



**UNIVERSITA' DEGLI STUDI "G. d'Annunzio"  
Chieti-Pescara**

**Facoltà di Medicina e Chirurgia**



**Corso di Laurea in Infermieristica**  
Presidente: Prof. Marisa Cacchio

Tesi di Laurea

**L'osservazione breve intensiva: analisi del ruolo infermieristico,  
quale risorsa professionale di raccordo con i servizi ospedalieri e  
territoriali, allineata alle regole di efficienza organizzativa e  
continuità delle cure.**

Laureando:  
Paola MILANI

---

Relatore  
Chiar.mo Prof.  
Giancarlo DIBATTISTA

---

A.A. 2009/2010

## INDICE

INTRODUZIONE	pag. 1
METODOLOGIA	pag. 5

### **Parte I** PANORAMICA D'INSIEME DELL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA E UNITA' OPERATIVE SATELLITI

I.1 L'osservazione Breve	pag. 7
II.1 Caratteristiche assistenziali salienti	pag. 9
I.2 Unità Operative Ospedaliere	pag. 13
I2.1 Caratteristiche organizzative salienti	pag. 16
I.3 Unità Operative territoriali	pag. 18
I3.1 Caratteristiche organizzative generali e tempi di attivazione	pag. 24
I.4 Il paziente ricoverato in regime di osservazione breve: bisogni e aspettative	pag. 28

### **Parte II** EFFICIENZA ORGANIZZATIVA IN SANITA'

pag. 29

### **Parte III** SELEZIONE DI MODELLI ASSISTENZIALI INFERMIERISTICI ALLINEATI ALLA CONTINUITA' DELLE CURE

III.1 Tipologie di modelli assistenziali	pag. 31
III.2 Case management	pag. 33
CONCLUSIONI	pag. 49
BIBLIOGRAFIA	pag. 52

## INTRODUZIONE

Il sistema assistenziale sanitario italiano è sottoposto, ormai da anni, ad una forte spinta verso lo sviluppo di una maggiore efficienza organizzativa. In un'era di forti cambiamenti nel campo sanitario come quelli che stiamo vivendo, per la sopravvivenza dei sistemi sanitari e delle organizzazioni sanitarie e per garantire l'appropriatezza delle cure ai cittadini, occorre trovare modelli innovativi di controllo dei costi e di contestuale incremento della qualità ed efficienza dei servizi sanitari. La sanità, sconvolta da un'impennata senza fine della domanda, delle tecnologie mediche e caratterizzata da una scarsità rilevante di risorse, impone sostanziali innovazioni organizzative ed imprenditoriali.

Il cambiamento è l'indubbio filo conduttore della evoluzione della professione sanitaria e, in misura più ampia, di tutta la sanità italiana.

La riforma sanitaria avviata in Italia si colloca all'interno di un vasto movimento di revisione dei sistemi sanitari, che ha condotto alla ricerca di un nuovo equilibrio tra chi deve beneficiare di un servizio, i professionisti che lo erogano e chi finanzia e gestisce il sistema stesso. La capacità di leggere ed interpretare criticamente i processi di funzionamento e di cambiamento che caratterizzano il nostro sistema sanitario permette di individuare le direzioni che ogni professione dovrà e potrà seguire, sia per adattarsi al cambiamento, sia per anticiparlo.

La rapida espansione dei costi verificatasi negli ultimi anni ha stimolato la necessità di riorganizzare la gestione di spesa: tutti i professionisti sono stati chiamati a farsi garanti di questo rinnovamento e ognuno, nel proprio ambito, è stato incaricato di migliorare la propria professionalità anche sotto

l'aspetto gestionale. Sono stati studiati quindi strumenti per verificare l'efficacia della struttura ospedaliera allo scopo di quantificare la sua capacità organizzativa. Nella mia dissertazione non mi addentrerò, ma mi preme mettere in evidenza quanto la figura infermieristica sia sempre più coinvolta nella gestione del paziente e quindi corresponsabile nei confronti dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri, nonché nelle decisioni di percorsi di osservazione breve e di gestione della dimissione ospedaliera nell'ottica della continuità delle cure o, meglio ancora, delle cure continuative.

Da ciò ne deriva la necessità di creare équipe multiprofessionali che, in interazione, si interessino, nell'ambito specifico della propria professione, ad instaurare rapporti di collaborazione pro moderni sistemi assistenziali.

La collaborazione è quindi un mezzo per poter lavorare e prendere decisioni di carattere organizzativo, il cui punto di riferimento diventa la figura del Case Manager, ovvero il "gestore del caso", figura responsabile dell'intero processo assistenziale. Questa metodologia di lavoro permetterebbe di poter applicare azioni terapeutico-assistenziali in maniera intensiva allo scopo di garantire, da una parte, la soddisfazione dei bisogni della persona in maniera globale e, dall'altra, di ridurre i costi per la struttura ospedaliera nel rispetto della normativa vigente. L'équipe deve rifarsi al concetto di trans-professionalità, che indica il passaggio di conoscenze/competenze o il mantenimento di conoscenze/competenze in comune tra aree professionali. Un sistema trans-professionale è quello nel quale, i professionisti lavorano sia con competenze divise e caratterizzanti (es. diagnosi medica e pianificazione assistenziale infermieristica) sia all'interno di un'area comune di competenze e conoscenze perseguendo sempre obiettivi condivisi.

L'assunto che un uso più razionale delle risorse non può disgiungersi dall'efficacia degli interventi, ha costituito una spinta propulsiva verso una

gamma di attività che ha come obiettivo comune quello di affrontare questa sfida, dimostrando l'efficacia di quanto prodotto.

In tale contesto si collocano i nuovi movimenti di pensiero del nursing basato sulle prove di efficacia e, in senso più ampio, dell'assistenza sanitaria basata sulle evidenze. La professione infermieristica sarà quindi sempre più chiamata a legittimare il suo operato mostrando le evidenze e gli esiti che derivano dal suo agire professionale.

Gli strumenti quali l'evidence based nursing/medicine possono essere utilizzati quindi dall'operatore sanitario per realizzare percorsi diagnostici e terapeutici sicuri e nel contempo rapidi e appropriati.

