni

Il dato in assoluto più importante – che tra l'altro coincide con quanto emerso nel territorio della AUSL Ferrara – è l'indicazione sul Digital Divide: i nostri intervistati, in maggioranza donne e nella fascia d'età 41 - 60 anni, sono strutturalmente ben predisposti e preparati sul tema dell'alfabetizzazione digitale, sono quindi in grado di navigare su internet, di consultare il web, di gestire un social e di avere un'identità digitale.

Sono ancora decisamente preparati su quelli che sono i servizi digitali di Sanità che permettono di interagire con le Aziende Sanitarie e Ospedaliere per quanto concerne: prenotazioni, referti, Fascicolo Sanitario Elettronico, televisite.

Se, invece, iniziamo a parlare di telemedicina, più o meno tutti sanno di cosa si tratti, ma in pochi la utilizzano perché solo il 34,5% risponde "sì" alla domanda sull'utilizzo di un dispositivo digitale per controllare il proprio stato di salute.

Il crollo, infine, si ha sulla domanda in merito alle Terapie Digitali, dove solo il 2,6% dichiara di averle utilizzate, fornendo esempi propri della sfera dei dispositivi medici da tempo presenti sul mercato rispetto al crescente numero di dispositivi medici software di comprovata efficacia clinica, quali app per il trattamento e gestione di diverse patologie e disturbi di salute.

Come detto in precedenza, comunque, emerge in modo determinato la volontà degli intervistati nel migliorare ed approfondire le proprie conoscenze in ambito Sanità Digitale, complice una fotografia che oggi vede un'Italia sempre più anziana con **un cittadino su quattro** che ha più di 65 anni, un anziano su due (cioè circa 7 milioni di persone) che nel 2019 dichiarava di avere una o più patologie croniche, e con una proiezione sugli over 65 che nel 2050 saranno il 34% della popolazione.

Un pensiero, infine, ai caregiver – oggi **8 milioni e mezzo** (17% della popolazione) – 900.000 lo fanno per mestiere (badanti), ma il resto sono familiari in maggioranza donne (di cui circa il **60%** ha abbandonato il lavoro per assistere chi ha bisogno).

Ebbene, le soluzioni digitali possono davvero fare la differenza per tutti ed è importante che tali piattaforme siano ben conosciute dai professionisti sanitari, oltre che da pazienti e da caregiver.

Daria Orfeo

Presidente associazione Ari/AnuovA odv

4

Dietro alle risposte ci sono persone con storie personali, famigliari, di fragilità, di cui avere cura

Il sondaggio è una fotografia che aiuterà a comprendere quali siano le conoscenze sui servizi della sanità digitale, quali sono gli strumenti utilizzati e con che facilità o criticità vi si accede.

Quello che il sondaggio non ci permetterà di capire è come ci si sente quando ci si deve prendere cura di se, di un familiare, di un amico; non indaga quanto ci si sente in difficoltà quando si deve accedere a dei servizi di sanità digitale, ad esempio per vedere immediatamente l'esito di un esame o per prendere un appuntamento e non ci si riesce, perché sopraffatti dall'ansia, anche quel poco che si aveva capito dei passaggi da fare, è ritornato nella nebulosa dei termini in inglese e delle istruzioni operative.

Comprendo che non è proponibile un questionario in cui ci siano domande aperte che interessano la sfera dello stato emotivo, ma sono certa che se fossero disponibili maggiori informazioni su questo troveremmo anche il modo di sviluppare strumenti più performanti, utili, pratici e accessibili.

Sono entrata nel mondo delle cure mediche dal momento in cui mi è arrivata, decisamente improvvisa, una diagnosi di malattia oncologica nel 2011, credo che prima di allora avessi visto lo studio del medico di base solo due o tre volte. Per me è stato relativamente semplice gestire la situazione dal punto di vista strettamente pratico (perché sul piano emotivo è stata una deflagrazione silente), prenotare visite, consultare referti, utilizzando tutti gli strumenti già allora disponibili; attivando, dalla prima visita, il dossier sanitario della struttura nella quale tutt'ora mi seguono per i controlli periodici e appena disponibile abilitando user e password per accedere al fascicolo sanitario elettronico, che nella prima versione senza SPID era ad accesso con doppia password e OTP, un percorso, che metteva a dura prova tutta la mia buona volontà. Non mi ero mai posta il problema di come facessero gli altri, fino a quando nel 2017, entrando a fare parte di un gruppo chiuso Facebook di donne che condividono l'esperienza del tumore al seno, ho scoperto una realtà a me nuova.

Un gruppo di donne che si sono scelte per via di un'esperienza di malattia comune, che si supportano anche nelle situazioni, diciamo prettamente "pratiche", che la gestione di una patologia comporta. Un "gruppo-caregiver" di assistenza e supporto, un mondo di affetto e vicinanza, ma anche di informazioni utili, precise, puntuali, che con un - Buongiorno ragazze, come state? - informa sulle date di apertura delle prenotazioni per visite ed esami di controllo, sulla modalità di prenotazione, descrivendo piccole astuzie per accedere rapidamente al sistema di prenotazione online.

Io che pensavo di aver gestito al meglio la mia situazione, senza troppe code agli sportelli, mi sono resa conto di quanti servizi non conoscevo, ad esempio non sapevo che avrei potuto fare richiesta di invalidità, oppure che per l'acquisto di una protesi

mammaria esterna avrei potuto chiedere il rimborso totale; forse in ogni caso non avrei usufruito di queste agevolazioni, ma il fatto di non conoscerne nemmeno l'esistenza, l'ho trovato un grosso svantaggio e per l'ennesima volta, mi sono sentita un pesce fuori d'acqua. Mi sono chiesta molte volte perché ci si rivolge con disinvoltura ad un gruppo social e non al proprio medico o alle strutture sanitarie. Sinceramente se penso al perché io stessa non abbia chiesto al mio medico maggiori informazioni, non me lo spiego razionalmente, la mia, probabilmente, non è stata una scelta ma una fuga dalla dimensione del malato, mi sono attivata da sola per non pensare, chiedere aiuto l'ho vissuto come una debolezza, una fragilità.

Oggi quello di cui sono certa è che chiedere al gruppo, per quanto paradossale possa sembrare, è come fare una domanda a delle amiche di vecchia data, quelle che ti conoscono da sempre. Poter fare una richiesta in modo semplice, senza il timore di essere giudicati, senza il pensiero di scrivere una frase fuori luogo, incomprensibile, è di grande conforto, ti fa sentire accolta, capita e anche cercata, perché, quando qualcuno fa una domanda l'obiettivo di tutte è cercare la risposta che dà una soluzione, che rincuora. Qui si parla un linguaggio comune, quello di chi la malattia l'ha attraversata e se ci sono parole complicate, le si rendono semplici con l'esperienza, con l'esempio, con la spiegazione di chi lo ha già fatto e quindi ne conosce ostacoli e criticità. Persone che vanno oltre la malattia, che ti vedono come persona. Della sanità digitale non si può più fare a meno e va sicuramente potenziata, ma deve essere accessibile a tutti.

Considerando che nel 2022, la percentuale di adulti poco istruiti⁽¹⁾ è del 37,4%, il bisogno di formazione e informazione su come si utilizzano i servizi digitali in sanità è elevato. Costruire e agevolare percorsi di istruzione e sostegno, per garantire la possibilità a tutti di utilizzare gli strumenti del digitale, dalle persone assistite ai loro caregivers, è un'assoluta priorità e soprattutto una necessità sociale, per rendere il sistema più agevole e agevolare la vita delle persone, con minori costi.

L'uso dei social è sicuramente un'opportunità di cui tenere conto e da considerare, non solo per aiutare le persone ma anche per gli operatori sanitari o per chi lavora allo sviluppo di software e sistemi informatici, possono infatti essere uno strumento per favorire lo sviluppo di processi virtuosi di collaborazione, stimolando la partecipazione e la cittadinanza attiva. La comunicazione social, presenta anche delle criticità da tenere ben presente, la virtualità non solleva da obblighi e responsabilità, i gruppi devono essere attentamente amministrati e non lasciati all'autogestione, ma questo è un altro tema che esula dall'argomento trattato e merita un attento approfondimento.

Sondaggi, social, digitale, pensiamo sempre che dietro ad un numero, ad una crocetta, ad un device, ci sono delle persone.

⁽¹⁾ Report ISTAT 2023, con adulti poco istruiti si fa riferimento alla popolazione in età compresa tra i 25 e i 64 anni che ha conseguito come titolo di studio più elevato il diploma di scuola secondaria di primo grado (licenza media).

Alessia Cabrini

Componente Direttivo ASSD, Tecnico di laboratorio biomedico, Azienda Ospedaliera Università di Padova

5 Ruolo del professionista sanitario; competenze tecnologiche, digitali e sicurezza delle cure a supporto dei pazienti e loro caregiver

In questa seconda parte del libro si evidenzia il contributo e il ruolo del professionista sanitario che sa applicare le proprie competenze, conoscenze e abilità nelle diverse aree di attività ed ambiti utili sia ai caregiver che ai pazienti fragili o con disabilità. Questo nell'ottica dell'integrazione socio-sanitaria per la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni sotto il profilo clinico, funzionale e sociale.

L'invecchiamento della popolazione e l'aumento del carico di malattia legato all'incremento della prevalenza delle condizioni croniche hanno determinato negli ultimi decenni un cambiamento dei bisogni di salute. A tale situazione si è aggiunta l'esperienza dell'emergenza sanitaria da SARS-CoV-2 che ha reso non più procrastinabile il potenziamento strutturale e organizzativo della rete dei servizi sanitari. Tale necessità è stata declinata nel contesto italiano, grazie agli investimenti del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), nel rafforzamento dell'assistenza territoriale attraverso sia la creazione di una rete di nuove strutture sia con il potenziamento dell'infrastruttura tecnologico-informatica e digitale. Quest'ultima, infatti, è stata chiamata a contribuire al processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale, in particolare sostenendo il decentramento dall'ospedale al territorio in ottica di prossimità e continuità delle cure, attraverso modelli assistenziali incentrati sul cittadino che facilitino l'accesso alle prestazioni su tutto il territorio nazionale, oltre che la promozione e l'adozione su larga scala di soluzioni di telemedicina, la condivisione e lo scambio di esperienze e applicazioni di successo, con lo sviluppo quindi della sanità digitale favorendo l'innovazione.

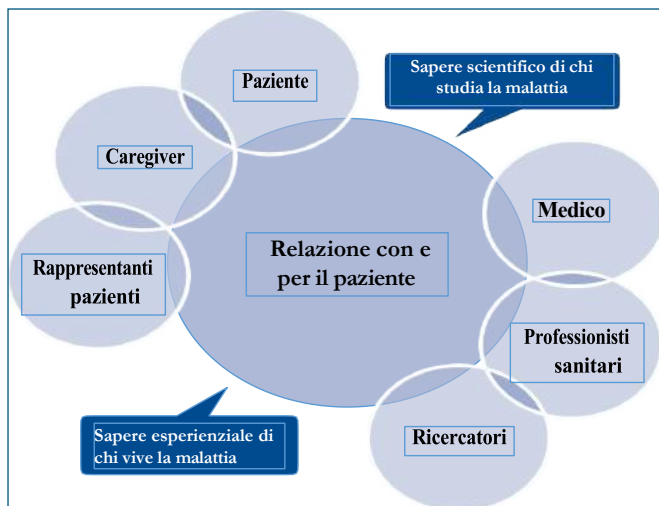
A tutto questo si è aggiunto e delineato un diverso modo di concepire il "paziente al centro del sistema"; sistemi sanitari basati su *value based medicine* e sulla *lean organization* presuppongono la ricerca del "valore per il paziente". Di conseguenza, ne derivano alcune domande riflessive sul dove collocare e considerare il paziente all'interno del sistema, cosa si intende per "valore" e se tale "valore" è solo del paziente oppure anche del caregiver; pertanto se è vero che è importante il "valore del paziente" allora occorre modificare l'approccio iniziale, cioè non è il paziente al centro del sistema, ma la relazione di cura tra i diversi attori, perché è questa che produce "valore" (confermato anche dai dati sui contenziosi in sanità).

Il paziente è, infatti, parte del sistema di cura alla pari di tutti gli altri attori, perché protagonista della sua salute. A fianco del paziente, possiamo trovare il paziente esperto (figura sviluppatasi negli ultimi anni) e il rappresentante dei pazienti, che collaborano e cooperano con i professionisti sanitari al fine di migliorare continuamente la ricerca, l'offerta e l'erogazione delle cure e produrre, insieme, il "valore" delle catene. (figura 9)

Parte seconda

ruolo del professionista sanitario

Figura 9 - Schema rappresentativo del modello di "relazione di cura"



Introdurre strumenti innovativi a supporto della relazione tra i diversi attori del sistema è la priorità: servono “algoritmi” capaci di mettere a confronto le diverse componenti e di far dialogare le varie parti. Il **“paziente” diventa quindi l’anello di congiunzione tra salute e malattia, tra sapere scientifico ed esperienziale. Il “caregiver” vive la malattia con il proprio caro, è al suo fianco nei momenti gioiosi e in quelli critici.** Diventa, nella maggior parte dei casi, il “bastone” su cui si regge la vita e la speranza del paziente. La figura del caregiver (e del caregiver esperto) può assumere in determinati contesti un ruolo addirittura primario, nel caso ad esempio di patologie che rendano parzialmente o totalmente inabile il paziente a prendere decisioni informate e consapevoli per il proprio percorso di cura.

Grazie ai processi di empowerment e ai movimenti sociali degli ultimi decenni, i pazienti e i caregiver non sono più “soli”, passivi e dipendenti dalle decisioni degli altri: sono nate molte Associazioni di pazienti che, grazie al lavoro di tanti, hanno permesso l’emergere di nuove necessità, nuove riflessioni e nuove opportunità, determinando così percorsi di cooperazione con il mondo istituzionale. I pazienti acquisiscono più sicurezza e diventano veri e propri interlocutori di medici, ricercatori, **professionisti sanitari**, amministratori, decisori pubblici. Diventano una risorsa per il sistema salute, anche in Italia negli ultimi anni, capaci di rappresentare i bisogni della comunità dei pazienti che rappresentano, di integrare la visione del paziente nelle decisioni sanitarie, di modificare procedure assistenziali e, non ultimo, di co-progettare percorsi di cura tradotti nei PDTA.

In questo quadro caratterizzato da relazioni inter-personali che vedono coinvolte numerose componenti, la continuità delle informazioni, l’accoglienza, la presa in carico dei bisogni diventano la base del rapporto di fiducia tra i diversi attori del sistema.

Infatti, la relazione inter-personale può essere:

- finalizzata alla diagnosi in cui il professionista della salute pone le domande al paziente per formulare una diagnosi. Si presuppone che il paziente sappia dare risposte esaustive e complete;

- finalizzata alla “concordanza della cura” tra professionisti della salute e paziente/caregiver, in un’ottica di “miglior cura” per la migliore qualità di vita e al fine di raggiungere decisioni condivise;
- finalizzata all’educazione terapeutica e all’adattamento dello stile di vita alla nuova condizione: emerge l’importanza dell’impatto della malattia nel “sistema vita” del paziente, con il coinvolgimento della famiglia e della rete sociale;
- finalizzata alla migliore qualità della vita nelle ultime fasi della stessa, nella quale i professionisti della salute contribuiscono alla realizzazione del migliore contesto di cura al fine di ridurre le sofferenze e il dolore. Emerge, quindi, che la **relazione tra professionista della salute e paziente/caregiver** può avere tre risvolti che si integrano tra di loro;
- **cognitivo**: la relazione di cura rappresenta un passaggio di informazioni tra una componente e l’altra;
- **tecnico-gestuale**: attraverso la relazione di cura il paziente apprende tecniche andando a migliorare il “saper fare”;
- **emotivo-affettivo-comportamentale**: attraverso la relazione il paziente e il caregiver esprimono le proprie difficoltà e il proprio vissuto emotivo, permettendo di individuare gli atteggiamenti che richiedono un intervento specifico da parte di professionisti esperti, per il rinforzo e/o la rimodulazione.

È qui che la **“presa in carico”** del paziente da parte del **professionista sanitario** diventa importante. Il sapere scientifico del professionista, infatti, rappresenta un’opportunità per il paziente per adattare la sua vita al grande cambiamento all’interno di una relazione educativa, basata su apprendimenti significativi. A questo possiamo oggi aggiungere le opportunità offerte dall’applicazione delle tecnologie; in questo senso le Terapie Digitali (DTx) possono contribuire alla quotidianità di tanti pazienti che si trovano a dover “apprendere” un nuovo stile di vita, a dover adattare i propri ritmi e le proprie scelte alla nuova condizione di malattia.

Le terapie digitali si inseriscono in un contesto in cui troviamo i device distribuiti capillarmente su tutto il territorio italiano. Ormai, e le statistiche lo confermano, possiamo affermare che il **device** è parte del nostro abbigliamento e dei nostri accessori: lo portiamo con noi in ogni spostamento quale strumento migliore per aumentare l’aderenza terapeutica e monitorare quindi la condizione di salute di un paziente fuori dall’ambiente sanitario e inserito all’interno del contesto di vita. L’uso della tecnologia può rappresentare pertanto un fattore favorente l’aderenza alla terapia e al piano di cura. I dispositivi ci offrono terapie e consigli, ci informano su quando abbiamo preso o dobbiamo prendere le nostre medicine, ci mostrano come ottimizzare il nostro stile di vita, ci indicano i dosaggi dei nostri farmaci e ci invitano a consultare il medico quando rilevano dati anomali, diventando così un “custode generale” della nostra assistenza sanitaria.

Queste terapie possono realizzare una condizione teoricamente ottimale poiché capaci di sostenere, correggere, co-costruire le capacità cognitive-comportamentali fondamentali per il *coping* efficace e per il *self care*.

Una caratteristica fondamentale e peculiare delle terapie è proprio il **coinvolgimento attivo di pazienti e/o caregiver**; infatti, le terapie digitali possono essere utilizzate sia

dai pazienti che dai caregiver, di cui le finalità sono diverse, ma in entrambi i casi la loro applicazione è orientata alla miglior condizione di vita in un momento di cambiamento importante dal punto di vista dell'autonomia quotidiana. Diventa così comprensibile come, per massimizzarne le potenzialità, l'applicazione di queste tecnologie richieda un percorso di profilazione ed educazione degli utilizzatori che dovrà ragionevolmente far parte dello scenario di implementazione delle stesse nella pratica clinica, così come è fondamentale anche la formazione dei medici e dei professionisti sanitari; chi prescrive oggi una terapia digitale deve possedere delle specifiche competenze digitali e cliniche per poterne promuovere l'uso nei pazienti, rendendoli maggiormente consapevoli.

Infine, numerose evidenze dimostrano che quando i pazienti sono trattati come partner nella propria cura si ottengono vantaggi significativi in termini di sicurezza, soddisfazione ed esiti di salute; diventando membri attivi del team sanitario, i pazienti possono contribuire non solo alla sicurezza delle loro cure ma anche a quella del sistema sanitario nel suo complesso.

6 Il know how dei professionisti sanitari nelle diverse aree di attività ed ambiti utile ai caregiver e pazienti

INNOVAZIONE DIGITALE E PERSONA ASSISTITA - CAREGIVER



Carta di identità del professionista sanitario

ASSISTENTE SANITARIO

D.M. 17 gennaio 1997, n. 69

A cura di Duke Ashong

Assistente sanitario, componente Comitato scientifico ASSD per FNO TSRM e PSTRP

1. DI COSA SI OCCUPA, QUALI SONO LE COMPETENZE

Si occupa della prevenzione, promozione ed educazione della salute, come evidenziato dal D.M.69 del 17/01/1997. Tali competenze sono rivolte alla persona, alla famiglia e alla collettività. Altre funzioni esercitate dall'Assistente sanitario sono:

- ✓ Funzione epidemiologica e di ricerca sanitario – sociale;
- ✓ Funzione formativa;
- ✓ Funzione di tutela dei diritti dei cittadini e di rilevazione dei bisogni di salute;
- ✓ Funzione di raccordo interprofessionale;
- ✓ Funzione organizzativa;
- ✓ Funzione di sorveglianza (vaccinazioni ai lavoratori, visite mediche ecc...) e controllo igiene degli ambienti e del rischio infettivo.

2. QUALI PRESTAZIONI SANITARIE O INTERVENTI DI CURA PUO' EROGARE NEI CONFRONTI DELLA PERSONA O POPOLAZIONE ASSISTITA

Le prestazioni sanitarie erogate dipendono dal Servizio o unità operativa nella quale opera l'Assistente sanitario.

Tale figura trova impiego nei diversi servizi del dipartimento di prevenzione (SIAN-servizio di igiene e nutrizione e strategie di popolazione, SISP-servizio Igiene e Sanità Pubblica, SPISAL-Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli ambienti di lavoro), dipartimento delle dipendenze, sanità penitenziaria, dipartimento materno infantile, direzione generale, sanitaria e regionale, dipartimento integrazione territorio-ospedale, nelle fondazioni, nelle case di cura, nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA), nelle sedi regionali del centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie. Svolge:

- ✓ Attività vaccinale (vaccinazioni pediatriche, adulte e a favore di categorie a rischio);
- ✓ Indagini epidemiologiche;
- ✓ Consulenze specialistiche (consulenze vaccinali, percorso nascita, sessualità ed affettività, medicina del viaggiatore, medicina del lavoro, HACCP);
- ✓ Programmazione sanitaria, educazione sanitaria, promozione della salute, Risk Management, attività formative;
- ✓ Sorveglianza sanitaria dei lavoratori;
- ✓ Controllo degli adempimenti in materia di igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro ed in materia di igiene alimentare attraverso attività di prevenzione, promozione ed educazione alla salute.
- ✓ Dimissioni protette

3. QUALI DI QUESTE PRESTAZIONI O INTERVENTI DI CURA POSSONO ESSERE FORNITE ATTRAVERSO LA TELEMEDICINA (ES. TELEASSISTENZA, TELECONSULTO, TELERADIOLOGIA, TELECARDIOLOGIA, TELERIABILITAZIONE, ECC) O L'UTILIZZO DI DISPOSITIVI INDOSSABILI, TECNOLOGIE ASSISTIVE, AUSILI O ALTRE TIPOLOGIE DI DISPOSITIVI

- ✓ Consulenze specialistiche: consulenze vaccinali, percorso nascita, sessualità ed affettività, medicina del viaggiatore, medicina del lavoro, HACCP (Hazard analysis and critical control points, sistema di analisi dei rischi e punti di controllo), promozione della salute, attività formative.
- ✓ Indagini epidemiologiche.
- ✓ Programmazione sanitaria, educazione sanitaria, promozione della salute, attività formative.
- ✓ F.S.E. (Fascicolo sanitario elettronico)
- ✓ Medical Wearable: indumenti con accelerometro triassiale in grado di riconoscere la caduta dell'anziano e segnalarla al centro di riferimento, cerotti in grado di rilevare contemporaneamente parametri clinici quali i livelli di lattato e segnali elettrofisiologici.

4. CHE SUPPORTI TECNOLOGICI, ASSISTIVI, AUSILI UTILIZZA E/O PUÒ PROPORRE ALLA PERSONA ASSISTITA

I supporti tecnologici adattabili utilizzabili sono pc dotati di webcam e microfono. In alcuni casi si possono utilizzare il *virtual reality* (permettono di simulare situazioni reali mediante l'utilizzo di computer e l'ausilio di interfacce appositamente sviluppate)

5. QUALI SONO LE COMPETENZE/ABILITÀ RICHIESTE ALLA PERSONA ASSISTITA E/O AL CARE GIVER PER L'UTILIZZO DEI SUPPORTI TECNOLOGICI AL PUNTO PRECEDENTE

Sono richieste competenze di base per l'utilizzo del pc ed accesso a software di videochiamata.

6. IL PROFESSIONISTA SANITARIO COME PUÒ ESSERE DI AIUTO E FACILITARE LA RELAZIONE DI CURA (PERSONA ASSISTITA-CARE GIVER)

La parola "caregiver" indica una persona, spesso senza una formazione professionale che svolge attività di assistenza per qualcuno in condizioni di non autosufficienza.

Il professionista sanitario può facilitare la relazione attraverso una comunicazione efficace sia con il caregiver che con la persona assistita. Le indicazioni al caregiver e all'assistito devono essere chiare, inoltre risulta fondamentale recepire feedback periodici per valutare l'andamento del piano assistenziale individualizzato (PAI), tale percorso deve essere gestito con rispetto, dignità ed umanità al fine della buona riuscita, necessità altresì, della partecipazione adeguata ed idonea del professionista sanitario, caregiver e della persona assistita.

7. QUALI MIGLIORAMENTI PRODUCE L'UTILIZZO DELLE TECNOLOGIE DIGITALI NELLA PROFESSIONE E QUALI LE MAGGIORI DIFFICOLTÀ

Le tecnologie digitali comportano vari miglioramenti:

- ✓ favoriscono la presa in carico e il percorso assistenziale;
- ✓ aumentano il patient engagement (coinvolgimento attivo del paziente);
- ✓ promuovono e facilitano la compliance terapeutica;
- ✓ attenuano le molte difficoltà che possono impedire accessi nelle strutture sanitarie permettendo alla persona, dunque, di essere valutato ed assistito in merito al PAI.

Se da un lato sono innegabili i molteplici vantaggi della sanità digitale, è altrettanto innegabile che nonostante un buon livello di health e technology literature (letteratura sanitaria e tecnologica) della popolazione, una minoranza della popolazione:

- ✓ non possiede conoscenze per utilizzare adeguatamente strumenti tecnologici;
- ✓ non possiede strumenti tecnologici di base;
- ✓ non ha una stabilità socio economica per permettere l'uso continuativo di device tecnologici.

Queste diverse criticità potrebbero aumentare il divario di disuguaglianza e provocare un notevole burden (carico) economico, sociale e sanitario.

8. SONO PREVISTI PERCORSI EDUCAZIONALI DI (PATIENT/CAREGIVER) ENGAGEMENT DEL PROFESSIONISTA SANITARIO, AD ESEMPIO ALL'INTERNO DEI CORSI DI STUDIO O COME FORMAZIONE ECM, PROPRIO PER FAVORIRE IL CONTATTO CON IL PAZIENTE?

Sono presenti diversi corsi di formazione e aggiornamento finalizzati a rafforzare i rapporti interprofessionali nonché percorsi di integrazione con i diversi attori coinvolti nel percorso assistenziale.

9. ESISTONO DEI DEVICE DI SUPPORTO PER MEGLIO CODIFICARE IL LINGUAGGIO DEI REFERTI? COME SI PUÒ AGEVOLARE IL PAZIENTE / CAREGIVER NELLA COMPrensIONE?

È possibile favorire la comprensione con strumenti FAQ e/o catalogo per l'orientamento della persona assistita e del caregiver.

10. PER SAPERNE DI PIÙ

cdanazionale.as@tsrm-pstrp.org

<https://www.tsrm-pstrp.org>

<https://www.tsrm-pstrp.org/index.php/assistente-sanitario/>

<https://asnas.it/index.php/sezioni-regionali/lombardia>

<https://www.sidas-assistenzasanitaria.it>

INNOVAZIONE DIGITALE E PERSONA ASSISTITA - CAREGIVER



Carta di identità del professionista sanitario

DIETISTA

D.M. 14 settembre 1994, n. 744

A cura di Rita Barbara Marianelli

Dietista componente del Comitato scientifico ASSD per FNO TSRM e PSRT

1. DI COSA SI OCCUPA, QUALI SONO LE COMPETENZE

Si occupa di tutte le attività inerenti gli aspetti dell'alimentazione e nutrizione nei soggetti sani (prevenzione, promozione e sostegno) e malati (terapia dietetico-nutrizionale presso strutture sanitarie pubbliche e private e private accreditate).

Il Dietista come da DM 744 del 1994 è “..l'operatore sanitario (...omissis...) competente per tutte le attività finalizzate alla corretta applicazione dell'alimentazione e della nutrizione ivi compresi gli aspetti educativi (...omissis...) ed in particolare svolge attività didattico-educativa e di informazione finalizzate alla diffusione di principi di alimentazione corretta tale da consentire il recupero e il mantenimento di un buono stato di salute del singolo, di collettività e di gruppi di popolazione.”

Gli ambiti di Intervento sono: **nutrizione clinica, dietetica** applicata al soggetto sano e malato, **prevenzione e sorveglianza nutrizionale, educazione alimentare, ristorazione collettiva.**

2. QUALI PRESTAZIONI SANITARIE O INTERVENTI DI CURA PUO' EROGARE NEI CONFRONTI DELLA PERSONA ASSISTITA

Assistenza dietetico-nutrizionale presso centri medici, reparti ospedalieri e ambulatori specialistici per il trattamento di: malattie metaboliche cronico-degenerative, diabete, nefropatie, obesità, disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione, patologie cardiovascolari, oncologiche, gastroenterologiche, neurologiche acute e croniche degenerative, ecc..., in età adulta, compresi anziani fragili e pediatrica, **anche a domicilio/RSA e in caso di Nutrizione Enterale** (somministrazione di nutrienti direttamente nello stomaco o nell'intestino nell'impossibilità di alimentarsi per via orale).

3. QUALI DI QUESTE PRESTAZIONI O INTERVENTI DI CURA POSSONO ESSERE FORNITE ATTRAVERSO LA TELEMEDICINA (ES: TELEASSISTENZA, TELECONSULTO, TELERADIOLOGIA, TELECARDIOLOGIA, TELERIABILITAZIONE, ECC) O L'UTILIZZO DI DISPOSITIVI INDOSSABILI, TECNOLOGIE ASSISTIVE, AUSILIO O ALTRE TIPOLOGIE DI DISPOSITIVI

Tutti gli interventi e prestazioni sanitarie possono essere fornite tramite strumenti di telemedicina/ teleassistenza/telenutrizione rivolta agli stessi assistiti ma anche a familiari/ caregiver previa valutazione delle abilità degli assistiti nell'uso della tecnologia informatica. Teleconsulto tra pari per la gestione dei casi difficili/complessi con presa in carico multidisciplinare.

Le prestazioni sanitarie attraverso la telemedicina rientrano nelle opportunità offerte dal Servizio sanitario nazionale e rappresentano un elemento concreto di innovazione organizzativa anche nel processo assistenziale della nutrizione.

Il Dietista espleta le prestazioni in telemedicina attraverso la teleconsulenza medico-sanitaria, la teleassistenza e la teleriabilitazione nutrizionale, secondo le specificità che le caratterizzano.

Le prestazioni del Dietista in telemedicina comprendono la rilevazione della storia alimentare e dietetica e della persona assistita, la valutazione delle risultanze degli esami ematochimici e strumentali, la gestione del diario alimentare e il monitoraggio nutrizionale.

4. CHE SUPPORTI TECNOLOGICI, ASSISTIVI, AUSILI UTILIZZA E/O PUO' PROPORRE ALLA PERSONA ASSISTITA

Semplice telefonata oppure video chiamata tramite dispositivi mobili (smartphone/tablet); web call con disponibilità di un pc e posta elettronica. Utilizzo di app per segnalare parametri richiesti per la valutazione della compliance (peso, esami ematici...) Dispositivi indossabili per la rilevazione in automatico di parametri antropometrici, bioumorali, recall delle 24 ore, altri dati necessari per una valutazione adeguata dell'intervento effettuato.

5. QUALI SONO LE COMPETENZE/ABILITA' RICHIESTE ALLA PERSONA ASSISTITA E/O AL CARE GIVER PER L'UTILIZZO DEI SUPPORTI TECNOLOGICI AL PUNTO PRECEDENTE

L'attenzione all'alfabetizzazione sanitaria deve essere considerata un criterio di qualità delle organizzazioni sanitarie. Gli operatori sanitari devono essere formati per comunicare in modo più efficace e per prendersi cura delle persone con un'alfabetizzazione sanitaria limitata. L'alfabetizzazione sanitaria ma anche tecnologica possono essere implementate anche attraverso corsi /tutorial multimediali trasmessi presso sale di attesa nelle strutture sanitarie (presidi ospedalieri, distretti, case delle comunità).

Nel 2010 è stata costituita la rete **HealthLiteracy Europe**, una piattaforma per il miglioramento dell'alfabetizzazione sanitaria in Europa, attraverso lo scambio delle conoscenze e la realizzazione di reti a livello nazionale, regionale ed internazionale, nel cui sito web (<https://www.healthliteracyeurope.net>) sono indicati contatti, attività, strumenti.

6. IL PROFESSIONISTA SANITARIO COME PUO' ESSERE DI AIUTO E FACILITARE LA RELAZIONE DI CURA (PERSONA ASSISTITA-CARE GIVER)

Una corretta presa in carico da parte del professionista sanitario deve cercare di assicurare una continuità assistenziale nelle dimensioni: informativa, gestionale, relazionale.

La telemedicina nelle sue diverse articolazioni può assolutamente contribuire a garantire una presa in carico continua, integrata e sostenibile assicurando un contatto continuo e regolare con la persona assistita telefonicamente o tramite altri applicativi di messaggistica istantanea (Chat Istant Messaging).

Utile l'invio di tutorial/schede informative sulla gestione dell'alimentazione /nutrizione come il confezionamento di pasti ad alta densità proteica-energetica (pasto fortificato) con alimenti naturali o integrati con supporti orali specifici. Anche la diffusione di tutorial e FAQ per la gestione di criticità come le problematiche legate alla nutrizione Enterale (errori segnalati dalla pompa di infusione, complicanze cliniche...).

Dando indicazioni di una ampia fascia oraria di contattabilità tramite numero di telefono anche cellulare aziendale se presente o tramite mail, può fornire supporto.

7. QUALI MIGLIORAMENTI PRODUCE L'UTILIZZO DELLE TECNOLOGIE DIGITALI NELLA PROFESSIONE E QUALI LE MAGGIORI DIFFICOLTÀ?

Implementare la telemedicina può rappresentare un elemento fondamentale per raggiungere l'obiettivo del potenziamento delle cure primarie, rappresentando un ulteriore valido supporto per l'assistenza di quei pazienti che, per i motivi più diversi, hanno difficoltà a spostarsi dal proprio domicilio.

La pandemia ci ha permesso di sperimentare la Telenutrizione, facendone emergere tutti i limiti, come la presenza di tecnologie obsolete o, in alcuni territori, la totale assenza di supporti hi-tech. Per realizzare un intervento efficace di telemedicina sono tuttavia necessarie reti di comunicazioni efficienti e piattaforme dedicate che garantiscano la privacy e l'adeguato trattamento dei dati sensibili. Questo risulta una criticità, infatti proprio laddove bisognerebbe raggiungere i pazienti che vivono in aree geograficamente disagiate, le tecnologie sono del tutto assenti o inadeguate.

8. SONO PREVISTI PERCORSI EDUCAZIONALI DI (PATIENT/CAREGIVER) ENGAGEMENT DEL PROFESSIONISTA SANITARIO, AD ESEMPIO ALL'INTERNO DEI CORSI DI STUDI O COME FORMAZIONE ECM, PROPRIO PER FAVORIRE IL CONTATTO CON IL PAZIENTE?

Fondamentale è l'acquisizione di competenze di softskill (competenze trasversali). Il Dietista come professionista sanitario dell'area tecnico assistenziale sin dalla formazione di base ha nella propria programmazione didattica obiettivi formativi su competenze relazionali e di comunicazione efficace.

Da un paio di anni è stato istituito un master universitario specialistico in Counseling nutrizionale per la modifica degli stili di vita, che affronta tematiche relative alla comunicazione terapeutiche e strategie di comunicazione efficace.

Nei piani Formativi annuali aziendali sono sempre presenti corsi/seminari sulle SOFT SKILL anche a livello multi professionale.

9. ESISTONO DEI DEVICE DI SUPPORTO PER MEGLIO CODIFICARE IL LINGUAGGIO DEI REFERTI? COME SI PUÒ AGEVOLARE IL PAZIENTE / CAREGIVER NELLA COMPrensIONE?

