

IL RISCHIO CLINICO OLTRE L'OSPEDALE: UNA SFIDA PER LE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI

Lidia Di Lorenzo

Risk Manager

Villa Santa Teresa S.r.l.



Legge 38/2010 – Cure Palliative e Terapia del Dolore

Introduzione

- L'evoluzione dei sistemi sanitari moderni sta progressivamente abbandonando un modello ospedalo-centrico, orientandosi verso l'erogazione di prestazioni sanitarie, riabilitative e socio-assistenziali direttamente nei luoghi di vita delle persone. Tale trasformazione risponde alle mutate esigenze epidemiologiche e demografiche ed è coerente con la strategia di "sanità di iniziativa", che valorizza la prossimità delle cure e la continuità assistenziale.

Introduzione

- In questo scenario, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito l'assistenza domiciliare come:
- *“la possibilità di erogare a domicilio del paziente cure appropriate e di alta qualità usufruendo di tecnologie, operatori sanitari e caregiver per il mantenimento del massimo livello di benessere e salute”.*
- Due sono i principali vantaggi correlati all'assistenza domiciliare:
 - **miglioramento della qualità di vita della persona assistita in un ambiente familiare**
 - **riduzione dei ricoveri ospedalieri non necessari**
- Tuttavia, trasferire le cure in un contesto domestico implica la gestione di nuovi fattori di rischio, derivanti da un ambiente non progettato per l'assistenza sanitaria e dalla presenza di caregiver non professionisti.

Scenario epidemiologico e crescente domanda di Cure Palliative

- L'invecchiamento della popolazione rappresenta la principale determinante dell'incremento dei bisogni assistenziali. Entro il 2050, la quota mondiale di persone anziane raddoppierà passando dall'11% al 22% della popolazione, con un aumento particolarmente rilevante nei Paesi a medio-basso reddito. Contestualmente, cresce l'incidenza delle patologie cronicodegenerative e la conseguente necessità di cure palliative, non più limitate ai pazienti oncologici.
- L'OMS stima che:
 - 56,8 milioni di persone/anno necessitino di cure palliative
 - 61,1% di età >50 anni
 - 7% bambini
 - 31 milioni non in fase di fine vita

Scenario epidemiologico e crescente domanda di Cure Palliative

- In Italia:
 - fabbisogno di cure palliative nella popolazione adulta: 1–1,4%
 - pazienti nel fine vita: 293.000/anno:
 - 60% non oncologici
 - 40% oncologici
 - proporzione di persone che necessitano cure palliative prima della morte: 72–80%
 - Le malattie croniche non oncologiche oggi rappresentano una quota rilevantissima della domanda.
 - La World Health Assembly (2021) riconosce le cure palliative come responsabilità etica dei sistemi sanitari e componente essenziale della copertura sanitaria universale.

Cure Palliative: cosa sono & Definizioni chiave

25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI

20
Years
2006-2025

L'OMS (2014) sottolinea i seguenti obiettivi principali:

- Gestione integrata dei sintomi fisici, psicologici, spirituali e sociali
 - ✓ supporto prognostico e decisionale
 - ✓ accompagnamento nel processo di accettazione dell'inguaribilità
 - ✓ pianificazione condivisa delle cure (Advance Care Planning)
- Approccio globale alla qualità della vita di paziente e famiglia.
 - ✓ Non solo fase terminale: lungo tutto il percorso della malattia.
 - ✓ Integrazione di assistenza medica, psicologica, sociale e spirituale.
 - ✓ Valori fondanti:
 - Dignità
 - Centralità del paziente

- Sollevo dalla sofferenza
- Accompagnamento

Definizioni :

- Cure palliative: interventi per migliorare la qualità della vita del malato e della famiglia.
- Terapia del dolore: trattamento multidisciplinare del dolore cronico o severo.
- Rete locale: servizi ospedalieri, residenziali e domiciliari integrati.

