

A background image showing several hands of different skin tones reaching towards the center, forming a circle. The image is overlaid with a semi-transparent orange and purple gradient.

# Interprofessionalità nel settore sanitario

## Esempi tratti dalla prassi professionale



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI  
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

**Interprofessionalità nel  
settore sanitario**  
Esempi tratti dalla prassi  
professionale

# Prefazione

Il programma di promozione «Interprofessionalità nel settore sanitario 2017–2020» dell'Ufficio federale della sanità pubblica ha lo scopo di sviluppare e consolidare ulteriormente la formazione e la collaborazione interprofessionale nel settore della sanità, in modo da contribuire a ottimizzare la qualità dell'assistenza e ad aumentare l'efficienza del sistema sanitario. Accanto al lancio di progetti di ricerca finalizzati ad acquisire conoscenze di base e a formulare raccomandazioni operative, il programma si focalizza anche sulla diffusione di esperienze maturate nell'ambito delle pratiche interprofessionali già esistenti.

In Svizzera sono infatti numerose le istituzioni che si adoperano con grande impegno per lavorare in modo interprofessionale e che applicano questo approccio nel quotidiano. Nel presente opuscolo è presentata una serie di esempi di pratiche sviluppate in varie regioni svizzere. Ad accomunarli è il fatto che medici e personale di cura specializzato con biografie professionali diverse lavorano in forma interprofessionale e trasversale nei vari settori e contesti sanitari.

L'obiettivo dell'opuscolo è quello di presentare ai lettori esempi di buona prassi nell'ambito dell'interprofessionalità che potranno fungere sia da spunto a chi desideri attuare questo approccio nel proprio ambito professionale sia da ausilio per risolvere problematiche concrete nell'implementazione di una forma di collaborazione interprofessionale.

Oltre agli esempi presentati, è disponibile in Internet un vasto elenco di modelli di buona prassi con brevi informazioni su diversi ulteriori modelli (cfr. [www.bag.admin.ch/models-interprof](http://www.bag.admin.ch/models-interprof)).

Come si può evincere dagli esempi riportati nell'opuscolo e dall'elenco di modelli, la riuscita della collaborazione interprofessionale implica in genere un riassetto su vasta scala, anche se spesso l'interprofessionalità in ambito sanitario può essere attuata con successo anche con interventi a bassa soglia.



# Interprofessionalità nella prassi professionale

**Diabetes Care**, Wil  
Pagina 6

**Hometreatment Organisation**, Aarau  
Pagina 10

**Aiuto Integrato in Caso di Dipendenze**, Winterthur  
Pagina 14

**Intervista con Helene Meyer-Jenni,**  
**Servizio di Cure a Domicilio per Bambini della Svizzera Centrale**  
(KinderSpitex Zentralschweiz)  
Pagina 18

**Outpatient Parenteral Antibiotic Therapy**, Basilea  
Pagina 23

**Transition to Home after Preterm Birth**, Berna  
Pagina 28

**Piano di Cure Condiviso**, Ginevra  
Pagina 32

**Riabilitazione Oncologica**, Estavayer-le-Lac  
Pagina 37

# Diabetes Care

Le persone con una glicemia elevata sono maggiormente esposte al rischio di disturbi cardio-circolatori potenzialmente letali. L'evoluzione demografica, che sta portando a un crescente invecchiamento della popolazione e al conseguente aumento delle malattie croniche come il diabete, è una delle grandi sfide del sistema sanitario per i prossimi decenni. È stato dimostrato tuttavia che la prognosi di pazienti affetti da diabete di tipo 2 può essere migliorata grazie a un piano di assistenza di medicina di base.

Tra Svizzera tedesca e Romandia, il gruppo Medbase attualmente gestisce 47 centri sanitari. Otto di essi hanno sviluppato piani di assistenza specifici per pazienti affetti da diabete. Oltre

## Diabetes Care

<b>Cantone</b>	San Gallo, Zurigo, Basilea Città
<b>Organizzazione</b>	Otto sedi di Medbase: Wil, San Gallo Vadian, Zurigo Oerlikon, Zurigo Wiedikon, Winterthur Neuwiesen, Basilea, Eglisau, Diepoldsau
<b>Ambito d'intervento</b>	Assistenza sanitaria, modelli interprofessionali, sistema sociale
<b>Setting</b>	Studi medici, studi medici associati, centri sanitari
<b>Gruppi professionali</b>	Medici, fisioterapisti, dietisti, assistenti di studio medico, consulenti specialistici
<b>Collaborazione interprofessionale</b>	Cure ai malati cronici, cure di base
<b>Sito web</b>	<a href="http://www.medbase.ch">www.medbase.ch</a>

all'assistenza medica, il controllo e la formazione dei pazienti, una componente centrale del piano è rappresentata dall'assistenza e dalla formazione da parte di fisioterapisti e dietisti. Nel quadro di un progetto pilota, gli otto centri puntano a far tesoro delle esperienze delle singole sedi e a sviluppare ulteriormente il programma per raggiungere un'assistenza ottimale e duratura per i pazienti diabetici. Il piano di assistenza che ne deriverà dovrà essere introdotto e attuato in altri centri del gruppo Medbase. Di seguito verrà descritto il piano di assistenza della sede di Wil, nel Cantone di San Gallo.

## Un piano incentrato sul paziente

Il piano di assistenza della sede di Wil ruota intorno al paziente. Ciò significa che sono i bisogni della persona malata a determinare quali ambiti specialistici saranno inclusi. All'inizio del trattamento, il medico svolge un colloquio con il paziente durante il quale gli vengono date informazioni sull'assistenza medica continuativa e su quella fornita dall'assistente di studio medico. Il paziente viene inoltre messo al corrente delle varie forme di consulenza nutrizionale e dei tipi di attività sportive regolari. Durante il primo colloquio si fa il punto della situazione e si decidono gli obiettivi individuali. Nei colloqui successivi con il fisioterapista e il dietista, i pazienti possono precisare ulteriormente gli obiettivi concernenti ad esempio la regolare attività fisica o le abitudini alimentari.

Per il centro sanitario è importante che i pazienti siano accompagnati costantemente. In quest'ottica, la persona malata ha una volta all'anno un colloquio con il medico e almeno tre volte all'anno con l'assistente di studio medico. Inoltre, al bisogno, questi colloqui sono seguiti da incontri con fisioterapisti e dietisti. In tutte le fasi dell'assistenza, i desideri del paziente sono considerati centrali. Il malato è infatti chiamato a partecipare alla fissazione degli obiettivi e alla decisione delle misure. In questo modo aumentano le possibilità di un cambiamento del suo comportamento.

# Il team a Wil



**Medico**



**Fisioterapista**

Movimento, Sport



**Assistente  
di studio medico**

**Ideale assistenza  
a lungo termine dei  
pazienti diabetici**

attraverso una consulenza personale  
e regolari controlli in combinazione  
con un'ampia offerta di attività fisiche e  
consulenza nutrizionale



**Dietista**

Abitudini alimentari



**Paziente**

Fissazione degli obiettivi con i pazienti

Vicinanza spaziale dei gruppi di lavoro

Assistenza completa

## Assistenza interprofessionale quale fattore di successo

Sempreché siano presenti le relative competenze, in questo piano di assistenza ogni esperto può incaricarsi di una parte della consulenza. Ciò richiede una buona collaborazione tra i gruppi professionali coinvolti. Un elemento centrale della filosofia dei centri Medbase è costituito dalle cure integrate e intersettoriali dei pazienti. I professionisti coinvolti sottolineano che grazie a questo approccio si sono abituati ad avere uno scambio con altri professionisti.

**«Fidarsi degli altri professionisti e dei pazienti è la chiave del successo». Un collaboratore**

I responsabili del progetto a Wil hanno constatato che i pazienti diabetici spesso necessitano di un'assistenza serrata per poter modificare il proprio comportamento. In molti casi l'assistenza medica non basta, in quanto di frequente sono necessari supporto e consigli anche per quanto concerne il movimento e l'alimentazione. Le fisioterapiste di Wil hanno per esempio appreso che molti dei loro pazienti non andrebbero mai in palestra a causa della paura che questa suscita in loro. Nella palestra fisioterapica, invece, possono provare gli attrezzi in un contesto a loro familiare e osservare come il corpo reagisce al movimento.

Lo scambio tra professionisti avviene su vari livelli. Per quanto riguarda il centro di Wil, la vicinanza spaziale è un grande punto di forza, in quanto permette di riunirsi attorno a un tavolo per sviluppare un'assistenza interprofessionale. È così che, per esempio, si riesce a far confluire degli stimoli dagli ambiti della fisioterapia e della nutrizione nel trattamento medico. La vicinanza spaziale, inoltre, assicura anche uno scambio informale: quando ci si incontra in corridoio o durante la pausa si possono infatti affrontare questioni e tematiche specialistiche. Spesso gli scambi avvengono anche telefonicamente o per e-mail. Con le attuali tariffe, non è possibile coprire la partecipazione di fisioterapisti e dietisti ai colloqui. Per questo motivo, il centro di Wil ha volutamente rinunciato al colloquio come prestazione standard, proponendolo piuttosto secondo il bisogno.



**«Il paziente è al centro dell'attenzione, dalla formazione sino all'accompagnamento. Tutto ruota attorno alle competenze dei professionisti e ai bisogni dei pazienti». Un collaboratore**

Oltre al regolare scambio tra professionisti all'interno di un settore specialistico o tra settori diversi, il centro di Wil organizza incontri annuali e corsi di perfezionamento su vari temi. Un'importante misura è rappresentata dai circoli di qualità, durante i quali i professionisti possono discutere sul contributo che le diverse professioni apportano grazie alle rispettive competenze. Ciò genera anche una comprensione di quali professioni sono necessarie nel trattamento dei pazienti. La direzione del progetto è convinta che questo permetterà ai professionisti d'imparare a delegare delle responsabilità.

## Molteplicità dei vantaggi a tutti i livelli: per i pazienti, i professionisti e il sistema sanitario

Il principale vantaggio per i pazienti è che questi ricevono un'assistenza personale completa e ne hanno una percezione tangibile. Essendo seguiti con regolarità, infatti, non si perdono tra le maglie del sistema sanitario, perché ottengono una consulenza più duratura e un'assistenza più fitta rispetto a ciò che riceverebbero se si limitassero alle consultazioni mediche. Anche i professionisti della salute coinvolti sono avvantaggiati: grazie al team interprofessionale, possono fare affidamento su varie offerte per i pazienti ottimizzandone così il trattamento. La collaborazione e lo scambio con altri professionisti sono considerati inoltre una fonte di arricchimento. Un altro vantaggio è che i medici del centro di Wil sono sgravati nell'assistenza ai pazienti da altri settori specialistici. Infine, il piano di assistenza può generare un risparmio per il sistema sanitario: se infatti i pazienti sono messi nelle condizioni di superare la malattia, i costi sanitari possono diminuire.

«Mi sento di avere la situazione sotto controllo e che sono stata messa nelle condizioni di superare la malattia». Una paziente

## Finanziamento

Alle attuali tariffe nazionali si riescono a fatturare le prestazioni dei medici e degli assistenti di studio medico, la fisioterapia (ivi comprese la terapia medica di allenamento e la terapia di gruppo) e la consulenza nutrizionale. Le prestazioni specifiche del programma che superano il tetto massimo stabilito, come i colloqui interprofessionali, le relazioni mediche negli ambiti della fisioterapia e della consulenza nutrizionale e altre prestazioni simili, alle attuali tariffe non possono essere fatturate a carico dell'assicurazione di base o possono esserlo solo parzialmente. Per questo motivo il finanziamento di queste prestazioni aggiuntive viene stabilito a livello contrattuale con le rispettive istanze che se ne assumono i costi.



Nei colloqui con il nutrizionista il paziente può specificare ulteriormente gli obiettivi con riferimento alle abitudini alimentari.

# Hometreatment Organisation

Un clima di sicurezza tra le mura domestiche e un rapporto positivo e solido tra genitori e figli stanno alla base dello sviluppo dei bambini. Nelle famiglie in cui uno dei membri è affetto da disturbi psichici, tuttavia, queste relazioni possono diventare difficili. Tale circostanza è complicata dal fatto che spesso la famiglia si confronta con altre problematiche psicosociali come, per esempio, condizioni di vita difficoltose, conflitti legati all'autorità pa-

## Hometreatment Organisation

<b>Cantone</b>	Argovia
<b>Organizzazione</b>	Hometreatment Organisation GmbH (organizzazione di pubblica utilità)
<b>Ambito d'intervento</b>	Assistenza sanitaria, modelli interprofessionali
<b>Setting</b>	Ambito domestico
<b>Gruppi professionali</b>	Medici, pedagogisti curativi, assistenti sociali, educatori sociali
<b>Collaborazione interprofessionale</b>	Prevenzione, cure ai malati cronici, riabilitazione, cure di base, salute mentale, multimorbilità
<b>Sito web</b>	www.hota.ch

rentale, dipendenze o anche violenza domestica. Un rilevamento del fabbisogno condotto nel Cantone di Argovia nell'autunno 2010 ha evidenziato che le cure psicosociali delle famiglie con molteplici problematiche non era gestita in modo soddisfacente. Sulla base di questa constatazione, nel 2012 in questo Cantone è stata lanciata l'offerta Hometreatment Organisation (HotA). Il fulcro dell'offerta è un'attività familiare a domicilio, che si colloca in una dimensione intermedia tra la psichiatria sociale e la pedagogia sociale. Il gruppo di destinatari sono le famiglie gravate da difficoltà di vario tipo e in cui le problematiche psicosociali possono interessare sia i genitori sia i figli. Dall'avvio di HotA sono state seguite più di 600 famiglie.