Non esistono device di supporto per agevolare il linguaggio dei referti ma il professionista deve assicurarsi che il paziente/caregiver abbiano esattamente compreso quanto indicato nel referto/diagnosi/intervento, usando un linguaggio semplice alla portata di chiunque e utilizzando nella comunicazione la pratica dell'ascolto attivo e la riformulazione o parafrasi che consentono di essere chiari e, di verificare se ci sia stata una corretta comprensione per ottenere maggiore soddisfazione e successo dal nostro intervento (secondo la tecnica del **“Teach-back technique”** sperimentata dall'Institute of Medicine USA e usata negli incontri con i pazienti: dopo aver illustrato la diagnosi e/o la terapia, il professionista sanitario chiede alla persona assistita di ripetere quanto abbia compreso; se fornisce informazioni errate, l'operatore sanitario dovrebbe esporre in modi differenti le informazioni sanitarie e dare alla persona assistita un'altra opportunità per dimostrare di aver compreso).

10. PER SAPERNE DI PIU'

cdanazionale.dietisti@tsrm-pstrp.org

<https://www.tsrm-pstrp.org>

<https://www.tsrm-pstrp.org/index.php/dietista/>

DÉLIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 2 AGOSTO 2021, N. 1227, 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 in telemedicina Allegato 2" <https://bur.regione.emilia-romagna.it/dettaglio-bollettino?b=5c6d2fa9cdc940a1935bea37f817288f>

Piano nazionale della cronicità Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016 https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf

Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, approvate in Conferenza Stato Regioni il 17 dicembre 2020. DM77 - 2022 <https://www.statoregioni.it/media/3221/p-3-csr-rep-n-215-17dic2020.pdf>

INNOVAZIONE DIGITALE E PERSONA ASSISTITA - CAREGIVER



Carta di identità del professionista sanitario
EDUCATORE PROFESSIONALE
 D.M. 8 ottobre 1998 n. 520

A cura di Andrea Saccani

Educatore professionale, componente Comitato scientifico ASSD per FNO TSRM e PSTRP

1. DI COSA SI OCCUPA, QUALI SONO LE COMPETENZE

L' Educatore professionale (di seguito EP) è il Professionista sanitario e sociale che cura il positivo inserimento o reinserimento psicosociale delle persone in difficoltà attraverso interventi educativi-abilitativi-riabilitativi.

Mission dell'Educatore professionale: creare le condizioni, anche attraverso il lavoro di rete e di comunità, perché si costruisca una relazione significativa di aiuto, orientata al mantenimento/potenziamento di tutte le capacità delle persone destinatarie dei progetti con particolare attenzione alle difficoltà-fragilità-disagio.

L'intervento dell'EP è rivolto a singoli individui e/o gruppi formali o informali, in generale ci si rivolge a tutta la popolazione anche per promuovere sani stili di vita e prevenire comportamenti a rischio o situazioni di disagio.

Nell'art. 1 del DM 520/98 l'Educatore professionale viene descritto come: "l'operatore sociale esanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, **attua specifici progetti educativi e riabilitativi**, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, **volto a uno sviluppo equilibrato della personalità** con obiettivi educativo/relazionali **in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psico-sociale dei soggetti in difficoltà.**"

2. QUALI PRESTAZIONI SANITARIE O INTERVENTI DI CURA PUÒ OFFRIRE ALLA PERSONA ASSISTITA

Redige, attua, verifica e valuta progetti educativi e riabilitativi che si basano su una relazione educativa come spazio di presa in carico della persona e che sono finalizzati ad attività volte allo sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativi/relazionali per il raggiungimento/mantenimento dei più alti livelli di autonomia possibili personale e sociale dei destinatari.

Opera in contesti territoriali in rete con tutti i servizi coinvolti dalla presa in carico diretta delle persone destinatarie degli interventi. Cura i processi di integrazione sociosanitaria con particolare riferimento all'attivazione/potenziamento di life skills (competenze psicosociali) e sviluppa reti di welfare sociale e sanitario al fine di favorire l'autodeterminazione della persona e la maggiore partecipazione possibile alla vita sociale.

L' EP è parte integrante e attiva di gruppi di lavoro, collabora all'attuazione di interventi interprofessionali volti a rispondere, risolvere o attenuare situazioni di criticità.

L'EP analizza e valuta le problematiche, le risorse e i bisogni funzionali della persona di cui si prende cura, progetta e attiva interventi e servizi.

L'EP partecipa ad attività di studio, ricerca e documentazione, alla formazione, aggiornamento e supervisione di studenti, di personale di supporto e di altri professionisti sanitari, sociali e del sistema scolastico e della formazione professionale. La figura professionale opera, come dipendente o come libero professionista, in ambito sanitario, sociale, socio sanitario e socio assistenziale. Nella realizzazione di progetti di integrazione ed autonomia, previsti dalla L. 104/92 e simili, o di prevenzione è presente nella scuola. Nell'ambito delle proprie competenze educative riabilitative opera infine nel sistema dei servizi dell'Amministrazione penitenziaria. Il profilo professionale e il core competence della professione indicano come popolazione target principale dell'EP le persone con patologie o in situazioni di disagio e fragilità in tutto l'arco della vita. **I settori principali di intervento individuati sono quelli dei minori, salute mentale/psichiatria, dipendenze patologiche, anziani, disabilità, adulti con difficoltà psicosociali.**

3. QUALI DI QUESTE PRESTAZIONI O INTERVENTI DI CURA POSSONO ESSERE FORNITE ATTRAVERSO LA TELEMEDICINA O L'UTILIZZO DI DISPOSITIVI INDOSSABILI, TECNOLOGIE ASSISTIVE, AUSILI O ALTRE TIPOLOGIE DI DISPOSITIVI

L'Educatore professionale è un professionista che usa la relazione come strumento principale nella relazione empatica e non giudicante nelle attività di aiuto con l'assistito e negli ambiti preventivi ma con l'avvento delle nuove problematiche e de nuovi strumenti digitali si è attivato per erogare prestazioni quindi vengono promossi interventi di teleassistenza e teleconsulto rivolto alle persone fruitrici di prestazioni riabilitative ma anche didattica a distanza ed erogazioni telematiche nelle attività preventive e di promozione alla salute. Tali strumenti sono utili anche per l'avvicinamento parentale con anziani, disabili e persone con problemi psichiatrici.

Gli strumenti telematici vengono anche utilizzati per colloqui con comunità terapeutiche per tossicodipendenti e per i minori nelle attività d'inserimento e di pre-accoglienza oltre che nei reinserimenti.

4. SUPPORTI TECNOLOGICI, ASSISTIVI, AUSILI DA UTILIZZARE E PROPORRE ALLA PERSONA ASSISTITA

I supporti tecnologici usati sono di diversi tipi e vanno dai visori per la realtà virtuale all'utilizzo di simulatori di guida passando da strumenti elettromedicali quali alcolimetri, carbosimetri, app e tutto quello che riguarda il contatto a distanza tra operatori ed utenti. Strumenti usati per le attività di Prevenzione e di Promozione della salute ma anche per la cura, il reinserimento e la valorizzazione delle capacità residue dei pazienti. **L'utilizzo della tecnologia viene anche usata per contrastare le dipendenze dalla tecnologia** (un paradosso? assolutamente no). Gli Interventi di cura non eludono tali strumenti basti pensare ai programmi per la comunicazione alternativa aumentativa (es. disabilità gravissima oppure disturbi dello spettro autistico o per gli anziani) e in fase di osservazione con l'utilizzo della testistica.

5. QUALI SONO LE COMPETENZE/ABILITÀ RICHIESTE ALLA PERSONA ASSISTITA E/O AL CARE GIVER PER L'UTILIZZO DEI SUPPORTI TECNOLOGICI AL PUNTO PRECEDENTE

Non è prevista una particolare abilità dell'assistito per la fruizione dei servizi telematici essendo oramai strumenti di uso comune, semmai lavorando con fasce di popolazione spesso svantaggiata bisogna pensare a strumenti informatici per possano essere fruiti o postazioni per poter appunto ricevere servizi a distanza.

6. COME PUÒ IL PROFESSIONISTA SANITARIO ESSERE DI AIUTO E FACILITARE LA RELAZIONE DI CURA (PERSONA ASSISTITA-CARE GIVER)

L'EP è il professionista sanitario e sociale che ha una spiccata propensione per la relazione quindi in un contesto pre-pandemico non avremmo mai pensato di poter essere fruitori e propositori di strumenti di telemedicina pensando impossibile che il nostro operare professionale potesse passare attraverso tale strumento. Ebbene la Pandemia da COVID-19 ha stravolto questi pensieri. e questi strumenti efficaci ed indispensabili ,anche in un periodo di emergenza finita, trovano una loro efficacia anche in riferimento all'ottimizzazione delle risorse. Come EP oggi, oltre che essere forti utilizzatori in molti contesti, abbiamo spinto all'utilizzo di questi strumenti da parte dei nostri utenti dando loro competenze e strumenti per poter utilizzare tali metodologie e tecniche in un'ottica proattiva nei loro confronti. Infatti siamo professione territoriale per eccellenza e è nel nostro DNA quello di connettere i bisogni dell'utenza con le reti e risorse territoriali che possono essere realizzate o insegnando all'utenza ad essere attivatori e fruitori delle risorse socio-economiche della rete dei servizi o accompagnandola direttamente nelle reti territoriali.

7. QUALI MIGLIORAMENTI PRODUCE L'UTILIZZO DELLE TECNOLOGIE DIGITALI NELLA PROFESSIONE E QUALI LE MAGGIORI DIFFICOLTÀ

L'Educatore deve quindi riuscire a collocarsi nei complessi elementi di contesto (storico, culturale, normativo, economico) e metterli in relazione con la mission e l'assetto organizzativo dei servizi, per meglio progettare, attuare e valutare il progetto educativo finalizzato allo sviluppo delle potenzialità di crescita ed autonomia delle persone in condizioni di bisogno. L'Educatore professionale lavora negli ambiti della prevenzione, della cura e della riabilitazione socio-sanitaria e per questo l'Educatore professionale ha la necessità di una formazione sanitaria e pedagogica, per dare una risposta educativa a bisogni sanitari sulla base di una visione olistica della persona secondo il modello bio-psico-sociale. In quest'ottica la tecnologia digitale permette una facilità d'accesso alle informazioni necessarie allo svolgimento delle attività e favorisce l'interconnessione tra utenza, professionista e contesto socio-economico. Le difficoltà del digitale sono legate all'intermediazione di un device che può ostacolare per la mancanza dello strumento su alcune categorie particolarmente in difficoltà sia economica che di abilità funzionali e/o intellettive.

8. SONO PREVISTI PERCORSI EDUCAZIONALI DI (PATIENT/CAREGIVER) ENGAGEMENT DEL PROFESSIONISTA SANITARIO, AD ESEMPIO ALL'INTERNO DEI CORSI DI STUDI O COME FORMAZIONE ECM, PROPRIO PER FAVORIRE IL CONTATTO CON IL PAZIENTE?

Lo sviluppo del digitale per la nostra figura professionale è stato strettamente legato allo sviluppo pandemico quindi inizialmente non ha previsto né formazioni, né percorsi di coinvolgimento con l'utenza, ma si è sviluppata vista la necessità di erogare servizi in un contesto emergenziale. Contestualmente e successivamente al periodo covid le attività di formazione (anche ecm) e d'uso dei diversi strumenti è stata attivata inizialmente sui/con i professionisti ed in una fase successiva anche con l'utenza. Si è visto che alcuni strumenti potevano addirittura facilitare il contatto e l'approccio educativo professionale ed è iniziata una fase di sensibilizzazione sui fruitori e sui servizi valorizzando le potenzialità dello strumento informatico. Basti pensare ai diversi strumenti informatici per lavorare in gruppi, creare stanze; piattaforme interattive per brainstorming, didattica, consultazioni in tempo reale; social; moduli; ecc.

9. ESISTONO DEI DEVICE DI SUPPORTO PER MEGLIO CODIFICARE IL LINGUAGGIO DEI REFERTI? COME SI PUÒ AGEVOLARE IL PAZIENTE / CAREGIVER NELLA COMPrensIONE?

Non vi sono problemi di lettura/ interpretazioni infatti gli unici strumenti di lettura sono legati alle scale di test specifici atti all'analisi delle capacità residue, inoltre l'interpretazione e la valutazione delle stesse va fatta e mediata dall'educatore che si farà da tramite non solo per la decodifica ma anche e soprattutto per i risvolti emozionali, psicoeducativi e relazionali che possono comportare alcuni test o la scoperta/ consapevolezza di rischi o dell'impossibilità di risolvere/ridurre situazioni di malattia.

10. PER SAPERNE DI PIU'

cdanazionale.ep@tsrm-pstrp.org

<https://www.tsrm-pstrp.org>

<https://www.tsrm-pstrp.org/index.php/educatore-professionale/>

<https://www.anep.it>

INNOVAZIONE DIGITALE E PERSONA ASSISTITA - CAREGIVER

Carta di identità del professionista sanitario

IGIENISTA DENTALE

D.M. 15 marzo 1999, n. 137

**A cura di Domenico Tomassi***Igienista dentale, componente del Comitato scientifico di ASSD per FNO TSRM e PSTRP***1. DI COSA SI OCCUPA, QUALI SONO LE COMPETENZE**

L'Igienista dentale è il professionista sanitario dedicato alle attività di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, alla promozione della salute orale ed all'intercettazione precoce delle patologie odontostomatologiche ai fini di una corretta diagnosi di igiene orale e individuazione del più efficace trattamento. Il professionista possiede una buona conoscenza nelle discipline di base, come l'anatomia, la biologia, la fisiologia e l'istologia, per affrontare e gestire i processi patologici a carico del cavo orale che si sviluppano in età evolutiva, adulta e geriatrica; possiede le basi culturali e sperimentali delle tecniche multidisciplinari di tipo medico-odontoiatrico che consentono di operare nei diversi ambiti lavorativi, sia di tipo analitico sia per la produzione di beni e di servizi; possiede adeguate competenze e strumenti per la comunicazione e la gestione dell'informazione. L'Igienista dentale interviene nel rispetto delle proprie competenze, sulla base delle evidenze scientifiche e delle raccomandazioni espresse nelle linee guida e delle buone pratiche.

2. QUALI PRESTAZIONI SANITARIE O INTERVENTI DI CURA PUÒ OFFRIRE ALLA PERSONA ASSISTITA

L'Igienista dentale è l'operatore sanitario che svolge, su indicazione degli odontoiatri e dei medici chirurghi legittimati all'esercizio dell'odontoiatria, competenze relative alla prevenzione delle affezioni oro-dentali.

Svolge attività di educazione sanitaria e partecipa a progetti di prevenzione primaria nell'ambito del sistema sanitario pubblico e privato; collabora alla compilazione della cartella clinica odontostomatologica e si occupa della raccolta di dati tecnico-statistici e clinici; provvede alla rimozione di tartaro e biofilm sopra e sotto gengivale, all'applicazione topica dei vari mezzi profilattici, remineralizzanti e desensibilizzanti, effettua sigillature di solchi e fossette e si occupa di cosmesi dentale attraverso trattamenti professionali e domiciliari di sbiancamento dentale. Provvede all'istruzione sulle varie metodiche di igiene orale domiciliare e sull'uso dei mezzi diagnostici idonei ad evidenziare placca batterica, motivando la persona assistita all'esigenza dei controlli clinici periodici; indica le norme di un'alimentazione razionale ai fini della tutela della salute orale. Gli Igienisti dentali possono svolgere la loro attività in strutture odontoiatriche pubbliche o private, secondo la normativa vigente, in rapporto di dipendenza o libero-professionale.

3. QUALI DI QUESTE PRESTAZIONI O INTERVENTI DI CURA POSSONO ESSERE FORNITE ATTRAVERSO LA TELEMEDICINA O L'UTILIZZO DI DISPOSITIVI INDOSSABILI, TECNOLOGIE ASSISTIVE, AUSILI O ALTRE TIPOLOGIE DI DISPOSITIVI

Attraverso la teleassistenza, l'Igienista dentale fornisce prestazioni di consulenza, monitoraggio dello stato di salute orale, istruzioni sulle corrette tecniche di spazzolamento, gestione dell'igiene orale, indicazioni personalizzate per la prevenzione e il trattamento delle patologie orali, tramite videochiamate o piattaforme di comunicazione online. A questi si aggiungono ausili e altre tipologie di dispositivi progettati per assistere le persone nella pratica domiciliare di corrette abitudini di igiene orale e autovalutazione della salute orale (es. sanguinamento, alterazioni delle mucose, recessioni gengivali con esposizioni radicolari, ipersensibilità dentinale, ecc), o che tramite notifiche o segnali, ricordano di spazzolare tutte le superfici dentali e la lingua e guidano al rispetto dei tempi adeguati.

L'Igienista dentale utilizza la telemedicina anche tramite videochiamate sulle varie piattaforme, per fornire rinforzo motivazionale e didattico, dando istruzioni di igiene orale domiciliare e fornendo consigli personalizzati.

4. CHE SUPPORTI TECNOLOGICI, ASSISTIVI, AUSILI UTILIZZA E/O PUÒ PROPORRE ALLA PERSONA ASSISTITA

Spazzolini elettrici e sonici sono utilizzati per migliorare l'efficacia dello spazzolamento dei denti, delle mucose orali e della lingua. Esistono diverse applicazioni mobili e software che possono essere utilizzati per educare e monitorare l'igiene orale.

Queste applicazioni forniscono tracciamento delle abitudini di igiene orale e sono in grado di registrare dati. L'Igienista dentale può suggerire l'uso di tali applicazioni come supporto per una migliore gestione dell'igiene orale (es. tempo, frequenza, pressione adeguata, ecc.). I supporti tecnologici possono variare da smartphone, tablet o pc per le comunicazioni audio/video, modelli didattici, utilizzati a scopo educativo.

In aggiunta a tutto ciò si sono sviluppate a corredo pagine social professionali e/o siti internet che possono fornire informazioni di supporto alle esigenze della persona assistita.

5. QUALI SONO LE COMPETENZE/ABILITÀ RICHIESTE ALLA PERSONA ASSISTITA E/O AL CARE GIVER PER L'UTILIZZO DEI SUPPORTI TECNOLOGICI AL PUNTO PRECEDENTE

La persona assistita e/o il caregiver devono essere in grado di: comprendere le funzionalità e le modalità di utilizzo specifico di ciascun supporto tecnologico consigliato; leggere e comprendere le istruzioni di utilizzo fornite con il dispositivo; familiarizzare con le varie impostazioni e opzioni disponibili al fine di utilizzare correttamente i supporti tecnologici; comprendere e replicare nel quotidiano le istruzioni impartite; risolvere autonomamente problemi semplici, come il ripristino delle impostazioni predefinite, o come contattare l'assistenza tecnica per ricevere supporto.

Devono essere motivati e responsabili nell'adottare e mantenere le buone pratiche di igiene orale, consapevoli della loro importanza, oltre a conoscere l'utilizzo degli strumenti e delle tecniche indicate di detersione delle superfici dentali, degli spazi interprossimali, della lingua e delle mucose orali.

6. COME PUÒ IL PROFESSIONISTA SANITARIO ESSERE DI AIUTO E FACILITARE LA RELAZIONE DI CURA (PERSONA ASSISTITA-CARE GIVER)

L'Igienista dentale può fornire un'adeguata educazione e consulenza sia alla persona assistita sia al caregiver, attraverso istruzioni personalizzate. Per contribuire al miglioramento della gestione dell'igiene orale domiciliare, anche in presenza di manufatti protesici o dispositivi ortodontici, l'Igienista dentale istruisce sia l'assistito che il caregiver all'utilizzo della tecnologia, dei presidi e delle tecniche individuali concordate, istruendo all'uso dei mezzi diagnostici idonei ad evidenziare la placca batterica e motivando l'esigenza dei controlli clinici periodici. L'Igienista dentale, per deontologia e formazione accademica, dedica molta della sua pratica professionale quotidiana all'aspetto comunicativo ed empatico nella relazione di aiuto assistenziale alla persona assistita, essendo la motivazione e collaborazione della stessa un obiettivo da raggiungere per promuovere cambiamenti delle abitudini necessarie al raggiungimento e/o mantenimento della salute orale. Si dedica pertanto alla conoscenza della dimensione bio-psico-sociale della persona assistita sia sotto il profilo anamnestico che della sfera personale ed emozionale, sviluppando piani di cura individualizzati in base alle specifiche esigenze. L'Igienista dentale, inoltre, fornisce informazioni sulle abitudini alimentari che possono influenzare la salute dentale e orale.

7. QUALI MIGLIORAMENTI PRODUCE L'UTILIZZO DELLE TECNOLOGIE DIGITALI NELLA PROFESSIONE E QUALI LE MAGGIORI DIFFICOLTÀ?

Le tecnologie digitali consentono agli Igienisti dentali di comunicare in modo più efficace e di condividere informazioni con altri professionisti sanitari per favorire la collaborazione e il coordinamento nella cura delle persone assistite. L'utilizzo delle telecamere intraorali consente di ottenere immagini di alta qualità e ingrandimenti dettagliati per l'intercettazione precoce di gengiviti, demineralizzazioni dello smalto o lesioni orali. L'uso delle tecnologie ha portato allo sviluppo di sonde parodontali elettroniche che registrano automaticamente le misurazioni in modalità computerizzata, oltre che metodiche di scrittura mediante dettatura vocale tramite specifici software facilitando la raccolta dati. Sistemi di gestione basati su tecnologie digitali consentono agli Igienisti dentali di accedere facilmente alla cartella clinica, alle informazioni sull'igiene orale e alle note cliniche per un trattamento e un monitoraggio individualizzato delle condizioni orali. Le tecnologie digitali, come le applicazioni mobili per l'igiene orale o i promemoria digitali, possono coinvolgere le persone assistite in modo attivo nella gestione della propria salute orale. L'utilizzo della tecnologia, ad esempio, può essere utile anche qualora la persona assistita non possa raggiungere lo studio/ambulatorio per ricevere informazioni dall'Igienista dentale; tuttavia la telemedicina non può sostituire le prestazioni degli Igienisti dentali, ma può affiancarle ed integrarle con l'obiettivo di migliorarne l'assistenza. Nel periodo di pandemia da COVID-19, è stato realizzato un decalogo in formato digitale accessibile alle persone assistite, con consigli e buone norme da adottare in attesa della ripresa delle attività cliniche.

8. SONO PREVISTI PERCORSI EDUCAZIONALI DI (PATIENT/CAREGIVER) ENGAGEMENT DEL PROFESSIONISTA SANITARIO, AD ESEMPIO ALL'INTERNO DEI CORSI DI STUDI O COME FORMAZIONE ECM, PROPRIO PER FAVORIRE IL CONTATTO CON IL PAZIENTE?

Sono previsti percorsi educativi di patient/caregiver engagement per gli Igienisti dentali, sia all'interno dei corsi di studi universitari sia attraverso formazione ECM (Educazione

Continua in Medicina) per favorire il contatto con la persona assistita e migliorare la qualità della cura. Nei corsi di studi universitari, vengono solitamente inclusi moduli dedicati alla comunicazione e all'interazione con le persone assistite. Questi moduli possono comprendere l'apprendimento di abilità di comunicazione efficace, l'ascolto attivo, l'empatia e la gestione delle emozioni sia per le persone assistite sia per i caregiver. L'obiettivo è sviluppare competenze per creare un ambiente accogliente e confortevole per la persona assistita, facilitare la comprensione delle procedure odontoiatriche e promuovere una relazione di cura partecipata (alleanza terapeutica). La formazione ECM offre opportunità di apprendimento continuo per gli Igienisti dentali al fine di migliorare le proprie competenze nella gestione e nel coinvolgimento attivo della persona assistita e del caregiver nella cura. Per promuovere l'engagement dell'assistito/caregiver è infatti necessario sensibilizzare e formare i professionisti sanitari. Saper leggere il linguaggio silenzioso del corpo attraverso postura, mimica facciale, gesti e altri segni indicativi dello stato emotivo interiore è un'abilità fondamentale; riuscire a cogliere attraverso l'osservazione i segnali invisibili della tensione mentale e corporea è una parte importante della professione. Gli Igienisti dentali creano occasioni di contatto diretto con persone assistite e caregiver anche attraverso giornate dedicate alla prevenzione che si svolgono ufficialmente in diversi luoghi in tutta Italia.

9. ESISTONO DEI DEVICE DI SUPPORTO PER MEGLIO CODIFICARE IL LINGUAGGIO DEI REFERTI? COME SI PUÒ AGEVOLARE IL PAZIENTE / CAREGIVER NELLA COMPRESIONE?

Esistono dei device di supporto/ software che possono aiutare gli Igienisti dentali a codificare in modo più preciso e standardizzato il linguaggio dei referti. Uno dei principali strumenti utilizzati è il software di gestione delle pratiche dentali (PMS, Practice Management Software) che include funzionalità per la registrazione e l'organizzazione dei referti.

I PMS possono offrire moduli specifici per l'inserimento dei dati clinici e dei referti, fornendo una struttura predefinita e una terminologia standardizzata per descrivere le condizioni oro-dentali, i trattamenti eseguiti e le raccomandazioni. Questo aiuta a garantire la coerenza e la chiarezza delle informazioni nei referti, facilitando la comprensione sia per il personale clinico che per la persona assistita e il caregiver.

L'Igienista dentale utilizza da sempre l'immagine, in particolare la macrofotografia odontoiatrica, come mezzo didattico ed esplicativo per meglio illustrare alla persona assistita la sua condizione clinica. Molto utilizzato è anche lo scanner intra-orale, strumento con un sistema di misurazione tridimensionale con il quale è possibile offrire a un'esperienza visiva molto efficace e suggestiva per una migliore interpretazione della condizione clinica.

In odontoiatria vengono, inoltre, utilizzati modelli di valutazione del rischio che tramite software analizzano i dati clinici inseriti e rendono di semplice comprensione a persone assistite e a caregivers il livello di rischio individuale verso determinate patologie.

10. PER SAPERNE DI PIU'

cdanazionale.id@tsrm-pstrp.org

<https://www.tsrm-pstrp.org>

<https://www.tsrm-pstrp.org/index.php/igienista-dentale/>

www.aiditalia.it areapaziente

www.unid.it

INNOVAZIONE DIGITALE E PERSONA ASSISTITA - CAREGIVER

Carta di identità del professionista sanitario

LOGOPEDISTA

D.M. 14 settembre 1994, n. 742



A cura di Luigi Marotta

Logopedista, componente Comitato scientifico ASSD per FNO TSRM e PSTRP

Tiziana Rossetto

Logopedista, componente Comitato scientifico ASSD per FLI

Hanno collaborato per FLI: logopediste Rosanna Favole e Chiara Stracquadanio

1. DI COSA SI OCCUPA, QUALI SONO LE COMPETENZE

Il/la Logopedista, è un professionista sanitario della riabilitazione, che esercita dopo il conseguimento di una Laurea specifica e l'iscrizione all'Albo e Ordine. La sua attività è regolamentata da: il Profilo Professionale DM 742/94 cit. *“l'operatore sanitario che, [...], svolge la propria attività definendo i bisogni di salute della persona assistita, nella prevenzione e nel trattamento riabilitativo delle patologie della comunicazione, nel linguaggio e disturbi cognitivi, in età evolutiva, adulta e geriatrica. L'attività del Logopedista è volta all'educazione e rieducazione di tutte le patologie che provocano disturbi della voce, della parola, del linguaggio orale e scritto e degli handicap comunicativi. Propone l'adozione di ausili ne addestra all'uso e ne verifica l'efficacia;”*. Ulteriori criteri di regolamentazione sono l'Ordinamento Didattico e il Codice Deontologico L.42/1999. Inoltre, si occupa di **disturbi della deglutizione e delle funzioni orali** e, quando possibile, promuove e sostiene l'alimentazione orale o l'assunzione di alimenti a scopo edonistico. La logopedia è una disciplina scientifica e come tale è soggetta a continui progressi, dunque il Logopedista è tenuto a mantenere nel tempo le proprie conoscenze e competenze.

2. QUALI PRESTAZIONI SANITARIE O INTERVENTI DI CURA PUÒ OFFRIRE ALLA PERSONA ASSISTITA

Il Logopedista opera in modo autonomo con responsabilità per la sua specificità professionale e in collaborazione con altri professionisti, offre i suoi servizi in riferimento ad una diagnosi o per concorrere a meglio definire i bisogni della persona, per disturbi semplici o più complessi, anche all'interno di team multidisciplinari con i seguenti atti professionali:

- **valutazione e bilancio delle competenze di funzionamento delle abilità comunicative, cognitive, linguistiche e delle funzioni orali voce e deglutizione**, attraverso l'utilizzo di strumenti standardizzati, colloqui e osservazioni;
- **educazione/abilitazione e riabilitazione delle disabilità comunicative, linguistiche, cognitive e deglutorie** attraverso l'elaborazione di un programma di trattamento individualizzato e specifico, in correlazione agli obiettivi condivisi con la persona e i caregiver;
- **consulenza e counselling** ai caregiver e alle figure di riferimento con particolare attenzione all'individuazione e alla condivisione di strategie volte a migliorare la comunicazione e a promuovere il benessere relazionale nonché la massima autonomia possibile della persona;

- **valutazione, proposta di adozione, addestramento all'uso, verifica di efficacia di ausili** utili a superare le barriere comunicative/linguistiche, cognitive, fonatorie e deglutorie;
- **verifica delle rispondenze** ai programmi e della metodologia riabilitativa, attuata **secondo gli obiettivi** di recupero funzionale.

3. QUALI DI QUESTE PRESTAZIONI O INTERVENTI DI CURA POSSONO ESSERE FORNITE ATTRAVERSO LA TELEMEDICINA O L'UTILIZZO DI DISPOSITIVI INDOSSABILI, TECNOLOGIE ASSISTIVE, AUSILI O ALTRE TIPOLOGIE DI DISPOSITIVI

La «**teleriabilitazione logopedica**», può offrire un ampio ventaglio di servizi abilitativi e riabilitativi: valutazione, monitoraggio, intervento, supervisione, aspetti educativi, consulenza e counselling. I setting e le modalità possono essere diversi e finalizzati a garantire il miglior esito possibile. Possono essere svolti in ambito domiciliare, scolastico, lavorativo, ambulatoriale, ospedaliero, prevedendo o meno la presenza (a distanza) del riabilitatore e spaziano dal teleconsulto alla televalutazione sino alla teleriabilitazione. Le esperienze sono da tempo consolidate a livello internazionale e più recentemente a livello nazionale e costituiscono un robusto modello organizzativo. Oltre a supportare la riabilitazione a distanza, **la tecnologia può costituire un valido aiuto nelle difficoltà di comunicazione**; la comunicazione orale, infatti, soprattutto in correlazione con alcune patologie neurologiche, può essere difficile o impossibile. In questi casi il Logopedista esperto in ausili comunicativi, insieme al team multidisciplinare, individua lo strumento più idoneo tenendo conto delle capacità motorie e cognitive residue della persona. Le tecnologie inoltre, non fanno fronte esclusivamente ai problemi di comunicazione, ma vengono utilizzate anche per deficit cognitivi (difficoltà di attenzione, di memoria e di orientamento per esempio), linguistici (difficoltà di recupero della parola), della voce e della deglutizione o per l'allenamento di specifiche funzioni quali la lettura, la scrittura, il calcolo e più in generale l'apprendimento.

4. SUPPORTI TECNOLOGICI, ASSISTIVI, AUSILI DA UTILIZZARE E PROPORRE ALLA PERSONA ASSISTITA

Per far fronte alle **difficoltà comunicative**, la gamma di strumenti è ampia e va da dispositivi a bassa tecnologia come i Vocas (dispositivi dotati di pulsanti sui quali è possibile preregistrare un numero limitato di messaggi) a dispositivi ad alta tecnologia come i comunicatori dinamici (pc o tablet dotati di software dedicati all'elaborazione di griglie comunicative) e i dispositivi a puntamento oculare (pc utilizzabili con il movimento degli occhi). Per l'aspetto cognitivo il Logopedista può scegliere tra numerosi software sviluppati per l'allenamento di specifiche funzioni (attenzione, memoria, funzioni esecutive) utilizzabili sia in presenza, sia con monitoraggio a distanza. Si consideri anche che oggetti di uso comune possono essere adattati alle difficoltà delle persone; ad esempio è possibile rallentare il cursore del mouse, trasformare messaggi vocali in testo scritto e viceversa, modificare bicchieri posate e piatti. Gli strumenti sono pensati e adattati su misura per ciascun paziente e hanno lo scopo di facilitare la comunicazione interpersonale, l'indipendenza e di permettere alle persone disabili di realizzare pienamente il loro potenziale.

5. QUALI SONO LE COMPETENZE/ABILITÀ RICHIESTE ALLA PERSONA ASSISTITA E/O AL CARE GIVER PER L'UTILIZZO DEI SUPPORTI TECNOLOGICI AL PUNTO PRECEDENTE

La teleriabilitazione, così come l'impiego della tecnologia assistiva, è un percorso personalizzato e dunque destinato a persone assistite e con caratteristiche differenti in quanto a quadri clinici, età, istruzione, contesto di vita, bisogni ed esperienza con la tecnologia. Il Logopedista, pertanto, nel progetto e nel programma riabilitativo tiene conto di tutti questi aspetti e, in particolare nella scelta delle tecnologie, considera non solo l'efficacia tecnica del sistema, ma anche la sua capacità di adattarsi ai bisogni del singolo paziente, al contesto di vita ed eventualmente ai fabbisogni dei caregiver. **Non è dunque la persona assistita e/o il suo caregiver a doversi adattare ad uno strumento ma, viceversa, è lo strumento che deve essere pensato e scelto in funzione e a servizio delle persone.**

6. COME PUÒ IL PROFESSIONISTA SANITARIO ESSERE DI AIUTO E FACILITARE LA RELAZIONE DI CURA (PERSONA ASSISTITA-CARE GIVER)

Attraverso l'impiego della tecnologia assistiva, il Logopedista può quindi facilitare la relazione di cura intervenendo sul miglioramento della qualità di vita della persona e sulla promozione delle abilità residue. Si specifica inoltre che nella presa in carico globale il Logopedista accompagna il caregiver nel percorso di riabilitazione della persona assistita e dunque ascolta i bisogni, condivide gli obiettivi, instaura relazioni di fiducia.

7. QUALI MIGLIORAMENTI PRODUCE L'UTILIZZO DELLE TECNOLOGIE DIGITALI NELLA PROFESSIONE E QUALI LE MAGGIORI DIFFICOLTÀ

La teleriabilitazione non si limita a garantire la continuità delle cure fuori dall'ambiente ospedaliero, ma contribuisce a migliorare l'intervento riabilitativo stesso. In particolare permette di ottenere:

- **migliore accesso**, le sedute possono essere effettuate da casa propria, in orari più flessibili e a un costo più ridotto;
- **continuo monitoraggio**, i dati possono essere raccolti durante gli interventi sotto la sua supervisione, ma anche nelle sessioni svolte in modo asincrono e autonomamente dall'assistito. In questo modo è più facile ottenere la personalizzazione del trattamento ed esiti migliori.

Esistono, però, anche delle criticità che il professionista sanitario deve tenere in considerazione:

- **la diffidenza** da parte degli utenti, ma anche di molti professionisti, rispetto all'efficacia degli interventi condotti online, in ragione di una scarsa conoscenza del fenomeno e della sua reale diffusione;
- **la formazione** deve essere specifica in quanto un trattamento a distanza non è la semplice trasposizione in digitale del setting e delle attività in presenza.

L'intervento in teleriabilitazione, così come le tecnologie assistive, inoltre, non sostituiscono i trattamenti in presenza e le abilità della persona assistita, ma affiancano entrambi gli aspetti.

8. SONO PREVISTI PERCORSI EDUCAZIONALI DI (PATIENT/CAREGIVER) ENGAGEMENT DEL PROFESSIONISTA SANITARIO, AD ESEMPIO ALL'INTERNO DEI CORSI DI STUDIO O COME FORMAZIONE ECM, PROPRIO PER FAVORIRE IL CONTATTO CON IL PAZIENTE?

Oltre alla formazione universitaria di base del Logopedista, esistono percorsi di studio specifici post laurea master di I livello sulle Tecnologie Assistive, o corsi di formazione continua ECM di aggiornamento sul tema.

