



CENTRO DI SALUTE MENTALE  
MANFREDONIA

# CASE MANAGEMENT

Un modello organizzativo per la cura del paziente psichiatrico

A cura:

Dott. STEFANO MARCONCINI

Dott. MICHELE RINALDI

# INDICE

Modalità di organizzazione dell'assistenza infermieristica: Generalità	pag	3
Nozioni basilari di Disease Management	pag	5
Team nursing	pag	6
Patient Focused Care	pag	7
Professional Nursing Practice Model and Magnet Hospital	pag	7
Primary nursing	pag	7
Case Management	pag	11
Functional nursing	pag	26
Perché il Case management e non il Primary nursing	pag	28
Il Care manager evoluzione del Case Manager	pag	29
Il Case Management nei servizi psichiatrici territoriali	pag	31
L'Infermiere Case manager in Psichiatria come attivatore di risorse di rete	pag	33
L'esperto clinico	pag	34
Clinical Pathways	pag	38

# **Modalità di organizzazione dell'assistenza infermieristica**

## **Generalità**

I modelli di organizzazione dell'assistenza infermieristica sono influenzati dallo scenario della sanità, dalle risposte che l'organizzazione intende dare ai propri "clienti", dai valori della professione infermieristica (tutti finalizzati a una risposta pertinente ai bisogni specifici dei singoli cittadini e della collettività). Le norme nazionali e regionali che regolano il funzionamento del servizio sanitario richiamano con sempre maggiore frequenza i concetti di qualità, appropriatezza, efficacia, efficienza ed economicità; le aziende ospedaliere e le AUSL devono oggi mostrarsi gradevoli e concorrenziali.

Il D.M. 739/1994 (profilo professionale) ha sancito per l'infermiere la responsabilità di tutte le prestazioni disciplinari anziché di singoli compiti come prevedeva l'abrogato D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225 (il cosiddetto mansionario); egli partecipa all'individuazione dei bisogni di salute della persona e della collettività e ne formula i relativi obiettivi, pianifica e gestisce le proprie azioni e si avvale, ove lo ritenga necessario, dell'opera delle figure di supporto.

Dal punto di vista epidemiologico, sono in aumento le multipatologie e i quadri cronico-degenerativi correlati all'avanzata età media della popolazione; dal canto loro, le aziende si avvalgono dei progressi in campo tecnologico al fine di ridurre i tempi di degenza; ciò porta i pazienti a essere seguiti sempre più in regime ambulatoriale o di day hospital, venendo a contatto con un gran numero di figure e strutture, in caso di patologie complesse. I pazienti che accedono oggi alle strutture sanitarie richiedono un'assistenza infermieristica caratterizzata dalla continuità, dal passaggio celere e completo di informazioni tra le U. O. con cui vengono a contatto, dalla conoscenza completa della storia dei pazienti da parte di tutti gli operatori sanitari. Inoltre, avanzano la pretesa legittima di un'organizzazione in grado di adattarsi all'utente e di non spersonalizzarlo con la ripetizione uguale per tutti di manovre meramente tecniche. Queste richieste possono essere soddisfatte solamente con l'utilizzo di modelli organizzativi non meccanici, che consentono di applicare appieno non solo la parte tecnica dell'assistenza infermieristica, ma anche e soprattutto quella metodologica (il processo di assistenza infermieristica — AI) che affonda le sue radici nella disciplinarietà del sapere infermieristico stesso. Non può infatti esservi personalizzazione dell'assistenza senza una raccolta dati specifica (guidata da un quadro teoria di riferimento), un'adeguata pianificazione delle azioni assistenziali e, soprattutto, un costante colpo d'occhio sul punto in cui il paziente si trova rispetto agli obiettivi stabiliti. L'ottica mansionariale, che si concretizza nel modello per compiti, esclude la possibilità di una pianificazione per obiettivi, resa impossibile dalla frammentarietà delle informazioni possedute da ciascun infermiere; si fa dunque sentire l'esigenza di un cambiamento organizzativo. Se correttamente gestito, l'inserimento delle figure di supporto può essere un aiuto in tal senso, ferma restando la necessità da parte dell'infermiere di applicare non solo la parte manuale, ma anche quella intellettuale della sua professione: solamente quest'ultima, infatti, contrariamente a quanto avviene per gli atti tecnici, è peculiare dell'agire infermieristico ed è patrimonio esclusivo (e inattaccabile dall'esterno) dell'infermiere. Il tutto compatibilmente con i carichi di lavoro legati alla carenza di professionisti e ad alcune attività routinarie per legge non delegabili (ad es. la terapia endovenosa).

Dal quadro appena descritto emerge pressante la richiesta di un'assistenza infermieristica personalizzata: l'impegno del gruppo professionale è finalizzato a tradurre nella pratica i concetti enunciati dal profilo, utilizzando modelli e strumenti operativi che permettano di erogare un insieme di prestazioni congruenti con le aspettative dell'utenza. L'approccio "funzionalista", o modello tecnico, è quindi da considerarsi superato, dal momento che le modalità operative per compiti "mansioni" considerate da buona parte degli infermieri non

consone né alle competenze e motivazioni dei professionisti né alle richieste dei pazienti.

Innanzitutto, bisogna ricordare che la natura dell'attività condiziona il suo modello organizzativo; per questo occorre definire il proprio modello assistenziale e padroneggiare le attività prima d'impegnarsi a organizzarle (Montesinos, 1993).

La visione dell'assistenza, e del modello organizzativo che la rende possibile, si fonda su quattro principi fondamentali:

- bisogno;
- beneficio;
- competenza;
- interdipendenza.

Da questi principi di riferimento derivano le quattro caratteristiche fondamentali che devono connotare un modello:

- non necessariamente tutti i pazienti hanno bisogno di assistenza in aggiunta a quella medico-alberghiera; tuttavia l'infermiere identifica, per tutti i degenti, l'esistenza o meno del bisogno di assistenza infermieristica (BAI d'ora in avanti);
- l'assistenza infermieristica deve rispondere ai BAI in modo personalizzato, senza produrre attività routinarie di inutile sostituzione o supporto;
- l'infermiere deve possedere competenze proprie, definite da un profilo, per porre in atto l'assistenza professionale;
- l'assistenza è, per sua natura, interprofessionale; essa richiede dunque di essere sostenuta da un adeguato sistema informativo oltre a essere organizzata e coordinata in modo flessibile (Zanotti, 2003).

Un modello organizzativo è dunque un insieme di regole che controllano il funzionamento dell'organizzazione, la quale è direttamente legata alla mission dichiarata da ogni Servizio Infermieristico aziendale.

Altri autori propongono un modello trasformatore della pratica infermieristica (Calamandrei, Orlandi, 2002); gli assunti della "trasformazione" sono i seguenti:

- la qualità dell'assistenza va mantenuta al livello attuale o aumentata;
- le risorse finanziarie sono limitate;
- la soddisfazione dei clienti e degli operatori deve essere mantenuta o aumentata;
- il modello trasformatore deve essere sensibile alla limitatezza delle risorse, orientato alla capacità di analizzare le situazioni e di organizzare in maniera appropriata l'attività;
- il processo assistenziale deve essere basato sulla riflessione critica, sulla negoziazione e sulla creatività;
- la responsabilità delle scelte compete agli infermieri, in un rapporto di partnership con il cliente;
- sono da abolire il "si è sempre fatto così", la troppa standardizzazione, la routine.

Il modello trasformatore pone l'accento sulla necessità di evidenziare le variabili che influenzano la scelta di un modello. Un punto in particolare necessita di un maggiore approfondimento: l'organizzazione appropriata dell'attività.

Nel contesto odierno la necessità di valorizzazione del professionista infermiere deve essere legata sia all'accrescimento del bagaglio di conoscenze e del patrimonio cognitivo (avvento della formazione universitaria) sia all'accentuarsi della carenza infermieristica nelle regioni del Nord Italia; per tali motivi devono essere attribuite all'infermiere attività a elevata complessità assistenziale, affidando alle figure di supporto quelle più semplici.

Negli ultimi tempi hanno preso l'avvio riflessioni e ricerche circa la definizione e la rilevazione delle attività proprie ed esclusive dell'infermiere nei processi assistenziali, a fronte di quelle improprie o attribuibili ad altre figure. In considerazione della notevole quota tempo che occupa l'infermiere in attività assistenziali di base o a basso profilo professionale, si ritiene opportuno attribuire queste ultime a figure idoneamente preparate (Ota, Oss), attribuzione che dovrà essere considerata nella scelta del modello organizzativo da adottare.

Individuare uno solo tra i modelli crea difficoltà: ognuno di essi risente, ad esempio, del

contesto in cui è applicato (ospedale, territorio), della tipologia dei pazienti (critici, acuti, cronici), della tipologia di personale (infermieri e personale di supporto all'assistenza), del livello di competenza raggiunto, del quantitativo di risorse umane e materiali (Jupp, 1994). Ricordando che la scelta di un modello organizzativo influenza l'efficacia e l'efficienza dell'organizzazione, poiché dalle modalità di utilizzo delle risorse derivano la quantità e la qualità delle prestazioni, i modelli odierni devono rispondere prevalentemente alla necessità di utilizzare un minor fabbisogno di risorse professionale a pari o migliore assistenza ricevuta dal paziente. I modelli di più frequente riscontro in letteratura internazionale, sviluppatasi per lo più in Nord America e Inghilterra, sono il team nursing (modello per piccole équipe), primary nursing (modello primario), case management nursing (modello di gestione del caso), functional nursing (modello funzionale, per compiti) e l'evoluzione del case management nursing. Si prenderanno in considerazione la definizione, le caratteristiche, i vantaggi e gli svantaggi di ogni modello, senza valutarne le differenze applicative nelle diverse realtà operative assistenziali.

## **Nozioni basilari di Disease Management**

Prima di iniziare a trattare i modelli organizzativi diventa fondamentale dare alcune nozioni di Disease Management, al fine di far capire l'importanza dei modelli organizzativi. Di fronte ad un scenario in cui aumenta in modo esponenziale la domanda di assistenza, e oramai impensabile ragionare secondo i vecchi modelli di gestione dell'assistenza, la popolazione non accetta più un'assistenza parcellizzata e depersonalizzata. Con i modelli organizzativi, e con i nuovi sistemi di cura della patologia cronica si ottiene un'elevata qualità dell'assistenza, un'assistenza personalizzata e misurabile e una riduzione dei costi, grazie alla gestione secondo i moderni criteri del management.

Il Disease Management si può definire come un approccio sistematico alla gestione globale della malattia, teso a misurare e migliorare gli outcomes non a livello individuale ma in termini di popolazione, mediante l'applicazione di interventi di prevenzione e trattamento integrati fra loro. Va precisato che l'obiettivo che si propone non è la sola "gestione" della malattia, ma il concetto stesso di salute. Le linee guida terapeutiche sono utilizzate per coordinare i diversi interventi. L'obiettivo del Disease Management consiste nel limitare, nel corso di un determinato periodo di tempo, i danni di salute causati da malattie e quindi di migliorare le aspettative e/o la qualità di vita, e di incrementare l'efficienza economica dell'azione di cura.

Sono suoi elementi peculiari:

1) la partecipazione attiva del paziente nella gestione delle cure per la propria malattia.

La responsabilizzazione verso il trattamento e la partecipazione attiva possono essere sostenute mediante l'educazione del paziente ed il supporto alla rete primaria di assistenza.

2) la regolare esecuzione di un set di controlli periodici per ogni paziente.

La schedulazione dei controlli consente di migliorare la fruizione del servizio anche riducendo gli accessi, in frequenza e numero.

3) un sistema di monitoraggio informatizzato.

### **Elementi di un programma di DISEASE MANAGEMENT**

1. Processi di identificazione della popolazione
2. Evidence-based practice guidelines
3. Modello di pratica clinica di riferimento
4. Identificazione dei rischi e raffronto tra gli interventi possibili con i bisogni individuati
5. Educazione del paziente all'autogestione
6. Misura, analisi e gestione dei processi e degli esiti
7. Reportistica di routine
8. Uso appropriato dell'information technology

## Team nursing

Meglio conosciuto in Italia come modello per piccole équipes, questo modello prevede un gruppo composto da varie figure (infermieri, personale di supporto all'assistenza, studenti in formazione) sotto la direzione di un infermiere team leader (capo équipe o responsabile di équipe) che fornisce assistenza a un gruppo di pazienti in un specifico turno di servizio. L'unità operativa viene ripartita in due o più settori secondo il numero dei pazienti e la loro complessità assistenziale (grado di dipendenza); il team leader valuta i bisogni infermieristici, pianifica l'assistenza dei pazienti del proprio settore e assegna le attività ai vari operatori in base alla loro qualifica, esperienza e competenza.

L'infermiere "capo équipe", che eroga anche assistenza diretta ai pazienti, oltre a buone competenze cliniche deve possedere competenze organizzative e capacità di conduzione del gruppo (leadership). Le principali caratteristiche organizzative del modello sono:

- gruppo di operatori di varie qualifiche (2-4) che fornisce assistenza infermieristica a un gruppo di pazienti in un turno, sotto la direzione e la responsabilità di un team leader;
- assegnazione delle attività a infermieri e personale di supporto con pianificazione e valutazione dell'assistenza affidata al capo équipe;
- ripartizione dell'unità operativa in due o più settori;
- adozione di una documentazione infermieristica orientata al paziente;
- realizzazione delle consegne con tutto il personale in servizio, con descrizione dei bisogni di assistenza infermieristica di tutti i pazienti dell'unità operativa.

<b>Vantaggi e svantaggi del team nursing</b>	
<b>Vantaggi</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Valorizzazione delle competenze del team leader e controllo del personale di supporto</li><li>• Integrazione e qualità dell'assistenza</li><li>• Condivisioni del piano assistenziale e delle decisioni</li><li>• Garanzia di continuità assistenziale</li><li>• Elevata soddisfazione delle persone assistite e del personale</li><li>• Assistenza infermieristica personalizzata e completa</li><li>• Assegnazione delle attività in funzione delle competenze, valorizzazione della professionalità di ogni lavoratore</li></ul>	<b>Svantaggi</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Rischio reale che i team erogino assistenza funzionale nel caso in cui i compiti prevarichino il piano assistenziale</li><li>• Necessità di maggiori risorse umane e materiali</li><li>• Aumento dei tempi di coordinamento e comunicazione</li><li>• Carente formazione in dinamiche di gruppo, coordinamento e management di team assistenziale degli attuali infermieri possono frenare l'implementazione del modello.</li></ul>

## **Patient Focused Care**

Modello diffuso negli anni '90. Esso prevede l'uso di operatori con capacità e competenze diverse ed un approccio in team all'assistenza. Mayo descrive lo scopo del P.F.C, come "il corretto raggruppamento dei pazienti e delle strutture necessarie a migliorare la risposta, decentrando i servizi, dando autonomia agli operatori e garantendo continuità della cura". I quattro principi che lo governano sono: semplificare i processi; raggruppare i pazienti simili; portare i servizi vicini ai pazienti (inclusi la distribuzione dei farmaci da parte della farmacia, la gestione dei servizi alberghieri, ecc.); allargare le competenze dello staff attraverso training incrociati tra i diversi operatori, al fine di migliorare la qualità delle cure e creare un ambiente attrattivo per gli infermieri. Una valutazione iniziale di questo modello ha dimostrato un aumento della soddisfazione dei pazienti, degli infermieri e dei medici.

## **Professional Nursing Practice Model and Magnet Hospital**

Questo modello identifica gli ospedali magnete, ovvero quelli che contengono una serie di requisiti desiderabili dagli infermieri. Questi ospedali vengono considerati i fornitori della migliore assistenza, prevedono servizi per gli infermieri quali ad esempio strutture abitative; sono supportati da modelli gestionali che garantiscono ampia autonomia alle unità operative e la condivisione delle scelte generali. Hanno un numero di infermieri leggermente superiore rispetto agli altri ospedali e una maggiore diversificazione delle competenze. L'evidenza dimostra un elevato livello di soddisfazione dei pazienti ed un basso livello di burn-out degli operatori. Il Professional Nursing Practice è il cuore dell'impostazione organizzativa degli ospedali magnete. Alcune ulteriori evidenze dimostrano una forte correlazione tra il tipo di organizzazione adottato e la diminuzione del tasso di mortalità dei pazienti. Numerosi studi riportano inoltre che questi risultati sono raggiunti a parità di costo.

