



Collaborazione competente degli attori del settore sanitario e sociale con i familiari assistenti

Mandato di ricerca G08 del programma di promozione «Offerte di sgravio per i familiari assistenti 2017-2020», parte 1: Conoscenze di base

Committente:

Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

Divisione Strategie della sanità, Sezione Politica nazionale della sanità

Autori:

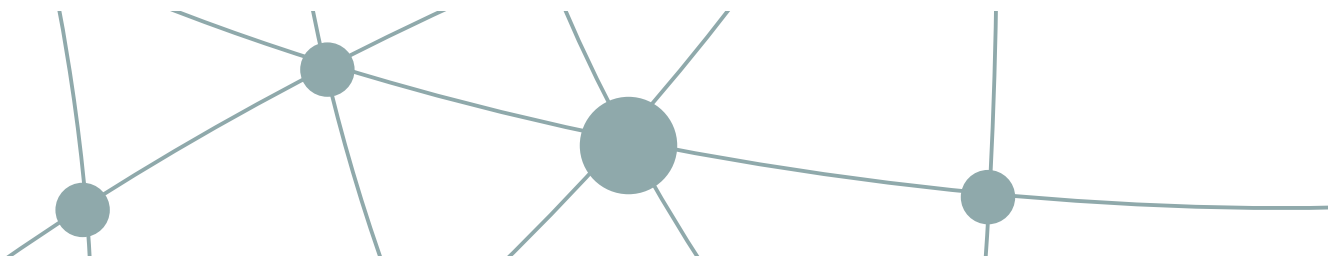
Sarah Brügger, Beat Sottas, Stefan Kissmann, Sara Keel, Emilie Dell'Eva, formative works, Bourguillon

Sintesi

Berna, agosto 2020

Contatto

Sarah Brügger M.A.
formative works
1722 Bourguillon
bruegger@formative-works.ch



1. Mandato dell'Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

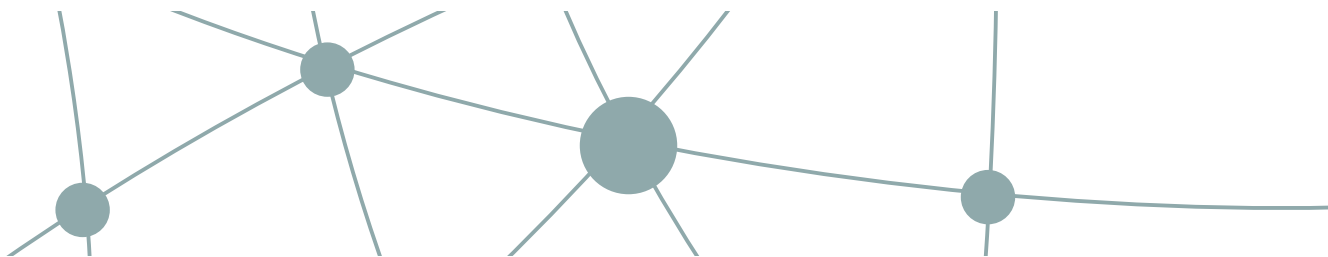
Nell'ambito dell'Iniziativa sul personale qualificato plus, promossa da Confederazione e Cantoni, il Consiglio federale ha lanciato nel 2016 un programma di promozione per sviluppare e ottimizzare le offerte di sostegno e sgravio a favore dei familiari assistenti. Uno degli obiettivi di tale programma, basato sul «Piano d'azione per il sostegno e lo sgravio delle persone che assistono i propri congiunti» del dicembre 2014, è di migliorare la conciliabilità tra l'attività lucrativa e l'assunzione di compiti di assistenza e di cura. Parallelamente, nel quadro dell'Iniziativa sul personale qualificato plus, è stato lanciato anche il programma di promozione «Interprofessionalità nel settore sanitario», volto a rafforzare la collaborazione interprofessionale, e di conseguenza l'efficienza, nel settore sanitario. Poiché nel presente mandato le sfere di interessi dei suddetti programmi di promozione si sovrappongono, si è provveduto a mettere a concorso congiuntamente entrambi i mandati.

L'UFSP ha conferito un mandato esterno per trovare una risposta scientificamente fondata ai principali interrogativi riguardanti la collaborazione competente degli attori del settore sanitario e sociale con i familiari assistenti. L'interpretazione dei risultati, le conclusioni ed eventuali raccomandazioni all'UFSP o ad altri attori possono quindi divergere dall'opinione o dal punto di vista dell'UFSP.

Obiettivo del presente mandato

Il presente mandato di ricerca prende le mosse dalla constatazione che il sapere e l'agire dei professionisti costituisce un fattore di successo decisivo per un partenariato proficuo nonché per una consulenza e un sostegno adeguati alle esigenze dei familiari, che spesso hanno alle spalle un'esperienza pluriennale di gestione della situazione concreta.

In vista di un miglioramento della qualità dell'assistenza, il presente studio esamina in primo luogo le competenze, le responsabilità e le prestazioni dei professionisti nella relazione con i familiari; in secondo luogo le interfacce tra diversi professionisti, nonché tra professionisti e familiari; in terzo luogo i profili di competenza necessari per i professionisti; si sofferma inoltre sugli strumenti di lavoro e infine sulle questioni concernenti il rimborso dei costi.



2. Contesto

L'assistenza da parte dei familiari: indispensabile ma sottovalutata

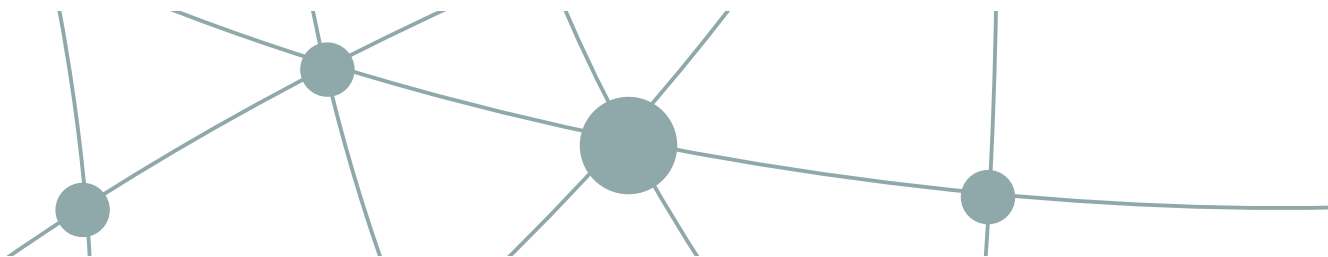
I familiari assistenti e curanti sono figure indispensabili per garantire un'elevata qualità dell'assistenza. Disponendo di conoscenze dettagliate della situazione specifica e delle condizioni quadro, si fanno carico di molti compiti importanti per il mantenimento di una buona qualità della vita del paziente; spesso per lungo tempo e con un alto grado di affidabilità. I familiari assistenti interagiscono in vari modi con i professionisti del settore sanitario e sociale, che sono quindi per loro importanti interlocutori. Al contempo, soprattutto nell'ambito dell'assistenza domiciliare, è indispensabile una collaborazione proficua tra professionisti e familiari. Solo grazie al contributo dei familiari, è possibile permettere a persone bisognose di assistenza di essere curate nel loro ambiente abituale. I familiari assistenti sono quindi uno dei fattori di successo nell'attuazione del principio «ambulatoriale prima di stazionario».