9. ESISTONO DEI DEVICE DI SUPPORTO PER MEGLIO CODIFICARE IL LINGUAGGIO DEI REFERTI? COME SI PUÒ AGEVOLARE IL PAZIENTE / CAREGIVER NELLA COMPrensIONE?

No, non abbiamo esempi, sarebbe auspicabile.

10. PER SAPERNE DI PIU'

cdanazionale.logopedisti@tsrm-pstrp.org

Sito FNO: <https://www.tsrm-pstrp.org/>

<https://www.tsrm-pstrp.org/index.php/logopedista/>

Sito FLI: <https://fli.it/>

Nomenclatore Tariffario: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2017/06/23/144/so/31/sg/pdf>

Portale Siva: <https://portale.siva.it/it-IT/home/default>

Rete GLIC: <https://www.centriusili.it/>

INNOVAZIONE DIGITALE E PERSONA ASSISTITA - CAREGIVER

Carta di identità del professionista sanitario

ORTOTTISTA

D.M. 26 settembre 1994, n. 743

**A cura di Angelo Del Vicario**

Ortottista, componente Comitato scientifico ASSD per FNO TSRM e PSTRP

1. DI COSA SI OCCUPA, QUALI SONO LE COMPETENZE

L'Ortottista è il professionista sanitario che si occupa di visione a tutte le età, attraverso la valutazione, la prevenzione, l'abilitazione, la riabilitazione dei disturbi visivi, con particolare rilievo alla motilità oculare e alle funzioni binoculari. Le competenze dell'Ortottista, spaziano su un ampio spettro di attività, fra le più note, ma non esaustive, ricordiamo la valutazione dei disturbi motori e sensoriali della visione.

2. QUALI PRESTAZIONI SANITARIE O INTERVENTI DI CURA PUÒ OFFRIRE ALLA PERSONA ASSISTITA

Le prestazioni sanitarie erogate dall'Ortottista sono mirate alla gestione di patologie quali ambliopie, strabismi, sindrome da affaticamento visivo, diplopia, alterazioni ortottiche confondibili con disturbi specifici di apprendimento (DSA). Esegue tecniche di semeiotica strumentale oftalmologica, come il campo visivo, l'esame della rifrazione, gli esami elettro-funzionali (ERG-elettroretinogramma, PEV-potenziali visivi evocati, PERG-elettroretinogramma da pattern, EOG-elettrooculogramma, ENG-elettroretinogramma), la microscopia endoteliale, la topografia corneale, la biometria, lo studio della sensibilità cromatica e del contrasto, la tomografia retinica, l'angiografia, la pachimetria e molte altre attività in continua crescita e sviluppo anche grazie alla rapida evoluzione tecnologica.

L'Ortottista può essere presente nei processi legati alla chirurgia oftalmologica e degli annessi, sia nelle fasi di valutazione e supporto pre e post operatori, sia intra operatori. Segue la persona ipovedente in tutte le fasi del percorso: inquadramento, individuazione degli ausili (ottici, elettronici, tecnologici, software, etc), abilitazione/riabilitazione, consulenza e follow-up.

Le peculiarità dell'Ortottista, lo portano ad erogare le sue prestazioni in vari setting sia ospedalieri sia territoriali, anche a domicilio della persona assistita, a scuola per i bambini, nelle RSA per gli anziani, collaborando con molti professionisti sanitari di varie specialità, sapendosi porre come abile interlocutore nell'inserimento anche dei Caregiver, oltre che della persona assistita, all'interno del team riabilitativo e di cura.

3. QUALI DI QUESTE PRESTAZIONI O INTERVENTI DI CURA POSSONO ESSERE FORNITE ATTRAVERSO LA TELEMEDICINA O L'UTILIZZO DI DISPOSITIVI INDOSSABILI, TECNOLOGIE ASSISTIVE, AUSILI O ALTRE TIPOLOGIE DI DISPOSITIVI

La rapida e tumultuosa crescita tecnologica dell'attuale periodo storico, ha visto, anche sulla spinta della pandemia da Covid-19, una notevole implementazione di nuove modalità di "contatto" fra i professionisti sanitari e le persone assistite.

L'Ortottista ha sperimentato con successo la possibilità di eseguire sedute di

teleriabilitazione e di follow-up, che grazie ai nuovi dispositivi consegnati dalla tecnologia ai professionisti della salute, potrebbe concretizzare una vera sanità di prossimità, come auspicata dal DM77.

I nuovi scenari, non solo prevedono il "collegamento a distanza" fra il professionista e la persona assistita, ma anche la possibilità di ricevere dati implementabili dai professionisti per un concreto miglioramento della salute dei cittadini (ad esempio nello screening ortottico della retinopatia diabetica con una fotografia del fondo oculare).

4. SUPPORTI TECNOLOGICI, ASSISTIVI, AUSILI DA UTILIZZARE E PROPORRE ALLA PERSONA ASSISTITA

Se pensiamo che uno dei principali ausili utilizzati a livello mondiale è l'occhiale, capiamo subito il valore dell'Ortottista nel sostegno attivo al superamento delle limitazioni indotte dalle condizioni di salute visiva, la correzione ottica (lente) fa guadagnare in qualità se si valuta contestualmente la visione binoculare.

La competenza arricchita e ampliata nei processi legati alla gestione dell'ipovisione, attraverso l'individuazione su "misura" del miglior ausilio ottico, elettronico, tecnologico, software, assistivo, rende l'Ortottista un professionista che porta con sé la conoscenza globale e specifica dell'utilizzo di ausili con particolare attenzione alle nuove frontiere della tecnologia.

5. QUALI SONO LE COMPETENZE/ABILITÀ RICHIESTE ALLA PERSONA ASSISTITA E/O AL CARE GIVER PER L'UTILIZZO DEI SUPPORTI TECNOLOGICI AL PUNTO PRECEDENTE

La principale competenza/abilità richiesta alla persona assistita e/o al caregiver per l'utilizzo dei supporti tecnologici è quello di entrare nel team riabilitativo insieme all'Ortottista per poter esplicitare in ogni dettaglio quelli che sono i bisogni e le necessità alle quali far fronte. L'Ortottista, con le sue competenze e conoscenze, saprà declinare quelle che sono le risorse (in termini di residuo visivo) utilizzabili dal paziente, individuando le migliori soluzioni personalizzate e consegnando le nozioni e, con le dovute sedute riabilitative di "avvicinamento" all'ausilio, la padronanza dello strumento.

6. COME PUÒ IL PROFESSIONISTA SANITARIO ESSERE DI AIUTO E FACILITARE LA RELAZIONE DI CURA (PERSONA ASSISTITA-CARE GIVER)

L'Ortottista è un professionista sanitario della riabilitazione, con una formazione specifica per il lavoro in equipe, sa utilizzare gli strumenti della comunicazione che gli consentono di relazionarsi con interlocutori diversi, utilizzando sempre un linguaggio appropriato al contesto. L'utilizzo professionale di apparecchiature e strumenti elettromedicali ad elevato contenuto tecnologico, rendono l'Ortottista nativamente predisposto all'utilizzo di soluzioni innovative come i nuovi supporti assistivi.

7. QUALI MIGLIORAMENTI PRODUCE L'UTILIZZO DELLE TECNOLOGIE DIGITALI NELLA PROFESSIONE E QUALI LE MAGGIORI DIFFICOLTÀ

Le tecnologie digitali, fanno parte da decenni della pratica clinica dell'Ortottista. Ad oggi, i miglioramenti evidenziati sono quelli di avere maggiori informazioni, migliorare i dettagli e ridurre i tempi di acquisizione di vari esami strumentali. Le difficoltà, potrebbero essere legate ad una disomogenea distribuzione della "rete" di diffusione e distribuzione dei dati, creando una forte limitazione nell'impiego delle nuove tecnologie, ma non si evidenziano criticità strettamente legate al profilo professionale.

8. SONO PREVISTI PERCORSI EDUCAZIONALI DI (PATIENT/CAREGIVER) ENGAGEMENT DEL PROFESSIONISTA SANITARIO, AD ESEMPIO ALL'INTERNO DEI CORSI DI STUDI O COME FORMAZIONE ECM, PROPRIO PER FAVORIRE IL CONTATTO CON IL PAZIENTE?

La comunicazione con la persona assistita il suo coinvolgimento attivo nel percorso di cura sono una delle competenze trasversali che vengono coltivate durante il corso di studi, l'Ortottista ad esempio in uno dei suoi storici ambiti il trattamento quello dell'ambliopia ha la necessità di attuare l'engagement del caregiver e la compliance del piccolo paziente per un successo della terapia, viene pertanto valutato nell'esame abilitante pratico anche per la qualità del contatto con la persona bisognosa di assistenza.

9. ESISTONO DEI DEVICE DI SUPPORTO PER MEGLIO CODIFICARE IL LINGUAGGIO DEI REFERTI? COME SI PUÒ AGEVOLARE IL PAZIENTE / CAREGIVER NELLA COMPrensIONE?

Utile strumento da inserire in vari supporti/device, potrebbe essere un vocabolario dei termini in uso più comune della professione dell'Ortottista.

10. PER SAPERNE DI PIU'

cdanazionale.oao@tsrm-pstrp.org

<https://www.tsrm-pstrp-org>

<https://www.tsrm-pstrp.org/index.php/ortottista-assistente-di-oftalmologia/>

<https://aiorao.it/aiorao/>

<https://www.internationalorthoptics.org/>

<https://euro-orthoptics.com/>

<https://semori.it/>

INNOVAZIONE DIGITALE E PERSONA ASSISTITA - CAREGIVER



Carta di identità del professionista sanitario

PODOLOGO

D.M. 14 settembre 1994, n. 666

A cura di Ilaria Teobaldi

Podologa, componente del Comitato scientifico di ASSD per FNO TSRM e PSTRP

1. DI COSA SI OCCUPA, QUALI SONO LE COMPETENZE

Il Podologo si occupa di **prevenzione, assistenza, riabilitazione e cura delle patologie podaliche e di patologie sistemiche ad interessamento podalico**, ad esempio: piede diabetico, reumatico, neurologico, geriatrico, vascolare, pediatrico, dermatologico, oncologico ecc.

Il Podologo si occupa della cura attraverso mezzi non cruenti tra i quali mezzi fisici, chimici idromassoterapici e ortesici.

Il Podologo esegue accertamenti diagnostici attraverso l'impiego di strumenti e apparecchiature elettromedicali.

Il Podologo, infine, individua e segnala al medico le sospette condizioni patologiche che richiedono un approfondimento diagnostico o un intervento terapeutico specialistico.

2. QUALI PRESTAZIONI SANITARIE O INTERVENTI DI CURA PUÒ OFFRIRE ALLA PERSONA ASSISTITA

Il Podologo, in base alla propria formazione post-laurea, può essere specializzato in diversi ambiti come: prevenzione e gestione delle lesioni cutanee, piede diabetico, biomeccanica e orto-podologia, podologia riabilitativa e dello sport.

Alcuni esempi di **prestazioni e interventi di cura** sono: gestione conservativa dell'unghia incarnita, rieducazione e/o ricostruzione ungueale, medicazione di lesioni cutanee all'arto inferiore, trattamento della verruca del piede, valutazione funzionale globale (articolare, motoria, del dolore, potenziali evocati motori e somato-sensoriali), rieducazione motoria, correzione manuale di piede torto congenito, valutazione ortesica (prescrizione, somministrazione e collaudo), realizzazione di ortesi (statica, dinamica, di posizione per piede torto; plantari modellati su misura, su forma in serie, su calco, per lievitazione; ortesi siliconiche per deformità avampiede), massoterapia per drenaggio linfatico, bendaggio funzionale e fasciature, realizzazione di apparecchio gessato tibio-podalico; terapia educativa singola e di gruppo; terapia fisica strumentale; somministrazione farmacologica di terapia topica.

Alcuni **strumenti** che il Podologo utilizza per erogare le proprie prestazioni sono: ecografo; pedane stabilometriche e baropodometriche per l'analisi cinematica e dinamica del passo; mini-doppler e biotesiometro per la valutazione neuropatia e vasculopatia periferica; fresa e micromotore podologico per trattamento ungueale e di ipercheratosi; terapia a pressione topica negativa, fotobiomodulazione per il trattamento delle lesioni cutanee; terapia laser per trattamento di micosi ungueale, tendiniti o altro; terapia con onde d'urto focali e radiali.

3. QUALI DI QUESTE PRESTAZIONI O INTERVENTI DI CURA POSSONO ESSERE FORNITE ATTRAVERSO LA TELEMEDICINA O L'UTILIZZO DI DISPOSITIVI INDOSSABILI, TECNOLOGIE ASSISTIVE, AUSILI O ALTRE TIPOLOGIE DI DISPOSITIVI

- Visita podologica di controllo.
- Telemonitoraggio: strumenti di analisi non invasivi, per lo studio delle patologie che coinvolgono il sistema motorio, il cammino e la stabilità posturale (sensori inerziali).
- Educazione terapeutica alla persona assistita e al caregiver.
- Riabilitazione attiva come realtà virtuale, aumentata (VR e AR), Gamification (metodologia in grado di veicolare messaggi educativi di vario tipo, e di indurre a comportamenti attivi da parte dell'assistito o caregiver, permettendo di raggiungere specifici obiettivi clinici).
- Riabilitazione passiva (video da somministrare al paziente e/o caregiver).

4. SUPPORTI TECNOLOGICI, ASSISTIVI, AUSILI DA UTILIZZARE E PROPORRE ALLA PERSONA ASSISTITA

Il Podologo può proporre: sensori inerziali, fotografia, smartphone, tablet, pc, smart tv.

5. QUALI SONO LE COMPETENZE/ABILITÀ RICHIESTE ALLA PERSONA ASSISTITA E/O AL CARE GIVER PER L'UTILIZZO DEI SUPPORTI TECNOLOGICI AL PUNTO PRECEDENTE

- Saper eseguire la procedura per indossare e azionare i presidi (ad esempio sensori).
- Saper eseguire e inviare una fotografia tramite smartphone o pc.
- Saper scaricare e utilizzare applicazioni digitali (App).

6. COME PUÒ IL PROFESSIONISTA SANITARIO ESSERE DI AIUTO E FACILITARE LA RELAZIONE DI CURA (PERSONA ASSISTITA-CARE GIVER)

Educazione al paziente e/o caregiver in fase di valutazione della persona assistita stessa, in fase di consegna di presidi, anche attraverso rinforzo cartaceo e/o simulazione diretta dell'assistito.

7. QUALI MIGLIORAMENTI PRODUCE L'UTILIZZO DELLE TECNOLOGIE DIGITALI NELLA PROFESSIONE E QUALI LE MAGGIORI DIFFICOLTÀ

MIGLIORAMENTI: maggiore precisione nella valutazione, riduzione della spesa sanitaria, maggior controllo e monitoraggio a distanza.

DIFFICOLTÀ: eventuale rischio di minor comprensione e raggiungimento dell'obiettivo da parte del paziente con deficit cognitivo/fisico o non collaborante.

8. SONO PREVISTI PERCORSI EDUCAZIONALI DI (PATIENT/CAREGIVER) ENGAGEMENT DEL PROFESSIONISTA SANITARIO, AD ESEMPIO ALL'INTERNO DEI CORSI DI STUDI O COME FORMAZIONE ECM, PROPRIO PER FAVORIRE IL CONTATTO CON IL PAZIENTE?

Moduli didattici di educazione terapeutica, tele-riabilitazione e tele-monitoraggio durante il corso triennale di Podologia e in alcuni Master di I livello.

9. ESISTONO DEI DEVICE DI SUPPORTO PER MEGLIO CODIFICARE IL LINGUAGGIO DEI REFERTI? COME SI PUÒ AGEVOLARE IL PAZIENTE / CAREGIVER NELLA COMPrensIONE?

Software analisi dati (pedana baropodometrica, sensori, ecc.) e App capaci di scegliere la scarpa specifica in base alla scannerizzazione del piede.

10. PER SAPERNE DI PIU'

cdanazionale.podologi@tsrm-pstrp.org

<https://www.tsrm-pstrp.org>

<https://www.tsrm-pstrp.org/index.php/podologo/>

INNOVAZIONE DIGITALE E PERSONA ASSISTITA - CAREGIVER



Carta di identità del professionista sanitario
TECNICO AUDIOMETRISTA
 D.M. 14 settembre 1994, n. 667

A cura di Federica Baldin

Audiometrista componente del Comitato scientifico ASSD per FNO TSRM e PSTRP

1. DI COSA SI OCCUPA, QUALI SONO LE COMPETENZE

Il Tecnico audiometrista si **occupa di problematiche legate all'orecchio e alle sue funzioni: l'udito, l'equilibrio e tutte le patologie correlate**. Esercita la sua attività in ambito pubblico o privato.

Il principale compito del Tecnico audiometrista è l'utilizzo di varie tecniche strumentali al fine di ottenere:

- la misurazione della perdita uditiva che avviene utilizzando varie metodiche a seconda della fascia di età;
- l'individuazione della sede di lesione;
- la disabilità associata ai problemi dell'orecchio.

L'esame "principe" del Tecnico di audiometria è l'**esame audiometrico** che definisce il grado di perdita uditiva nelle varie frequenze principali del parlato. Infatti, la perdita uditiva causa una serie di problematiche alle persone che ne soffrono: difficoltà di comunicazione, deterioramento cognitivo e isolamento, perché udito e comunicazione hanno un legame stretto. Per l'equilibrio si utilizzano tecniche strumentali che individuano la sede di lesione e altre tecniche per la riabilitazione vestibolare.

Oltre alle valutazioni audiometriche a scopo topo-diagnostico ed elettrofisiologico, il Tecnico audiometrista svolge attività di screening audiologici a scopi preventivi nei punti nascita, nelle Terapie intensive neonatali, nelle giornate uditive A.I.R.S. (Associazione Italiana Ricerca sulla Sordità) in tutta Italia e in Medicina del Lavoro. Inoltre, il Tecnico audiometrista riabilita le persone con sordità profonda attivando e regolando gli impianti cocleari o le protesi impiantabili e osteointegrate. Infine, il Tecnico audiometrista elabora e mette in atto il percorso terapeutico per la riabilitazione della persona con vertigini.

2. QUALI PRESTAZIONI SANITARIE O INTERVENTI DI CURA PUÒ OFFRIRE ALLA PERSONA ASSISTITA

Effettuare la VALUTAZIONE specifica: raccogliere i dati anamnestici; interpretare il bisogno del paziente; rapportarsi con il paziente e/o famigliari; somministrare questionari audiologici; eseguire ispezione (otoscopia) del condotto uditivo esterno; individuare strategia tecnica più adeguata attraverso l'esame audiometrico tonale, vocale, l'impedenzometria; informare il paziente; istruire il paziente; eseguire prove non invasive di valutazione e misura del sistema vestibolare attraverso test semiologici spontanei (Romberg, Fukuda, etc.), verticale soggettiva, Head Shaking Test (test scuotimento del capo); ricerca e registrazione con video-oculosopia e videonistagmografia dei

movimenti oculari involontari e riflessi, movimenti nistagmici, di posizione, da posizionamento e evocati da manovre (Dix e Hallpike, Semont, da decubito laterale, etc.), test rotatori, potenziali evocati miogeni (cVemps e oVemps), video HIT (video head impulse test) e fHIT (functional head impulse test), test stabilometrico statico e dinamico; valutare la taratura degli strumenti; eseguire la taratura degli strumenti; Utilizzare tecniche di misurazione psicoacustiche ed elettrofisiologiche in sonno spontaneo e sedazione attraverso i potenziali evocati uditivi del tronco encefalico (BAERS uditivi); trascrivere i test su cartelle audiologiche; valutare i risultati audiometrici; eseguire calcolo percentuale di perdita uditiva utilizzando apposite tabelle; stendere report tecnico degli esami effettuati. PREVENZIONE: progettare programmi di prevenzione; eseguire misure fonometriche nell'ambito di indagini sull'inquinamento acustico collaborando con altre figure professionali; effettuare screening al fine di evidenziare precocemente le patologie del sistema uditivo in collaborazione con altri professionisti; raccogliere scientificamente i dati dello screening; organizzare campagne informative al fine di prevenire e ridurre rischi derivanti da esposizione a rumore in collaborazione con altre figure professionali; attivare programmi di prevenzione (in ambito lavorativo) e formazione dei lavoratori esposti a rumore; RIABILITAZIONE: riabilitare l'apparato uditivo e vestibolare; scegliere la modalità riabilitativa più adeguata; elaborare il piano riabilitativo; applicare procedure, protocolli, Linee Guida e istruzioni operative; effettuare *counseling tecnico* per proporre nuovi device e aggiornare la persona in cura con le più recenti tecnologie per migliorare la sua qualità di vita; motivare la persona assistita e condividere i trattamenti con i familiari e caregiver; proporre l'adozione di ausili protesici e/o impiantistici; eseguire l'attivazione degli ausili impiantistici; valutare l'efficacia/beneficio audiologica dell'ausilio protesico e/o impiantistico; somministrare questionari valutativi (di gradimento); stendere relazioni sui soggetti seguiti; Verificare efficacia della metodologia riabilitativa applicata.

3. QUALI DI QUESTE PRESTAZIONI O INTERVENTI DI CURA POSSONO ESSERE FORNITE ATTRAVERSO LA TELEMEDICINA O L'UTILIZZO DI DISPOSITIVI INDOSSABILI, TECNOLOGIE ASSISTIVE, AUSILI O ALTRE TIPOLOGIE DI DISPOSITIVI

Il Tecnico audiometrista usufruisce della telemedicina, in tempo reale, per erogare una prestazione direttamente nei confronti della persona assistita con telecamera accesa, ma anche i teleconsulti a distanza fra professionisti per consulenze multi-professionali e multidisciplinari.

Nel campo audiologico, nel caso di utenti con impianto cocleare sono eseguibili da remoto: la telemetria intraoperatoria, il fitting (regolazione) da remoto e follow up per utenti adulti e bambini (con la presenza di un adulto) e il *counseling* sulla gestione dell'impianto cocleare.

Nel campo dei disturbi vestibolari, nell'assistenza di persone con problemi dell'equilibrio già noti e che abbiano già intrapreso un percorso riabilitativo, possono essere trattati a distanza attraverso manovre che la persona può praticare autonomamente.

Nel caso di una persona con acufeni si procede somministrando i questionari relativi per monitoraggio del disturbo.

4. SUPPORTI TECNOLOGICI, ASSISTIVI, AUSILI DA UTILIZZARE E PROPORRE ALLA PERSONA ASSISTITA

Il Tecnico audiometrista

1. può proporre alla persona in cura l'utilizzo di personal computer o tablet o smartphone per il collegamento da remoto;
2. può assistere la persona istruendola sull'utilizzo dei dispositivi informatici;
3. raccomanda anche l'implementazione della rete informatica locale nel domicilio della persona assistita o l'utilizzo di Hotspot o Tethering da Smartphone con possibilità di collegarsi a internet.

5. QUALI SONO LE COMPETENZE/ABILITÀ RICHIESTE ALLA PERSONA ASSISTITA E/O AL CARE GIVER PER L'UTILIZZO DEI SUPPORTI TECNOLOGICI AL PUNTO PRECEDENTE

La persona assistita o il caregiver dovrebbe avere competenze informatiche di base

1. sull'utilizzo dei dispositivi informatici;
2. sull'aggiornamento sulle innovazioni tecnologiche di comune utilizzo per il collegamento da remoto;
3. sui collegamenti alle reti internet.

6. COME PUÒ IL PROFESSIONISTA SANITARIO ESSERE DI AIUTO E FACILITARE LA RELAZIONE DI CURA (PERSONA ASSISTITA-CARE GIVER)

Il Tecnico audiometrista ha la possibilità di istruire la persona in cura sulle conoscenze informatiche di base in quando il suo percorso formativo e universitario prevede una preparazione di Informatica di base.

7. QUALI MIGLIORAMENTI PRODUCE L'UTILIZZO DELLE TECNOLOGIE DIGITALI NELLA PROFESSIONE E QUALI LE MAGGIORI DIFFICOLTÀ

Il Tecnico audiometrista si avvale quotidianamente delle più recenti innovazioni tecnologiche nelle strumentazioni elettromedicali e informatiche che utilizza per la misurazione, valutazione ed elaborazione dei dati raccolti della persona assistita.

Senza questi mezzi tecnologici il Tecnico audiometrista non potrebbe operare la sua professione sanitaria. Il tecnico audiometrista fornisce il proprio parere tecnico professionale sulle caratteristiche delle tecnologie, nonché sulla loro efficacia ed efficienza, ispirando le proprie scelte alla reale utilità delle stesse; contribuisce al miglioramento ed al mantenimento delle relazioni con i portatori di interessi (stakeholder), segnalando situazioni anche potenziali di conflitto di interessi.

8. SONO PREVISTI PERCORSI EDUCAZIONALI DI (PATIENT/CAREGIVER) ENGAGEMENT DEL PROFESSIONISTA SANITARIO, AD ESEMPIO ALL'INTERNO DEI CORSI DI STUDI O COME FORMAZIONE ECM, PROPRIO PER FAVORIRE IL CONTATTO CON IL PAZIENTE?

Durante il tirocinio clinico presso i presidi ospedalieri degli studenti iscritti al Corso di Laurea in Tecniche audiometriche, il futuro Tecnico audiometrista entra in contatto con la persona assistita già dal primo anno del percorso di studio eseguendo otoscopie e l'esame audiometrico tonale ed impedenzometria sotto la supervisione del Tutor universitario.

9. ESISTONO DEI DEVICE DI SUPPORTO PER MEGLIO CODIFICARE IL LINGUAGGIO DEI REFERTI? COME SI PUÒ AGEVOLARE IL PAZIENTE / CAREGIVER NELLA COMPrensIONE?

E' compito del Tecnico audiometrista fornire una dettagliata descrizione della valutazione audiometrica eseguita riportando le metodiche utilizzate, il materiale audiometrico somministrato e l'ambiente in cui si è eseguita la misurazione audiometrica. Il Tecnico audiometrista, oltre a fornire una descrizione valutativa, può anche stendere una dettagliata relazione qualitativa per facilitare la comprensione del test somministrato, alla persona assistita o al caregiver.

10. PER SAPERNE DI PIU'

cdanazioanle.tam@tsrm-pstrp.org

<https://www.tsrm-pstrp.org>

<https://www.tsrm-pstrp.org/index.php/tecnico-audiometrista/>

<http://www.infantheating.org/index.html>

<https://adultheating.com/resources/global/>

INNOVAZIONE DIGITALE E PERSONA ASSISTITA - CAREGIVER

Carta di identità del professionista sanitario
TECNICO AUDIOPROTESISTA
 D.M. 14 settembre 1994, n. 668

A cura di Marco Palmieri

Tecnico audioprotesista, componente Comitato scientifico ASSD per FNO TSRM e PSTRP

1. DI COSA SI OCCUPA, QUALI SONO LE COMPETENZE

Il Tecnico audioprotesista è la figura sanitaria che dedica la sua opera alla prevenzione e alla rimediazione dei danni uditivi, nello specifico: l'educazione e prevenzione, disamina, cura e riabilitazione personalizzata dei difetti uditivi tramite le più adeguate e appropriate prestazioni sanitarie e le più idonee tecnologie, atte al miglior recupero possibile del campo dinamico uditivo residuo, dell'inclusività sociale, dell'udibilità, della riduzione del handicap percepito e della qualità di vita della persona ipoacusica.

2. QUALI PRESTAZIONI SANITARIE O INTERVENTI DI CURA PUÒ OFFRIRE ALLA PERSONA ASSISTITA

Sono atti propri della professione del Tecnico audioprotesista: la scelta, l'applicazione ed il controllo degli ausili uditivi che prevengono o suppliscono la disabilità uditiva, nonché l'educazione protesica dell'ipoacusico e di chi gli è prossimo; la verifica, il controllo continuo sull'efficacia dell'applicazione, che prevede la necessaria manutenzione dei dispositivi erogati durante tutto il ciclo di fornitura.

3. QUALI DI QUESTE PRESTAZIONI O INTERVENTI DI CURA POSSONO ESSERE FORNITE ATTRAVERSO LA TELEMEDICINA O L'UTILIZZO DI DISPOSITIVI INDOSSABILI, TECNOLOGIE ASSISTIVE, AUSILI O ALTRE TIPOLOGIE DI DISPOSITIVI

L'assistenza audioprotesica ai soggetti ipoacusici operata dal Tecnico audioprotesista attraverso gli ausili per l'udito (D.M. 668/94 e successivi) può certamente beneficiare delle possibilità offerte dalla telemedicina, con particolare riguardo ad alcune fasi del profilo professionale legate all'inquadramento audioprotesico (indagini iniziali e test audiometrici) ed al fitting degli apparecchi acustici.

4. SUPPORTI TECNOLOGICI, ASSISTIVI, AUSILI DA UTILIZZARE E PROPORRE ALLA PERSONA ASSISTITA

1. Inquadramento audioprotesico da remoto in modalità video

La persona assistita si trova in una località differente dal professionista sanitario e la comunicazione avviene tramite sistemi audio e/o video.

2. Tele-audiologia assistita

La persona assistita si trova in una postazione remota ed è collegato ad apparecchiature calibrate, assistito da personale qualificato – il Tecnico audioprotesista interpreta il test.

3. Test audiometrico remoto «M-health» eseguito dal professionista sanitario

La persona assistita è a casa ed è connesso tramite il suo dispositivo smart o computer. Il professionista esegue il test, mentre comunica con il paziente.

4. Fitting e/o programmazione remota «M-health» degli apparecchi acustici

La persona assistita è a casa, gli apparecchi acustici sono collegati a un dispositivo smart e la comunicazione con il professionista avviene tramite video, audio o messaggi di testo.

5. M-health Self-Test

La persona assistita è a casa e connesso tramite il suo dispositivo smart. Un programma esegue il test, i cui risultati possono essere memorizzati e trasmessi al professionista sanitario.

6. M-health Self-Fitting

La persona assistita è a casa ed il suo apparecchio acustico (o altro ausilio per l'udito) è connesso al suo dispositivo smart. Un programma, anche attraverso un'Intelligenza artificiale, guida il paziente durante il self-fitting o il fine-tuning, e memorizza le impostazioni nel dispositivo.

5. QUALI SONO LE COMPETENZE/ABILITÀ RICHIESTE ALLA PERSONA ASSISTITA E/O AL CARE GIVER PER L'UTILIZZO DEI SUPPORTI TECNOLOGICI AL PUNTO PRECEDENTE

Al fine di assicurare il maggior benefit al soggetto ipoacusico e di mantenere il livello qualitativo delle prestazioni erogate al pari di quelle svolte in presenza, si ritiene necessario che il fitting iniziale sia in ogni caso effettuato da parte di un Tecnico audioprotesista.

Ulteriori regolazioni (fine-tuning) degli apparecchi acustici possono anche essere eseguite in modalità remota esclusivamente per pazienti che presentino i requisiti di candidatura e abbiano dato opportuno consenso.

La persona assistita che deve sempre poter scegliere se usufruire o meno dei servizi audioprotesici in modalità remota, deve essere informata attraverso un linguaggio semplice. La candidatura dell'assistito per i servizi audioprotesici in remoto deve essere valutata caso per caso, poiché tali servizi potrebbero non essere appropriati per tutte le persone o per ogni persona assistita per tutte le fasi eseguibili in questa modalità.

Per la candidatura devono essere necessariamente presi in considerazione, l'età, possibili disabilità visive, mentali o di altro tipo.

E' in ogni caso necessario garantire che i servizi di telemedicina siano inclusivi e accessibili.

6. COME PUÒ IL PROFESSIONISTA SANITARIO ESSERE DI AIUTO E FACILITARE LA RELAZIONE DI CURA (PERSONA ASSISTITA-CARE GIVER)

Alla persona assistita, che deve sempre poter scegliere se usufruire o meno dei servizi audioprotesici in modalità remota, devono essere fornite le necessarie informazioni attraverso un linguaggio il più possibile chiaro e semplice, tenendo conto del fatto che l'età media di coloro che si rivolgono ai Tecnici audioprotesisti è piuttosto avanzata.

Va ribadito che, l'intelligenza umana, le competenze, il valore aggiunto professionale del Tecnico audioprotesista, sono infungibili.

7. QUALI MIGLIORAMENTI PRODUCE L'UTILIZZO DELLE TECNOLOGIE DIGITALI NELLA PROFESSIONE E QUALI LE MAGGIORI DIFFICOLTÀ?

Miglioramenti:

- possibilità di prendere in carico la persona in condizioni di concomitanti disabilità (ad es. motorie);
- evitare lo spostamento di strumentazione e macchinari.

Difficoltà:

- taratura dei mezzi di riproduzione del suono;
- necessità di profilare correttamente la persona assistita;
- assicurare la stessa qualità del servizio erogato in presenza.

8. SONO PREVISTI PERCORSI EDUCAZIONALI DI (PATIENT/CAREGIVER) ENGAGEMENT DEL PROFESSIONISTA SANITARIO, AD ESEMPIO ALL'INTERNO DEI CORSI DI STUDI O COME FORMAZIONE ECM, PROPRIO PER FAVORIRE IL CONTATTO CON IL PAZIENTE?

All'interno dei Corsi di Laurea in Tecniche audioprotesiche sono previsti corsi che affrontano il rapporto persona assistita/professionista sanitario ed in passato alcuni corsi ECM dedicati ai Tecnici audioprotesisti hanno affrontato l'argomento, non ancora nello specifico sulla telemedicina in ambito audiologico.

9. ESISTONO DEI DEVICE DI SUPPORTO PER MEGLIO CODIFICARE IL LINGUAGGIO DEI REFERTI? COME SI PUÒ AGEVOLARE IL PAZIENTE / CAREGIVER NELLA COMPrensIONE?

Non si parla propriamente di "referti" nella nostra professione; è compito del Tecnico audioprotesista spiegare con un linguaggio chiaro e semplice, ad esempio, i risultati dei test audiometrici a fine protesico e addestrare il paziente all'utilizzo dell'apparecchio acustico.

10. PER SAPERNE DI PIU'

cdanazionale.tap@tsrm-pstrp.org

<https://www.tsrm-pstrp.org>

<https://www.tsrm-pstrp.org/index.php/tecnico-audioprotesista/>

INNOVAZIONE DIGITALE E PERSONA ASSISTITA - CAREGIVER

Carta di identità del professionista sanitario
**TECNICO di FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA
 e PERFUSIONE CARDIOVASCOLARE**
 D.M. 27 luglio 1998, n. 316



A cura di Maria Erminia Macera Mascitelli

Tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, componente Comitato scientifico ASSD per TSRM e PSTRP

1. DI COSA SI OCCUPA, QUALI SONO LE COMPETENZE

Il Tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare (di seguito TFCCPC) è l'operatore sanitario responsabile dei processi diagnostici e terapeutici a lui affidati, monitorizzando i parametri vitali, attraverso l'applicazione di tecnologie e tecniche specifiche concernenti la diagnosi e la cura delle patologie cardiovascolari. Il Tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare affronta e gestisce situazioni cliniche che pongono la persona in condizioni critiche, impiegando le proprie conoscenze per garantirne la sopravvivenza, stabilizzandone le funzioni vitali con tecnologie appropriate. Svolge attività di didattica e di ricerca.

2. QUALI PRESTAZIONI SANITARIE O INTERVENTI DI CURA PUÒ OFFRIRE ALLA PERSONA ASSISTITA

Esegue autonomamente la prescrizione diagnostica e terapeutica a lui affidata, monitorizzando i parametri vitali, valutando i segni e i sintomi così da formularne una corretta interpretazione.

