

I NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI. LE NOSTRE SFIDE PER IL FUTURO.

IL CASE MANAGEMENT

Newsletter Collegio Ipasvi della Spezia, marzo 2007

A cura di Patrizia Nunziante

INTRODUZIONE

Il Novecento, carico di eventi tragici e di sconvolgimenti, si è da poco concluso. Questo secolo è stato spettatore di ben due guerre mondiali ed una serie interminabile di conflitti regionali. Ha visto nascere e crollare ideologie e miti, potenze temibili per dimensioni e forza militare. Particolare rilevanza hanno avuto tra la fine degli anni Ottanta e gli anni Novanta il fallimento del sistema comunista, il crollo del Muro di Berlino, la dissoluzione dell'URSS.

Gli Stati Uniti d'America sono rimasti l'unica superpotenza e ciò ha determinato l'esigenza della ricerca di un nuovo ordine mondiale, che stenta a costituirsi e rischia di diventare foriero di nuovi disequilibri e crisi internazionali.

L'Europa, abbandonati i vecchi egoismi nazionali, le divisioni che ne hanno lacerato a lungo il tessuto politico, sociale ed economico, si è avviata con passo deciso verso l'unione, allargando i suoi confini ad est, in quei paesi che solo un quindicennio fa erano considerati "il nemico".

Il Novecento ha visto rivolgimenti politici, sociali, economici, scientifici e tecnici che hanno sconvolto l'aspetto della terra, da renderla irriconoscibile a quanti ne avevano ereditato i valori, le conoscenze, gli ordinamenti dal secolo precedente.

Ai vecchi problemi (i conflitti, le discriminazioni, la fame in vaste aree del mondo, le malattie vecchie e nuove) negli ultimi due decenni si sono aggiunti nuovi problemi (inquinamento, effetto-serra, desertificazione, riduzione delle risorse energetiche), che minacciano seriamente il progresso, la sopravvivenza dell'uomo e dello stesso pianeta. Ma nel contempo abbiamo assistito ed assistiamo quotidianamente ad un prodigioso e inarrestabile sviluppo delle scienze (l'informatica, l'ingegneria genetica, le biotecnologie, la medicina) e delle tecniche, che aprono nuove e feconde prospettive.

La terra diventa sempre più un villaggio: il villaggio globale, dove usi, costumi, beni, servizi, conoscenze, tecniche diventano comuni e favoriscono gli scambi e lo sviluppo, alimentando le speranze dell'uomo.

L'Italia, da secolare terra d'emigrazione, è diventata terra d'immigrazione.

Ha vissuto la sua crisi istituzionale più profonda dal Dopoguerra ad oggi: è stato introdotto un nuovo sistema elettorale (maggioritario) che determina l'alternarsi di governi di centro-destra e governi di centro-

sinistra, e con essi gli orientamenti delle scelte politiche. Si fanno ogni giorno più pressanti le esigenze di riforme in svariati settori: scuola, informazione, lavoro, pensioni, immigrazione, giustizia.

In un quadro così mutato, la sanità, che per le sue prerogative è percepita come una delle priorità sociali, non può rimanere ferma, ma esige un continuo aggiornamento e adeguamento dell'organizzazione delle aziende sanitarie ai continui cambiamenti che avvengono a livello istituzionale e legislativo, ma anche nei valori e nell'assetto dei poteri, nell'ambiente sociale di riferimento, nella sfera politica, tecnologica e socio-culturale.

L'insieme delle pressioni esercitate da questi fattori determina l'esigenza di ri-progettare l'assetto organizzativo delle aziende in tutti i suoi componenti: struttura organizzativa, meccanismi operativi e sistema delle competenze e dei valori.

In questi ultimi decenni sempre più si sente parlare di un'assistenza globale, personalizzata, a misura d'uomo. Gli utenti, diventati persone attive nel loro percorso di salute e malattia, sono sempre più esigenti e, per rispondere alle loro necessità, le istituzioni sanitarie hanno bisogno, oltre che di tecniche e tecnologie avanzate, di professionisti competenti e aggiornati alle più recenti evidenze scientifiche e di un'alta dose di umanità.

Durante il mio percorso formativo e professionale mi sono chiesta: l'assistenza personalizzata, quella che ogni giorno il cliente dal suo letto mi chiede, è un mito o una realtà? È possibile, anche nel nostro paese, superare i limiti di un'assistenza sanitaria, ed in particolare infermieristica, prigioniera di rigidi automatismi, incapace di comprendere e farsi carico degli effettivi bisogni dei singoli utenti? Qual è la strada da seguire?

IL CASE MANAGEMENT

In un'era di forti cambiamenti nel campo sanitario come quelli che stiamo vivendo, per la sopravvivenza dei sistemi sanitari e delle organizzazioni sanitarie, per garantire l'appropriatezza delle cure ai cittadini occorre trovare modelli innovativi di controllo dei costi e di contestuale incremento della qualità dei servizi sanitari.