Ai fini di una buona collaborazione, nonché di una consulenza e un sostegno adeguati alle esigenze dei familiari assistenti, il sapere e l'agire dei professionisti svolge un ruolo determinante. Attualmente, tuttavia, non è chiaro quali siano le responsabilità e le possibilità di azione dei diversi professionisti del settore sanitario e sociale nell'ambito del sostegno ai familiari, né come si organizzino tra di loro le diverse professioni. L'organizzazione poco chiara e la mancanza di comunicazione riducono le potenzialità; sussiste inoltre una discrepanza tra norme e obiettivi, il coinvolgimento teorico dei familiari e la prassi effettiva.

La competenza pesa di più delle conoscenze specialistiche e dell'empatia

Esistono ben oltre un centinaio di definizioni di competenza, ovvero tentativi di spiegare le capacità e le attitudini (acquisibili) che consentono di risolvere determinati problemi in situazioni in continua mutazione, tenendo conto delle predisposizioni e delle motivazioni individuali e sociali. Spesso si impiega una matrice, dove vengono rappresentate su un asse la competenza professionale, la competenza sociale e la competenza personale, e sull'altro le conoscenze, l'abilità e le esperienze.

Sulla base dei modelli esistenti e dei dati disponibili, il presente studio differenzia tre categorie di competenze: competenza professionale e metodologica, competenza socio-comunicativa e competenza personale.



3. Metodo

Per rispondere ai complessi interrogativi e dar conto della discrepanza tra la dialettica professionale e la prassi dell'assistenza, sono stati combinati diversi metodi qualitativi e quantitativi.

1) Ricerche bibliografiche e online, analisi concettuale e contenutistica

In una prima fase è stata effettuata una vasta ricerca di pubblicazioni in francese, inglese e tedesco sul tema delle competenze dei professionisti nella relazione con i familiari. Prendendo in considerazione progetti precedenti e i primi risultati dell'analisi secondaria e dell'osservazione etnografica, il team di ricerca ha elaborato una base concettuale e integrato costantemente l'analisi bibliografica.

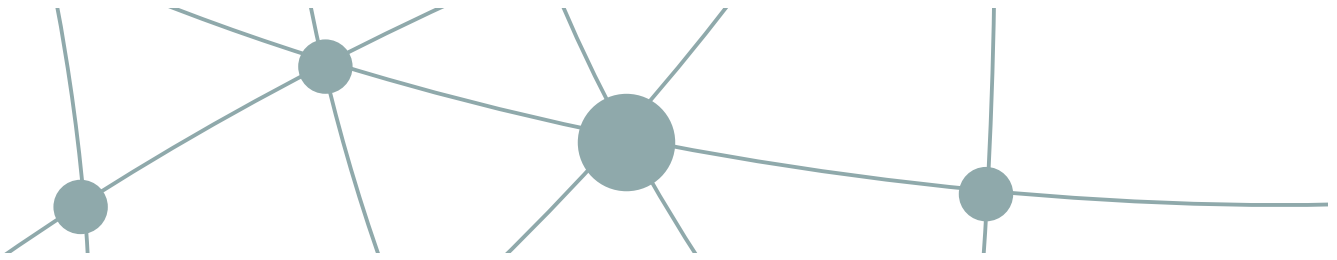
2) Analisi secondaria di interviste a familiari e professionisti

Da un corpus di 247 trascrizioni di colloqui con familiari e specialisti, tratte da progetti precedenti di formative work in merito ai familiari assistenti e curanti, all'interprofessionalità e a ulteriori questioni legate alla ricerca sull'assistenza, è stato possibile analizzare 161 interviste qualitative:

Tabella 1: analisi secondarie a partire dal corpus di materiale proprio

Trascrizioni tratte da progetti precedenti		Selezione di interviste rilevanti per l'analisi secondaria	
Professionisti	172	105	51 tedesco/54 francese
Familiari	75	56	35 tedesco/21 francese
Totale	247	161	86 tedesco / 75 francese

L'analisi del contenuto secondo il metodo di Mayring (2008) ha consentito di rispondere a domande strutturali e formali, come quelle relative a sfere di competenza, responsabilità, strumenti e prestazioni. La Grounded Theory (Glaser/Strauss 1998) si è rivelata più efficace per le domande relative alle competenze necessarie.



3) Ulteriori interviste qualitative a familiari assistenti e professionisti

Poiché le trascrizioni provenienti da progetti precedenti non hanno consentito di trovare delle risposte per tutti i temi e gli interrogativi oggetto del mandato conferito, si è provveduto a svolgere altre 14 interviste secondo uno schema definito (sei in francese e otto in tedesco) e un colloquio in gruppi focus. Tutti i colloqui sono stati registrati e trascritti, e successivamente analizzati dal punto di vista contenutistico applicando il metodo di Mayring e la Grounded Theory.

4) Indagine online tra i professionisti

Il questionario online, rivolto a tutte le categorie professionali interessate, era finalizzato a chiarire questioni sostanziali, verificare tesi derivanti dall'analisi secondaria e dalle osservazioni etnografiche, nonché a supportare le problematiche individuate con una valutazione quantitativa.

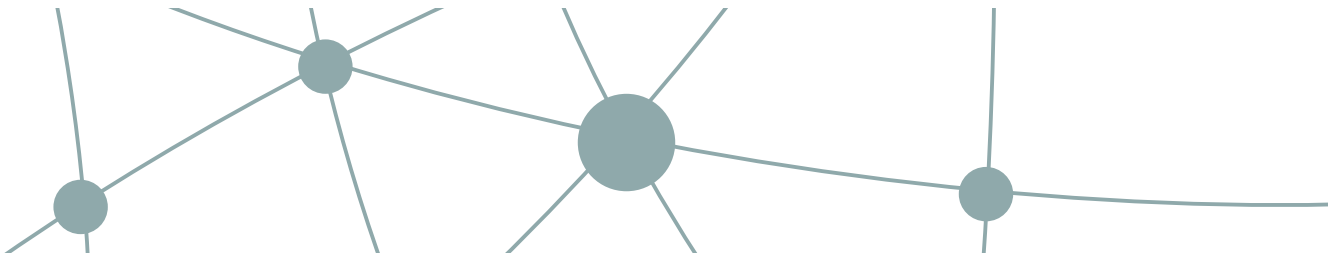
Mediante il sistema piramidale, il link è stato inviato a numerose istituzioni, come cliniche, medici liberi professionisti, organizzazioni Spitex, servizi di consulenza e associazioni di familiari, con l'invito a compilare il questionario e/o a inoltrarlo a persone e organizzazioni interessate. In totale, hanno partecipato all'indagine online 338 persone. Non sono stati presi in considerazione né 29 set di dati completi pervenuti in ritardo, né risposte estremamente incomplete o irrilevanti.