- esegue in autonomia ECG basale, dinamico (sec Holter) e da sforzo;
- effettua i test per la valutazione della funzione lita cardiorespiratoria (Spirometria);
- gestisce l'esecuzione tecnica dell'esame ecocardiografico completo di valutazione quantitative ed ecoflussimetriche del sistema cardiaco e/o vascolare;
- gestisce le apparecchiature per lo studio elettrofisiologico endocavitario ed endoesofageo e i sistemi di mappaggio elettroanatomico;
- esegue il controllo strumentale della persona portatrice di PM e ICD, anche attraverso il supporto della telemedicina;
- gestisce autonomamente le metodiche di circolazione extracorporea garantendo la protezione d'organo attraverso l'ossigenazione e la perfusione sistemica;
- valuta le ossimetrie e emogas analisi durante i cateterismi;
- misura le portate cardiaca, delle pressioni endocavitarie;
- gestisce Ivus (intravascular ultrasound) per la tecnica sonografica endoluminare;
- gestisce le apparecchiature laser per disostruzioni stenosi coronariche e periferiche;
- applica le tecniche di dialisi extracorporea;
- gestisce i sistemi di supporto circolatorio e cardiopolmonare, quali LA.B.P., E.C.M.O., V.A.D., cuore artificiale, emofiltrazione, ultrafiltrazione ed emodialisi;
- utilizza le metodiche extracorporee normotermiche e ipertermiche per terapia antitumorale, pelvica, peritoneale, toraciche, arti e fegato;

- trasporto per le assistenza circolatorie/respiratorie (parte integrante dell'ECMO-extracorporeal membrane oxygenation- TEAM).

3. QUALI DI QUESTE PRESTAZIONI O INTERVENTI DI CURA POSSONO ESSERE FORNITE ATTRAVERSO LA TELEMEDICINA O L'UTILIZZO DI DISPOSITIVI INDOSSABILI, TECNOLOGIE ASSISTIVE, AUSILI O ALTRE TIPOLOGIE DI DISPOSITIVI

Esegue il controllo strumentale del paziente portatore PM (pacemaker), ICD (defibrillatore cardiaco impiantabile) e LOOP RECORDER (dispositivo per la registrazione in continuo del ritmo cardiaco), anche attraverso il supporto della in telemedicina/telecardiologia.

4. SUPPORTI TECNOLOGICI, ASSISTIVI, AUSILI DA UTILIZZARE E PROPORRE ALLA PERSONA ASSISTITA

PM, ICD e LOOP RECORDER

5. QUALI SONO LE COMPETENZE/ABILITÀ RICHIESTE ALLA PERSONA ASSISTITA E/O AL CARE GIVER PER L'UTILIZZO DEI SUPPORTI TECNOLOGICI AL PUNTO PRECEDENTE

La Telemedicina consente di realizzare modelli di assistenza e cura innovativi, grazie ai quali è possibile interagire con i pazienti più fragili direttamente presso il proprio domicilio e per mezzo dei quali la persona assistita e le famiglie possono avere un ruolo sempre più attivo nel mantenimento/ miglioramento della propria condizione di salute e di benessere.

6. COME PUÒ IL PROFESSIONISTA SANITARIO ESSERE DI AIUTO E FACILITARE LA RELAZIONE DI CURA (PERSONA ASSISTITA-CARE GIVER)

La figura del caregiver, professionale o familiare, assume un ruolo fondamentale, nel percorso di cura e sostegno, in quanto pilastro sia per la famiglia sia per la persona assistita, in definitiva per la società stessa. Su tale reciprocità si basa la relazione affettiva. Come operatori sanitari della salute abbiamo il ruolo di prenderci cura di tale ricchezza. Il professionista sanitario, ha tra le sue peculiarità il coordinamento degli interventi già attivi, come l'assistenza domiciliare, il supporto ai caregiver, la valutazione dell'aderenza della persona assistita alle terapie (fenomeno, quest'ultimo, anche se non controllato incide pesantemente sugli esiti di salute), la rilevazione dei bisogni dal punto di vista socio-sanitario, favorendo la presa in carico della persona e della famiglia, in ottica comunitaria. La loro attenzione si indirizza ai caregiver, perché hanno un approccio globale e lavorano in sinergia con i diversi professionisti sanitari del territorio.

Spetta a loro organizzare gli accessi di eventuali altri servizi e collegarli tra loro.

Per caregiver professionale (cargiver formale) si intende personale specializzato e abilitato, che presta le cure es. infermiere, assistente domiciliare, operatori socio-sanitari, assistenti familiari, professioni sanitarie (dietista, fisioterapista, tecnico sanitario di radiologia medica, tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, ecc...). In questo contesto, p.e. il TFCPC in telecardiologia può effettuare esami elettrocardiografici standard e controlli di dispositivi impiantabili presso il domicilio della persona assistita e di sottoporli in tempo reale alle Centrali di telefertazione inserite nel proprio network, divenendo così il mezzo diagnostico ottimale per il controllo in remoto dei pacemakers e defibrillatori. Pertanto necessario promuovere un'integrazione ospedale – territorio, nonché pubblico – privato, per ottimizzare il supporto alle famiglie e fornire un'assistenza continuativa; fornire una

adeguata formazione al personale sanitario e di assistenza che opera all'interno della rete territoriale; diffondere la pratica della valutazione degli interventi, per individuare e replicare ciò che funziona, ridisegnare la politiche locali di intervento rendendo la rete dei servizi socio sanitaria integrata (es. il modello assistenziale a rete che promuove la domiciliarità); promuovere l'empowerment dei caregivers tramite l'educazione sanitaria; qualificare il loro lavoro di cura a domicilio rafforzando le competenze e sostenerli nel lavoro di cura; migliorare la qualità di vita degli anziani e caregivers familiari : anche il TFCPC, con le sue competenze può fornire il suo contributo.

“Come sfruttare la rivoluzione digitale senza farsi male. Trasformazione digitale non è mettere un po' di informatica nella nostra organizzazione, è ripensare modelli organizzativi, processi, ruoli, gestione dei dati e delle informazioni. Insomma ripensare noi stessi”.

7. QUALI MIGLIORAMENTI PRODUCE L'UTILIZZO DELLE TECNOLOGIE DIGITALI NELLA PROFESSIONE E QUALI LE MAGGIORI DIFFICOLTÀ

La digitalizzazione della sanità è ormai il presente e si rende necessario aggiornare le conoscenze e le competenze dei Professionisti Sanitari promuovendo la formazione in ambito e-Health e coinvolgendo sempre più professionisti in questo percorso di aggiornamento che offre ogni giorno nuove possibilità come:

- i sistemi di refertazione vocale e i software di trascrizione, che aiutano i Professionisti Sanitari a migliorare il dialogo con la persona assistita, se il software è dotato di un traduttore, è più semplice comprendere se parlano altre lingue, senza che sia necessaria la presenza di un interprete;
- la Cartella Clinica Elettronica e software per l'amministrazione dei pazienti, che li aiutano a raccogliere e archiviare tutte le informazioni sulla persona assistita, dalla diagnosi alla terapia, dai trattamenti prescritti alle medicine assunte nel tempo, e a tenere sotto controllo appuntamenti, liste d'attesa e adempimenti burocratici;
- “patient monitoring systems”, i sistemi di monitoraggio dei parametri vitali attraverso sensori: sono dispositivi collegati alla persona assistita che misurano temperatura, frequenza respiratoria, pressione sanguigna e altri parametri, e li inviano ad un computer, che li elabora in tempo reale per verificare che non vi siano problemi;
- telecardiologia (tutte le pratiche che riguardano la cardiologia che vengono svolte in una o più parti in remoto).

8. SONO PREVISTI CORSI EDUCAZIONALI DI (PATIENT/CAREGIVER) ENGAGEMENT DEL PROFESSIONISTA SANITARIO, AD ESEMPIO ALL'INTERNO DEI CORSI DI STUDI O COME FORMAZIONE ECM, PROPRIO PER FAVORIRE IL CONTATTO CON IL PAZIENTE?

Nell'ordinamento didattico e nell'offerta formativa del Corso di Laurea del TFCPC classe L/SNT3 sono previsti dei percorsi educazionali che prevedono una formazione utile ad assicurare ai pazienti ed ai caregiver le informazioni di sua competenza rilevanti e aggiornate sul loro stato di salute. La FORMAZIONE svolge un ruolo fondamentale nell'ambito digitale, tra l'altro inserita oggi tra gli obiettivi formativi all'interno del sistema ECM, perché si rende necessario migliorare le proprie conoscenze ICT (Information and Communications Technology).

La Formazione Digitale affiancata alle altre competenze tecnico-professionali rappresenta un importante salto di qualità da parte del mondo sanitario nel panorama del processo di abilitazione e competenza professionale. La Sanità Digitale può

consentire di incrementare il livello di appropriatezza delle risposte fornite ai bisogni di salute dei cittadini attraverso la realizzazione di servizi sanitari nel quale il punto centrale è il territorio e, ove possibile, direttamente il domicilio della persona assistita e dove il TFCPC e le Professioni Sanitarie possono svolgere un ruolo determinate.

9. ESISTONO DEI DEVICE DI SUPPORTO PER MEGLIO CODIFICARE IL LINGUAGGIO DEI REFERTI? COME SI PUÒ AGEVOLARE IL PAZIENTE / CAREGIVER NELLA COMPrensIONE?

Le funzioni per il monitoraggio comprendono strumenti per arruolare un paziente oppure un caregiver all'uso della app all'interno del percorso (prescrizione dell'app), di educazione della persona assistita, di tenuta del diario clinico, di supporto all'aderenza terapeutica (con alert e allarmi) e di definizione di obiettivi terapeutici.

10. PER SAPERNE DI PIU'

cdanazionali.tfcpc@tsrm-pstrp.org

<https://www.tsrm-pstrp.org>

<https://www.tsrm-pstrp.org/index.php/tecnico-della-fisiopatologia-cardiocircolatoria-e-perfusione-cardiovascolare/>

INNOVAZIONE DIGITALE E PERSONA ASSISTITA - CAREGIVER



Carta di identità del professionista sanitario
TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA
D.M. 15 marzo 1995, n. 183

A cura di Marta Giacobbi

Tecnico di neurofisiopatologia, componente Comitato scientifico di ASSD per FNO TSRM e PSTRP

1. DI COSA SI OCCUPA, QUALI SONO LE COMPETENZE

Il Tecnico di neurofisiopatologia (di seguito TNFP) svolge la propria attività nell'ambito della diagnosi e della ricerca clinica delle patologie del sistema nervoso, applicando direttamente, su prescrizione medica, le metodiche di neurofisiologia clinica in campo neurologico, neurochirurgico, neuroriabilitativo e rianimatorio, sia dell'adulto che dell'infanzia. Il TNFP lavora presso Aziende ospedaliere e Aziende ospedaliero-universitarie, Istituti di ricerca, Centri di Neuroriabilitazione, Centri specializzati in Medicina del sonno, mentre nel settore privato può lavorare in: Case di cura, Ospedali, Studi/Cliniche sia private che convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, Imprese industriali - commerciali specializzate in apparecchiature e accessori elettromedicali dell'ambito neurofisiologico e neurochirurgico.

Il TNFP ha dirette responsabilità nell'applicazione e nel risultato finale della metodica diagnostica utilizzata. Provvede alla predisposizione e controllo della strumentazione delle apparecchiature che ha in dotazione e gestisce il lavoro di raccolta e di ottimizzazione delle varie metodiche diagnostiche sulle quali, su richiesta, deve redigere un rapporto descrittivo sotto l'aspetto tecnico.

2. QUALI PRESTAZIONI SANITARIE O INTERVENTI DI CURA PUÒ OFFRIRE ALLA PERSONA ASSISTITA

Il TNFP applica ed eroga le metodiche idonee alla registrazione dei fenomeni biofisici, in particolare bioelettrici, con diretto intervento sul paziente e sulle apparecchiature ai fini della realizzazione di un programma di lavoro diagnostico-strumentale o di ricerca neurofisiologica predisposto in stretta collaborazione con il medico specialista. Le competenze possedute dal Tecnico di neurofisiopatologia riguardano le tecniche correlate all'elettroencefalografia (EEG), alla elettroencefalografia (ENG/EMG), alla polisonnografia (PSG), ai potenziali evocati (PE, Visivi, Acustici, Somatosensoriali, Motori), alle indagini ultrasonografiche (Doppler dei tronchi sovraortici, TSA, Doppler Transcranico, TCD) alle tecniche di esplorazione del Sistema nervoso autonomo e al monitoraggio neurofisiologico intraoperatorio, preferibilmente in corso di Neurochirurgia e Chirurgia vertebrale.

3. QUALI DI QUESTE PRESTAZIONI O INTERVENTI DI CURA POSSONO ESSERE FORNITE ATTRAVERSO LA TELEMEDICINA O L'UTILIZZO DI DISPOSITIVI INDOSSABILI, TECNOLOGIE ASSISTIVE, AUSILI O ALTRE TIPOLOGIE DI DISPOSITIVI

La moderna neurofisiologia clinica utilizza sistemi computerizzati per la registrazione, l'elaborazione e la valutazione dei segnali bioelettrici corticali, midollari, nervosi

periferici e muscolari. Dunque, l'evoluzione verso servizi erogati in telemedicina avviene in modo facilitato dal fatto che i computer possono essere collegati tra loro e con altri dispositivi digitali per mezzo di reti di connessione, sia locali (tipico esempio è la Local Area Network, LAN) sia a livello globale tramite Internet. Ciò consente non solo la trasmissione dei dati bioelettrici raccolti a distanza, ma anche l'interazione dello specialista con i dispositivi digitali e il loro controllo da postazione remota. Pertanto in neurofisiologia clinica è possibile rendere fruibile in telemedicina il consulto tra medici (teleconsulto), il consulto tra professionisti differenti per ruolo (teleconsulenza), il controllo dell'andamento clinico (telecontrollo), il monitoraggio dei parametri vitali e clinici dei pazienti più gravi (telemonitoraggio) e la refertazione degli esami (telerefertazione), mantenendo il pieno valore della prestazione specialistica erogata. Il modello organizzativo del servizio di teleneurofisiologia prevede che il Tecnico di neurofisiopatologia clinica (TNFP) conduca l'esame neurofisiologico in un centro erogatore, attrezzato adeguatamente a tale scopo secondo le normative vigenti oppure al domicilio del paziente, e possa trasmettere i segnali bioelettrici acquisiti agli specialisti medici in neurofisiologia clinica. Tali dati potranno essere utilizzati per espletare il consulto medico, il controllo oppure il monitoraggio dei pazienti e la refertazione degli esami stessi, anche a distanza dalla postazione di registrazione, lavorando esternamente alla struttura ospedaliera o sanitaria dove si trova il paziente, garantendo la possibilità di copertura del servizio H24 anche da remoto in reperibilità o in altre forme di lavoro a distanza. La visione dei dati bioelettrici del paziente e il conseguente invio della refertazione specialistica possono essere svolti su dispositivi digitali connessi a distanza e il tempo di lavoro effettivo è facilmente documentabile in modo oggettivo e preciso con i sistemi di rilevamento automatici dell'attività online.

L'attuale tecnologia permette lo svolgimento delle prestazioni di teleneurofisiologia con sicurezza più che sufficiente per programmare e gestire il lavoro a distanza dei sanitari specialisti con documentata esperienza in neurofisiologia clinica. Utilizzando una rete sicura, i dati neurofisiologici registrati presso il paziente dal TNFP possono essere gestiti da un server dedicato a tale scopo e tramite una piattaforma web il neurofisiologo consulente, precedentemente autorizzato, può accedere da remoto per le attività che gli competono, per la refertazione e per archiviare correttamente il materiale di esame. Il neurofisiologo analizza a distanza i dati registrati, può collegarsi in videochiamata all'occorrenza e può trasmettere il risultato dell'esame a clinico di riferimento che ha in carico il paziente, tramite il telereferto nativo digitale.

Le tecniche diagnostiche neurofisiologiche più comunemente utilizzate sono:

- elettroencefalografia (EEG);
- video-elettroencefalografia (vEEG);
- potenziali evocati motori (Motor Evoked Potentials, MEP);
- potenziali evocati somatosensitivi (Somatosensory Evoked Potentials, SEP);
- potenziali evocati acustici (Brainstem Auditory Evoked Potentials, BAEP);
- elettromiografia (EMG);
- elettroencefalografia (ENG);
- potenziali evocati visivi (Visually Evoked Potentials, VEP);
- elettroretinogramma (ERG);
- potenziali cognitivi (CNV, Contingent Negative Variation; P300; MMN, Mismatch Negativity);
- neurofisiologia intraoperatoria e dell'area critica.

Gli esami neurofisiologici ben si prestano al teleconsulto, dal momento che i segnali biologici registrati vengono convertiti in segnali digitali e memorizzati in computer il cui collegamento in rete consente la visualizzazione da remoto dei tracciati.

4. SUPPORTI TECNOLOGICI, ASSISTIVI, AUSILI DA UTILIZZARE E PROPORRE ALLA PERSONA ASSISTITA

Le prestazioni di neurofisiologia elencate vengono eseguite mediante l'utilizzo di interfacce modulari (testine) connesse in modalità wireless a software dedicati installati su PC o tablet. La persona assistita invece sarà connessa alla testina mediante diversi elettrodi di registrazione, applicati dal TNFP, a seconda delle specifiche esigenze clinico/assistenziali.

5. QUALI SONO LE COMPETENZE/ABILITÀ RICHIESTE ALLA PERSONA ASSISTITA E/O AL CARE GIVER PER L'UTILIZZO DEI SUPPORTI TECNOLOGICI AL PUNTO PRECEDENTE

La gestione dei supporti di registrazione è molto semplice, potendo essere programmata per l'esecuzione automatica anche in assenza del TNFP. Pertanto la persona assistita, così come il caregiver, non dovrà possedere specifiche competenze, ma semplicemente dovrà tutelare le testine da urti e eventi accidentali che potrebbero danneggiare i supporti hardware e gli elettrodi.

6. COME PUÒ IL PROFESSIONISTA SANITARIO ESSERE DI AIUTO E FACILITARE LA RELAZIONE DI CURA (PERSONA ASSISTITA-CARE GIVER)

Il Tecnico di neurofisiopatologia fornirà all'assistito e al suo caregiver tutte le informazioni relative all'utilizzo dei supporti, e chiederà la compilazione di un diario nel quale verranno annotate particolari situazioni, fenomeni clinici o altre informazioni di interesse clinico per il paziente. Sarà inoltre disponibile a raccogliere suggerimenti ed informazioni per rendere maggiormente confortevoli le condizioni di registrazione delle indagini neurofisiologiche, in qualsiasi contesto si trovi ad operare, ovvero: ricovero in lungodegenza o riabilitazione; continuità domiciliare della cura (casa, RSA, hospice, ecc.); ADI (intesa come caso particolare di continuità domiciliare); dimissione protetta (altro caso particolare a domicilio); attività ambulatoriale specialistica ospedaliera; terapia intensiva e sub-intensiva.

7. QUALI MIGLIORAMENTI PRODUCE L'UTILIZZO DELLE TECNOLOGIE DIGITALI NELLA PROFESSIONE E QUALI LE MAGGIORI DIFFICOLTÀ?

Il progresso tecnologico sotteso alle apparecchiature biomedicali di cui il Tecnico di neurofisiopatologia si avvale per lo svolgimento della propria professione, ha potenziato enormemente l'accuratezza e la completezza della raccolta dei dati biofisici elettrofisiologici. In particolare la possibilità di poter partecipare alle procedure di telemonitoraggio e telecontrollo. La letteratura specifica da molti anni produce studi sull'utilizzo del telemonitoraggio per controllare in modo continuo le condizioni cliniche di pazienti cronici, quando necessario. Con le più moderne tecnologie (sensori, piattaforme online, dispositivi digitali) ciò può essere fatto al domicilio del paziente oppure in strutture dedicate nel territorio. Insieme ai parametri vitali e/o clinici standard, quali ad esempio l'ossimetria, l'elettrocardiogramma (ECG) o la spirometria, possono essere valutati anche parametri neurofisiologici come l'elettroencefalogramma e il grado di spasticità.

Il telemonitoraggio domiciliare necessita di un'organizzazione particolarmente attenta non solo per l'ottimale funzionalità della strumentazione elettronica (competenza

specifica del TNFP), ma anche e soprattutto per garantire la migliore risposta sanitaria in base alle variazioni dei dati raccolti dal paziente. La differenza tra il telemonitoraggio e il telecontrollo è massima nella gestione delle attività sanitarie e nelle responsabilità professionali a domicilio. Il punto fondamentale di tale differenza consiste nel tipo di attività da condurre:

- il telecontrollo si caratterizza da verifiche sequenziate, predeterminate in base al caso, di dati clinici raccolti con dispositivi variabili oppure anche manualmente e collezionati in semplici database, non necessariamente in tempo reale;
- il telemonitoraggio prevede il rilevamento automatico continuo o sub-continuo di parametri clinici per mezzo di sensori specifici gestiti in tempo reale da piattaforme online, con data base anche complessi, in modo da garantire risposte assistenziali e terapeutiche pressoché immediate secondo le variazioni rilevate.

8. SONO PREVISTI PERCORSI EDUCAZIONALI DI (PATIENT/CAREGIVER) ENGAGEMENT DEL PROFESSIONISTA SANITARIO, AD ESEMPIO ALL'INTERNO DEI CORSI DI STUDIO O COME FORMAZIONE ECM, PROPRIO PER FAVORIRE IL CONTATTO CON IL PAZIENTE?

Tra i fondamentali doveri del TNFP, il rispetto della dignità umana ed un livello di servizio e di rapporto con il cittadino non discriminato da qualsivoglia preconcetto ideologico è ben definito dal Codice Deontologico del TNFP, in cui si riconosce il diritto del cittadino ad un ruolo non passivo nell'ambito della tutela della propria salute, implicitamente affermando la inderogabilità delle attività di informazione e di acquisizione del consenso alla prestazione sanitaria da parte del TNFP. Inoltre, richiama il professionista sanitario all'obbligo di non rilevare il segreto professionale e di custodire in maniera adeguata qualsivoglia documentazione relativa al paziente, facendo sì che a ciò si conformino anche eventuali altri collaboratori. Tali competenze sono pertanto parte integrante della formazione universitaria del TNFP, e come tutte le altre competenze professionali, va sottoposta a costante manutenzione e aggiornamento, mediante corsi di comunicazione a paziente e familiari in area medica.

9. ESISTONO DEI DEVICE DI SUPPORTO PER MEGLIO CODIFICARE IL LINGUAGGIO DEI REFERTI? COME SI PUÒ AGEVOLARE IL PAZIENTE / CAREGIVER NELLA COMPrensione?

Il linguaggio dei referti conseguenti alle prestazioni neurofisiologiche è in parte di tipo descrittivo (come accade per la descrizione dei ritmi cerebrali e delle specifiche figure rilevate nell'elettroencefalogramma) ed in parte diagnostico (a cura del medico specialista neurofisiologo). Non esistono specifici device di decodificazione, ma il dato neurofisiologico, ovvero l'esame eseguito dal paziente, è parte integrante di un percorso diagnostico, è nell'ambito del consulto medico, anche multidisciplinare, che viene reso fruibile al paziente/caregiver nell'ambito della comunicazione diagnostica.

10. PER SAPERNE DI PIU'

cdanazionale.tnfp@tsrm-pstrp.org
<https://www.tsrm-pstrp.org/>
<https://www.tsrm-pstrp.org/index.php/tecnico-di-neurofisiopatologia/>
<https://aitn.it/>
<https://www.atlantedelleprofessioni.it/professioni/tecnico-di-neurofisiopatologia-technica-di-neurofisiopatologia>

INNOVAZIONE DIGITALE E PERSONA ASSISTITA - CAREGIVER



Carta di identità del professionista sanitario
TECNICO ORTOPEDICO
 D.M. 14 settembre 1994, n. 665

A cura di Corrado Bordieri

Tecnico ortopedico, componente Comitato scientifico ASSD per FNO TSRM e PSTRP

1. DI COSA SI OCCUPA, QUALI SONO LE COMPETENZE

L'ortopedia tecnica è una scienza che esprime il suo focus nei trattamenti conservativi delle alterazioni dell'apparato muscolo scheletrico. È una disciplina che fonda nella fisiologia, nella anatomia, nella biomeccanica, nelle posture, nella cosmesi, nel recupero delle funzioni anti gravitarie, motorie e dell'autonomia della persona, la propria identità scientifica e sociale.

2. QUALI PRESTAZIONI SANITARIE O INTERVENTI DI CURA PUÒ OFFRIRE ALLA PERSONA ASSISTITA

La tecnologia, l'elettronica, la bioingegneria, l'informatica e l'automatica hanno rivoluzionato e rivoluzionano costantemente sia il panorama dei prodotti offerti sia dei processi produttivi. La presa in carico della persona assistita, la realizzazione, l'applicazione, l'adattamento, l'educazione all'uso di protesi, ortesi ed ausili, la fornitura e l'assistenza post market, sono le prestazioni sanitarie che il Tecnico ortopedico esprime nell'adempimento delle proprie funzioni. Attività che sono erogate secondo cinque direttrici principali e interconnesse:

1. fornitura dei dispositivi di cui ai Lea (Livelli Essenziali di Assistenza, ossia le prestazioni e i servizi che lo Stato è tenuto a fornire agli aventi diritto e in area di prevenzione e terapia dei minori), in regime di Accreditamento con il SSN, previa presa in carico dell'assistito e progettazione, produzione e/o personalizzazione, applicazione di dispositivi medici prodotti in serie o realizzati su misura;
2. fornitura di dispositivi medici agli aventi bisogno in regime privato, previa presa in carico della persona assistita e progettazione, produzione e/o personalizzazione, applicazione di dispositivi medici prodotti in serie o realizzati su misura;
3. assistenza, monitoraggio, attenzione al customer care post market dei dispositivi messi in commercio;
4. consulenza professionale presso ambulatori, centri di alta specializzazione per fattibilità di presidi di elevata complessità e personalizzazione;
5. ricerca, sviluppo, innovazione e testazione clinica dei dispositivi medici di competenza.

Infine, il Tecnico ortopedico addestra la persona assistita all'uso delle protesi, delle ortesi e degli ausili applicati. Opera in autonomia tutti gli interventi, di assistenza e riparazione dei dispositivi medici prodotti e/o adattati al fine di garantirne la massima efficacia e sicurezza d'uso. Propone la necessità del rinnovo quando non più efficienti, usurati o a termine del ciclo di vita. Partecipa in equipe multi professionale alla redazione del piano terapeutico/riabilitativo e all'individuazione dei dispositivi medici e dei relativi requisiti tecnici utili al raggiungimento del fine prefissato.

3. QUALI DI QUESTE PRESTAZIONI O INTERVENTI DI CURA POSSONO ESSERE FORNITE ATTRAVERSO LA TELEMEDICINA O L'UTILIZZO DI DISPOSITIVI INDOSSABILI, TECNOLOGIE ASSISTIVE, AUSILI O ALTRE TIPOLOGIE DI DISPOSITIVI

La telemedicina potrebbe offrire diverse possibilità e benefici nel settore orto-protetico, quali ad esempio:

- consulenza professionale a distanza: attraverso piattaforme online i Cittadini possono consultare i Tecnici ortopedici, anche in team con i medici specialisti;
- collaudo a distanza: persone assistite in videoconferenza con il medico prescrittore ed il Tecnico ortopedico, dopo la consegna del dispositivo ortoprotesico e/o dell'ausilio, possono procedere alla verifica/collaudo di funzionalità e concordare eventuali modifiche;
- monitoraggio post-operatorio: dopo un intervento chirurgico al sistema muscolo-scheletrico e la fornitura di una protesi, la persona assistita può essere seguita a distanza attraverso l'invio di dati come foto, video o risposte a questionari specifici;
- teleassistenza. Educazione e formazione a distanza sull'utilizzo corretto dei dispositivi o su esercizi di riabilitazione da eseguire a casa sia quando questi sono da eseguire con il dispositivo indossato che senza;
- attraverso sistemi ortoprotesici smart e piattaforme online in cloud dedicate, è possibile raccogliere dati relativi al tempo di utilizzo di un determinato dispositivo medico, e verificare l'aderenza al trattamento;
- le persone assistite, attraverso piattaforme, possono verificare la continuità di efficacia di un dispositivo ortoprotesico e recarsi presso le officine di riferimento solo in caso di necessità.

4. SUPPORTI TECNOLOGICI, ASSISTIVI, AUSILI DA UTILIZZARE E PROPORRE ALLA PERSONA ASSISTITA

L'utilizzo e la proposta di supporti tecnologici, assistivi e ausili da parte del Tecnico ortopedico sono valutati caso per caso, in relazione alle specifiche esigenze della persona assistita e degli obiettivi preventivi, terapeutici o riabilitativi occorrenti, ciò nel rispetto delle migliori pratiche cliniche del settore orto-protetico. Alcuni esempi di questi presidi includono:

- protesi tecnologicamente avanzate. Sono sistemi protesici bionici che utilizzano tecnologie come sensori di movimento, motori elettrici a controllo computerizzato, interfacce sensorizzate uomo-macchina, sistemi di comando basati sull'intelligenza artificiale per migliorare la funzionalità e l'adattabilità delle protesi agli utenti;
- esoscheletri indossabili per specifici distretti corporei o "total body" con l'obiettivo di assistere e/o vicariare una o più funzioni lese. Si tratta di sistemi che richiedono diversi livelli di integrazione e interfacciamento fra l'uomo e la macchina in virtù di quelle che sono le abilità residue dell'individuo;
- la tecnologia CAD (computer aided design) e lavorazione CAM (computer aided manufacturing) per la fresatura computerizzata da solido o stampa 3D, sono utilizzate per creare protesi e ortesi di alta personalizzazione favorendo una maggiore precisione e adattabilità alle esigenze specifiche della persona assistita. Si tratta di sistemi che consentono anche la realizzazione a distanza sulla base di una progettazione realizzata da remoto;
- reverse engineering, sistemi di scansione e modellazione 3D per acquisire le misure le forme del corpo della persona assistita. I sistemi di modellazione tridimensionale

- permettono una "quantificazione" delle modifiche e il mantenimento di un archivio virtuale delle forme e dei progetti di produzione digitale;
- esistono diverse applicazioni mobili progettate per fornire supporto e assistenza alle persone con disabilità fisiche;
- sistemi di controllo elettronico per le articolazioni protesiche, che consentono ai di controllare il movimento delle protesi utilizzando segnali muscolari o altre modalità di controllo personalizzate, anche attraverso sistemi basati sull'intelligenza artificiale che apprendono le abitudini della persona assistita;
- ausili per la mobilità, sedie a rotelle elettriche, propulsori per migliorare l'indipendenza. Gli ausili per la mobilità possono essere gestiti da sistemi di controllo tanto più sofisticati quanto minori sono le abilità residue del paziente, come puntatori oculari o visori ottici;
- dispositivi domotici di controllo ambientale.

Può inoltre fornire, dopo esito di valutazione multidisciplinare: sistemi di comunicazione aumentativa e alternativa (CAA) per le persone con difficoltà di comunicazione verbale; tecnologie di realtà virtuale e aumentata per scopi di riabilitazione, fornendo un ambiente virtuale interattivo per migliorare la funzionalità motoria e la riabilitazione cognitiva.

5. QUALI SONO LE COMPETENZE/ABILITÀ RICHIESTE ALLA PERSONA ASSISTITA E/O AL CARE GIVER PER L'UTILIZZO DEI SUPPORTI TECNOLOGICI AL PUNTO PRECEDENTE

È importante considerare che le competenze e le abilità necessarie possono variare a seconda del tipo di supporto tecnologico utilizzato e delle esigenze specifiche della persona assistita. L'apprendimento e l'utilizzo dei supporti tecnologici possono richiedere tempo e pazienza per superare eventuali ostacoli o difficoltà che potrebbero sorgere lungo il percorso.

- La persona assistita dovrebbe avere le abilità cognitive ed essere disposto, insieme al caregiver, ad apprendere l'utilizzo dei supporti tecnologici e ad acquisire familiarità con le loro funzionalità. Ciò potrebbe richiedere la capacità di seguire istruzioni, leggere manuali o ascoltare e vedere tutorial.
- È auspicabile che la persona assistita e/o il caregiver abbiano competenze digitali di base, come l'uso di computer, tablet o smartphone, la navigazione su Internet. Queste competenze possono facilitare l'interazione con i supporti tecnologici e migliorare l'autonomia nell'utilizzo.
- In alcuni casi, potrebbero verificarsi problemi tecnici o difficoltà nell'utilizzo dei supporti tecnologici. La persona assistita e/o il caregiver dovrebbero essere in grado di identificare i problemi, trovare soluzioni alternative o richiedere assistenza tecnica quando necessario.
- A seconda dei supporti tecnologici utilizzati, potrebbe essere richiesto un certo livello di abilità motoria o sensoriale. La persona assistita e il caregiver dovrebbero essere in grado di utilizzare gli strumenti di input o di interazione con i supporti tecnologici, come tastiere, schermi touch o comandi vocali.
- La persona assistita e il caregiver dovrebbero essere consapevoli delle precauzioni di sicurezza necessarie nell'utilizzo dei supporti tecnologici, come la corretta manutenzione, la gestione delle batterie o l'adozione di misure per prevenire cadute o incidenti.

6. COME PUÒ IL PROFESSIONISTA SANITARIO ESSERE DI AIUTO E FACILITARE LA RELAZIONE DI CURA (PERSONA ASSISTITA-CARE GIVER)

Facilitando una relazione di cura aperta, collaborativa, basata sulla fiducia, il Tecnico ortopedico contribuisce a migliorare l'esperienza della persona assistita e del caregiver nel percorso di utilizzo dei supporti tecnologici. Può fornire informazioni chiare e comprensibili sulla situazione della persona assistita, sulle opzioni di trattamento disponibili, sugli strumenti tecnologici proposti e sui limiti di utilizzo. Orienta la scelta della soluzione più adatta alle esigenze specifiche della persona. Fornisce supporto: affrontare la necessità di dispositivi tecnologici può essere emotivamente impegnativo per la persona e il caregiver. Offre formazione e addestramento sia alla persona assistita sia al caregiver sull'utilizzo corretto dei supporti tecnologici. Personalizza e adatta le soluzioni tecnologiche prescelte: ogni persona ha esigenze uniche rispetto agli standard dei presidi. Favorisce comunicazione e collaborazione tra la persona assistita, il caregiver e altri professionisti sanitari coinvolti nella cura. Offre supporto continuativo in base alle esigenze che possono evolversi nel tempo.

7. QUALI MIGLIORAMENTI PRODUCE L'UTILIZZO DELLE TECNOLOGIE DIGITALI NELLA PROFESSIONE E QUALI LE MAGGIORI DIFFICOLTÀ

Le tecnologie digitali permettono una maggiore personalizzazione di protesi, ortesi e ausili; una maggiore precisione nella progettazione e nella produzione dei dispositivi ortopedici; maggiore ripetibilità; consentono di replicare in maniera fedele le specifiche di progettazione e di tenere traccia passo dopo passo di tutte le modifiche effettuate sul modello tridimensionale di partenza. Facilitano la comunicazione e la condivisione delle informazioni. L'adozione delle tecnologie digitali può richiedere però investimenti finanziari significativi. Inoltre, l'accessibilità a queste tecnologie può essere limitata in determinate regioni o contesti. Le tecnologie digitali comportano la gestione e la conservazione di dati sensibili dei pazienti e la necessità di adottare adeguate misure di sicurezza per la privacy. Dal punto di vista delle persone assistite o caregiver vi possono essere resistenze nell'accettarle e utilizzarle. È importante fornire supporto, formazione e assistenza per favorire una transizione efficace e promuovere l'adozione di queste soluzioni tecnologiche.

8. SONO PREVISTI PERCORSI EDUCAZIONALI DI (PATIENT/CAREGIVER) ENGAGEMENT DEL PROFESSIONISTA SANITARIO, AD ESEMPIO ALL'INTERNO DEI CORSI DI STUDI O COME FORMAZIONE ECM, PROPRIO PER FAVORIRE IL CONTATTO CON IL PAZIENTE?

L'educazione e l'engagement del paziente/caregiver sono diventati sempre più importanti nel settore dell'orto-protesi. Molti corsi di studi e programmi di Educazione Continua in Medicina includono moduli dedicati all'interazione con le persone assistite e i caregiver. L'obiettivo è quello di preparare ad avere una comunicazione efficace, una relazione di cura centrata sul paziente e un coinvolgimento attivo del paziente e del caregiver nel processo decisionale. Questo può includere la comprensione delle differenze culturali, linguistiche, di background socio-economico, la comprensione delle reazioni emotive connesse alla disabilità, la promozione della resilienza e la collaborazione con psicologi e/o assistenti sociali.

