

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO  
POLIZZA RC PROFESSIONALE – FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI TSRM E PSTRP**

**SEZIONE B – DA COMPILARE SOLO DA PARTE DEI LOGOPEDISTI**

**1. AREA ORGANIZZATIVA NELL'AMBITO DELLA QUALE E' AVVENUTO IL FATTO CONTESTATO**

**AREA PREVENTIVA**

- Organizzazione di campagne informative
- Pianificazione di modelli educativi orientati alla prevenzione
- Analisi di situazioni di rischio clinico

**AREA VALUTATIVA**

- Assunzione di informazioni oggettive e soggettive per l'identificazione dei bisogni riabilitativi logopedici della persona e della collettività con l'utilizzo di
  - strumenti di valutazione standardizzati e non
  - procedure qualitative osservazionali

**AREA DI CURA E ABILITAZIONE/RIABILITAZIONE**

- Definizione del progetto riabilitativo con
  - la pianificazione dell'intervento e la definizione degli obiettivi
  - elaborazione di programmi abilitativi/riabilitativi individuando le modalità terapeutiche più adeguate anche in collaborazione con altri profili
- Esecuzione dell'intervento riabilitativo
  - attuando il piano di trattamento secondo gli obiettivi prefissati
  - individuando le risorse aggiuntive per lo svolgimento del piano di trattamento
- Verifica dell'efficacia dell'intervento analizzando
  - le risposte e modificazioni attraverso strumenti di valutazione strutturati e non
  - l'efficacia dell'approccio e della metodologia attuata
  - il raggiungimento degli obiettivi di recupero funzionale
  - l'efficacia dell'utilizzo degli ausili comunicativi

**AREA CONSULENZIALE**

- Valutazione del contesto socio-ambientale per
  - l'individuazione del care-giver
  - l'addestramento del caregiver
- Impostazione di una situazione di aiuto
  - per istruire la persona assistita ed i familiari ad apprendere abilità di autocura

**AREA GESTIONALE**

- Gestione del personale assegnato in termini di distribuzione, attività svolte, orari; carichi di lavoro; dati di produttività ed epidemiologici
- Sviluppo di percorsi riabilitativi integrati
- Omogeneizzazione delle procedure aziendali

## 2. STATO DELLE APPARECCHIATURE/DISPOSITIVI

- Anno di installazione e collaudo \_\_\_\_\_
- Anno di ultima revisione \_\_\_\_\_
- Annotazioni \_\_\_\_\_

## 3. CONSEGUENZE MATERIALI DEL FATTO CONTESTATO

- Danni materiali
- alla apparecchiatura
- a strumenti accessori
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

## 4. SISTEMA INFORMATIVO DEI FLUSSI DELLE PRESTAZIONI (SISTEMA DI GESTIONE, MEMORIZZAZIONE E CONSERVAZIONE DI UNA CARTELLA INFORMATIZZATA)

- Esiste/non esiste un sistema informativo
- Ogni operatore accede al sistema con una identificazione univoca
- Non esiste la possibilità di distinguere l'accesso di ciascun operatore
- Esiste una figura professionale che amministra il sistema informativo e che riesce ad estrapolare le azioni compiute dagli operatori professionali coinvolti

## 5. PROCEDURE AZIENDALI inerenti il fatto

- La struttura ha/non ha adottato linee Guida; buone Pratiche; protocolli
- La struttura NON ha adottato linee Guida; buone Pratiche; protocolli

## 6. ORDINI DI SERVIZIO inerenti il fatto

- Al personale sono state fornite informazioni precise e documentate circa i comportamenti da adottare durante l'espletamento delle funzioni professionali specifiche riferite all'ambito del fatto contestato;
- Al personale NON sono state fornite informazioni precise e documentate circa i comportamenti da adottare durante l'espletamento delle funzioni professionali specifiche riferite all'ambito del fatto contestato;

## 7. PROFILO CONTRATTUALE DEL PAZIENTE

- Esterno
- Domiciliare
- Ambulatoriale
- Ricovero (Ordinario, DH, Day Surgery, ecc)
- Ospite di case di riposo

**8. CONTESTO IN CUI SI E' AVVENUTO IL FATTO**

- In presenza
- A distanza (telemedicina, telegestione)
- Diretto con il paziente
- Indiretto, attraverso un caregiver
- Counseling, a famiglia/caregiver/scuola
- Coinvolgimento di tutta l'equipe

**9. PER QUALE MOTIVO PENSA DI ESSERE COINVOLTO**

- Responsabilità diretta
- Responsabilità d'equipe
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**10. IL PAZIENTE (se coinvolto) E' GIUNTO SUL LUOGO DELL'ACCADUTO:**

- Deambulante
- Non deambulante
- Con autoambulanza
- Barellato
- Allettato
- Accompagnato da familiar e/o caregiver
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Ps: per le particolarità dell'accaduto la invitiamo a compilare con precisione il campo "descrizione dettagliata del fatto" presente sul modulo A.