5) Osservazioni etnografiche presso due sedi

Presso il Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit Zürcher Unterland (KZU) e l'organizzazione Arsanté, operante a Ginevra, sono state effettuate per diversi giorni osservazioni secondo il metodo della shadowing ethnography e redatte dettagliate note etnografiche, volte ad analizzare, sulla base di esempi concreti, la relazione con i familiari e le competenze richieste in questo ambito. La ricerca era focalizzata su varie situazioni di contatto tra familiari e professionisti, nonché tra i professionisti stessi. In entrambe le sedi il team di ricerca ha anche condotto colloqui con diverse persone.

6) Contenuti formativi per le professioni sociosanitarie

Con l'ausilio di programmi quadro d'insegnamento e altre descrizioni delle formazioni accessibili pubblicamente, il team di ricerca ha analizzato in che modo i futuri professionisti vengono preparati a sviluppare una sensibilità per i familiari nelle formazioni di base per medici, infermieri, ergoterapisti, levatrici, fisioterapisti, operatori sociosanitari, operatori sociali, assistenti spirituali, assistenti di studio medico, assistenti di farmacia, assistenti di cura CRS. Dall'analisi dei contenuti formativi è emerso che i familiari vengono considerati come destinatari di prestazioni (soggetti) oppure coinvolti nello svolgimento di una determinata funzione nell'assistenza di un paziente («aiutanti»).



4. Risultati

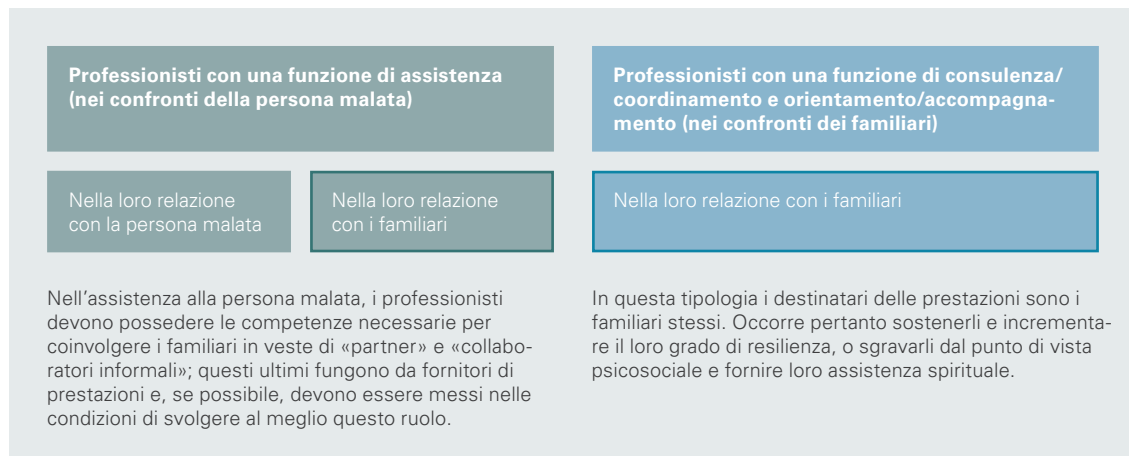
Differenze tra la funzione di assistenza e quella di consulenza/coordinamento e orientamento/accompagnamento

Il mandato di ricerca si focalizza sui professionisti del settore sanitario e sociale che operano in stretta collaborazione con i familiari. Dal punto di vista tipologico, dall'analisi è emerso chiaramente che vanno separati concettualmente due diversi ambiti di attività e funzioni dei professionisti:

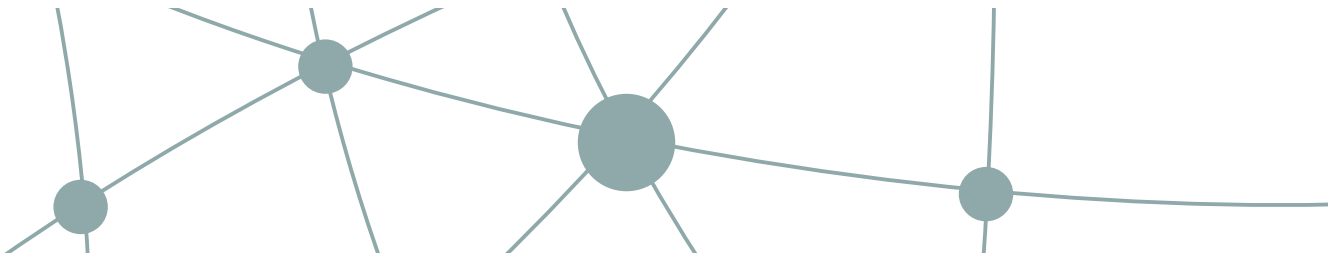
- (1) professionisti o servizi che svolgono principalmente un mandato di assistenza rivolto al paziente (funzione di assistenza), e
- (2) professionisti o servizi il cui mandato prevede espressamente compiti di coordinamento, o la consulenza e l'accompagnamento dei familiari (funzione di consulenza/coordinamento e orientamento/accompagnamento).

Alcuni professionisti possono essere inseriti chiaramente in uno dei due ambiti, mentre altri hanno un mandato che prevede entrambi i compiti o svolgono entrambi i ruoli. Nella pratica non è sempre possibile delimitare queste funzioni.

Figura 1: due diversi ruoli e funzioni dei professionisti



Generalmente, i familiari tendono a stare in contatto con professionisti/servizi con una funzione di assistenza, in quanto la priorità è rappresentata dall'assistenza alla persona malata. Nella maggior parte dei casi non è tuttavia possibile scindere in modo netto le «prestazioni a favore dei familiari» dalle «prestazioni a favore della persona malata».



Effettivamente il lavoro di supporto ai familiari è importante, ma ...

Sebbene fondamentalmente i professionisti considerino importante il lavoro di supporto ai familiari, si nota chiaramente che questo appoggio teorico non si traduce necessariamente, nella pratica, in un'assistenza conforme alle esigenze dei familiari, che lamentano la carenza di informazione e consultazione.