## **Primary nursing**

Costituisce un'evoluzione del modello team nursing e vede l'assistenza come pratica professionale centrata sul paziente, il quale è soggetto alla guida continua di un primary nurse dal momento del ricovero alla dimissione. La relazione di un singolo infermiere "primario" con l'assistito costituisce il focus dell'assistenza professionale cui vengono associati gli altri infermieri (Rafferty, 1993). I professionisti che operano nella struttura in ogni turno di lavoro provvedono all'assistenza dei pazienti che è pianificata, coordinata e valutata da un unico infermiere "primario", responsabile del piano assistenziale di ogni persona.

### **L'Applicazione nella pratica quotidiana**

PN significa che ad ogni paziente viene assegnato per l'intera durata della sua permanenza nel reparto, nel servizio di assistenza ambulatoriale o durante il soggiorno in una residenza protetta a un unico infermiere e sempre lo stesso. Diversamente dalle forme di organizzazione di assistenza per compiti o funzionale, la responsabilità per il paziente non cambia alla fine del turno o da un giorno all'altro. L'infermiere primario è responsabile dell'assistenza e cura del paziente 24 ore al giorno e sette giorni la settimana. Questo non significa, comunque, che deve essere in servizio ininterrottamente oppure debba essere chiamato a casa qualora si rendesse necessario apportare modifiche all'assistenza del paziente, ma che l'infermiere primario mentre è in servizio pianifica le attività da svolgere anche in sua assenza al paziente a lei affidato. Durante la sua assenza, altri infermieri chiamati associated nurses (infermieri associati) si occupano dell'assistenza secondo il piano

stabilito dall'infermiere/a primario. Il ruolo dell'infermiere primario e dell'infermiere associato/a si definisce dal rapporto con il singolo paziente assegnato e quindi non è identico verso tutti i pazienti. Un'infermiere/a primario/a può per esempio lavorare come tale per un gruppo ristretto di pazienti e svolgere contemporaneamente il ruolo di infermiere/a associato/a per un altro gruppo di pazienti.

L'infermiere/a primario/a ha la massima autonomia nelle decisioni assistenziali per il paziente di cui è responsabile e non deve pertanto farsi autorizzare il suo piano assistenziale dal coordinatore del reparto, né possono altri infermieri deviare nel loro lavoro dal piano assistenziale elaborato oppure modificarlo, tranne che in situazioni di emergenza.

### **Funzioni dell'infermiere primario**

L'infermiere/a primario è l'operatore che accompagna il paziente durante il suo iter attraverso l'organizzazione e se ne assume la piena responsabilità.

L'infermiere primario

- fa l'anamnesi infermieristica, elabora il piano assistenziale, effettua nel limite del possibile l'assistenza completa e la valuta
- supervisiona tutte le attività assistenziali, inclusi quelle diagnostiche e terapeutiche
- stipula il contratto assistenziale con il paziente e si fa garante degli interessi dello stesso
- è la persona chiave per la comunicazione e per la collaborazione interdisciplinare all'assistenza centrata al paziente assegnato
- cura i contatti con i parenti e le altre persone di riferimento

### **Criticità degli altri modelli di organizzazione assistenziale**

Nell'assistenza per compiti o funzionale si può assistere ad una perdita di informazioni in quanto la responsabilità cambia da turno in turno. Spesso non è chiaro chi deve decidere e chi si deve assumere la responsabilità se una determinata manovra è da effettuare o no. Il paziente non ha un infermiere di riferimento sicuro con cui può mettersi d'accordo in modo definitivo, completo e affidabile rispetto ai suoi bisogni.

Una responsabilità poco chiara può avere molte conseguenze: per esempio, può essere incerto in che misura il paziente conosce ed accetta la sua condizione di salute, informazioni da parte dei parenti e/o per i parenti possono essere perse, le altre categorie professionali impegnate nell'assistenza del paziente non hanno un operatore di riferimento competente, l'educazione sanitaria avviene in modo sordinato e ritarda la dimissione o il trasferimento del paziente, si allungano tempi di attesa e momenti di inerzia nell'assistenza a causa di un insufficiente coordinamento dell'assistenza stessa, degli interventi diagnostici, della terapia e dei bisogni del paziente.

PN è un punto di partenza per il miglioramento di queste situazioni critiche.

L'accompagnamento del paziente orientato al caso specifico rende possibile la considerazione ottimale degli interessi del paziente ed allo stesso tempo l'ottimizzazione della realizzazione del piano assistenziale e la comunicazione fra le diverse interfacce.

### **Elementi principali del PN**

Gli elementi principali del PN possono essere descritti come segue (vedi Manthey 1980 e b, Ersser & Tutton 2000, Andraschko 1998, Horn & Cowan 1992):

La responsabilità

L'assegnazione completa della responsabilità assistenziale di un paziente all'infermiere primario presuppone la decentralizzazione delle strutture di potere; non è più il coordinatore (Caposala) o il gruppo professionale a decidere ed ad assumersi la responsabilità per il piano assistenziale ma l'infermiere/a primario. Tale fatto necessita che vengano definite in modo inequivocabile le funzioni di ogni singolo operatore all'interno del reparto. Le funzioni



dell'infermiere primario, dell'infermiere associato, degli operatori di supporto e del coordinatore devono essere formulate chiaramente nelle relative job descriptions.

Nelle job descriptions deve essere specificato che la responsabilità dell'infermiere primario è rigorosamente definita in riferimento al paziente assegnato e che ciò non stabilisce un nuovo livello gerarchico rispetto agli altri colleghi. L'infermiera/e associato non è in nessun caso subordinato all'infermiere primario, responsabile del piano d'assistenza del paziente assegnato; il piano è però vincolante per i colleghi che concorrono alla realizzazione dello stesso. Infatti, un'infermiere può essere "primario" per i pazienti A, B, C e D ed "associato/a" per i pazienti X, Y e Z per i quali deve rispettare il piano assistenziale elaborato da un altro/a collega.

Il coordinatore infermieristico, invece, ha la responsabilità per il coordinamento del personale sanitario e di supporto in reparto, per l'organizzazione e gestione del reparto e per il controllo della qualità. Poiché il coordinatore infermieristico si deve concentrare sulle funzioni manageriali non potrà più essere, nello stesso momento, anche operatore addetto all'assistenza e di conseguenza svolgerà solo funzioni limitate nell'assistenza diretta al paziente.

### La Continuità

La continuità richiede l'orientamento di tutte le condizioni organizzative all'interesse del paziente. Ciò richiede una flessibilità nella pianificazione ed esecuzione dei turni di servizio. Deve essere garantita la presenza continuativa dell'infermiere primario in servizio per garantire l'outcome assistenziale egli non potrà mancare, p.e., più di un giorno nelle degenze di pazienti che durano pochi giorni. La turnistica deve quindi essere adattata ai bisogni assistenziali dei pazienti (breve degenza del paziente - presenza continuativa oppure assenza limitata allo stretto necessario dell'infermiere primario; lunga degenza - assenze programmate dell'infermiere/a primario/a); eventualmente sono da istituire orari di servizio flessibili (p.e. l'infermiere primario a part time presente cinque giorni la settimana con orario ridotto).

### La Comunicazione Diretta

L'infermiere/a primario concorda e coordina l'assistenza e le cure dei pazienti assegnati sia con i propri collaboratori sia con i medici curanti, consulenti, terapisti, assistenti sociali, ecc. Ciò richiede capacità ed autorevolezza comunicativa ed abilità nel lavoro di gruppo. L'infermiere primario è inoltre persona di riferimento per gli operatori al di fuori del reparto di degenza come per esempio i servizi ambulatori, l'assistenza domiciliare e i medici di medicina generale.

### Pianificazione/Applicazione

La competenza dell'infermiere primario è fondamentale sia per il contatto diretto con il paziente sia per le decisioni che deve poter prendere personalmente nell'esecuzione dell'attività assistenziale. Deve essere in grado di acquisire direttamente le informazioni riguardanti il paziente assegnato necessarie per coordinare il processo assistenziale. Allo stesso tempo può delegare ad altri attività non strettamente pertinenti all'assistenza diretta come per esempio la preparazione di manovre assistenziali e la sistemazione di materiale e dispositivi utilizzati per l'esecuzione di queste manovre, il rifacimento del letto, l'approvvigionamento di materiale sanitario, consegne/ritiri di referti, le attività amministrative ecc. Occorre pertanto valorizzare l'impiego di personale di supporto. Anche l'infermiere associato riceve da quello primario indicazioni per il proprio lavoro che comunque è di natura professionale, assistenziale e non subordinato in quanto interviene come professionista di pari dignità al quale viene richiesto per esempio la collaborazione nell'analisi critica del piano assistenziale.

### PN come prerequisito per la Qualità

Il modello assistenziale del PN crea le condizioni per un orientamento più marcato ai bisogni del paziente. La continuità e la responsabilità dichiarata in modo chiaro ed

inequivocabile favoriscono il rapporto professionale con il paziente ed offrono il contesto per la realizzazione ottimale dell'assistenza. Tuttavia, la PN non è di per se l'equivalente di "best practice": come sistema di organizzazione ma crea il contesto in cui viene svolta l'assistenza, ma non è sinonimo di qualità assistenziale. PN può servire ad eliminare i punti deboli nell'assistenza infermieristica offerta e la sua introduzione dovrebbe andare a pari passo con sforzi mirati a migliorare la qualità. C'è da chiedersi se PN possa effettivamente ridurre i costi dell'assistenza (vedi Kellnhauser 1994). Soltanto in presenza di un'aumentata qualità, un minore turnover del personale e minore spreco di risorse si possono ipotizzare effetti economicamente positivi nel bilancio aziendale.

<b>Vantaggi e svantaggi del Primary nursing</b>	
<p style="text-align: center;">Vantaggi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gli infermieri primari lavorano al massimo delle loro capacità professionali</li> <li>• La responsabilità dell'assistenza infermieristica è accentrata sull'infermiere primario</li> <li>• Maggiore autonomia professionale</li> <li>• Elevata soddisfazione delle persone assistite e degli infermieri</li> <li>• Assistenza infermieristica personalizzata e completa</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Svantaggi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reperibilità continua dell'infermiere primario</li> <li>• Elevata competenza per elaborare il piano di assistenza infermieristica</li> <li>• Necessità di maggiori risorse umane</li> <li>• Possibili conflitti fra l'infermiere primario e i medici nel caso in cui sorgano divergenze sulle cure più adatte al paziente</li> </ul>

# CASE MANAGEMENT

## Dal Managed Care al Case Management

I termini di Managed Care, Case Management e percorsi diagnostico-terapeutici sono di provenienza statunitense, quindi nati e utilizzati in un contesto sanitario diverso da quello europeo.

Cos'è il Managed Care?

Del termine Managed Care si possono dare diverse definizioni:

1. un sistema composto da strutture e metodologie di funzionamento del riorganizzazione che ha lo scopo istituzionale di erogare servizi sanitari in modo efficiente (contenimento dei costi) ed efficace (qualità della prestazione sanitaria e del servizio erogato);
2. una logica/filosofia di approccio del sistema sanitario che si è sviluppata in risposta alla necessità di contenere i costi sanitari, di ricomporre la frammentazione di erogazione dei servizi e di rispondere al bisogni sanitari del cittadino con servizi di qualità.

La logica di Managed Care si struttura in una forma organizzativa che opera sulla base di processi in continua evoluzione, in quanto influenzati dall'evoluzione della clinica e dell'organizzazione sanitaria, i sistemi di Managed Care sono costituiti da una componente assicurativa, che garantisce il finanziamento attraverso la "vendita" di pacchetti di prestazioni sanitarie prepagate, e da una componente di erogazione dei servizi composta da diverse strutture (ospedali, servizi diagnostici, gruppi di medici). Negli Stati Uniti i sistemi di Managed Care si distinguono in:

1. **Health Maintenance Organizations (HMO)**: organizzazioni con responsabilità economico-amministrativa ad attività assicurativa e di erogazione dei servizi sanitari basati su pacchetti di prestazioni prepagate;
2. **Preferred Provider Organizations (PPO)**: a differenza delle HMO garantiscono agli iscritti la possibilità di usufruire di servizi esterni al sistema assicurativo coprendo in parte i costi.

Il sistema di Managed Care, basato sull'elaborazione e costruzione di un "pacchetto di prestazioni" prepagato, ha dimostrato la sua efficacia nel ridurre i costi in un sistema sanitario in continua espansione economica; di conseguenza, è stato preferito dalle associazioni, dalle imprese e dai singoli cittadini. Da un punto di vista macro-organizzativo il sistema è composto da una struttura organizzativa, da politiche e strategie di tipo sanitario ed economico e da meccanismi di funzionamento che agiscono come collanti tra le diverse parti del sistema (sistema di erogazione dei servizi).

A livello di micro-organizzazione operano i professionisti sanitari generalisti e specialisti che, nell'ambito di diversi contesti, decidono le necessarie prestazioni da erogare per un cliente con problemi di salute in un'ottica di contenimento dei costi e di miglioramento della qualità delle cure. Entrambi gli obiettivi (costi e qualità) sono raggiungibili attraverso le singole scelte dei professionisti sanitari. Pertanto, uno dei principali orientamenti assunti dai sistemi di Managed Care è stato quello di modificare il comportamento clinico, indirizzandolo verso processi decisionali in grado di eliminare i trattamenti inappropriati e di autorizzare i trattamenti necessari, opportuni ed efficaci.

Come modifica l'approccio clinico?

Per modificare l'approccio clinico dei professionisti che operano a livello dei servizi che erogano prestazioni, i sistemi di Managed Care si sono basati su tre livelli articolati di intervento:

1. selezione o scelta dei medici e dei servizi che fanno parte della struttura;
2. la costituzione di un sistema incentivante per i medici e per i servizi erogatori di prestazioni basato su valori di produttività, contenimento dei costi, qualità, rispetto dei modelli di utilizzo dei servizi;
3. incentivi per i pazienti che scelgono i medici e i servizi inseriti nel sistema.

L'equilibrio costruito all'interno del sistema basato sulla selezione, sulla verifica dei risultati e sull'incentivazione si è dimostrato efficace nell'orientare le scelte dei clinici. Inoltre, i sistemi di Managed Care come strumento "professionale" di orientamento della pratica clinica utilizzano frequentemente le linee guida, elaborate da medici e spesso gestite da manager o coordinatori infermieristici o amministrativi.

Nei casi complessi di pazienti con trattamenti ad alto costo, il medico delinea il piano di gestione del caso, che deve essere comunque approvato dalla compagnia assicurativa che si

riserva, talora, di utilizzare il supporto di un manager più esperto nei costi e nella gestione delle risorse, per ricercare, se possibile, i piani di trattamento a minor spesa.

Quali sono stati gli effetti?

I sistemi di Managed Care, sviluppatisi molto velocemente negli ultimi vent'anni negli Stati Uniti, hanno determinato effetti più o meno desiderati a vari livelli dell'organizzazione sanitaria e nei confronti della popolazione, in particolare rispetto alle fasce di pazienti più a rischio. In ogni caso hanno influito sui programmi statali e federali, sul mercato assicurativo sanitario, sull'assetto delle istituzioni mediche e sanitarie, sulla ricerca ecc.

### **Gli effetti sul sistema sanitario**

A fronte di un contenimento dei costi sanitari (che negli USA rimangono comunque elevati rispetto ad altri paesi) il sistema di Managed Care ha reso più evidente il "difetto intrinseco" del sistema sanitario assicurativo statunitense: quello di essere orientato soprattutto verso le fasce di popolazione a minore rischio sanitario (fasce giovanili-adulte e sane) in ragione dei margini di profitto che possono offrire. Per garantire un maggior livello di equità si è così reso necessario l'intervento dello Stato. Inoltre, le compagnie di Managed Care si sono rivelate abili nel ridimensionare i costi sanitari (riduzione degli accessi ospedalieri, delle giornate medie di degenza), per la posizione nettamente vantaggiosa che occupano nella fase di negoziazione con le strutture erogatrici di prestazioni.

Ciò ha comportato una riduzione della domanda, in particolare della domanda specialistica e ospedaliera. La conseguente riduzione di posti letto ha determinato poi la chiusura o le "fusioni" di ospedali. La riduzione dei posti letto e delle giornate medie di degenza (6,5 giorni), iniziata con l'avvento del sistema di finanziamento prospettico - DRGs -, è stata controbilanciata da un aumento di prestazioni ambulatoriali, di day-hospital chirurgico e di ospedalizzazione a domicilio, gestita anche direttamente da istituzioni infermieristiche, che in un sistema di Managed Care trovano un maggiore livello di coordinamento. Le strutture di Managed Care si articolano su reti di servizi che necessitano di pochi specialisti, utilizzano moltitudini di filtro a livello di assistenza primaria (operatori sanitari incentivati a gestire in prima persona il paziente) e questo sposta notevolmente il potere verso i medici generalisti (equivalente del medico di base). Anche la ricerca, la sperimentazione e la formazione risultano essere penalizzate in un sistema che paga solo per l'assistenza necessaria. Le compagnie assicurative, per esempio, insistono su un maggiore orientamento formativo dei medici verso il Case Management, cioè verso l'adozione di schemi decisori sviluppati secondo linee guida.