## Attività e terapia familiari a domicilio

Le attività e la terapia familiari a domicilio si basano sul principio di consulenza, assistenza e accompagnamento di sostegno sistemici e orientati alle risorse. In luogo di trattare solo la persona malata, questo metodo si concentra sulla famiglia intesa come sistema. Sulla base delle indicazioni del medico specialista, il team interdisciplinare di HotA discute ogni richiesta e decide l'accesso al programma. A questo punto inizia la terapia. A ogni famiglia viene

**«È fondamentale porsi sullo stesso livello della famiglia. Tutti i collaboratori di HotA hanno proprio questo atteggiamento». Un collaboratore**

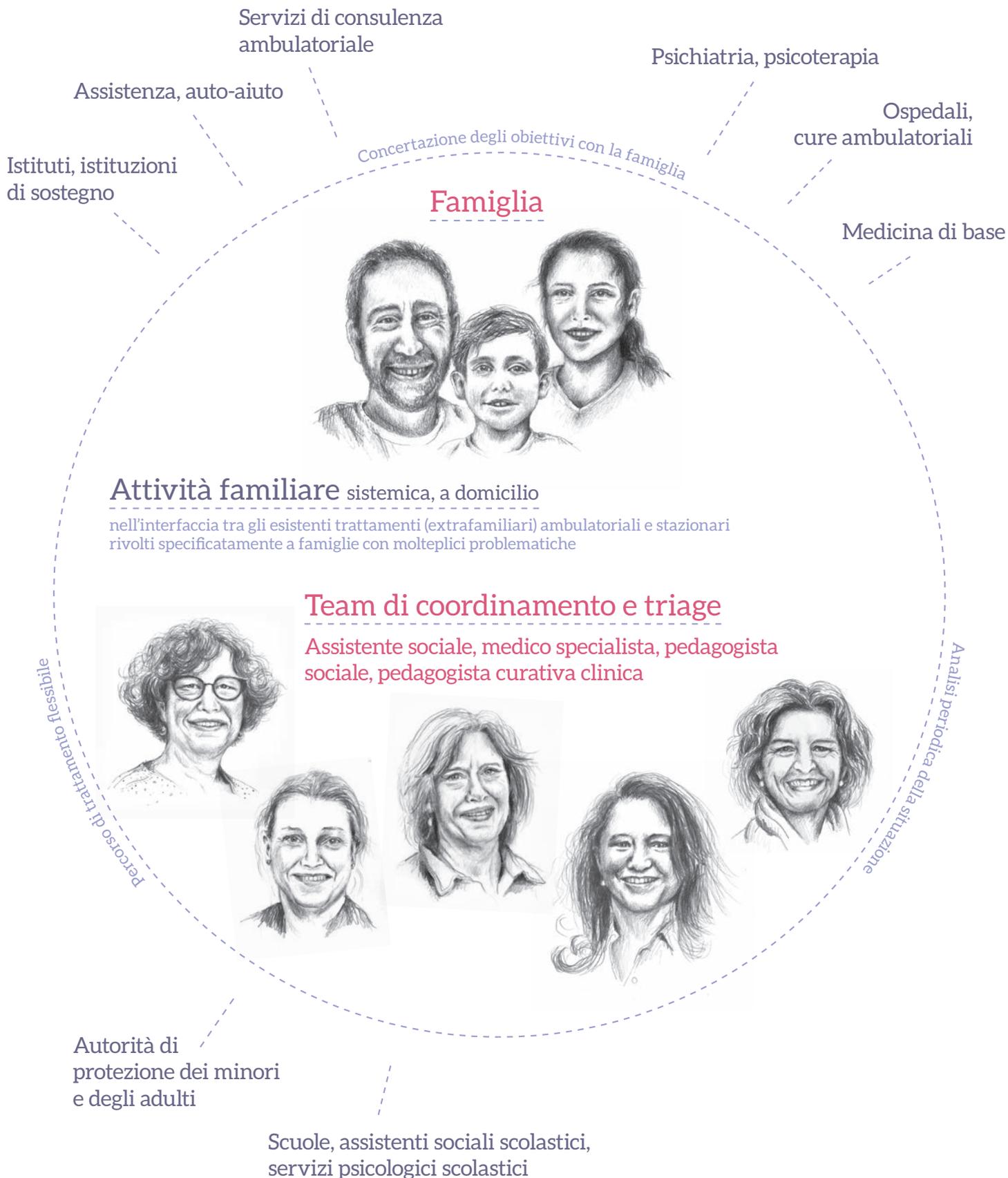
assegnata una coordinatrice e una persona incaricata all'accompagnamento familiare. Queste due figure mantengono la visione d'insieme e hanno il compito di raccordare le prospettive di tutti i professionisti coinvolti, stabilendo obiettivi comuni per pianificare il trattamento a domicilio. L'attività familiare a domicilio è svolta da incaricate all'accompagnamento familiare formate ad hoc e qualificate. L'incaricata si reca all'abitazione della famiglia e aiuta tutti i membri a trovare e attuare soluzioni in situazioni concrete. L'accompagnamento dura dai 6 ai 18 mesi massimo e prevede inizialmente visite a cadenza settimanale. In seguito, la frequenza delle visite è adeguata al fabbisogno della famiglia.

**«Il lavoro di squadra mi dà sicurezza. In qualità di incaricata all'accompagnamento familiare, so sempre chi contattare del team in caso di domande».**

Una collaboratrice

HotA punta a un approccio partecipativo: all'inizio del trattamento, incaricate all'accompagnamento e famiglie collaborano per formulare insieme gli obiettivi individuali del trattamento. In questa fase, per il team di accompagnamento è importante individuare quali sono gli obiettivi che la famiglia vuole porsi. La coordinatrice e l'incaricata all'accompagnamento familiare tengono regolarmente incontri per valutare e adattare gli obiettivi invitandovi la famiglia, le istanze invianti e importanti figure di riferimento. In base

## Il team ad Aarau



alle necessità il trattamento può coinvolgere il singolo interessato, la coppia o la famiglia. In questo modo, il team può verificare per ogni famiglia quali membri devono essere inclusi nel trattamento e la famiglia può partecipare al processo terapeutico. Spesso i collaboratori di HotA si tengono in contatto con scuole, insegnanti, istituzioni giuridiche, servizi sociali ma anche con la psichiatria.

## Lavorare alla pari

L'approccio interprofessionale è uno degli elementi centrali presso HotA: regolarmente si discute dei casi e si tengono riunioni di supervisione in cui la coordinatrice e l'incaricata all'accompagnamento familiare di un determinato caso hanno la possibilità di confrontarsi con una

**«Per me, interprofessionalità significa che ogni gruppo professionale apporta ciò che ritiene centrale. Ci si ascolta. Questo è importante sia nella procedura strategica, sia negli aspetti pratici del quotidiano».**

Un collaboratore

psichiatra o una psicoterapeuta. Oltre alla consulenza incentrata su un caso, si tengono anche perfezionamenti ad hoc. I collaboratori si completano con le loro competenze individuali, garantendosi reciprocamente sostegno e sviluppando conoscenze specialistiche comuni e specifiche. In questo

modo si crea un pensiero sistemico composto di nozioni ed esperienze provenienti dalla medicina, dalla psicoterapia e dal lavoro sociale. Ciò riveste una grande importanza nel lavoro con famiglie gravate da molteplici problematiche, perché non di rado questi disturbi psichici vengono tabuizzati o sono difficili da riconoscere. La collaborazione tra i diversi gruppi professionali permette quindi di individuare e tematizzare i diversi quadri dei disturbi e di includere in seguito ulteriori offerte di sostegno in ambito stazionario o ambulatoriale.

Per i professionisti coinvolti, la particolarità sta nell'idea di dar vita a qualcosa insieme: tutti i collaboratori lavorano infatti per lo stesso obiettivo, ossia sostenere le famiglie per una migliore qualità di vita. Per il team, lavorare alla pari è un elemento centrale, sia quando ci si rivolge alle famiglie, sia nella collaborazione con i professionisti coinvolti nel sistema. Per questo motivo si promuove e sperimenta una gerarchia orizzontale. Tutti nel team sono consapevoli del fatto che impostare una collaborazione tra diversi gruppi professionali può essere impegnativo. In questo frangente esistono però fattori di successo, quali l'apertura nei confronti

delle altre competenze e un atteggiamento rispettoso percepibile sia internamente sia esternamente. Per HotA è inoltre fondamentale che il team sia costantemente coinvolto nello sviluppo dell'offerta. I collaboratori sono molto soddisfatti della libertà decisionale e si identificano fortemente con HotA. Prova dei successi di Hometreatment Organisation GmbH dal punto di vista del personale è la fluttuazione molto bassa dei posti di lavoro e l'elevata motivazione e l'impegno dei collaboratori.



## Cambiamenti positivi nelle famiglie

Le attività svolte nel quadro di questo progetto dimostrano che, attraverso un lavoro continuativo svolto a domicilio con le famiglie e impostato su base terapeutica, HotA ottiene cambiamenti positivi per i bambini, i genitori e per l'intero sistema familiare. Le incaricate



Dall'inizio del progetto, HotA ha assistito oltre 600 famiglie.

all'accompagnamento hanno constatato che i genitori ricominciano ad assumersi la responsabilità dei figli, ampliano il loro campo d'azione e sono più sicuri di sé nelle questioni quotidiane. L'approccio flessibile e partecipativo di HotA garantisce che l'offerta sia strutturata su misura per i bisogni delle singole famiglie. I risultati positivi sono confermati anche da una valutazione esterna condotta dalla Scuola universitaria di Lucerna.

Lavorando in modo sostenibile per garantire un sano sviluppo del bambino, HotA svolge un importante compito di prevenzione all'interno dell'assistenza sanitaria. Se le famiglie infatti tornano a essere autonome, si riduce il rischio di dover collocare i bambini presso terzi. Inoltre ne deriva una maggiore sostenibilità dello sviluppo dei bambini: il trattamento di una famiglia per HotA rappresenta un costo giornaliero inferiore ai 20 franchi. In confronto, la sistemazione presso una famiglia affiliante ha un costo di 140 franchi al giorno, mentre la permanenza presso un servizio di psichiatria infantile e dell'adolescenza ammonta ad almeno 500 franchi. Evitando soluzioni extrafamiliari si generano quindi ingenti risparmi nel sistema sanitario.

## Finanziamento

Il titolare Hometreatment Organisation GmbH ha ottenuto per HotA un contratto di prestazioni dal Cantone di Argovia. In questo modo si possono fatturare parte dei costi del trattamento attraverso l'assicurazione

di base delle casse malati. HotA, inoltre, tratta famiglie che pagano autonomamente e attua misure disposte dai tribunali di famiglia e finanziate ai sensi della legislazione sociale. Alcuni costi, come quelli di trasporto, coordinamento e per i perfezionamenti, tuttavia, non possono essere fatturati a carico dell'assicurazione di base e devono quindi essere finanziati tramite altre fonti. Tra queste figura il fondo Swisslos, che ha sostenuto HotA nei tre anni della fase pilota, tra il 2012 e il 2014. Questo finanziamento è stato poi riconfermato anche per gli anni 2015 e 2016. Nel settembre 2015 il Consiglio di Stato del Cantone di Argovia ha approvato il prolungamento del finanziamento dal 2017 al 2019. Al momento HotA si sta adoperando alacremente per assicurarsi un finanziamento duraturo e stabile.

# Aiuto Integrato in Caso di Dipendenze di Winterthur

La dipendenza è una patologia complessa caratterizzata da aspetti somatici, psichici e sociali. Si distingue tra dipendenza da sostanze, come per esempio l'alcolismo o la dipendenza da eroina, e comportamenti di dipendenza non legati a sostanze, come l'uso eccessivo di Internet, il gioco d'azzardo o gli acquisti compulsivi. È indubbio che un consumo rischioso e dannoso rappresenti una minaccia per la salute. La dipendenza genera inoltre disturbi che mettono a dura prova l'entourage, la società e il sistema sanitario. La natura di queste patologie impone

metodi di trattamento multimodali e multiprofessionali. Dagli anni 1980 le istituzioni di aiuto integrato in caso di dipendenze di Winterthur (Integrierte Suchthilfe Winterthur, ISW) sono gestite dai servizi sociali della città e dai servizi di psichiatria integrata di Winterthur e Unterland zurighese (Integrierte Psychiatrie Winterthur Zürcher Unterland, ipw). L'ISW è un servizio ambulatoriale di consulenza e trattamento per persone che consumano sostanze in modo problematico o ne sono dipendenti. A questa istituzione possono rivolgersi anche parenti, genitori, datori di lavoro, insegnanti e professionisti.