Contesto & Finalità della Legge 38/2010

- La Legge 38/2010 riconosce il diritto alle cure palliative e alla terapia del dolore.
- Finalità della Legge:
 - Garantire accesso equo e gratuito alle cure palliative e terapia del dolore.
 - Tutelare dignità, autonomia e qualità della vita in fase avanzata o terminale.
 - Assistenza integrata tra ospedale, territorio e domicilio.

Assistenza Domiciliare Palliativa

25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI

20
Years
2005-2025

■ OBIETTIVI:

- Permettere al paziente di restare al domicilio, se desiderato e sostenibile.
- Continuità assistenziale H24 con équipe multidisciplinare.
- Involgimento attivo del caregiver.
- Evitare ricoveri inappropriati e mantenere il controllo dei sintomi.

■ COMPOSIZIONE ÉQUIPE DOMICILIARE:

- Medico palliativista e MMG.
- Infermiere dedicato.
- Psicologo, assistente sociale, fisioterapista, OSS, volontari.

- Formazione continua specifica.

■ DIRITTI DEL PAZIENTE E DELLA FAMIGLIA:

- Cure tempestive e gratuite in ogni fase della malattia.
- Rilevazione e trattamento del dolore documentati (Art. 7).
- Partecipazione alle decisioni terapeutiche e al PAI.
- Supporto psicologico e spirituale.

Sicurezza dei Pazienti e Gestione del Rischio Clinico

Clinical Risk Management & Sicurezza dei Pazienti

- La sicurezza è parte integrante della qualità delle cure
- Comprendere limiti organizzativi e individuali
- Cultura diffusa del rischio e analisi dell'errore (no blame)
- Segnalazione di eventi avversi e near miss
- Identificazione, prevenzione e gestione dei rischi clinici
- Documentazione come strumento di tracciabilità e prevenzione
- Miglioramento continuo attraverso il governo clinico

Cure Palliative: Competenze & Miglioramento Continuo

- Valore etico della sicurezza del paziente in fase avanzata
- Ruoli e responsabilità nella gestione del rischio
- Coinvolgere pazienti, familiari e volontari
- Comunicazione efficace di eventi avversi
- Valutare l'impatto delle tecnologie sul rischio clinico
- Analisi cause attive e latenti con metodologie strutturate (RCA, HFMEA, HVA)
- Formazione continua, multidisciplinare, basata su casi reali

Il nuovo paradigma del rischio in Assistenza Domiciliare

- L'ambiente domiciliare è:
 - non regolamentato come un ambiente sanitario
 - abitato e “gestito” da caregiver non professionisti
 - spesso inadeguato alla gestione degli ausili o della tecnologia clinica
- La casa deve “trasformarsi” in un ambiente di cura adattato
- Questo comporta l'introduzione di rischi clinici, organizzativi, tecnico-ambientali e relazionali che richiedono strumenti specifici per la valutazione e gestione.

Riconsiderare il concetto di Evento Avverso nelle Cure Palliative

- Nel fine vita:
 - la morte non è un fallimento clinico
 - la sofferenza può essere inevitabile
 - la volontà del paziente ha primato etico
- Non tutto ciò che è indesiderato può essere considerato un errore.

Riconsiderare il concetto di Evento Avverso nelle Cure Palliative

- Nella sicurezza delle cure, l'evento avverso è concetto cardine
- Definizione classica → evento inatteso che causa danno evitabile
- Nasce in un modello curativo: efficacia, sopravvivenza, riduzione complicanze
- Ma nel fine vita: l'obiettivo non è guarire, bensì sollievo e dignità
 - Serve una riformulazione concettuale

Riconsiderare il concetto di Evento Avverso nelle Cure Palliative

- Ha senso parlare di evento avverso quando:
 - il decorso è terminale?
 - la morte non è un fallimento?
 - l'obiettivo è la qualità della vita residua?
- Applicare criteri ospedalieri alle cure palliative → genera paradossi e sottovaluta ciò che conta davvero