### **Gli effetti sul personale medico**

In un sistema di Managed Care il medico, pur avendo meno autonomia clinica, ha maggiori soddisfazioni nell'operare secondo linee guida, nel registrare un più alto livello di soddisfazione da parte del paziente, nell'applicare realmente la valutazione e il monitoraggio e nell'essere incoraggiato da un sistema di incentivazione. Gli aspetti negativi del sistema a livello clinico ricadono invece sull'influenza che comunque viene esercitata nel rapporto medico/paziente (le scelte del medico sono influenzate dall'esterno e non sempre il paziente ne è a conoscenza). Inoltre, in alcuni casi si sono riscontrati conflitti tra la visione etica delle compagnie e dei professionisti, in particolare per la scelta di pazienti e di decisioni cliniche finali senza possibilità di revoca.

### **Gli effetti sul paziente**

La scelta del medico è limitata e in particolare è filtrato l'accesso al medico specialista e all'ospedale. Studi sulla popolazione Medicaid hanno però dimostrato un miglioramento dei processi di accesso ai servizi e di soddisfazione degli assistiti. Un potenziale sviluppo della relazione medico/paziente, che include la scelta del piano di Managed Care e del sanitario, maggiore disponibilità di informazioni, competenze e risultati, accesso a un'equipe più ampia di operatori sanitari. Si possono comunque rilevare effetti negativi quali: meno tempo per

l'interazione medico/paziente, minore numero di visite a domicilio, discontinuità nelle cure, conflitti.

## **Managed Care in Europa**

Nei diversi tentativi europei di dare una definizione contestualizzata del sistema di Managed Care, si sta assistendo a un cambiamento dell'orientamento di base. La filosofia dei sistemi sanitari è infatti diversa: in Europa la salute è ancora un diritto umano e di conseguenza tende ad affermarsi una visione integrata tra la componente politica e gestionale-organizzativa. Il presupposto a monte del Managed Care è la chiarezza istituzionale tra chi compra ed eroga la prestazione. La chiarezza istituzionale è data dalla separazione delle due funzioni e dall'assegnazione di responsabilità definite (meno rilevante è la separazione in enti diversi). Le compagnie statunitensi sono assicurazioni che si finanziano con le quote assicurative e comprano, affittano o fanno contratti con professionisti e strutture. In Europa si assiste a una diversificazione di meccanismi di finanziamento e di macrostruttura sanitaria, che però hanno prodotto sistemi sanitari affini. È prevalsa la tendenza al finanziamento quasi totalmente controllato in modo diretto o indiretto dallo Stato. I regimi assicurativi vigenti sono nella maggioranza dei casi obbligatori. Inoltre, i sistemi sanitari europei sono tutti orientati a "fare quadrare il cerchio" tra le compatibilità macroeconomiche e il contenimento della spesa pubblica destinata alla salute. Le organizzazioni sanitarie europee potrebbero per molti aspetti considerarsi sistemi di Managed Care, in quanto sono in possesso dei requisiti necessari:

1. separazione tra le responsabilità di compratore e fornitore;
2. possibilità di effettuare contratti selezionati tra compratore e venditore negoziabili;
3. ruolo di filtro del medico di base;
4. sviluppo della tendenza a utilizzare linee guida e protocolli per l'orientamento alla decisione clinica;
5. sviluppo di sistemi di misurazione di risultati clinici e gestionali,
6. possibilità di utilizzare il sistema incentivante per i professionisti;
7. sviluppo della Quality Management attraverso audit e accreditamento.

## **Cos'è il Case Management**

Il Case Management è una metodologia di Managed Care, ma è anche un meccanismo autonomo di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'assistenza sanitaria, basato sulla logica di coordinamento delle risorse da utilizzare per la specifica patologia di un paziente attraverso le diverse strutture e organizzazioni del sistema sanitario. L'approccio di Case Management è quello di considerare i pazienti come entità che sta vivendo un percorso di malattia, allontanandosi dalla concezione di vedere i pazienti attraverso le cure previste ed erogate in modo frammentario ed episodico. L'approccio di Case Management prevede l'esistenza di tre componenti fondamentali:

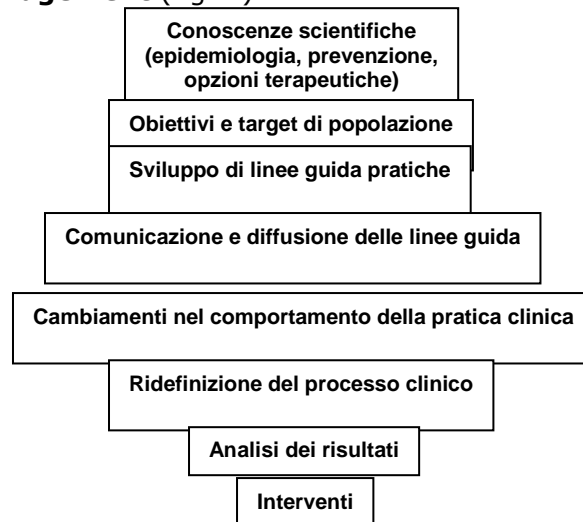
1. la conoscenza clinica ed economica del percorso di una malattia articolato sulla base di linee guida in grado di rispondere alle modalità di intervento di ogni fase del processo di intervento;
2. un sistema sanitario senza le tradizionali separazioni di struttura e specialità;
3. un processo in evoluzione capace di sviluppare le conoscenze cliniche, di ridefinire le linee guida e di modificare il sistema di cure.

Questo approccio è particolarmente adatto per le malattie di cui molto è conosciuto e basato su evidenze scientifiche, per cui è più facile elaborare protocolli e misurare risultati (per es., diabete, malattie cardiache, tumori, ictus, malattie mentali, asma, patologie prostatiche). Tra i motivi che possono orientare la scelta di un programma di Case Management figurano: l'alta incidenza della patologia in alcune aree, la necessità di integrare interventi sanitari primari e secondari con linee guida, la presenza di trattamenti ad alto costo, la richiesta di sviluppo di linee guida da parte di istituzioni o professionisti, la mancanza di certezza sulla "buona pratica" e la necessità di sviluppo di una metodologia di misurazione di risultati. Il Case Management si estende e integra interventi di promozione della salute, di prevenzione della malattia, di trattamenti diagnostici e terapeutici, di riabilitazione di assistenza a lungo termine.

Il successo di un programma di questo tipo dipende da diversi fattori sovrapponibili a tutti i processi di cambiamento che si verificano in ambiente complesso come quello sanitario. Gli elementi che incidono in misura maggiore sono:

1. il committente del programma;
2. un'organizzazione culturalmente e strutturalmente pronta a intraprendere questa strada;
3. un'organizzazione orientata al cambiamento;
4. un contesto in grado di sostenere un approccio strutturale alla fase di analisi;
5. un sistema di gestione della performance ben strutturato;
6. una cultura che vede il paziente al centro del processo.

All'interno di un contesto favorevole è possibile individuare le risorse per attivare un **processo di Case Management** (fig. 1)



L'attivazione di programmi di Case Management richiede, inoltre, la presenza all'interno dell'organizzazione di ulteriori elementi di conoscenze e di possibilità di implementazione quali:

1. le conoscenze della patologia in termini epidemiologici, preventivi, clinici e di opzioni al trattamento, con un particolare orientamento verso l'analisi costo-efficacia;
2. la possibilità di verificare i risultati in termini di misurazione della qualità, del servizio, della soddisfazione e dei costi di ogni possibile opzione di trattamento;
3. la possibilità di utilizzare le informazioni e di "disseminarle" per sviluppare linee guida e protocolli;
4. la presenza di sistemi informativi integrati per meglio comprendere gli elementi di correlazione tra le diverse opzioni di trattamento, i costi e i risultati clinici a lungo termine;
5. metodologie in grado di influenzare il comportamento dei clinici;
6. un sistema di Continuous Quality Improvement;
7. la possibilità che diversi sistemi di erogazione delle prestazioni collaborino in modo diverso, individuando una modalità di gestione del rischio finanziario condivisa e favorita eventualmente da un sistema di incentivazione.

L'impatto di un progetto di Case Management si declina in:

1. una più efficace comunicazione con i pazienti e le loro famiglie;
2. un'educazione dei pazienti e delle loro famiglie;
3. una pronta identificazione dei bisogni di assistenza dei pazienti;
4. un piano per la riduzione delle barriere reali e potenziali alla dimissione del paziente;
5. un'identificazione dei problemi del paziente in modo preventivo piuttosto che retrospettivo;
6. una riduzione o eliminazione dei duplicati di assistenza, dei trattamenti e dei test per la presenza di una sequenza coordinata di attività;
7. una riduzione o eliminazione degli errori di trattamento;
8. un'assistenza individuale efficace ed efficiente, in quanto adeguata ai bisogni del paziente.

## L'ORIGINE E L'EVOLUZIONE DEL CASE MANAGEMENT

La recente produzione di letteratura, per larga maggioranza straniera, sull'approccio del Case Management non è corrispondente all'origine del concetto, che viene fatto risalire a circa 150 anni fa. L'origine del concetto trascende un ambito di cura, per collocarsi in modo più ampio nei principi della presa in carico del paziente al fine di garantirgli continuità e qualità delle cure.

In virtù dell'elusività della terminologia continuità delle cure e Case Management, frequentemente usate in modo indistinto, si intende specificare che per continuità delle cure s'intendono i meccanismi d'integrazione che provvedono a ottimizzare l'appropriatezza e il rapporto costo-efficacia delle cure. In altre parole, assicurare che una persona riceva le cure giuste, nel momento giusto e nel tempo giusto, superando la frammentarietà delle risposte assistenziali.

Il Case Management è un processo basato sulla collaborazione di professionisti afferenti ad aree diverse, teso alla valutazione, pianificazione, implementazione, coordinamento, monitoraggio e selezione delle opzioni e dei servizi che possono soddisfare i bisogni individuali, di un target predefinito, in campo sanitario e sociale.

Più complessi sono i problemi dei pazienti, più potenzialmente elevato è il rischio di un'utilizzazione inappropriata dei servizi, di riammissione impropria in ospedale, di frammentazione dell'assistenza e di ritardo del processo diagnostico-terapeutico.

Si deduce che mentre tutte le persone possono beneficiare di cure coordinate, la soddisfazione di bisogni individuali non richiede per tutti una risposta di personalizzazione e continuità con una forma strutturata di Case Management. L'applicazione nell'operatività del principio della continuità risale al 1863, quando in Massachusetts, nell'area dei servizi sociali, le Associazioni con finalità caritatevoli introdussero il principio del coordinamento dei volontari e dei servizi pubblici destinati ai poveri.

L'area dei servizi sociali si connotò negli anni successivi di ulteriori applicazioni del principio del coordinamento dei servizi, in particolare tra quelli sociali e sanitari.

Nel 1900 Annie Goodrich, direttore della scuola di Nursing all'università di Yale, descriveva la figura dei community health nurse come la persona che coordina gli interventi sanitari e di assistenza sociale in base alla rilevazione dei bisogni della persona e della famiglia, garantendo un'appropriata allocazione delle risorse, un contenimento dei costi, una responsabilità per tutte le cure prestate al paziente. Seppure non ancora coniato il termine di Case Manager, i principi sottesi all'impostazione di A. Goodrich anticipavano nei contenuti quanto sarebbe poi stato formalizzato soltanto molti anni dopo.

Sulla scia di anticipatrice dei tempi si colloca negli stessi anni Mary Richmond, che nel 1901 pubblicò un modello di funzionamento dei servizi sanitari che poneva il cliente al centro, come valore fondamentale per il coordinamento e la comunicazione tra le agenzie di tipo sociale attive a quel tempo. L'impegno di Mary Richmond era basato sulla convinzione che l'assenza di comunicazione e di coordinamento producesse la moltiplicazione degli sforzi e la confusione dei clienti, incapaci di affrontare razionalmente il sistema.

L'introduzione dei community health nurse nel 1909 come coordinatori della gestione dei casi nei confronti di pazienti assicurati nel corso degli episodi di malattia aveva consentito alla Metropolitan Life Insurance Company di New York di risparmiare \$ 43.000.000 in 16 anni di attività. Centralità del cliente e controllo dei costi sono alla base del moderno concetto di Case Management. Nel corso del secolo l'importanza del coordinamento tra i servizi per seguire e assistere pazienti con bisogni sociosanitari complessi e percorsi di cura lunghi, se non a vita, ha trovato momenti particolarmente significativi nei modelli organizzativi della Veteran Administration, l'organizzazione federale degli Stati Uniti che prende cura degli ex militari. La Los Angeles Clinic fu il primo centro della Veteran Administration preparato ad affrontare la molteplicità delle problematiche sociosanitarie (reintegrazione con le famiglie) dei combattenti che facevano ritorno dai fronti della seconda guerra mondiale. Il grande impegno per conseguire un reale coordinamento tra gli interventi era stato successivamente preso a modello dalla maggior parte delle cliniche della Veteran Administration proliferate nel periodo postbellico.

Nel 1962 una Commissione sul problema dei ritardati mentali raccomandò l'uso di un programma coordinato, coniando il concetto di continuità delle cure, per i pazienti con disturbi mentali ai quali andava assicurata la continuità di trattamento attraverso l'implementazione dell'integrazione tra i servizi sociosanitari e l'accessibilità ai servizi.

Il coordinatore del programma era un infermiere che rivestiva un ruolo e aveva responsabilità similari al corrente profilo di Case Manager.

Solo nei primi anni settanta, però, l'istanza della commissione era stata tradotta in un'iniziativa legislativa, l'Allied Service Act, volta a facilitare l'integrazione dei servizi in favore dei portatori di handicap psichico. Un altro momento particolarmente significativo nella storia dell'evoluzione del Case Management è rappresentato dalle conseguenze della deistituzionalizzazione degli ospedali psichiatrici. Negli anni settanta una moltitudine di persone dimesse dagli ospedali psichiatrici dipendeva forzatamente dalla complessa e scoordinata rete dei servizi territoriali e delle agenzie di supporto sociale. Il National Institute of Mental Health, all'indomani della deistituzionalizzazione, aveva preso posizione in favore di una politica di sviluppo dei servizi che ponesse l'integrazione e il coordinamento come pilastri fondamentali dei nuovi modelli di assistenza psichiatrica territoriale.

Sulla stessa scia, seppure in ambito scolastico, si colloca la legge che nel 1975 stabilì, per i bambini con handicap, figure di Case Manager comunitari finalizzati a garantire l'accessibilità ai servizi, in particolare per quelli preventivi.

Nel 1978 il rapporto della commissione presidenziale sulla salute mentale indicava il Case Management come elemento critico e determinante nella cura dei pazienti psichiatrici cronici.

La legislazione ha rivestito, quindi, un importante stimolo allo sviluppo del Case Management, consolidatosi e sviluppatosi ancor più nel 1980 con l'affermazione del sistema di pagamento prospettico degli ospedali.

Nel corso degli anni ottanta il controllo della durata del ricovero e delle prestazioni effettuate nell'ambito di un unico episodio di cura è divenuto un elemento cruciale per il bilancio degli ospedali. Da qui l'introduzione di Case Manager che accompagnano l'ammalato durante l'intero iter del ricovero, collaborando con i clinici sulle decisioni operative e pianificando gli interventi in modo da evitare duplicazioni, ridondanze, attese, con l'obiettivo di controllare la durata del ricovero al minimo indispensabile. In questa maniera la ricerca dell'integrazione sulla base della centralità dei bisogni del paziente, finalizzata al controllo dei costi, è uscita dalla sfera unica dei servizi sociosanitari destinati a pazienti con molteplici bisogni e con percorsi assistenziali molto lunghi, per approdare anche all'ospedale per acuti.

## **Le esperienze storiche**

Le esperienze "storiche" d'implementazione del Case Management sono riconducibili alle seguenti tre tipologie:

1. modello ospedaliero di Nursing Case Management;
2. medicina di gruppo basata sul Case Management;
3. modello dei servizi comunitari per i pazienti a lungo termine.

Nella prima area rientra l'esperienza del New England Medical Center, Boston.