## Aiuto Integrato in Caso di Dipendenze

<b>Cantone</b>	Zurigo
<b>Organizzazione</b>	Integrierte Suchthilfe Winterthur
<b>Ambito d'intervento</b>	Assistenza sanitaria, modelli di interprofessionalità, sistema sociale
<b>Setting</b>	Servizi sociali/comunali, settore ospedaliero ambulatoriale, Spitex
<b>Gruppi professionali</b>	Psichiatri, psicoterapeuti, infermieri/ANP, assistenti sociali, consulenti sulle dipendenze
<b>Collaborazione interprofessionale</b>	Prevenzione, cure intensive, cure ai malati cronici, cure di lunga durata, cure di base, salute mentale, multimorbilità, intervento precoce
<b>Sito web</b>	<a href="http://www.sucht.winterthur.ch">www.sucht.winterthur.ch</a>

## Gestione comune

Il modello di cooperazione dell'ISW collega a livello orizzontale le offerte di consulenza e accompagnamento dei servizi sociali finanziate dal Comune e le offerte mediche coperte dall'assicurazione malattie. La direzione dell'ISW è affidata a due persone con funzioni distinte: da una parte, un dirigente medico-psichiatrico è responsabile dell'ambito medico e terapeutico, dall'altra un dirigente dell'amministrazione cittadina si occupa dell'inclusione delle persone nel

sistema sociale. A livello verticale vi è una forte cooperazione tra le istituzioni

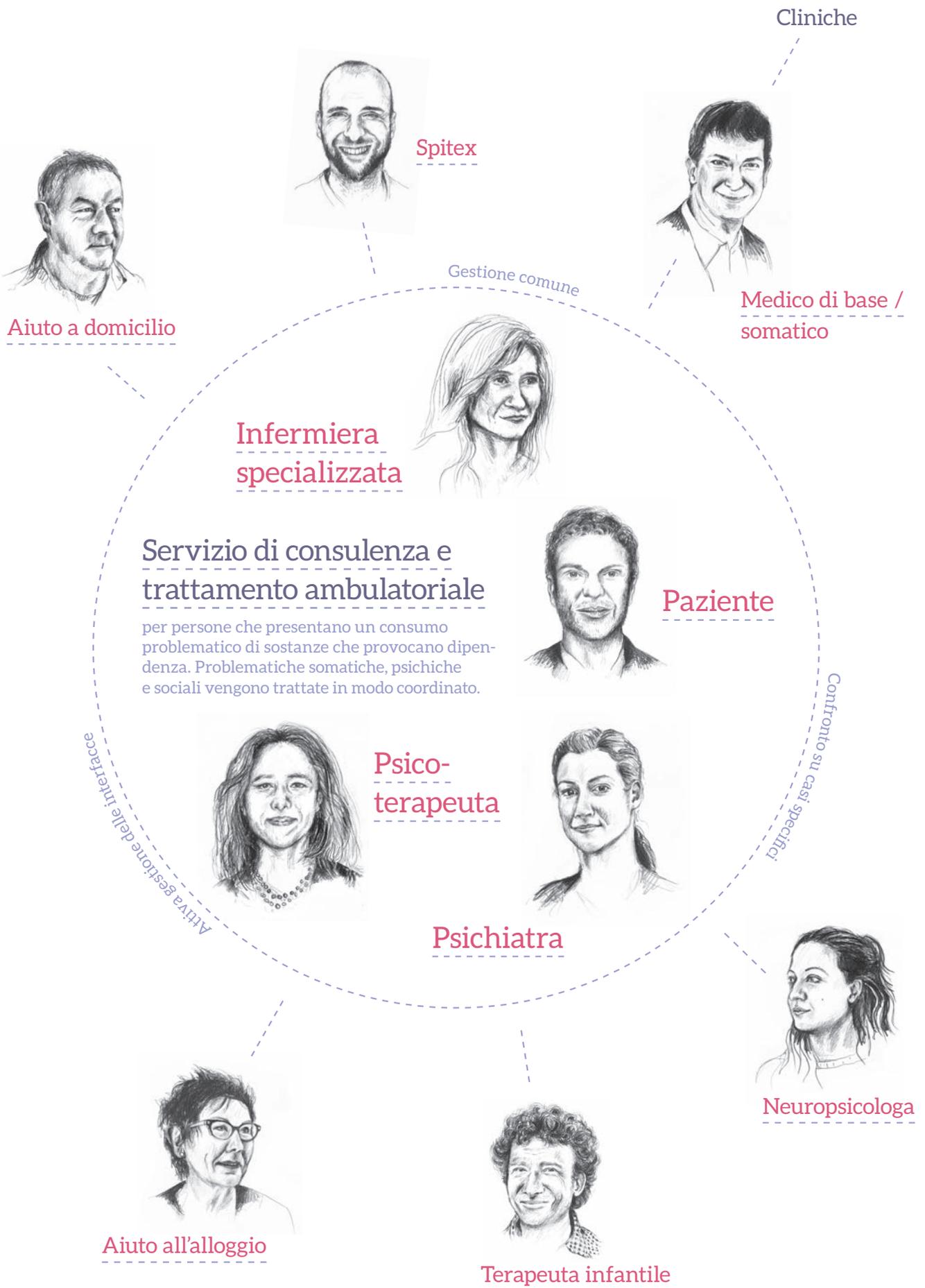
«Dal Cantone alla città sino alla politica, tutti si sentono responsabili».

cantonali e nazionali. Per la direzione dell'ISW la gestione comune è l'elemento chiave per fornire cure di qualità, complete e integrate che rispondano adeguatamente alle complesse sfide nel campo delle dipendenze. Una gestione di questo tipo, inoltre, tiene conto del fatto che le persone affette da dipendenze solitamente presentano problematiche somatiche e psichiche oltre che sociali.

## Informazione, consulenza e trattamento

Presso tre sedi l'ISW offre informazioni, consulenza, trattamenti psicoterapici e terapie mediche con sostanze o terapie sostitutive. Il fulcro dell'offerta è il trattamento di problemi sociali e medici causati dall'uso di sostanze. Il trattamento si apre con un colloquio iniziale durante il quale viene eseguito un accertamento di base, alla cui luce l'ISW decide se ammettere il paziente al trattamento e se siano necessarie altre offerte di partner esterni. Spesso, ad esempio, è necessario un supporto anche in ambito abitativo, finanziario, lavorativo o in caso di patologie fisiche coesistenti alla dipendenza. L'ISW infatti fa parte di un'ampia rete che comprende

# La rete a Winterthur



offerenti pubblici e privati, fondazioni, organizzazioni di pubblica utilità e offerte di auto-aiuto. Nel trattamento offerto da ISW si distinguono le terapie sostitutive e le terapie speciali. Nelle prime, è somministrata una sostanza sostitutiva come il metadone o l'eroina nel quadro dell'assistenza terapeutica. Nelle seconde vengono seguite e trattate persone che ad esempio hanno sviluppato dipendenze da alcol, cocaina, nicotina o dai nuovi media. Inoltre, l'ISW propone offerte speciali per i figli di tossicodipendenti e per giovani con problemi di dipendenza.

## Una prospettiva clinica, psichiatrica e psicoterapeutica

Sin dall'inizio, la collaborazione tra diverse professioni è stata l'idea di fondo dell'offerta. Già durante lo sviluppo del piano, i dirigenti psichiatrici, psicoterapeutici e delle attività sociali erano coinvolti insieme ai collaboratori dei servizi sociali della città di Winterthur e alla psichiatria integrata ipw. Attualmente, hanno luogo processi interprofessionali sia a livello dirigenziale, che nella comunicazione e nella presa di decisioni. Attraverso la quotidiana collaborazione e la vicinanza spaziale, le prospettive cliniche, psichiatriche e psicoterapeutiche convergono. Inoltre, a livello dirigenziale sono stati creati vertici e commissioni che rispecchiano questi tre approcci.

Il lavoro interprofessionale con i clienti si basa in larga misura sullo scambio e sugli accordi tra i professionisti. I team tengono riunioni settimanali durante le quali si discutono temi generali e casi concreti. Per l'ISW lo scambio in proposito di casi specifici, anche conclusi, ha dato buona prova per l'identificazione di possibili miglioramenti da apportare all'interfaccia tra i settori coinvolti. L'ISW crede nel confronto al bisogno: ciò significa che la collaborazione tra settori specialistici non avviene in modo sistematico, ma viene piuttosto avviata in caso di necessità dalla persona che gestisce il caso. In questa prassi rientra anche la collaborazione con per esempio Spitex, medici di base e specialisti. Per continuare a sviluppare le offerte, a livello specialistico si tengono perfezionamenti mensili e, per gli specialisti coinvolti nelle terapie speciali, sono organizzate riunioni annuali dove fare il punto della situazione in modo tematico.

**«Il vantaggio è che i servizi di psichiatria, terapia delle dipendenze e psicoterapia si trovano nella stessa sede. I pazienti hanno accesso a un'istituzione per le dipendenze in cui l'interfaccia al sistema somatico è garantita e curata attivamente. Gli interessati devono quindi rivolgersi a un solo servizio invece che a molti».**

La direzione dell'ISW constata che il successo dell'offerta dipende in buona parte dall'apprezzamento che l'interprofessionalità riscuote presso i collaboratori. La collaborazione interprofessionale determina l'attiva gestione delle interfacce e dei contatti, cosa che diventa particolarmente impegnativa se tutti gli interessati sperimentano una pressione nei tempi e nei finanziamenti. In passato, i medici conducevano tradizionalmente una «battaglia solitaria». La direzione dell'IWS ritiene che, per dimostrare i vantaggi dell'attività interprofessionale, sia necessario creare consapevolezza del proprio ruolo e comprensione delle competenze delle altre professioni. L'attenzione a questo punto ha favorito un grande cambiamento culturale presso l'ISW: oggi infatti i professionisti coinvolti sottolineano di essere parte di due sistemi (quello sociale e quello medico) in cui i professionisti lavorano alla pari e le varie competenze godono di stima reciproca e sono percepite come un arricchimento.



## I pazienti sono persone

Anche i pazienti traggono vantaggio dalla collaborazione istituzionalizzata, in quanto le competenze dei professionisti, da un lato specifiche della professione, dall'altro acquisite attraverso la cooperazione, ottimizzano il processo e il risultato del trattamento e dell'assistenza. Le problematiche somatiche, psichiche e sociali di un paziente sono trattate in modo coordinato ottenendo un ampio guadagno in termini di sinergia. Inoltre, attraverso la collaborazione di offerenti pubblici e privati, i pazienti a Winterthur ottengono prestazioni ben collegate che in ultima istanza aumentano l'efficienza delle cure.

Grazie alla stretta collaborazione, i vari settori specialistici sono al corrente della terapia del paziente. Sia medici che psichiatri e psicoterapeuti apprezzano di poter farsi un'idea della forma mentis delle altre professioni, riuscendo così a lavorare con il paziente a tutto tondo. I professionisti coinvolti traggono quindi un evidente vantaggio: i pazienti vengono infatti visti come persone.

## Finanziamento

Poiché il trattamento delle dipendenze comprende aspetti somatici, psichici e sociali, le prestazioni dell'ISW presentano varie fonti di finanziamento. Le prestazioni mediche e psicoterapeutiche sono per esempio fatturate tramite la cassa malati, mentre a farsi carico dei costi dei colloqui di consulenza è il settore sociale. La direzione dell'ISW reputa vantaggiosa la gestione comune dell'offerta, in quanto assicura un finanziamento sostenibile e impone dei vincoli. Il finanziamento di prestazioni singole al paziente, tuttavia, causa non solo una frammentazione nelle cure, ma anche un finanziamento insufficiente delle interfacce, importanti per garantire il coordinamento e la collaborazione tra i vari offerenti in favore dei clienti. L'ISW contrasta questa tendenza con il suo modello di cure integrate.

# La società ha bisogno di interprofessionalità

**Nel suo percorso professionale, prima in qualità di infermiera e ora di direttrice dello Spitex pediatrico, Helene Meyer-Jenni ha sperimentato di persona quali sono le condizioni necessarie per il successo del lavoro interprofessionale nel sistema sanitario. Grazie alla sua lunga esperienza nelle istituzioni, conosce gli ostacoli in politica, ma anche le sue possibilità per la promozione dell'interprofessionalità.**

## **Che cosa pensa dell'attuale livello di interprofessionalità?**

L'interprofessionalità è sempre più presente e importante, sia in politica sia nel sistema sanitario. Immagino che in futuro lo sarà ancora di più. Al momento non è ancora ritenuta un approccio indispensabile, ma pensando alla nostra situazione di individui, organizzazioni e società mi sembra chiaro che non possiamo farne a meno, perché la complessità della società richiede interprofessionalità.