Il modello organizzativo assistenziale del *case management*, o *gestione del caso*, si propone come strumento empirico, nella realizzazione di percorsi di cura, atto a favorire l'efficacia e il controllo dei costi attraverso la massima individualizzazione delle risposte ai bisogni sanitari.

In letteratura si trovano varie definizioni:

- Sistema di accertamento, pianificazione, fornitura, erogazione, coordinamento di servizi e monitoraggio dei bisogni multipli del paziente (Zender 1990)
- Insieme di fasi logiche e processo di interazione tra i servizi di un sistema di enti, che assicura che l'utente riceva le prestazioni necessarie in modo efficace, efficiente, a costi giusti (McKenzie *et al* 1989)

- Modello organizzativo assistenziale che ha lo scopo di provvedere alla qualità delle cure, aumentare la qualità della vita, diminuire la frammentazione e contenere i costi dell'assistenza (ANA 1988).

Altre definizioni di *case management*, più che puntare sullo scopo principale che è la soddisfazione dei bisogni degli utenti, pongono un'enfasi eminente sulla riduzione dei costi.

Il *case management* è comunque un sistema di erogazione dell'assistenza al cittadino. Esso si pone come obiettivo la riduzione dei costi e dei tempi di degenza ma si propone anche di migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza sanitaria, durante tutto l'evento patologico e in qualunque struttura. La metodologia di tale sistema si basa sul coordinamento e l'utilizzo di risorse adeguate, sull'appropriatezza degli interventi e sul monitoraggio dei risultati raggiunti.

Utilizzando tale modello, gli infermieri possono ottimizzare i livelli di autocura dei loro clienti, fornire qualità e continuità, riducendo la frammentazione delle cure, accrescere la qualità di vita e aumentare la soddisfazione del cliente e dello staff sanitario. Il *case management* offre, inoltre, agli infermieri l'opportunità di dimostrare la competenza del loro ruolo, all'interno dei gruppi assistenziali multidisciplinari.

A seconda del contesto, delle caratteristiche organizzative, dei bisogni e della filosofia organizzativa, delle conoscenze e dell'esperienza dei membri dello staff, della popolazione assistita vengono usati diversi termini per identificare il modello. I più utilizzati sono: *case management*, *managed care*, *care management*, *nursing care* (o *case*) *management*. Negli ospedali per acuti viene utilizzato maggiormente il termine *case management*.

Un team che nel 1994 ha implementato il modello nel Memorial Hospital of Tampa ha scelto il termine *care management* perché il gruppo aveva l'impressione che l'espressione *case management* poteva essere percepita negativamente dagli utenti e dallo staff di cura, in quanto da una parte, il cliente non è un caso da gestire, ma un individuo che abbisogna di assistenza e cure, dall'altra molti medici collegano il termine ai libri di cucina e ciò potrebbe rendere più difficile l'accettazione del modello.

UN PO' DI STORIA

Alla fine degli anni '80, il *case management* si afferma negli Stati Uniti come il più recente modello di assistenza infermieristico.

In un'indagine dell'American Hospital Association del 1990, esso risulta, il modello assistenziale più diffuso negli USA nei reparti per acuti.

Già prima però sono stati descritti numerosi modelli di *case management* nei servizi sociali, nei servizi sanitari e nella letteratura infermieristica. I primi articoli appaiono nella letteratura dei servizi sociali solo alla fine degli anni '70.

Il *case management*, però, ha origini ben più lontane, esse si fanno risalire al 1863, durante la Guerra di Secessione, quando nel Massachusetts nell'area dei servizi sociali le associazioni di volontariato introdussero il principio di coordinamento dei volontari e dei servizi destinati alle persone malate e bisognose per garantire a queste continuità nell'assistenza

Nel 1900 Annie Goodrich, direttrice della scuola di Nursing dell'Università di Yale, descriveva la figura di un operatore che coordina gli interventi sanitari e sociali in base alla rilevazione dei bisogni delle persone e della famiglia, garantendo un'appropriata allocazione delle risorse, un contenimento dei costi, una diretta responsabilità per le cure prestate. Questi principi anticipano con straordinaria precisione la figura di quell'operatore che oggi viene chiamato *case manager*.

Agli inizi del '900 Lillian Wald suggerisce alla compagnia di assicurazione Metropolitan Life Insurance un dipartimento delle infermiere visitatrici per fornire agli assicurati delle compagnie industriali di Manhattan il servizio di "*case management nursing*".

Il modello, visto il successo ottenuto nel controllo dei costi, tale da far risparmiare alla Metropolitan Life Insurance Company di New York 43 milioni di dollari, fu utilizzato per assistere gli ex combattenti della II Guerra Mondiale e le loro famiglie, da parte della Veteran Administration, l'organizzazione statunitense che assiste gli ex militari.