Esso è stato il centro pioniere, infatti il programma fu implementato nel 1986 con l'obiettivo di ottimizzare le durate di degenza dei pazienti rimborsati con Medicare, ed era costituito da quattro componenti:

1. creazione di un gruppo interdisciplinare;
2. pianificazione e messa a punto di piani critical pathways, nei quali erano previsti i risultati che il paziente doveva perseguire;
3. identificazione nell'infermiere del ruolo di Case Manager;
4. attivo coinvolgimento del paziente e dei familiari nella definizione degli obiettivi e nella valutazione.

Il risultato derivante dall'implementazione di questo programma è stato la riduzione della durata di degenza e delle riammissioni ospedaliere.

Nel 1987, sempre in risposta all'introduzione del sistema di Pagamento Prospettico e del programma Medicare, nell'ospedale di St. Mary, Tucson Arizona, fu implementato il **Nursing Case Management**.

L'elemento innovativo di questa esperienza è stato lo sviluppo di una rete tra le infermiere dell'ospedale, del livello domiciliare e delle strutture di ricovero per anziani, in grado di condividere le informazioni necessarie per la presa in carico dell'anziano, la promozione della salute e la prevenzione.

I risultati derivanti dall'implementazione di questo programma sono stati la riduzione della durata di degenza e delle riammissioni ospedaliere e l'aumento della soddisfazione del personale infermieristico.



Nella seconda area, a orientamento territoriale, rientrano le seguenti esperienze: Programma di cure coordinate dell'ospedale St. Joseph, Albuquerque, e il Progetto di partnership dei medici, Huntington Memorial, Pasadena California.

La prima esperienza si è sviluppata nel 1987 a cura di un gruppo di medici la cui prevalente utenza era costituita da anziani, allo scopo di pianificare i trattamenti e monitorare lo stato di salute di questa componente "fragile" della popolazione.

Furono identificati un team di infermiere Case Manager, un operatore del sociale e medici dei tre gruppi primari, individuati per la fase sperimentale.

Tutti i professionisti lavorarono insieme nella definizione della popolazione target da assegnare al Case Management e dei successivi piani d'intervento, assegnando in particolare al personale infermieristico la valutazione dei risultati conseguiti dai pazienti assistiti.

I risultati conseguiti sono stati:

1. miglioramento della soddisfazione dei pazienti e del loro stato funzionale;
2. migliore utilizzazione dei servizi a uso preventivo, educativo e sociale;
3. riduzione dei tassi di ospedalizzazione;
4. riduzione degli accessi in pronto soccorso.

Nell'esperienza di Case Management sviluppata presso l'Huntington Memorial Hospital, l'obiettivo prioritario era implementare un modello che garantisse il collegamento tra i medici di medicina generale e i Case Manager per la miglior comprensione dei bisogni del paziente.

Allo studio parteciparono 12 medici di medicina generale, furono reclutati 300 pazienti, e i Case Manager erano individuabili" nell'infermiere o nell'operatore del sociale. Il progetto, iniziato nel 1992, è durato un anno e mezzo, i pazienti erano valutati per la funzionalità sociale e lo stato psicologico di norma tre volte la settimana dal Case Manager, previo confronto con i medici di base.

L'età media dei pazienti assistiti era di 78 anni, le diagnosi più comuni includevano artrite, diabete, cancro, broncopneumopatia ostruttiva (BPCO), demenza, e i problemi derivanti erano l'aumento degli stati ansiosi, dei conflitti intrafamiliari e la scarsa sicurezza dell'ambiente domiciliare. Tra i risultati conseguiti si rileva che solo l'11% dei 300 pazienti seguiti non ha trovato la risoluzione dei suoi problemi nell'ambito dei servizi di Case Management.

Per la terza area di esperienze concentrate nei servizi per i pazienti lungodegenti, si cita l'esperienza dell'Istituto Benjamin Rose, Cleveland, Ohio.

Fondato nel 1908, è destinato a servire una popolazione di anziani rispondendo a bisogni di natura sociale e di natura sanitaria. Fermo restando il principio dell'approccio interdisciplinare della pianificazione delle cure, il ruolo di Case Manager è assegnato sia a infermiere, sia a operatori del sociale, in relazione alla prevalenza di bisogni di natura sociale o sanitaria. Le componenti comuni delle tre esperienze sono:

1. **identificazione del target di riferimento:** individui eleggibili per un programma di Case Management sia per situazioni sociali, indigenti, privi di supporto sociale ecc., sia per patologie complesse;
2. **valutazione e diagnosi:** i Case Manager, partendo dalle loro conoscenze e abilità, effettuano valutazioni sulle dimensioni fisiche, psicologiche e sociali, in funzione di costi, qualità e necessità assistenziali,
3. **pianificazione dei servizi e identificazione delle risorse** questo passaggio include la responsabilità e l'autonomia nella pianificazione dei piani di cura, delle risorse disponibili e della rete di servizi di cui avvalersi;
4. **implementazione e coordinamento:** i Case Manager assicurano che i bisogni siano soddisfatti, attraverso una stretta relazione con il paziente e la famiglia, garantendo il collegamento dei pazienti ai servizi attraverso la comunicazione, la facilitazione e l'implementazione;
5. **monitoraggio e valutazione:** garantiscono il rispetto del piano prestabilito e l'identificazione precoce di eventuali problemi derivanti da modifiche di bisogni o dall'erogazione dei servizi. In particolare, il monitoraggio e lo sviluppo del sistema devono seguire le indicazioni della direzione, la supervisione, la distribuzione e il sostegno del paziente, nel far sì che il paziente progredisca nel programma previsto, ricercando eventuali situazioni di aggravamento, di cambiamenti dei bisogni di assistenza e di implementazione di interventi correttivi e ripianificando il percorso di cura.

# **RUOLO E FUNZIONI DEGLI INFERMIERI CASE MANAGER (ICM)**

## **LE DIMENSIONI DEL RUOLO DI ICM**

Le parole chiave che guidano lo sviluppo di un programma di Case Management, in qualsivoglia tipologia di struttura, sono sostanzialmente tre:

1. integrazione assistenziale, intesa come coerenza fra ciò che è stato progettato con ciò che viene realizzato;
2. coordinamento dell'assistenza, inteso come modalità con cui il progetto assistenziale è seguito da tutti i soggetti coinvolti;
3. continuità assistenziale, intesa come l'estensione del progetto assistenziale in tutti gli ambiti di svolgimento.

Il programma di Case Management è quindi realizzato per ottimizzare l'integrazione, il coordinamento e la continuità dell'assistenza al paziente. Inoltre, in molti ambiti, fornisce la possibilità di focalizzare l'attenzione anche sulla prevenzione della malattia e sulla promozione della salute.

Il programma di Case Management è sviluppato al meglio se la gestione dei pazienti è assegnata all'infermiere piuttosto che ad altre figure sanitarie e in questo contesto, d'ora innanzi, il programma sarà sempre indicato come Infermieristico (CMI).

Le motivazioni di questa scelta sono sostenute dalle esperienze consolidate nei diversi paesi del mondo che hanno sviluppato con successo questi programmi.

Cohen e Cesta (1993) sostengono che gli infermieri sono appropriati a sostenere il ruolo di Case Manager perché possono fornire la maggior parte dei servizi che le altre professionalità offrono ai pazienti, mentre queste ultime non ne sono preparate e non sono in grado di provvedere alle attività di assistenza diretta. Anche Pergola (1992) raccomanda gli infermieri per sostenere i ruoli di Case Management, sia per le loro abilità cliniche, sia per la capacità di migliorare il coordinamento dei servizi per far fronte alle necessità dei pazienti e delle loro famiglie, oltreché alla prospettiva olistica che va oltre gli aspetti biofisiologici e patologici della cura. Secondo Zander (1990), gli infermieri sono nati per svolgere il ruolo di Case Manager, perché sono generalisti, sono attenti ai più fini dettagli delle persone ed eccellono nell'assistenza diretta. Inoltre, sono anche attenti al rapporto fra costo e qualità e conoscono le implicazioni umane del primo contatto con il paziente. Zander sostiene che le responsabilità del Case Manager sono una naturale dilatazione del ruolo tradizionale degli infermieri.

A chi afferma che sono i medici i naturali Case Manager dei loro pazienti, si può obiettare che da quando l'attività di cura si è concentrata fondamentalmente sulla gestione della malattia, i pazienti hanno bisogno di professionisti che possano supportarli in tutte le loro necessità. Gli infermieri possono farlo perché sono preparati a comprendere il quadro totale dell'assistenza del paziente, i suoi problemi attuali e quelli potenziali. L'infermiere, nella gestione dei casi, assume un ruolo attivo di facilitatore e di coordinatore d'assistenza e di cure e ciò è di completamento al ruolo del medico.

In letteratura non esiste un'unica descrizione del lavoro dell'ICM che soddisfi tutti i possibili programmi e le diverse istituzioni hanno perciò utilizzato impostazioni diverse.

In questo contesto si cerca di fornire una descrizione comunque esaustiva di tutti i possibili ruoli, responsabilità e funzioni che un ICM può assumere nei diversi ambiti e strutture.

Generalmente l'ICM è responsabile del coordinamento dell'assistenza a un gruppo di pazienti che gli sono assegnati. Questi pazienti possono essere simili per casistica presentata oppure raggruppati sulla base di un mix più o meno complesso di casistiche. L'assegnazione viene effettuata con l'ammissione nella struttura e spesso si estende anche oltre la dimissione. L'attività assistenziale è realizzata attraverso l'applicazione del processo di assistenza infermieristica nella sua classica rappresentazione: accertamento, individuazione dei problemi o delle diagnosi, pianificazione, attuazione e valutazione.

Una costante, presente in ogni programma di ICM, è la descrizione degli infermieri come membri di un'equipe assistenziale interdisciplinare, ma ogni istituzione ha sviluppato un proprio programma per assistere i pazienti. Non esiste un unico modello, ma i diversi programmi di ICM hanno definito il ruolo del proprio ICM tenendo conto delle modalità che lo collegano direttamente alla struttura organizzativa, alla propria mission, ai sistemi di

finanziamento e alla situazione sociale del contesto in cui operano. Si può comunque individuare un terreno di comune sviluppo per gli ICM che può essere espresso da tre dimensioni: clinica, manageriale e finanziaria.

### **La dimensione del ruolo clinico**

L'ICM è responsabile di accertare i problemi dei pazienti e delle loro famiglie ogniqualvolta questi si presentano. Identifica i problemi esistenti o i problemi potenziali, valutando le condizioni fisiche, psicosociali ed emotive del paziente. Successivamente, in collaborazione con gli altri membri del team interdisciplinare, sviluppa un piano assistenziale per rispondere alle necessità del paziente. Il piano assistenziale di solito è l'adattamento di un percorso clinico assistenziale preesistente al singolo paziente. Il percorso elenca:

1. le attività assistenziali fondamentali e gli eventi che devono essere completati per gestire i problemi del paziente e raggiungere gli obiettivi;
2. le attività d'insegnamento al paziente e alla famiglia basate sui problemi di salute identificati;
3. il piano di dimissione per assicurare al paziente un'appropriate e rapida dimissione.

Gli ICM usano i percorsi per dirigere, esaminare e valutare i trattamenti dei pazienti e le conseguenze o le risposte ai trattamenti stessi. L'ICM, quando assiste i pazienti, utilizza un approccio olistico e può provvedere egli stesso a svolgere le attività assistenziali dirette al paziente o può solo dirigerle. Deve stimare le abilità del paziente e le possibilità di supporto della famiglia e dei sistemi sociali e intervenire se identifica un problema.

L'ICM deve anche facilitare i progressi del paziente nel piano assistenziale, organizzando la consultazione con gli specialisti o con i servizi specializzati e garantendo il trasferimento ad aree assistenziali più adatte quando c'è bisogno.

Partecipa agli incontri con il team interdisciplinare, con lo scopo di favorire la stesura integrata e coordinata del piano assistenziale. Identifica qualsiasi variazione dagli standard previsti e lavora con gli altri membri del team per analizzare e, quando possibile, risolvere queste variazioni.

### **La dimensione del ruolo manageriale**

La dimensione del ruolo manageriale assegna all'ICM la responsabilità di facilitare e coordinare l'assistenza di pazienti durante la loro presa in carico.

L'ICM gestisce l'assistenza pianificando le modalità di trattamento e gli interventi necessari per soddisfare le necessità dei pazienti e delle loro famiglie. Determina, in collaborazione con il team interdisciplinare, gli obiettivi del trattamento e la durata del soggiorno e inizia il piano di dimissione già al momento della presa in carico. Questo è fondamentale perché fornisce un quadro chiaro e preciso del tempo a disposizione per completare le attività assistenziali necessarie.

L'ICM guida anche le attività assistenziali dei pazienti, i trattamenti infermieristici e gli interventi eseguiti sia dal personale infermieristico sia dagli altri membri dello staff. Valuta continuamente la qualità dell'assistenza fornita e le conseguenze dei trattamenti e dei servizi per prevenire un cattivo uso di risorse. Svolge anche valutazioni retrospettive per valutare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza e identificare qualsiasi opportunità di miglioramento della qualità.

L'ICM si comporta come il coordinatore del team interdisciplinare. Facilita la comunicazione fra i vari membri e le diverse discipline coinvolte nella cura dei pazienti, sia internamente (per es., medicina, riabilitazione, servizi sociali, farmacia e radiologia) sia esternamente (per es., organizzazioni assistenziali domiciliari, case di cura e medici di medicina generale).

Una delle responsabilità informali dell'ICM è quella di insegnante e di tutor, che rileva il bisogno di sviluppo del team, specialmente tra i professionisti meno esperti, e gli assegna la persona o le risorse più adatte per migliorare.

## **La dimensione del ruolo finanziario**

In collaborazione con i medici e gli altri membri del team, l'ICM assicura che i pazienti non ricevano cure inadeguate e mantiene l'allocazione delle risorse più adatte per la lunghezza della degenza.

L'ICM raccoglie informazioni riferite ai gruppi di DRG che tratta, al costo per ciascuna diagnosi, alla lunghezza del ricovero e ai trattamenti e alle procedure generalmente usate per ciascuna di esse. Utilizza queste informazioni per mantenere sotto controllo le risorse necessarie e valutare l'efficienza dell'assistenza riferita a ogni diagnosi.

Esercita una forte influenza sulla qualità e sul costo dell'assistenza determinando, in modo opportuno, il trattamento più importante per il paziente. Stima anche le variazioni per ciascun DRG e agisce per controllarle e contenere le spese.

Assicura continuità, facilità di realizzazione e coordinamento fra le attività assistenziali per evitare qualsiasi duplicazione inutile o frammentazione dell'assistenza programmata, producendo in tal modo la migliore allocazione e il migliore consumo di risorse.

## **LE ABILITÀ DELL'ICM**

L'ICM ha bisogno di sviluppare numerose abilità per poter svolgere in modo positivo il ruolo clinico, quello manageriale e quello finanziario.

Oltre alle abilità di tipo clinico, in quanto considerato esperto dal restante personale, l'ICM ha bisogno di essere competente nelle diverse procedure che coinvolgono il paziente. In particolare, dovrebbe essere particolarmente abile nel coordinare la dimissione dei pazienti e nel realizzare i piani d'insegnamento sia ai pazienti sia ai loro familiari. Inoltre, dovrebbe essere particolarmente formato nelle teorie formative per l'adulto e sui diversi modelli di salute diffusi fra la popolazione. L'ICM deve svolgere anche la funzione di monitore per il personale meno esperto.

Essendo membro di un team interdisciplinare, l'ICM deve essere preparato nella comunicazione, nella negoziazione, nella conduzione di gruppi di lavoro, nella delega e nella conduzione di riunioni. Dovrebbe essere anche capace di assumere decisioni nella risoluzione dei conflitti. Deve possedere capacità di pensiero critico e abilità di problem solving. Inoltre, a causa delle responsabilità di tipo manageriale, all'ICM è richiesto di scrivere rapporti e articoli per pubblicazioni, oltreché parlare pubblicamente.

## Caratteristiche dei ruoli di ICM

Agente di cambiamento

L'ICM è un importante agente di cambiamento all'interno della struttura assistenziale, in quanto ha il compito di sperimentare, implementare e diffondere un nuovo sistema di assistenza al paziente. Questa attività richiede la diffusione del sistema al paziente, ai medici, agli infermieri e al personale di supporto, agli operatori sociali e a tutto il personale della struttura.