**Helene Meyer-Jenni dirige dal 2015 lo Spitex pediatrico della Svizzera centrale, specializzato nell'assistenza a domicilio di bambini e adolescenti gravemente malati e terminali. Dal 2004 al 2012 municipale e sindaco di Kriens, popoloso Comune della periferia di Lucerna, oggi siede nel Gran Consiglio di Lucerna, dove presiede la Commissione dell'istruzione, dell'educazione e della cultura.**

## **Quali sono le Sue esperienze interprofessionali nel sistema sanitario?**

Nel sistema sanitario vi è la consapevolezza che i gruppi professionali debbano collaborare per il bene del paziente. Ogni persona ha delle competenze professionali che si intrecciano con quelle degli altri operatori. Molte organizzazioni funzionano secondo modelli interprofessionali. Anche nel nostro Spitex pediatrico l'interprofessionalità è una tematica all'ordine del giorno e, anche se non la chiamiamo così, è parte integrante della nostra prassi operativa. Il lavoro interprofessionale è fondamentale e assolutamente indispensabile, specie nell'ambito delle cure palliative, dove constato la consapevolezza di

tutti gli operatori sul fatto che le cose funzionano solo se ci si coordina su un piano di uguaglianza e si collabora in maniera strutturata.

## **Secondo lei quali sono i principali vantaggi di una reale interprofessionalità nel sistema sanitario?**

Per me il vantaggio dell'interprofessionalità è evidente: si tratta del bene degli esseri umani. Se sono malata o sto vivendo un momento difficile desidero stare meglio o farmi aiutare nel più breve tempo possibile. In situazioni di crisi ogni persona coinvolta può sentirsi sopraffatta. Grazie all'approccio interprofessionale tutti gli attori interessati hanno la possibilità di capire in modo rapido e mirato chi si assume la responsabilità del caso, chi si occupa di una determinata questione e chi può sgravare gli altri. Con questo modello vengono riunite tutte le persone implicate. Vi è però un aspetto da tenere presente: il modello interprofessionale non deve complicare il lavoro. Bisogna imparare a concentrarsi sull'essenziale.

## **Quali ostacoli intravede?**

L'interprofessionalità viene percepita in modo positivo, anche se non è sempre chiaro cosa significhi e cosa richieda per funzionare adeguatamente sul lungo termine. In questo senso siamo ancora agli inizi. Spesso obiettivi e scopo dell'interprofessionalità non sono evidenti e sorgono quindi dubbi sui vantaggi di questo metodo di lavoro. Nei momenti difficili ogni organizzazione e ogni categoria professionale fa «da sé» limitandosi così al proprio punto di vista. Succede soprattutto perché il lavoro in rete è ancora poco esplorato e consolidato,



«Per me il vantaggio dell'interprofessionalità è evidente: si tratta del bene degli esseri umani. Se sono malata o sto vivendo un momento difficile desidero stare meglio o farmi aiutare nel più breve tempo possibile. In situazioni di crisi ogni persona coinvolta può sentirsi sopraffatta. Grazie all'approccio interprofessionale tutti gli attori interessati hanno la possibilità di capire in modo rapido e mirato chi si assume la responsabilità del caso e chi può sgravare gli altri».



mentre risulta più naturale procedere secondo i metodi conosciuti e familiari. L'interprofessionalità può venir ostacolata anche per questioni economiche. Eppure è incredibile quante risorse si sprecano per il solo fatto di non fare interagire le singole professioni.

Al momento è difficile finanziare lo scambio interprofessionale informale, specialmente nella fase iniziale. A frenarne il finanziamento contribuisce anche il fatto che i responsabili politici spesso vorrebbero constatare rapidamente i risparmi

realizzati, quando si sa che i risparmi effettivi realizzati con l'interprofessionalità possono essere calcolati solo difficilmente e solo su un piano meramente teorico. Sono convinta che il modello interprofessionale apporti un chiaro valore aggiunto. Dobbiamo quindi essere pronti a investire prima, per risparmiare in futuro. Per esperienza so che dobbiamo far capire ai politici nel modo più concreto possibile quali sono i vantaggi diretti di questo modello.

#### **Quali sono a suo avviso i presupposti principali per una buona interprofessionalità?**

Implementare l'interprofessionalità, mantenerla e svilupparla implica un bel po' di lavoro. Il successo di quest'operazione dipende molto dalle persone coinvolte, ma vi sono alcuni presupposti fondamentali per la sua riuscita. In primo luogo occorre creare consenso circa l'importanza di lavorare in maniera interprofessionale. È una situazione che mi fa pensare a quanto accaduto alcuni anni fa rispetto alle pari opportunità tra uomo e donna: se non avessimo affrontato questa tematica in modo sistematico e martellante, non saremmo mai arrivati fin qui. Per me la chiave del successo di un'interprofessionalità vera e propria risiede nella formazione dei professionisti. Dobbiamo creare consenso attorno al tema dell'interprofessionalità, stabilirne chiaramente l'obiettivo e lo scopo e mostrarne il valore aggiunto. Secondo me è importantissimo definire un approccio e un metodo di lavoro strutturato e applicarli adeguatamente.

In secondo luogo occorrono strumenti che permettano di snellire e migliorare le pratiche. La cartella informatizzata del paziente o l'eHealth, ad esempio, possono fornire un evidente valore aggiunto, in quanto consentono di scambiare e trasmettere immediatamente informazioni rilevanti. Anche qui sorgono altri interrogativi, legati ad esempio alla protezione dei dati e delle persone. È un campo nel quale dobbiamo muoverci con sensibilità e prudenza, ma al tempo stesso con determinazione, il che presuppone un altro genere di interprofessionalità: anche in questo caso dobbiamo infatti collaborare con esperti per allestire sistemi migliori.

**«Per me la chiave del successo di un'interprofessionalità vera e propria risiede nella formazione dei professionisti».**

#### **In che modo la politica può favorire l'interprofessionalità?**

Anche la politica assume un ruolo chiave nella promozione dell'interprofessionalità, ad esempio riconoscendo in linea di principio l'imprescindibilità di un'evoluzione verso modelli lavorativi interprofessionali e la necessità di creare le condizioni per consentirne la realizzazione. Per riuscirci dobbiamo però rispondere a due interrogativi. Primo: siamo pronti a chiedere che nell'ambito delle formazioni, degli indirizzi di studio e dei tirocini diversi ci si confronti con l'interprofessionalità, si investano risorse a tale scopo e si esigano dei risultati? Secondo: chi deve o può guidare questo percorso nell'ambito dell'assistenza sanitaria? La politica che assegna i mezzi finanziari, i professionisti che vantano un titolo di studio in medicina o il settore delle cure che si trova al centro dell'azione? Anche qui la collaborazione su un piano di uguaglianza svolge un ruolo centrale. Non partiamo quindi da un modello di pensiero impo-

stato su criteri gerarchici, bensì da un approccio circolare, interprofessionale appunto, in base al quale definiamo chi è in grado di apportare, delegare e assumere quali competenze, con l'obiettivo primario di operare per il bene delle persone interessate.

**«L'implementazione dell'interprofessionalità è impegnativa. Le esperienze di altre organizzazioni possono motivarci, aiutarci a capire cosa significa lavorare secondo un modello interprofessionale e in quali contesti sono stati ottenuti risultati».**

**«Lo scambio di esperienze ci consente di dirimere dubbi, ottenere comprensione, sviluppare soluzioni e collaborare in maniera efficace. E questo dà motivazione e soddisfazione».**

#### **Cosa deve fare un'organizzazione per attuare l'interprofessionalità?**

Occorre un misto di cultura e struttura. È importante tematizzare l'interprofessionalità nel lavoro quotidiano, provare tale approccio e, se necessario, adeguare i processi. Interprofessionalità significa anche poter delegare le competenze. Per farlo bisogna fidarsi delle competenze e dell'affidabilità di altre persone e a questo riguardo il contatto personale tra professionisti è fondamentale. Occorre inoltre proporre offerte di perfezionamento a bassa soglia, nell'ambito delle quali si possano scambiare opinioni su riflessioni teoriche, ma anche su esperienze pratiche. Infine, è fondamentale avere tempo di occuparsi e discutere dei processi, delle competenze e della cultura. Ciò significa che bisogna approfittare dei momenti di calma per verificare quali strumenti ausiliari siano necessari per sviluppare una collaborazione efficace e per automatizzarla. Solo così si creano i presupposti per poter lavorare in maniera ottimale anche sotto pressione.

L'intervista si è svolta il 9 maggio 2018 presso il servizio di cure a domicilio per bambini della Svizzera centrale (KinderSpitex Zentralschweiz).





# Outpatient Parenteral Antibiotic Therapy

Nel caso di determinate infezioni, come quelle articolari o quelle causate da microbi resistenti, gli antibiotici devono essere somministrati a lungo per via intravenosa. Solitamente, per la durata della terapia antibiotica, i pazienti devono rimanere in ospedale o essere appositamente ricoverati. Per questo motivo i soggiorni stazionari si prolungano. Dal 2014 l'ospedale universitario di Basilea (Universitätsspital Basel) offre un programma ambulatoriale di infusione di antibiotici chiamato Outpatient Parenteral Antibiotic Therapy, OPAT (terapia parenterale per pazienti ambulatoriali). Grazie al programma OPAT, primo nel suo genere in Svizzera, è possibile ridurre il soggiorno stazionario o evitare il ricovero del paziente anche nel caso di una terapia antibiotica intravenosa. Il team OPAT è composto da team più piccoli di infermieri, medici, farmacisti ospedalieri e collaboratori amministrativi. Nel 2016 è stata costituita una rete extraospedaliera composta da servizi Spitex, una farmacia esterna e ospedali esterni.

## OPAT

<b>Cantone</b>	Basilea Città
<b>Organizzazione</b>	Outpatient Parenteral Antibiotic Therapy (OPAT), Ospedale universitario di Basilea
<b>Ambito d'intervento</b>	Assistenza sanitaria
<b>Setting</b>	Ospedale (settore stazionario), ospedale (settore ambulatoriale), Spitex, istituti, domicilio del paziente
<b>Gruppi professionali</b>	Medici, farmacisti, infermieri
<b>Collaborazione interprofessionale</b>	Cure intensive
<b>Webseite</b>	<a href="http://www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizin/kliniken-institute-abteilungen/medizinische-poliklinik/angebot/opat">www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizin/kliniken-institute-abteilungen/medizinische-poliklinik/angebot/opat</a>

## Un trattamento incentrato sul paziente

I potenziali pazienti spesso vengono iscritti al programma OPAT da medici internisti in occasione di una loro ricovero presso l'ospedale universitario di Basilea. Le iscrizioni tuttavia possono essere effettuate anche da un altro ospedale, dal pronto soccorso o dal medico di base. In seguito all'iscrizione, è il team OPAT a decidere se un paziente è adatto al programma. La terapia infatti è possibile esclusivamente per i pazienti a cui gli antibiotici devono essere somministrati solo una volta al giorno o possono essere iniettati continuamente per 24 ore tramite una pompa di infusione. L'accesso al programma è deciso da un infermiere OPAT in collaborazione con un medico del team OPAT. Il trattamento è incentrato sul paziente: in base alle sue preferenze e alle necessità mediche potrà infatti essere trattato esclusivamente a domicilio o ambulatorialmente presso l'ospedale universitario di Basilea.