9. ESISTONO DEI DEVICE DI SUPPORTO PER MEGLIO CODIFICARE IL LINGUAGGIO DEI REFERTI? COME SI PUÒ AGEVOLARE IL PAZIENTE / CAREGIVER NELLA COMPrensIONE?

In generale, l'obiettivo principale è quello di adottare un approccio centrato sul paziente per favorire una maggiore comprensione dei dati. Agevolare paziente e il caregiver nella comprensione dei referti e, in particolare modo, le indicazioni del dispositivo utilizzando un linguaggio chiaro e comprensibile, evitando l'uso di termini tecnici complessi; organizzando in modo logico e sintetico i concetti da comunicare; includendo un glossario di termini clinici o tecnici utilizzati; l'uso di supporti visivi come diagrammi, immagini o illustrazioni può aiutare a spiegare concetti complessi, descrivere procedure, a questo fine l'utilizzo di mezzi digitali come video esplicativi, animazioni può essere efficace per comunicare informazioni complesse.

10. PER SAPERNE DI PIU'

cdanazionale.tort@tsrm-pstrp.org

<https://www.tsrm-pstrp.org>

<https://www.tsrm-pstrp.org/index.php/tecnico-ortopedico/>

INNOVAZIONE DIGITALE E PERSONA ASSISTITA - CAREGIVER

Carta di identità del professionista sanitario
**TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E
 NEI LUOGHI DI LAVORO**
 D.M. 17 gennaio 1997, n. 58



A cura di Antonio Varallo

Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, componente Comitato scientifico ASSD per FNO TSRM e PSTRP

1. DI COSA SI OCCUPA, QUALI SONO LE COMPETENZE

Il Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro (di seguito TPALL) è responsabile nell'ambito delle proprie competenze, di tutte le attività di prevenzione, verifica e controllo in materia di igiene e sicurezza ambientale nei luoghi di vita e di lavoro, di igiene degli alimenti e delle bevande, di igiene di sanità pubblica e veterinaria

- Elabora, partecipa, gestisce e verifica sistemi di qualità in relazione sia alle norme tecniche di riferimento degli ambiti professionali sia ai sistemi di accreditamento certificativo e/o sanitario.
- Promuove e si attiva nell'ambito della prevenzione primaria in tutti quegli interventi destinati a modificare abitudini e/o comportamenti scorretti ovvero ad ostacolare l'insorgenza delle malattie nella popolazione, combattendo le cause e i fattori predisponenti.
- Eseguisce specifiche valutazioni dei rischi, in relazione alle attività di prevenzione e sicurezza connesse agli adempimenti normativi e/o alla tutela della Salute, collettiva e individuale, ed alla protezione ambientale.
- Formula pareri tecnici e/o di consulenza con riferimento agli ambiti del proprio agire professionale.
- Eseguisce attività istruttorie, di conformità normativa, verifiche di impianti dei processi produttivi ed organizzativi finalizzate alla redazione della documentazione e quant'altro previsto di competenza in ambito della prevenzione e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro.
- Svolge attività di studio, di ricerca, di didattica e consulenza professionale nei servizi sanitari e nei luoghi dove è richiesta la sua competenza professionale.
- Contribuisce alla formazione e all'aggiornamento del personale, nonché collabora nell'ambito della formazione continua in medicina e si aggiorna attraverso costanti processi educativi teorico pratici.

2. Il Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro:

- esercita le proprie attività professionali in regime di dipendenza, pubblica o privata, o libera professionale;
- può esercitare le proprie attività professionali nell'ambito delle amministrazioni pubbliche centrali e/o locali che rivestono funzioni di controllo degli adempimenti normativi e di prevenzione connessi agli ambiti di competenza professionali;

- nell'ambito delle amministrazioni pubbliche centrali e/o locali e/o enti consorziati, può esercitare le proprie attività professionali in relazione alle attività di prevenzione, a titolo esemplificativo presso: servizi di prevenzione e protezione, servizi/uffici per la gestione della qualità e/o dei sistemi di accreditamento, servizi/uffici connessi alla ristorazione collettiva, servizi/uffici ambientali, servizi/uffici di risk management, servizi/uffici di formazione, servizi/uffici connessi ai processi organizzativi e/o professionali;
- nel settore privato, può esercitare la propria professione in regime dipendente, o in regime libero professionale, in maniera individuale e/o associata, con funzioni di supporto e/o consulenza alle imprese, assistendo il proprio cliente/impresa/datore di lavoro in tutte quelle attività connesse alla verifica, pianificazione, gestione e valutazione dei fattori di rischio connessi alla sicurezza alimentare, di sicurezza nei luoghi di lavoro, di protezione ambientale e di sanità pubblica e veterinaria.

3. Il Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, è responsabile dell'organizzazione della pianificazione, dell'esecuzione e della qualità degli atti svolti nell'esercizio della propria attività professionale; collabora con altre figure professionali all'attività di programmazione e di organizzazione del lavoro con riferimento alla struttura in cui opera e in caso di attività libero professionale con i rispettivi committenti e con soggetti con cui si relaziona.

2. QUALI PRESTAZIONI SANITARIE O INTERVENTI DI CURA PUÒ OFFRIRE ALLA PERSONA ASSISTITA

Uno dei servizi alla persona assistita che può essere sviluppato è quello della prevenzione degli incidenti domestici attraverso momenti di sensibilizzazione/formazione.

3. QUALI DI QUESTE PRESTAZIONI O INTERVENTI DI CURA POSSONO ESSERE FORNITE ATTRAVERSO LA TELEMEDICINA O L'UTILIZZO DI DISPOSITIVI INDOSSABILI, TECNOLOGIE ASSISTIVE, AUSILI O ALTRE TIPOLOGIE DI DISPOSITIVI

L'attività di sensibilizzazione e di formazione riguarda la prevenzione degli incidenti domestici.

4. SUPPORTI TECNOLOGICI, ASSISTIVI, AUSILI DA UTILIZZARE E PROPORRE ALLA PERSONA ASSISTITA

La sicurezza in casa è fondamentale per l'assistito e per il caregiver. Di seguito si espongono alcuni accorgimenti per una casa sicura:

- utilizzare un materasso più alto ed eliminare gli scendiletto, poiché i letti troppo bassi possono rendere problematico alzarsi ed eliminando gli scendiletto, inoltre, si riduce la possibilità di scivolare o di inciampare;
- garantire spazi senza ingombri;
- è importante che il percorso verso la toilette o altre stanze della casa sia libero da mobili, vasi con piante o altri oggetti in cui si potrebbe inciampare. Anche le porte devono essere ben aperte, in modo che non rappresentino un ostacolo nella penombra;
- lungo il tragitto verso il bagno può essere utile sistemare alcune luci notturne, ad esempio illuminazione a led, da lasciare accese tutta la notte con basso consumo energetico;
- nel bagno utilizzare tappetini morbidi per non scivolare e per evitare di inciampare

nei tappetini, lungo il bordo inferiore si può applicare del nastro biadesivo: questo impedirà ai bordi di sollevarsi, inoltre installare dei punti di appoggio lungo le pareti del bagno;

- usare poltrone che aiutano ad alzarsi;
- per evitare di cadere si dovrebbero indossare scarpe adatte. La calzatura non deve essere troppo stretta, ma nemmeno eccessivamente larga, perché questo aumenta il rischio che si sfilino, facendo inciampare. La suola deve essere ampia e comoda, garantendo un adeguato piano di appoggio.

5. QUALI SONO LE COMPETENZE/ABILITÀ RICHIESTE ALLA PERSONA ASSISTITA E/O AL CARE GIVER PER L'UTILIZZO DEI SUPPORTI TECNOLOGICI AL PUNTO PRECEDENTE

Competenze base per usare device (PC, smartphone, ecc..).

6. COME PUÒ IL PROFESSIONISTA SANITARIO ESSERE DI AIUTO E FACILITARE LA RELAZIONE DI CURA (PERSONA ASSISTITA-CARE GIVER)

Formazione sulle corrette modalità di movimentazione del paziente.

Il D. Lgs 81/08 pone il limite di 30 Kg per i carichi movimentabili manualmente dal singolo lavoratore. Oltre all'entità del peso stesso bisogna prendere anche in considerazione la modalità della movimentazione, l'ambiente e la tipologia del carico. Le metodiche utilizzate per la valutazione del rischio da movimentazione manuale di carichi sono:

- METODO NIOSH (National Institute of Safety Health – USA) E' indicato in ambito industriale, in quanto prende in considerazione pesi e situazioni standardizzate molto differenti da quelle esistenti nell'ambiente ospedaliero. In breve, per ogni azione di sollevamento di carichi il metodo NIOSH (National Institute of Safety Health – USA, 1993)partendo da un peso ideale sollevabile in condizioni ideali ,considera sfavorevoli fattori quali l'altezza, la dislocazione, la distanza dal corpo, la frequenza, l'asimmetria e la presa, trattati come fattori demoltiplicativi. Quindi, viene calcolato il rapporto tra il peso effettivamente sollevato e il "peso limite raccomandato" ottenuto, attraverso il quale si ottiene un indicatore sintetico di rischio (1= rischio);
- il MAPO index (Movimentazione e Assistenza Pazienti Ospedalizzati) ha lo scopo di individuare livelli di rischio (alto, medio, trascurabile). Si basa sull'attribuzione di coefficienti numerici ai diversi fattori di rischio, comprendenti carico assistenziale (pazienti non o poco collaboranti),disponibilità di attrezzature (solleva pazienti, ausili minori, carrozzine), caratteristiche degli ambienti (camere di degenza, servizi igienici), svolgimento di corsi di formazione/addestramento. La valutazione consta nell'attribuzione di un certo peso ai diversi fattori da cui deriva il calcolo dell'indice e la posizione nei tre livelli: 0 – 1,5= rischio trascurabile, 1,51 – 5= rischio medio, >5= rischio alto.

L'operatore (nel caso di interesse il caregiver parentale o professionale) che si appresta a movimentare la persona assistita deve controllare di essere adeguatamente vestito e calzato e indossare i Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) ove previsti. Quando nella giornata i compiti di movimentazione sono frequenti, l'operatore deve considerare l'ergonomia dei suoi gesti ripetuti. Se la postura è corretta questa contribuisce a prevenire il mal di schiena, se è incongrua realizza condizioni di sovraccarico meccanico (eccessivo impegno di strutture articolari, tendinee e muscolari).

7. QUALI MIGLIORAMENTI PRODUCE L'UTILIZZO DELLE TECNOLOGIE DIGITALI NELLA PROFESSIONE E QUALI LE MAGGIORI DIFFICOLTÀ

L'utilizzo di tecnologie digitali nella professione del Tecnico della prevenzione produce miglioramenti soprattutto nel contesto della formazione a distanza.

8. SONO PREVISTI PERCORSI EDUCAZIONALI DI (PATIENT/CAREGIVER) ENGAGEMENT DEL PROFESSIONISTA SANITARIO, AD ESEMPIO ALL'INTERNO DEI CORSI DI STUDIO O COME FORMAZIONE ECM, PROPRIO PER FAVORIRE IL CONTATTO CON IL PAZIENTE?

I Tecnici della prevenzione svolgono attività di Educazione alla prevenzione per la movimentazione manuale dei carichi e formazione sulla sicurezza luoghi di lavoro.

9. ESISTONO DEI DEVICE DI SUPPORTO PER MEGLIO CODIFICARE IL LINGUAGGIO DEI REFERTI? COME SI PUÒ AGEVOLARE IL PAZIENTE / CAREGIVER NELLA COMPrensIONE?

I TPALL non rilasciano documentazione sulla salute del singolo ma rilasciano pareri igienico-sanitari di progetti edilizi che andranno ad ospitare la persona assistita e il caregiver, inoltre, il TPALL insieme al datore di lavoro provvede alla valutazione dei rischi inerenti la salute e la sicurezza dei luoghi di lavoro.

10. PER SAPERNE DI PIU'

cdanazionale.tpall@tsrm-pstrp.org

<https://www.tsrm-pstrp.org/>

<https://www.tsrm-pstrp.org/index.php/tecnico-della-prevenzione-nellambiente-e-nei-luoghi-di-lavoro/>

<https://unpisi.it/>

INNOVAZIONE DIGITALE E PERSONA ASSISTITA - CAREGIVER

Carta di identità del professionista sanitario
IL TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA
 D.M. 29 marzo 2001, n. 182



A cura di **Valerio De Lorenzo**

tecnico della riabilitazione psichiatrica, componente Comitato scientifico di ASSD per TSRM e PSTRP

Roberta Famulari

Tecnico della riabilitazione psichiatrica, componente Comitato scientifico ASSD per AITeERP

1. DI COSA SI OCCUPA, QUALI SONO LE COMPETENZE

Il Tecnico della riabilitazione psichiatrica (di seguito TeRP) è il **professionista sanitario** della **riabilitazione** che ha una **competenza specialistica in ambito psichiatrico**, la sua **attività è rivolta principalmente a “soggetti con disabilità psichica”**, secondo quanto previsto dal **D.M. 182/2001**, che ne individua il profilo professionale, attribuendogli funzioni di **prevenzione primaria e riabilitazione**, e la possibilità di intervenire lungo **l'intero arco della vita della persona**.

Il TeRP si avvale di **strumenti di valutazione standardizzata e pianifica l'intervento riabilitativo, caratterizzato dall'essere multidimensionale, aderente ai principi della Evidence Based Medicine e fondato sulle buone prassi**. La metodologia di lavoro, basata sulla interdisciplinarietà in equipe multidisciplinare, vede nel **Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI)** lo strumento fondamentale per riuscire a rispondere, non solo ai bisogni di salute, specifici delle persone affette da disagio psichico o patologia psichiatrica, ma a tutta la gamma dei bisogni comuni che nel corso della vita ognuno porta con sé, facendo sì che vengano garantiti ed esercitati i diritti di cittadinanza da parte degli utenti.

2. QUALI PRESTAZIONI SANITARIE O INTERVENTI DI CURA PUÒ OFFRIRE ALLA PERSONA ASSISTITA

Il TeRP, **valuta** il funzionamento psico-sociale e cognitivo della persona, le criticità e le risorse della famiglia e del contesto ambientale, tramite l'utilizzo di strumenti standardizzati, all'inizio, in itinere e alla conclusione del progetto riabilitativo; **identifica** gli obiettivi formativo terapeutici e di riabilitazione psichiatrica del programma riabilitativo all'interno del PTRI; **analizza** i bisogni e istanze evolutive della persona, formulando insieme ad essa, lo specifico programma di intervento finalizzato al raggiungimento di uno stato di recovery dalla malattia e del massimo livello di funzionamento psicosociale; **attua** interventi volti all'abilitazione/riabilitazione delle persone in diverse aree: dalla cura di sé, alle relazioni interpersonali di varia complessità, allo svolgimento delle attività di vita quotidiana, nonché ad un'attività lavorativa, ove possibile; **conduce** interventi individuali e di gruppo, con le persone assistite e con le loro famiglie. Per far ciò si avvale e utilizza **tecniche specifiche, basate su prove di efficacia**, alcune tra queste sono: il *social skills training (SST)-allenamento delle abilità sociali*; *gli interventi psicoeducativi e cognitivo-comportamentali*; *di rimedio cognitivo (CRT)*, effettua anche interventi strutturati e validati rivolti ai familiari/caregivers, quali il *parent training e gli interventi psicoeducativi su singole famiglie o multifamiliari*.

Inoltre, il TeRP **favorisce l'inclusione sociale** delle persone, nella comunità, anche attraverso interventi di sensibilizzazione “nel” territorio ed interventi di fronteggiamento e superamento dello stigma, può intervenire nell'ambito più generale della promozione della salute con approccio salutogenico e di prevenzione primaria, avvalendosi di programmi specifici.

3. QUALI DI QUESTE PRESTAZIONI O INTERVENTI DI CURA POSSONO ESSERE FORNITE ATTRAVERSO LA TELEMEDICINA O L'UTILIZZO DI DISPOSITIVI INDOSSABILI, TECNOLOGIE ASSISTIVE, AUSILI O ALTRE TIPOLOGIE DI DISPOSITIVI

La telerabilitazione, può offrire un ampio ventaglio di servizi abilitativi e riabilitativi: valutazione, monitoraggio, intervento, supervisione, aspetti di consulenza/educativi. I setting e le modalità possono essere diversi e finalizzati a garantire il miglior esito possibile. Possono essere svolti in ambito domiciliare, residenziale, ambulatoriale, ospedaliero, prevedendo o meno la presenza (a distanza) del professionista. Può essere effettuata sui singoli o in gruppo.

Oltre all'intervento in telerabilitazione esistono delle App per PC e Smartphone che permettono all'utente di potersi esercitare in acquisizione di “skills” cognitive, quali quelle sulle funzioni esecutive che si riferiscono alla programmazione, pianificazione e supporto alla vita quotidiana, quelle relative al problem solving e quelle relative alla cognizione sociale. Queste App permettono all'utente di sperimentarsi in autonomia con il raggiungimento dei propri obiettivi e quindi possiamo definirle come un intervento asincrono con la supervisione asincrona dell'operatore. Inoltre alcune App permettono di sfruttare i vantaggi della “gamification” dell'intervento. Per “gamification” si intende un tipo di approccio che usa un'interfaccia gioco-sfida per stimolare la motivazione intrinseca dell'utente/user.

4. SUPPORTI TECNOLOGICI, ASSISTIVI, AUSILI DA UTILIZZARE E PROPORRE ALLA PERSONA ASSISTITA

Nel panorama delle tecnologie assistive in salute mentale esistono alcuni esempi utili per la riabilitazione psichiatrica: software e piattaforme digitali per programmi psicoeducativi sia con il supporto di professionisti, in modalità sincrona e/o asincrona sia in forma di “auto aiuto”; esistono anche programmi di Realtà Virtuale e Realtà Aumentata per utenti e famigliari allo scopo di implementare le abilità socio-relazionali e cognitive. I device usati sono computer, tablet, smartphone muniti di specifici software per l'espletamento di attività specifiche, come quelle psicoeducative, i training per le funzioni cognitive, e le attività della vita quotidiana, per queste ultime possono anche essere usati assistenti vocali appositamente programmati con finalità supportive e anche per la compensazione di abilità cognitive. Le più recenti innovazioni riguardano l'impiego della domotica e dell'Intelligenza Artificiale, utili per la valutazione e quindi per il bilancio delle risorse/difficoltà/deficit, sia cognitivi che psicosociali, degli utenti.

5. QUALI SONO LE COMPETENZE/ABILITÀ RICHIESTE ALLA PERSONA ASSISTITA E/O AL CARE GIVER PER L'UTILIZZO DEI SUPPORTI TECNOLOGICI AL PUNTO PRECEDENTE

La telerabilitazione, così come l'impiego della tecnologia assistiva, è un percorso che deve essere personalizzato tenendo conto di alcune caratteristiche quali: in primis il livello di alfabetizzazione digitale, l'età, il grado di istruzione, il contesto di vita, la presenza di deficit cognitivi.

Il TeRP nello specifico programma riabilitativo tiene conto di tutti questi aspetti nella scelta del tipo di intervento tramite uso di tecnologia. Ciò vale anche per il coinvolgimento e la partecipazione dei caregivers al progetto riabilitativo.

6. COME PUÒ IL PROFESSIONISTA SANITARIO ESSERE DI AIUTO E FACILITARE LA RELAZIONE DI CURA (PERSONA ASSISTITA-CARE GIVER)

Attraverso l'impiego dei dispositivi digitali, che diventano "tecnologia assistiva", il TeRP può garantire continuità nei casi in cui alcuni fattori potrebbero ostacolare i rapporti in presenza sia con l'utente che con i familiari/caregivers o servirsi della tecnologia come integrazione alla pratica in presenza, quindi un add-on, una possibilità per potenziare l'intervento, con l'effetto di facilitare la relazione di cura. Nella presa in carico di persone con bisogni di salute complessi la presenza dei familiari è essenziale non solo in termini supportivi, ma anche "partecipativi" per il raggiungimento degli obiettivi da parte del paziente, posti e condivisi all'interno del PTRI.

È rilevante sottolineare che anche l'ambito della salute mentale e della riabilitazione psichiatrica si sta aprendo, oltre che alla telemedicina - teleriabilitazione, anche a quello della salute mobile, cosiddetta - mHealth. Il settore sembra essere in rapida espansione, grazie all'uso di tecnologie digitali mobili sempre più accessibili tra cui lo stesso smartphone, tablet, App e anche dispositivi indossabili usati per migliorare sia l'assistenza clinica che la riabilitazione. Si è avuto riscontro, secondo dati di letteratura, che l'uso di tali strumenti è apprezzato da persone con disturbi mentali ai fini di una migliore comprensione della loro condizione. È auspicabile un maggior utilizzo "strutturato" della tecnologia digitale per utenti e familiari e/o caregivers, ambito ancora povero di riscontri.

7. QUALI MIGLIORAMENTI PRODUCE L'UTILIZZO DELLE TECNOLOGIE DIGITALI NELLA PROFESSIONE E QUALI LE MAGGIORI DIFFICOLTÀ

L'uso delle tecnologie non deve essere considerato limitatamente alla "mera" sostituzione degli interventi in presenza, quando questi non sono attuabili, e quindi con lo scopo unitario di garantire la continuità assistenziale, ma bisogna intenderlo come un'alternativa aggiuntiva, da svolgere in parallelo all'attività face-to-face, quindi in chiave di potenziamento. Fatta questa premessa bisogna evidenziare che la modalità di intervento a distanza attraverso dispositivi porta vantaggi e svantaggi.

Di seguito elencati vantaggi e svantaggi.

Vantaggi: Accessibilità del trattamento, ci permette di entrare gradualmente nel domicilio e nei contesti di vita dell'utente, facilita la compliance terapeutica, soprattutto con l'utenza più giovane, appunto perché il trattamento è innovativo, "ludico" e stimolante, graduale nell'esposizione e accessibile in poco tempo, viene effettuato anche al di fuori del contesto "sanitario" esercitando un'azione destigmatizzante.

Svantaggi: Riduzione degli aspetti non verbali della comunicazione; mancato accesso da parte dell'utenza a device e tecnologie di rete internet; pregiudizio sull'efficacia dei trattamenti a distanza, sia da parte dei professionisti, che da parte degli utenti e caregivers; mancata formazione specifica da parte dei professionisti e mancata alfabetizzazione da parte dei fruitori.

In ultimo riteniamo necessario evidenziare che anche se in letteratura scientifica sono presenti evidenze che dimostrano l'efficacia dei trattamenti in teleriabilitazione, è possibile ottenere degli outcome positivi solo se i professionisti instaurano una valida

e relazione terapeutica, condizione imprescindibile e fondamentale del nostro agire riabilitativo, che comprende anche il rapporto con i caregivers.

8. SONO PREVISTI PERCORSI EDUCAZIONALI DI (PATIENT/CAREGIVER) ENGAGEMENT DEL PROFESSIONISTA SANITARIO, AD ESEMPIO ALL'INTERNO DEI CORSI DI STUDIO O COME FORMAZIONE ECM, PROPRIO PER FAVORIRE IL CONTATTO CON IL PAZIENTE?

Oltre alla formazione universitaria di base del Tecnico della riabilitazione psichiatrica, esistono, anche se ancora poco conosciuti e diffusi, dei percorsi formativi post laurea, sulle Tecnologie assistive, come l'impiego della Realtà Virtuale, sarebbe auspicabile diffondere la cultura del digitale con programmi formativi da inserire nei percorsi formativi universitari, conoscendone bene vantaggi e svantaggi, e i criteri per l'uso appropriato e differenziato a seconda degli scopi e degli ambiti di intervento.

9. ESISTONO DEI DEVICE DI SUPPORTO PER MEGLIO CODIFICARE IL LINGUAGGIO DEI REFERTI? COME SI PUÒ AGEVOLARE IL PAZIENTE / CAREGIVER NELLA COMPrensIONE?

In atto non ci sono esempi di questo tipo.

10. PER SAPERNE DI PIU'

cdanazionale.terp@tsrm-pstrp.org

<https://www.tsrm-pstrp.org/>

<https://www.tsrm-pstrp.org/index.php/tecnico-riabilitazione-psichiatrica/>

SITO Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Sanitarie Tecniche della Prevenzione e della Riabilitazione, Commissione d'Albo dei Tecnici della riabilitazione psichiatrica

<https://www.aiterp.it/wp-content/uploads/2020/06/LINEE-INDIRIZZO-TELERIABILITAZIONE-AITeRP.pdf>

SITO Associazione italiana tecnici della riabilitazione psichiatrica. Teleriabilitazione indicazioni per i Tecnici della riabilitazione psichiatrica, Giugno 2020.

<https://www.salute.gov.it/portale/ehealth/dettaglioContenutiEHealth.jsp?lingua=italiano&cid=5525&area=eHealth&menu=telemedicina>

Sito Ministero della Salute, Linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina, marzo 2022

INNOVAZIONE DIGITALE E PERSONA ASSISTITA - CAREGIVER

Carta di identità del professionista sanitario
TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO
 D.M. 14 settembre 1994, n. 745



A cura di **Clemente Santonastaso**

Tecnico sanitario di laboratorio biomedico, componente Comitato scientifico ASSD per FNO TSRM e PSTRP

1. DI COSA SI OCCUPA, QUALI SONO LE COMPETENZE

Nella medicina moderna, diagnosi e terapia sono due aspetti strettamente integrati del trattamento di qualsiasi malattia, e questo, è ancora più vero nel caso della diagnostica biotecnologica, finalizzata allo sviluppo di nuovi metodi e strumenti di analisi basati sulla biologia molecolare, la genetica, le nanotecnologie, l'immunochimica e l'epigenetica. In tutti i processi sopraelencati, il tecnico sanitario di laboratorio biomedico è il responsabile dell'intero processo diagnostico e di ricerca.

2. QUALI PRESTAZIONI SANITARIE O INTERVENTI DI CURA PUÒ OFFRIRE ALLA PERSONA ASSISTITA

Partecipa al percorso diagnostico terapeutico, garantendone qualità e sicurezza, della galenica magistrale, delle trasfusioni, della medicina di precisione, del contenimento delle infezioni correlate all'assistenza, della diagnostica citologica, della valutazione macroscopica istologica, delle indagini tossicologiche, della medicina di prossimità, con tecniche avanzate innovative, strumenti di sanità digitale e sistemi informativi dedicati.

3. QUALI DI QUESTE PRESTAZIONI O INTERVENTI DI CURA POSSONO ESSERE FORNITE ATTRAVERSO LA TELEMEDICINA O L'UTILIZZO DI DISPOSITIVI INDOSSABILI, TECNOLOGIE ASSISTIVE, AUSILI O ALTRE TIPOLOGIE DI DISPOSITIVI

Le prestazioni diagnostiche possono essere fornite attraverso il sistema **Tele laboratorio** che ha scopo l'implementazione di una rete di servizi integrati di **Tele monitoraggio** per l'esecuzione di esami quali ad esempio, l'emogas analisi, glicemia, INR, marcatori cardiaci in modalità *Point of Care testing (analisi svolta in prossimità del sito di cura ed assistenza al di fuori del laboratorio di analisi)* con lo scopo di preservare il patrimonio venoso a utenti fragili, cronici e anziani.

Grazie alle nuove tecnologie di **digitalizzazione e di telecomunicazione** è oggi possibile trasformare i classici vetrini con preparati cito - istologici, tradizionalmente visti al microscopio, in immagini digitali, visibili al computer - **Tele patologia**.

Le immagini ottenute grazie al processo di digitalizzazione sono vere e proprie copie fedeli dei vetrini originali ed è possibile analizzarle a diversi ingrandimenti e mettendo a fuoco lezone di particolare interesse, proprio come avviene con i microscopi convenzionali.

4. SUPPORTI TECNOLOGICI, ASSISTIVI, AUSILI DA UTILIZZARE E PROPORRE ALLA PERSONA ASSISTITA

Un empowerment ottimale all'uso del Point of care Testinge del Self – testing (test di autoesame) sia alle persone assistite, caregiver.

5. QUALI SONO LE COMPETENZE/ABILITÀ RICHIESTE ALLA PERSONA ASSISTITA E/O AL CARE GIVER PER L'UTILIZZO DEI SUPPORTI TECNOLOGICI AL PUNTO PRECEDENTE

Una corretta formazione/informazione alla persona assistita/caregiver e alle altre figure sanitarie impegnate nelle attività di diagnostica di laboratorio territoriale, garantendo a tutti gli attori del processo una adeguata formazione nella gestione corretta per l'esecuzione degli esami in modalità *Point of care Testing*.

6. COME PUÒ IL PROFESSIONISTA SANITARIO ESSERE DI AIUTO E FACILITARE LA RELAZIONE DI CURA (PERSONA ASSISTITA-CARE GIVER)

Promuovere nella comunità la consapevolezza delle scelte di salute, cooperare con altri professionisti sanitari con organizzazioni ed enti della collettività per l'attuazione di programmi intersettoriali orientati al coinvolgimento attivo dei cittadini.

7. QUALI MIGLIORAMENTI PRODUCE L'UTILIZZO DELLE TECNOLOGIE DIGITALI NELLA PROFESSIONE E QUALI LE MAGGIORI DIFFICOLTÀ

Organizzazione unificata dei dati, una collaborazione più stretta tra Information Technology e Ricerca e Sviluppo, e un'evoluzione della gestione della risposta dei risultati. La diffusione delle tecnologie fa emergere un problema di **sostenibilità interna** (efficienza tecnologica deve essere conciliabile con lo sviluppo dell'ambiente di lavoro) e di **sostenibilità operativa** (nonostante la narrativa proponga che la tecnica digitale sia infallibile, abbiamo già constatato che le IA siano soggette ad errore e alla legge universale dell'entropia. Per cui, si dovranno conciliare i processi data driver con lo humanware oltre ad emergere la necessità di una istanza etica.

8. SONO PREVISTI PERCORSI EDUCAZIONALI DI (PATIENT/CAREGIVER) ENGAGEMENT DEL PROFESSIONISTA SANITARIO, AD ESEMPIO ALL'INTERNO DEI CORSI DI STUDI O COME FORMAZIONE ECM, PROPRIO PER FAVORIRE IL CONTATTO CON IL PAZIENTE?

Le Università devono/dovranno prevedere percorsi formativi all'interno del CdL, per favorire il processo di implementazione delle competenze relazionali correlate alle modalità di comunicazione degli outcome di laboratorio.

9. ESISTONO DEI DEVICE DI SUPPORTO PER MEGLIO CODIFICARE IL LINGUAGGIO DEI REFERTI? COME SI PUÒ AGEVOLARE IL PAZIENTE / CAREGIVER NELLA COMPrensIONE?

Il processo di accoglienza della persona assistita prevede l'offerta dei servizi digitalizzando e uniformando i processi di accesso e presa in carico dei pazienti afferenti ai Laboratori, Punti Prelievo, Case della Comunità, Distretti. Ad esempio la prenotazione dell'appuntamento per una prestazione, il ritiro dei referti attraverso visualizzazione e/o download, il pagamento della prestazione attraverso i canali di pagamento online accedendo autonomamente tramite smartphone o touchpoint.

10. PER SAPERNE DI PIÙ

cdanazionale.tslb@tsrm-pstrp.org

<https://www.tsrm-pstrp.org>

<https://www.tsrm-pstrp.org/index.php/tecnico-sanitario-di-laboratorio-biomedico/>

INNOVAZIONE DIGITALE E PERSONA ASSISTITA - CAREGIVER

Carta di identità del professionista sanitario
TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA
 D.M. 26 settembre 1994, n. 746



A cura di Anna Angeloni

Tecnico sanitario di radiologia medica, componente Comitato scientifico ASSD per FNO TSRM e PSTRP

1. DI COSA SI OCCUPA, QUALI SONO LE COMPETENZE

Il Tecnico sanitario di radiologia medica è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'Albo professionale, è responsabile degli atti di sua competenza ed è autorizzato ad espletare indagini e prestazioni radiologiche. Abilitato a svolgere, in conformità a quanto disposto dalla LEGGE 31 Gennaio 1983, N° 25, in via autonoma, o in collaborazione con altre figure sanitarie, su prescrizione medica tutti gli interventi che richiedono l'uso di sorgenti di radiazioni ionizzanti, sia artificiali che naturali, di energie termiche, ultrasoniche, di risonanza magnetica nucleare nonché gli interventi per la protezione fisica o dosimetrica.

Il Tecnico di radiologia con adeguata formazione e competenze avanzate, può svolgere il ruolo di Amministratore di sistema in diagnostica per Immagini e gestione del sistema informatico sanitario; l'amministratore di sistema sanitario è la figura professionale che si occupa di gestire e mantenere il sistema informatico dedicato, la banca dati, reti informatica e la loro sicurezza. Ruolo che rappresenta un ponte di collegamento tra esigenze tecniche, cliniche, nonché quelle della direzione sanitaria e delle aziende fornitrici. La sua attività permette di monitorare se le procedure di invio in archivio delle immagini da parte di tutti gli utilizzatori vengono eseguite in modo corretto, pianifica e gestisce la necessaria attività formativa per il personale coinvolto nei processi di digitalizzazione, dematerializzazione e utilizzo di applicativi ICT in ambito sanitario al fine del corretto utilizzo dei sistemi informatici dedicati; elabora dati statistici e flussi di lavoro con attività di supporto ai cruscotti direzionali: controllo di gestione, budgeting, governo delle risorse.

2. QUALI PRESTAZIONI SANITARIE O INTERVENTI DI CURA PUÒ OFFRIRE ALLA PERSONA ASSISTITA

È quello di guidare la persona assistita in ogni fase dell'esame, cercando anche di farlo sentire sempre a suo agio per quanto possibile, azionare i macchinari, estrapolare le immagini necessarie per redigere un referto che sia il più possibile completo ed esauriente su quanto osservato. È un professionista attento, meticoloso, preciso, predisposto all'aiuto e in grado di supportare la persona anche sul piano psicologico. Comunica in maniera chiara e assume un atteggiamento empatico con l'assistito e con i suoi familiari. Inoltre deve garantire il corretto flusso informativo alla gestione nelle procedure, gestione dei corretti dati sensibili a garanzia della privacy.

3. QUALI DI QUESTE PRESTAZIONI O INTERVENTI DI CURA POSSONO ESSERE FORNITE ATTRAVERSO LA TELEMEDICINA O L'UTILIZZO DI DISPOSITIVI INDOSSABILI, TECNOLOGIE ASSISTIVE, AUSILI O ALTRE TIPOLOGIE DI DISPOSITIVI

Tra queste attività il Tecnico sanitario di radiologia medica viene coinvolto direttamente nella radiologia domiciliare: la definizione "radiologia domiciliare" comprende tutte le procedure finalizzate all'esecuzione di esami radiografici tradizionali presso il domicilio della persona assistita non deambulante e/o non trasportabile sulla base di valutazioni cliniche in tutti quei casi in cui la effettuazione di un esame radiografico a domicilio, o presso una struttura di residenza sanitaria assistita, lo rendono meno gravoso per la persona e oneroso in termini di costi, con eguali livelli di accuratezza diagnostica e sicurezza. La "radiologia domiciliare" si pone l'obiettivo di venire incontro alle esigenze dei pazienti prevalentemente anziani evitando il trasferimento presso gli ambulatori e i possibili rischi di infezioni, o qualora ci siano delle difficoltà logistiche nella effettuazione di esami radiografici. La teleradiologia rende possibile, da parte del medico radiologo di valutare la richiesta, giustificarla, di interfacciarsi con il Tecnico sanitario di radiologia medica (TSRM), di refertare l'esame effettuato a domicilio e di firmarlo digitalmente con le stesse garanzie di qualità dell'esame effettuato presso le strutture ambulatoriali sia in ospedale che sul territorio.