Applicare tali principi generali al Servizio di Pronto Soccorso, in particolare all'OBI, significa analizzare l'aumento delle domande di prestazioni sanitarie in un contesto in cui, da una parte gli ospedali vengono qualificati come "strutture per acuti - ad alta intensità di cure", con la conseguente riduzione di posti letto e, dall'altra parte, analizzare il territorio, nel quale non emergono ancora in maniera sistematica soluzioni di degenza ed assistenza alternative efficienti.

Il personale sanitario medico ed infermieristico del Pronto Soccorso è chiamato quotidianamente a trovare soluzioni rispettose dei bisogni e della sicurezza del paziente, che nel contempo permettano un uso più oculato delle risorse; questo può avvenire realizzando percorsi diagnostico-terapeutici efficaci e rapidi senza sovraccaricare le strutture ospedaliere, evitando al paziente lunghe degenze soprattutto riferite agli accertamenti diagnostici. In questa ottica si inserisce l'attivazione dell'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.), diffusa ormai in tutti i paesi occidentali, che ha come obiettivo il miglioramento della qualità delle cure erogate ai pazienti, attraverso l'Osservazione protratta in regime di non

ricovero ed il trattamento dei quadri a complessità moderata, con riduzione delle ammissioni non appropriate e dei costi sanitari.

L'O.B.I. consente inoltre ai medici e agli infermieri dell'Emergenza di utilizzare al meglio la "medicina basata sulle evidenze" con il vantaggio di disporre di più tempo per assumere le decisioni difficili, di poter seguire le modificazioni delle condizioni cliniche del paziente e di poter valutare gli effetti del trattamento acuto.

La possibilità di giungere in breve tempo ad una definizione diagnostica sulle necessità di ricovero o di dimissione sicura, si realizza nella maggioranza dei pazienti che accedono al Pronto Soccorso, ma in una percentuale di casi variabile tra il 5 e il 10% è necessario sviluppare un iter diagnostico, terapeutico e di osservazione per giungere alla decisione.

Per dare espressione solida a quanto detto è necessario, a mio parere, introdurre gli Infermieri Case Manager: la reale presa in carico del paziente e l'integrazione nel contesto familiare e territoriale, sono gli elementi indispensabili per concretizzare queste progettualità. Perlomeno questa è la possibilità in mano al professionista sanitario; altra grande responsabilità è a carico delle Aziende e riguarda le impostazioni strategiche relative all'implementazione dei modelli multidimensionale e multidisciplinare delle Cure Primarie nonché delle Reti Ospedaliere ad Intensità di Cura.

## METODOLOGIA

La prima fase del lavoro si è strutturata intorno all'esigenza di approfondire l'argomento attraverso un'accurata ricerca di materiali bibliografici e analisi di esperienze di innovazioni infermieristiche nel campo dell'OBI.

La maturazione professionale e l'esperienza acquisita nei 19 anni di servizio in un DEA di 1° livello mi hanno spinto all'approfondimento di un valore aggiunto: non c'è quasi nulla di nuovo all'orizzonte, ma ciò che è il bagaglio culturale/professionale dell'Infermiere deve assolutamente essere messo in campo quotidianamente e condiviso.

L'analisi del Codice Deontologico dell'Infermiere (2009), infatti, mi ha nuovamente illuminata.

### Articolo 1

L'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica.

### Articolo 10

L'infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse disponibili.

### Articolo 14

L'infermiere riconosce che l'interazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito.

### Articolo 20

L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte.

### Articolo 27

L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi.

#### Articolo 47

L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'utilizzo equo ed appropriato delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale.

Nella seconda fase del mio lavoro, ho cercato di focalizzare l'attenzione sugli elementi caratterizzanti l'argomento nel suo core, cercando e studiando bibliografia specifica, più inerente il Pronto Soccorso.

Il DEA oltre che gestire le attività di sua pertinenza in entrata (accettazione e cure dei casi di emergenza, urgenza indifferibile, urgenza differibile, elettivi e programmati) deve far fronte alle attività in uscita: ricoveri, dimissioni al domicilio, dimissioni protette, dimissioni tutelate, consulenze specialistiche, trasferimenti. Il tutto è inserito in un'organizzazione che deve tendere alla massima efficacia ma anche alla massima efficienza organizzativa: le risorse di tempo, spazi, operatori sono poco elastiche e soprattutto non tendono all'infinito; pertanto credo che una gestione, nella logica del managed care possa declinarsi, tra l'altro, in una pronta identificazione dei bisogni assistenziali dei pazienti, in una riduzione o eliminazione dei duplicati di assistenza-trattamento-test diagnostici per la presenza di una sequenza coordinata di attività. Più in dettaglio, credo che l'operatore Infermiere dell'OBI, opportunamente formato Case manager, possa "oliare" gli ingranaggi difettosi, facendo sì che l'assistenza erogata sia appropriata, programmata e continuata se del caso.



## PARTE I

### PANORAMICA D' INSIEME DELL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA E UNITA' OPERATIVE SATELLITI

#### I.1 L'OSSERVAZIONE BREVE

L'Emergency Observation Medicine inizia negli stati Uniti circa negli anni Ottanta. Il dilemma del Medico di urgenza riguarda la valutazione di patologie potenzialmente dannose, da non sottostimare, di pazienti troppo gravi per essere dimessi ma non abbastanza gravi per essere ricoverati, di necessità psico-sociali a cui dare risposta. Era necessario studiare forme alternative al ricovero ospedaliero, in una realtà in cui i sistemi sanitari iniziavano a contrarre i posti letto, in cui la popolazione invecchiava progressivamente, in cui aumentavano i casi di malpractice ed errori medici.

Le aree di osservazione si collocano allora, nell'ambito del tentativo di evitare ammissioni improprie, di ridurre la degenza con l'utilizzo di percorsi accelerati, di ottenere una migliore soddisfazione di sanitari e pazienti.

La sezione di OBI è una unità funzionale all'interno del DEA. Essa consiste in un'area dedicata a pazienti che necessitano di ulteriore osservazione clinica, dopo il primo approccio diagnostico-terapeutico assistenziale. La durata dell'Osservazione, di norma si colloca tra le 6 e le 30 ore. Solitamente l'area è dedicata e attrezzata all'uopo ma è bene ricordare che l'Osservazione Breve Intensiva è fondamentalmente un percorso clinico-assistenziale che si può attuare in ogni area del Pronto Soccorso.