Soltanto di rado i familiari fanno parte di un team di assistenza interprofessionale, in quanto i professionisti ritengono che coinvolgere queste persone non specializzate possa comportare un sovraccarico di lavoro. Tre principi hanno un effetto limitante:

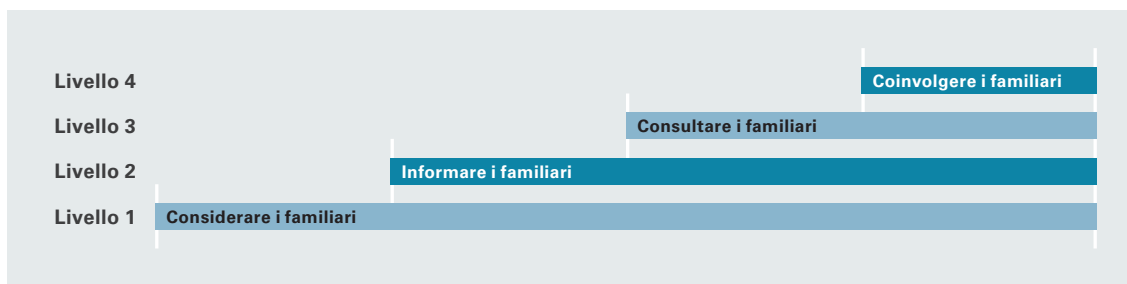
- «Non posso»** – perché non c'è tempo per il dialogo; perché il mandato comprende solo l'assistenza, la cura o la terapia; perché il tempo necessario non può essere fatturato.
- «Non mi è consentito»** – a causa della protezione dei dati, della protezione dei diritti della personalità dei pazienti e il segreto professionale; pertanto i familiari non vengono informati adeguatamente.
- «Non devo»** – perché delegare compiti ai familiari comporta dei rischi in termini di sicurezza del paziente e qualità dell'assistenza.

Il problema è che spesso chi incontra in loco il paziente e i familiari non è l'interlocutore giusto: l'assistente di cura, l'operatore sociosanitario o l'ASM, che spesso sono i professionisti a più diretto contatto con i familiari, non sono in grado di fornire una consulenza adeguata sul piano tecnico e contenutistico. In particolare, i familiari segnalano che molte volte non ricevono risposte alle loro domande, poiché nessuno è competente in materia.

Aspettative riposte nei professionisti con una funzione di assistenza, nella relazione con i familiari

Gli assistenti, che forniscono in primo luogo prestazioni a favore della persona malata, nell'attività lavorativa quotidiana incontrano i familiari che si fanno carico di compiti di assistenza e cura, fungendo così da «partner» o «collaboratori informali». Le aspettative che questi ultimi ripongono nei professionisti possono essere rappresentate con l'ausilio di un modello a più livelli (fig. 2). La tabella 2 descrive il punto di vista e l'esperienza dei familiari.

Figura 2: modello a più livelli della relazione dei professionisti con i familiari



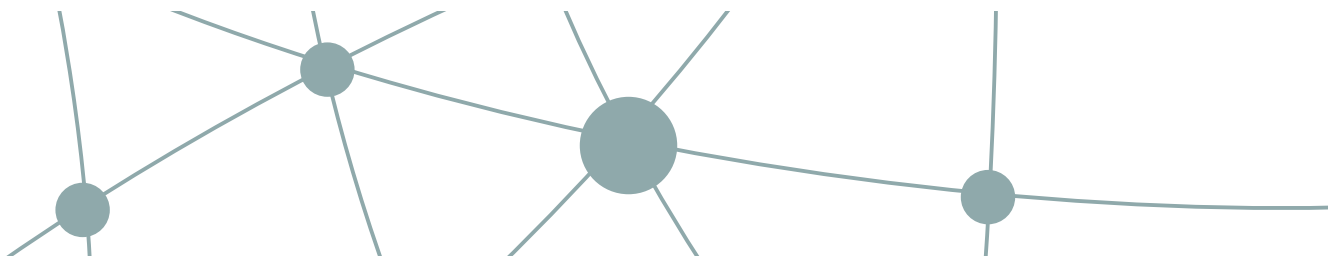
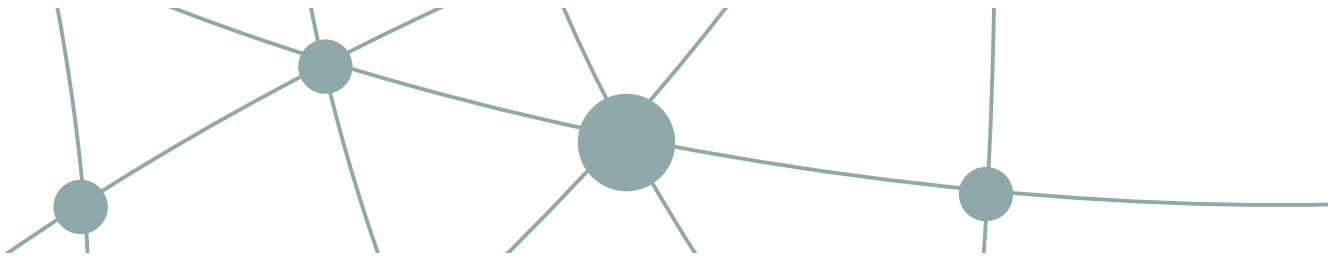


Tabella 2: descrizione delle aspettative e dell'esperienza vissuta («Experience of Care») dal punto di vista dei familiari