Ospedale versus Domicilio

OSPEDALE

- Ambiente medicalizzato e standardizzato
- Gestione fase acuta e compitanze
- Direzione sanitaria + équipe cliniche interne
- Tecnologia avanzata e monitoraggio continuo
- Relazione più tecnica e mediata
- Costi elevati e appropriatezza limitata alle urgenze



DOMICILIO

- Ambiente familiare, personalizzato e orientato al comfort
- Sollevo globale e riduzione dei ricoveri
- Continuità H24 con équipe multidisciplinare
- Terapie semplici ma efficaci
- Relazione empatica e supporto psicologico/spirituale
- Sostenibilità e ruolo strategico per la rete territoriale



Confronto tra Setting Ospedaliero e Domiciliare – Gestione Integrata del Rischio Clinico

Rischi per la Sicurezza del Paziente

Rischi nel Setting Ospedaliero – Fattori di Sicurezza e Vulnerabilità

- **AMBIENTE E INFRASTRUTTURE**
 - Ambienti controllati, impianti centralizzati, standardizzazione elevata
 - **RISCHIO INFETTIVO (ICA)**
 - Alto rischio per procedure invasive e infezioni nosocomiali
 - **SICUREZZA FARMACOLOGICA**
 - Terapie gestite da personale sanitario con sistemi informatizzati
 - **DISPOSITIVI MEDICI E ATTREZZATURE**
 - Gestione di tecnologie complesse con manutenzioni regolari
 - **CONTINUITÀ ASSISTENZIALE**
 - Criticità nei passaggi tra reparti e nella dimissione
 - **CADUTE E SICUREZZA AMBIENTALE**
 - Rischi durante mobilitazione e trasferimenti
 - **GESTIONE DELLE EMERGENZE**
 - Risposta immediata grazie a risorse e personale formato
 - **ASPETTI ETICO-LEGALI**
 - Consenso in urgenza, rischio di accanimento terapeutico
- *La sicurezza dipende da elevata organizzazione e tecnologia, ma aumentano le vulnerabilità tipiche della complessità ospedaliera.*

Rischi nel Setting Domiciliare – Adattamento e Responsabilizzazio ne

- **AMBIENTE E INFRASTRUTTURE**
 - Variabilità degli ambienti, barriere architettoniche, assenza di presidi
- **RISCHIO INFETTIVO (ICA)**
 - Igiene non ottimale, gestione dei presidi, presenza di animali domestici
- **SICUREZZA FARMACOLOGICA**
 - Possibili errori del caregiver, conservazione impropria dei farmaci
- **DISPOSITIVI MEDICI E ATTREZZATURE**
 - Dispositivi portatili con rischio di uso improprio
- **CONTINUITÀ ASSISTENZIALE**
 - Rischio di interruzione del servizio o mancata visita programmata
- **CADUTE E SICUREZZA AMBIENTALE**
 - Pavimenti scivolosi, arredi, illuminazione inadeguata
- **GESTIONE DELLE EMERGENZE**
 - Ritardo nei soccorsi, assenza di defibrillatore/farmaci salvavita
- **ASPETTI ETICO-LEGALI**
 - Possibile mancato rispetto della volontà del paziente
- ***Centrale la formazione del caregiver, la valutazione preventiva del domicilio e il ruolo della Centrale Operativa.***

Ruolo dei Familiari nell'Assistenza Sanitaria

Confronto tra Setting Ospedaliero e Setting Domiciliare / Fine Vita

Ruolo del familiare nei due setting di cura

■ OSPEDALE

- Presenza regolata da orari e norme
- Ruolo più passivo, supporto non strutturato
- Decisioni guidate dall'équipe
- Comunicazione mediata, formazione minima

■ DOMICILIO / FINE VITA

- Ruolo attivo nella gestione quotidiana e nelle decisioni
- Parte integrante del PAI
- Addestramento pratico su cure, igiene, dispositivi, emergenze
- Relazione di cura centrale e continuativa
- Passaggio chiave: da presenza accessoria → pilastro del percorso assistenziale