Le funzioni dell'OBI sono:

- osservazione longitudinale clinico-sintomatologica
- valutazione dell'effetto degli interventi di stabilizzazione dei parametri vitali
- approfondimento diagnostico-terapeutico

-implementazione dell' appropriatezza dei ricoveri da Pronto soccorso

-implementazione dell'appropriatezza delle dimissioni da Pronto Soccorso

E' fondamentale che in ogni DEA, vengano redatti opportuni documenti di indirizzo riguardo i percorsi diagnostico-terapeutici per i problemi clinici più frequenti da gestire in OBI, così come prevedono anche il Piano Nazionale Linee Guida e i DGR.

## 11.1 CARATTERISTICHE ASSISTENZIALI SALIENTI

Caratterizzante l'attività di OBi è la definizione di un chiaro progetto clinico ed assistenziale dedicato all'accoglienza del paziente e rivolto alla gestione di problemi a moderata complessità, che possa ancora prevedere l'esito in dimissione a conclusione dell'osservazione.

Mentre da una parte vi è un elenco di patologie che costituiscono i criteri di ammissione in OBi (dolore toracico, colica renale, Trauma cranico minore...) vi è, dall'altra, un elenco di criteri di non ammissione:

- condizioni cliniche gravi
- presenza di requisiti per ricovero urgente
- pazienti pluripatologici.

Le caratteristiche strutturali, di dotazione tecnologica e di personale hanno un loro standard di base ma ciascun DEA si è trovato nella condizione di progettare spazi nuovi in realtà già esistenti, pertanto in alcuni casi il livello standard non è stato ancora raggiunto (es. emogasanalizzatore immediatamente disponibile 24 ore; ecografo multidisciplinare...).

La documentazione clinico-assistenziale informatizzata o cartacea che sia, deve essere specifica e contenere il diario clinico medico ed infermieristico, i referti di diagnostica strumentale e per immagini.

Nella cartella di osservazione vanno riportati sistematicamente, oltre che i consueti rilevamenti ed esami obiettivi specifici, anche, in particolare:

- l'orientamento diagnostico all'accettazione del paziente;
- il processo di nursing;
- l'esito dell'osservazione
- la diagnosi di chiusura del periodo di osservazione.

Ribadisco che l'OBI rappresenta una modalità assistenziale che permette di tenere in osservazione i pazienti, non in regime di ricovero, ma con lo stesso comfort logistico, per un miglior inquadramento diagnostico, un trattamento terapeutico completo e controllato al fine di una scelta finale scientificamente corretta e gestionalmente appropriata.

Alla base deve essere chiaro il progetto “diagnostico-terapeutico” con i seguenti obiettivi:

- ipotesi diagnostica da confermare
- situazione clinica da stabilizzare
- quadro patologico da correggere

con buona probabilità di dimissione al termine del periodo di osservazione.

Da quanto premesso nell'introduzione e dall'analisi delle diverse realtà operative emerge che, in diverse situazioni locali e temporali, a causa di: scarsa capacità di filtro del Pronto Soccorso; riduzione di posti letto; assenza delle unità operative di Medicina d'Urgenza; abbattimento dei ricoveri impropri; deficit di strutture per non acuti; assenza delle astanterie, nascono gli OBI impropri. Intendo cioè il gruppo di pazienti che non rientra nei requisiti di ammissione, di cui sopra.

Tali pazienti, similmente agli OBI propri, vengono affidati all'Infermiere di OBI, il quale si trova così ad affinare ancor più la capacità di modulazione dell'assistenza.

Gli elementi salienti che descrivono le attività dell'OBI sono:

- dinamismo
- rotazione di plurispecialisti medici
- il fattore “tempo” di range di osservazione (da 6 a 30 ore)
- concentrazione delle risorse tecnologiche e umane/professionali sugli eventi acuti a discapito di alcuni pazienti a bassa complessità

-processo assistenziale multi specialistico (geriatrico-cardiologico pneumologico...)

-modello di comunicazione e di relazione breve, concisa, esaustiva.

-modelli di valutazione delle dimensioni di “complessità” e “criticità” e “rischio” clinico ed assistenziale.

In Pronto soccorso ed in particolare in OBI, si sviluppano delicati equilibri di attenzioni empatiche, di rapporti, di suggestioni legate alla “operatore/disponibilità” e alla complessità dell’utente. Il gruppo di utenti, residente in Pronto Soccorso in regime di OBI, assegnato ad un unico Infermiere, è dinamico ed eterogeneo. Ciascun utente considerato nella sua variabilità biologica, dei bisogni, delle aspettative, dei comportamenti, delle alterazioni psicopatologiche del momento, si inserisce in un ambito assistenziale mutevole, polimorfo, per la presenza operativa di un rilevante numero di assistiti, di attività e processi che si interlacciano e talvolta si manifestano nello stesso momento: l’elevata intensità di cure dell’OBI è infatti caratteristica pregnante.

“Fare assistenza” in una tale realtà significa, intanto, essere consapevoli della complessità del sistema stesso.

Successivamente significa acquisire gli elementi fondamentali per processare e selezionare gli assistiti in carico, al fine di identificare i pazienti “critici” “a rischio” “stabilizzati” “complessi”, quelli cioè, che prioritariamente necessitano di stretta sorveglianza medico-infermieristica.

Il passo successivo richiede un patrimonio professionale ispirato ad uno o più principi assistenziali, da adottare affinché, per ogni assistito si attui un processo assistenziale contestualizzato sì nel breve periodo di osservazione specifica, ma nella prospettiva della presa in carico globale e quindi con l’evidenziazione dell’eventuale necessità di supporto assistenziale integrato ed esperto: un

Infermiere case manager può intervenire nel processo assistenziale ed occuparsi quindi, di quella quota parte di assistiti in OBI con caratteristiche assistenziali peculiari (all'interno di ciascuna realtà di Pronto Soccorso si potrebbero identificare classi di pazienti specifici).

L'assistenza diretta alla persona è il momento più significativo e importante per ogni Infermiere: quello in cui si sviluppano gli elementi che lo caratterizzano di fronte ai cittadini e quello in cui, attraverso la presa in carico della persona, entra in stretta collaborazione con gli altri professionisti e definisce una sua risposta peculiare e personalizzata.

La centralità dell'assistito, l'approccio olistico, la continuità del percorso post-acuzie, il superamento della frammentazione e della sequenza prestazionale devono essere dei valori aggiunti.