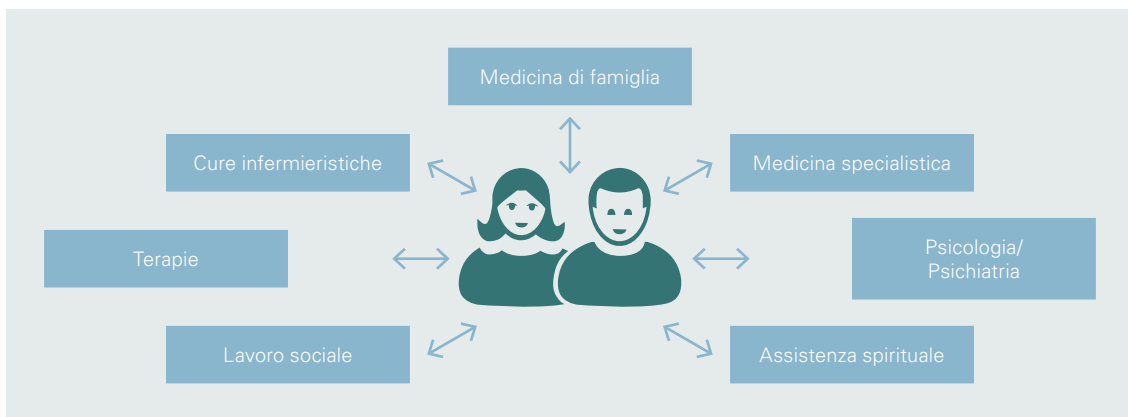
Aspettative	Esperienza vissuta
Livello 1 – Considerazione	
<p>I familiari auspicano che i professionisti siano consapevoli del loro ruolo e della loro situazione di persone coinvolte. Vogliono essere considerati come soggetti con esigenze proprie e non soltanto come appendici del paziente.</p>	<p>Molti familiari lamentano il fatto di non essere considerati quasi per nulla, poiché i professionisti si occupano della persona malata e sono inconsapevoli delle ripercussioni che la malattia di un familiare ha sull'intera famiglia.</p> <p>I familiari vengono relegati al ruolo di vittime, sminuendo così le loro prestazioni e competenze nell'affrontare la quotidianità e nell'assicurare la qualità della vita della persona malata.</p>
Livello 2 – Informazione	
<p>I familiari vorrebbero essere informati sullo stato di salute della persona malata, sulla prognosi, nonché sulle misure e le decisioni disposte. I familiari auspicano che i professionisti si prendano il tempo per un colloquio e instaurino un dialogo alla pari, che consenta di comunicare in modo aperto e chiaro.</p>	<p>I familiari dicono di doversi battere per ottenere informazioni e che non viene attribuita molta importanza al lavoro di supporto ai familiari. Di frequente ricevono solo una parte delle informazioni. Il mancato coinvolgimento viene motivato con il segreto professionale.</p> <p>Spesso nessuno è competente per l'informazione dei familiari, oppure i professionisti non vedono la necessità di informarli. È stato anche constatato che si tengono delle tavole rotonde alle quali i familiari non vengono però invitati.</p>
Livello 3 – Consultazione	
<p>I familiari si aspettano un ascolto attivo, nonché il rispetto delle loro opinioni, esperienze e decisioni. Apportano competenze specifiche, conoscenze empiriche e informazioni sulla situazione concreta. Desiderano pertanto che anche i loro punti di vista e le loro opinioni vengano ascoltati, considerati e accettati in modo imparziale, anche se non coincidono necessariamente con quelli della persona malata.</p>	<p>Mentre alcuni familiari riferiscono di essere stati coinvolti in una partnership dai professionisti, altri affermano che non vengono consultati perché non sono degli esperti in materia.</p> <p>Pare che i professionisti spesso entrino in casa con la loro definizione di giusto e sbagliato, riconoscendo solo in misura limitata le prestazioni, le competenze, e soprattutto il diritto all'autodeterminazione e le capacità decisionali dei familiari (e dei pazienti).</p> <p>Molti familiari parlano di affermazioni e atteggiamenti paternalistici dei professionisti.</p>
Livello 4 – Coinvolgimento	
<p>Non tutti i familiari desiderano svolgere un ruolo attivo ed essere coinvolti in tutti gli sviluppi e le decisioni.</p> <p>Tuttavia, quando i familiari si fanno carico di una parte dei compiti di assistenza, ritengono importante essere riconosciuti come membri a pieno titolo di un team interprofessionale e poter collaborare e prendere decisioni su un piano di parità con i professionisti, grazie alle loro competenze e conoscenze empiriche.</p>	<p>Sebbene i familiari possano/debbero frequentemente svolgere compiti essenziali, <u>non</u> vengono considerati come partner competenti e con pari diritti.</p> <p>Dicono quindi di sentirsi strumentalizzati come se fossero personale ausiliario all'interno del sistema di assistenza, facendosi carico di compiti per sgravare i professionisti o il sistema, senza tuttavia ricevere informazioni esaurienti, avere alcun diritto di codecisione o essere semplicemente consultati.</p> <p>Durante le riunioni comuni constatano che i professionisti hanno concordato tra di loro le decisioni da prendere.</p>



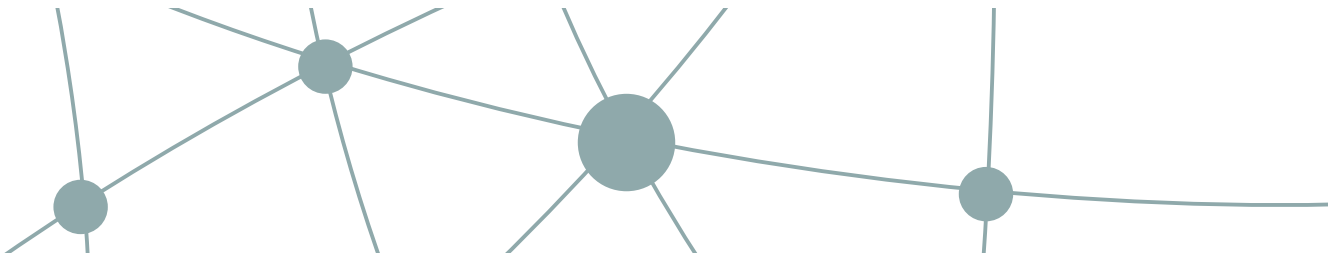
Quattro forme di coinvolgimento dei familiari

L'analisi di quanto riferito dai familiari ha consentito di individuare quattro diverse configurazioni, che possono essere rappresentate mediante le seguenti tipologie:

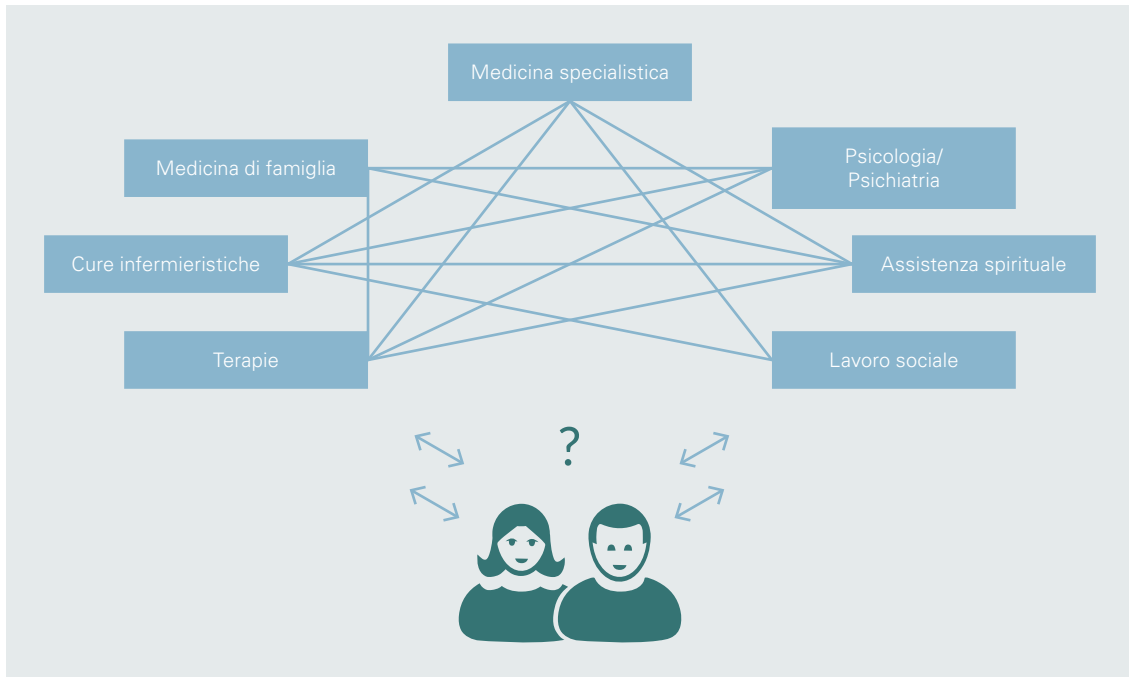
Modello A: i familiari come interfaccia



Il modello A è molto diffuso (praticamente la norma). Qui sono i familiari a fungere da legame fra i vari attori coinvolti e le informazioni vengono trasmesse perlopiù attraverso di loro. La collaborazione e la comunicazione tra i diversi professionisti sono minime e si limitano a determinate istruzioni o a certi attori (p. es. lo Spitex e il medico di famiglia o il medico di famiglia e lo specialista) e a talune informazioni (rapporto scritto al medico di famiglia, prescrizione per lo Spitex, ecc.).

