

Collaborazione interprofessionale nel centro sanitario

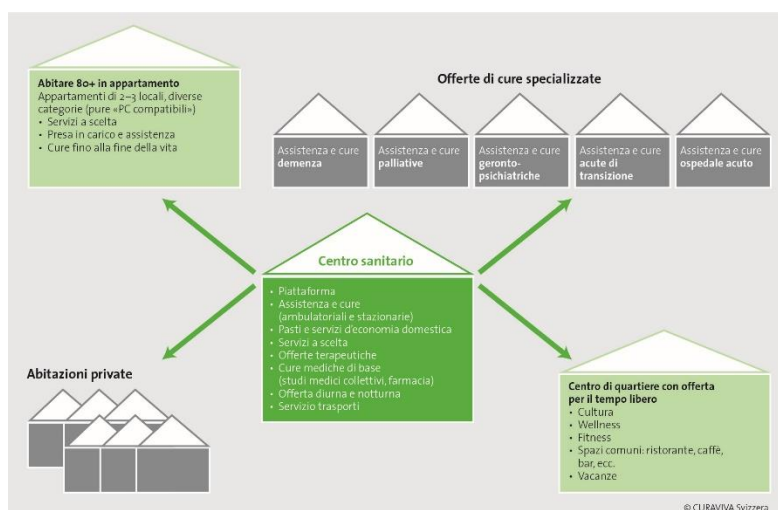
Esito del progetto successivo al modello abitativo e di cure 2030 di CURAVIVA Svizzera

Il [modello abitativo e di cure 2030](#) (MOAC 2030) proposto da CURAVIVA Svizzera è incentrato sul concetto di centro sanitario, nel quale interagiscono varie figure professionali. Il centro offre alle persone anziane la possibilità di usufruire di servizi e prestazioni da un'unica fonte nel loro contesto sociale e di vita abituale.

Come può essere strutturato in pratica un centro sanitario di questo tipo? Come si realizza la collaborazione interprofessionale? Che cosa può fare, in futuro, il centro sanitario per assicurare l'erogazione delle prestazioni medico-terapeutiche di base nell'intero spazio vitale delle persone anziane? Per rispondere a queste domande, un gruppo di lavoro interdisciplinare (costituito da geriatri, medici caposervizio e medici delle case di cura, farmacisti, direzioni delle case di cura e degli ospedali, Spitex Svizzera, CURAVIVA Svizzera) ha elaborato il modello della collaborazione interprofessionale nel centro sanitario corredato da un piano di progetto e dell'attività per il centro sanitario. L'infoscheda riassume i risultati del progetto successivo.

1. Modello abitativo e di cure 2030

Nel 2016 CURAVIVA ha lanciato il modello abitativo e di cure 2030 (MOAC 2030). Il nuovo modello non si basa più sulle case di cura come infrastrutture cardine, bensì su fornitori di servizi che consentono ai clienti di scegliere autonomamente le condizioni di vita che preferiscono nel contesto abitativo di loro scelta. Gli elementi integranti di questo contesto protetto consistono in prestazioni mediche di base, servizi di sostegno e offerte per il tempo libero. Oltre alle forme di cura ambulatoriali e stazionarie, il modello prevede anche abitazioni protette in appartamenti adeguati. Il MOAC 2030 è incentrato sulle esigenze della persona e punta a migliorare il servizio alla clientela.



Modello abitativo e di cure 2030 (© CURAVIVA Svizzera)

Factsheet «Collaborazione interprofessionale nel centro sanitario»

2. Contesto iniziale

Data la varietà dei contesti locali, le premesse per lo sviluppo di un centro sanitario nell'ambito del modello abitativo e di cure 2030 sono molto diverse da luogo a luogo. In sostanza si possono individuare due tipi di situazione:

nuova organizzazione: fornitori di prestazioni e partner che operano separatamente (ad es. casa per anziani e casa di cura, Spitex, medici, cantone, comune o autorità) si riuniscono per elaborare congiuntamente una visione, una concezione comune della gestione e un piano progettuale;