4. SUPPORTI TECNOLOGICI, ASSISTIVI, AUSILI DA UTILIZZARE E PROPORRE ALLA PERSONA ASSISTITA

L'utilizzo di sistemi RIS (Radiology Information System) e PACS (Picture Archiving and Communication System) prevedono modalità di consegna/invio/visualizzazione del referto radiologico al domicilio del paziente e/ o al medico di medicina generale e/o presso la struttura richiedente

5. QUALI SONO LE COMPETENZE/ABILITÀ RICHIESTE ALLA PERSONA ASSISTITA E/O AL CARE GIVER PER L'UTILIZZO DEI SUPPORTI TECNOLOGICI AL PUNTO PRECEDENTE

Le competenze richieste alla persona assistita per poter scaricare da casa referti sono le competenze base di utilizzo di una interfaccia web dal proprio computer anche il download delle immagini non richiede competenze superiori.

6. COME PUÒ IL PROFESSIONISTA SANITARIO ESSERE DI AIUTO E FACILITARE LA RELAZIONE DI CURA (PERSONA ASSISTITA-CARE GIVER)

Le caratteristiche di un TSRM devono essere: propensione all'empatia, essere disponibili all'ascolto e all'interazione con il paziente, gestione dello stress e/o delle situazioni emotive.

7. QUALI MIGLIORAMENTI PRODUCE L'UTILIZZO DELLE TECNOLOGIE DIGITALI NELLA PROFESSIONE E QUALI LE MAGGIORI DIFFICOLTÀ?

Migliorare ed aumentare la qualità, la diffusione e la fruibilità delle informazioni. Aumentare la sicurezza nelle informazioni. Aumentare l'interoperabilità. La difficoltà è l'alfabetizzazione informatica del personale sanitario e sistemi resi più "friendly" (facili da usare) dalle ditte fornitrici di tali sistemi.

8. SONO PREVISTI PERCORSI EDUCAZIONALI DI (PATIENT/CAREGIVER) ENGAGEMENT DEL PROFESSIONISTA SANITARIO, AD ESEMPIO ALL'INTERNO DEI CORSI DI STUDIO O COME FORMAZIONE ECM, PROPRIO PER FAVORIRE IL CONTATTO CON IL PAZIENTE?

Nel corso di laurea per Tecnico sanitario di radiologia medica non sono previsti.

9. ESISTONO DEI DEVICE DI SUPPORTO PER MEGLIO CODIFICARE IL LINGUAGGIO DEI REFERTI? COME SI PUÒ AGEVOLARE IL PAZIENTE / CAREGIVER NELLA COMPrensIONE?

Esistono applicazioni che utilizzano piattaforme di Intelligenza Artificiale inserendo o fotografando il referto e introducendo informazioni fornisce spiegazioni sul loro significato con funzione di tutor; sviluppata da medici si basa su migliaia di linee guida. Con un minimo di formazione all'utilizzo di queste applicazioni ogni cittadino interessato può utilizzare device di supporto alla comprensione di un referto, per poi rivolgersi tuttavia al medico richiedente la prestazione.

10. PER SAPERNE DI PIU'

cdanazionale.tsrn@tsrn-pstrp.org

<https://www.tsrn-pstrp.org>

<https://www.tsrn-pstrp.org/index.php/tecnico-sanitario-di-radiologia-medica/>

<https://www.aitasit.org/wp49/>

INNOVAZIONE DIGITALE E PERSONA ASSISTITA - CAREGIVER

Carta di identità del professionista sanitario
TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA

D.M. 17 gennaio 1997, n. 56



A cura di Stefania Cortese

*Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva,
 componente Comitato scientifico di ASSD per FNO TSRM e PSTRP*

1. DI COSA SI OCCUPA, QUALI SONO LE COMPETENZE

Il Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva (di seguito TNPEE) svolge attività di **abilitazione, riabilitazione e di prevenzione in età evolutiva, ovvero nella fascia di età 0 – 18 anni, rivolte alle disarmonie evolutive e ai disturbi del neurosviluppo.**

Nello specifico si occupa dei seguenti disturbi del neuro sviluppo: deficit di attenzione, iperattività e impulsività; disabilità intellettive; disturbi della comunicazione e del linguaggio; disturbi della regolazione; disturbi della relazione e del comportamento; disturbi dello sviluppo della coordinazione motoria; disturbi dello spettro autistico; disturbi neurologici; disturbi neuromotori quali paralisi cerebrali infantili; distrofie; paralisi ostetriche etc.; disturbi sensoriali; disturbi specifici dell'apprendimento; ritardo globale di sviluppo; sindromi genetiche.

Partecipa all'intero processo di presa in carico dei pazienti in età evolutiva che presentano sospetti o conclamati disordini dello sviluppo, **in collaborazione con un'equipe multiprofessionale di neuropsichiatria infantile e altre discipline dell'età pediatrica.** Realizza la presa in carico in età evolutiva attraverso un **intervento: individualizzato** sulla base del profilo di sviluppo del bambino e del suo quadro clinico; **integrato** affinché tutte le funzioni sostengano una crescita armonica; **evolutivo** in relazione alle variazioni che l'espressione del disturbo stesso può assumere nelle diverse fasi dello sviluppo.

Attua procedure rivolte all'inserimento funzionale dei pazienti nei diversi contesti di vita quotidiana; **redige**, in collaborazione con l'equipe specialistica e l'equipe scolastica, Piani Didattici Personalizzati e Piani Educativi Individualizzati.

Svolge, inoltre, attività di studio, ricerca e didattica specifica.

Possiede **competenze cliniche specialistiche** per l'età evolutiva in ambito valutativo, abilitativo, riabilitativo, grazie a specifiche conoscenze nelle discipline biomediche, delle scienze umane e psico pedagogiche, della medicina fisica e riabilitativa, delle scienze neurologiche, delle scienze e tecniche neuropsichiatriche infantili e riabilitative. Possiede **competenze relazionali specifiche** per la presa in carico del paziente in età evolutiva e dei suoi caregivers.

Possiede specifiche **competenze cliniche, statistiche e metodologiche** per la somministrazione e interpretazione di test standardizzati utili alla valutazione quantitativa e qualitativa del profilo di sviluppo.

Possiede **competenze nell'ambito della ricerca clinica applicata.**

2. QUALI PRESTAZIONI SANITARIE O INTERVENTI DI CURA PUÒ OFFRIRE ALLA PERSONA ASSISTITA

Può erogare prestazioni di:

- **valutazione** neuro e psicomotoria dei disordini del neurosviluppo;
- **terapia** neuro e psicomotoria nei disordini del neurosviluppo;
- **screening** pediatrico neonatale per l'identificazione precoce di ritardi o disturbi del neurosviluppo;
- **screening** per l'identificazione precoce di ritardi o disturbi del neurosviluppo in età prescolare e scolare;
- **consulenza** a medici specialisti: pediatri, neonatologi, neuropsichiatri infantili, ecc..;
- **consulenza** e supporto con colloqui periodici a genitori e caregiver;
- **consulenza** a e supporto con colloqui periodici ad educatori del nido ed insegnanti della scuola d'infanzia, primaria e secondaria di primo e secondo grado;
- **valutazione delle funzioni per l'utilizzo di supporti e ausili tecnologici e dispositivi nelle disabilità neuromotorie, neurocognitive, neuro-linguistico-comunicative.**

Può erogare interventi di terapia rivolti a singoli o piccoli gruppi.

3. QUALI DI QUESTE PRESTAZIONI O INTERVENTI DI CURA POSSONO ESSERE FORNITE ATTRAVERSO LA TELEMEDICINA O L'UTILIZZO DI DISPOSITIVI INDOSSABILI, TECNOLOGIE ASSISTIVE, AUSILI O ALTRE TIPOLOGIE DI DISPOSITIVI

- **Teleassistenza, teleconsulto:** consulenze e colloqui periodici rivolti a genitori, caregiver, equipe scolastiche, equipe mediche specialistiche.
- **Teleriabilitazione:** interventi di valutazione e ri-abilitazione a distanza individuali e di gruppo.

In accordo con il medico neuropsichiatra infantile e l'equipe riabilitativa, il TNPEE può proporre ed erogare le seguenti prestazioni che coinvolgono **tecnologie assistive, ausili dispositivi tecnologici:**

- **verifica dell'adozione di protesi e di ausili** rispetto ai compensi neuropsicologici e al rischio psicopatologico;
- **consulenza alla selezione** di supporti tecnologici e assistivi funzionali;
- **personalizzazione** delle caratteristiche del device secondo le specifiche abilità del profilo di sviluppo dell'assistito;
- supporto all'adattamento dell'assistito al supporto selezionato;
- **potenziamento dei requisiti di base per l'utilizzo di supporti tecnologici e/o protesi e ausili;**
- **supporto all'utilizzo e alla gestione** autonoma e funzionale;
- **supporto alla generalizzazione** in tutti gli ambienti di vita.

Si riportano alcuni esempi:

- **consulenza alla selezione e supporto all'utilizzo autonomo e funzionale** di comunicatori, app e software, tablet, pc, in presenza di disturbi o quadri clinici che coinvolgono le abilità relazionali e comunicative, come **disturbi del linguaggio, disturbi dello spettro autistico, disabilità intellettive, paralisi cerebrali infantili, sindromi genetiche;**
- **verifica dell'adozione di protesi e di ausili** (es: carrozzine) rispetto ai compensi neuropsicologici e al rischio psicopatologico nei **disturbi neuromotori;**

- **consulenza alla selezione e supporto all'utilizzo di consolle e periferiche** (es: balance board) per il potenziamento delle abilità nei disturbi neuromotori, nei disturbi visivi, nelle disabilità intellettive, nei disturbi dello spettro autistico e nei disturbi dello sviluppo della coordinazione;
- **verifica, consulenza alla selezione e supporto all'utilizzo di tecnologie** quali: tablet, pc, smartphone, tavolette grafiche, sintesi vocali, app e software, a supporto degli apprendimenti scolastici e della relativa autonomia nello svolgimento delle attività, in particolare nei: **disturbi specifici dell'apprendimento scolastico, disturbi neuromotori, disturbi di sviluppo della coordinazione motoria, disabilità intellettive, disturbi dello spettro autistico, disturbi da deficit dell'attenzione e dell'iperattività; disturbi visivi ed uditivi, sindromi genetiche.**

4. SUPPORTI TECNOLOGICI, ASSISTIVI, AUSILI DA UTILIZZARE E PROPORRE ALLA PERSONA ASSISTITA

In accordo con il medico neuropsichiatra infantile e l'equipe riabilitativa, il TNPEE può proporre l'adozione di: comunicatori, tablet, pc, App e software di potenziamento delle abilità comunicativo-linguistiche, neuropsicologiche trasversali (funzioni esecutive), fine motorie, visive, uditive; tastiere e tavolette grafiche; consolle e periferiche di gioco; protesi, ausili.

5. QUALI SONO LE COMPETENZE/ABILITÀ RICHIESTE ALLA PERSONA ASSISTITA E/O AL CARE GIVER PER L'UTILIZZO DEI SUPPORTI TECNOLOGICI AL PUNTO PRECEDENTE

A seconda del quadro clinico e della valutazione funzionale del profilo evolutivo sono richieste alla persona e/ o al caregiver le seguenti competenze/abilità: adattive; abilità di autoregolazione emotivo-comportamentale; abilità attentive; abilità di pianificazione; flessibilità cognitiva; motorie fini e grossolane; cognitivo-simboliche; comprensione verbale e non verbale; comunicativo-linguistiche ricettive ed espressive; abilità di letto-scrittura; abilità logico-linguistiche; abilità logico-matematiche; abilità informatiche.

6. COME PUÒ IL PROFESSIONISTA SANITARIO ESSERE DI AIUTO E FACILITARE LA RELAZIONE DI CURA (PERSONA ASSISTITA-CARE GIVER)

Il TNPEE può facilitare la relazione di cura attraverso: azioni dirette a modificare gli ambienti di vita (selezione e disposizione di mobili ed oggettistica; organizzazione di spazi di attività predefiniti, ecc...); momenti di attività/lavoro condiviso e mediato; utilizzo di strategie e tecniche corporee e di linguaggio non verbale (postura, tono, mimica, prossemica); utilizzo di strategie e tecniche di linguaggio verbale: feedback fenomenologico; Programmazione Neuro Linguistica; ascolto attivo; riformulazione; tecniche cognitivo-comportamentali.

Può inoltre facilitare la relazione di cura con interventi diretti in particolare al caregiver dell'assistito quali:

- momenti di osservazione degli incontri di terapia;
- condivisione e rielaborazione di attività strutturate e non attraverso video-feedback e colloqui periodici;
- supporto all'utilizzo di strumenti e tecniche utili al potenziamento degli obiettivi di sviluppo;
- condivisione di specifici obiettivi di lavoro SMART (specific, measurable, accepted, realistic, timely) e delle strategie utili al loro potenziamento e alla loro generalizzazione in tutti gli ambienti di vita quotidiana.

7. QUALI MIGLIORAMENTI PRODUCE L'UTILIZZO DELLE TECNOLOGIE DIGITALI NELLA PROFESSIONE E QUALI LE MAGGIORI DIFFICOLTÀ?

L'utilizzo di tecnologie digitali in età evolutiva può produrre miglioramenti nelle seguenti abilità:

- emotivo-relazionali, quali autoefficacia, motivazione, partecipazione alla vita sociale;
- di integrazione sensoriale, con riferimento particolare alle abilità visive ed uditive;
- neurocognitive, quali attenzione, pianificazione, problem solving, flessibilità cognitiva, inibizione della risposta;
- neuromotorie, di coordinazione bimanuale, di precisione, di coordinazione ed integrazione visuomotoria, di disegno, di scrittura;
- comunicative e neuro-linguistiche, ovvero interesse comunicativo, autonomia comunicativa, comprensione verbale; vocabolario ricettivo ed espressivo; morfologia frasale;
- logico-matematiche.

La prima difficoltà dell'utilizzo di tecnologie digitali spesso risiede nella possibilità di utilizzo con alcune fasce di età, in particolare prescolari. Inoltre, è possibile che si riscontrino difficoltà nell'utilizzo funzionale autonomo di eventuali tecnologie per pazienti in età evolutiva con disturbi del neurosviluppo. Non da ultimo, l'approccio neuro e psicomotorio si basa su una relazione mediata a livello corporeo e, nel caso della teleriabilitazione, è complesso riprodurre le stesse condizioni d'azione a distanza.

8. SONO PREVISTI PERCORSI EDUCAZIONALI DI (PATIENT/CAREGIVER) ENGAGEMENT DEL PROFESSIONISTA SANITARIO, AD ESEMPIO ALL'INTERNO DEI CORSI DI STUDI O COME FORMAZIONE ECM, PROPRIO PER FAVORIRE IL CONTATTO CON IL PAZIENTE?

Nel percorso universitario sono previsti moduli e attività seminariali che forniscono al professionista le competenze comunicativo-relazionali di base per la gestione del paziente e dei suoi caregiver. La formazione ECM svolta dalle Associazioni Tecniche Scientifiche da sempre si (pre)occupa di fornire ai professionisti corsi di aggiornamento in presenza o a distanza, di tipo teorico-pratico, volti a supportare un maggior engagement professionista-paziente/professionista-caregiver.

9. ESISTONO DEI DEVICE DI SUPPORTO PER MEGLIO CODIFICARE IL LINGUAGGIO DEI REFERTI? COME SI PUÒ AGEVOLARE IL PAZIENTE / CAREGIVER NELLA COMPrensIONE?

Attualmente non risultano impiegati tali device nel nostro campo.

10. PER SAPERNE DI PIÙ

cdanazionale.tnpee@tsrm-pstrp.org

<https://www.tsrm-pstrp.org/>

<https://www.tsrm-pstrp.org/index.php/terapista-della-neuro-e-psicomotricita-dell'eta-evolutiva/>

I Terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva: ecco il vero volto dei professionisti dell'infanzia e dell'adolescenza - GiornaleSanità.it (giornalesanita.it)

Viaggio nelle professioni sanitarie. I Terapisti della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva, intervista al presidente Andrea Bonifacio - Quotidiano Sanità (quotidianosanita.it)

Terapisti della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva. Bonifacio (ANUPI TNPEE): «Con il parentcoaching la distanza fisica non è diventata distanza sociale» | Sanità Informazione (sanitainformazione.it)

INNOVAZIONE DIGITALE E PERSONA ASSISTITA - CAREGIVER



Carta di identità del professionista sanitario

TERAPISTA OCCUPAZIONALE

D.M. 17 gennaio 1997, n. 136

A cura di Simone De Lisa

Terapista occupazionale, componente Comitato scientifico ASSD per FNO TSRM e PSTRP

Gabriella Casu

Terapista occupazionale, componente Commissione Donne ASSD per AITO

Ha collaborato per AITO Giulia Mancini, terapeuta occupazionale

1. DI COSA SI OCCUPA, QUALI SONO LE COMPETENZE

Il Terapista occupazionale opera nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti affetti da malattie e disordini fisici, psichici, sia con disabilità temporanee che permanenti, utilizzando attività espressive, manuali rappresentative, ludiche, della vita quotidiana, con un focus sulla significatività che le attività hanno per la persona assistita.

Utilizza le "occupazioni" che sono le attività significative del sé e che generano motivazione nella persona. Attraverso specifici strumenti di valutazione individua, quindi, le occupazioni e ne misura la performance unitamente alla soddisfazione che ne deriva e con opportune tecniche è in grado di massimizzarle promuovendo l'autonomia e l'inclusione sociale.

2. QUALI PRESTAZIONI SANITARIE O INTERVENTI DI CURA PUÒ OFFRIRE ALLA PERSONA ASSISTITA

Il Terapista occupazionale elabora, anche in équipe multidisciplinare, la definizione del programma riabilitativo, volto **all'individuazione ed al superamento dei bisogni della persona assistita ed al suo avviamento verso l'autonomia personale nell'ambiente di vita quotidiana e nel tessuto sociale:**

- effettua una valutazione funzionale e psicologica;
- individua e ascolta i bisogni della persona assistita;
- analizza l'ambiente di vita quotidiana e il tessuto sociale della persona assistita;
- si confronta con specialisti di altre discipline che lavorano al caso;
- concorda, assieme alla persona assistita, gli obiettivi di autonomia volti al reinserimento, all'adattamento e all'integrazione nel proprio ambiente personale, domestico e sociale;
- pianifica i tipi di trattamento.

Effettua trattamenti:

- predisponendo e realizzando attività individuali o di gruppo volte al recupero di funzioni fisiche e sociali;
- partecipando alla scelta e all'ideazione di ortesi congiuntamente o in alternativa a specifici ausili;
- proponendo, ove necessario, modifiche dell'ambiente di vita;
- promuovendo azioni educative verso il soggetto in trattamento o verso la famiglia e la collettività;
- individuando ed esaltando gli aspetti motivazionali e le potenzialità di adattamento dell'individuo;
- trattando le condizioni fisiche, psichiche, e psichiatriche (temporanee o permanenti).

3. QUALI DI QUESTE PRESTAZIONI O INTERVENTI DI CURA POSSONO ESSERE FORNITE ATTRAVERSO LA TELEMEDICINA O L'UTILIZZO DI DISPOSITIVI INDOSSABILI, TECNOLOGIE ASSISTIVE, AUSILI O ALTRE TIPOLOGIE DI DISPOSITIVI

Il Terapista occupazionale può effettuare interventi di Teleriabilitazione e di teleconsulto direttamente con la persona assistita e/o con i caregivers. Il Terapista occupazionale può effettuare tali interventi qualora fosse necessario anche solamente monitorare l'avanzamento del programma riabilitativo o verificarne i risultati nel contesto domiciliare.

4. SUPPORTI TECNOLOGICI, ASSISTIVI, AUSILI DA UTILIZZARE E PROPORRE ALLA PERSONA ASSISTITA

Il Terapista occupazionale partecipa alla scelta e all'ideazione di ortesi congiuntamente o in alternativa a specifici ausili siano essi per la comunicazione, la cura personale, lo studio, il lavoro, la vita quotidiana o la mobilità (classificazione degli ausili 9999 ISO-International Organization for Standardization). Partecipa alla scelta di tecnologie per la casa come strumenti di assistenza al lavoro, applicazioni e software specifici, ad esempio per la sicurezza.

5. QUALI SONO LE COMPETENZE/ABILITÀ RICHIESTE ALLA PERSONA ASSISTITA E/O AL CARE GIVER PER L'UTILIZZO DEI SUPPORTI TECNOLOGICI AL PUNTO PRECEDENTE

Le competenze sono informatiche di base e utilizzo di dispositivi tecnologici di base (smartphone/PC/tablet). La capacità di apprendimento (può variare da individuo a individuo e può richiedere tempo e pratica), abilità cognitive (come l'attenzione, la memoria e la capacità di risoluzione dei problemi (problem solving).

Al caregiver è richiesta conoscenza tecnica (può comportare la necessità di un'adeguata formazione per i dispositivi utilizzati), di insegnamento, di supervisione e supporto, di collaborazione e comunicazione con i membri del team di assistenza per garantire un utilizzo efficace e coerente delle tecnologie assistive.

Le competenze richieste possono variare a seconda dei supporti tecnologici specifici utilizzati e delle esigenze individuali della persona assistita. Pertanto, è fondamentale valutare le competenze esistenti e offrire un adeguato supporto e formazione per favorire l'efficace utilizzo degli ausili tecnologici.

6. COME PUÒ IL PROFESSIONISTA SANITARIO ESSERE DI AIUTO E FACILITARE LA RELAZIONE DI CURA (PERSONA ASSISTITA-CARE GIVER)

Il Terapista occupazionale può svolgere un ruolo chiave nel facilitare la relazione di cura tra la persona assistita e il caregiver. Ad esempio attraverso:

1. valutazione e comprensione delle esigenze in collaborazione con il caregiver, identificando le aree in cui è necessario fornire supporto;
2. pianificazione e sviluppo di obiettivi insieme al caregiver e alla persona assistita, elaborando un piano di intervento personalizzato che stabilisce obiettivi specifici e misurabili per migliorare l'indipendenza e la qualità della vita;
3. formazione e addestramento al caregiver sulla corretta applicazione di strategie e tecniche di intervento;
4. proposta di modifiche dell'ambiente di vita.

7. QUALI MIGLIORAMENTI PRODUCE L'UTILIZZO DELLE TECNOLOGIE DIGITALI NELLA PROFESSIONE E QUALI LE MAGGIORI DIFFICOLTÀ

PRO:

L'utilizzo delle tecnologie digitali può ridurre problematiche legate a alla distanza e alle tempistiche dell'intervento, permettendo nello specifico di mantenere e/o aumentare l'efficacia dei trattamenti in presenza. Offre l'opportunità di migliorare l'alleanza terapeutica tra utente e professionista sanitario e di effettuare un monitoraggio costante (anche quotidiano) del lavoro, favorendo il raggiungimento degli obiettivi legati all'autonomia e all'indipendenza. Riduce le distanze e i costi (comunità montane, territori disagiati) delle prestazioni che possono essere ad essi differite. Permette la personalizzazione degli interventi con tecnologie adattabili su ciascun individuo e una raccolta dati precisa sul progresso e le prestazioni degli assistiti.

CONTRO:

È importante sottolineare che la terapia occupazionale online non può sostituire la terapia occupazionale "tradizionale". Gli interventi che richiedono la gestione fisica e / o l'interpretazione di segnali contestuali potrebbero non essere altrettanto efficaci se forniti attraverso la telemedicina. La pratica online potrebbe avere un impatto negativo sulla relazione terapeutica. Comprendere adeguatamente e valutare l'ambiente domestico attraverso le modalità online è difficoltoso, così come interagire con la persona senza leggere completamente la comunicazione non verbale. Un limite è anche la poca familiarità delle persone con la tecnologia e quindi le difficoltà nell'utilizzarla in modo efficace. Occorre attenzionare le barriere culturali e generazionali, la privacy dei dati e l'accessibilità e la disponibilità delle risorse che varia a seconda le disponibilità economiche e regionali.

8. SONO PREVISTI PERCORSI EDUCAZIONALI DI (PATIENT/CAREGIVER) ENGAGEMENT DEL PROFESSIONISTA SANITARIO, AD ESEMPIO ALL'INTERNO DEI CORSI DI STUDIO O COME FORMAZIONE ECM, PROPRIO PER FAVORIRE IL CONTATTO CON IL PAZIENTE?

Sì, presente nei programmi dei CdL di Terapia Occupazionale e in alcuni corsi di aggiornamento post base.

9. ESISTONO DEI DEVICE DI SUPPORTO PER MEGLIO CODIFICARE IL LINGUAGGIO DEI REFERTI? COME SI PUÒ AGEVOLARE IL PAZIENTE / CAREGIVER NELLA COMPrensione?

Tutti i documenti di restituzione degli esiti della valutazione e i relativi programmi riabilitativi sono, da parte del Terapista occupazionale, resi accessibili almeno nelle conclusioni anche al lettore laico attraverso un linguaggio adeguato.

10. PER SAPERNE DI PIU'

cdanazionale.tocc@tsrm-pstrp.org

<https://www.tsrm-pstrp.org/>

<https://www.tsrm-pstrp.org/index.php/terapista-occupazionale/>

Bardini V., De Lorenzo V., Famulari R., Stella G.

per AITeRP- Associazione Italiana Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica

7 Il contributo dei dispositivi digitali per il coinvolgimento dei caregivers nella presa in carico degli utenti in Salute Mentale

Il coinvolgimento e la presa in carico dei caregivers di chi soffre di una patologia psichiatrica o disagio psichico, rappresenta uno dei punti cardine dei progetti terapeutico-riabilitativi, compresi i programmi di prevenzione ed informazione dei servizi di salute mentale.

In riabilitazione si considera sempre di più la persona assistita come “agente” attivo del percorso di cambiamento che deve necessariamente coinvolgere anche il proprio contesto di appartenenza. In tal senso, è importante riflettere sul fatto che, ancora frequentemente, i caregivers, siano essi familiari o altri che svolgono un ruolo supportivo, incontrano difficoltà nell’esprimere una richiesta di aiuto per il proprio caro. Ciò può essere ricondotto a diverse concause, tra le quali: lo stigma, legato alla malattia mentale; la difficoltà, in alcuni casi a riconoscere tempestivamente i sintomi; la difficoltà nell’individuare i servizi cui rivolgersi. È fondamentale che questi ultimi lavorino, in un’ottica di erogazione di interventi efficaci personalizzati, secondo i principi EBM, e che si occupino anche della promozione di una cultura fondata sul principio di recovery, che comprende sia la cosiddetta guarigione “sociale” o il ristabilirsi da un disturbo mentale, sia il rispetto dei diritti e la possibilità di costruire una qualità di vita soddisfacente, nonostante il disturbo.

Le azioni a supporto dell’informazione verso i caregivers costituiscono il primo passo per la loro partecipazione al percorso di presa in carico, costruendo una vera e propria “alleanza” di lavoro. Esiste un filone di ricerca finalizzato allo studio del cosiddetto “Carico Familiare”, che si riferisce alle difficoltà che hanno i familiari nell’affrontare i problemi relativi alla presenza di un congiunto affetto da malattia mentale. La misura del carico familiare è a sua volta scomponibile in due sottodimensioni: “carico oggettivo” (conseguenze economiche, perdita di autonomia e problemi concreti conseguenti all’accudimento del paziente); “carico soggettivo (disagio percepito dai familiari e da essi attribuito all’assistenza quotidiana da prestare al paziente). Gli studi su questo tema si propongono di valutare oltre al carico familiare la disabilità psicosociale dei pazienti, quest’ultima intesa come, qualsiasi limitazione o perdita derivante da deficit delle capacità di svolgere le attività della vita quotidiana; nonché di verificare l’eventuale correlazione tra variabili inerenti il carico familiare e altre che si riferiscono alla misura della disabilità.

In ragione di quanto sopra richiamato, ai familiari/caregivers sono destinati degli interventi psicoeducativi specifici e strutturati, finalizzati alla trasmissione di informazioni e all’apprendimento di strategie di gestione delle problematiche, per alleggerire il loro “carico” e anche affinché queste difficoltà possano assumere un impatto meno invalidante per l’utente ed il suo contesto.

Parte terza

l’integrazione socio-sanitaria utile al caregiver e pazienti fragili o con disabilità

Consta dire che, ancora oggi, la percentuale di interventi strutturati rivolti ai familiari, erogata all'interno dei servizi è bassa, considerato il totale degli interventi erogati in salute mentale. I dati dell'ultimo Rapporto Salute Mentale pubblicato nel 2021 dal Ministero della Salute, in riferimento all'anno 2020, rilevano che solo il 4,5% delle prestazioni erogate all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale sono rivolti ai familiari/caregivers.

Introdurre la tecnologia digitale per implementare gli interventi rivolti ai caregivers stabilendo con loro una vera e propria "alleanza di lavoro" risulta vantaggioso. Gli interventi a distanza, che trovano nelle Linee Guida per la Telemedicina, emanate dal Ministero della Salute oltre che una "validazione" anche dei riferimenti strutturali e organizzativi, rappresentano una possibilità, in *add-on* e a supporto dei metodi standard *face-to-face*, sfruttando i vantaggi delle tecnologie digitali: accessibilità, fruibilità, vicinanza alla realtà degli utenti, attrattività, continuità terapeutica.

Gli strumenti per la Teleriabilitazione possono essere diversi come hardware e software per le comunicazioni scritte e le videocomunicazioni, oltre che programmi elaborati appositamente, anche supportati da strumenti di Intelligenza Artificiale e dalla Realtà Virtuale. Quest'ultima utile perché introduce elementi "ecologici" nell'intervento, con la possibilità di simulare ambienti e situazioni accostabili alla realtà.

La realtà virtuale immersiva, si sta affermando come una possibilità di intervento molto interessante e pragmatica per effettuare, ad esempio, anche training psicoeducativi rivolti ai caregivers, per stimolare l'acquisizione di alcune abilità utili per gestire le difficoltà legate al disturbo e alle problematiche dei congiunti, come la capacità empatica, le abilità di problem solving e soprattutto di comunicazione efficace.

Le linee di indirizzo per la teleriabilitazione, elaborate dall'Associazione Italiana Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica nel 2020, durante la pandemia, forniscono indicazioni precise ai professionisti, affinché possano strutturare, nella modalità più appropriata proposte di intervento terapeutico-riabilitativo, mettendo in rilievo, in primis, che lo strumento principale è sempre la relazione terapeutica, che non può essere in alcun caso sostituita e che l'utilizzo dei dispositivi digitali può facilitare e "avvicinare" sia l'utente che i caregivers al servizio sanitario. Questo potrebbe avere un effetto positivo anche sul grado di collaborazione e fiducia che questi ultimi hanno nei confronti dei professionisti sanitari.

Durante le restrizioni imposte dall'emergenza sanitaria, da Covid-19, dispositivi tecnologici e piattaforme ad hoc hanno facilitato, in generale nella popolazione, il mantenimento e la continuità della rete sociale, e ridotto, in parte, la distanza inevitabilmente determinata da misure di protezione e prevenzione.

Riferendoci allo stesso periodo, se consideriamo la situazione degli utenti ricoverati in strutture residenziali a carattere terapeutico-riabilitativo, è facilmente comprensibile come i dispositivi elettronici siano diventati indispensabili per tenere aperti gli spazi affettivo-relazionali al di fuori di tali strutture. In tali setting l'uso del telefono e delle diverse piattaforme per videochiamate è stato fondamentale per mantenere i rapporti tra pazienti e familiari, e tra questi e l'equipe.

La comunicazione da remoto che è stata appresa per necessità durante l'emergenza sanitaria, una volta terminata non ha portato all'abbandono di tali strumenti, i quali si sono rivelati in molti casi una valida modalità "add-on" all'intervento in presenza, compresi gli interventi con i familiari. Questa possibilità rappresenta, una notevole facilitazione nel mantenere i rapporti con i propri congiunti, quando questi sono ricoverati lontano dal loro domicilio.

A proposito delle strutture residenziali, vogliamo portare all'attenzione una situazione particolare e maggiormente complessa riferita ai pazienti con patologia psichiatrica autori di reato, per i quali il ricovero è predisposto dall'Autorità Giudiziaria presso strutture residenziali specifiche per questa utenza. Si tratta delle REMS, Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, che hanno un limite di posti letto, pari a venti. Tale ricovero è da considerarsi un percorso sanitario in regime detentivo, dove l'approccio risulta orientato alla cura, alla riabilitazione e alla riduzione del rischio di recidiva. In questo particolare setting l'uso di mezzi digitali assume una particolare valenza, a tal riguardo vanno considerate le condizioni di vita caratterizzate da restrizioni della libertà e limitati contatti con l'esterno. Naturalmente, i rapporti tra utenti e familiari/caregiver trovano maggiore facilità ad essere mediati dall'uso di dispositivi digitali.

L'esperienza di alcune REMS che hanno strutturato ed erogato interventi psicoeducativi e di supporto a distanza, dedicati a singoli nuclei familiari o a gruppi di familiari, si è rivelata, durante il periodo pandemico, una possibilità fondamentale non solo di "riduzione delle distanze" ma anche di presa in carico e integrazione dei percorsi terapeutico-riabilitativi, riscontrando feedback positivi da parte di familiari che hanno avuto modo di ricevere oltre che informazioni riguardo il disturbo e la situazione giuridica del congiunto, anche di apprendere strategie per la gestione della comunicazione, dell'emozionalità nei rapporti con il familiare, indicazioni e supporto per la gestione di aspetti pratici per la risoluzione di problemi di vario tipo, inerenti soprattutto la particolare situazione che vede un doppio binario di intervento sanitario e giuridico.

Coinvolgere, informare e supportare, i familiari fornendo strumenti appropriati sia dal punto di vista relazionale che pratico consente di acquisire maggiore capacità di padronanza e gestione dei problemi e quindi aumenta il senso di autoefficacia, riduce il senso di solitudine, la paura e lo stigma percepito, promuove la capacità di prevenire situazioni di crisi, facilitando la richiesta d'aiuto e la tempestività dell'intervento.

In quest'ambito di intervento, una condizione particolare si configura nel caso in cui all'interno della REMS vi siano pazienti stranieri, per cui si viene a determinare l'esigenza di adottare un approccio definito etno-clinico.

Se è vero che per ogni persona assistita è imprescindibile considerare e integrare i fattori legati al contesto socio-culturale di appartenenza, si può immaginare quanto questo valga per il paziente straniero. In questi casi, infatti, l'acquisizione di consapevolezza di malattia passa anche attraverso l'individuazione di una cornice culturale di riferimento, all'interno della quale la persona, e nondimeno i familiari, possano attribuire un proprio significato alla sofferenza e ai sintomi manifestati, non necessariamente corrispondente

agli stessi canoni di inquadramento nosografico della nostra cultura medico-scientifica, spesso difficili da comprendere e accettare.

Nella presa in carico di questi utenti, è indispensabile coinvolgere il mediatore linguistico-culturale, in questa situazione, gli incontri in presenza restano da preferire proprio per l'esistenza della barriera comunicativa data dalla lingua e dalla cultura. Tuttavia, poter usufruire in alcuni momenti dei dispositivi digitali, per facilitare gli incontri in videochiamata con il mediatore, diventa una risorsa in più.

Per quanto riguarda, invece, i rapporti con i familiari premesso che per motivi diversi, non sempre i pazienti manifestano la necessità di condividere con la propria famiglia di origine la condizione clinica e giudiziaria, nei casi in cui la persona desidera mettersi in contatto e mantenere i rapporti con la famiglia di origine, o in generale con il contesto di provenienza, anche all'interno di setting restrittivi quali le REMS, si ritiene opportuno garantire la possibilità di coltivare le relazioni mediante chiamate o videochiamate, con supervisione da parte degli operatori. Potersi rapportare con i familiari fa sì che la brusca interruzione del progetto migratorio - al quale spesso le famiglie hanno preso parte in termini economici o di aspettative e mandati - possa essere motivata dal diretto interessato e compresa. Mantenere i rapporti con il proprio contesto di origine può aiutare la persona straniera a stimolare e strutturare un livello motivazionale sufficiente, soprattutto in termini di ripristino dei propri obiettivi, siano essi legati alla migrazione stessa, una volta conclusosi il percorso in REMS, così come al proseguimento del processo di integrazione sul territorio.