Negli anni '60, il *case management*, viene utilizzato per l'implementazione di un programma coordinato di assistenza ai malati mentali dopo la deistituzionalizzazione degli ospedali psichiatrici da parte del National Institute of Mental Health, il quale sottolineando l'importanza della continuità e del coordinamento delle cure per questo genere di malati si pronunciò a favore di una politica di sviluppo che ponesse l'integrazione e il coordinamento alla base dei nuovi modelli di assistenza psichiatrica territoriale, indicando il *case management* come modello di riferimento.

Il modello viene utilizzato negli anni '70 per l'assistenza ai bambini con handicap. Nel 1975 negli USA la legge istituì un *case manager* comunitario al fine di garantire l'accessibilità ai servizi, in particolare per quelli preventivi.

Negli anni '80, l'enfasi sul controllo dei costi e l'affermazione del sistema di *pagamento prospettico* o modalità di pagamento degli ospedali per caso trattato, in seguito all'introduzione dei DRGs, il modello

assistenziale del *case management* viene introdotto formalmente nel vocabolario del nursing e si afferma come modello di erogazione dell'assistenza negli USA. L'ottimizzazione della durata della degenza e delle prestazioni effettuate nell'ambito di un ricovero, è divenuto cruciale per il bilancio degli ospedali, da qui l'introduzione del *case manager*, che segue l'utente durante tutto il ricovero, attraverso un percorso clinico standard dove tutti gli interventi vengono pianificati in modo da evitare duplicazioni, ridondanze, attese, con l'obiettivo di ridurre la durata del ricovero al minimo indispensabile.

L'ossessivo controllo dei costi dei servizi sanitari, la ricerca d'integrazione sulla base della centralità dei bisogni del cittadino, hanno fatto sì che il *case management* è uscito dalla sfera unica dei servizi socio-sanitari destinati a clienti con bisogni molteplici e con percorsi assistenziali molto lunghi, per approdare con successo anche negli ospedali americani per acuti.

La diffusione del modello, oltre che alle spinte economiche, è legata al cambiamento dei ruoli del personale di cura, alla riforma assistenziale, alle richieste di maggiore qualità dell'assistenza da parte dei clienti; il *case management* è infatti un modello di erogazione dell'assistenza che integra la soddisfazione del cittadino e dell'organizzazione ed è nello stesso tempo un metodo per la gestione olistica ed individuale dei problemi di salute.

I recenti cambiamenti avvenuti all'interno del servizio sanitario nazionale quali l'aziendalizzazione degli Ospedali e delle ex Usl, che hanno introdotto il principio della competitività anche all'interno del sistema sanitario pubblico, lo sviluppo dei servizi sanitari territoriali, dei distretti comincia a rendere concrete anche in Italia le prime esperienze di *case management*.

MANAGED CARE E CASE MANAGEMENT

Lo sviluppo del ***Managed care*** (assistenza gestita) è stato influenzato negli USA dall'evoluzione clinica e organizzativa del sistema sanitario. Si tratta di un sistema organizzativo composto da strutture e metodi la cui finalità ultima è quella del contenimento dei costi (efficienza) e dell'erogazione di un servizio sanitario di qualità (efficacia) e di una logica/filosofia che deve declinare efficienza, efficacia e soddisfazione del cittadino.

Il *managed care* è un sistema organizzativo di assistenza che ha come fine ultimo il raggiungimento di determinati risultati usando risorse che sono appropriate al caso specifico e al tipo di utenti serviti, che possiamo riassumere in:

- continuità e integrazione della risposta assistenziale,

- controllo dell'utilizzazione delle risorse.

I sistemi *managed care* si sono diffusi negli Stati Uniti in quanto sono costituiti da un pacchetto di prestazioni prepagato che le compagnie assicurative vendono agli assicurati e che ha dimostrato la sua validità nel ridurre i costi e nel miglioramento qualitativo delle cure: è stato pertanto preferito dalle assicurazioni, dalle imprese e spesso anche dai singoli cittadini.

Uno dei principi fondanti del *managed care* è il cambiamento degli atteggiamenti degli operatori, in quanto esso guida questi ultimi a prendere le decisioni più consone per rimuovere le erogazioni di servizi inappropriati e permettere la scelta di quelli più appropriati, opportuni ed efficaci.

Per modificare l'approccio clinico dei professionisti, i sistemi di *managed care* si sono basati su tre livelli di intervento:

- selezione del personale e delle strutture,
- incentivazione del personale e dei cittadini, che scelgono operatori sanitari, che fanno parte del sistema,
- verifica dei risultati raggiunti.

I sistemi *managed care* utilizzano come strumento "professionale" di orientamento della pratica clinica i *critical o clinical pathway* (percorsi critici o clinici standard), elaborati da gruppi multidisciplinari e gestite spesso da manager o coordinatori infermieristici o amministrativi.