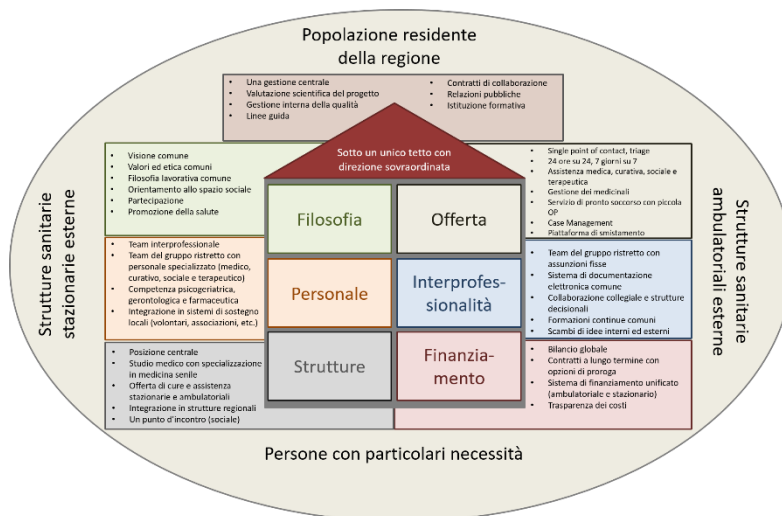
impresa perno: un'impresa esistente (ad es. casa per anziani e casa di cura, ospedale, Spitex o studio medico di gruppo) si organizza progressivamente come centro sanitario coinvolgendo eventualmente altri partner.

3. Definizione

Il centro sanitario previsto dal modello abitativo e di cure 2030 consiste in un'offerta integrata di servizi di assistenza che riunisce sotto un solo tetto e sotto un'unica gestione diverse strutture e diversi livelli di assistenza, offrendo in tal modo alle persone anziane servizi e prestazioni da un'unica fonte. Il centro sanitario non è una vera e propria rete sanitaria, ma può avvalersi a titolo complementare della collaborazione di una rete di partner. Per la denominazione effettiva del centro esiste tutta una serie di possibilità (ad es. centro abitativo, di vita e di cura; centro di vita e salute, centro di competenza salute e terza età ecc.).

4. Modello

La visione e la strategia per il centro sanitario possono essere formulate prendendo spunto dal [modello di collaborazione interprofessionale nel centro sanitario](#) elaborato nell'ambito del progetto successivo al MOAC 2030. Tale modello è stato definito consacrando l'attenzione al servizio offerto al cliente o paziente e mettendo invece in secondo piano le preoccupazioni relative alla fattibilità e al finanziamento. Esso va sempre inteso come ordine di idee e deve essere concretizzato in funzione delle circostanze locali.



Modello di collaborazione interprofessionale nel centro sanitario (© CURAVIVA Svizzera)

Gli elementi cardine del modello sono i seguenti:

filosofia: il centro sanitario è imperniato su una visione di ordine superiore, alla quale obbediscono sia tutti coloro che operano direttamente nel centro, sia i suoi mandatari. Questa visione è incentrata principalmente sui seguenti aspetti: orientamento allo spazio sociale, orientamento al fabbisogno, partecipazione, promozione della salute e prevenzione;

offerta: l'offerta è a bassa soglia e disponibile 24 ore su 24 tutti i giorni della settimana. L'elemento cardine è lo sportello con funzione di smistamento e di coordinamento per tutte le questioni sanitarie ed esistenziali. Le figure di riferimento che accompagnano le persone anziane sono sempre le stesse, conoscono la situazione esistenziale dei loro assistiti e li sostengono in modo mirato. Nell'ambito di un case management, coordinano e organizzano il coinvolgimento dei diversi specialisti e il passaggio tra cure acute e cure di lunga durata, tra cure ambulatoriali e cure stazionarie. La funzione di coordinamento fa capo a una rete regionale di fornitori di servizi, istituzioni e associazioni varie.

L'offerta ingloba sia le questioni mediche, infermieristiche, terapeutiche e farmaceutiche, sia gli aspetti finanziari e sociali. Il centro sanitario comprende uno studio medico per le cure mediche di base, specializzato in medicina geriatrica. Dispone di un servizio di pronto soccorso e può effettuare interventi operativi in ambulatorio. Offre ai familiari possibilità di sgravio, ad esempio centri diurni o notturni e posti letto per il fine settimana e le vacanze. A seconda della situazione, può offrire altri servizi annessi (fisioterapia / ergoterapia, consulenza alimentare, farmacia, studio dentistico, parrucchiere, servizio pasti, pulizie, servizi di portineria);

struttura: il centro sanitario è ubicato in zona centrale ed è integrato come unità organizzativa/giuridica nelle strutture locali (ad es. in una casa per anziani o una casa di cura, in un ospedale, nei servizi Spitex, in uno studio medico di gruppo, in un centro comunale o di quartiere). La forma giuridica dell'organizzazione non è predefinita. Può trattarsi di una cooperativa o di una fondazione tanto quanto di una società anonima. I centri sanitari di minori dimensioni, che dispongono internamente soltanto di una parte dell'offerta, garantiscono l'accesso ai servizi rilevanti per mezzo di accordi di cooperazione;