In generale rifacendoci all'aspetto che riguarda prettamente i caregivers e l'uso dei dispositivi digitali vi è la necessità che essi siano alfabetizzati dal punto di vista digitale, poiché una maggiore capacità di usare i dispositivi tecnologici, da parte loro favorirebbe la possibilità di offrire interventi appropriati anche a distanza.

► *Bigliografia e sitografia a fine testo Rif.art.A*

Maria Vittoria Biondi

Psicologa- Psicoterapeuta S.I.M.P. Italia - Gruppo Tutela Minori Ordine Psicologi Emilia Romagna

8

Il concetto di cura e il complesso ruolo dei caregivers, tra limiti umani e opportunità digitali

In un passato non così lontano davanti al disagio di un componente familiare si attivava a supporto sia la famiglia nucleare che quella estesa, mettendo a disposizione quelle risorse di mutuo aiuto a cui spesso partecipava anche il vicinato. Poter contare su una rete vicina e attiva, facendo trasparire una condivisione oggettiva, ma anche psichica e morale, risultava fondamentale per chi svolgeva funzioni di aiuto facendolo sentire meno solo e rendendo di fatto le problematiche più gestibili.

Negli anni i cambiamenti societari hanno portato le persone ad essere sempre più autocentrate ed egoreferenziali, esasperando una centralità dell'individuo in cui troppo spesso sono andati perduti i confini dell'Io e del Tu, con conseguente perdita di quella sussidiarietà e solidarietà da sempre iscritte nel DNA delle persone, al centro del concetto di comunione e comunità civile.

Nonostante molti progetti e investimenti su più fronti, per offrire supporto e creare percorsi per coloro che si trovano a dover gestire problematiche inattese spesso molto complesse, troppo di consueto si deve fare i conti con le molteplici mancanze che attraversano la quotidianità di chi soffre per una disabilità, una fragilità che limita l'autonomia, disagio, malattia, sindrome rara o sconosciuta. La gestione prima di tale problematica è delegata ai caregivers familiari o professionali.

Caratteristiche del caregiver

Il termine anglosassone **caregiver**, composto dal punto di vista etimologico dalle parole: "care" letteralmente (cura) e "giver" (che dà) definisce colui che presta cura "**Chi dà assistenza a una persona non autosufficiente**" ⁽²⁾. Ovvero definisce chi si prende cura di un malato o persona fragile non autonoma, che necessita di assistenza continua".

Nel 2021 in Italia secondo i dati ISTAT risultavano esserci 7,3 milioni di caregivers, registrando una netta prevalenza di donne (oltre il 60%), tendenzialmente over 40, con impegni di assistenza intorno a 20 ore settimanali e oltre.

Se in diversi stati dell'Unione Europea già da tempo sono state previste tutele assistenziali e sconti previdenziali, in Italia solo nel 2018 la Legge di Bilancio ha delineato le caratteristiche e il ruolo dei caregiver, istituendo un **Fondo statale per il caregiver familiare**.

In Italia il ruolo del caregiver non è stato pienamente riconosciuto per molto tempo, salvo che per l'introduzione della legge 104/1992 che regola i diritti delle persone con handicap e permette, a chi li segue, di usufruire di permessi lavorativi per garantire assistenza ⁽³⁾.

⁽²⁾ <https://www.treccani.it/v-20-Marzo-2021-vocabolario/ricerca/cargiver>

⁽³⁾ Corriere della sera- Fondazione Umberto Veronesi- Elena meli: "Cargicer: chi sono? E quali diritti hanno? L'identikit e le leggi"-20 Marzo 2021

Nel 2022 è poi stato introdotto il **Piano Nazionale per la Non Autosufficienza** a cui ha fatto seguito nel 2023 il **Bonus Caregivers**, misura di supporto **che** prevede sia un **contributo economico** (rimborso delle spese sostenute per l'assunzione di un assistente domiciliare), che un **contributo sociale** (con la possibilità di usufruire di prestazioni integrative in strutture socio-sanitarie convenzionate).⁽⁴⁾ Per beneficiarne la **persona disabile deve essere portatrice di un handicap grave** con “minorazione fisica, psichica o sensoriale, ridotta autonomia personale e necessità di un intervento assistenziale permanente, nella sfera individuale o in quella di relazione”.⁽⁵⁾

Quello del caregiver è un ruolo complesso, che può essere svolto o da un familiare, senza retribuzione e spesso senza alcun supporto, o da un caregiver professionale che presta assistenza dietro compenso. In ogni caso è un impegno che comporta un rilevante carico di responsabilità e notevoli livelli di stress. In alternativa a seconda dei bisogni le soluzioni possono essere: il ricovero presso un luogo di assistenza specializzato, inserimento in una RSA, utilizzo di centri diurni pubblici o privati, assunzione di personale a domicilio 24 ore su 24.”⁽⁶⁾

Nel 2023 sono stati introdotti oltre ai **bonus socio-sanitari**, ha introdotto i cosiddetti **interventi di sollievo** che permettono al caregiver di prendersi una pausa, usufruendo di altro caregiver o predisporre un ricovero temporaneo dell'assistito in adeguata struttura. E' stata inoltre modificata la legge 104/1992 **eliminando il principio di referente unico dell'assistenza**, che risultava fortemente vincolante .

Due parole sul concetto di cura

Ogni forma di cura richiede dedizione, disponibilità, pazienza, capacità empatica di calarsi nella condizione dell'altro, di condividere, supportare, assicurare, intervenire o chiedere aiuto quando necessario. Ovvero **Curare è “avere a cuore”** l'altro, la sua salute, i bisogni, anche i suoi limiti.

Ogni condizione di fragilità o non autonomia ci porta a riconoscere il valore della vita, il nostro attaccamento ad essa e a rivedere parametri e priorità della nostra condizione umana. Tale processo coinvolge sia la persona assistita che il suo caregiver in una sorta di doppio binario percettivo, in cui la forma mentis dell'uno si con-fonde con quella dell'altro. Questo **sentire binario** facilita il caregiver nell'individuazione delle necessità dell'assistito, ma al contempo può generare sentimenti ambivalenti, che spaziano dall'identificazione proiettiva, al distanziamento protettivo, fino all'anestesia emotiva (alessitimia).⁽⁷⁾

⁽⁴⁾ La legge 104 tutto quello che devi sapere: https://www.laleggepertutti.it/236924_legge-104

⁽⁵⁾ M.M.Barone Il sussidiario.net-Congedi parentali e caregiver 2023/Cosa prevedono le nuove regole?-07-04-2023

⁽⁶⁾ <https://www.privatassistenza.it/blog/i-requisiti-per-essere-riconosciuti-come-caregiver-famigliari/Salute-e-prevenzione>

⁽⁷⁾ <https://www.stateofmind.it/alessitimia/>

Ogni meccanismo psichico che interviene, pone il caregiver in una postazione di sicurezza che gli permette di essere funzionale e supportivo senza mettere a rischio né sé né il suo assistito. Ciò nonostante si può incorrere in situazioni di criticità, ove risulta indispensabile il supporto, il confronto e la condivisione dei vissuti. Scriveva William Shakespeare *“Date parole al dolore: il dolore che non parla bisbiglia al cuore, sovraccarico e gli ordina di spezzarsi..”*⁽⁸⁾

Ma a volte può essere veramente difficile stare accanto e non poter fare nulla, una grande sofferenza condivisa spesso coartata che viene gestita attraverso accomodamenti che a lungo termine possono rendere meno efficaci, producendo difficoltà di gestione delle proprie quote emotive e specularmente di quelle dell'altro. *“Si può essere accanto senza distogliere lo sguardo.. quando le fette aumentano e le risposte mancano”*... ci invita a fare Papa Francesco, con una vicinanza psicofisica che è spinta a lottare verso la vita, una sorta di catarsi⁽⁹⁾, che può dare sollievo, sia all'assistito che al caregiver.

In questa ottica fondamentale **dare parola alle emozioni**, primo elemento di tutela, se si tiene dentro, si trattiene ci si ammala, la forza di resistere al dolore, alla malattia, alla disabilità, comporta i medesimi rischi psicofisici, sia per il caregiver che per il suo assistito. Il caregiver è infatti coinvolto con tutto se stesso, in maniera psicofisica, nello svolgimento di mansioni, manovre che richiedono attenzione, forza, competenza e se non ben bilanciate possono creargli problemi secondari (infiammazioni, stiramenti, tendiniti, lombalgie, ecc.). Prestare assistenza quotidiana a chi ha una disabilità, un impegno che sottopone a un carico emotivo e di responsabilità che può portare il caregiver a trascurare i suoi bisogni producendo un malessere profondo, spesso negato. Il suo mondo a poco a poco si riduce lasciando sempre più spazio all'altro fino a rischiare di annullare se stesso, pur restando persona col diritto di poter conciliare la sua vita con la cura.

Bisogna operare pertanto a livello preventivo potendo predisporre per il caregiver aiuti e sostituzioni perchè venga rispettato il suo diritto alla salute, al riposo, alla vita sociale e alla realizzazione personale.

Problematiche Psicologiche

I **vissuti psicologici** riferibili a questa delicata mansione possono variare notevolmente sulla base delle caratteristiche e delle risorse individuali.

Di frequente emergono e vanno fronteggiati sentimenti che spaziano tra meccanismi di identificazione, ansia, solitudine, frustrazione e somatizzazione, distanziamento reattivo, alessitimia, depressione fino al burn-out.

Vi sono momenti per il caregiver che a volte paiono insostenibili, dentro una temporalità che sembra “sine die”, vive come in una realtà sospesa, subordinata ai bisogni dell'altro, ove le proprie necessità divengono secondarie, a volte sconosciute.

Possono manifestarsi problematiche differenti a seconda dell'origine della disabilità.

⁽⁸⁾ M. Tarquinio - avvenire.it/opinioni: “Dare le parole al dolore” e dargli la Parola (per cambiare la realtà)-26/04/23.

⁽⁹⁾ <https://www.psicolinea.it/la-catarsi-ed-il-metodo-catartico/>

Diverso chi diviene inabile a causa di un incidente o di un evento patologico improvviso, un giovane, un adulto, piuttosto che una persona che nasce con una patologia genetica o un anziano. Le difficoltà di accettazione delle limitazioni fisiche e/o cognitive che possono essere subentrate sono prima di tutto della persona, ma al contempo anche del caregiver, che deve sostenere, gestire sia l'altro che le parti di sé che inevitabilmente si sollevano in un intersecarsi di aspetti emotivi psicogeni e oggettivi compresenti che a volte si confondono. Facile incorrere nella **sindrome di burnout**, “una sindrome di esaurimento emotivo, di depersonalizzazione e di ridotta realizzazione personale” (Maslach et Jackson, 1986.) che produce atteggiamenti, emozioni e comportamenti negativi derivanti da una cronica difficoltà nel controllare lo **stress**.⁽¹⁰⁾

Il termine fu introdotto dallo psichiatra Herbert Freudenberg nel 1974 per descrivere una sindrome che caratterizzava i membri di uno staff che lavoravano in istituzioni sociosanitarie (helping professions). Il burnout è il prodotto di un'interazione sociale prolungata tra il professionista (helper) e l'utente (client) solitamente caratterizzata da:

- **stati d'animo**, quali: ansia, irritabilità, esaurimento fisico, panico, agitazione, senso di colpa, negativismo, ridotta autostima, empatia e capacità d'ascolto etc.;
- **somatizzazioni**, quali emicrania, sudorazioni, insonnia, disturbi gastrointestinali, parestesie etc.);
- **reazioni comportamentali**, assenze o ritardi frequenti sul posto di lavoro, chiusura difensiva al dialogo, distacco emotivo dall'interlocutore, etc. (Fontana e al, 1993).

Maslach e Jackson (1982) ne evidenziarono tre componenti:

- **l'esaurimento emotivo**, ossia la percezione di “prosciugamento” delle risorse emotive personali e la sensazione che non si abbia più niente da offrire a livello psicologico;
- **la depersonalizzazione**, che si riferisce allo sviluppo di atteggiamenti negativi di distacco, a volte di cinismo verso l'utenza (“non mi importa nulla di ciò che succede agli utenti”);
- **la ridotta realizzazione**, riguarda invece la percezione della propria inadeguatezza sul posto di lavoro, con l'attenuazione del desiderio di successo ed una caduta della stima.

Questo meccanismo può innescare una demotivazione che si autoalimenta mediante un circolo vizioso: all'atteggiamento di evitamento dell'ambiente stressante si associa una diminuita efficacia prestazionale, che ha come conseguenza un incremento della frustrazione.

Considerata la pervasività dei sintomi che possono colpire i caregivers risulta quindi fondamentale l'attivazione di azioni di supporto su più fronti.

In molte ASL esistono forme partecipative di condivisione con gruppi di mutuo aiuto, consulenza o sostegno psicologico per caregiver e familiari.

Non tutte le regioni sono dotate dei medesimi percorsi e sicuramente vanno incrementati così come va formato un personale dedicato.

⁽¹⁰⁾ <https://www.psicologiadelavoro.org/la-sindrome-di-burnoutteorie>

Lo stato della persona assistita e del caregiver dipende da una pluralità di fattori che si intrecciano continuamente, oggi alla luce delle nuove scoperte sull'**epigenetica** e sui meccanismi neurobiologici che regolano cervello-cellule-persona e il suo ambiente di vita si è sempre più consapevole di come il confine tra dentro e fuori sia flebile, di come si risenta in modo totalizzante di ogni variazione che tocca il proprio stato emotivo, ambientale e di lavoro.⁽¹¹⁾

Importante quindi facilitare l'integrazione e l'incontro di altre realtà, predisporre **luoghi extrafamiliari** di cui sia l'assistito che il caregiver possano beneficiare.

Le palestre, le piscine, i campi da calcio, i centri diurni, sono luoghi di aggregazione e socializzazione che possono ridurre o ridimensionare percettivamente i limiti aprendo a nuove potenzialità. Facilitare l'accesso ad ambienti diversi a **percorsi psicosensoriali** o multisensoriali, con elementi di natura da poter contattare attraverso tutti i sensi, aiuta a connettersi con il mondo del sentire e delle emozioni superando le limitazioni che il proprio stato può produrre. L'incontro con persone, ambienti, cose nuove, alimenta il cervello e la persona riducendo il rischio di annichimento e chiusura.

Anche l'**utilizzo delle nuove tecnologie** e di strumenti adeguati alla disabilità può stimolare cognitivamente, dare sollievo e facilitare processi autonomi di utilizzo, essere mezzo di conoscenza e di integrazione di sé. Bisogna lavorare sull'inclusività per ridurre lo stigma e aggiungere potenzialità a quanto già è in essere.

Importante predisporre attività integrative in cui essere trattati con **parametri normalizzanti** che aiuta a ridimensionare il senso di inadeguatezza rafforzando l'autostima, facilita le relazioni, riduce l'utilizzo di farmaci, produce una maggiore autonomia, facilitando anche il lavoro di chi sta accanto.

Ne sono un esempio il **progetto Crazy for football** nato nel 2016 che ha coinvolto persone con disabilità e disturbi mentali creando la prima nazionale italiana di calcio A5.⁽¹²⁾ O il **progetto All of Me** che opera a 360 gradi sull'inclusività, la sostenibilità e la tutela della salute, punta sull'unicità della persona e la possibilità di ridisegnarsi anche dopo un grave trauma.⁽¹³⁾

Incentivazione dei percorsi di cura e supporto: qualche spunto

Oltre a quanto il governo ha stabilito e alle misure di aiuto messe a disposizione è indubbio che vadano incrementati i fondi per fornire sempre maggior supporto agli assistiti, ai caregivers e alle famiglie. Vanno creati percorsi dedicati usufruendo ove possibile dell'ausilio delle nuove tecnologie che possono essere validi facilitatori per gestire bisogni o urgenze anche a distanza, fornendo rapide risposte e riducendo i tempi di attesa.

- Nei percorsi di dimissione ospedalieri andrebbero fornite informazioni su centri di riferimento territoriali specialistici inerenti la patologia dell'assistito, predisponendo materiale sia cartaceo che on-line, a garanzia che tutti possano afferire alle **linee guida**.

⁽¹¹⁾ <https://www.stateofmind.it/2018/10/psicologia-epigenetica/la-nuova-frontiera-della-psicologia>

⁽¹²⁾ <https://www.crazyforfootball.org/>

⁽¹³⁾ <https://mowmag.com/attualita/all-of-me-il-nuovo-progetto-manifesto-di-inclusivita-di-mcarthurglen>

- Fornire indicazioni su **percorsi di supporto** all'assistito e ai caregivers: psicologici, di consulenza, di confronto, gruppi di mutuo-aiuto, percorsi di rilassamento (validi strumenti per ridurre i livelli di tensione psicofisica), centri sportivi, sociali extrafamiliari.
- Orientare alla **domiciliazione delle cure** mediche specialistiche: monitoraggio e controllo a distanza, telemedicina, teleconsulto, assistenza infermieristica, fisioterapia, psicologica, utilizzando gli strumenti tecnologici che permettono risposte più rapide e immediate.
- Creare percorsi condivisi in **luoghi adeguati con personale dedicato**, che facilitino le relazioni sia per l'assistito che per caregivers, ridimensionando i vissuti di isolamento, solitudine, stigma che spesso accompagnano chi vive tale condizione.
- **Riduzione delle barriere architettoniche** che troppo spesso vincolano nella mobilità.
- **Monitoraggio** delle capacità di accesso alle nuove tecnologie come forma di finalizzazione sempre più accurata tesa alla riduzione del divario tra richiesta di cura e disponibilità.
- Bisogna inoltre lavorare sull'**empowerment**, la sostenibilità, l'inclusività, il diritto alla salute e alla cura.

Negli ultimi anni ci si è mossi progressivamente sempre di più per uniformare ai modelli europei le disponibilità dedicate a chi si trova in stato di necessità e chi se ne prende cura. Accanto agli aiuti concreti va fatto un **lavoro preventivo di sensibilizzazione** e maggior integrazione di quanti si trovano in situazioni di disuguaglianza, con una particolare attenzione ai minori, ma anche agli anziani e a tutti coloro che si trovano a dover affrontare quotidianamente un limite imposto da una fragilità subentrata o presente dalla nascita.

Il lavoro congiunto vede interessate le istituzioni, da quelle centrali a quelle periferiche, ma andrebbe al contempo sensibilizzato ogni singolo individuo nel prestare la propria disponibilità a chi si trova in situazione di disagio, caratteristica delle società civili ed eticamente centrate sulla persona, in qualunque condizione di salute o di difficoltà possa trovarsi.

Il dolore o la problematica di uno divenga condivisibile con tutti, sollevando anche se solo per un istante chi si prende cura, sempre o da sempre, in una reciprocità che è vicinanza, sostegno, supporto, compartecipazione attiva, che ridimensiona il senso di isolamento e solitudine che spesso permea la vita di chi si mette a disposizione dell'altro.

Assunta De Luca

Già direttrice sanitaria aziendale Asl Rieti, responsabile UOSD Qualità, Accreditemento, Rischio Clinico IRCCS Istituto fisioterapico Ospitalieri Roma

9 Il percorso educativo "Terza età digitale" per rendere più efficace la telemedicina in provincia di Rieti: l'esperienza della ASL di Rieti

La ASL di Rieti per l'attuazione del Piano Aziendale territoriale 2022-2024 che risponde ai principi del PNRR per una nuova sanità territoriale ha puntato su **quattro** driver principali: (1) presa in carico globale, (2) digitalizzazione e telemedicina, (3) continuità delle cure (4) **coinvolgimento attivo del terzo settore**. In particolare, per la digitalizzazione e telemedicina, facendo tesoro dell'esperienza sviluppata in epoca pandemica da SarsCov2, ha avviato la prima Centrale operativa territoriale (COT) nel novembre 2022 che gestisce i cambi di setting assistenziali integrandosi con i servizi territoriali e l'ospedale della ASL nonché con strutture sanitarie extra-ASL e con i MMG degli assistiti reatini. La COT ha anche attivato il telemonitoraggio, la televisita e teleassistenza per i pazienti fragili presenti al domicilio in regime di Assistenza Domiciliare attraverso una piattaforma informatica ad hoc ideata.

Per rendere più efficaci possibili gli interventi di telemedicina, **la ASL, ha ritenuto fondamentale coinvolgere le associazioni e il terzo settore in generale perché rappresentano il ponte tra l'ambito sanitario e la comunità raccogliendo quei bisogni (es. alfabetizzazione digitale, conoscenza delle prestazioni di telemedicina, ecc.) che possono sfuggire ma che invece è necessario conoscere per la buona riuscita degli interventi stessi**. Ecco come la ASL in collaborazione con l'Associazione Scientifica per la Sanità Digitale e l'Associazione Liberi dall'Asma, dalle Malattie Allergiche, Atopiche, Respiratorie e Rare, ha svolto, tra dicembre 2022 e gennaio 2023, una prima indagine conoscitiva delle competenze digitali effettuata su un campione di pazienti fragili del territorio reatino che ha rilevato che *"rispetto al livello di conoscenza e di utilizzo di strumenti digitali a fini sanitari il 50% del campione conosce e usa lo SPID, il 27% conosce la sanità digitale e il 20% conosce e usa il fascicolo sanitario elettronico. Il 60% del campione usa normalmente la tessera sanitaria. Sempre il 60% dei pazienti coinvolti nell'indagine riesce a prenotare visite mediante internet ma la stessa percentuale di persone non ricorre ai social network per reperire informazioni in materia di salute. Infine, la rilevazione evidenzia come il 54% del campione desidererebbe approfondire le proprie conoscenze su questi temi"* (vedi articolo: D'Innocenzo, De Luca, Gasparri, Cosentino, Frateiacchi, "Digitalizzazione della sanità: l'alfabetizzazione digitale del territorio" Geosmart, febbraio 2023;)⁽¹⁴⁾

Visto i risultati dell'indagine, la ASL dal marzo 2023 ha progettato il percorso educativo "Terza età digitale" con l'obiettivo di **trasferire ai pazienti e ai caregiver del territorio conoscenze sull'uso corretto degli strumenti informatici** per interagire online efficacemente e in totale autonomia con il mondo pubblico e, in particolare, con il mondo della sanità reatina.

⁽¹⁴⁾ <https://www.geosmartmagazine.it/2023/02/06/digitalizzazione-in-sanita-alfabetizzazione-digitale-del-territorio/>

L'iniziativa è stata realizzata in stretta collaborazione con la comunità coinvolgendo nella realizzazione del corso le Associazioni ASSD, ALAMAR, ALMAR, Anteas, Associazione per i Diritti degli Anziani (ADA), AUSER, Croce Rossa Italiana sezione Amatrice, e tutte le Organizzazioni Sindacali presenti sul territorio (CGIL, CGIL SPI, CISL, FNP, UIL, UIL Pensionati) (vedi figura 1).

Per monitorare **il livello di apprendimento dei partecipanti è prevista la somministrazione di questionari**. Sia all'inizio dell'edizione (prima del primo corso) che alla fine (dopo il secondo corso), verranno proiettati dei QR code che permetteranno ai partecipanti di compilare un questionario senza le nozioni (prima) e a nozioni acquisite (dopo). In questo modo verrà valutata l'efficacia del corso e l'avanzamento degli obiettivi preposti.

Il percorso formativo è pensato secondo il modello di formazione "a cascata" in cui si procede alla formazione di "facilitatori" che saranno in grado poi di erogare il corso ad altri partecipanti accompagnati da un tutor della ASL.

La ASL ha creato una pagina web nel suo sito ufficiale in cui vengono diffuse le date dei corsi di formazione organizzati dai facilitatori in sedi della ASL (distretti) e in sedi presenti presso i servizi comunali o delle associazioni.

I corsi sono partiti nel mese di giugno e proseguiranno nel corso dell'anno al fine di raggiungere la popolazione anziana e fragile che ha necessità di elevare il grado di conoscenza rispetto alla digitalizzazione e alla telemedicina. Questa esperienza è l'esempio pratico di una perfetta alleanza tra la ASL e la comunità che potenzia la nota integrazione socio-sanitaria per migliorare i servizi al cittadino in qualsiasi territorio esso si trovi.

Figura 1 – Locandina del corso di formazione



Alessandra Huscher

Responsabile Breast Unit Fondazione Poliambulanza, Brescia - presidente del comitato Lombardia di Komen Italia

10 Prendersi cura di chi cura ogni giorno: più attenzione al caregiver

Gli impegni assistenziali del caregiver sono quindi gravosi e connotati da ampie differenze individuali, sia per quanto riguarda la gravosità, sia per la durata dell'impegno richiesto.

Le attività normalmente svolte dal caregiver nell'assistere persone non più in grado di svolgere le cosiddette "attività di vita quotidiana" possono essere suddivise in:

- **Basilari:** alimentarsi, lavarsi, vestirsi, usare la toilette, muoversi in casa
- **Strumentali:** utilizzare il telefono, fare acquisti, preparare il cibo, governare la casa, lavare la biancheria, assumere in modo appropriato medicinali e gestire il denaro.

Sempre più spesso, tuttavia, il caregiver è impegnato nel fornire prestazioni di carattere sanitario, per la prevenzione della sindrome da immobilizzazione, dei decubiti, della disidratazione e della stipsi. Accanto a queste prestazioni non è trascurabile anche la difficile gestione relazionale della persona affetta da disturbi mentali e comportamentali.

Sono numerose le tipologie di Caregiver, in base alle competenze acquisite, ma in generale suddivisibili in:

- **Caregiver organizzativo:** colui che si prende cura degli aspetti organizzativi ed economici della persona assistita;
- **Caregiver operativo:** colui che fornisce prestazioni dirette e spesso di tipo sanitario.

Le due figure spesso possono coincidere in un'unica persona, più frequentemente un familiare, e più persone possono rivestire i medesimi ruoli.

Nella relazione tra operatori sanitari (o più ampiamente assistenziali) e caregivers di pazienti fragili, un'adeguata sinergia è fondamentale per il processo di cura dell'assistito, ma anche per la salvaguardia dei potenziali effetti detrimentali sul caregiver, riducendo il rischio di creare un paziente "di ritorno".

I progetti di intervento già presenti prevedono, più frequentemente, piani educativi volti alla stima del rischio di alcuni eventi clinici (es. lesioni da decubito) e raggiungimento dell'autonomia nella gestione. Tale attività potrebbe essere ulteriormente implementato e il coinvolgimento dei caregivers nei percorsi diagnostici e terapeutico potenziato per identificare aree di miglioramento attraverso strumenti simili a PROMS e PREMS, naturalmente specificatamente dedicati. In questo contesto, dato il ruolo appare utile che gli operatori valutino, con gli strumenti già validati il livello basale di benessere del Caregiver (es tramite il **Caregiver Burned Inventory**) e verifichino nel tempo l'eventuale grado e tipologia di deterioramento del benessere, successivamente attivando eventuali correttivi. Una valutazione anche della "*Self-Efficacy*" tramite strumento validato, già disponibile in Letteratura, è considerata utile nell'ottimizzazione dell'engagement.

Molti di questi ambiti sono gestibili e monitorabili per via digitale; alcuni progetti sono già operativi anche in Italia.

Un esempio potrebbe essere costituito dalla paziente oncologica anziana, diagnosticata in stadio avanzato di malattia. Per un'adeguata assistenza appare necessario che il caregiver abbia consapevolezza di:

- quadro clinico;
- possibilità terapeutiche;
- potenziali tossicità dei trattamenti gestibili a domicilio senza specifiche competenze tecniche;
- sintomi di “allarme” che richiedano accesso rapido alla struttura ospedaliera e/o a referenti territoriali;
- prognosi e traiettoria di malattia;
- normative specifiche;
- servizi alla persona disponibili sul territorio.

L'utilizzo di materiali informativi, illustrati dagli operatori sanitari coinvolti nel processo di cura consente di mantenere le informazioni nel tempo; l'eventuale utilizzo di mezzi digitali aggiunge una fruizione più libera degli stessi.

La valutazione iniziale già citata della Self-Efficacy potrebbe consentire di identificare precocemente situazioni a rischio di errori organizzativi o di esecuzione delle procedure richieste. Analogamente la valutazione dello stato di benessere, consentirebbe di intercettare e sostenere aree di fragilità non chiaramente evidenti.

Si tratterebbe di attivare un processo di “**Screening**” tramite questionari e successivamente di attivare la “Cura per chi cura”, attraverso interventi individualizzati o attività di sostegno più generalizzate che non necessitano la presenza fisica (es. periodico contatto telefonico e/o specifiche APP).

Nel processo globale di engagement del Caregiver appare sostanziale il Terzo Settore nelle sue differenti attività di Volontariato.

Laila Perciballi

Cassazionista, Garante dei diritti delle persone anziane di Roma Capitale

11 Etica, deontologia e responsabilità professionale come comune codice denominatore nella sanità digitale e nella relazione tra professioni sanitarie, caregiver e pazienti

Possiamo avere tutti i mezzi di comunicazione del mondo, ma niente, assolutamente niente, sostituisce lo sguardo dell'essere umano.
(Paulo Coelho)

Introduzione di contesto

La salvaguardia dei valori fondanti del **Sistema Sanitario Nazionale (Universalismo, Uguaglianza e Solidarietà)** è un tema che i giuristi, così come tutti i professionisti della salute, sono chiamati ad affrontare nel quotidiano. Nonostante gli sforzi, e le conquiste fatte, il SSN è sempre più a rischio e, quindi, è necessario accelerare il passo della trasformazione, colmando le lacune rese evidenti dal Covid, che rendono la medicina territoriale, i servizi di prossimità, i servizi domiciliari, l'alfabetizzazione digitale, obiettivo prioritario e non procrastinabile, in linea con il PNRR, con il DM 77 del 2022 e con la Riforma Cartabia. E' necessario agevolare la strada della **relazione** e della conciliazione che passa attraverso una corretta comunicazione ed il “**consenso informato**”. La relazione tra professionista, persona assistita e persona di riferimento deve avere alla base principi etici condivisi, prima ancora che deontologici e normativi. “**Il tempo della relazione è tempo di cura**” e, dunque, tutte le professioni intellettuali devono porsi l'obiettivo di garantire il diritto alla salute di ogni **persona** intesa come <<totalità unificata, il centro in cui si armonizzano le dimensioni biologiche e spirituali, etiche e bioetiche, culturali e relazionali, progettuali e ambientali dell'essere umano nel percorso della vita.>> (art. 1 Costituzione etica della Fno Tsm e Pstrp).

La relazione di cura

La **relazione di cura è l'attenzione** verso la persona (e non la malattia) e la **presa in carico** dei suoi bisogni di salute. Accanto alla “**persona assistita**” - che “è il destinatario dell'attività del professionista sanitario finalizzata, secondo le specifiche competenze e le diverse metodiche, a rispondere ai **bisogni di salute** del singolo e della comunità” - vi è il caregiver. Praticamente, in ogni momento della sua vita, <<la **persona di riferimento** si prende cura della persona assistita, in particolare quando questa si trovi nell'impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere in modo libero e autonomo ai propri bisogni di salute e partecipa alla relazione di cura. Nei casi previsti dalla normativa, la persona di riferimento può rivestire anche il ruolo di rappresentante legale, amministratore di sostegno o fiduciario>>, ai sensi dell' art.3 della Costituzione etica. I caregiver sono le persone che si occupano di assistere i propri figli, i genitori oppure gli altri familiari o amici, che presentano delle disabilità, o sono malate, o non sono autosufficienti.

In Italia, eccezione fatta per alcune regioni più sensibili al tema come l'Emilia Romagna, nonostante secondo l'Istat vi siano 7,3 milioni di caregiver non vi è una normativa

nazionale specifica ed organica – anche se le proposte di legge non mancano-, ed i caregiver sono contemplati in alcuni passaggi della Legge 104/92 sulla disabilità, che regola i permessi dal lavoro e assegni di accompagnamento considerando però di fatto i caregiver «appendice» del malato, e dai commi 254 e 255 nella Legge di bilancio del 2018, che danno una definizione di caregiver e istituiscono un fondo di sostegno.

I caregiver (letteralmente prestatore di cura) dedicano la maggior parte del proprio tempo ai propri “cari fragili” e ciò rende molto faticosa anche la loro vita. In base alle statistiche, spesso finiscono per ammalarsi data la mancanza di tempo per “prenderci cura di se stessi”, come testimonia la vita (e la morte di cancro) della scrittrice Ada D’Adamo vincitrice della settantasettesima edizione del Premio Strega con il romanzo “Come d’aria”. Nel racconto, non ci sono solo la sofferenza di una figlia che non può comunicare e i sensi di colpa di una madre (caregiver), ma anche la denuncia. Ada D’Adamo riferisce di come un “bravissimo medico non sia stato in grado di leggere da un’ecografia che la figlia sarebbe nata con una grave malformazione cerebrale”. D’Adamo racconta cosa significa crescere in Italia un figlio con esigenze speciali: la solitudine, l’abbandono, la frustrazione.

Ebbene, in questa testimonianza ciò che emerge a chiare lettere è la lesione del diritto all’autodeterminazione e la violazione del diritto di scelta dovuto all’errore del medico, è la mancanza di relazione. Un “errore” che ha completamente cambiato l’esistenza di ben tre persone e per il quale nessuno ha pagato (o mai abbastanza). Per garantire il diritto alla corretta informazione (in presenza ed a distanza) ed il diritto di scelta hanno importanza fondamentale gli ordini professionali perché, in casi come questi, dovrebbero applicare le sanzioni più severe ai professionisti della salute che hanno commesso errori tanto gravi.

L’alfabetizzazione digitale nella relazione di cura

Nonostante l’essere tutti noi perennemente “on line”- anzi, meglio dire “on life”-, moltissime persone, specie quelle della terza età ed i loro care giver, non sanno accedere ai servizi della sanità digitale e ciò mostra un diniego di accesso all’informazione (quella che determina il diritto di scelta) ed una grande carenza di “educazione all’uso delle tecnologie”. Tale lacuna mette in pericolo la stessa salute delle persone perché “*comunicare il rischio, gestire l’infodemia e contrastare la disinformazione si sono rivelate azioni cruciali per curare le persone, affrontare eventi emergenziali, per ridurre le controversie e orientare le persone nell’incertezza*”.

Per garantire il diritto alla salute espresso nell’art. 32 della Costituzione italiana, come accaduto nel dopoguerra, quando - per insegnare alle persone a leggere ed a scrivere - si è reso obbligatorio il sistema scolastico, oggi, nell’era moderna e del post pandemia, dovrebbe essere obbligatoria l’ “educazione all’uso delle tecnologie digitali”. In questo senso, ed al fine di rendere tutte le persone parimenti competenti sarebbe auspicabile affiancare un **caregiver digitale** che insegni alla persona di riferimento (della persona assistita) dato che “è compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico, sociale” e **digitale** per garantire il diritto di uguaglianza anche nell’accesso all’informazione.

La comunicazione

Cogito ergo sum, comunico ergo sum, video ergo sum... questi i mutamenti dell’essere persona al passo con la tecnologia e, di conseguenza, i cambiamenti delle relazioni

umane nel passaggio dalla “piazza reale” alla grande “piazza virtuale” del “world wild web” dove il “pensiero” di Cartesio è stato sostituito dallo smartphone e dal pc.

I tempi della pandemia hanno inciso ancor più profondamente in questa direzione. Nella “**relazione di cura**”, così come nell’organizzazione del lavoro, è stato necessario trovare nuove soluzioni. Si è dato grande impulso ai servizi della sanità digitale così da rispettare le norme sulla sicurezza, sul distanziamento, sulla riduzione della mobilità e sul contrasto alla diffusione del contagio. In questo cambiamento, nel proliferare continuo delle norme, nell’appesantimento della burocrazia, nella confusione dell’informazione spesso eccessiva e contraddittoria, oltre che minata dalle fake news, “**il ruolo dell’etica, della deontologia e della responsabilità**” è diventato ancora più importante.

E’ necessario esaminare ogni fascia di fragilità, di qualunque età ed abilità, porre l’attenzione sui temi dell’identità digitale e dell’esercizio della cittadinanza digitale. L’Intelligenza artificiale è al centro del dibattito internazionale, tra luci e ombre, grandi prospettive e timori.