Tali sistemi prendono in considerazione soprattutto gli aspetti finanziari, e si basano sulla chiarezza tra chi compra e chi eroga la prestazione: un'agenzia o una corporazione stipula dei contratti con un gruppo di provider (ospedali, liberi professionisti) per l'erogazione di servizi ad un costo limitato per ciascun iscritto.

Negli Stati Uniti, dove esiste questa netta separazione tra il cittadino che compra una quota assicurativa e le compagnie assicurative che stipulano contratti con professionisti e strutture, è nell'interesse della compagnia assicurativa ridurre i costi dei servizi sanitari tramite sistemi di gestione che prevedono rigidi metodi di controllo.

In Europa e in Italia dove la salute è un diritto e i servizi sanitari sono garantiti e finanziati direttamente o indirettamente dallo Stato, vengono a cadere i presupposti principali di questo tipo di sistema di gestione, anche se, come testimoniano le più recenti riforme, sempre maggiore attenzione viene posta, da parte di tutti, al contenimento della spesa di salute pubblica all'appropriatezza e alla continuità delle cure. Inoltre, nella logica dei moderni sistemi sanitari europei si tende a separare l'ente compratore dall'ente erogatore di

prestazioni sanitarie anche nell'ambito delle strutture pubbliche, introducendo elementi di privatizzazione e costituendo una forma di mercato interno competitivo.

I termini *managed care* e *case management* vengono spesso confusi al punto che spesso viene oscurato l'obiettivo principale del modello assistenziale.

Il ***managed care*** è più che altro un ingranaggio per il controllo finanziario dei servizi e per conglobare in generale un target di popolazione. Esso è stato descritto come una unità di base di un modello assistenziale centrato sui risultati dei clienti (Zander); al contrario il *case management* è fondato sui bisogni di salute di una specifica popolazione di clienti.

Il ***case management (gestione del caso)*** è un componente del *managed care* chiamato anche *primary nursing* di seconda generazione; è considerato evoluzione, miglioramento ed estensione dei concetti fondamentali del *primary nursing*.

Il *case management* fa riferimento ad un servizio fornito da professionisti che forniscono e/o coordinano servizi sociali e sanitari.

Esso implica la gestione clinica di un target di popolazione di utenti, dall'ammissione alla dimissione. La gestione del caso si concentra su un episodio di malattia e include tutte le aree in cui il cliente riceve assistenza; viene principalmente utilizzato per pazienti o popolazioni di pazienti che richiedono livelli intensivi di assistenza come:

- terminali, anziani;
- ad alto costo;
- con frequenti ricoveri;
- con significative variazioni assistenziali;
- con fattori socio-economici ad alto rischio;
- con alta densità di popolazione.

Altre indicazioni per l'implementazione del modello sono una mission istituzionale strategica e situazioni in cui più figure professionali sono coinvolte nella cura del paziente (es.: pazienti diabetici, HIV sieropositivi, politraumatizzati) oppure per specifiche popolazioni di pazienti come ad esempio gli anziani.

Il processo del *case management* include:

- identificazione di una popolazione di pazienti;
- effettuazione di una valutazione completa;
- definizione dei risultati attesi in un determinato periodo di tempo;

- la negoziazione del piano di assistenza con il paziente e con i "caregivers";
- implementazione e monitoraggio del piano;
- analisi dei risultati;
- prendere le decisioni necessarie, valutare e modificare il piano.

I pazienti che per motivi vari non rientrano in un determinato target, che sono ad alto rischio di complicazioni e quindi non seguono un critical pathway saranno "case managed" cioè si attuerà per essi una gestione del caso. Questi si possono aggirare al 20-50% dei pazienti di un reparto. Più complessi sono i problemi dei pazienti, potenzialmente più elevato è il rischio di una utilizzazione inappropriata di servizi, di riammissione impropria in ospedale, di frammentazione dell'assistenza e di ritardo del processo diagnostico-terapeutico. È in questo intervallo che si inserisce e che acquisisce importanza la figura del *case manager*.

Il *case management* è un modello unico di assistenza perché può essere centrato sia sul singolo paziente, sia su una popolazione di pazienti. Esso è contemporaneamente sistema sia multidisciplinare sia monodisciplinare e lavora con pazienti in diversi setting e aree assistenziali (Zander).

Il *case management* è 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 del paziente attraverso le diverse strutture del sistema sanitario. L'approccio del *case management* è quello di considerare i pazienti come una 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.

Lo scopo principale del *case management* è pertanto quello di ottimizzare l'autocura dei clienti, ridurre la frammentazione delle cure, fornire qualità delle cure attraverso la continuità, migliorare la qualità di vita dei clienti, ridurre la degenza ospedaliera, aumentare la soddisfazione dello staff di cura e promuovere l'uso efficace delle risorse.