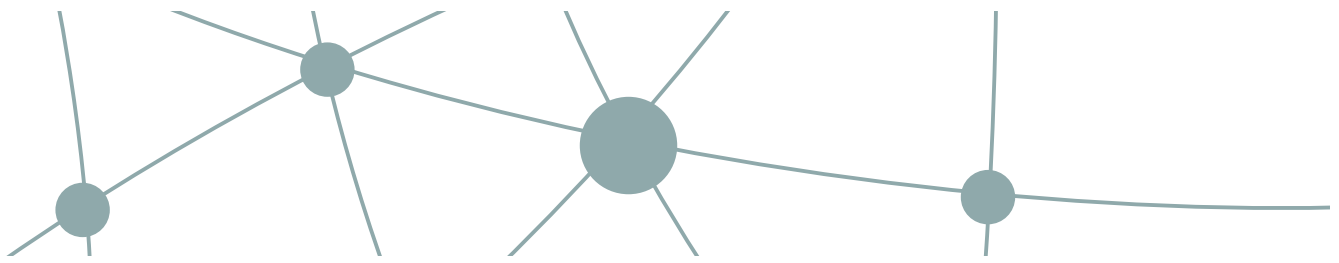


Modello B: interprofessionale, ma senza i familiari

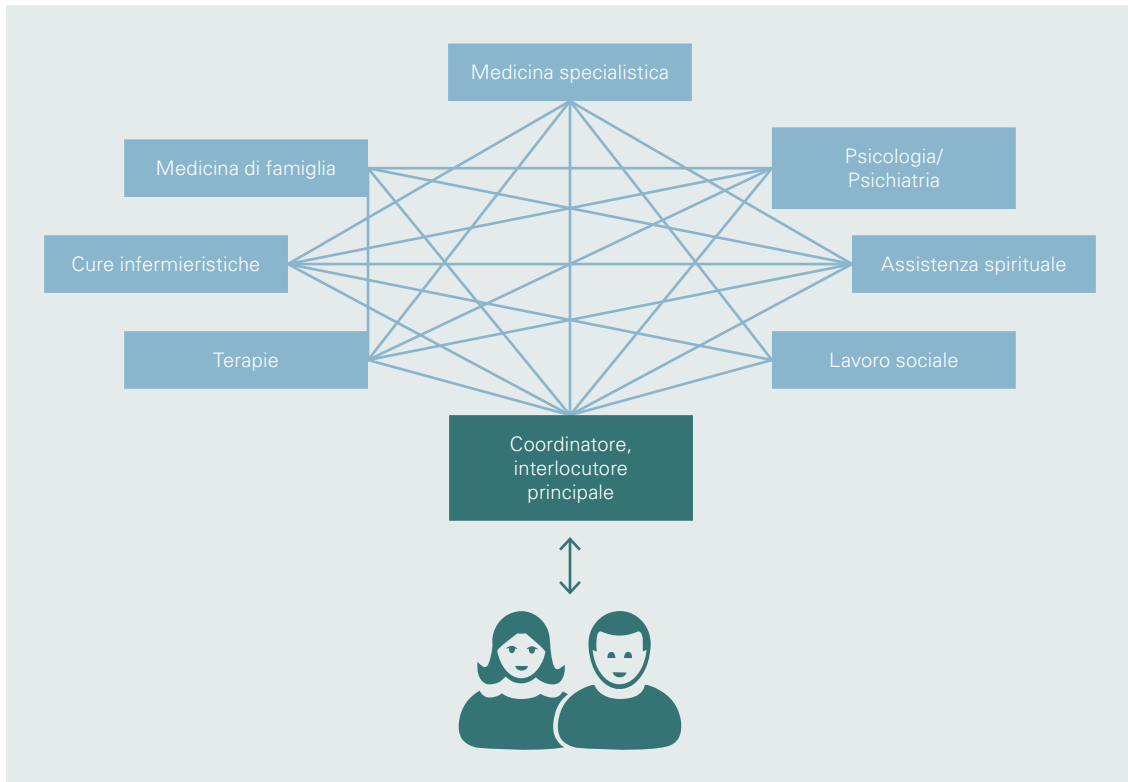


Nel modello B i diversi professionisti collaborano a stretto contatto e in modo coordinato e dialogano regolarmente. La collaborazione interprofessionale tra i professionisti funziona, ma i familiari assistenti e curanti non vi partecipano: sono infatti esclusi dal dialogo e di conseguenza non sanno chi fa cosa, chi discute e decide cosa e con chi, o a chi devono rivolgersi per quali necessità.

Questa configurazione è molto diffusa nei resoconti dei familiari. Alcuni sono contrariati dal fatto di essere esclusi, altri accettano questo approccio paternalistico e confidano che i professionisti prendano già le decisioni giuste dialogando tra di loro.