Impatto, qualità e sicurezza del caregiver

- **CARICO PRATICO ED EMOTIVO**
 - Gestione farmaci, igiene, supporto emotivo e vigilanza
 - Elevato rischio di burnout → necessità di sostegno psicologico
 - Sovraccarico fisico, vulnerabilità, isolamento
 - Caregiver come “paziente nascosto”
- **INDICATORI DI QUALITÀ**
 - In ospedale: soddisfazione, comunicazione, presenza in reparto
 - A domicilio: coinvolgimento,
- **RISK MANAGEMENT**
 - Monitoraggio della qualità percepita nel tempo
 - Il caregiver è parte della rete di sicurezza del paziente
 - Formazione e verifica periodica delle competenze acquisite
 - **Obiettivo:** sicurezza del paziente = tutela del caregiver

Formazione e competenze richieste

- Ospedale: limitata formazione per familiari, centrata su informazioni generali.
- Domicilio / Fine vita: addestramento pratico su cure di base, uso dispositivi, igiene e emergenze.
- L'équipe garantisce formazione e verifica periodica delle competenze acquisite.

Confronto tra fase acuta e fine vita

Rischi per la Sicurezza del Paziente

Obiettivi di cura e Rischio Prevalente

- **OBIETTIVI DI CURA**
- **FASE ACUTA:** stabilizzazione dei parametri vitali e trattamento intensivo
- **FINE VITA:** sollievo della sofferenza e rispetto della dignità del paziente
- La sicurezza dipende dalla proporzionalità dell'intervento terapeutico
- **TIPOLOGIA PREVALENTE RISCHIO**
- **FASE ACUTA (hard risk):**
- Errori tecnici, farmacologici
- Infezioni correlate all'assistenza (ICA)
- Tecnologie e procedure ad alta intensità
- **FINE VITA (SOFT RISK)**
- Rischi comunicativi, relazionali, etici, organizzativi
- Abbandono, dolore non controllato
- **DI** Rispetto delle volontà e qualità della relazione

Gestione dei rischi: farmaci, etica, comunicazione, continuità, indicatori

- **SICUREZZA FARMACOLOGICA**
 - Acuto: dosaggi, interazioni, vie errate
 - Fine vita: sottodosaggio analgesico, pompe siringa
 - Necessari formazione e controllo prescrittivo
 - **ASPETTI ETICO-LEGALI**
 - Acuto: accanimento, consenso inadeguato
 - Fine vita: omissione di cure, volontà non rispettate
 - Sicurezza = proporzionalità + decisioni condivise
 - **COMUNICAZIONE E RELAZIONE**
 - Acuto: incomprensioni in emergenza
 - Fine vita: mancata condivisione di prognosi e limiti
- La comunicazione genera fiducia e sicurezza
- **CONTINUITÀ ASSISTENZIALE**
 - Acuto: passaggi e dimissioni non coordinati
 - Fine vita: interruzione tra ospedale e domicilio
 - Integrazione rete palliativa, MMG, ospedale
 - **INDICATORI DI SICUREZZA**
 - Acuto: eventi sentinella, ICA, cadute, riammissioni
 - Fine vita: dolore non controllato, ricoveri impropri
 - Indicatori diversi ma orientati alla sicurezza percepita

Sistema di Gestione del Rischio Clinico nelle Cure Palliative Domiciliari

Rete territoriale, qualità della vita e sicurezza della persona

Obiettivi del Sistema

- Garantire sicurezza, dignità e continuità assistenziale del paziente nel proprio domicilio.
- Prevenire eventi avversi e ridurre i rischi clinici, relazionali e organizzativi.
- Promuovere la cultura della sicurezza e del miglioramento continuo.
- Coinvolgere l'intera rete territoriale: ASP, MMG, équipe palliativa, caregiver e volontari.

Principi fondamentali

- Centralità della persona e della famiglia come '**unità di cura**'.
- Comunicazione chiara e continua tra tutti gli attori coinvolti.
- Valutazione proporzionata dei rischi clinici, tecnici e organizzativi.
- Approccio proattivo e no-blame.
- Formazione permanente e multidisciplinare.