Abilità interpersonali	Abilità professionali	Abilità personali	Abilità basata sulle conoscenze
<ul style="list-style-type: none"><li>• comunicazione</li><li>• diplomazia</li><li>• assertività</li><li>• collaborazione</li><li>• negoziazione</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Saper trasmettere</li><li>• Saper accertare</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Saper porre in ordine di priorità</li><li>• Saper delegare</li><li>• Creatività</li><li>• Autodisciplina</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pensiero critico</li><li>• Problem solving</li><li>• Saper ricercare</li></ul>

L'insegnamento dei sistemi di Case Management è rivolto a tutto il personale di assistenza ed è incoraggiato nei suoi sforzi nell'adottare il nuovo modo di assistere.

La resistenza è uno dei modi che le persone utilizzano per opporsi al cambiamento e l'ICM deve conoscere come eliminare le resistenze.

L'ICM ha la prioritaria necessità di valutare i pazienti per identificare i loro problemi reali e/o potenziali e la condizione sociale della famiglia. La conoscenza clinica è quindi determinante per assolvere questa funzione, così come le esperienze cliniche pregresse unitamente alla capacità di padroneggiare il processo di assistenza infermieristica.

Le capacità di accertamento rendono l'ICM abile nell'identificare i problemi di salute attuali e potenziali del paziente; le capacità di pianificare gli interventi più opportuni lo rendono capace di risolvere questi problemi. Anche la capacità di valutare le conseguenze delle cure e delle risposte ai diversi trattamenti assume un ruolo fondamentale nel completamento del processo clinico.

Parallelamente alla capacità di selezionare gli interventi più idonei, l'ICM deve progettare i trattamenti per venire incontro alle necessità dei pazienti nel loro complesso e non solo con attenzione alla malattia.

L'ICM è prima di tutto un esperto clinico che è anche esperto nel coordinare i sistemi di cura e di assistenza, tenendo conto delle necessità specifiche di un individuo con una modalità attenta anche al rapporto fra costo ed efficacia. Lavora in collaborazione con medici e con gli altri membri del team interdisciplinare per valutare le necessità di un individuo e della sua famiglia, facilitando lo sviluppo di un piano di cura e assistenza interdisciplinare, coordinando i servizi, valutandone l'efficacia e cambiando il piano quando necessario per migliorare l'intero processo.

Nella gestione del caso, dedica una parte del proprio tempo a provvedere alle cure dirette al paziente. Sebbene ciò possa limitare le altre funzioni e aumentare il carico di lavoro, risulta molto vantaggioso in quanto:

1. consente il mantenimento delle abilità cliniche;
2. permette di valutare e migliorare direttamente l'integrazione dei servizi;
3. mantiene il piano legato ad aspettative realistiche.

Utilizzando i passi del processo di assistenza il ruolo clinico può essere descritto in modo molto più preciso.

L'accertamento è un processo continuo che viene svolto in ciascuna interazione tra l'infermiere e il paziente. Durante il processo di accertamento, l'ICM cerca di comprendere il paziente e la sua famiglia e le loro credenze sulla salute e sui trattamenti. Utilizzando abilità comunicative nei colloqui, può stimare:

1. la funzionalità fisica e psicologica;
2. i fattori culturali che possono influenzare le attività di assistenza;

3. le abilità possedute;
4. l'appoggio sociale;
5. le risorse di salute;
6. le necessità istruttive;
7. i fattori ambientali;
8. le aspettative e le mete.

Gli strumenti per l'accertamento possono essere i più vari: strutturati, aperti con domande guida, con scale e indici, con griglie codificate, qualitativi, funzionali, per apparati ecc.

I problemi e i punti di forza o debolezza sono identificati attraverso analisi di dati e il piano di assistenza comincia a prendere forma e viene spiegato sia al paziente e alla famiglia, sia al team nel suo complesso.

Nella pianificazione, per sviluppare un piano di assistenza completo e individualizzato l'ICM utilizza i dati dell'accertamento, l'esperienza clinica e un approccio olistico, oltre la collaborazione del paziente e della famiglia, del medico e degli altri membri del team.

L'esperienza clinica e la conoscenza delle possibili complicazioni sono determinanti nella fase di pianificazione: la cultura d'appartenenza del paziente, i trattamenti indicati dal team e le mete, gli esiti attesi lungo il continuum di cura, i tempi di manifestazione di segni e sintomi e i migliori interventi.

Il piano interdisciplinare di cura è sviluppato dopo l'accurata analisi di tutti i dati. I componenti del piano sono:

1. problemi e/o diagnosi infermieristiche;
2. obiettivi o esiti previsti;
3. interventi interdisciplinari essenziali;
4. interventi preventivi per le complicanze;
5. risultati formativi da conseguire.

Lungo tutta la durata dell'ospedalizzazione o della presa in carico il piano diviene il mezzo per esaminare e valutare il processo di assistenza e le sue conseguenze. Il piano è continuamente aggiornato o modificato per riflettere la condizione del paziente.

La realizzazione del piano di cura coinvolge la delega e il coordinamento delle attività di assistenza progettate.

Il piano di assistenza concordato è usato per esaminare e valutare il processo di assistenza concretamente realizzato. Sono valutati i risultati rispetto ai tempi specificati. Se i risultati variano rispetto alle mete prefissate, ne viene analizzato il motivo e si valuta se il piano è stato determinato in modo realistico. L'ICM si preoccupa di incontrare il team per valutare e rivedere il piano di assistenza. Le capacità di problem solving, la creatività, il pensiero critico e le abilità di comando sono essenziali in tutto questo processo. L'efficacia del piano e le risposte del paziente ai trattamenti sono continuamente riesaminate. La relazione tra l'ICM e il paziente facilita la scoperta di cambiamenti anche ai fini delle condizioni del paziente. La rapidità della scoperta e dell'intervento è essenziale per minimizzare o prevenire le complicazioni e le conseguenze negative.

## **Individuazione e assegnazione dei casi**

Possono esistere diversi modelli per assegnare i pazienti all'ICM. Possono essere scelti sulla base di una popolazione molto ampia, oppure sulla base di gruppi molto specifici (per es., per una diagnosi o un problema unico) o ancora sulla base di uno o più DRGs.

In genere per la scelta della casistica si fa riferimento a:

1. malattie che comportano elevato danno;
2. condizioni patologiche croniche;
3. necessità di servizi complessi;
4. necessità di dimissioni complesse;
5. mancanza di appoggio sociale;
6. alto rischio di complicazioni con elevato uso di risorse;
7. elevata lunghezza del ricovero e/o riammissioni multiple.

Possono essere pazienti indigenti o emotivamente instabili o dediti al consumo e abuso di sostanze stupefacenti.

## **Consulente**

L'ICM guida l'approccio interdisciplinare attraverso il processo di gestione del caso e svolge la funzione di consulente per i medici e per il restante personale dell'ospedale. Rispetto alla casistica che tratta e alle proprie conoscenze ed esperienze cliniche favorisce una migliore comprensione degli standard di assistenza e facilita la coordinazione degli esami e delle procedure. Svolge un ruolo importante nell'identificare le pratiche che migliorano l'assistenza sia in termini di efficacia sia di efficienza. È un importante consulente anche su problemi clinici e amministrativi che riguardano la dimissione dei pazienti. Coordina le necessità di altri consulenti, specialmente per quei pazienti con necessità multiple e complicate, e assicura che le consultazioni siano svolte nel modo migliore.

L'ICM è anche un'importante risorsa per il paziente a domicilio e per la famiglia e può essere consultato anche telefonicamente.

## **Educatore**

Per l'ICM l'educazione del paziente, l'istruzione della famiglia e lo sviluppo del personale sono tre fondamentali aspetti del ruolo.

Al momento dell'ammissione egli stima il fabbisogno educativo del paziente e le necessità di istruzione della famiglia e assicura che un piano di insegnamento sia realizzato per rispondere a queste necessità. L'ICM può assumere egli stesso la funzione di educatore o può assegnarla ad altri, ma mantiene la responsabilità della realizzazione e della completezza del piano educativo previsto.

La meta della relazione tra ICM è di massimizzare le conseguenze dell'assistenza fornita, minimizzare il costo e sostenere la maggiore autonomia possibile in termini di salute. Una comprensione chiara dell'entità della malattia è quindi un obiettivo fondamentale del processo assistenziale. La necessità di utilizzare una modalità comunicativa e una sensibilità culturale che siano ben comprese dal paziente è un'attività critica. L'istruzione dei pazienti e delle famiglie è particolarmente difficile quando la lunghezza del ricovero diminuisce e l'acutezza della malattia aumenta. Oggi il ricovero preoperatorio è praticamente inesistente e la dimissione avviene spesso con condizioni del paziente che richiedono ancora alcune forme di continuità dell'assistenza. I necessari provvedimenti di istruzione del paziente divengono quindi critici alla gestione del paziente ricoverato in ospedale. È fondamentale fornire al paziente e alla famiglia informazioni complete e comprensibili. Possono essere utilizzati materiali video, oltre a inevitabili materiali scritti, ma rimangono fondamentali il dialogo e la discussione con il paziente per avere continui feedback al fine di orientare la prosecuzione del processo educativo.

I piani educativi sono formulati in modo interdisciplinare per completare il percorso clinico e l'ICM diventa fondamentale per sviluppare o selezionare i materiali istruttivi. Per misurare l'efficacia e la qualità del piano educativo al paziente devono essere stabiliti anche indicatori sui risultati.

Anche l'educazione del personale è essenziale, in quanto il processo di gestione dei casi è dinamico e suscettibile di continuo miglioramento. Il percorso clinico definito a livello interdisciplinare deve essere giornalmente integrato nel processo organizzativo. Ciascun operatore dovrebbe essere responsabilizzato per sostenere e partecipare al processo di assistenza.

L'ICM aiuta il personale di assistenza e di supporto ad acquisire sempre maggiori competenze cliniche disseminando nuove conoscenze e favorendo lo sviluppo di nuove o migliori abilità. Stima il fabbisogno formativo di infermieri e altro personale e predispone sessioni formative per rispondere a queste necessità.

## **Coordinatore e facilitatore di assistenza**

L'ICM come coordinatore dell'assistenza ai pazienti collabora con i membri del team interdisciplinare per favorire la soddisfazione delle necessità del paziente e il perseguimento degli obiettivi dei trattamenti che sono individuati in fase di ammissione. Coordina e facilita la realizzazione del piano giornaliero, del piano di dimissione e dell'insegnamento al paziente

o alla sua famiglia. Coordina anche lo svolgimento degli esami richiesti, per ridurre la frammentazione o eventuali duplicazioni inutili. Promuove un'atmosfera di pratica collaborativa tra i vari fornitori di cure, assistenza e servizi. In caso di variazioni delle condizioni del paziente, provvede, attraverso le attività di coordinamento e di collaborazione, l'immediato intervento per cambiare il piano di assistenza. In tal modo previene qualunque dilatazione dei tempi di ricovero del paziente e il rinvio della dimissione.

L'ICM, comprendendo il processo complessivo di assistenza, opera per collegare il paziente con le risorse necessarie. In particolare in ambito comunitario, la conoscenza della rete di strutture e servizi a beneficio del paziente è cruciale per garantire servizi adatti.

L'approccio collaborativo rende essenziale un buon sistema di comunicazione all'interno del team multidisciplinare, così come la necessità di coordinare servizi e risorse. Pertanto, sono necessari sistemi di gestione delle informazioni, programmi informatici, guide, accesso a banche dati, caselle e-mail, fax ecc. Una modalità imprescindibile per mantenere la multidisciplinarietà dell'approccio è la coordinazione degli interventi con l'incontro periodico che fornisce l'opportunità di discutere la varietà dei casi, i problemi operativi e le soluzioni più opportune.

Attraverso l'interazione frequente con il paziente e la famiglia, l'ICM fornisce istruzione riguardo alla fase di dimissione e all'autoassistenza. La coordinazione continua e gli sforzi educativi fra il team assistenziale e il paziente e la sua famiglia migliorano la continuità dell'assistenza e ottimizzano le abilità di questi ultimi in materia di autoassistenza.

### **Manager di risorse**

L'ICM verifica l'utilizzazione delle risorse lungo tutta la presa in carico del paziente. Lo strumento più importante per effettuare questa verifica è il percorso clinico o percorso diagnostico terapeutico assistenziale. Il percorso prevede in dettaglio tutte le attività previste per trattare quel caso secondo la migliore sequenza temporale in relazione agli esiti da conseguire; in questo modo è possibile verificare quotidianamente gli scostamenti e assumere i correttivi. La completezza della documentazione del processo assistenziale diviene importantissima per poter effettuare, turno per turno, la verifica della corretta progressione sul percorso previsto, compresi gli adattamenti specifici per ogni paziente.

L'esperienza accumulata nella gestione dei casi e debitamente documentata consente le continue revisioni dei percorsi che sono sempre suscettibili di miglioramenti in termini sia di efficacia sia di efficienza.

L'ICM ha il compito di adeguare le risorse alle necessità del paziente, valutando l'intensità assistenziale richiesta (acuto, subacuto, riabilitazione, domicilio). Per assolvere nel modo migliore a questo compito, è importante conoscere i diversi servizi che possono essere messi in campo e attivati per quello specifico paziente.

L'ICM programma la dimissione del paziente e in collaborazione con il medico, la famiglia e il team definisce un piano personalizzato di dimissione per venire incontro alle necessità del paziente e ottimizzarne il recupero.

### **Manager dei risultati e della qualità**

Il programma di gestione dei risultati è una parte integrante del programma di gestione dei casi e del sistema di miglioramento di qualità. L'ICM, utilizzando i percorsi clinici, valuta i progressi del paziente e individua i punti suscettibili di miglioramento. Egli è responsabile di coordinare lo sviluppo dei percorsi clinici, coinvolgendo il personale medico e l'intero team per definire, in relazione a specifiche popolazioni di pazienti, i risultati desiderabili.

L'ICM assume un ruolo determinante nella definizione degli indicatori per lo sviluppo dei percorsi clinici, oltreché per la raccolta dei dati e per la loro analisi. Egli definisce anche i documenti che sostengono il processo assistenziale, dai protocolli ai sistemi di documentazione e alla documentazione da fornire ai pazienti.

L'ICM ha il ruolo fondamentale di integrare il percorso clinico predefinito con l'assistenza giornalmente fornita e definire mete specifiche lungo il percorso per permettere a tutto il team assistenziale di mantenere la giusta direzione, cogliere immediatamente i successi o



perfezionare i trattamenti. La valutazione dell'assistenza fornita è l'elemento determinante per analizzare il percorso clinico al fine di migliorare continuamente la qualità e l'efficacia.

Un risultato importante del programma di gestione dei casi è la soddisfazione del paziente ed è quindi una conseguenza importante da misurare in quanto coinvolge tutti quelli che hanno operato per il paziente.

### **Avvocato o facilitatore del paziente**

Uno degli elementi più importanti nel processo di gestione del caso è la relazione con il paziente. Questa relazione è basata sulla fiducia, sul rispetto e sulla comunicazione.

Il paziente è sempre il centro di interesse nel processo di gestione del caso. Dal momento dell'accertamento iniziale, l'ICM ha il compito di comprendere le prospettive del paziente e far sì che queste si integrino nel sistema d'assistenza, guidandolo lungo tutto il percorso. Non tutti i pazienti sono in grado di comprendere le necessità del percorso; spesso vi sono forti resistenze, soprattutto per gli aspetti preventivi non direttamente collegati a eventi accaduti. La relazione tra ICM e paziente è rivolta a facilitare l'orientamento consapevole di quest'ultimo nella direzione sostenuta del percorso clinico.

La relazione privilegiata dell'ICM permette una comprensione intima dei problemi del paziente e della sua famiglia e le sue necessità possono così essere ben rappresentate agli altri membri del team. Sostiene l'intero processo decisionale e di creazione del consenso informato del paziente.

L'ICM può identificare più facilmente i pazienti ad alto rischio e quelli che richiedono contatti continuati anche dopo la dimissione. Durante tutta la presa in carico egli anticipa le necessità del paziente, assicurando i provvedimenti per garantire la continuità dell'assistenza e la sua qualità.

I benefici della relazione continua con il paziente sono:

1. sostegno del paziente;
2. individuazione immediata dei problemi;
3. interventi preventivi o risolutivi rapidi;
4. riduzione delle riammissioni per riacutizzazione;
5. rinforzo del processo educativo;
6. promozione della salute.