## Comprensione reciproca dei settori specialistici

Il programma OPAT riveste un ruolo fondamentale, in quanto stabilisce il principale contatto con i pazienti, rappresenta il punto di riferimento organizzativo centrale e dispone delle conoscenze necessarie per una somministrazione ottimale degli antibiotici. Il programma OPAT è gestito grazie alla collaborazione tra il reparto di infettivologia e il policlinico medico (Medizinischen Poliklinik). Per l'attuazione del programma sono coinvolti diversi gruppi professionali. Poiché i pazienti ricevono un maggior numero di trattamenti a domicilio, aumenta la collaborazione con servizi esterni come lo Spitex. Affinché i numerosi professionisti coinvolti collaborino, è necessaria una chiara divisione dei compiti e un buon coordinamento, sia internamente sia esternamente. Perché ciò sia garantito, il team OPAT, d'intesa con i servizi Spitex esterni

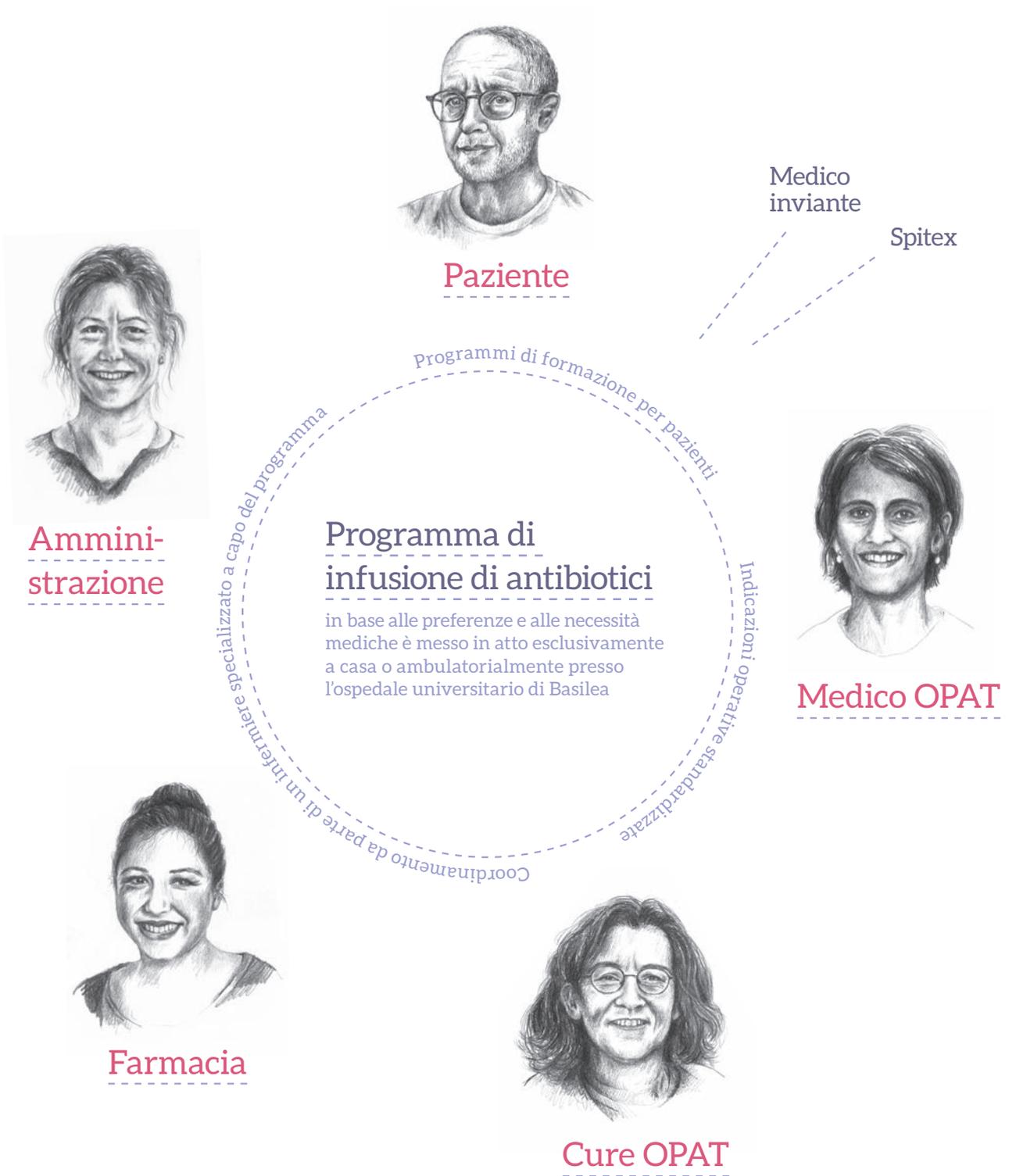
e una farmacia esterna, ha sviluppato delle indicazioni operative standardizzate. Inoltre, ogni due settimane si tengono riunioni tra i rappresentanti dell'amministrazione, del team degli infermieri, di quello dei medici e della farmacia ospedaliera. Al bisogno, anche partner esterni come gli Spitex sono invitati a partecipare. Durante queste riunioni si discutono l'organizzazione e le procedure del programma OPAT. Inoltre, il team OPAT rimane regolarmente in contatto con la farmacia esterna di spedizioni, grazie a riunioni bilaterali o comunicazioni telefoniche ed e-mail. Secondo gli interessati, le riunioni comuni e la comunicazione bilaterale hanno un ruolo importante nel migliorare l'assistenza ai pazienti. Grazie alle riunioni, tutti i gruppi specialistici dispongono delle stesse informazioni e possono quindi individuare i segmenti del trattamento da ottimizzare. Infine, la collaborazione promuove una reciproca comprensione dei settori specialistici e dei loro processi operativi.

**«Durante le riunioni riceviamo informazioni a cui altrimenti non avremmo accesso. Questo ci permette anche di rispondere meglio alle eventuali domande dei pazienti». L'amministrazione**

L'impostazione ambulatoriale del programma fa sì che i compiti dell'ospedale siano svolti da servizi ambulatoriali. In questo contesto, il programma OPAT offre una formazione del personale dei servizi di cure ambulatoriali. Anche i pazienti sono formati individualmente: la figlia di un paziente, per esempio, è stata istruita su come sostituire la pompa di infusione alla fine della settimana. In futuro, il team OPAT prevede di offrire ai pazienti programmi di formazione standardizzati. Inoltre, la farmacia esterna di spedizioni forma il personale Spitex cosicché, una volta a casa del paziente, possano azionare e cambiare la pompa di infusione. Un altro esempio di collaborazione interprofessionale è la scheda informativa sulla gestione della pompa di infusione che è stata redatta dal team di infermieri, quello dei medici e dalla farmacia ospedaliera insieme ai pazienti.

Il numero dei pazienti del programma OPAT aumenta annualmente del 20 per cento circa. Nel 2017, nel quadro di questo programma sono stati trattati 192 pazienti. Il successo del programma ha fatto crescere il consenso della direzione medica dell'ospedale universitario di Basilea. Attualmente, i medici utilizzano l'offerta con regolarità per i propri pazienti. Secondo i professionisti interessati, al successo del programma hanno contribuito diversi fattori, il più significativo dei quali è proprio il team OPAT. I professionisti hanno riferito inoltre che l'entusiasmo e la motivazione del team di partenza hanno dato uno slancio significativo per l'allestimento del programma. Anche il ruolo di coordinamento ricoperto dall'infermiere a capo del programma è importante per la collaborazione interna ed esterna. Con circa 15 persone coinvolte nell'ospedale universitario, il team è inoltre ben visibile e risulta più facile contattare i professionisti, il che promuove una buona comunicazione. Per il team OPAT è decisivo anche che la collaborazione avvenga in un'atmosfera di rispetto e solidarietà e che la gerarchia sia orizzontale.

**«Il progetto mi ha fatto crescere a livello personale, perché riesco a mettermi meglio nei panni di chi lavora in altri settori. Ora conosco meglio le esigenze delle altre professioni, quindi quando arriva una richiesta, riesco a gestirla meglio». Un farmacista ospedaliero**



## Per il bene del paziente

Il motore trainante per lo sviluppo del programma OPAT è stato primariamente il benessere dei pazienti, che spesso esprimono il desiderio di lasciare al più presto l'ospedale o, possibilmente, di non dovervi essere ricoverati. Per i pazienti, quindi, il più grande vantaggio è che durante il trattamento possono continuare la propria vita lavorativa e familiare. Un altro beneficio di cui godono è l'esperienza del team OPAT in ambito infettivologico. Inoltre, la loro salute è meglio protetta, perché il programma permette di ridurre nettamente il rischio di infezioni nosocomiali.

Il programma OPAT, infine, garantisce un utilizzo efficiente delle risorse ospedaliere, in quanto i posti letto non vengono occupati e rimangono così a disposizione per altri pazienti. In questo modo, l'ospedale universitario di Basilea dispone di maggiori capacità e risorse impiegabili in ambito stazionario o al pronto soccorso.

## Finanziamento

Per il team OPAT una priorità centrale è sottolineare il valore aggiunto che il programma rappresenta per i singoli pazienti (trattamento incentrato sul paziente) e per la società (principio «prima ambulatoriale, poi stazionario») per garantire un utilizzo adeguato delle risorse disponibili. Sinora è stato finanziato un servizio di cure presso l'ospedale universitario di Basilea. Una sfida chiave per il programma OPAT è la difficoltà riscontrata nel fatturare le prestazioni di coordinamento del team di cure. Inoltre, il trattamento ambulatoriale impone una contabilità diversa rispetto a quella del settore ospedaliero stazionario: per superare questo ostacolo, il team OPAT sta elaborando modelli di remunerazione innovativi per l'assistenza in ospedale di pazienti che al contempo seguono una terapia a domicilio.

**«La mia integrazione nella quotidianità è assicurata. Posso rimanere nel mio ambiente familiare e lavorativo, e questa è la cosa più importante». Un paziente**





# Transition to Home after Preterm Birth

I neonati prematuri e i loro genitori e fratelli, in seguito a un'assistenza continua e altamente specializzata presso la terapia intensiva neonatale dell'ospedale, sperimentano un vuoto nelle cure. La fase di transizione di ritorno alla quotidianità domestica è rischiosa e mette a dura prova molti genitori. Da una parte, la loro insicurezza, l'impressione di non essere abbastanza

preparati, l'elevata necessità di conoscenze e supporto e, dall'altra, un insufficiente coordinamento delle offerte di sostegno ambulatoriali, causano spesso prolungamenti della permanenza in ospedale, ricoveri successivi, ma anche visite d'urgenza o dal pediatra. Al centro del progetto «Transition to Home after Preterm Birth» (Transizione a casa dopo un parto pretermine) si trova un nuovo modello di assistenza sanitaria che facilita il trasferimento a casa, migliorandolo in modo sostenibile e strutturandolo in modo più sicuro. Il progetto è nato da una cooperazione tra l'Inselspital e la Scuola universitaria professionale di Berna. La nuova offerta di cure si trova dal febbraio 2018 nella fase pilota di implementazione e valutazione che si concluderà a inizio 2019.

## Transition to Home after Preterm Birth

<b>Cantone</b>	Berna
<b>Organizzazione</b>	Clinica pediatrica universitaria, neonatologia, Inselspital di Berna, Scuola universitaria professionale di Berna, Dipartimento cantonale della sanità
<b>Ambito d'intervento</b>	Assistenza sanitaria, modelli interprofessionali
<b>Setting</b>	Ospedale (settore stazionario), settore ambulatoriale ospedaliero, domicilio del paziente
<b>Gruppi professionali</b>	Infermieri/advanced practice nurses (APN), medici, psichiatri dell'infanzia e dell'adolescenza, psicologi, psicoterapeuti, levatrici, assistenti sociali, pedagogisti curativi, musicoterapeuti, consulenti spirituali
<b>Interprofessionelle Zusammenarbeit</b>	Prevenzione, cure intensive, cure ai malati cronici, transizione, pediatria
<b>Sito web</b>	<a href="http://www.transitiontohome.ch">www.transitiontohome.ch</a>

## Sostegno continuativo

Una constatazione centrale dei responsabili del progetto è che i genitori di bambini prematuri necessitano di un sostegno continuativo che va oltre il soggiorno ospedaliero. Inoltre, è stato rilevato che molte delle offerte di sostegno già esistenti sono coordinate in modo insoddisfacente. È in questo frangente che il progetto va ad inserirsi: per assicurare un sostegno continuativo e coordinato: alla famiglia è assegnata come persona di contatto una cosiddetta advanced practice nurse, ossia un'infermiera specializzata e formata a livello accademico. Questa figura accompagna e fornisce consulenza alla famiglia, coordinando le offerte a partire dalla nascita, durante la degenza ospedaliera, fino a sei mesi dalla dimissione.

## Attività interprofessionale incentrata sulla famiglia

Il progetto mette in atto un modello interprofessionale di cure che persegue un approccio incentrato sulla famiglia. Ciò significa che l'intera famiglia e il suo entourage sono messi al centro dell'assistenza. È infatti la famiglia stessa a scegliere quali offerte di sostegno vuole utilizzare. Per i responsabili coinvolti, la perfetta collaborazione interprofessionale è la chiave del successo del progetto. Per garantirne la riuscita, al suo interno sono previste una serie di misure che riguardano sia la presa di decisioni comune, sia il reciproco scambio di informazioni.

Le tavole rotonde sono l'elemento cardine dell'attività interprofessionale nel progetto. Per ogni famiglia si tengono complessivamente tre colloqui: il primo ha luogo circa tre settimane dopo il parto, il secondo prima della dimissione e il terzo tre mesi dopo. Oltre ai genitori,

«Cerchiamo di coordinare le offerte di assistenza delle famiglie e di abbattere il muro tra il settore ospedaliero e quello extraospedaliero». Esperta di cure presso la neonatologia

«Per il nostro bambino è stato d'aiuto che fossimo istruiti in vari aspetti. Quando siamo arrivati a casa eravamo ormai degli esperti in materia».