Ambiti di rischio specifici

- Rischi clinici: errori terapeutici, gestione dolore, nutrizione, emergenze.
- Rischi ambientali: barriere architettoniche, igiene, sicurezza elettrica, dispositivi.
- Rischi organizzativi: discontinuità assistenziale, reperibilità, comunicazione tardiva.
- Rischi relazionali/etici: mancata informazione, abbandono, conflitti decisionali.
- Rischi del caregiver: sovraccarico, stress, burnout, errori nella somministrazione.

Struttura del Sistema di Gestione

- Responsabile del Rischio Clinico: coordina e monitora gli eventi.
- Centrale Operativa: garantisce continuità H24 e gestione emergenze.
- Équipe Multidisciplinare: identifica, valuta e gestisce i rischi.
- Sistema Informativo: tracciabilità digitale, report eventi e indicatori di outcome.
- Audit e Riesame: strumenti di miglioramento continuo (PDCA).

Strumenti operativi

- Scheda di Valutazione Rischio Domiciliare – analisi ambiente e caregiver.
- Registro Eventi Avversi e Near Miss – raccolta segnalazioni anonime.
- Audit Clinici Interni – analisi sistematica di casi o processi.
- Check-list di Sicurezza Domiciliare – verifica presidi e dispositivi.
- Formazione e Briefing di Équipe – aggiornamento e condivisione esperienze.

Comunicazione e segnalazione

- Sistema di incident reporting semplificato e accessibile a tutto il personale.
- Canali di segnalazione protetti e non colpevolizzanti.
- Analisi periodica dei dati da parte del Risk Manager e dell'équipe.
- Restituzione dei risultati e azioni correttive condivise con tutto il personale.

Indicatori di monitoraggio

- Sicurezza clinica → % eventi avversi gravi su totale assistiti (<1%).
- Continuità assistenziale → tempo medio risposta segnalazioni (<30 min).
- Gestione dolore → % pazienti con dolore controllato (VAS <4) >90%.
- Soddisfazione caregiver → valutazione positiva >85%.
- Formazione → % personale formato su rischio clinico = 100% annuo.

Cultura della sicurezza

- La sicurezza è parte integrante della qualità della cura, non un adempimento.
- L'errore è occasione di apprendimento e miglioramento.
- Ogni operatore è custode della sicurezza del paziente e della famiglia.
- Promuovere empowerment e consapevolezza del caregiver.

Integrazione con il Sistema Qualità

- Il sistema di gestione del rischio clinico è parte del Sistema Qualità aziendale.
- Collegamento con le procedure core del sistema.
- Riesame annuale del sistema con analisi indicatori e azioni di miglioramento.
- Allineamento con normativa nazionale e regionale di accreditamento.

Raccomandazioni Ministeriali e Gestione del Rischio Clinico nelle Cure Palliative Domiciliari

Applicazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute al contesto
territoriale e domiciliare – Sintesi integrata

Introduzione e contesto

- Le Raccomandazioni Ministeriali per la Sicurezza dei Pazienti sono strumenti operativi di prevenzione del rischio clinico.
- Sebbene nate per l'ambito ospedaliero, molte di esse trovano piena applicazione nelle Cure Palliative Domiciliari.
- Obiettivo: trasferire la cultura della sicurezza dalla struttura sanitaria al domicilio del paziente e della famiglia.

Come Contestualizzare le Raccomandazioni

- Individuare le Raccomandazioni Ministeriali pertinenti alle cure palliative domiciliari.
- Descrivere gli adattamenti operativi per l'applicazione nel contesto territoriale.
- Integrare le raccomandazioni nel Sistema di Gestione del Rischio Clinico e nel SGQ aziendale.
- Definire indicatori e strumenti di monitoraggio specifici.