## I.2 UNITA' OPERATIVE OSPEDALIERE

L'assistenza ospedaliera assorbe il 49% delle risorse disponibili e, pertanto, nell'ottica del contenimento dei costi, particolare attenzione viene posta all'attività di ricovero. Tale attività viene remunerata a tariffa secondo il sistema DRG (Diagnosis Related Groups), sistema introdotto in Italia dal 1995, a seguito del riordino del SSN (D. Leg.vo 502/92) e successive modifiche ed integrazioni, avvenute principalmente con il D. Leg.vo 517/93 e il D. Leg.vo 229/99.

I DRG sono un sistema di classificazione dei pazienti basato sulla costruzione di classi (economicamente) omogenee per la richiesta di risorse che implicano, da parte della struttura ospedaliera una risposta in termini di maggiore produttività. In pratica i pazienti che appartengono ad una stessa classe (DRG) hanno più o meno la stessa durata di degenza, la stessa richiesta assistenziale da parte della struttura, lo stesso impegno di personale e di servizi (ad esempio la sala operatoria o le procedure diagnostiche). Questo sistema risponde in modo adeguato al nuovo sistema di finanziamento basato sulla determinazione a priori di tariffe fissate a livello regionale e corrispondenti al pagamento delle prestazioni ospedaliere.

Di fatto il sistema dei DRG si propone di eliminare gli inconvenienti dei precedenti sistemi: non guadagna di più chi spende di più ma chi lavora meglio; non c'è più alcun interesse a prolungare le degenze ma, semmai a contrarle; non si può spendere all'infinito ma solo all'interno di una ben precisa programmazione economico-sanitaria; si incentiva l'efficienza (e non solo l'efficacia) e la produttività.

In alcuni Paesi esteri, si è passati dal sistema DRG alle nuove modalità di accordo "accountability" tra i richiedenti e le strutture di offerta. Con i DRG si

pone l'accento sull'uso efficiente delle risorse indipendentemente dall'esito e dalla qualità delle prestazioni.

L'accountability, è invece un contratto tra le parti: si tratta di responsabilizzare i fornitori delle prestazioni con dei contratti in modo che la regione paghi in base alla performance concordata.

Tuttavia molti Reparti per Acuti, con particolare riferimento a quelli di Medicina Interna, continuano ad essere luogo abituale di ricovero di pazienti anziani con polipatologia cronica, quasi sempre associata a non autosufficienza e a deficit cognitivi, con episodi di scompenso che, diagnosticati tempestivamente, potrebbero essere affrontati anche in regime territoriale. Questo fenomeno porta inevitabilmente ad inefficienze assistenziali ed economiche.

Le criticità assistenziali appaiono legate alla carenza, negli ospedali per acuti, di specifiche risorse per prestazioni di aiuto alla persona, prestazioni che finiscono per gravare in modo improprio sul personale infermieristico, sottoutilizzandolo nelle proprie competenze professionali.

Lo svantaggio economico si viene a delineare considerando che il paziente cronico non autosufficiente determina spesso un impegno prolungato dei posti letto, ma con pesi medi dei diagnosis-related groups (DRG) difficilmente associati ad un rimborso vantaggioso delle prestazioni.

Nell'ambito delle proprie conoscenze, esperienze e ruolo professionale, l'infermiere contribuisce allo sviluppo delle competenze assistenziali; egli è direttamente coinvolto nell'aspetto organizzativo dell'iter diagnostico-terapeutico della persona assistita ed ha l'obbligo di garantire, oltre che il rispetto della persona (elemento predominante dell'assistenza), anche un equo utilizzo delle risorse (art. 7 codice deontologico dell'infermiere 2009).



La figura infermieristica è quindi corresponsabile dell'appropriatezza o meno dei ricoveri ospedalieri ed è coinvolta, non nel processo decisionale dell'efficacia o meno del ricovero sotto l'aspetto clinico (in quanto di unica competenza medica), ma sotto l'aspetto gestionale. Questo significa che l'infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse (art. 10 codice deontologico dell'infermiere 2009), e collabora, con i colleghi e gli altri operatori di cui riconosce e rispetta lo specifico apporto, all'interno dell'équipe.

La parola chiave è quindi “ collaborazione”: definire le basi per la creazione di una équipe multiprofessionale che agisce in un ambiente complesso dove l'intervento non può essere solo il risultato di risposte standardizzate, ma un intervento “per ciascuno” che parte da un riconoscimento dell'autonomia dei soggetti e che pertanto si avvale anche delle conoscenze delle diverse discipline non mediche.

## I2.1 CARATTERISTICHE ORGANIZZATIVE SALIENTI

### Reparti di ricovero

I pazienti che alla fine del periodo di osservazione necessitano di ricovero Ospedaliero (% ricoveri vs numero ammissioni OBI) entrano nel meccanismo specifico aziendale di ricerca del posto letto appropriato. In diverse realtà Ospedaliere le attività routinarie di reparto hanno la priorità rispetto all'accettazione dei nuovi ricoveri e talvolta le organizzazioni di reparto impongono criteri sulle modalità di accoglienza dei nuovi ricoveri provenienti dall'OBI (es. solo alcune fasce orarie).

Molte aziende Ospedaliere (es. ASL di Rieti) hanno formulato protocolli attuativi di gestione dei letti ospedalieri definendo steps di attivazione, al fine di facilitare i flussi dei pazienti dal Pronto Soccorso al Reparto di ricovero.

Il bagaglio di informazioni ed osservazioni clinico-assistenziali acquisite dall'Infermiere, durante il periodo di Osservazione breve, deve essere rigorosamente trascritto nel documento infermieristico ed accompagnare il paziente. Il processo di nursing iniziato in DEA va continuato: la pianificazione assistenziale, condivisa con il paziente ed i suoi familiari potrà subire modifiche, giustificate dalla identificazione di nuovi bisogni e necessità. In ogni caso gli elementi caratterizzanti questa fase, ovvero il cambio di setting assistenziale, sono il mantenimento della sicurezza ed il passaggio delle consegne.

### Ambulatori Specialistici

Va da sé che, per caratteristiche proprie, gli Ambulatori hanno orari specifici diurni e solo nei giorni lavorativi e primariamente si rivolgono ad un'utenza esterna o interna programmata. Le richieste, che in Urgenza, afferiscono agli

Ambulatori Ospedalieri si inseriscono in organizzazioni spesso scandite da tempi rigorosi, che limitano, laddove non vi sono progettualità ad hoc, l'accessibilità fluente e libera.