Una mamma

vi prendono parte i professionisti del settore stazionario e ambulatoriale coinvolti nel sostegno alla famiglia. Durante i colloqui sono distribuiti i compiti e discusse possibili collaborazioni al fine di scegliere l'assistenza e la terapia migliori. Le decisioni si basano su un dialogo interprofessionale sviluppato con la famiglia.

Come procedura interna all'ospedale, l'advanced practice nurse registra nel sistema di documentazione dei pazienti le decisioni adottate insieme alla famiglia, le consulenze indicate, quelle eseguite e i successivi passi pianificati. L'intero team ospedaliero può visualizzare la documentazione. Inoltre, avviene uno scambio tra professionisti nel quadro di regolari riunioni o attraverso contatti informali. L'advanced practice nurse, poi, assicura uno scambio di informazioni anche con i professionisti del settore ambulatoriale extraospedaliero. Inoltre, ogni famiglia riceve un dossier cartaceo in cui ogni professionista documenta il trattamento effettuato e che, dietro consenso, può essere consultato da tutte le figure coinvolte. Infine, i responsabili del progetto riferiscono che in futuro sarà valutato l'utilizzo di una cartella informatizzata del paziente per facilitarne la consultazione a tutti i professionisti coinvolti.



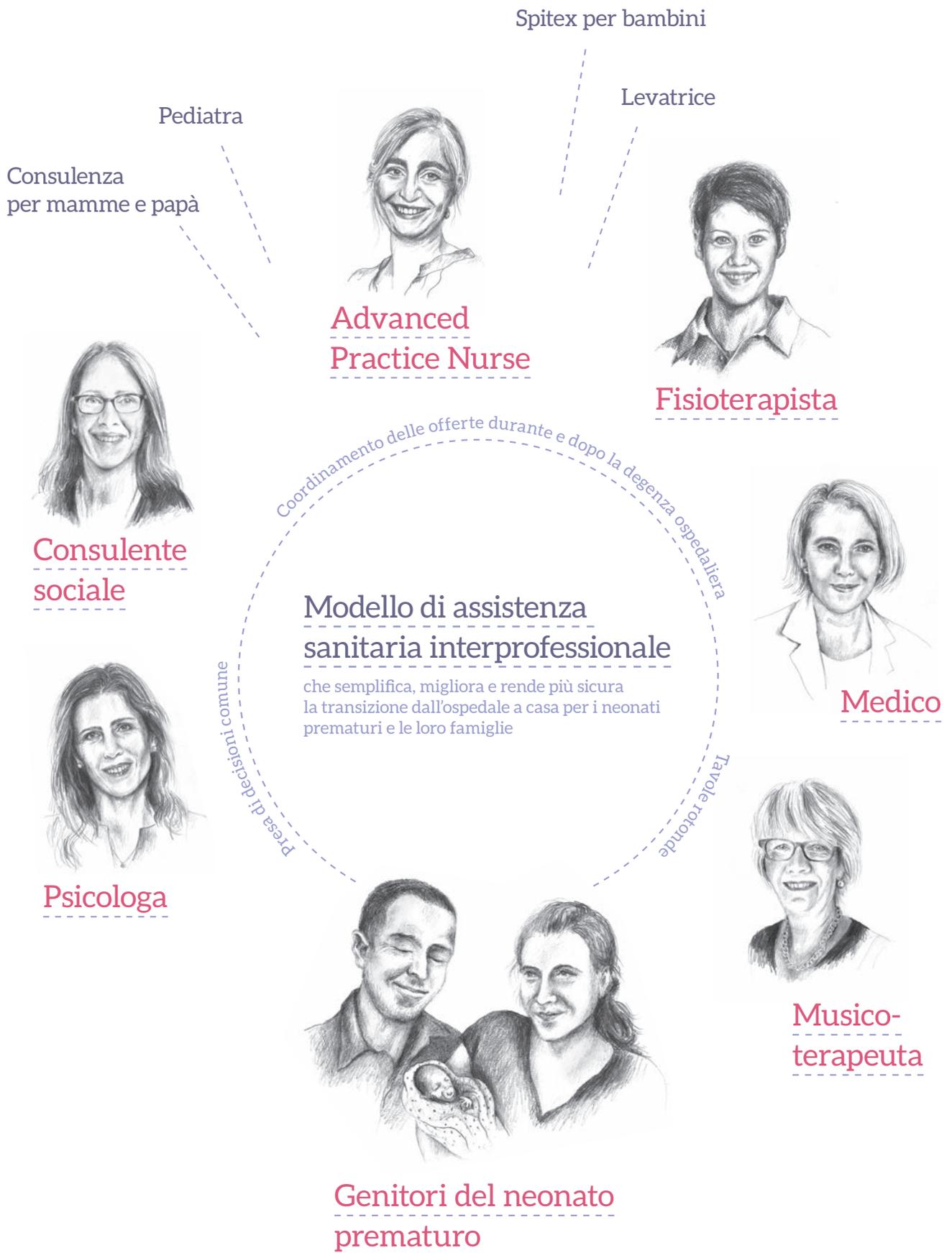
Le famiglie con bambini nati prematuri beneficeranno ancora del sostegno di un'equipe interprofessionale fino a sei mesi dalla dimissione dall'ospedale.

## Identità collettiva del team

Il progetto offre un contesto di apprendimento in cui gli interessati possono sviluppare una collaborazione interprofessionale. I professionisti della salute coinvolti hanno l'interesse comune a imparare l'uno dall'altro e ad arricchirsi vicendevolmente. La direzione del progetto è infatti convinta che la collaborazione interdisciplinare possa avvenire solo se i professionisti lavorano in una condizione di parità. Nello sviluppo del progetto, è centrale che nel team si crei un'identità collettiva e vi sia rispetto per le altre professioni.

Ciò fa sì che i professionisti si confrontino con le varie identità dei gruppi professionali coinvolti. Per promuovere un'identità collettiva, la direzione del progetto reputa importante che vi sia un approccio partecipativo di tutti gli attori sia nello sviluppo sia nell'attuazione del progetto. In quest'ottica, tutti i professionisti della salute, interni ed esterni all'ospedale, come anche le famiglie interessate, sono stati inclusi nello sviluppo del piano fin dalla sua fase iniziale. Inoltre, la direzione del progetto organizza frequentemente scambi professionali tra i diversi settori. Da una parte, infatti, le advanced practice nurse, hanno già potuto conoscere l'attività di levatrici che esercitano la professione a titolo indipendente e di neuropediatrati, oltre che visitare i servizi Spitex per bambini e assistere a consulenze per mamme e papà. Dall'altra, collaboratori dei servizi Spitex, una levatrice e rappresentanti del servizio di istruzione precoce del Cantone di Berna sono stati ospitati presso il reparto di neonatologia.

# Il team a Berna



## Rafforzamento della famiglia

I responsabili del progetto ritengono che l'assistenza interprofessionale migliori il risultato del trattamento del neonato prematuro e abbia un influsso positivo sulla salute psichica dei genitori e di conseguenza sullo sviluppo successivo del bambino. Per i genitori, il vantaggio principale è che la transizione da un soggiorno ospedaliero di più settimane all'ambiente domestico viene semplificata. In questo contesto è particolarmente positivo che mantengano i contatti con una persona di fiducia che li conosce dal momento del ricovero. In questo modo, dopo la dimissione le famiglie vengono supportate nel distacco dall'ambiente protetto del reparto. Grazie alla preparazione al ritorno a casa, i genitori si sentono quindi in grado di superare la quotidianità domestica.

Anche per i settori specialistici coinvolti si constata un netto beneficio: se infatti le offerte di sostegno sono coordinate in base al fabbisogno, le competenze specifiche dei vari fornitori di prestazioni possono essere utilizzate in modo ottimale. In questo modo si evitano doppioni e si migliorano la comunicazione e il flusso di informazioni. Così facendo è possibile abbreviare la durata della degenza e di conseguenza apportare un beneficio al sistema sanitario risparmiando sui costi.

**«La prima tavola rotonda è stata per noi molto importante. Sino a quel momento avevamo ricevuto da ogni settore specialistico solo informazioni frammentarie che non eravamo in grado di riordinare. Grazie al colloquio abbiamo ottenuto una visione d'insieme». Una mamma**

I costi del soggiorno ospedaliero di un bambino nato prematuramente sono spesso di diverse centinaia di migliaia di franchi. Secondo i responsabili del progetto, un investimento nell'assistenza ambulatoriale delle famiglie dopo il ricovero assicura gli effetti duraturi equivalenti a quelli generati dagli elevati investimenti nel settore stazionario. Dal punto di vista economico quindi conviene, in considerazione sia della riduzione di conseguenze tardive sia di motivi medici, investire nella prima infanzia e nel rapporto tra genitori e bambino. Grazie alle prestazioni aggiuntive fornite all'interno del nuovo modello di cure, nel settore stazionario si possono generare risparmi riducendo la durata del soggiorno ospedaliero ed evitando ricoveri ripetuti. Nel settore ambulatoriale, invece, si possono evitare inutili consultazioni d'urgenza.

## Finanziamento

Nella sua fase pilota, tra il 2018 e il 2019 il progetto sarà finanziato con mezzi propri e di terzi. Terminata l'implementazione, si calcoleranno i costi basandosi sull'analisi del loro andamento durante il progetto pilota e alla luce di ciò verrà stabilito un piano d'esercizio sovraordinato.



# Piano di Cure Condiviso

Tra il 5 e il 10 per cento dei pazienti seguiti a livello ambulatoriale possono essere considerati pazienti con necessità complesse. Si tratta di pazienti che presentano un insieme di aspetti che rendono difficile una presa in carico standard e che trarrebbero vantaggio dalla dinamica di un team professionale. Tali aspetti

## Piano di Cure Condiviso

<b>Cantone</b>	Ginevra
<b>Organizzazione</b>	Direzione generale della salute del Cantone di Ginevra (DGS, dipartimento del lavoro, del sociale e della salute), associazione PRISM (Promotion des Réseaux Intégrés de Soins aux Malades), organizzazione imad (Institution genevoise de maintien à domicile)
<b>Ambito d'intervento</b>	Tutti
<b>Setting</b>	Ospedale (presa in carico ambulatoriale), aiuto e cure a domicilio, studio medico, farmacia, unità medica di accoglienza temporanea di Cité générations
<b>Gruppi professionali</b>	Medici, infermieri e personale curante, farmacisti, assistenti di studio medico/coordinatrici in medicina ambulatoriale, professioni amministrative nella DGS, professioni nell'ambito assicurativo, altre professioni (p. es. informatici)
<b>Collaborazione interprofessionale</b>	Diversi ambiti d'intervento: Plurimorbilità, cure di disturbi cronici, congiunti che prestano cure, cure mediche di base, ecc.
<b>Contatti</b>	Aurélie Rosemberg, direttrice dei progetti strategici trasversali, aurelie.rosemberg@etat.ge.ch

possono essere una comorbilità (coesistenza di malattie somatiche e/o problematiche psichiche), familiari curanti sovraccarichi o assenza di questi ultimi, un elevato numero di professionisti (non coordinato), difficoltà socio-economiche ecc. Nel quadro del progetto «Plan de Soins Partagé» (piano di cure condiviso), la direzione generale della salute del Cantone di Ginevra (Direction générale de la santé, DGS) in collaborazione con PRISM (promozione delle reti di cure ai malati integrate) e imad (istituzione ginevrina di sostegno a domicilio) punta a supportare i professionisti della salute nella presa in carico di pazienti con necessità complesse facilitando la collaborazione interprofessionale e la comunicazione con la persona seguita.

## Riunioni di coordinamento per prendere decisioni condivise

Il cuore del progetto è costituito regolari riunioni di coordinamento alle quali partecipano il paziente con i suoi familiari curanti, il medico che lo segue e l'infermiere di riferimento. Queste riunioni permettono al team interprofessionale di conoscersi, di costruire un rapporto di fiducia e di elaborare insieme una presa in carico coordinata che si basi sulle priorità del paziente, sull'analisi congiunta delle problematiche riscontrate e sulle soluzioni scelte.

## Piano di cure formalizzato e condiviso

I punti decisi in occasione delle riunioni di coordinamento vengono formalizzati in un piano di cure in cui si riportano le priorità del paziente, i necessari ambiti d'intervento e gli obiettivi associati a tali ambiti. Inoltre, nel piano sono identificate le azioni e attribuiti i ruoli. I responsabili del progetto sottolineano che il piano di cure si focalizza anche su elementi proattivi che mirano a evitare episodi quali consultazioni d'urgenza, ricoveri non pianificati ecc.