CRITICAL/CLINICAL PATHWAYS O PERCORSI CRITICI/CLINICI

I *critical pathways* sono strumenti fondamentali usati nei sistemi *managed care* e *case management*. Essi si costruiscono con la collaborazione di tutto il team assistenziale di un ospedale. Sono la versione abbreviata del percorso ospedaliero del cliente in base al DRG o al caso tipo. Forniscono le informazioni necessarie per erogare un'assistenza di qualità con un buon rapporto costo efficacia. Ciascun reparto ospedaliero sviluppa i propri *critical pathways*.

Un *critical pathway* è un piano scritto che funziona come guida per un'assistenza del paziente efficiente e puntuale, essi possono essere comparati ad una cartina stradale che orienta ogni disciplina sugli interventi essenziali e sui risultati che debbono essere raggiunti in un determinato giorno o in un determinato periodo di tempo.

I *critical pathways* aiutano il team assistenziale a raggiungere i risultati attesi in un appropriato numero di giorni di degenza e vengono costruiti per pazienti o popolazioni di pazienti che andranno incontro a esperienze cliniche simili e che richiederanno trattamenti, servizi e risorse simili. Essi sono sviluppati in base alle esperienze e conoscenze dei membri team assistenziale.

Inoltre essi:

- si basano su standard di assistenza di specifiche popolazioni di pazienti, sulle migliori evidenze scientifiche e su dati di benchmarking;
- specificano il periodo di riferimento e il flusso temporale con date e tempi per il raggiungimento dei risultati attesi (giorni, nei reparti per acuti; ore, minuti, nelle aree critiche; visite, per l'assistenza domiciliare; periodi, per pazienti cronici);
- usano i DRG per diagnosi mediche, insieme alle diagnosi infermieristiche e alle linee guida;

I *critical pathways* prevedono in dettaglio tutte le attività previste per trattare quel caso specifico secondo la migliore sequenza temporale in relazione agli esiti da conseguire; in questo modo è possibile verificare quotidianamente gli scostamenti e assumere le decisioni necessarie per correggerle.

Si tratta di strumenti secondo cui, per ogni singola diagnosi, sono formulati degli *outcomes*, ai quali corrispondono degli interventi chiave relativi ad una serie di elementi assistenziali generali (consulenze, accertamenti, trattamenti, nutrizione, farmaci, attività, sicurezza, educazione e pianificazione della dimissione) (Zander 1992).

Essendo strumenti generali, che includono dei piani standardizzati, non tutti i pazienti seguono meticolosamente il piano. Per questo si utilizzano i *copathways* che permettono di affrontare una comorbidità e gli algoritmi per il trattamento di varianze frequenti.

I *critical pathways* migliorano e facilitano la comunicazione con il paziente e coordinano il processo di cura e sono un valido mezzo per esaminare e valutare il processo di assistenza e le sue conseguenze.

Per ottimizzare la comunicazione alcune istituzioni forniscono al paziente una copia semplificata del *critical pathways*; ciò stimola il paziente a porre delle domande e quindi a stabilire un dialogo con l'equipe assistenziale.

I *critical pathways* possono essere un potente strumento per prevenire le cause di "malpractice", perché testimoniano la conduzione degli interventi secondo gli standard assistenziali.

Con i *critical pathways* e con l'uso delle mappe di cura, nei paesi in cui sono stati adottati, si è superato il processo di nursing, non come metodo scientifico, ma come metodo monodisciplinare ridondante nella prospettiva di una presa in carico globale della persona.

IL CASE MANAGER

Il *case manager* è considerato un ruolo rilevante della pratica clinica avanzata. Per lo svolgimento di questo ruolo deve essere richiesta una formazione di tipo avanzato, Cronin suggerisce almeno un master o una specializzazione: sono richieste, infatti, approfondite conoscenze di assistenza, di dinamiche organizzative, di finanza e risorse comunitarie.

Le competenze di pratica clinica avanzata che elevano al ruolo di *case manager* includono:

- la comprensione del modello organizzativo assistenziale,
- la conoscenza di una specifica popolazione di pazienti,
- le diagnosi cliniche correlate e i trattamenti medici,
- conoscenze sulla gestione delle risorse, sull'uso dei piani di assistenza, dei protocolli e delle linee guida,
- il riconoscimento dell'importanza di essere "avvocato" del paziente e della continuità assistenziale.

Il *case manager*, nel modello sperimentato al Memorial Hospital di Tampa in Florida:

- si occupa della presa in carico dei pazienti di una unità operativa,
- è responsabile dei risultati clinici e finanziari;
- lavora in collaborazione con gli altri infermieri.

Ogni gruppo di 10-12 pazienti è affidato dal *case manager* ad un team leader (capo turno) responsabile dell'assistenza dei pazienti assegnati, il quale a sua volta delega attività e compiti ad altri infermieri e personale di supporto.