### I.3 UNITA' OPERATIVE TERRITORIALI

Il domicilio è considerato il luogo privilegiato ove la persona può curarsi e recuperare in modo totale o parziale l'autosufficienza. Anche nei casi in cui la malattia provoca una cronicizzazione e la perdita permanente totale o parziale dell'autonomia le cure domiciliari rappresentano sempre un forte stimolo e sostegno al superamento della malattia ed al massimo recupero delle proprie potenzialità.

Se le cure al domicilio rappresentano un'opportunità importante per il recupero della salute di persone colpite da una malattia invalidante, il rientro al domicilio dopo un ricovero ospedaliero non è sempre una fase semplice da affrontare e, per molti, può essere fonte di gravi disagi e difficoltà.

Infatti si passa da una assistenza sanitaria di 24 ore su 24 ad un livello assistenziale ridotto nel tempo e nella intensità, con forte carico sulla famiglia.

Anche là dove sono disponibili servizi sanitari e sociali al domicilio, spesso i familiari devono affrontare difficoltà burocratiche, problemi organizzativi, tempi di attesa prolungati che possono provocare un vuoto di intervento al domicilio. La mancata integrazione dell'Ospedale con il Territorio potrebbe provocare: dimissioni precoci o non organizzate o prolungamento dei ricoveri oltre i tempi appropriati di trattamento.

Si ritiene quindi necessario realizzare un collegamento tra l'Azienda Ospedaliera, i Servizi dell'ASL e i Distretti Socio Sanitari per assicurare al paziente la continuità di cura. All'interno di questo sistema il Medico di Medicina Generale (MMG) e l'Infermiere di comunità assumono un ruolo centrale nella gestione del paziente soggetto della dimissione. In un momento così delicato come quello delle dimissioni dall'Ospedale, i professionisti ed i servizi devono affiancare il cittadino ed i suoi familiari perché insieme sia

possibile definire il percorso più opportuno per una buona prosecuzione delle cure ed il recupero dell'autonomia.

Per “dimissione protetta” si intende il processo di passaggio organizzato di un paziente da un setting di cura ad un altro (il caso più frequente è la dimissione ospedaliera per il domicilio) che si applica ai pazienti “fragili”, prevalentemente anziani, affetti da più patologie croniche, da limitazioni funzionali e/o disabilità, in modo tale da assicurare la continuità del processo di cura ed assistenza. Per questi pazienti, al termine della degenza ospedaliera, può esservi ancora la necessità di sorveglianza medica, nursing infermieristico e/o riabilitazione organizzate in un progetto di cure integrate di durata variabile ed erogate al domicilio o in una diversa struttura degenziale. Le dimissioni protette non devono essere mai intese come “dimissioni precoci” del ricoverato rispetto ai tempi di degenza tali da completare l'iter assistenziale necessario, ma devono essere intese come un sistema di comunicazione e di integrazione tra diversi servizi ed operatori dell'Azienda Ospedaliera, dell'ASL e degli Enti territoriali con il coinvolgimento diretto del MMG dell'assistito, al fine di garantire la continuità di cura.

I soggetti affetti da patologie croniche e degenerative e/o con ridotta autonomia funzionale richiedono cure continue di durata e di intensità variabile da paziente a paziente. Il passaggio di un paziente anziano e/o "complesso", dall'ospedale al domicilio o ad un'altra struttura territoriale, è un momento critico, denso di rischi che richiede una speciale attenzione alla comunicazione, alla programmazione e al coordinamento tra i due poli del trasferimento. I rischi cui può andare incontro il paziente, che sono dipendenti da un trasferimento non coordinato e non continuo, sono ampiamente descritti in letteratura; di questi i più comuni sono: un nuovo ricovero ospedaliero entro 30 giorni dalla dimissione e il ricorso improprio alle prestazioni di Pronto Soccorso.

I punti critici e gli elementi qualificanti di questo passaggio sono:

- a) Appropriata della dimissione
- b) Identificazione dei fattori di rischio di rientro in ospedale
- c) Comunicazione bidirezionale (che può essere cartacea, telefonica o elettronica) tra i due poli per quanto attiene: la descrizione delle condizioni cliniche, dello stato funzionale e cognitivo, il piano di cure e assistenza, l'elenco dei problemi aperti, degli obiettivi, delle preferenze del paziente, delle terapie farmacologiche in atto e delle allergie.
- d) Il consenso e la preparazione del paziente e della sua famiglia al trasferimento.
- e) L'informazione e, ove necessario, l'accordo del MMG e Infermiere di Comunità o ADI.

Da quanto sopra, emerge che una caratteristica fondamentale della dimissione protetta è quella di essere una dimissione programmata, pertanto preordinata, e concordata con il paziente, i suoi famigliari e i Sanitari territoriali.

Le dimissioni ospedaliere protette possono avvenire:

1. per il rientro a domicilio con attivazione dell'ADI, attraverso il MMG
2. per il ricovero in Istituti di Riabilitazione extra-ospedalieri
3. per il ricovero di "sollievo" in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA).

L'ADI è un programma assistenziale domiciliare di tipo socio-sanitario integrato (comprensivo anche di prestazioni solo sanitarie di bassa intensità assistenziale), erogato da caregiver professionali, prioritariamente rivolto a soggetti fragili e/o anziani affetti da patologie cronico-degenerative o da disabilità. Prevede l'intervento di diverse figure professionali: MMG, infermiere, terapeuta della riabilitazione e ASA/OSS. Gli Istituti di Riabilitazione extra-ospedalieri contemplano: la Riabilitazione

specialistica; la Riabilitazione Generale e Geriatrica, la Riabilitazione di Mantenimento.

I pazienti eleggibili sono tutti quelli che in seguito ad una patologia acuta (Ictus con emiplegia, Frattura di femore ecc.) hanno sviluppato una disabilità che richiede di essere corretta con un intervento riabilitativo in degenza, di tipo intensivo (Riabilitazione specialistica) o semi-intensivo (Riabilitazione Generale e Geriatrica) ed i pazienti che necessitano di interventi riabilitativi per il Mantenimento di abilità residue.