Valore e Rilevanza delle Raccomandazioni

- Le Raccomandazioni sono linee guida nazionali per la prevenzione di eventi avversi gravi o sentinella.
- Applicabili a tutte le strutture e organizzazioni sanitarie, pubbliche e private.
- Nelle cure palliative domiciliari garantiscono continuità, sicurezza e dignità al paziente fragile.
- Rappresentano parte integrante del sistema di gestione della sicurezza del paziente (Risk Management).

Raccomandazioni più pertinenti – Parte I

- Prevenzione della violenza a danno degli operatori: rischio elevato per equipe domiciliari; formazione e segnalazione.
- Corretta identificazione del paziente e dei documenti: doppio controllo e tracciabilità su ogni accesso.
- Prevenzione del suicidio: valutazione rischio psichico e sorveglianza emotiva.
- Riconciliazione terapeutica: aggiornamento costante del piano terapeutico e verifica delle interazioni.
- Prevenzione reazione trasfusionale ABO: per trasfusioni palliative domiciliari, doppio controllo e consenso specifico.

Raccomandazioni più pertinenti – Parte II

- Farmaci LASA (Look Alike/Sound Alike): separazione, etichettatura chiara, formazione caregiver.
- Prevenzione dell'errore in terapia farmacologica: doppio controllo e scheda terapie aggiornata.
- Gestione del paziente in terapia anticoagulante orale: monitoraggio INR e interazioni alimentari.
- Prevenzione cadute del paziente: valutazione ambientale, ausili e segnalazioni barriere.
- Gestione cateteri e drenaggi: fissaggio sicuro, ispezione e sorveglianza quotidiana.

Raccomandazioni più pertinenti – Parte III

- Prevenzione errori di alimentazione: gestione PEG, alimentazione corretta, controllo rischio aspirazione.
- Errata comunicazione: hand over strutturato (SBAR), briefing e verifica comprensione.
- Uso farmaci ad alto rischio (High Alert): oppiacei, benzodiazepine, insulina, separazione e tracciabilità.
- Nutrizione artificiale: formazione caregiver, igiene e monitoraggio infezioni.
- Ossigenoterapia: prevenzione incendi, corretto uso e controllo bombole.

Aree di rischio prevalenti nelle cure palliative domiciliari

- Errore terapeutico e farmacologico (oppiacei, infusioni, terapie multiple).
- Rischi da dispositivi medici (PEG, CVC, cateteri, pompe infusioni).
- Cadute e traumi accidentali nel domicilio.
- Rischi relazionali e di comunicazione (handover, briefing, conflitti familiari).
- Stress e burnout del caregiver e dell'équipe.
- Gestione emergenze: ritardo intervento o errata comunicazione con centrale operativa.

Adattamento operativo delle Raccomandazioni

- Formalizzare procedure specifiche per ambiente domestico (igiene, presidi, farmaci).
- Involgere attivamente caregiver e familiari come parte dell'équipe di cura.
- Utilizzare strumenti semplici ma tracciabili (checklist, schede di verifica, cartella domiciliare digitale).
- Gestire la comunicazione interdisciplinare tramite modelli SBAR e briefing giornalieri.
- Integrare le raccomandazioni nel PAI e nella formazione continua del personale.

Strumenti di prevenzione e monitoraggio

- Scheda valutazione rischio domiciliare – ambiente, dispositivi e caregiver.
- Check-list sicurezza domiciliare – mensile.
- Registro eventi avversi e near miss – segnalazione e analisi.
- Audit periodici e riunioni di riesame rischio clinico.
- Formazione mirata su farmaci ad alto rischio, comunicazione e gestione emergenze.

Indicatori di monitoraggio suggeriti

- Tasso eventi avversi gravi / totale assistiti <1%.
- Percentuale pazienti con dolore controllato (VAS <4) >90%.
- Percentuale caregiver formati su farmaci e dispositivi >90%.
- Tempo medio risposta emergenze <30 minuti.
- Numero near miss segnalati in crescita (indice di cultura della sicurezza).