### **AREE DI DOMINIO DELL'INFERMIERE CASE MANAGER**

- ◆ Coordinare l'assistenza e i servizi
- ◆ Individuare le caratteristiche dei pazienti inseriti nel programma
- ◆ Definire gli obiettivi del paziente sia di tipo fisico sia funzionali, psicologici, sociali e ambientali
- ◆ Accertare l'esistenza di supporti formali e informali
- ◆ Analizzare e sintetizzare tutti i dati per definire le diagnosi infermieristiche o i problemi interdisciplinari
- ◆ Sviluppare, implementare, monitorare e modificare il piano di assistenza attraverso l'interdisciplinarietà, la collaborazione del team, il paziente e la famiglia
- ◆ Indirizzare al paziente le risorse più appropriate
- ◆ Procurare i servizi necessari
- ◆ Dominio del problem solving
- ◆ Facilitare l'accesso nelle strutture
- ◆ Assistenza diretta
- ◆ Educare il paziente e la famiglia
- ◆ Facilitare la comunicazione
- ◆ Documentare
- ◆ Monitorare i progressi del paziente
- ◆ Verificare che le attività assicurate al paziente siano in linea con i suoi bisogni
- ◆ Valutare il paziente e il programma e definire il momento d'uscita dal programma stesso

## **POSSIBILI OSTACOLI DEL CASE MANAGEMENT**

- Richiesta di elevato grado di competenza da parte del case manager (conoscenze cliniche, gestionali e delle dinamiche di gruppo)
- La mancanza di cultura manageriale in merito alla gestione dei costi tra gli infermieri può essere un ostacolo
- Necessità di maggiori risorse umane
- Possibili conflitti infermiere/medici nel caso in cui sorgano divergenze sull'organizzazione delle cure

## **Functional nursing**

È meglio conosciuto in Italia come nursing funzionale, modello tecnico o modello per compiti; sebbene non risulti più adeguato da un punto di vista concettuale, rimane tuttavia il sistema ancora predominante in Italia, in quanto risponde all'esigenza di ottenere il massimo numero di prestazioni con un numero esiguo di risorse umane e materiali. Tale modello è basato su una divisione del lavoro simile a una catena di montaggio: spesso è preferito per la sua apparente efficienza che, però, si risolve in un'assistenza frammentaria (Tappen, 1993). Il modello sottintende un'assistenza parcellizzata e standardizzata, in cui non esiste una risposta personalizzata individuale, bensì una sommatoria di interventi che producono risposte tecniche sostenute dall'attenzione non tanto all'individuo e ai suoi bisogni assistenziali, quanto alla sua patologia.

Il personale infermieristico e di supporto all'assistenza svolge compiti specifici secondo la competenza e l'esperienza; l'operatore che lavora all'interno di questo modello difficilmente può trattare globalmente il problema assistenziale, essendo costretto a vedere solo particolari prestazioni (la terapia, il giro letti, la rilevazione dei parametri vitali, il rifacimento delle medicazioni ecc.). Esso trova quindi criteri di validità per il suo operato nella velocità di esecuzione, nella gestione ordinata delle attività e nel numero di atti compiuti; l'estremo paradossale di questa situazione è che può addirittura rendere disfunzionali all'organizzazione del lavoro le richieste dei pazienti, poiché disturbano e interrompono una sequenza (Campagnolo, Pelissero, Zavatta, 1992).

Le funzioni di controllo e di garanzia sono prevalentemente ricoperte dal capo sala, il coordinatore infermieristico di unità operativa che deve garantire la trasmissione delle informazioni, il coordinamento dell'assistenza e la verifica dei risultati globali.

Le principali caratteristiche organizzative del modello sono:

- scomposizione del processo lavorativo in attività e compiti chiari e precisi, quindi predefiniti;
- assegnazione di compiti ripartiti tra il personale di assistenza di ogni turno secondo competenze;
- assegnazione dei compiti basata sull'efficienza;
- scarsa necessità di adattamento reciproco;
- supervisione diretta sulle attività svolte e accentramento delle informazioni.

<b>NURSING FUNZIONALE</b>	
VANTAGGI	SVANTAGGI
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Richiesta di un numero limitato di risorse di personale e di materiale</li> <li>▪ Assegnazione di compiti ben definiti: è dunque possibile utilizzare persone con qualifiche inferiori o con poca esperienza per espletare compiti più semplici</li> <li>▪ Elevato grado di abilità e rapidità nell'eseguire attività ripetitive</li> <li>▪ Controllo diretto delle attività svolte</li> <li>▪ Assenza di sovrapposizione delle attività</li> <li>▪ Attività elevata di coordinamento non necessaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perdita della visione globale della persona assistita</li> <li>▪ Estrema frammentazione delle cure</li> <li>▪ Approccio meccanicistico e impersonale</li> <li>▪ Le prestazioni infermieristiche rischiano di essere effettuate a orario fisso</li> <li>▪ Deresponsabilizzazione del personale, considerato "esecutore"</li> <li>▪ Comunicazione frammentaria tra infermieri</li> <li>▪ Impossibilità di applicare appieno il processo di assistenza infermieristica e conseguente insoddisfazione del paziente</li> <li>▪ Impossibilità di valutare i risultati dell'assistenza infermieristica</li> </ul>

Alcuni dei modelli proposti richiedono forme particolari di documentazione (è il caso del case management, per il quale è necessaria l'adozione dei cosiddetti clinical pathways); qualunque sia il modello adottato la documentazione delle azioni infermieristiche riveste un'importanza cruciale, che purtroppo non sempre viene riconosciuta. La documentazione infermieristica è un "sistema informativo" dicitura che identifica «l'insieme delle persone, delle tecnologie e dei meccanismi operativi il cui compito è di produrre le informazioni che servono all'attività dell'azienda e alla sua gestione» (Calamandrei, Orlandi, 2002, p. 194) - di supporto alle attività assistenziali quotidiane, avente per scopo la minimizzazione del numero di errori e l'aumento dell'efficacia complessiva. La documentazione infermieristica presenta anche aspetti legali degni di considerazione: la Federazione Nazionale dei collegi IPASVI fornisce suggerimenti per ottenere la massima considerazione della documentazione infermieristica come atto pubblico e con valore probatorio:

- elevato livello di ufficializzazione dei documenti, con disposizioni scritte all'interno di ogni azienda sanitaria che considerino la cartella infermieristica parte integrante della cartella clinica;
- strutturazione dei documenti tale da rispondere a criteri di razionalità;
- controllo di qualità sui dati contenuti nei documenti per aumentarne il valore.

In alcune realtà è ormai di uso comune la cartella infermieristica; è auspicabile che nel prossimo futuro aumenti il numero delle unità operative che adottano la cartella sanitaria integrata. È importante che alla sua base stia un modello teorico di riferimento, la cui applicazione andrà di pari passo con la distinzione tra ciò che è assolutamente peculiare dell'assistenza infermieristica e ciò che invece può essere assegnato sotto forma di compito, in modo da poter avere il tempo di seguire i progressi del paziente sul piano dell'assistenza infermieristica, mantenendo il controllo di quegli aspetti che appartengono unicamente alla nostra disciplina. L'utilizzo di una teoria accettata dalla comunità infermieristica ha inoltre il vantaggio di fornire elementi preziosi per strutturare il sistema informativo stesso: poiché, infatti, le diverse autrici provengono da ambiti clinici differenti è possibile scegliere, a pari validità, il quadro teorico che più si addice alla situazione (ad es. quello di Hildegard Peplau per la psichiatria). Tutti i modelli organizzativi richiedono una documentazione in grado di supportare l'applicazione completa del processo di assistenza infermieristica; le registrazioni infermieristiche hanno peraltro risvolti legali.

<b>Functional nursing</b>	Sistema di erogazione dell'assistenza infermieristica che prevede l'assegnazione di specifici compiti al personale infermieristico in ragione del livello di competenza
<b>Team nursing</b>	Sistema di erogazione dell'assistenza infermieristica a un gruppo di pazienti da parte di un team composto abitualmente da infermieri, personale di supporto all'assistenza sotto la direzione e la supervisione di un infermiere (team leader) durante un specifico turno
<b>Primary nursing</b>	Sistema di erogazione dell'assistenza infermieristica in cui un infermiere (primario) assume la responsabilità dell'erogazione di tutte le cure infermieristiche richieste da un designato gruppo di pazienti durante uno specifico turno
<b>Case management nursing</b>	Sistema di erogazione di servizi sanitari a un paziente in cui un infermiere, nel ruolo di case manager, agisce come un patrocinatore del paziente attraverso il coordinamento delle cure sanitarie in una varietà di setting

## **PERCHE' IL CASE MANAGEMENT E NON IL PRIMARY NURSING**

Il riferimento al Primary Nursing era indispensabile prima di affrontare il Case Management, in quanto spesso quest'ultimo viene individuato come un'evoluzione del primo o come Primary Nursing di secondo livello.

Il Case Management è una metodologia di gestione dell'assistenza sanitaria. Questa metodologia utilizza un processo di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'assistenza basato sulla logica del coordinamento delle risorse da utilizzare per trattare la specifica patologia di un paziente, coinvolgendo le diverse strutture e organizzazioni del sistema sanitario in cui si trova. L'approccio del Case Manager è di considerare i pazienti come entità che sta vivendo una condizione di malattia su un percorso spaziale-temporale predefinito. Ciò è ben diverso dalla concezione di considerare i pazienti come il susseguirsi delle singole cure, previste ed erogate spesso in modo frammentario ed episodico.

Se nell'assistenza per compiti l'attenzione era posta sull'assegnazione di compiti che comportavano l'assunzione delle relative singole responsabilità e nel Primary Nursing sull'individualità dell'intero processo assistenziale, nel Case Management l'attenzione è posta sul risultato complessivo del percorso clinico assistenziale sviluppato per ogni singolo paziente.

Da un ruolo esecutore a un ruolo terapeutico anche attraverso la relazione che pensa un percorso di soluzione del problema individuale fino al ruolo di stimolo per la guarigione o la gestione autonoma.

In termini professionali, il potere assunto dall'infermiere come esperto dotato di specifiche competenze diventa il requisito fondamentale per affrontare il ruolo del Case Manager, poiché il governo del percorso clinico assistenziale è legato agli obiettivi da conseguire e valutabili in termini di efficacia, di efficienza e di qualità. La necessità di miglioramento continuo dei percorsi nel Case Management assegna un ruolo rilevante a tutte le attività di ricerca clinica e di misurazione e documentazione dell'assistenza.

Il modello organizzativo, ancora dominante nelle nostre strutture assistenziali, basato sulla suddivisione dei compiti fra soggetti interscambiabili che assicurano la continuità

dell'assistenza per la durata del turno è decisamente superato nel Primary Nursing di primo livello, in quanto la continuità dell'assistenza è assicurata dalla pianificazione dell'assistenza estesa a tutte le 24 ore, basata sulla tenuta da parte di un infermiere esperto, competente e identificabile di un piano individualizzato scritto. Nel Primary Nursing di secondo livello il concetto di continuità dell'assistenza è ulteriormente ampliato e personalizzato sia, in termini temporali, all'intera durata del ricovero o meglio all'intera presa in carico che può prevedere periodi di istituzionalizzazione e periodi di supporto a domicilio, sia in termini di interdisciplinarietà, attraverso continue pratiche collaborative e di coordinamento tra servizi.

Il cambiamento delle strutture gestionali ottenute con la diffusione del Primary Nursing, orientate sostanzialmente al decentramento in quanto basate sul ruolo decisionale del singolo Primary Nurse, trova nel modello del Case Management un nuovo equilibrio con la necessità di accentrare alcune funzioni gestionali utili al buon funzionamento dell'organizzazione nel suo complesso e alla resa del sistema di cure. Se il concetto che più di altri richiama la logica del Primary Nursing è "individualizzazione dell'assistenza", per il Case Management possiamo trovarlo nella "personalizzazione e coordinamento delle cure per ottenere un risultato".

## **IL CARE MANAGER: EVOLUZIONE DEL CASE MANAGER**

Abbiamo finora inquadrato il Case Manager come unica risposta alla necessità di ricollegare e integrare la frammentarietà. L'ottica privilegiata è quindi alla razionalizzazione del sistema di cure, di sicuro un importante passo avanti verso la centralità del cliente, ma solo una tappa delle tante rispetto al complesso problema della personalizzazione. Inoltre il Case Manager, constatano alcuni autori, è stato percepito in molti casi come negativo, sia dall'utenza sia dallo staff di cura, in quanto identifica il cliente come caso anziché come soggetto per il quale devono essere gestite le cure, collaborando con la persona stessa, la famiglia e gli altri professionisti coinvolti nel piano di cura.

Ecco allora l'evoluzione verso il Care Manager, esattamente sovrapponibile al Case Manager, questi si colloca però in un programma infermieristico in risposta allo sviluppo e ai cambiamenti dei soggetti del sistema sanitario, con lo scopo primario di soddisfare le esigenze bio-psicosociali della persona, tramite la gestione del suo intero percorso di cura e il coordinamento della vasta gamma di servizi sociosanitari, mantenendo il rapporto costo-qualità richiesto dal sistema. È quindi un programma incentrato sulla persona che richiede l'intervento di un professionista che concepisce l'individuo in chiave olistica.

Questa variazione, meglio definibile, a parere di chi scrive, come evoluzione, è indicativa di una maturità professionale, di una capacità di attenzione al focus dell'infermieristica rispetto ai fini più generali del sistema sanitario: uno degli aspetti più evidenti di questa consapevolezza è la funzione di advocacy, precipua del Care Manager.

In quanto paese che spesso importa da altre culture fenomeni e nuove filosofie, l'Italia si trova solo oggi ad affrontare questo cambiamento verso la centralità del cittadino. A questo proposito si deve dire che l'acquisizione crescente di "attrezzi" del mestiere (flow-chart, strumenti operativi e gestionali ecc.) non è andata di pari passo con lo sviluppo della capacità di utilizzarli a fini valutativi e decisionali. In accordo con F. Vanara si deve constatare che oggi budget, centri di costo, DRG sono ormai terminologia corrente, ma spesso si dimentica completamente che "si tratta di strumenti e non di obiettivi, con la conseguenza, oltretutto, di suscitare giudizi negativi sugli strumenti e sui cambiamenti in atto".

Quale via identificare per attivare le funzioni di Care Manager nel nostro sistema sanitario? La determinazione congiunta degli obiettivi tra Case Manager e cliente è probabilmente una delle funzioni principali per il nuovo Management dei servizi sanitari. Ciò comporta:

1. aiutare il cittadino/paziente e le persone per lui significative a sviluppare aspettative realistiche verso se stessi nello svolgimento dei loro ruoli e rispetto ai risultati dell'assistenza;
2. incoraggiare il cittadino/paziente a identificare le proprie risorse e capacità;
3. identificare insieme al cittadino/paziente gli obiettivi dell'assistenza;

4. riconoscere il sistema di valori e convinzioni del cittadino/paziente nella determinazione degli obiettivi, evitando di imporgli i propri valori o quelli diffusi nella comunità;
5. analizzare con il cittadino/paziente i modi migliori per realizzare gli obiettivi.

Il Care Manager si fa garante di una presa in carico verso la persona, promuovendo una serie di interventi raccordati tra loro, integrati fino a dare un risultato sinergico. Nonostante le ripetute affermazioni di queste idee, il cammino da compiere nella nostra realtà italiana è ancora lungo. Tuttavia, come afferma E. Borgonovi, l'impostazione dei sistemi di Management si evolverà in modo abbastanza rapido, anzi più rapido rispetto ad altri settori. Così dobbiamo approntarci per la transizione da sistemi che privilegiano le tecniche e le competenze a sistemi che privilegiano le conoscenze complesse e integrate di tutti gli elementi per decidere e operare, a sistemi che privilegiano le competenze e le capacità di gestire relazioni ed emozioni, infine a sistemi che danno spazio all'apporto dell'etica.

In effetti il Care Manager italiano sarà dapprima chiamato a:

1. gestire risorse umane (guidare i collaboratori e il personale di supporto, gestire le diversità e l'integrazione, creare un clima di fiducia e collaborazione);
2. organizzare (programmare il lavoro proprio e quello degli operatori di supporto, integrarsi nell'equipe curante, valutare il rapporto costo/benefici, distribuire le risorse in modo razionale ottimizzandole);
3. mettersi in relazione (esprimersi in modo adattato all'interlocutore, accettare la diversità dell'altro, utilizzare più canali comunicativi);
4. migliorare (proporre soluzioni innovative a partire dalla propria esperienza, superare la sicurezza della routine, vedere i problemi come opportunità, governare l'incertezza);
5. tendere al risultato (ridurre le proprie e altrui dispersioni di energie, compiere analisi critiche delle prestazioni proprie e improprie, individuare percorsi di assistenza da creare anziché prestazioni infermieristiche da erogare).