Il piano di cure è condiviso, in quanto tutti i membri del team vi hanno accesso attraverso la propria cartella informatizzata del paziente, il tutto in modo assolutamente riservato. Inoltre, i membri del team possono visualizzare le informazioni relative ai controlli effettuati nel quadro del piano di cure. Ciò è possibile grazie all'interoperabilità tra i diversi sistemi informatici uti-

Pazienti e familiari



Infermiere  
specializzato

Assistente sociale

Riunioni di coordinamento interprofessionale

Formalizzazione delle decisioni del team

Progetto  
interistituzionale

Preso in carico di pazienti con necessità complesse in team interprofessionali (pazienti, familiari, medici e servizi di cure a domicilio)

Interoperabilità tra i vari sistemi informativi



Infermiere



Medico

Medico specialista  
p.es.: psichiatra

Operatore  
socio sanitario AFC

lizzati dai pazienti e dai vari fornitori di prestazioni. Il team coinvolto decide quali informazioni devono essere visibili a tutti. Un responsabile del progetto sostiene infatti che sarà condiviso solo ciò che il team reputa rilevante. La circolazione istantanea delle informazioni (sincronizzazione) è centrale, perché lo stato di salute di un paziente con problematiche complesse può cambiare ogni giorno, sottolinea un familiare curante.

«Insieme possiamo fare di più e siamo più intelligenti». Un infermiere

## Un progetto realizzato con medici e infermieri

Nella presa in carico dei pazienti complessi interviene un gran numero di fornitori di prestazioni che dispongono di esperienze complementari. La presa in carico potrà quindi essere efficace solo se gli interventi sono coordinati e coerenti. In un primo tempo, il progetto è stato elaborato soprattutto con i medici curanti e gli infermieri di cure a domicilio, essendo questi ultimi più vicini ai pazienti. Un progetto collegato (piano condiviso della terapia farmacologica) permette di estendere il team interprofessionale ai farmacisti e agli ospedali per migliorare il coordinamento dei trattamenti farmacologici. In una fase futura, anche l'enorme sostegno proveniente dagli attori dell'ambito sociale dovrà essere incluso nel piano di cure condiviso.

### Il consenso come strumento

Le riunioni di coordinamento sono il fulcro dell'attività interprofessionale. L'obiettivo delle riunioni di coordinamento è di raggiungere un consenso sugli obiettivi e le azioni per rendere coerente la presa in carico. Sono i pazienti a decidere se il piano di cure può essere condiviso o meno, sottolinea un familiare curante. Per accordarsi, i membri del team devono essere disposti a lavorare in stretta collaborazione. Secondo i responsabili del progetto, ciò si traduce in un cambiamento fondamentale nella pratica, in particolare per medici e infermieri, che sono in questo modo formati e accompagnati nella collaborazione interprofessionale. Anche le rispettive organizzazioni sono coinvolte per facilitare l'adozione di queste innovazioni.

### Decisioni condivise e leadership flessibile

L'attribuzione della leadership all'interno del team non è definita dal progetto. La convocazione di una riunione, quindi, non parte necessariamente dai professionisti della salute, bensì può essere richiesta anche da un familiare curante. In entrambi i casi è l'infermiere ad assicurarsi che gli elementi decisi durante la riunione di coordinamento siano riportati correttamente nel piano di cure. Nella riunione di coordinamento successiva sarà compito del team verificare se gli obiettivi sono stati raggiunti o meno ed eventualmente adeguarli.

## Benefici del progetto

Il progetto rafforza il legame tra paziente e professionisti della salute, favorendo così la qualità e la sicurezza delle cure. Anche l'autosufficienza del paziente ne esce rafforzata. Inoltre viene valorizzato il ruolo dei familiari curanti, che, come spiega uno di loro, non sono solo i congiunti, ma anche le persone maggiormente coinvolte nell'assistenza quotidiana.

Un altro elemento che aumenta la sicurezza della presa in carico è la fissazione degli obiettivi e delle misure da adottare. Come sottolineano i responsabili, il progetto contribuisce anche alla valorizzazione di ciascuno dei professionisti, in quanto ogni membro del team può apportare la sua esperienza. L'approccio interprofessionale aumenta l'esperienza a cui attingere e permette di prendere decisioni migliori. Il passaggio dall'attività monoprofessionale a un team interprofessionale permette inoltre di distribuire le responsabilità e il carico emotivo, che

possono rappresentare un peso per i professionisti della salute. Gli effetti positivi sul paziente e sui familiari si riflettono anche sul modo che i professionisti hanno di valutare la propria efficacia. Nel complesso, i responsabili del progetto sono convinti che il lavoro di squadra aumenterà la soddisfazione sul lavoro.

Attualmente, il sistema sanitario svizzero ha difficoltà ad andare incontro a pazienti con necessità complesse, ma con un progetto di questo tipo si può migliorare la continuità delle cure. Ad oggi, l'esperienza mostra infatti che il numero di ricoveri e di consultazioni d'urgenza può essere ridotto grazie a un piano di cure condiviso. Infine, una familiare curante sottolinea che il sistema può essere migliorato anche attribuendo ai pazienti e al loro entourage maggiori responsabilità in merito alla loro salute e a quella dei loro congiunti.

**«Il malato non è più la vittima ma l'attore della sanità».**

Un familiare curante

## Finanziamento

Secondo i responsabili del progetto, le attuali modalità di finanziamento costituiscono il principale ostacolo della presa in carico dei pazienti con necessità complesse. Sebbene il coordinamento sia ovviamente indispensabile, valorizzarlo per questi pazienti è difficile. Le riunioni di coordinamento per gli infermieri sono finanziate solo nel caso in cui il paziente è considerato instabile, cosa che risponde alla logica proattiva del progetto, indispensabile per questi pazienti. Infatti, molte azioni a durata limitata (p. es. le telefonate) sono indispensabili per la presa in carico del paziente con necessità complesse. Inoltre, la distribuzione casuale delle azioni sull'arco della giornata di consultazione rende macchinoso l'inserimento di queste prestazioni. Infine, la prestazione in assenza del paziente richiede maggiore tempo quando questo ha necessità complesse, se confrontato al paziente standard. Le attività di coordinamento svolte dagli infermieri in assenza del paziente, tuttavia, non sono finanziate. Inoltre, con le limitazioni imposte dall'aggiornamento del Tarmed nel 2018, tali prestazioni non sono più coperte a sufficienza nemmeno per i medici. Il progetto ginevrino gode di un finanziamento cantonale transitorio per le riunioni di coordinamento. L'obiettivo dei responsabili del progetto è valutare e mettere nuovamente in atto i modelli di finanziamento per riuscire a sostenere il coordinamento interprofessionale in modo duraturo.



**«Spesso la presa in carico di un paziente è considerata dai medici un fallimento terapeutico. Ma grazie al progetto si può migliorare la situazione dei pazienti e ciò è valorizzante».** Un medico



# Riabilitazione Oncologica

In Svizzera le persone toccate direttamente dal cancro sono più di 300 000. Ogni anno vengono diagnosticati 40 000 nuovi casi, di cui poco meno della metà riguarda persone ancora professionalmente attive. Oltre che dalla malattia, la qualità di vita è compromessa anche

dagli effetti collaterali del trattamento (p.es. affaticamento o difficoltà di concentrazione). Di conseguenza, spesso i pazienti non sono in grado di lavorare e dipendono dall'assicurazione per l'invalidità. Programmi di riabilitazione mirati per i pazienti oncologici possono contribuire in modo significativo a ridurre gli effetti collaterali dei trattamenti antitumorali. In questo modo la qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari può essere migliorata e si può facilitare il ritorno a una quotidianità normale. Attualmente, nella Romandia non esistono programmi di riabilitazione coordinata. Il programma di riabilitazione oncologica (Réadaptation Oncologique) del centro sanitario La Corbière a Estavayer-le-Lac punta a colmare questa lacuna.

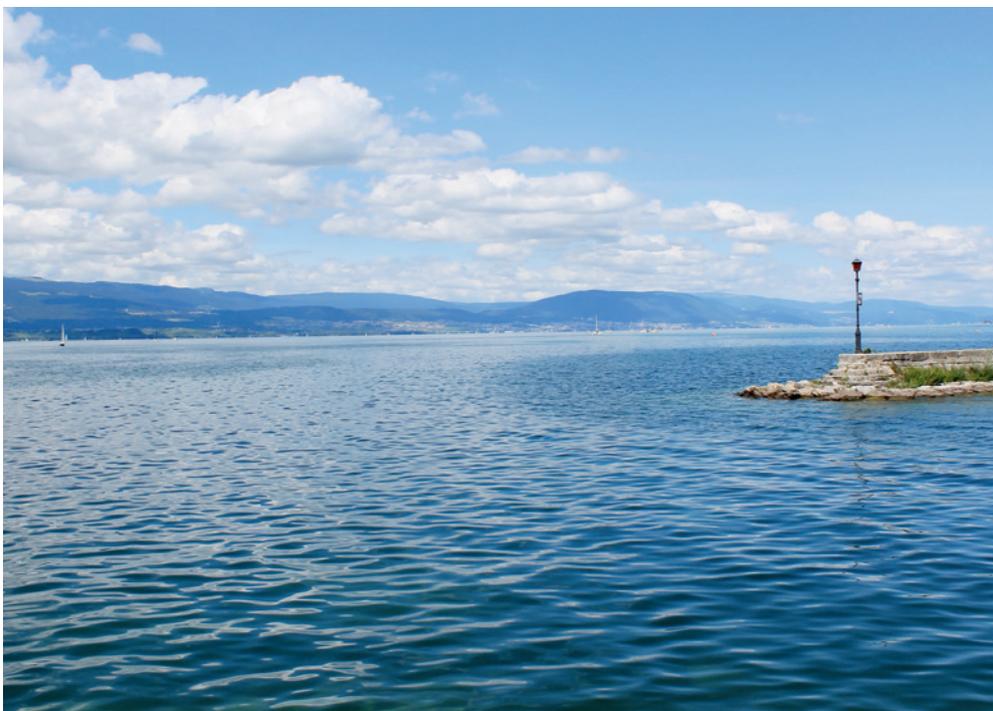
## Riabilitazione Oncologica

<b>Cantone</b>	Friburgo
<b>Organizzazione</b>	Centre de santé de La Corbière, Estavayer-le-Lac
<b>Ambito d'intervento</b>	Gesundheitsversorgung, interprofessionelle Modelle
<b>Setting</b>	Comune/servizi sociali, studio medico/istituto
<b>Gruppi professionali</b>	Istruttrice di Attività Fisica Adattata (AFA), fisioterapisti, dietisti, assistenti sociali di leghe sanitarie, terapisti complementari (omeopatia, agopuntura), psico-oncologi, direzioni amministrative, Lega contro il cancro di Friburgo
<b>Collaborazione interprofessionale</b>	Prevenzione (nutrizione), riabilitazione/reinserimento professionale, oncologia, salute mentale, competenze in materia di salute dei pazienti, dietista
<b>Sito web</b>	<a href="http://www.lacorbriere.ch">www.lacorbriere.ch</a>

## Globale e basato su prove scientifiche

La riabilitazione oncologica presso La Corbière è un programma di riabilitazione ambulatoriale di nove settimane che punta ad aumentare l'autosufficienza dei pazienti. Secondo il direttore del programma e l'oncologo responsabile, durante il trattamento è essenziale considerare sia la condizione fisica sia il benessere psicologico e sociale del paziente. Durante il programma, i pazienti sono valutati dall'oncologo responsabile e vengono organizzate attività fisiche adatte alla loro condizione. I pazienti ricevono anche consigli nutrizionali e seguono corsi di cucina. Durante le attività dei gruppi di scambio i pazienti ricevono inoltre spunti per vivere meglio la diagnosi del cancro (conoscenza di sé, rilassamento, meditazione). Infine, i pazienti godono anche di un aiuto al reinserimento professionale (p. es. il coaching professionale in collaborazione con la Lega contro il cancro di Friburgo e l'AI). Al momento del colloquio, l'oncologo responsabile e il direttore sottolineano che l'interazione di tutte queste misure è fondamentale per garantire il successo del programma.

L'ubicazione diretta sulla riva del Lago di Neuchâtel favorisce il programma globale di riabilitazione del Centro sanitario di La Corbière.



## Effetto del gruppo

La dinamica di gruppo ricopre un ruolo centrale nel programma. Tutti i corsi sono infatti collettivi. I contatti sociali e l'esperienza condivisa dai pazienti sortiscono un effetto positivo. L'oncologo responsabile aggiunge inoltre che spesso i partecipanti mantengono i contatti dopo la fine del programma e si incontrano per fare delle attività insieme (p. es. allenamenti).

**«In gruppo trovavo le attività più stimolanti. Avevo l'impressione che si facessero progressi più velocemente. E continuo a incontrarmi con i miei compagni di gruppo».**

Una ex paziente

## Attività interprofessionale

Secondo i responsabili, il successo dei programmi di riabilitazione oncologica dipendono fortemente dalla collaborazione e dal coordinamento dei fornitori di prestazioni coinvolti e delle loro istituzioni. All'inizio di ogni fase del programma, i professionisti della salute (l'oncologo, l'istruttrice di Attività Fisica Adattata AFA e la dietista) procedono alla valutazione della condizione di ogni paziente del gruppo. In seguito si tiene una riunione con gli altri terapeuti coinvolti e vengono discussi i bisogni dei pazienti e del gruppo di modo da personalizzare ulteriormente il programma. Una riunione di questo tipo si tiene sotto forma di scambio formale a metà e alla fine del programma. Inoltre, gli specialisti utilizzano la stessa cartella informatizzata del paziente e possono quindi riportarvi problemi o incidenti particolari.