Cultura della sicurezza e responsabilità condivisa

- Ogni operatore è custode della sicurezza del paziente e della famiglia.
- La comunicazione efficace e la formazione continua sono strumenti di prevenzione.
- La sicurezza è un obiettivo comune e parte integrante della qualità assistenziale.
- Il caregiver deve essere supportato, formato e riconosciuto come parte della rete di sicurezza.
- Promuovere l'apprendimento dagli eventi e il clima no-blame.

Le 4 Macro-Aree di Rischio nelle Cure Palliative Domiciliari

1. Rischio Clinico

- errori terapeutici, farmacologici, gestione del dolore, nutrizione, emergenze.

2. Rischio Ambientale

- barriere architettoniche, cadute, igiene, sicurezza elettrica, dispositivi medici.

3. Rischio Organizzativo

- discontinuità assistenziale, reperibilità, comunicazione tra equipe, mancata tracciabilità.

4. Rischio Relazionale e Etico

- conflitti familiari, scarsa comunicazione, abbandono, stress del caregiver e dell'operatore.

Governance & Centrale Operativa

- **Governance & Centrale Operativa**
(sicurezza = organizzazione)

L'assistenza domiciliare è a rischio intermittente:

- gli operatori non sono sempre presenti.

La Centrale Operativa:

- coordina gli interventi
- garantisce la continuità assistenziale
- monitora criticità ed emergenze
- attiva la rete (MMG, servizi sociali, 118)

Se la governance non funziona → il rischio si amplifica immediatamente

→ La sicurezza nasce nei punti di passaggio, **non nei singoli atti di cura.**

Sicurezza e benessere operatori

•Sicurezza e benessere operatori (burnout e sicurezza del paziente)

Nel domicilio, il professionista è solo:

- rischio ambiente non controllato
- rischio aggressioni / violenze
- carico emotivo elevato → burnout
- decisioni complesse in solitudine

BENESSERE DEL PERSONALE = SICUREZZA DEL PAZIENTE

- Un operatore stanco o minacciato non può garantire assistenza sicura.
- La sicurezza è bidirezionale: tutelare l'équipe significa tutelare la persona fragile.

Valore del caregiver

- **Valore del caregiver**
(co-protagonista della sicurezza)

Il caregiver è:

- custode della sicurezza tra una visita e l'altra
- responsabile della terapia, vigilanza, dispositivi
- decisivo nella comunicazione delle criticità

Rischio se:

- non formato
- non supportato
- non riconosciuto nel ruolo

→ *Empowerment del caregiver = riduzione drastica degli eventi avversi*

Cultura della prossimità

- **Cultura della prossimità
(logica territoriale del DM 77/2022)**

Il DM 77/2022 sposta l'asse del SSN:

- dall'ospedale al territorio
- dalla cura alla presa in carico

La prossimità è strategia di sicurezza:

- più presenza → meno ritardi
- integrazione con MMG e rete palliativa
- standard minimi per assistenza a domicilio

- ***Se il territorio funziona, il rischio diminuisce***
- ***La qualità della vita diventa esito clinico misurabile***

Il DM 77/2022 e il suo Impatto sulla Qualità e la Sicurezza dell'Assistenza Domiciliare

Analisi integrata nel contesto delle Cure Palliative Domiciliari e del Risk
Management Sanitario

DM 77/2022: Assistenza territoriale, qualità e sicurezza

25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI

20
Years
2006-2025

- **PREMESSA E OBIETTIVI**
 - Attuazione Missione 6 PNRR – Salute
 - Continuità, qualità e sicurezza dell'assistenza nel territorio
 - Centralità del domicilio e delle cure palliative
- **PRINCIPALI INNOVAZIONI**
 - Casa come luogo di cura per pazienti fragili
 - Équipe multiprofessionali integrate (MMG, infermiere di comunità, specialisti, assistente sociale)
 - Standard di intensità assistenziale (ADI base, estensiva, intensiva)
- Sistema informativo integrato + cartella elettronica condivisa
- COT e Case della Comunità
- Indicatori nazionali di qualità, esito e sicurezza
- **IMPATTO SULL'ASSISTENZA**
 - PAI individualizzato obbligatorio
 - Valutazione multidimensionale
 - Continuità assistenziale 7/7 e standard minimi di personale
 - Digitalizzazione e riduzione delle discontinuità informative
 - Miglioramento misurabile della qualità percepita