È chiaro che la risorsa umana è centrale in questa evoluzione, e non a caso è una delle differenze importanti tra Case e Care. La letteratura indica ampiamente la risorsa umana come la vera variabile competitiva aziendale: dalle qualità professionali si è passati a considerare le qualità personali dell'operatore. Ecco allora che il sapere nozionistico ha lasciato il posto al saper fare e interagire, mentre la formazione sta spostandosi dal singolo al gruppo/organizzazione; rispetto a prima, la competenza irenica è un elemento complementare ma non esaustivo della competenza manageriale richiesta a ciascun professionista a ogni livello di esercizio. Si deve inoltre considerare, a favore dell'investimento sulla risorsa umana, che l'evoluzione degli scenari interni ed esterni all'individuo determina una ridotta prevedibilità del contesto lavorativo, con una discrezionalità interpretativa del ruolo, adesso non solo tollerata ma favorita. Oggi è il singolo professionista che determina la sua performance in termini di processi e prestazioni contestualizzati. Fino a ieri si è lavorato per migliorare la qualità riducendo, in presenza della limitatezza di risorse, l'ampia variabilità che oggi caratterizza l'erogazione delle prestazioni a fronte di problemi clinici e assistenziali simili; l'oggi e il domani, invece, ci vedranno impegnati a orientare l'offerta in termini di customer satisfaction, individuando risposte originali e personalizzate ai bisogni di salute, ma anche fornendo servizi produttivi in termini economici, facendo circolare le informazioni e le idee, sviluppando il sistema delle interrelazioni, dialogando, lavorando in équipe in funzione di obiettivi conosciuti, comuni e condivisi.

Come dar luogo a queste finalità? Di sicuro implementando maggiormente quello che l'infermieristica ha di specifico, per esempio l'orientamento all'empowerment, che mira a favorire nel cliente l'acquisizione di potere, ovvero accrescere la possibilità dei singoli e dei gruppi di controllare attivamente la propria vita. In particolare l'empowerment, sostengono M. Levine e D.V. Perkins, porta a un migliore accesso alle risorse per le persone che si trovano in condizioni di svantaggio: si tratta per esempio di acquisire strategie per adattarsi a un mutato contesto, oppure un maggiore coinvolgimento e partecipazione nel definire i problemi e prendere decisioni. Ma per i riferimenti al Care Management la definizione più interessante risulta essere quella di M. Bruscazioni, il quale definisce l'empowerment come quel "processo di ampliamento (attraverso il migliore uso delle proprie risorse attuali e potenziali acquisibili) delle possibilità che il soggetto può praticare e rendere operative e tra le quali può scegliere". Da un punto di vista operativo, come suggerisce anche Collière con il

suo potere liberatorio dell'assistenza, che è appunto un potere con e non un potere su la persona-cliente, si tratta di:

- accrescere l'autostima e l'autonomia delle persone, in modo da incidere sulla loro capacità di assicurarsi da sole le risposte ai propri bisogni, compensare i deficit funzionali, sviluppare capacità fisiche e psichiche tali da ridurre la necessità di aiuto, quindi la dipendenza da altri;
- riconoscere e rispettare il sapere delle persone assistite, utilizzarlo e rafforzarlo nella direzione dell'autogestione. La competenza della persona può essere migliorata fornendole risorse informative, così da prendere decisioni più consapevoli;
- mobilitare e valorizzare le capacità dei clienti, consentendo loro di valutare ciò che facilita o impedisce la realizzazione degli obiettivi stabiliti e di prendere le relative decisioni;
- permettere al cittadino/paziente di utilizzare la propria esperienza per esercitare un ruolo terapeutico anche su altri individui o gruppi (per es., gruppi di autoaiuto).

In sintesi, un infermiere che si impegna nella promozione dell'empowerment può consentire la liberazione di energie che permettono alla persona di adottare comportamenti autonomi, flessibili, creativi e cooperativi, che costituiscono le basi della responsabilizzazione.

L'implementazione del Care Management è una sfida quanto mai avvincente e indelegabile per una professione come quella infermieristica, che pone il rispetto della persona e della sua autodeterminazione a fondamento dell'infermieristica stessa.

## **IL CASE MANAGEMENT NEI SERVIZI PSICHIATRICI TERRITORIALI**

Il case management nei servizi psichiatrici è una modalità organizzativa per la gestione dei pazienti psichiatrici gravi che permette di "prendersi cura" dell'individuo nel suo complesso. Tra gli utenti dei servizi psichiatrici affetti da gravi disturbi psichici e portatori di bisogni complessi rientrano principalmente i soggetti affetti da disturbi psicotici che normalmente hanno paura della relazione, esprimono una diffidenza angosciata nei confronti di approcci vissuti come intrusivi e minacciosi e negano il bisogno. Nel trattamento di un soggetto affetto da psicosi si adottano tutte le strategie per costruire un rapporto di collaborazione con l'utente inserito nel suo contesto familiare e sociale, in quanto lo stabilirsi di una relazione di fiducia (alleanza di lavoro) tra la persona ammalata e gli operatori costituisce la condizione di base della cura e il fondamento di un programma di trattamento efficace protratto nel tempo. Il case management nei servizi psichiatrici è un approccio ancora poco diffuso e richiede l'integrazione tra i componenti di un'équipe multidisciplinare e l'identificazione di un operatore che acquisisca il ruolo di case manager. L'individuazione di un referente del caso, il case manager appunto, consente una presa in carico che assicura una maggiore protezione del paziente e della sua famiglia e permette una gestione più attiva del caso stesso. La metodologia clinica della rilevazione dei bisogni specifici, dell'offerta di interventi differenziati e integrati e della garanzia della continuità terapeutica rappresenta il modello di lavoro appropriato per la psichiatria di comunità. Il percorso di presa in carico di tali persone si configura come un progetto caratterizzato da:

- elevata complessità organizzativa,
- rilevante specificità professionale,
- capacità di gestire l'integrazione sociosanitaria.

Il case management nei servizi psichiatrici è caratterizzato dal fatto di essere un percorso molto intensivo e relativamente lungo; l'intervento di base è l'accompagnamento della persona affetta da disturbi psichici nel suo contesto di vita per facilitare la riacquisizione delle abilità legate alla vita quotidiana quali: l'igiene personale, l'abbigliamento, i pasti, le faccende di casa, la spesa, la gestione del denaro e dell'alloggio. Il case management si attua con forme di accompagnamento nell'ambiente di vita, ovvero con la "presa in carico", attraverso:

- l'offerta di un supporto alla persona e alla famiglia;
- la costruzione di un progetto che preveda un'organicità di intervento, non frammentato, da parte dei servizi;

- l'instaurazione di un legame che valorizzi le risorse dell'ambiente.

Il case management nei servizi psichiatrici permette di superare la parcellizzazione specialistica e pluriprofessionale e di gestire l'evento malattia e la persona mediante un progetto unitario ed una presa in carico responsabilizzata consentendo la gestione territoriale del paziente e accresce la possibilità di reinserimento sociale riducendo così i costi ad esempio con un minor ricorso all'ospedalizzazione. La realizzazione di questo percorso comporta necessariamente un forte investimento sul lavoro d'équipe; équipe intesa come gruppo multiprofessionale in grado di sviluppare una accurata lettura della dimensione biopsicosociale del paziente, di integrare i dati di osservazione e di modulare una progettualità terapeutica coerentemente articolata. È quindi necessaria l'assunzione, da parte dell'équipe, di alcune funzioni:

1. funzione clinica e terapeutica, nella sua componente medica e psicologica, costantemente centrata sul paziente e sui suoi bisogni, ed in stretta collaborazione con il medico di medicina generale; tale funzione non può che essere orientata allo sviluppo di un contratto terapeutico, evitando inappropriate e incompatibili committenze finalizzate al mero controllo sociale;
2. funzione assistenziale, intesa nel senso di relazione ad elevata e specifica professionalità, che consenta di realizzare a favore del paziente l'indispensabile sostegno agli aspetti deficitari rispetto al proprio contesto socio-ambientale; l'assistenza, in tale specifica accezione, è intesa come dimensione relazionale di accoglienza, condivisione e di aiuto, finalizzata a sostenere e incrementare il funzionamento psicosociale;
3. funzione di integrazione dell'approccio multiprofessionale, da esplicarsi in un progetto terapeutico-assistenziale centrato sul contesto di vita del paziente attraverso la valorizzazione dell'apporto delle diverse professionalità, con particolare riferimento a quella infermieristica, sociale ed educativa
4. funzione di intermediazione, per favorire la fruizione da parte del paziente di servizi e beni sociali (funzione di case management) e per contrastare gli effetti di deriva sociale connessi con la patologia e con lo stigma.

Le funzioni di case manager possono essere svolte dai diversi professionisti dell'équipe: psichiatra, psicologo, assistente sociale, infermiere, tecnico della riabilitazione e educatore. Il professionista identificato coordina gli interventi sanitari riferiti al singolo utente e favorisce l'integrazione socio-assistenziale, in quanto la sua azione si svolge sia in ambito clinico sia in ambito sociale. Il case manager in psichiatria è la persona che, avendo la relazione più significativa, diventa il punto di riferimento per il paziente.

È un operatore che possiede:

- capacità empatica e relazionale;
- capacità di interrelazione con altre professionalità, con la famiglia e con altre agenzie;
- senso di responsabilità;
- capacità organizzative.

Il case manager svolge la funzione principale di: gestione del caso o di coordinamento degli interventi del progetto elaborato dalla micro-équipe; è l'operatore referente per il paziente lungo tutto il percorso di cura. Il case manager, nel ruolo di accompagnatore, stimola e incoraggia il cliente ad assumersi la responsabilità del proprio reinserimento sociale. Fornisce un ascolto che sa accogliere il disagio emotivo del malato mentale e lo aiuta a capire le ragioni di certi comportamenti. Il ruolo di accompagnatore, o di persona prossima, richiede vicinanza terapeutica, attitudini di autenticità, di spontaneità e di trasparenza. Esige molto dinamismo, iniziativa e pragmatismo e la capacità di trasmetterle al paziente e con l'attenzione ad evitare lo sviluppo della sua dipendenza. Il case manager è l'agente di collegamento tra i vari servizi e agenzie formali e informali, sviluppa anche i legami con le agenzie della rete sociale, i sistemi informali di aiuto, offre un supporto ai familiari e a tutte le persone del contesto sociale del paziente.



## **L' INFERMIERE CASE MANAGER IN PSICHIATRIA COME ATTIVATORE DELLE RISORSE DI RETE**

Il case manager in psichiatria è l'operatore in grado di coordinare i vari interventi tra la rete dei servizi e il destinatario, tra le diverse istituzioni e gli operatori, di accompagnare il paziente nel suo percorso di cura e di monitorarne il progetto. L'infermiere svolge attualmente alcune importanti funzioni di case management, con modalità diversificate e pertanto con scarso riconoscimento. In tale evoluzione di ruolo, l'infermiere assume maggiore rilievo come mediatore delle esigenze dell'utente e migliora la capacità dei diversi servizi di prendersi cura di lui nella sua globalità. La competenza professionale dell'infermiere è formata dalla combinazione di conoscenze professionali, di capacità e abilità professionali e di orientamenti per sapere individuare la domanda di assistenza infermieristica (i bisogni) dando ad essa una risposta (la prestazione infermieristica) adeguata in tempi e modalità convenienti. Le decisioni e le conseguenti azioni poste in essere dall'infermiere consistono nell'adattare le conoscenze e i principi generali, acquisiti nel corso del piano di studi, al caso specifico. L'infermiere che ha interiorizzato sul piano culturale gli elementi di base del management infermieristico diventa più autonomo nel trasferirli nel momento operativo attraverso comportamenti e atteggiamenti idonei al caso trattato. Egli rappresenta colui che coordina, attraverso l'attivazione di una rete di interventi formali e informali, l'insieme delle cure erogate, da professionisti e non, allo scopo di migliorare, mantenere e ristabilire il benessere dell'individuo Professionista in possesso di competenze specifiche, l'infermiere case manager è in grado di attuare modelli organizzativi e gestionali che ottimizzino l'impiego delle risorse e garantiscano così una migliore produttività delle strutture e una maggiore efficacia delle prestazioni erogate, il cui insieme non è visto come sommatoria bensì come rete. La struttura a rete risulta particolarmente indicata per descrivere l'attuale assetto dei servizi per la persona e la collettività, inclusi i servizi infermieristici: l'infermiere territoriale, per esempio, se ne può avvalere per descrivere i legami esistenti tra l'assistito e il suo sistema di supporto formale e informale. La rete non è solo uno strumento descrittivo, ma indica un insieme di rapporti tra più servizi e operatori "da attivare e mantenere" per tutelare la salute del cliente globalmente considerata. Un agire professionale coerente con tale visione presuppone capacità di coordinamento e integrazione: esse sono necessarie in primo luogo per l'infermiere case manager, ma in qualche misura sono tutti gli infermieri a doverle sviluppare. Le parole chiave nel ruolo e funzioni degli infermieri case manager sono:

1. integrazione assistenziale, intesa come carenza fra ciò che è stato progettato con ciò che viene realizzato;
2. coordinamento dell'assistenza, inteso come modalità in cui il progetto assistenziale è seguito da tutti i soggetti coinvolti;
3. continuità assistenziale, intesa come l'estensione del progetto assistenziale in tutti gli ambiti di svolgimento.

Il programma di case management è quindi realizzato per ottimizzare l'integrazione, il coordinamento e la continuità dell'assistenza al paziente. Inoltre, in molti ambiti, fornisce la possibilità di focalizzare l'attenzione anche sulla prevenzione della malattia e sulla promozione della salute.

Le principali funzioni dell'infermiere case manager possono essere riassunte in:

- ◆ **"accompagnamento" dell'utente nel percorso di cura** attraverso una buona relazione e un'alleanza con il paziente; valutazione della richiesta di bisogno senza dispersione di risorse in quanto si ha un solo interlocutore, un referente specifico;
- ◆ **intermediazione tra l'utente e l'esterno** mappatura del territorio e suo utilizzo attraverso la messa in comune delle informazioni con una maggiore conoscenza delle strutture per una migliore presa in carico del paziente e utilizzo della rete anche per gli altri utenti;
- ◆ **integrazione servizi coinvolti nel percorso di cura** attraverso una migliore conoscenza dei servizi per favorirne l'accesso, per superare la frammentarietà e una maggiore coerenza degli interventi ed una migliore organizzazione del lavoro;

- ◆ **coordinamento della micro-équipe** dalla condivisione del progetto senza sovrapposizione di ruoli, con attivazione delle risorse al momento e nei tempi adeguati;
- ◆ **referente del percorso di cura** quale garante del progetto e della qualità delle prestazioni erogate;
- ◆ **monitoraggio del Progetto Terapeutico Individuale** raccolta di informazioni, conoscenza accurata del paziente, migliore qualità dell'assistenza con confronto sugli interventi e obiettivi intermedi per la garanzia dell'efficacia e della continuità del progetto;
- ◆ **valutazione del progetto** attraverso la riformulazione degli obiettivi, l'adeguamento al programma con una costante verifica della congruità della presa in carico, oltre alla revisione delle risorse investite (personale ed economiche) e l'utilizzo appropriato dei servizi.

*La speranza ha due bellissime figlie: lo sdegno e il coraggio...  
Lo sdegno per la realtà delle cose; il coraggio per cambiarle.  
Pablo Neruda*



*Quindi, per cambiare ci vuole coraggio,  
ma se non cambiamo viviamo nello sdegno.  
Stefano Marconcini*

## **BIBLIOGRAFIA**

- P. Chiari, A. Santullo, L'Infermiere Case Manager – McGraw-Hill, Milano 2001
- A. Destrebecq, S. Terzoni, Management Infermieristico – Carrocci Faber, Roma 2008
- L'Infermiere – 7/2006.

## **L'esperto clinico**

Il cambiamento del S.S.N., la crescita del professionista infermiere, l'introduzione di sempre più moderni mezzi e strumenti, la richiesta da parte dell'utenza di aver personale sempre più aggiornato e preparato porta ad essere consapevoli che il ruolo e lo status professionale si costruiscono col tempo, acquisendo competenze e conoscenze che devono permettere di proporre una figura sempre più preparata ed esperta sia negli ambiti clinici sia nel management.

Questo percorso di crescita non si conclude con la sola acquisizione di titoli e con l'esperienza lavorativa, ma deve proseguire attraverso la competenza specifica, la esclusività del rapporto con il cittadino, la volontà di promuovere e sviluppare temi di ricerca, la capacità, alla luce dei potenziali elementi di criticità, di applicare l'evidenza scientifica nella operatività quotidiana. È l'era del passaggio dal concetto di specializzazione al concetto di

competenza specifica e, quindi, di esperto clinico per quanto riguarda la propria area di competenza (stato dell'arte nelle singole aree specialistiche, caratteristiche dei servizi, dei modelli organizzativi, nursing clinico e manageriale, ricerca infermieristica), per poter fornire alla società e al cittadino quella figura professionale necessaria per dare e garantire una assistenza precisa, qualificata e pronta ad ogni richiesta.