Uno studio condotto da Conti R. sul ruolo del *case manager* ha rilevato che esso ha una dimensione clinica, manageriale, e finanziaria.

Una delle principali competenze richieste al *case manager* è quella di avere un buon background clinico-specialistico oltre ad un'elevata capacità di prendere decisioni.

Il ruolo clinico consiste nell'applicazione del processo del nursing, quindi valutare i pazienti per individuare i loro problemi reali e potenziali cercando di adattare il piano di assistenza al *critical pathway* che il *case manager* ha sviluppato precedentemente insieme al team multidisciplinare, a identificare qualsiasi variazione degli standards previsti e provvedere a risolvere le variazioni insieme al team.

Il *case manager* quale esperto clinico, dedica parte del proprio tempo al giro visita, al fine di promuovere una pratica di tipo collaborativo e di provvedere alle cure dirette al paziente. Questo:

- consente il mantenimento delle abilità cliniche;
- permette di migliorare direttamente l'integrazione dei servizi;
- mantiene il piano legato ad aspettative realistiche.

Nel suo ruolo manageriale il *case manager* ha la responsabilità di facilitare e coordinare l'assistenza dei pazienti durante la loro presa in carico. Egli determina insieme al gruppo interdisciplinare gli obiettivi e la durata della degenza, gestisce e guida l'assistenza pianificando il trattamento per soddisfare i bisogni dei pazienti e delle loro famiglie. Il *case manager* deve identificare non più di tre obiettivi prioritari e prevedere quando i membri del team dovrebbero essere presenti, considerando la peculiarità del paziente e i suoi bisogni. Egli valuta la qualità dell'assistenza per assicurare il raggiungimento degli obiettivi con un appropriato uso delle risorse e identifica qualsiasi opportunità di miglioramento della qualità.

La continuità delle cure è anch'essa molto importante. Il *case manager* deve coordinare l'assistenza lungo un continuum che va dall'ammissione al follow-up a domicilio del paziente dopo la dimissione. Il *case manager* può seguire direttamente il paziente nei diversi contesti clinici o coordinare le informazioni che possiede sul paziente in modo che ogni persona che si occupa del paziente possa avere le informazioni necessarie sulla sua salute per assisterlo nel modo migliore.

Nella dimensione finanziaria del ruolo egli raccoglie informazioni sui DRG che tratta, ne stima le variazioni e agisce per controllare e contenere le spese.

Il *case manager* ha anche una importante funzione di educatore sia nei confronti dell'equipe assistenziale sia nei confronti del paziente e della sua famiglia. Quindi:

- valuta i bisogni formativi dell'equipe assistenziale e assiste il gruppo infermieristico nello sviluppo di protocolli e linee guida,
- fornisce al paziente e alla famiglia informazioni basilari per affrontare la malattia e per mettere in atto i nuovi comportamenti che sono necessari.

Egli contribuisce a migliorare la qualità di vita del paziente che affronta l'esperienza della malattia, rilevando e sviluppando le capacità residue al fine di aumentarne l'autonomia ed evidenziando i bisogni dei pazienti secondo un ordine di priorità.

Il *case manager* deve avere forti abilità nel comunicare e nel negoziare con una varietà di operatori ed ancora l'intelligenza di cambiare lo status-quo, quando è necessario: come quello di fare uscire o entrare un paziente all'interno di un percorso clinico in base alle informazioni possedute.

Il *case manager* non è necessariamente un infermiere. Nei servizi di assistenza domiciliare, dove i pazienti hanno più bisogno di servizi sociali, gli assistenti sociali possono ricoprire il ruolo di *case manager*. Negli ospedali, dove si pone maggiore enfasi all'assistenza, gli infermieri sono le figure più indicate per svolgere il ruolo di *case manager*.

VANTAGGI, SVANTAGGI ED ESPERIENZE DI CASE MANAGEMENT

L'American Nurse Association (ANA) ha identificato i principali vantaggi del *case management*. Questo modello organizzativo:

1. è centrato sui bisogni del paziente e della famiglia,
2. fornisce risultati di cura di qualità,
3. aumenta la soddisfazione del paziente,
4. minimizza la frammentazione delle cure attraverso il coordinamento,
5. promuove l'efficienza delle cure,
6. utilizza e coordina gruppi assistenziali multidisciplinari,
7. risponde ai bisogni dei provider,
8. rappresenta una fusione dei risultati clinici ed economici,
9. può essere efficace strumento di marketing per gli enti sanitari.

Uno dei principali svantaggi del modello, è quello di centrarsi esclusivamente sui problemi finanziari.