Altrettanto importanti sono gli scambi informali all'interno del team. I gruppi sono relativamente piccoli (massimo 10 pazienti) e ciò permette maggiore vicinanza e un accompagnamento serrato. Lo scambio interprofessionale avviene quindi anche prima o dopo il corso, il che permette di assicurarsi che ciascuno possa migliorare i trattamenti. Secondo l'istruttrice AFA, gli effetti collaterali del trattamento antitumorale possono avere una ripercussione marcata sulla forma fisica. L'oncologo dunque può fornirle informazioni in merito permettendole così di adattare la terapia.

**«Mancano offerte che aiutino il paziente oncologico a ritrovare una vita normale».** Un oncologo

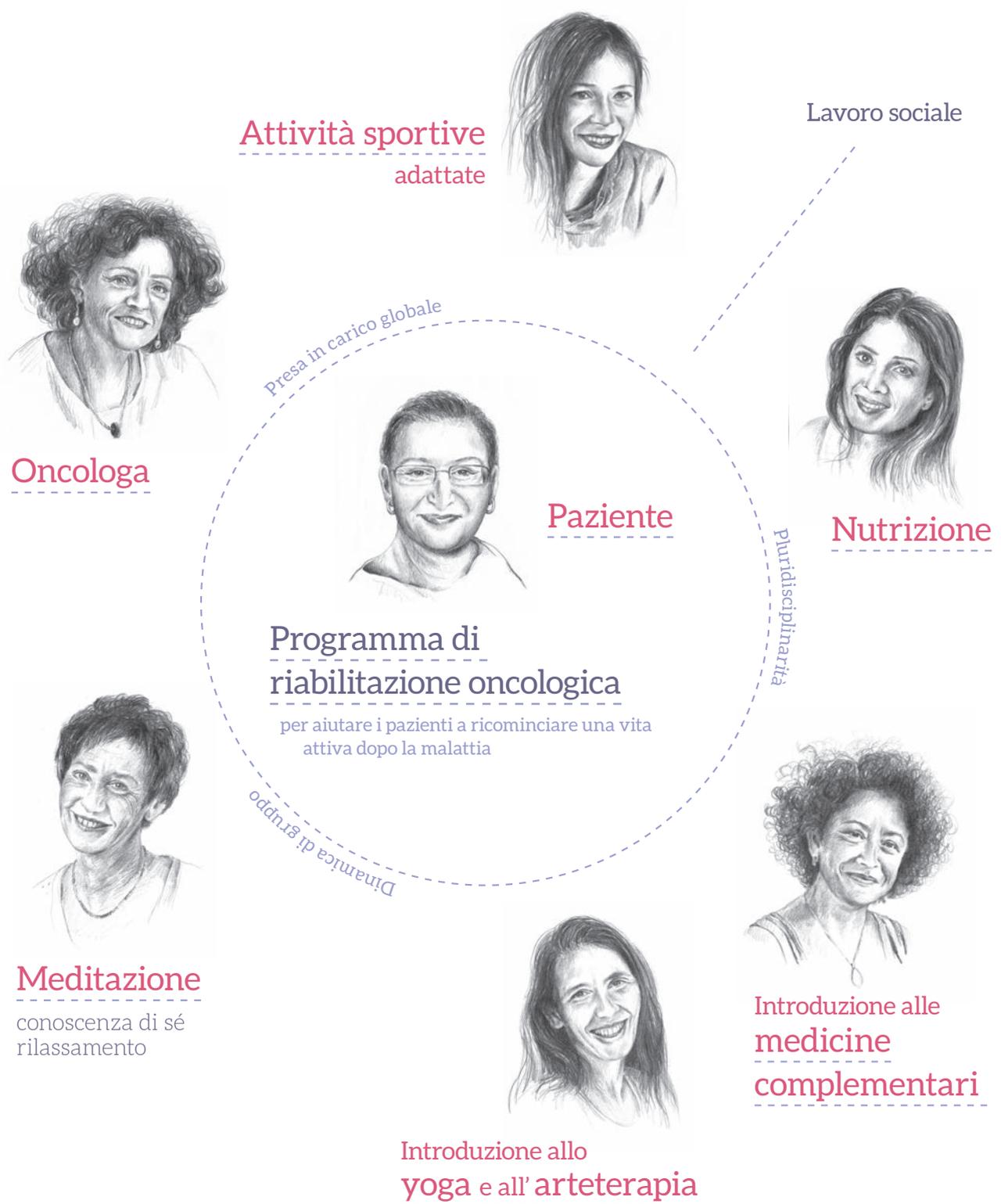
## Benefici del progetto

Secondo i responsabili del progetto, questo programma incentrato sui bisogni genera cambiamenti importanti dello stato di salute e del benessere generale del paziente. Inoltre, i dirigenti si dichiarano soddisfatti della copertura dei costi da parte dell'assicurazione di base, perché ciò garantisce l'uguaglianza tra i pazienti. Un altro dei principali vantaggi per questi ultimi è l'approccio globale del programma, in quanto si tiene conto anche del reinserimento professionale. Una paziente riporta per esempio che il programma non solo è stato utile per ristabilirsi, ma le ha fornito anche importanti strumenti per affrontare meglio la vita quotidiana migliorando la propria autosufficienza.

Il vantaggio per i professionisti della salute è che possono perfezionare la loro azione individuale attraverso lo scambio professionale, rendendola ancora più mirata. Per esempio, se l'oncologo comunica all'istruttrice AFA che un paziente è un po' meno in forma a causa degli effetti collaterali, questa può adattare il suo trattamento. I professionisti hanno inoltre rimarcato che non si aspettavano una tale efficacia del loro operato, cosa che ha aumentato la soddisfazione sul posto di lavoro.

# Il team

a Estavayer-le-Lac



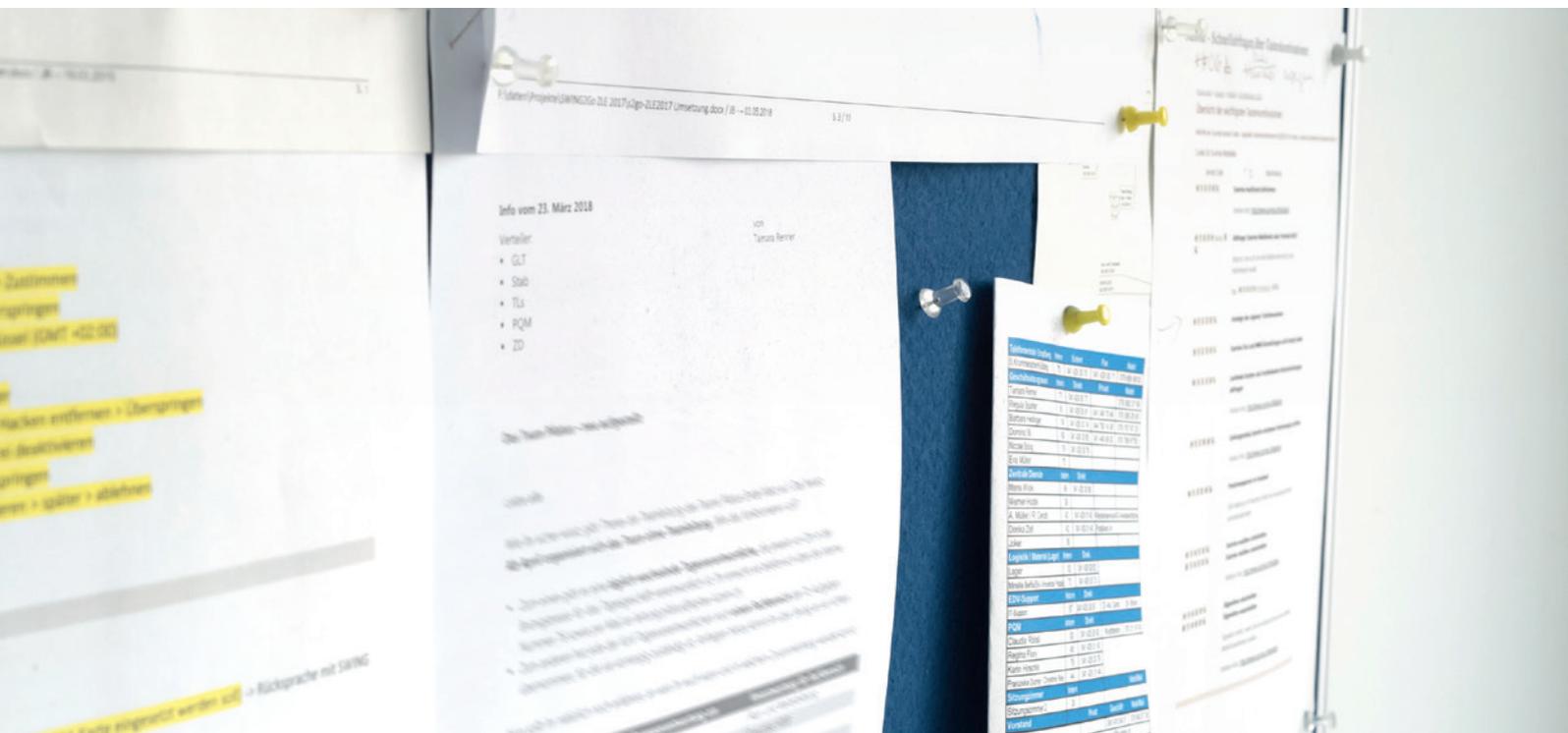
I responsabili del programma sono consapevoli del fatto che i loro pazienti potranno tornare più rapidamente sul mercato del lavoro. Ci si deve quindi aspettare un effetto significativo sui costi indiretti delle cure: se infatti i pazienti riprendono prima la loro attività lavorativa, avranno bisogno di una prestazione di invalidità meno elevata o di un aiuto di più breve durata. Secondo le stime, questi costi indiretti ammontano al doppio dei costi diretti del trattamento del cancro. I costi di riabilitazione, in media, rappresentano meno del 5 per cento dei costi totali del trattamento, sottolinea il direttore. Infine, i responsabili del programma constatano anche che lo stato di salute globale del paziente risulta ampiamente migliorato alla fine del programma.

Oltre alla diminuzione delle spese sociali, grazie a una reintegrazione lavorativa più veloce, un programma di questo tipo può favorire la riduzione del rischio di recidive e avere ripercussioni positive sul fabbisogno di trattamenti di mantenimento (diminuzione dei costi sanitari sul lungo periodo).

## Finanziamento

Le misure del programma di base sono coperte dall'assicurazione di base, cosa che garantisce l'accesso a tutti i pazienti. Tuttavia, la questione si fa più complessa per quanto riguarda il finanziamento degli investimenti e dei compiti di coordinamento: questi ultimi, infatti, generalmente non vengono rimborsati dall'assicurazione, soprattutto se sono svolti da personale non medico. Ciò comporta che la presa in carico di ogni paziente generi un deficit di 1500 franchi. Di queste spese attualmente se ne fa carico un finanziatore privato.

«Non mi ero resa conto che la malattia toccasse anche altri ambiti oltre a quello medico». Una ex paziente





«A mio avviso, è logico lavorare così.  
Non ci sono alternative».

Un oncologo





## Sigla editoriale

### **Editore**

Ufficio federale della sanità pubblica, UFSP  
Schwarzenburgstrasse 157  
3003 Berna

[www.bag.admin.ch/ppinterprof-it](http://www.bag.admin.ch/ppinterprof-it)

### **Redazione**

Kristin Thorshaug, Andreas Balthasar,  
INTERFACE Politikstudien Forschung Beratung  
Cinzia Zeltner, UFSP

Tutti i testi sono stati elaborati in  
collaborazione con i team descritti.

### **Grafica, layout, illustrazioni**

Aline Telek

### **Fotografie**

Ayse Yavas (P. 1,9,19-21,40-41)

Salvatore Vinci (P. 17,26,27)

AdobeStock, istockphoto (P.29,31,35)

Diverse immagini prestate dai team

### **Stampa**

Ufficio federale della sanità pubblica, UFSP

### **Distribuzione**

UFCL, Vendita di pubblicazioni federali, 3003 Berna

[www.pubblicazionifederali.admin.ch](http://www.pubblicazionifederali.admin.ch)

Numero di articolo OFCL: 316.601.i

Questa pubblicazione è disponibile gratuitamente  
in italiano, francese e tedesco sia in versione  
stampata o elettronica.

© Ufficio federale della sanità pubblica,  
settembre 2018