I tre fattori necessari per sviluppare le competenze sono la formazione, l'esperienza e la riflessione critica sulla pratica professionale, elementi che aiutano a generare le nuove conoscenze. Il processo di riflessione critica genera capacità di conservare e adattare le proprie competenze all'evoluzione dei bisogni degli utenti ed è il presupposto per diventare "esperti", che è diverso dal "saper fare qualcosa perché lo si è ripetuto per molte volte".

Secondo alcuni autori, non tutti gli infermieri sono in grado di attraversare autonomamente le fasi dello sviluppo professionale: il passaggio dal ruolo di principiante a quello di esperto si realizza solo quando l'infermiere sarà in grado di riflettere sulla propria esperienza a capire il valore dell'intuizione, ad analizzare le situazioni assistenziali lavorando proprio sulle esperienze che lo hanno coinvolto; per questo può essere importante avere degli strumenti che lo aiutino a sistematizzare le esperienze, lo sostengano nel processo di riflessione critica a preparare e a gestire il proprio piano di sviluppo.

Le esperienze anglosassoni suggeriscono strumenti quali l'empowerment ed il portfolio dei professionisti.

Nei dizionari consultati, il verbo "to empower" ha il seguente significato: "autorizzare, dare pieni poteri, conferire potere, concedere autorità, delegare un potere, mettere in grado di, dare facoltà o abilità dare la procura". Sinonimo del secondo significato è to enable, "rendere abili", "capaci", "in grado" ma anche, "dare autorità", "dare opportunità di".

Una traduzione italiana che esaurisca il significato di empowering è difficilmente individuabile. A volte si usa il verbo potenziare, verbo transitivo con il significato di "rafforzare, incrementare", ma che non coglie l'idea della semantica inglese del potere distribuito, dato per sostenere il potenziale degli altri. Nel sostantivo potenzialità è possibile cogliere il concetto di possibilità di "realizzarsi", trattandosi di ciò che è possibile ma non ancora attuato. L'empowerment è quindi uno stato mentale, un modo di pensare, un processo di ampliamento (attraverso il miglior uso delle proprie risorse attuali e potenziali acquisibili) delle possibilità che il soggetto può praticare, rendere operative e tra le quali può quindi scegliere.

L'approccio di empowerment, che assume come centrale lo sviluppo dell'individuo (personal empowerment o self-empowerment), riconosce, pur nella diversità dei modelli e delle relative strategie operative, l'introduzione all'interno delle organizzazioni di un sistema di valori considerato positivo per lo sviluppo sia individuale sia organizzativo.

I valori sono riassumibili così: apertura, espressività, spontaneità e franchezza; rispetto di sé e degli altri, creatività, libertà di valutazione e critica, democrazia, partecipazione e coinvolgimento, valorizzazione di sé e degli altri, consapevolezza delle dinamiche affettive personali e interpersonali, non conformismo, proattività, coerenza tra pensiero e azione, ricerca e sperimentazione continua, onestà, pragmatismo e pensiero positivo.

L'adesione a questi valori determina comportamenti utili per lo sviluppo di organizzazioni sane, capaci di trovare nei propri membri le energie necessarie per fronteggiare efficacemente le evoluzioni dell'ambiente e, anzi, capaci di anticiparle.

I principali comportamenti che questo approccio si propone di promuovere sono riassumibili in questi termini:

- attenzione e ascolto nelle relazioni interpersonali, interesse per l'altro e per la sua visione delle cose, anche se diversa e conflittuale rispetto alla propria;
- gestione della conflittualità di tipo integrativo, non sua soppressione né ricerca della pace a tutti i costi;
- valutazione accurata e realistica delle situazioni (prendere tempo per pensare prima di agire);
- ricerca delle informazioni e delle risorse necessarie per raggiungere gli obiettivi, sulla base del proprio diritto di chiedere ciò di cui si ha bisogno, con fiducia nella possibilità di essere o diventare adeguati, con gli investimenti necessari, rispetto agli obiettivi;
- sostegno dei processi di crescita propri e altrui;
- verbalizzazione dei processi di dinamica di gruppo e intervento su di essi;
- esplicitazione delle proprie responsabilità rispetto alle decisioni prese e assunzione personale delle loro conseguenze;

- autorizzazione a sé stessi e agli altri a cambiare idea e a non essere coerenti;
- apertura alla critica e ricerca di feed-back;
- problem solving e mai ricerca dei colpevoli oppure induzione di sensi di colpa e intimidazione;
- autorizzazione a sé e agli altri a compiere errori da cui cercare sempre di apprendere senza valutare negativamente sé e gli altri;
- minimo livello di difensività e ostilità;
- scarsissimi investimenti nella ricerca a tutti i costi dell'approvazione da parte degli altri;
- controllo sui processi più che sulle persone;
- informazioni necessarie a raggiungere gli obiettivi;
- bassa attenzione alle forme a favore della sostanza. L'approccio di *empowerment*, che assume come centrale lo sviluppo
- individuale e organizzativo, considera parallelamente sia gli interventi sull'individuo sia gli interventi sull'organizzazione, sostenendo che la crescita individuale si potrà realizzare solo se accompagnata da una trasformazione delle variabili "micro" (dinamica dei ruoli) e "macro" organizzative (disegno organizzativo, sistemi e meccanismi di gestione).
- Un altro aspetto che questo approccio considera è l'analisi e la diagnosi di partenza che danno luogo a una ipotesi di intervento ispirato alla logica *deW'empowerment*. Vengono cioè evidenziati alcuni "sintomi" tipici: apatia, aggressività, competizione, ricerca del capro espiatorio, che esprimono situazioni organizzative all'interno delle quali uno o più attori versano nella tipica condizione di *powerlessness* (o *disempowerment*).

All'interno di questo approccio possiamo assumere una definizione di *empowerment* che lo indica come un processo individuale e organizzativo attraverso il quale le persone rafforzano la loro capacità di scelta e di consapevolezza dei propri valori sviluppando autostima e partecipazione attiva alla situazione lavorativa, riducendo ansia, frustrazione e alienazione. In tal modo l'individuo è posto al centro del sistema organizzativo, promuovendo la percezione di sé come elemento causale della propria prestazione e dei risultati da essa prodotti, in modo coerente e in relazione con quelli attesi. I principali fattori indicati come capaci di generare la condizione di *empowerment* sono:

1. l'impatto della propria prestazione sul risultato finale;
2. il sentimento della propria competenza personale;
3. la significatività e la rilevanza della propria azione;
4. la possibilità di scelta e di autodeterminazione.

Questi fattori rappresentano i parametri che consentono di valutare la natura del compito affidato e la loro assenza può essere alla base di *powerlessness*.

I fattori organizzativi che possono essere alla base del sentimento di *powerlessness* sono:

- la presenza di attese irrealistiche verso il proprio ambiente sia interno sia esterno all'organizzazione;
- la mancanza del senso storico degli avvenimenti;
- la confusione o l'assenza di comunicazione sul disegno strategico/organizzativo globale e sul senso del proprio compito rispetto a esso;
- l'impossibilità di attribuire valore intrinseco all'obiettivo affidato ovvero la sua scarsa significatività o idealizzabilità;
- la rigidità organizzativa, ovvero la difficoltà del sistema riguardo al cambiamento;
- la debolezza del disegno dei ruoli e della divisione del lavoro;
- lo stile di supervisione che crea eccessiva dipendenza (la manipolazione, la mancanza di delega, l'assenza di ascolto e di empatia, i comportamenti punitivi che riducono l'espressività dei collaboratori, l'assenza di restituzione della valutazione e la non partecipazione o l'esclusione dai processi di soluzione dei problemi ecc.);
- la paura diffusa di sbagliare;
- il conflitto tra colleghi e superiori sugli obiettivi o sul modo di raggiungerli; l'assenza di preparazione professionale rispetto alle nuove prestazioni attese e, in generale, delle risorse necessarie per produrre i risultati attesi;
- l'incoerenza del sistema premiante.

Questi fattori apparentemente "oggettivi" possono essere variamente interpretati dalle persone, in funzione dei differenti stili cognitivi e interpretativi degli attori e, per quanto adottati inconsapevolmente o automaticamente, essi possono essere resi consapevoli e diventare suscettibili a loro volta di un'autovalutazione e di un controllo personali nonché di una loro modifica.

È evidente che l'attuale contesto richieda lo sviluppo di nuove modalità di gestione e valorizzazione delle risorse. *L'empowerment* permette una gestione e valorizzazione organizzativa sebbene necessiti un ulteriore strumento.

Prendendo spunto da esperienze pregresse di Inghilterra, Stati Uniti e Canada, si sta pensando, anche in Italia, al "portfolio", strumento che può essere utilizzato per pianificare, documentare e riflettere sulla propria storia professionale, e consentire la revisione tra pari, la supervisione da parte di esperti e la certificazione delle proprie competenze.

Può diventare uno strumento di apprendimento e di riflessione e essere usato come parte della formazione continua e utile ad aiutare i professionisti sanitari a raccogliere informazioni sulla propria carriera, a conservare documenti importanti, a comunicare le proprie capacità, per avanzamento professionale.

Il portfolio può essere anche utilizzato per richiedere fondi per la ricerca, nella definizione di contratti di consulenza o collaborazione per accedere ad un comitato tecnico scientifico, per partecipare ad attività professionali.

Nel portfolio possono venire documentate anche le conoscenze acquisite, non solo con titoli di studio, ma anche nella pratica clinica, spesso difficili da rendere visibili, ma sicuramente costitutive dell'esperienza dell'infermiere.

L'uso del portfolio è notevolmente aumentato negli ultimi anni, tanto da diventare uno strumento irrinunciabile per i professionisti sia in ambito professionale che educativo e formativo.

È diventato uno strumento di accreditamento professionale, in alcuni casi consigliato, altre volte obbligatorio (vedi Canada); gestito dall'ordine professionale, che ne cura la diffusione agli iscritti.

Il portfolio si compone di tre parti: dei dati biografici, del curriculum ovvero cosa si è fatto, delle potenzialità, ovvero cosa si è in grado di fare o cosa piacerebbe imparare.

Esistono diversi tipi di portfolio: clinico, del docente, del dirigente, del ricercatore, o per l'attività scientifica, che documentano diverse esperienze professionali:

1. per la pratica clinica: riporta le competenze cliniche da raggiungere nel proprio ambito professionale o in quello in cui si desidera andare a lavorare; documenta la competenza di un infermiere in un ruolo e in un contesto specifico (indicando le attività come libero professionista o come dipendente; il tipo rapporto, continuativo, in sostituzione, l'ambito di specializzazione);
2. per il docente: riporta le competenze di formatore, indicando le attività svolte in qualità di progettista di formazione, docente, tutor, supervisore, commissario per esami, relatore di tesi; per progredire negli studi: contiene la pianificazione del proprio apprendimento nelle aree di maggiore bisogno; nello stesso tempo può diventare una raccolta dei migliori lavori realizzati in qualità di studente. Può contenere anche un diario sugli incidenti critici, sulle esperienze assistenziali o formative più rilevanti o descrivere le iniziative di formazione formali e informali che possono ricevere crediti da un ateneo;
3. per l'organizzazione: documenta la direzione di strutture operative complesse, semplici o di settori di attività; il coordinamento di équipes di lavoro o di progetti organizzativi; i ruoli svolti in qualità di componenti di gruppi di progetto per il miglioramento della qualità dei servizi; riporta progetti di cambiamento realizzati ed i risultati conseguiti;
4. per l'attività scientifica : descrive l'impegno in qualità di collaboratore in progetti di ricerca, pubblicazioni, relatore a congressi, componente di comitati di redazione di rivista scientifica, curatore/autore di testi, coordinatore di riviste.

## **BIBLIOGRAFIA**

Alvaro R., Amato S., N. Barbato. Strategie Sanitarie applicate alle Scienze Infermieristiche. SEU Roma 2007.

## CLINICAL PATHWAYS

### CHE COSA SONO E A CHE COSA SERVONO

In discipline come l'ingegneria e l'economia, da decenni sono in uso degli strumenti manageriali atti a monitorare il tempo dell'evoluzione di un dato progetto. Nel mondo sanitario anglosassone, sin dal 1985 si è iniziato ad importare tali strumenti sviluppandoli ed adattandoli al contesto assistenziale. Lo scopo principale è stato quello di costruire dei procedimenti in grado di prevedere e descrivere in anticipo le necessità e le richieste d'assistenza dei pazienti, nell'ambito di specifiche e varie tipologie di casi. Il passo successivo prevedeva il confronto tra stato reale e quello previsto dal procedimento e quindi l'adozione del nuovo percorso. Sono nati così i Clinical Pathways, strumenti atti a definire la programmazione ottimale degli interventi eseguiti da tutte le discipline, per ogni particolare procedura assistenziale, adattabili al singolo paziente, costruiti in maniera multidisciplinare e interdisciplinare (a differenza degli standard d'assistenza che possono anche non esserlo). Proprio perchè, riescono ad implementare la pianificazione gestionale e temporale di tutti gli interventi assistenziali, ai paths è riconosciuto il merito di riuscire a migliorare il coordinamento degli interventi. In pratica i paths servono ad organizzare ed a mettere in sequenza d'azione, in un dato periodo di tempo, tutti i professionisti sanitari (analisi tempo-compito), regolando la successione degli interventi (diagnostici, terapeutici, nutrizionali, educativi, di sicurezza, di pianificazione alla dimissione, di screening di pre-ospedalizzazione, di consulenza ecc). Un altro servizio reso dai paths è il semplificare e migliorare la raccolta dati e quindi la loro successiva elaborazione. Il fatto veramente innovativo dei Clinical Pathways, è che essi devono essere creati e sviluppati proprio dalle varie figure professionali che in seguito li utilizzeranno. La successiva applicazione pratica del path, permetterà di ottenere l'affinamento del path stesso, ma anche una documentazione delle prestazioni assistenziali erogate con disponibilità di raccolta immediata per molteplici parametri epidemiologici, tra cui la varianza dai propri standard (per tempi, materiali, complicanze, risorse impiegate, costi, ecc), dati assai apprezzati, attualmente, da amministratori e ricercatori: oltre che per scopi meramente scientifici e di ricerca, tali dati possono servire per ridurre le inefficienze, per il contenimento dei costi, per migliorare il rapporto costo/efficacia, per aumentare la predittività, la qualità dell'assistenza erogata, o per formare/educare il personale e perché no, anche gli utenti.

### CONCLUSIONI

I Clinical Pathways sono strumenti essenziali del Managed Care System: delineano il fabbisogno di assistenza previsto e i risultati da raggiungere nell'arco di tempo prestabilito. Essi non sostituiscono il giudizio clinico ed il decision making; rendono gli operatori sempre più in grado di rispondere in modo standardizzato alle variazioni così comuni nella pratica clinica; hanno l'indubbio vantaggio di fornire uno strumento valido per ridurre i rischi legali, sempre più insiti nella professione sanitaria. Sono inoltre, una pubblica dichiarazione degli standard assistenziali adottati e garantiti ai pazienti. Le aziende dovranno pretenderne il rispetto da parte degli operatori e garantire sia la preparazione di coloro i quali sono preposti al loro uso che la disponibilità delle risorse necessarie alla loro applicazione.

### BIBLIOGRAFIA

1. Carpenitto L J. Piani di assistenza infermieristica e documentazione. Diagnosi infermieristiche e problemi collaborativi. Casa Editrice Ambrosiana.
2. Bower K. Managed care: Controlling costs, guaranteeing outcomes. In *Definition 3* (Summer 1988): 1-3.
3. Zampieron A, Geatti S. I percorsi diagnostico-terapeutici (clinical pathways) in nefrologia: ruolo dell'infermiere nella loro costruzione e loro utilizzo. Simposio Satellite del 41° Congresso della Società Italiana di Nefrologia 'Giornata di Studio EDTNA-ERCA', Taormina, 17 Giugno 2000.
4. Zampieron A. L'evoluzione del piano di assistenza: Case Management e Clinical Pathway. Corso di Scienze Infermieristiche, Scuola per Dirigenti e Docenti in Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Padova, Facoltà di Medicina e Chirurgia.
5. Wiczorek P. Developing critical pathways for the operative room. *AORN Journal* 1995; 62(6): 925-9.