Per il ricovero in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) i pazienti eleggibili sono quelli con problemi di non autosufficienza parziale o totale, in genere anziani, non assistibili al proprio domicilio in conseguenza dell'elevato carico che comporta la loro dipendenza funzionale e/o per la assenza o insufficienza del supporto socio-familiare.

Il Ricovero di "sollevio" in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) è riservata alle persone il cui rientro, anche temporaneo, al proprio domicilio è impossibilitato per la presenza di una condizione di dipendenza grave e/o per l'assenza/inadeguatezza del supporto familiare rispetto al quadro clinico. Per questi pazienti l'ASL riserva un percorso preferenziale per l'ingresso temporaneo in RSA di "sollevio" in modo da evitare che, alla conclusione del programma di stabilizzazione clinica e di recupero funzionale da parte dell'U.O. post-acuta, la degenza debba protrarsi impropriamente in ospedale in attesa della chiamata nella RSA prescelta.

In alcune ASL, per facilitare il collegamento tra Ospedale e Territorio e favorire l'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali, sono state avviate, tramite i Distretti (Assistenti Sociali), delle forme di collaborazione e di collegamento con i Responsabili di Unità Operativa dell'Azienda Ospedaliera.

La procedura delle dimissioni protette va applicata nel solo ed esclusivo interesse del paziente; va attivata quando il Medico Ospedaliero ravvisa la necessità di cure ed assistenza dopo la dimissione. In nessun caso deve essere presa a pretesto per effettuare dimissioni precoci.

Particolare importanza va riposta nella comunicazione tra l'Equipe Ospedaliera e Territoriale nella fase di dimissione di pazienti fragili, anche quando non richiedano l'attivazione di procedure specifiche per le dimissioni protette.

In previsione della dimissione il Medico Responsabile del paziente avrà cura di espletare le seguenti operazioni e verificare le seguenti condizioni al fine di garantire la continuità della cura e la sicurezza della dimissione/trasferimento:

- Informazione corretta e dettagliata del paziente e/o dei suoi familiari sui risultati conseguiti durante la degenza ospedaliera, sugli obiettivi da raggiungere attraverso il piano di cure che verrà erogato dopo la dimissione.

- Prescrizione dei presidi e /o ausili necessari al domicilio.

- Preparazione della relazione clinica ed eventualmente riabilitativa, esaustiva ai fini del proseguimento di un'eventuale riabilitazione e/o di attestazione di invalidità, riportante timbro, firma e recapito telefonico dello specialista che dimette il paziente.

- Certificazioni necessarie ai fini di ottenere l'esenzione per patologia dalla partecipazione alla spesa (ticket)

- Relazione di dimissione infermieristica

- Consegna delle dosi dei farmaci necessarie per completare il primo ciclo terapeutico al domicilio oppure, se non disponibili, prescrizione dei farmaci necessari alla terapia domiciliari e con rispetto delle eventuali note AIFA

- Definizione degli appuntamenti (giorno, ora, sede) per i controlli ambulatoriali, medicazioni o Day Hospital collegati al ricovero o alla continuità di cura.



-Consegna della documentazione personale al paziente.

### I3.1 CARATTERISTICHE ORGANIZZATIVE GENERALI E TEMPI DI ATTIVAZIONE

Ogni realtà aziendale ha una propria procedura ma, per comprendere il core del mio elaborato, intendo descrivere un esempio casuale.

#### Dimissione in ADI

Il Medico Ospedaliero che ha la responsabilità clinica del caso, individuati i bisogni del paziente, verificate le condizioni di eleggibilità, ottenuto il consenso del paziente e/o dei suoi famigliari e del MMG, compila il “Modello di Richiesta per la Continuità di Cura”, del caso, e lo fa pervenire al Medico Curante o all’ADI (anche tramite i famigliari, fax o email)

Il MMG, entro un massimo di 2 giorni lavorativi, trasmette la “Scheda di valutazione medica per l’assistenza domiciliare integrata” al competente Servizio dell’ASL che, entro un massimo di 2 giorni lavorativi dal ricevimento della Scheda, attiva il servizio dandone comunicazione al Medico Ospedaliero ed al M.M.G.

Per particolari situazioni ed urgenze in cui la dimissione protetta deve avvenire in tempi più brevi rispetto a quanto sopra previsto, il Medico Ospedaliero, prima della dimissione, attiva contemporaneamente il MMG e l’ADI , in modo da garantire la continuità di cura.

Criteri di eleggibilità per l’ADI:

- a) Presenza di un adeguato supporto familiare
- b) Condizioni di non autosufficienza o rischio di non autosufficienza per cause temporanee o permanenti
- c) Pazienti che necessitano di assistenza infermieristica e/o riabilitativa e socioassistenziale, con peso assistenziale moderato

d)Pazienti neuro-motulesi con perdita recente dell'autonomia, in fase post acuta di malattia, che necessitano di interventi riabilitativi, per il recupero e/o stabilizzazione di menomazioni e disabilità, non erogabili ambulatorialmente o in D.H.

In caso di pazienti che necessitano di Cure Palliative i criteri di eleggibilità per la presa in carico sono i seguenti:

Criteri maggiori (presenti tutti)

- a)Paziente oncologico in fase avanzata di malattia
- b)Consenso del paziente e/o caregiver di riferimento
- c)Consenso Medico Curante
- d)Non più suscettibilità a chemioterapia di prima linea

Criteri minori (presenti almeno due):

- a)Prognosi di vita presumibilmente inferiore o uguale a tre mesi
- b)Necessità di terapia del dolore e/o di altri sintomi
- c)Indice di Karnofsky inferiore o uguale a 50
- d)Non autosufficienza totale o parziale

Esempio di Attivazione di ricovero in Istituto di Riabilitazione

Il Medico Ospedaliero (con l'aiuto dell' Assistente Sociale) predispose la documentazione sanitaria necessaria (Richiesta di ricovero su Ricettario Regionale e breve relazione clinica) che invia per fax all'Istituto prescelto. Al momento della chiamata allega alla relazione di dimissione (medica ed infermieristica) anche la richiesta su Ricettario Regionale in originale.

Esempio di Attivazione di ricovero in RSA

Il Medico Specialista Ospedaliero, verificata la necessità e l'eleggibilità del

paziente, con il consenso dei famigliari e sentito il Medico Curante, segnala il caso al Distretto Socio Sanitario e farà pervenire allo stesso la documentazione sanitaria prevista. Poiché la chiamata per l'ingresso in RSA avviene su posto letto resosi disponibile ed è di competenza esclusiva delle RSA stesse, l'ASL informerà il Medico Ospedaliero, sull'avvenuto inserimento in lista di attesa. L'ASL informerà inoltre anche il MMG ed il servizio sociale del comune di residenza, previo consenso dell'interessato o dei suoi familiari.