Infatti gli studi sin ora condotti negli Stati Uniti riportano soprattutto i vantaggi finanziari. Gli enti che hanno adottato il modello hanno ottenuto una riduzione totale dei costi per paziente curato, una riduzione delle giornate di degenza, un aumento del turnover, e un incremento del reddito dell'ospedale. Soprattutto si registra una riduzione dei costi quando la responsabilità viene assunta da un infermiere che pianifica e controlla le cure, valuta i risultati e fa parte del gruppo multidisciplinare.

In uno studio condotto in un dipartimento d'emergenza sempre negli Stati Uniti si è visto che il *case management* aumenta la soddisfazione del paziente e del gruppo assistenziale e, oltre a ridurre i costi di cura attraverso la continuità delle cure stesse, riduce l'uso non-appropriato del dipartimento di emergenza.

In USA, dove il modello è adottato da molti anni, si pensa al futuro e a come migliorare le modalità di organizzazione del lavoro del case manager in una società in cui le innovazioni nel mondo delle telecomunicazioni e delle informazioni stanno trasformando lo stile di vita. Il case manager del prossimo futuro potrà iniziare il suo lavoro in macchina, in mezzo al traffico delle metropoli americane. La dotazione di una *web-assistent* lo aggiorna sulle condizioni degli utenti e gli permette di ricercare le ultime evidenze scientifiche su problemi dei pazienti. È questa la modalità organizzativa che viene descritta in un caso ideale. Lo sviluppo tecnologico ha cambiato e cambierà i modelli organizzativi assistenziali; la tecnologia, l'*empowerment* della popolazione, la pratica basata sull'evidenza e il bisogno sempre più incalzante di efficienza e di qualità dei servizi sanitari determinerà una rivoluzione nella gestione dei servizi.

In Europa per le condizioni contestuali precedentemente descritte il *case manager* è una figura che timidamente inizia ad affacciarsi nei diversi ambiti dei servizi sanitari e sociali.

In Inghilterra Kesby sostiene che per gli infermieri questo è il momento giusto per assumere il ruolo di case manager in tutti i contesti di cura. Il rilancio delle cure domiciliari, l'avvento dell'infermiere *General practitioner*, che gestisce gruppi assistenziali integrati (operatori sanitari e sociali), e la riforma dei servizi sanitari e sociali hanno creato i presupposti affinché l'infermiere diventi l'operatore leader del gruppo assistenziale. Il problema maggiore in Inghilterra, come in Italia, nei programmi di attuazione del *case management* è la mancanza di continuità delle cure tra ospedale e territorio, specialmente quando si tratta di malattie croniche e pazienti anziani. Questa mancanza di continuità rende difficile la presa in carico dei pazienti nel territorio.

In Italia le esperienze documentate di applicazione del *case management* sono state condotte presso il Reparto di Medicina dell'Ospedale Maggiore di Bologna e presso l'Unità Operativa Post-Acuti (UOPA) di Rimini. I due progetti nascono in seguito alle esigenze di rimodulazione strutturale del sistema sanitario, nonché dalla volontà dei dirigenti infermieri di valorizzare il ruolo dell'infermiere. La riorganizzazione della rete ospedaliera ha come obiettivo ultimo la riduzione dei posti letto e delle giornate di degenza con un uso efficiente ed efficace delle risorse a disposizione.

Il progetto O.S.C.A.R. sembra più attinente ai principi fondanti del *case management*. Gli obiettivi del progetto sono:

- la riduzione di ricoveri ospedalieri ripetuti delle persone ultra sessantacinquenni affette da insufficienza cardiaca cronica con una riduzione dei costi sanitari;
- la continuità assistenziale, *presa in carico* e *follow-up* per una migliore soddisfazione del paziente e per una qualità delle cure;
- la gestione in rete delle diverse professionalità per un adeguato utilizzo delle risorse;
- l'educazione sanitaria del paziente e della sua famiglia.

La pianificazione dell'assistenza è attuata attraverso la metodologia del *clinical pathway* o profilo clinico di cura, in cui vengono specificati i tempi di degenza in relazione al livello di instabilità clinica del paziente, le azioni da effettuare giorno per giorno, per tutto il periodo di *presa in carico*, che comprende anche un periodo post-dimissione.

In questo progetto l'infermiere *case manager*:

- è responsabile del caso;
- assicura la realizzazione del piano di assistenza da parte dell'équipe curante;
- ha la responsabilità della continuità dell'assistenza e della gestione assistenziale
- definisce gli obiettivi assistenziali e individua i problemi interdisciplinari;
- procura i servizi necessari e verifica che le attività assicurate ai pazienti siano coerenti con i suoi bisogni.