I gruppi di lavoro allargati multistakeholders e dunque inter e multidisciplinari si sono posti e si pongono il problema dell’approccio etico/deontologico alla dimensione digitale. Una sfida complessa, perché si tratta di stimolare interventi a livello istituzionale dal punto di vista sanitario, sociale, assistenziale e relazionale.

I servizi della sanità digitale

Nell’incipit delle “Linee guida per i servizi di telemedicina – requisiti funzionali e livelli di servizio” (Gazzetta ufficiale serie generale n.256 del 2 novembre 2022) si afferma che “*affinché un assistito possa usufruire dei servizi di telemedicina implementati a livello regionale, quest’ultimo deve risultare eleggibile dal punto di vista clinico, tecnologico, culturale e di autonomia o disponibilità di un caregiver, qualora necessario, nella fruizione dei servizi di telemedicina*”. Del resto, come scrive Sergio Pillon, <<*il termine telemedicina non vuol dire molto, la telemedicina è definita dagli atti sanitari compiuti con il tele davanti.*>>

In questo decreto viene chiaramente detto che “i servizi minimi” che la infrastruttura regionale di telemedicina deve erogare sono i seguenti:

1. (tele)visita;
2. (tele)consulto/(tele)consulenza;
3. (tele)monitoraggio;
4. (tele)assistenza.

Ebbene, come fare per erogare questi (tele)servizi nella pratica quotidiana? Come fare in un SSN con carenze sempre maggiori di personale ad aggiungere questi servizi?

Il modello, riferisce Sergio Pillon, deve essere quello della “semplificazione dell’erogazione delle prestazioni sanitarie” e man mano che l’infrastruttura di telemedicina verrà acquisita ed installata nelle strutture sanitarie pubbliche e private dovranno crescere di pari passo la domanda grazie ad una maggiore competenza nell’utilizzo delle tecnologie e l’offerta da parte del SSN.

Ma la cosa non è facile ed, inoltre, per riuscire in questo intento, è davvero necessario far funzionare in concreto il **fascicolo sanitario elettronico nazionale**, che consente a ciascun professionista di accedere alla storia clinica di ogni persona da ogni parte del territorio. E’ necessario che ci sia un funzionamento reale e non un mero “annuncio mediatico” dato che, grazie alla digitalizzazione dei dati, ogni persona – ovunque in

Italia e con l'aiuto del caregiver digitale – potrà richiedere assistenza, potrà evitare di duplicare gli esami in caso non li abbia con sé o li abbia smarriti ed ogni medico e professionista della salute potrà conoscere subito la situazione pregressa della persona assistita.

È necessario, in tal senso, ripensare in concreto tutto il modello organizzativo, dalla casa della comunità all'ospedale della comunità, alla COT per la gestione delle transizioni assistenziali, al servizio 116117, ambulatorio, MMG, ospedale, distretto e così via. Non si può pensare a crescita e sviluppo della società senza salute; pertanto, la spesa per la sanità costituisce un investimento ed in questo senso bisogna continuare a camminare insieme, proprio attuando le missioni individuate nel PNRR ponendo accanto al “caregiver tradizionalmente inteso” il caregiver digitale.

L'informazione e la relazione di cura, anche mediata dalla tecnologia

È necessario utilizzare con intelligenza le risorse sanitarie messe a disposizione dal PNRR e garantire l'appropriatezza delle cure, svolgendo la professione con competenza e saggezza (“choosing wisely”, si è detto)>> (cit. Sandro Spinsanti). Ma non basta.

È indispensabile il supporto delle regole deontologiche e, in primis, dell'etica; per questo, le professioni della sanità ordinate con la legge 3/2018 nella Fno tsmr e pstrp, hanno camminato sulla via della “**Costituzione etica**” perché i valori appartengono a tutte le professioni della sanità e della società, a livello nazionale ed internazionale – come è stato detto a Porto il 9 marzo 2022 in occasione della 14th World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Health Law. E, dunque, in linea con l'art. 46 della Costituzione Etica, <<l'equità in salute necessita di risorse adeguate, di una programmazione idonea e trasparente che tenga conto del bilanciamento tra i bisogni di salute effettivi e gli interessi virtuosi della persona e della comunità, nel rispetto dell'ambiente>>.

E poi, affinché tutto questo avvenga è necessario “in-formare per curare e curarsi” ed, ai sensi dell'**articolo 27**, <<il professionista sanitario, anche nell'utilizzo delle reti digitali, rispetta le regole della corretta informazione, mantiene elevati standard tecnico-scientifici e adotta uno stile di comportamento etico nella comunicazione delle informazioni e della pubblicità sanitaria. Il professionista sanitario mantiene aggiornate le informazioni nelle reti digitali, attingendo alle evidenze scientifiche e alle fonti istituzionali in costante evoluzione, a tutela della persona e della comunità. Quando il professionista utilizza, a qualunque titolo, le reti digitali, il web e i social media, mantiene e tutela la dignità, l'onore, il decoro e la reputazione propri e della professione, nei confronti della persona e della comunità, dei colleghi di tutte le professioni, degli ordini professionali, delle istituzioni in genere>>.

Ciò è possibile solo se, in linea con il PNRR, con il DM 77 e tutte le normative emanate sull'argomento, si ha un'adeguata “competenza digitale” e sul punto, all'articolo 40 della Costituzione etica si legge <<Il professionista sanitario acquisisce e aggiorna la competenza per l'utilizzo degli strumenti digitali e la adatta ai bisogni di salute della persona, anche nella relazione di cura mediata dalla tecnologia.>>. Un approccio multi ed inter disciplinare così da fornire alla medicina e a tutti i soggetti coinvolti nel processo di cura gli strumenti necessari per comprendere tanto le malattie quanto la salute in un contesto sociale e culturale sempre più esteso, al fine di favorire una maggiore comprensione empatica di sé, dell'altro e del processo terapeutico.

Del resto, ci si muove sempre più verso la umanizzazione e la personalizzazione della salute e delle cure, con decisioni su misura per quel paziente, in quel momento della sua patologia, in quella fase della sua vita. La medicina personalizzata si integra con la Salute e Cura digitale (gli strumenti) e con la Medicina delle 4P (ovvero della prevenzione, predizione, personalizzazione e partecipazione), ovvero su una architettura clinica basata su una visione generale e d'insieme della persona assistita, ma anche della sua persona di riferimento.

La giusta pretesa di veder garantito il diritto costituzionale alla salute esige l'effettività dell'accesso ai servizi della sanità, anche digitale.

Il ruolo delle istituzioni

La legge 3/2018 ha dunque messo in evidenza, in modo straordinario, il ruolo degli enti sussidiari dello stato sottolineando un principio fondamentale: gli Ordini esistono precipuamente a tutela delle Persone e della Professione che rappresentano.

Per svolgere davvero questa funzione, è necessaria una “visione illuminata” tale da marcare la differenza tra le scelte del “qui ed ora” e le scelte da statista, bisogna insomma decidere esclusivamente sulla base dell'interesse pubblico, che va oltre il proprio interesse ed anche oltre il proprio orizzonte. Questo processo di rinnovamento, guidato dalle risorse del PNRR che punta ad una realtà sostenibile a livello ambientale, inclusiva e digitale, si muove secondo logiche sempre più evidenti e lucide, basate sulla riorganizzazione e sulla semplificazione. Durante la pandemia ed il post pandemia, le tecnologie sono protagoniste del cambiamento, tutte le persone (anche se con i limiti dei gap delle infrastrutture tecnologiche che, purtroppo, in molti casi acuiscono le disuguaglianze sul territorio e quelle della alfabetizzazione) si sono dotate di una connessione alla rete, tutti i professionisti degli Ordini (e non solo) hanno, per obbligo di legge, un indirizzo di posta elettronica certificata, lo spid ed utilizzano i servizi della società digitale.

Nel percorso di applicazione pratica del principio di sussidiarietà espresso nella L. 3/2018, la “sicurezza”, anche delle cure – ivi inclusa quella di tutti i professionisti della salute-, deve essere protagonista e sul punto è necessario confrontarsi sullo stato di attuazione della legge 24 del 2017 e interrogarsi su ogni profilo di responsabilità e sul controllo dei rischi in sanità. La speranza di un cambiamento vero è data dalla “cura” della RELAZIONE – anche attraverso una riscoperta della GENTILEZZA, dell'EDUCAZIONE, del RISPETTO e della NON VIOLENZA (anche morale)-dato che è dovere del Governo e delle Istituzioni garantire il diritto fondamentale alla “salute” (art. 32 Cost), come “condizione dinamica di benessere fisico, mentale, spirituale, sociale e ambientale, non mera assenza di malattia” assicurando quale “elemento di garanzia” la SICUREZZA a tutti i livelli ed in tutti i modi possibili, anche nella dimensione digitale.

Le opportunità terza età

Ed ancora, la “cura digitale” deve coinvolgere anche le persone anziane e quelle con disabilità e ciò anche in linea con la legge 23.3.2023 n. 33, che riconosce “**il diritto delle persone anziane alla continuità di vita e di cure presso il proprio domicilio**” e il principio di semplificazione e integrazione delle procedure di valutazione della persona anziana non autosufficiente, attraverso i “Punti Unici di Accesso” (PUA), di una valutazione multidimensionale finalizzata a definire un “Progetto Assistenziale

Individualizzato” (PAI), che indichi tutte le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali necessarie per la persona anziana.

Ebbene, il presente contributo vuole condividere anche delle riflessioni in merito ai contenuti da sviluppare per i decreti delegati che dovranno essere emanati dal Governo entro il 31 gennaio 2024 in materia di:

- promozione dell’invecchiamento attivo e della dignità, autonomia e inclusione sociale degli anziani e alla prevenzione della loro fragilità (art. 3);
- assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti (art. 4);
- politiche per la sostenibilità economica e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane e per le persone anziane non autosufficienti (art. 5).

L’obiettivo del processo di riforma è quello di realizzare un sistema che operi un raccordo e coordinamento tra il piano sanitario e quello sociale, al fine della progressiva implementazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali per le persone anziane non autosufficienti e al fine della progressiva attuazione delle politiche di invecchiamento attivo, promozione dell’inclusione sociale e prevenzione della fragilità per gli anziani che non versano in condizioni di non autosufficienza. La legge delega e i successivi decreti legislativi costituiscono, quindi, la cornice necessaria a dare sistematicità ad una materia in cui sussistono da tempo fonti normative eterogenee e distinti centri di azione amministrativa che operano con regole proprie e senza un necessario coordinamento. La legge delega nasce dalla necessità di definire nuovi criteri ed interventi assistenziali per la “terza età”, per migliorare la qualità del sistema di assistenza alle persone anziane e anziane non autosufficienti e contribuire agli oneri gravanti sulle loro famiglie con emolumenti da rafforzare e riformare anche alla luce dei bisogni assistenziali, in un quadro di integrazione sociale, di autonomia e di vita indipendente.

Si dà, così, avvio ad una riforma articolata e complessiva, che, con specifico riferimento alla categoria delle persone anziane non autosufficienti, consente di realizzare anche uno degli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR, Missione 5, componente 2, investimento 1.1 “**per il sostegno alle persone vulnerabili**” e Missione, Componente 1, investimenti 1.1,1.2 e 1.3) “**per la realizzazione delle case di comunità e la presa in carico della persona per il potenziamento dei servizi domiciliari e della telemedicina, nonché per il rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture**”, che fissa al primo trimestre 2023 il traguardo per l’adozione della legge delega, e al primo trimestre 2024 il traguardo per l’approvazione dei decreti legislativi delegati.

Ulteriori elementi di rilievo si rintracciano nella definizione di una specifica governance nazionale delle politiche in favore della popolazione anziana, con il compito di coordinare gli interventi; la promozione di misure a favore dell’invecchiamento attivo e dell’inclusione sociale; la promozione di nuove forme di coabitazione solidale per le persone anziane e di coabitazione intergenerazionale, anche nell’ambito di case-famiglia e condomini solidali, aperti ai familiari, ai volontari e ai prestatori di servizi sanitari, sociali e sociosanitari integrativi; la promozione di interventi per la prevenzione della fragilità delle persone anziane; l’integrazione degli istituti dell’assistenza domiciliare integrata (ADI) e del servizio di assistenza domiciliare (SAD); il riconoscimento del

diritto delle persone anziane alla somministrazione di cure palliative domiciliari e presso *hospice*; la previsione d’intervento a favore dei caregiver familiari, anche digitali.

Conclusioni

Il bisogno di formazione e informazione esiste nelle persone di ogni età, ed abilità per questo ogni professionista della salute (e non solo) ha il dovere di agevolare percorsi di istruzione e sostegno per garantire “l’autonomia (anche) digitale” delle persone assistite e dei loro caregiver.

“Alfabetizzazione digitale” (health literacy) è proprio la capacità di reperire informazioni sulla salute, comprenderle, applicarle ed utilizzarle. Conoscere le possibilità offerte dal Servizio sanitario nazionale (Ssn) e sapervi accedere sono due aspetti prioritari, seguiti dalla possibilità di acquisire e mettere in pratica le corrette nozioni sulla prevenzione, precauzione e sull’adozione di stili di vita sani. Ovviamente, questo chiama in causa chi le informazioni le produce, in questo caso le autorità di sanità pubblica che devono interrogarsi sulla propria capacità di comunicare in modo adatto alla capacità di comprensione delle persone e delle comunità cui si rivolgono.

Ed anche nel campo della telemedicina, il legislatore si è preoccupato della responsabilità di ciascuna professione sanitaria tanto che nelle “Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l’attuazione dell’assistenza domiciliare” (milestone eu m6c1-4) (GU n.120 del 24-5-2022) si legge: << ...a **tutte le attività che vengono erogate con servizi e in regime di telemedicina, si applicano le norme deontologiche proprie delle professioni sanitarie**>>, e dunque, vi è il richiamo alla responsabilità nella erogazione della prestazioni a distanza ed ai doveri del professionista della salute a porre attenzione alla relazione anche con gli strumenti delle tecnologie digitali.

Accanto alla fragilità personale, vi è dunque una fragilità digitale; ma bisogna ricordare che questa “debolezza” può essere un’opportunità per rivedere il sistema. Bisogna imparare ad avere cura di noi; e per far ciò, bisogna imparare ed educare le persone di ogni età – e le loro persone di riferimento (caregiver) – all’utilizzo delle tecnologie. La pandemia, pur nella sua gravità, ha ricordato all’umanità che siamo tutti uguali e che **la libertà è uguaglianza**.

Bisogna sfruttare le sinergie tecnologiche in maniera unitaria con solidarietà e responsabilità perché come ha ricordato Papa Francesco “**si vince solo insieme**” e, dato che il nostro domani dipende dalle scelte di oggi, è necessario lavorare sulla formazione delle vecchie generazioni e dei loro caregiver – ma anche delle nuove –, sul riconoscimento dell’importanza dell’utilizzo del digitale anche per il rispetto dell’ambiente e del verde.

Bisogna collaborare con impegno per umanizzare, migliorare, personalizzare e rendere sempre più efficace questo percorso di “relazioni” basato sull’affidamento e sulla fiducia. Insieme a tutte le professioni sanitarie e socio-sanitarie, così come ai pazienti ed ai loro caregiver per sottolineare il ruolo fondamentale che la persona riveste nel percorso di cura.

► *Biografia e sitografia a fine testo Rif.art.B*

Conclusioni finali

Teresa Calandra e Laura Patrucco

Con la collaborazione di Dilva Drago componente Direttivo ASSD per FNO TSRM e PSTRP

Assistere un familiare richiede tempo, consuma risorse fisiche ed economiche e spesso obbliga a rinunce sul piano lavorativo e personale.

Da un recente lavoro condotto dalla Federazione nazionale degli Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione sui propri iscritti, SeGeA: *approccio basato sulle evidenze di sesso e genere*, è emerso come il carico dell'assistenza dei familiari malati o fragili sia prevalentemente sulle spalle delle colleghe e come questo abbia impattato nelle scelte di lavoro, carriera, progressione negli studi: il 23% delle donne utilizza l'istituto del partime per assistenza ed il 7% degli uomini per lo sviluppo e la progressione di carriera ⁽¹⁵⁾.

Parimenti, anche il lavoro realizzato da Cittadinanza attiva sui caregiver ⁽¹⁶⁾ ha rilevato che il 74% delle donne ha dovuto rinunciare (in alcuni casi smettere) a lavorare e /o studiare, percentuale che si riduce al 59% negli uomini.

Questi dati si traducono in un costo-opportunità mancate molto alto, a carico non solo dalle famiglie, ma anche dalle comunità di appartenenza.

L'indice di vecchiaia italiano, tra i più alti in Europa, una cronicità sempre più diffusa e una percentuale di disabilità in costante aumento con reti familiari sempre più fragili e meno numerose, ha portato ad individuare nella legge 33/2023 "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane", anche modalità di aiuto indiretto le famiglie (la non autosufficienza, dopo la perdita del lavoro, è la prima causa di impoverimento delle famiglie italiane) ^{(17) (18)}.

⁽¹⁵⁾ <https://www.tsrp-pstrp.org/index.php/progetto-segea-in-senato/>

⁽¹⁶⁾ https://www.cittadinanzattiva.it/multimedia/files/Abstract_Rapporto_civico_sulla_salute_2022.pdf, pag.17

⁽¹⁷⁾ Brandolini A., 2013, The Big Chill. Italian Family Budgets after the Great Recession, Forthcoming in C. Fusaro and A. Kreppel (eds.) Italian Politics - 2013, New York, Berghahn.

⁽¹⁸⁾ Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale pag.29-48 aa 2011-2012



La legge prevede di sostenere le condizioni di vita dei caregiver familiari promuovendo interventi volti al riconoscimento delle competenze acquisite nel corso dell'esperienza maturata in vista di un possibile ritorno nel mondo del lavoro per chi ha dovuto rinunciarvi, semplificazione degli adempimenti burocratici; nuove forme di socializzazione tra anziani per un alleggerimento del tempo di assistenza a carico delle famiglie; riconoscimento di crediti scolastici ai caregiver studenti (una percentuale di caregiver è data da giovani che assistono soprattutto fratelli, ma a volte anche genitori).

Tutto ciò si lega al filo conduttore del libro, attraverso anche i diversi punti di vista rilevati rispetto alla sanità digitale, sui quali sono doverose alcune riflessioni.

Molti compiti, con l'ausilio della tecnologia, sono stati e possono essere trasferiti dagli operatori sanitari ai pazienti e soprattutto ai loro caregiver; per fornire un'assistenza migliore e rispondente alle esigenze delle persone assistite, è necessaria sia una formazione adeguata sia un supporto qualificato ai caregiver e la sanità digitale può aiutare, come dimostrato da un recente studio condotto dall'Università Cattolica e dall'Istituto auxologico ⁽¹⁹⁾. Se è importante assistere lo è altrettanto essere assistiti.

"Prendersi cura di chi cura" vale per le professioni sanitarie, ma anche per i caregiver che spesso trascurano la loro salute fisica e psicologica per accudire i loro cari.

Il coinvolgimento nelle relazioni sociali di pazienti e caregiver è correlato ad *outcome* di salute positivi ⁽²⁰⁾. La relazione tra ambiente sociale e salute dovrebbe responsabilizzare i professionisti sanitari e i cittadini ad essere anche attivi nelle iniziative delle comunità a cui appartengono. Forme di partecipazione attiva di attori diversi (community building) volte a favorire processi collettivi di empowerment di prevenzione primaria diventano un modo di innovare (bottom-up) dal basso le politiche di sanità pubblica.

La segmentazione della popolazione in generazioni è importante per capire il rapporto con il digitale, al di là delle diversità insite all'interno di una stessa generazione (culture, disponibilità economiche, sesso, ecc) ⁽²¹⁾.

⁽¹⁹⁾ <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.00128/full>

⁽²⁰⁾ https://www.santannapisa.it/sites/default/files/community_building_oa_0.pdf pag.37

⁽²¹⁾ <https://www.istat.it/it/archivio/216672>

I fruitori (pazienti e caregiver) della sanità digitale partono dalla generazione silenziosa che, pur non essendo interessata al digitale, ha comunque maturato un approccio positivo verso l'utilizzo dei social per motivazioni legate al mantenere i contatti con i familiari, figli e nipoti lontani (12° rapporto Censis-Ucsi, vedeva il 14,3% della Silent Generation iscritto a Facebook).

Gli appartenenti alla Boom Generation maggiormente abituati all'uso della tecnologia, sono considerati comunque degli "immigrati digitali" contrapposti ai "nativi digitali" delle generazioni seguenti ⁽²²⁾.

Necessitano di facilità di utilizzo delle piattaforme su cui navigare. Per loro Facebook è il social preferito (65,2%).

Una indagine europea sulla differenza di utilizzo post pandemia ha rilevato che: il 44% dei Baby Boomer utilizza oggi le prenotazioni online, più di quanto facesse in precedenza; il 27% App di diagnosi e monitoraggio; il 22% App di fitness e il 20% ha iniziato a ricorrere alla telemedicina ⁽²³⁾. Nella generazione seguente, che ritiene indispensabile la tecnologia, aumenta l'interesse e l'uso degli strumenti digitali per ricercare informazioni, ma è con i Millennial (i primi nativi digitali), che inizia l'uso massivo dei dispositivi mobili per connettersi online e le comunicazioni diventano brevi e con grande utilizzo di formati grafici ^{(24) (25)}.

Questi dati ci fanno comprendere meglio i modi diversi di abitare l'ambiente digitale, non solo come frequenza d'uso in base all'età, ma anche come modalità, ovvero la necessità di adattare gli strumenti tecnologici a tali differenze.

Il *livello di digital health literacy* risulta legato quindi all'età e porta molte persone, che pure usano il digitale, a ignorare le potenzialità di questi strumenti e ad avere uno scarso o nullo livello di coinvolgimento in alcuni ambiti, come rilevato anche dalla survey ASSD-FNO TSRM e PSTRP, a fronte di una informazione sul digitale presente, manifestando uno scollamento tra informazione e formazione digitale.

Accanto a queste differenze generazionali si inserisce il problema dell'equità: disparità economica, sociale e di genere sono alcune delle barriere che potrebbero impedire un utilizzo equo e giusto di servizi e soluzioni di salute digitale.

Su questo tema si è interrogato lo studio sistematico del 2022 condotto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) "Equità all'interno della tecnologia digitale sanitaria nella regione europea dell'OMS: una scoping review" ⁽²⁶⁾, in cui proprio le persone che potrebbero maggiormente trarre vantaggio dalla sanità digitale sono quelle che hanno maggiore difficoltà ad accedervi o fanno un uso limitato degli strumenti esistenti.

⁽²²⁾<https://www.marcprensky.com/writing/Prensky%20-%20Digital%20Natives,%20Digital%20Immigrants%20-%20Part1.pdf>

⁽²³⁾Indagine demoscopica condotta da Deloitte su 6000 cittadini europei: Paesi coinvolti nell'indagine: Belgio, Francia, Germania, Grecia, Italia, Paesi Bassi, Paesi Scandinavi, Svizzera, UK (media europea rispettivamente 26%, 11%, 15%, 20%, totale campione Italiano 37%, 20%, 20%, 20%). IS_Deloitte_Salute&Benessere_Deloitte

⁽²⁴⁾Millennials are top smartphone users. <https://www.nielsen.com/insights/2016/millennials-are-top-smartphone-users/>

⁽²⁵⁾Marketing to the generation KC Williams & Page 2011; <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=74cc13ef8b6e1e4b1ab8c1dd54290ad0d31d5dad>

⁽²⁶⁾<https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-6810-46576-67595>

Risulta che il maggiore uso della sanità digitale si ha nelle aree urbane rispetto alle aree rurali, anche se l'assistenza sanitaria attraverso la tecnologia digitale ha dimostrato ottimi risultati proprio per queste ultime aree, dove pesano anche i costi delle tecnologie, considerata la maggiore presenza di redditi bassi. La sanità digitale è infatti usata maggiormente dalle persone con istruzione superiore e i soggetti con condizione economica più elevata rispetto a quelli in situazione di disagio socio-economico.

Esistono, inoltre ostacoli dati da infrastrutture inadeguate. Nell'ultimo rapporto DESI, che riassume gli indicatori sulle prestazioni digitali dell'Europa, l'Italia registra un progresso passando dalla 24esima posizione nel 2019 ⁽²⁷⁾, alla 18esima nel 2022, ma ancora molto al di sotto della media europea ⁽²⁸⁾.

Differenze si riscontrano, per un minore uso delle tecnologie digitali, anche nella popolazione immigrata soprattutto ove esistono barriere linguistiche, ciò ad indicare che gli strumenti digitali dovrebbero essere anche culturalmente appropriati al target di riferimento poiché la cultura influenza molti aspetti dell'assistenza sanitaria di un individuo.

L'altro fattore significativo è che ne fanno maggiore uso gli individui che non sono portatori di disabilità o esigenze sanitarie complesse rispetto a coloro che invece ne hanno maggiore bisogno. Ed è in questo contesto che emerge il grande potenziale dei caregiver che rendono possibile l'accesso alla sanità digitale a queste persone altrimenti escluse. Uno studio italiano sulle televisite, condotto durante il periodo di limitazione degli spostamenti in pandemia, riporta differenze nel completamento con successo della televisita in pazienti anziani con demenza, sottoposti a valutazione neurologica tramite videochiamata: televisite eseguite in presenza di un caregiver di una generazione più giovane (figli e nipoti) hanno avuto un tasso di successo più elevato ,86%, rispetto a quelle in cui il caregiver era di una generazione meno giovane ,49%, (P <0,001).

La principale barriera all'accesso era la difficoltà a stabilire una connessione, a seguire la mancanza di hardware sufficientemente performanti (rispettivamente il 76,4% e il 23,5% ⁽²⁹⁾).

A questo, andrebbe aggiunto anche che le interfacce tengono scarsamente conto delle difficoltà visive, uditive, cognitive, fisiche di movimento (dall'adattatore mouse in caso di tremori a puntatore eye tracking per gravi disabilità motorie).

Si rischia davvero di lasciare ai margini del processo di modernizzazione una parte importante di popolazione, incrementata anche da una fetta di popolazione che solitamente risulta invisibile nelle progettazioni sanitarie, ossia i senza tetto, che comprendono tra l'altro significative quote di persone con malattie croniche, con abuso di sostanze, portatrici di malattie mentali (rapporto OMS) ⁽³⁰⁾.

⁽²⁷⁾<https://d110erj175o600.cloudfront.net/wp-content/uploads/2019/06/DESI2019LANGItaly-1.pdf>

⁽²⁸⁾<https://digital-strategy.ec.europa.eu/>

⁽²⁹⁾Arighi A, et Al. Facing the digital divide into a dementia clinic during COVID-19 pandemic: caregiver age matters. J Neurol Sci. 2021 Apr; 42(4):1247–1251 ; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33459891/>

⁽³⁰⁾<https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-6810-46576-67595>, pag.23

Paradossalmente, quindi, il maggiore fruitore di sanità digitale è un maschio bianco, abitante in città, con istruzione superiore, stato economico buono, giovane, senza nessuna disabilità. In sostanza si prefigurerebbe il fallimento della sanità digitale, se si pensa che l'ISTAT riferisce che il caregiver è soprattutto donna (50 anni, nel pieno dei carichi familiari se con figli, e in età lavorativa) e la review dell'OMS ci segnala grande divario nell'adozione e nell'uso del digitale tra le donne rispetto agli uomini di tutte le età.

Anche se pochi studi nelle revisioni incluse nel lavoro dell'OMS hanno fornito dati disaggregati per genere o hanno considerato altri fattori intersezionali, emergono comunque dei dati indicativi: le differenze di genere sono più pronunciate in età avanzata, nelle comunità emarginate, come le minoranze etniche e tra le persone con disabilità. Oltre al divario di genere nell'accesso al digitale vi è anche un divario di genere nelle modalità di uso del digitale: le donne utilizzano i servizi digitali meno spesso e meno intensamente rispetto agli uomini e soprattutto utilizzano poche tipologie di servizi digitali. Questo rapporto si inverte nei paesi ad alto reddito dove le donne tendono a utilizzare le tecnologie digitali più frequentemente degli uomini per accedere alle informazioni relative alla salute e per sostenere la propria salute, comprese le attività relative al benessere mentale e al sostegno sociale.

Pertanto, è necessaria una alfabetizzazione digitale verso le donne, fondamentale per realizzare significativi benefici per la salute che le tecnologie digitali possono offrire alle persone assistite dai caregiver, alle famiglie, alle loro comunità e alla società in generale. Se le si considera il motore trainante del cambiamento è la loro fiducia nei confronti degli strumenti di sanità digitale che va coltivata, parimenti alla loro alfabetizzazione digitale a tutte le età.

Infine, è doverosa una riflessione a margine, anche se di ordine meno urgente rispetto alle barriere di accesso, e riguarda gli stereotipi di genere ancora esistenti nelle App e soluzioni digitali, nel linguaggio e nel design, ma anche nell'offerta dei servizi di salute.

Se la tutela della salute pubblica ha l'obiettivo dell'equità, deve cercare di avvicinare alla sanità digitale anche le persone ai margini, con un'offerta appropriata in ragione delle specificità delle persone.

Le soluzioni devono adattarsi ai livelli di conoscenze e di abilità degli utilizzatori finali, devono essere per tutti gli utenti e flessibili ai bisogni del singolo.

Il modo per potere adattare il contenuto e la progettazione degli strumenti alle esigenze degli utenti passa necessariamente da approcci di progettazione inclusivi e partecipati, necessita quindi della collaborazione tra istituzioni, professioni sanitarie e cittadini (pazienti, caregiver), ognuno parte attiva dei processi decisionali che guidano i percorsi d'innovazione e trasformazione digitale.

- ASSD Associazione Scientifica Sanità Digitale, Le Donne incontrano la Salute. Esperienze e Riflessioni. Anno 2022
- Buquicchio C., Pulcinelli C., Romersi D. Le comunicazioni nelle emergenze sanitarie. Gestione dell'infodemia e contrasto alla disinformazione come strumenti di sanità pubblica, ed. Il pensiero scientifico editore, anno 2023 Rif.art B
- D'Adamo Ada "Come d'aria", Editore Elliot, Collana Scatti, Anno edizione 2023, Rif.art B
- De Luca V., Perra A., Lewis-Fernandez R., Nicolò G. Migranti, rifugiati e salute mentale: quale modello di intervento e organizzazione?, in: Nicolò G., Pompili E. Manuale di Psichiatria Territoriale, cap.28 collana Medicina, Pacini Ed., (2020) - <https://www.pacinimedica.it/prodotto/manuale-di-psichiatria-territoriale/> Rif.art A
- Falloon I., Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria. Guida al lavoro con le famiglie. Erickson, 1992 Rif.art A
- FNO TSRM e PSTRP Costituzione etica, <https://www.tsrp-pstrp.org/wp-content/uploads/2023/06/Costituzione-etica-FNO-TSRM-e-PSTRP-nuova-copertina-verticale.pdf> Rif.art B
- Istituto Superiore di Sanità. I controlli alla frontiera, la frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti dei centri di accoglienza, Programma in "Linee Guida sulla tutela della salute e l'assistenza socio sanitaria alle popolazioni migranti" (2017) Rif.art A
- Lombardi M., Sanna J., Pecorari M., Scenti M.C., Iannini C., Lagroteria B., Mancini C., Paoletti G., Nicolò G., "Emergenza covid-19 e telemedicina: intervento psicoeducativo multifamiliare in contesto forense" Riv Psichiatr. 2023;58(2):59-69 doi 10.1708/4022.39975 Rif.art A
- Magliano L., Fiorillo A., Malangone C., Aletti A., Bellotti G., Bevilacqua P., Delle Femmine A. L., Fontana G., Maucioni F., Travi M., Zanus P., Rossi A., Maj M.- Carico familiare nella schizofrenia: effetto delle variabili cliniche e socio-ambientali e degli interventi familiari.-Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 7: 178-187, 1998. Rif.art A
- Morosini P., Veltro F., Ceretta A., Geio R., Palomba U., Ventra C.- Disabilità sociale e carico familiare.- Rivista Sperimentale di Freniatria, CXII, 3 : 541-563, 1988. Rif.art A
- Nicolò G., Azzara C., Cantelmi V., Contrada C., Giorgio Mozzetta G. (2021), Sintesi delle evidenze scientifiche e delle linee guida per il trattamento del disturbo borderline e antisociale di personalità, COGNCLINICO 2021, 18, 1, 41-66, DOI: 10.36131/COGNCL20210103 Rif.art A
- Perciballi L. ,Anziani, diritti e tutele senza età, Key Editore, anno 2020 Rif.art B
- Rodotà S. , prefazione in Masera A, Internet, i nostri diritti editore Laterza, anno 2016 Rif.art B
- Spinsanti S. Le medical humanities, rivista L'arco di Giano, www.arcodigiano.org/medical-humanities Rif.art B
- Spisanti S., Sulla terra in punta di piedi. La dimensione spirituale della cura, ed. Il Pensiero Scientifico, 2021 Rif.art B
- Veltro F., Oricchio I., Nicchiniello I., Pontarelli I., "Manuale per l'Intervento Psicoeducativo multifamiliare basato sul problem solving", Alpes Italia 2014 Rif.art A
- Associazione Italiana dei Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica AITeRP, linee di indirizzo Teleriabilitazione – Indicazioni per i Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica. (2020) <https://www.aiterp.it/wp-content/uploads/2020/06/LINEE-INDIRIZZO-TELERIABILITAZIONE-AITeRP.pdf> Rif. art A
- Biarella L., Delega al Governo in materia di politiche per le persone anziane, <https://www.altalex.com/documents/news/2023/04/13/delega-governo-materia-politiche-persone-anziane>
- Camera dei deputati, La figura del caregiver nell'ordinamento italiano, Dossier n° 141 - Schede di lettura 25 febbraio 2021, <https://www.camera.it/temiap/2021/03/09/OCD177-4856.pdf> Rif.art B
- Floridi L., The Onlife Manifesto: Being Human in a Hyperconnected Era, Springer, 2015, p. 1, ISBN 978-3-319-04093-6. URL consultato il 07/04/2020. Rif.art B
- Governo Italiano, DECRETO 21 settembre 2022, Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio. (22A06184) (GU Serie Generale n.256 del 02-11-2022), <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/11/02/22A06184/sg> Rif.art B
- Governo italiano, LEGGE 23 marzo 2023, n. 33, Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane. (23G00041), <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2023;33> Rif.art B
- Linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina , anno 2022 <https://www.salute.gov.it/portale/ehealth/dettaglioContenutiEHealth.jsp?lingua=italiano&id=5525&area=eHealth&menu=telemedicina> Rif.art A
- Meli E., Caregiver: chi sono? E quali diritti hanno? L'identikit e le leggi, Rif.art B
- https://www.corriere.it/salute/sportello_cancro/21_marzo_22/chi-sono-quali-diritti-hanno-caregiver-l-identikit-leggi-159620b2-8b36-11eb-96d7-1b239199ed0f.shtml Rif.art A
- Ministero della Salute, Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale. 2017 https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2599Rif.art A
- Ministero della Salute, Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM), anno 2021. https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3282
- Pillon S., Il 2023 sarà l'anno della sanità digitale?, <https://www.secondowelfare.it/primo-welfare/sanita-il-2023-sara-lanno-della-sanita-digitale/>, scaricato il 2 Settembre 2023 Rif.art B
- Pillon S., Governo clinico dell'innovazione: i Pdta digitali, <https://trendsanita.it/governo-clinico-dellinnovazione-i-pdta-digitali/>, scaricato il 2 Settembre 2023 Rif.art B
- PsychCare, Linee di indirizzo per la presa in carico integrata della salute mentale dei migranti forzati, Roma. https://www.iprs.it/wp-content/uploads/2018/09/Report-PsychCare-ITA-10_20.pdf Rif.art A

**La produzione di questo libro è stata resa possibile
grazie all'autofinanziamento di ASSD.**

**Il testo è offerto a titolo gratuito dalla stessa ASSD.
Liberamente scaricabile in formato digitale dal sito www.assd.it**

Impostazione grafica a cura di Sergio Monfrinotti