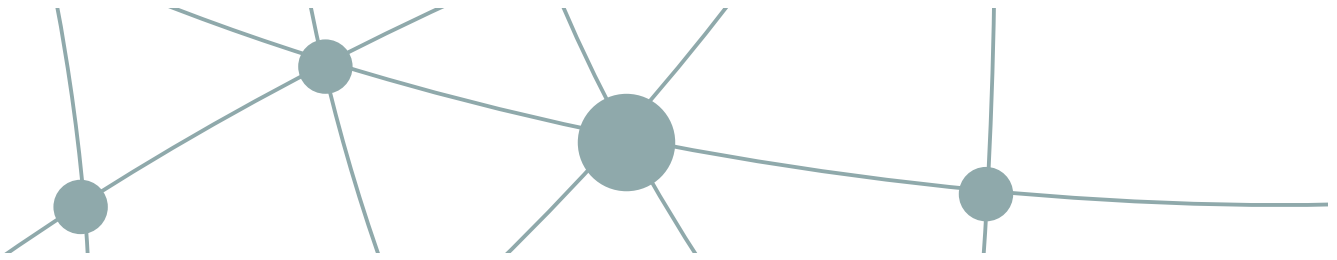


Modello C: interlocutore principale per i familiari

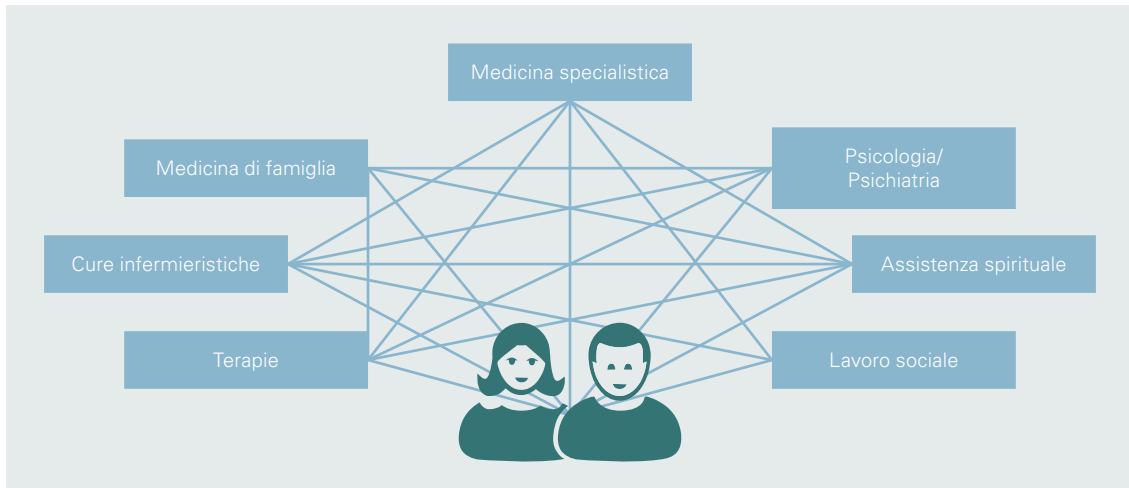


Anche il modello C prevede la collaborazione interprofessionale. Viene inoltre definita chiaramente la struttura dell'interfaccia con i familiari, e chi assume la funzione di coordinatore e di interlocutore principale per questi ultimi. Può trattarsi di un medico di famiglia, di un coordinatore delle cure o di un altro professionista.

Lo scambio di informazioni tra i familiari e i professionisti avviene prevalentemente mediante l'interlocutore principale, che garantisce al contempo un buon coordinamento tra le diverse categorie professionali e istituzioni.

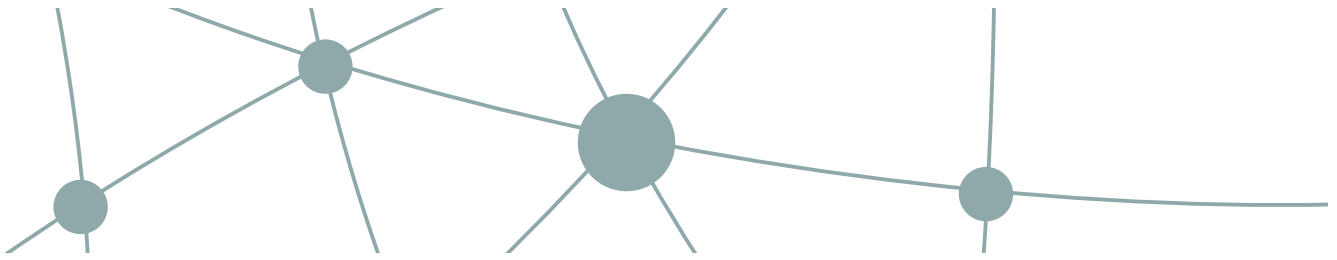


Modello D: interprofessionalità con i familiari



Il modello D è quasi inesistente nella pratica. Esso prevede che i familiari assistenti e curanti siano parte integrante del team interprofessionale e partecipino alle discussioni e alle decisioni su un piano di parità con i professionisti. Lo si ritrova soprattutto laddove i familiari lottano con grande impegno per ottenere il loro posto all'interno del team e svolgono un ruolo attivo.

Mentre il modello A non prevede né la collaborazione interprofessionale né il coinvolgimento dei familiari, nei modelli B, C e D l'interprofessionalità funziona bene. Tuttavia, solo nei modelli C e D anche i familiari hanno un posto chiaramente definito all'interno del team interprofessionale, con possibilità di partecipazione e codecisione.



Competenze: empatia e stima sono fondamentali

Le competenze inerenti alla relazione con i familiari non riguardano soltanto singoli professionisti, appositamente designati e formati, bensì tutti coloro che operano all'interno del sistema di assistenza.

I risultati del presente studio consentono di stilare una classifica chiara delle competenze necessarie dal punto di vista dei familiari e dei professionisti:

(1) **ascolto attivo**, (2) **competenza comunicativa** und (3) **empatia**.

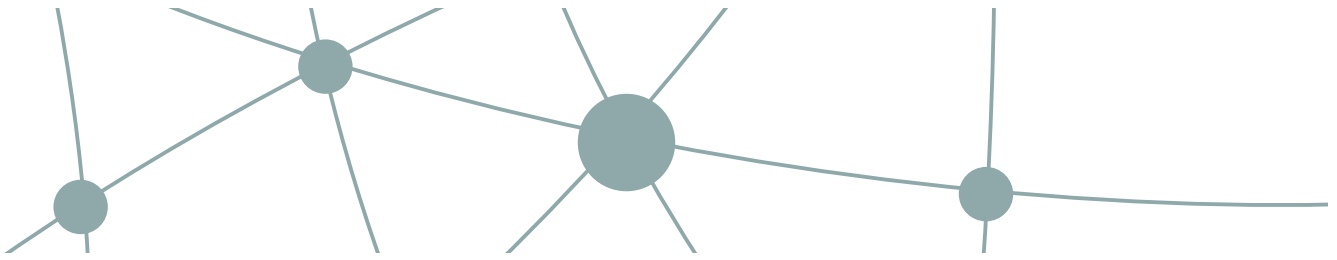
Ci si aspetta e si esige che atteggiamenti e azioni si distacchino nettamente da un paternalismo «illuminato» o ben intenzionato, in particolare per quel che concerne l'atteggiamento dei professionisti, che devono dimostrare empatia e stima. Benché le competenze professionali siano un presupposto fondamentale, ai fini dell'esperienza di assistenza sono secondarie.

Per quanto riguarda le formazioni di base, emergono evidenti lacune: il lavoro di supporto ai familiari non viene praticamente mai tematizzato in nessuna delle formazioni di base, sebbene sia uno dei fattori di successo nell'attuazione del principio «ambulatoriale prima di stazionario». Le competenze relative alla relazione con i familiari vengono trasmesse solo nell'ambito di corsi specifici di perfezionamento e aggiornamento, il cui pubblico possiede però già una certa sensibilità nei confronti delle necessità e delle esigenze dei familiari.

Competenze dei professionisti con una funzione di consulenza: personalità solida, conoscenza del sistema e interconnessione

Le persone che esercitano una funzione esplicita di consulenza/coordinatione e orientamento/accompagnamento si trovano spesso ai margini del sistema di assistenza e tendono pertanto a svolgere un ruolo di secondo piano nell'esperienza dei familiari assistenti. Entrare in contatto con loro risulta difficoltoso, poiché generalmente bisogna essere inviati a queste figure professionali o cercarle attivamente.