Dalla valutazione della casistica ospedaliera, in particolare delle U.O. di Medicina – Ortopedia – Geriatria, emerge la necessità di definire le procedure per far fronte alle situazioni in cui un paziente (per lo più anziano) seppur dimissibile dal punto di vista clinico, presenti problemi sociali/abitativi temporanei (abitazione non agibile, famigliari momentaneamente non presenti o caregiver non attivabili). In questi casi il ricovero ospedaliero si prolunga, in modo inappropriato, in conseguenza della difficoltà da parte dell'Ospedale di individuare l'interlocutore competente dell'area sociale o di ritardi nell'approntamento della soluzione territoriale .

#### Proposte innovative

I rappresentanti dei M.M.G., si sono riservati la possibilità di progettare una esperienza innovativa con presa in carico, ( medica ed infermieristica ) in ambiente protetto, di pazienti che necessitano di un livello di assistenza minore rispetto alla Riabilitazione di Mantenimento , ma che non sono ancora eleggibili per il domicilio. Si tratta di pazienti che necessitano di assistenza medico-infermieristica analoga a quella erogabile al domicilio ma che, per motivazioni sociali correlate (inadeguatezza dell'abitazione, indisponibilità/incapacità temporanea del care-giver, ) o cliniche ( es. necessità di monitoraggio ripetuto nella giornata ) non possono accedere al domicilio.

I pazienti eleggibili potrebbero quindi essere:

- pazienti a intensità di assistenza medico-infermieristica medio-bassa
- pazienti con bisogni assistenziali di medio-alta intensità
- pazienti con necessità di gestione diagnostico-terapeutica analoga a quella normalmente possibile al domicilio.

Questa sperimentazione (che si rifà tendenzialmente all'esperienza degli Ospedali di Comunità) richiede la disponibilità di un gruppo di Medici di Medicina Generale appartenenti ad un territorio omogeneo, nonché la disponibilità di una “residenza protetta “ da definire coinvolgendo l' ASL, gli erogatori pubblici e privati e gli Enti Locali.

#### I.4 IL PAZIENTE RICOVERATO IN REGIME DI OSSERVAZIONE BREVE: BISOGNI E ASPETTATIVE

Per svariate concause il paziente moderno è fondamentalmente informato ed esperto nella gestione della propria condizione.

Il paziente informato, di oggi, non chiede solo scienza, ma anche relazione e confronto.

Chiede accessibilità alle cure, trasparenza e tempestività di percorsi diagnostici terapeutici; esige attenzione come persona ed un rinnovato rapporto professionista – paziente; domanda una informazione maggiore sulle cause di fragilità e sulle qualità necessarie per mantenersi in salute; richiede al sistema una sostanziale efficienza nei comportamenti organizzativi evitando gli sprechi e la frammentazione dei percorsi diagnostico terapeutici.

Vuole, in sintesi, una nuova cultura delle responsabilità che, accanto ai tradizionali indicatori di efficacia, efficienza, economicità, ponga le dimensioni dell'equità, della trasparenza, della correttezza in tutti gli aspetti della relazione e della gestione della salute.

Il regime di OBI può insinuare nel paziente un'accezione di “sospensione” di giudizio clinico, se non ben gestito: il “percepito” del tempo “solo” dedicato all'osservazione, all'attesa di risultati diagnostici, alla stabilizzazione di alcuni parametri, alla esclusione di fattori convalidanti una diagnosi, può essere interpretato come disinteresse.

Ecco allora quanto risulti efficace, anche a tal pro, la condivisione del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale: rende chiaro il programma e la gestione dei tempi e soprattutto rassicura sulla reale presa in carico.

## **Parte II** Efficienza organizzativa in sanità

In materia di economia sanitaria, la salute è una questione in termini di efficacia, efficienza ed appropriatezza.

L'efficienza è il rapporto tra la massima efficacia con il minimo delle risorse.

Nel caso della valutazione organizzativa, il giudizio si esplica, sulla capacità dei professionisti di operare decisioni gestionali, di scegliere cioè tra le modalità organizzative possibili, quelle più congrue con la situazione specifica. In altre parole, l'efficace uso delle risorse, nell'accezione di miglior uso possibile delle risorse disponibili, è in ambito economico sinonimo di efficienza.

Il "Clinical Governance", il governo clinico, è inteso come l'insieme delle politiche e degli strumenti adottati da amministratori pubblici e dal management aziendale, a garanzia dei cittadini, per conseguire l'efficacia clinica e l'efficienza organizzativa delle prestazioni assistenziali tramite il coinvolgimento dei clinici.

Ha come finalità:

- Continuo miglioramento delle attività clinico-assistenziali, organizzative, gestionali, di ricerca e formazione;
- Pratica dell'audit clinico per la verifica delle attività svolte e dei risultati ottenuti;
- Identificazione delle cause dei rischi clinici e degli eventi avversi;
- Formazione continua attiva;
- Adozione di linee guida e utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione in particolare per lo sviluppo della cartella clinica elettronica;
- Sviluppo della comunicazione con la persona assistita e con i famigliari.

Obiettivo centrale della C.G. è, in sostanza, quello di riuscire a coniugare l'approccio professionale-clinico ( qualità professionale) con quello gestionale ( qualità organizzativa) nell'ottica di governare i processi assistenziali, più che le malattie".



## **Parte III SELEZIONE DI MODELLI ASSISTENZIALI INFERMIERISTICI ALLINEATI ALLA CONTINUITA' DELLE CURE**

### **III.1 TIPOLOGIE DI MODELLI ASSISTENZIALI**

Gli Infermieri, registi dell' assistenza, hanno un ruolo riconosciuto nella conduzione dei Servizi presso cui operano.

Il modello professionale, forse ancora più condiviso ed attuato, oggi, dalla comunità Infermieristica è quello burocratico per compiti.

Tale modello è incentrato sulle prestazioni anziché sulla persona: le attività sono temporalizzate e l'assistenza viene erogata in modo frammentario (i giri) sebbene organizzato. Ogni Infermiere è responsabile dell'attività svolta ma viene a mancare la responsabilità assistenziale del paziente.