DM 77/2022: Assistenza territoriale, qualità e sicurezza

- **SICUREZZA E GESTIONE RISCHIO CLINICO**
 - Standardizzazione processi e protocolli condivisi
 - Designazione del Risk Manager territoriale
 - Monitoraggio eventi sentinella e near miss tramite COT
 - Formazione obbligatoria su sicurezza comunicazione
 - Tracciabilità terapie e dati tramite sistema informativo unico
- **INDICATORI DI QUALITÀ (DM 77)**
 - 95% pazienti ADI con PAI condiviso
 - 100% operatori formati su rischio clinico
 - Rapporto operatori/pazienti conforme DM 77
- Tempo risposta COT <30 min
- Soddisfazione pazienti e caregiver >85%
- **IMPLICAZIONI PER CURE PALLIATIVE DOMICILIARI**
 - Rafforzamento équipe multidisciplinari
 - Continuità ospedale–territorio–domicilio
 - Valorizzazione rete palliativa come pilastro SSN
 - Telemedicina e cartella condivisa → meno errori comunicativi
 - Cultura della sicurezza anche fuori dall'ospedale

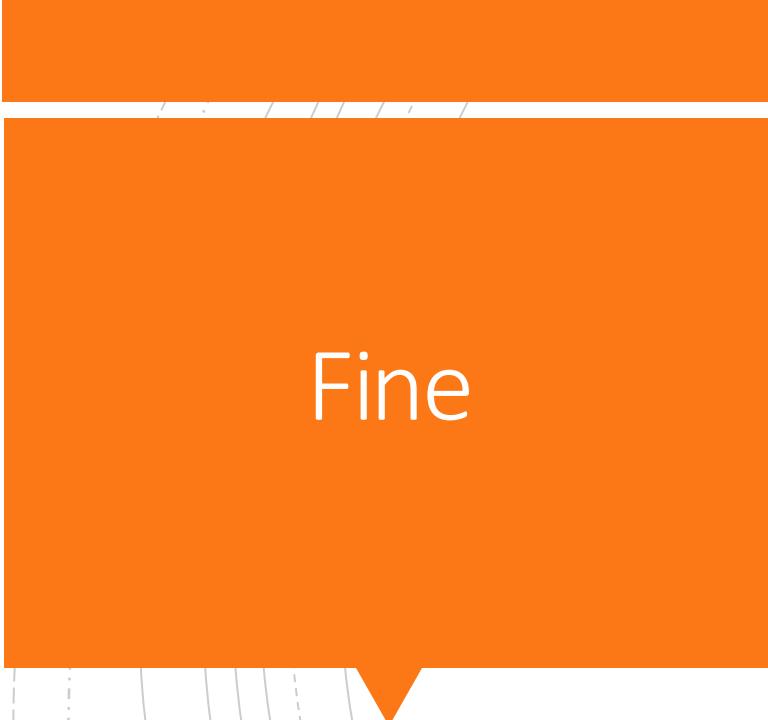
CONSIDERAZIONI FINALI

Dove siamo e verso dove stiamo andando

IL RISCHIO CLINICO OLTRE L'OSPEDALE: UNA SFIDA PER LE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI

Conclusioni

- **Una trasformazione culturale in atto**
 - Dal modello ospedale-centrico alla rete di prossimità
 - Dalla tecnologia alla relazione come strumento di sicurezza
 - Dal paziente solo alla famiglia come unità di cura
 - Dall'errore alla conoscenza condivisa che diventa patrimonio e salvaguardia di tutti



Fine

**GRAZIE A TUTTI PER
L'ATTENZIONE!!!**