I professionisti con funzioni di consulenza necessitano di ulteriori competenze rispetto a coloro che svolgono una funzione di assistenza. Sono essenziali le competenze personali: la capacità di instaurare una relazione basata sulla piena fiducia, di trattare le persone in modo cordiale e rispettoso e di avvicinarsi con il proprio know-how a chi cerca consiglio in maniera imparziale e incondizionata, per individuare potenzialità di sostegno. Sono determinanti anche creatività e flessibilità, approfondite conoscenze specialistiche in diversi ambiti, nonché una buona interconnessione all'interno del sistema di assistenza. I professionisti sono concordi nell'affermare che le conoscenze teoriche non bastano, e che è necessaria una notevole esperienza professionale e di vita per poter offrire un valore aggiunto ai familiari.



5. Conclusioni e raccomandazioni

Benché negli ultimi anni si riscontri un'accresciuta consapevolezza della situazione in cui si trovano i familiari assistenti e curanti, la competenza relativa alla gestione delle necessità dei familiari è disciplinata solo in rarissimi casi. All'interno del sistema sanitario e sociale soltanto pochi professionisti hanno il mandato esplicito di occuparsi dei familiari. Molti dichiarano quindi di avere poco tempo da dedicare loro o di non averne affatto. Con l'intento di migliorare la collaborazione tra familiari assistenti e curanti da un lato, e professionisti del sistema sanitario e sociale dall'altro, il team di ricerca formula 11 raccomandazioni:

A) Considerare il lavoro di supporto ai familiari come parte dell'assistenza

1. Inserire nei mandati di prestazioni una clausola sul lavoro di supporto ai familiari

In tal modo, le organizzazioni responsabili e gli operatori sarebbero tenuti a introdurre come obiettivo il coinvolgimento dei familiari e il sostegno agli stessi, e a elaborare un apposito piano verificandone periodicamente l'attuazione.

2. Definire in modo chiaro competenze e responsabilità a livello interno e interistituzionale

Gli accordi tra i diversi attori facilitano la collaborazione interprofessionale e interistituzionale, definendo competenze e responsabilità.

3. Attribuire maggiore rilevanza al lavoro di supporto ai familiari nel mandato dei professionisti

Tutti i collaboratori (anche scarsamente qualificati) a contatto con pazienti o clienti, che devono far fronte alle necessità dei familiari, hanno bisogno di un mandato chiaro e di tempo per prestare ascolto o svolgere brevi colloqui.

4. Rafforzare le competenze di tutti i professionisti in ambito di consulenza e coordinamento

Poiché la consulenza deve essere facilmente e ampiamente accessibile anche in situazioni (non ancora) critiche, tutti i professionisti devono padroneggiare tali competenze, anche le persone con un AFC, un CFP o una formazione empirica.

B) Garantire il finanziamento

5. Definire chiaramente o introdurre nel sistema tariffale possibilità di fatturazione per le prestazioni a favore dei familiari

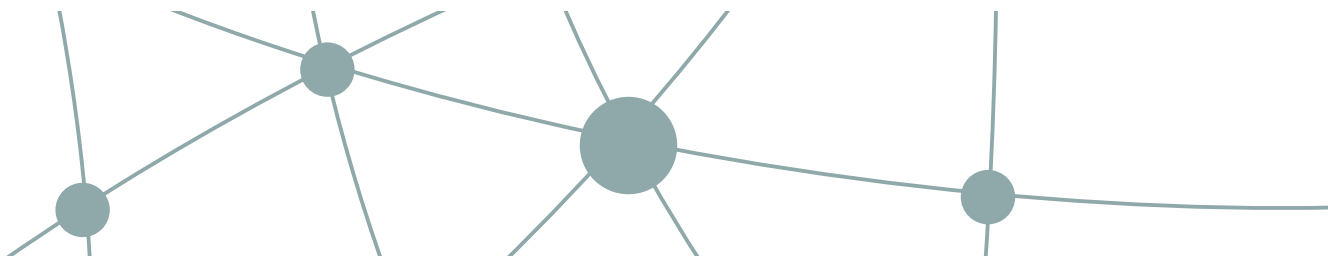
Nelle tariffe delle categorie professionali che interagiscono con i familiari (non soltanto infermieri, medici od operatori sociali) servono delle posizioni per il lavoro di supporto ai familiari, in linea con i criteri EAE.

6. Occorre finanziare le offerte di consulenza e coordinamento

Le consulenze, svolte anche da coordinatori di prossimità, sono elementi importanti. Attualmente non è chiaro se i Cantoni/i Comuni o le casse malati siano competenti per le prestazioni che non rientrano nell'articolo 7 dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre).

7. Finanziamento iniziale di progetti pilota da parte di Confederazione e Cantoni

Modelli di assistenza innovativi che prevedono nuove modalità di collaborazione con i familiari richiedono un maggiore fabbisogno di risorse nella fase iniziale, ma si tratta di un investimento che si dimostra pagante in seguito.



8. Sostenere lo svolgimento di valutazioni scientifiche e la ricerca nell'ambito dell'assistenza per dimostrare la conformità ai criteri EAE

Procedure e standard scientifici collaudati consentono di individuare opportunità e rischi, fornendo solide basi per prendere decisioni fondate su evidenze ed evitare allocazioni sbagliate.

C) Formazione e sensibilizzazione

9. Inserire il lavoro di supporto ai familiari nei programmi d'insegnamento

Dato che praticamente tutti i professionisti nella loro quotidianità lavorativa hanno a che fare direttamente o indirettamente con i familiari, occorre introdurre il tema dei familiari in tutte le formazioni di base del settore sanitario e sociale.

10. Rafforzare le metacompetenze comunicazione e collaborazione

Per instaurare con i familiari una relazione basata su stima e supporto, sono fondamentali l'empatia e la capacità comunicativa e di autoriflessione. Pertanto non basta trasmettere solo competenze professionali e metodologiche.

11. Incentivare il perfezionamento e l'aggiornamento nell'ambito della consulenza e del coordinamento

Con la crescente complessità del decorso delle malattie e dell'assistenza, aumenta il bisogno di consulenza, accompagnamento e coordinamento nonché di sostegno per orientarsi all'interno del sistema.

6. Seguito dei lavori

Alla fine del programma, l'UFSP redigerà un rapporto di sintesi sulla base di tutti gli studi eseguiti nel quadro del programma di promozione «Offerte di sgravio per i familiari assistenti 2017–2020».

Titolo originale:

Brügger Sarah, Sottas Beat, Kissmann Stefan, Keel Sara, Dell'Eva Emilie (2020): Kompetente Kooperation von Fachpersonen im Gesundheits- und Sozialwesen mit betreuenden Angehörigen. Schlussbericht des Forschungsmandats G08 des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020». Su mandato dell'Ufficio federale della sanità pubblica UFSP, Berna.

Link allo studio originale:

www.bag.admin.ch/familiari-prestano-assistenza-parte1