finanziamento: per mezzo di un preventivo globale, il centro garantisce che vengano fornite prestazioni su misura conformi al fabbisogno del momento e dagli specialisti più adatti. L'elaborazione di un preventivo globale impedisce una sovraassistenza di alcuni a discapito di altri e l'insorgere di rapporti di competitività tra le varie professioni all'interno del team. La sicurezza del finanziamento è garantita per mezzo di contratti pluriennali con opzioni di proroga. Comuni e città possono finanziare servizi sociali e comunitari nel campo dei contatti sociali, della partecipazione, della formazione della popolazione, della promozione della salute e della prevenzione;

direzione: il centro sanitario è subordinato a una direzione generale caratterizzata da uno spirito pionieristico e coerente. Crea le strutture necessarie a una collaborazione vincente tra le varie professioni e garantisce una gestione continuativa della qualità. Assicura l'integrazione nelle strutture sociali e i collegamenti con le offerte di sostegno regionali;

personale: il personale specializzato proviene dal settore medico, infermieristico, sociale e terapeutico. Per garantire alle persone anziane un'assistenza ottimale, il centro sanitario deve disporre di personale in possesso di una formazione specialistica in geriatria o in psichiatria geriatrica e di un accesso agli specialisti di medicina geriatrica e farmacologia. Le

persone di riferimento o di fiducia sono responsabili anche del case management e possono provenire da diversi rami (ad es. ANP, assistente di studio medico, lavoro sociale, psicologia). La funzione di smistamento è affidata a persone in possesso di competenze specialistiche e sociali (ad es. infermiere, assistente di studio medico). A seconda dell'offerta, viene assunto anche altro personale specializzato in servizi complementari (terapeuti, personale di servizio, animatori socioculturali o tecnici);

interprofessionalità: i team interprofessionali del centro sanitario sono composti da specialisti di vari settori che collaborano secondo il principio di collegialità. I team dispongono di strutture decisionali trasparenti e collegiali, direttive uniformi e un sistema di documentazione elettronica unitario. Il loro lavoro è incentrato sul fabbisogno concreto, sul servizio al paziente o cliente e sugli specialisti in grado di fornire nel modo più efficiente la prestazione richiesta. La collaborazione viene promossa per mezzo di contenitori e misure adeguati (cfr. fattori di successo).

5. Esempi di corretta prassi

Nell'ambito del progetto successivo è stata realizzata una serie di interviste con 19 istituzioni repertorate come centro sanitario (cfr. [ricerche bibliografiche](#) e analisi di casi concreti). Il fulcro di queste interviste era costituito dai modelli operativi dei centri sanitari («da un'unica fonte, sotto un'unica gestione») e dai fattori di successo della collaborazione interprofessionale. I risultati sono stati integrati nell'elaborazione del [piano di progetto e dell'attività](#) e nei fattori di successo in esso definiti.

6. Piano di progetto e dell'attività

Il piano di progetto e dell'attività elaborato nell'ambito del progetto successivo fornisce un'illustrazione, in forma di sistema modulare, della praticabilità concettuale e finanziaria, delle opportunità e dei rischi del progetto e degli elementi di cui tener conto. Il punto di partenza consiste nello sviluppo di una visione comune e generale, alla quale obbediscono tutti coloro che operano direttamente all'interno del centro o su mandato di quest'ultimo. Il tempo consacrato a questa fase di sviluppo è un fattore chiave di successo, la cui importanza deve essere continuamente ribadita.

7. Fattori di successo

Alla luce dell'analisi delle esperienze concrete e delle interviste con gli attori dei centri sanitari, l'ideazione, l'impostazione, l'attuazione e la collaborazione interprofessionale in seno al centro sanitario dipendono dai fattori di successo descritti qui di seguito.

Visione, forma giuridica / struttura complessiva e strategia

- Elaborazione di una visione comune imperniata sul servizio al paziente o cliente da parte dei partner coinvolti. Integrazione nella carta dei principi (aziendali);
- in caso di integrazione di diversi fornitori di prestazioni: negoziazione di una concezione comune della gestione manageriale;
- forma giuridica e struttura imprenditoriale, direzione strategica compresa, impostate sulla flessibilità a lungo termine e sull'ulteriore sviluppo;

- elaborazione di una strategia basata su un'analisi consolidata. Deduzione di obiettivi strategici (che cosa, quanto, entro quando) e di un piano di attuazione realistico, rappresentato nel quadro di progetti strategici;
- l'offerta d'assieme deve essere innovativa e in continuo sviluppo, affinché possa mantenere le sue attrattive (altrimenti si logora e/o viene imitata);
- un'attenzione particolare deve essere consacrata al finanziamento del care management e al case management;
- eventuali progetti edilizi devono seguire un masterplan chiaramente definito, con una strategia e un concetto operativo che ne garantiscano la sostenibilità.