Nel progetto UOPA, non esistendo dei profili di cura, la gestione infermieristica consiste soltanto nella presa in carico del paziente da parte dell'infermiere *case manager*. In realtà, più che di un vero e proprio programma di *case manager*, si può parlare di *primary nurse*. L'infermiere *case manager* coordina il lavoro degli altri operatori, organizzati in piccole équipe. In queste unità operative non vi è la presenza del medico, ogni paziente ha un medico referente o del reparto di provenienza o della patologia prevalente del paziente: tale medico ha la responsabilità clinica del paziente. Il team [coordinatore-infermiere, medico referente del reparto inviante, infermiere *case manager*, infermieri, OTA (operatore tecnico addetto all'assistenza), fisioterapisti, assistente sociale, dietista] attua un'assistenza personalizzata, che ha come obiettivo: portare il paziente al maggior livello di autonomia raggiungibile nel più breve tempo possibile. I risultati dopo un anno di attività delle UOPA sono molto gratificanti per il gruppo infermieristico. La gestione autonoma del paziente ha arricchito professionalmente gli infermieri e si è potuto assistere ad un aumento della motivazione e della responsabilità professionali derivante dall'acquisizione di una mentalità di "risolutori di problemi" e non più di meri esecutori di compiti. Il gruppo infermieristico ha dimostrato competenza e professionalità nella gestione

degli eventi critici e, grazie al target di patologie trattate, ha potuto acquisire una esperienza pluriassistenziale. Si è assistito ad un aumento della soddisfazione degli utenti e ad un miglioramento della qualità delle cure, frutto di un'assistenza personalizzata più vicina e attenta alla persona e alla famiglia.

CONCLUSIONI

Infermieri in cerca di identità o assistenza infermieristica in cerca di identificazione?

Come si potrebbe definire la figura dell'infermiere ideale? L'infermiere che ogni malato vorrebbe accanto all'interno delle corsie, un infermiere che si prende carico dei suoi problemi di salute.

M. Manthey sostiene che la causa principale della debolezza degli infermieri è in loro stessi. Ella afferma: "noi siamo dei professionisti che stanno con le mani in mano aspettando che qualcuno ci dia quello che ci spetta".

Da anni infatti, è stato riconosciuto uno "specifico infermieristico" che ha permesso:

- alla infermieristica di far parte delle scienze "nobili" e di iniziare la sua formazione all'interno dell'università;
- di entrare a far parte delle professioni sanitarie autonome (non più ausiliaria) con competenze specifiche e con responsabilità proprie;

Non è forse l'ora di indossare la divisa del professionista e rispondere come tali dell'assistenza infermieristica?

Esistono ruoli infermieristici all'avanguardia, come il *primary nurse* e il *case manager* in cui l'infermiere accetta la responsabilità di gestire l'assistenza infermieristica e di modulare l'intervento professionale e le variabili organizzative in funzione della persona di cui si prende carico e di stabilire con il paziente una relazione terapeutica.

L'assistenza infermieristica *personalizzata* è l'impegno della professione.

Per tradurre nella prassi i concetti teorici dell'assistenza infermieristica, occorrerebbe attuare modelli organizzativi e strumenti operativi, che spingano l'infermiere ad assumersi la responsabilità, l'autonomia, e l'autorità dell'assistenza infermieristica nel rispetto dell'individualità del singolo utente. Sarebbe pertanto auspicabile una organizzazione del lavoro non di tipo verticistico, ma esclusivamente collaborativo con frequenti scambi di informazioni tra gli operatori e l'utilizzazione di strumenti in grado di facilitare questi scambi.

Ma possono realmente i modelli organizzativi centrati sulla persona cambiare il ruolo dell'infermiere all'interno del sistema sanitario? O sono essi il tipo di organizzazione che gli infermieri assumono all'interno delle istituzioni quando prendono coscienza della loro responsabilità, della loro autonomia, e della loro autorità?

Molte persone hanno erroneamente accostato il concetto di modello organizzativo con il concetto di assistenza infermieristica personalizzata e di qualità delle cure.

M. Manthey a tale proposito sostiene che non è solo il modello organizzativo che fa la differenza, ma molto dipende dalle competenze degli individui.

Questo rispecchia alcune realtà italiane. Per esempio, nell'Azienda Sanitaria di Trento è stato attivato un servizio di cure palliative domiciliari, in cui gli infermieri semplicemente interiorizzando il profilo professionale e applicando le scienze infermieristiche, senza attuare nessun modello assistenziale specifico, si sono organizzati in modo tale da diventare figure professionali rilevanti e stimate sia dall'utente che dall'intera équipe assistenziale. In questo contesto essi hanno un'ampia autonomia, acquisita dimostrando competenze specifiche. Essi sono diventati l'elemento trainante del gruppo assistenziale, che mantiene le relazioni con gli utenti e funge da cerniera tra il malato, i familiari e il resto dell'équipe.

BIBLIOGRAFIA

<http://newnursing.altervista.org>

Tesi di diploma. *Modelli organizzativi assistenziali a confronto per un reale cambiamento nella pratica infermieristica*. Università degli studi di Padova. Scuola Diretta a Fini Speciali per Dirigenti e Docenti in Scienze Infermieristiche. Candidata Anna Ferrara