Direzione ed esercizio

- Organigramma chiaro per tutta l'impresa, con una direzione operativa forte e un team di dirigenti composto di rappresentanti di tutti i settori di prestazioni;
- un quadro normativo definito con chiarezza che garantisce la ripartizione dei compiti, la verifica e l'equilibrio tra il livello strategico e il livello operativo della direzione;
- clima di apertura nei confronti dei collaboratori, apertura di fronte al nuovo e integrazione nella visione comune;
- marketing e comunicazione: visibilità e comunicazione continuativa e mirata tanto nei rapporti interni quanto nei rapporti con l'esterno (in particolare con i assegnatori di riferimento; nello spazio sociale, coinvolgimento dell'entourage dei gruppi bersaglio);
- sfruttamento delle sinergie, ad esempio nel settore del supporto (finanze, personale, formazione). Un'organizzazione accurata degli iter, completata da una gestione coerente dei processi, è una premessa fondamentale per la realizzazione dell'interprofessionalità;
- tecnologie dell'informazione e della comunicazione efficienti a sostegno di tutti i processi e dell'interprofessionalità.

Attuazione / processo di sviluppo

- Prudenza con i gruppi bersaglio e presso la popolazione, appoggio dagli ambienti della politica;
- accompagnamento professionale dei processi. Nell'ambito dello sviluppo, sfruttamento delle esperienze su offerte di assistenza integrata già esistenti.

Collaborazione interprofessionale

- La cultura aziendale è incentrata sul servizio al paziente o cliente, e quindi anzitutto sulla collaborazione interprofessionale (CIP).
- La CIP è dunque un compito dirigenziale e un tema strategico nell'ambito dello sviluppo dell'organizzazione.
- La direzione crea e finanzia le strutture occorrenti per la CIP e valuta tali strutture nel quadro di una gestione continuativa della qualità.
- occorre rafforzare la consapevolezza attraverso dinamiche sociali, strutturali e culturali che onorano il lavoro interprofessionale (con corsi di formazione pratici e teorici e attività di sensibilizzazione);
- sviluppo di strutture decisionali trasparenti e collegiali e di contenitori adeguati per la comunicazione (ad es. comitati congiunti, tavole rotonde, gruppi di lavoro specializzati);

- le esercitazioni e l’offerta di corsi di perfezionamento nelle configurazioni e nei contesti promuovono la disponibilità dei gruppi di categoria a lanciare e portare avanti progetti per la collaborazione interprofessionale, e a mettere a disposizione le loro capacità, esperienze e posizioni;
- occorre creare ed elaborare a livello interprofessionale strumenti e piattaforme per uso comune (ad es. strumenti di valutazione, reporting, direttive, documentazione elettronica).

8. Risultati del progetto

- CURAVIVA Svizzera (2018). Descrizione del modello: collaborazione interprofessionale nel Centro sanitario. Ed. CURAVIVA Svizzera, Settore specializzato persone anziane. Versione online: www.curaviva.ch/wopm. (Testo disponibile anche in francese)
- Piano di progetto e dell’attività
 - CURAVIVA Svizzera (2018). Projekt- und Businessplan «Gesundheitszentrum» im Wohn- und Pflegemodell 2030. Ed. CURAVIVA Svizzera, Settore specializzato persone anziane. Versione online: www.curaviva.ch/wopm. (Sintesi disponibile in italiano)
 - CURAVIVA Suisse (2018). Plan de projet et d’affaires « centre de santé » dans le modèle d’habitat et de soins 2030 de CURAVIVA Suisse. CURAVIVA Suisse, Domaine spécialisé personnes âgées, on-line: www.curaviva.ch/wopm. (Sintesi disponibile in italiano)
- Werner, S; de Buman, A. (Ecoplan) (2017). Neue Versorgungs- und Zusammenarbeitsmodelle: interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitszentrum. Ricerche bibliografiche e casi concreti. Su mandato di CURAVIVA Svizzera, Settore specializzato persone anziane. Versione online: www.curaviva.ch/wopm. (Sintesi disponibile in francese e in italiano)

Editore

CURAVIVA Svizzera – Settore specializzato persone anziane
Zieglerstrasse 53 – casella postale 1003 - 3000 Berna 14

Citazione della fonte

CURAVIVA Svizzera (2018). Collaborazione interprofessionale nel centro sanitario. Esito del progetto successivo al modello abitativo e di cure 2030. Edito da CURAVIVA Svizzera, Settore specialistico persone anziane. Versione online: www.curaviva.ch/wopm.

Per informazioni e raggugli

Markus Leser, responsabile Settore specializzato persone anziane,
e-mail: m.leser@curaviva.ch

Download

www.curaviva.ch/wopm

Questa pubblicazione è disponibile anche in francese e in italiano.

© CURAVIVA Svizzera, 2018