Altro modello di erogazione assistenziale è il Team Nursing o piccola equipe. Un gruppo (non meno di 3 persone), è diretto da un infermiere che comprende più operatori con minore qualificazione (infermieri generici e OTA - OSS). Il coordinatore suddivide gli operatori presenti in gruppi e assegna il leader. Sostanzialmente è come se si creassero piccole unità, all'interno delle quali prevale pur sempre un'attività per compiti.

Il Primary Nursing è un modello di assistenza centrato sul singolo paziente: si basa sulla valutazione del paziente e della sua famiglia. E' oggetto di tale metodologia la pianificazione assistenziale; il paziente viene coinvolto ed educato ed entra in relazione con gli operatori al fine del raggiungimento degli obiettivi assistenziali del suo stesso piano. Caratterizzanti sono quindi la presa in carico e la pianificazione.

Con il Patient Focused Care si allargano le competenze verso i sistemi organizzativi impattanti sul paziente: attenzione ai cambiamenti nelle

infrastrutture (farmacia, laboratorio...), al miglioramento dei sistemi informativi, allo sviluppo di abilità diversificate. Vi è comunque sempre il case manager clinico nei processi di lavoro assistenziale. E' un modello assistenziale che mira alla presa in carico e alla continuità assistenziale.

Esistono poi Modelli centrati sul professionista, come gli Ospedali Magnete e il Case Management del quale parlerò ampiamente. Gli ospedali magnete creano attrazione professionale attraverso Servizi Infermieristici di elevato tenore, con attenzione specifica al nursing care, a progetti di ampia autonomia infermieristica, alle leadership supportive e ben visibili.

### III.2 CASE MANAGEMENT

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 il cliente non è un caso da gestire, ma un individuo che abbisogna di assistenza e cure.

#### Cenni storici

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

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 già 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 sia 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 assistiti, 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 gestiti 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 erogano 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. 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 nel suo continuum di vita, 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 pathways

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 dovrebbe sviluppare 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 del 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 comorbilità 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.

L'operatività

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 nella valutazione dei 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 varianze 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.

Tale modalità:

- 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 malattie 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 cura 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 quasi 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 numerosi Reparti dell'Ospedale Maggiore di Bologna, di Rimini, di Cesena. I progetti sono nati in seguito alle esigenze di rimodulazione strutturale del sistema sanitario, nonché dalla volontà dei dirigenti infermieri di valorizzare il ruolo dell'infermiere.

## CONCLUSIONI

Dall'analisi effettuata appare evidente che:

-l'invecchiamento della popolazione ha prodotto un aumento della richiesta di servizi per la risposta ai bisogni correlati alle patologie cronic-degenerative;

-una risposta efficace alle domande di salute chiede una forte integrazione con la componente sociale e produce un continuo slittamento del focus sul territorio;

-il maggior livello culturale raggiunto dalla collettività ha reso i singoli sempre più partecipi delle decisioni sottese all'attivazione dei percorsi curativi assistenziali;

-vi è un diffuso interesse sociale, politico, sanitario allo studio di una sanità meno ospedalocentrica e settoriale a favore di sistemi organizzativi territoriali più efficienti nella gestione dei problemi di salute che non richiedono specialità; le Cure Primarie costituiscono il complesso di prestazioni assistenziali erogato in sede decentrata, più prossimale ai luoghi di vita dei cittadini. Un preciso obiettivo è l'integrazione con l'assistenza ospedaliera in modo da assicurare la continuità terapeutica anche dopo la dimissione;

-l'organizzazione dipartimentale, che è il modello di gestione operativa che favorisce l'introduzione e l'attuazione di politiche di governo clinico, ha come obiettivi, in ambito organizzativo, il miglioramento continuo del coordinamento delle attività di assistenza, ricerca e formazione; in ambito clinico, la promozione di azioni di prevenzione e adozione di percorsi diagnostici terapeutici e riabilitativi volti a garantire appropriatezza, continuità e misurabilità dell'outcome; in ambito gestionale, la realizzazione di economie di scala negoziate ed ottimizzate, in ambito di aggiornamento e formazione

continua, razionalizzare e valorizzare le risorse professionali; in ambito tecnologico, favorire in modo appropriato e condiviso l'uso delle tecnologie.

-tutta la letteratura sollecita un'attenzione precoce alla dimissione del paziente.

-l'OBI, sviluppatasi e diffusasi per rendere la medicina d'urgenza più efficace, performante e sicura per il paziente deve essere oggetto di verifica circa la qualità delle cure e deve essere monitorata rispetto all'appropriatezza.

Quindi i parametri relativi a fenomeni avversi, mortalità, ammissioni ripetute, completezza della documentazione clinica, % dei pazienti di Pronto Soccorso avviati in OBI, funzione di filtro di II linea, % di OBI inappropriati, % di ricoveri vs n. di ammissioni in OBI, % di dimissioni vs n. di ammissioni in OBI, appropriatezza dell'ammissione in OBI secondo i parametri predefiniti, devono essere esaminati ripetutamente.

Da questa disamina conclusiva appare evidente che da ogni realtà operativa e strategico-amministrativa e politica vi è ridondanza di obiettivi comuni allineati alla presa in carico dell'utente secondo percorsi clinico-assistenziali condivisi.

Certo è che nella realtà quotidiana, rimangono aperte le questioni che riguardano le relazioni tra i diversi Servizi. La stesura di programmi di operatività finalizzate alla continuità delle cure non ha reso, a mio parere, fluido il meccanismo.

Probabilmente, visto che poco di nuovo vi è all'orizzonte, è necessario che quel tanto che si progetta venga definitivamente applicato e perseguito.

Il mio intento, in questa tesi, non è stato quello di revisione di bibliografia inerente l'implementazione di servizi o progetti specifici, bensì è stato quello di definire un campo di azione professionale, terreno di lavoro dell'Infermiere: la spinta propulsiva deve essere verso la riflessione critica del concetto di responsabilità assistenziale: l'individuo che apprende deve essere capace di

rendersi aperto, senza pregiudizi, verso nuove esperienze, deve riflettere e osservare le esperienze da differenti prospettive, deve creare concetti che integrino le sue osservazioni in teorie logiche ed usare queste teorie per prendere decisioni e risolvere problemi.

L'Infermiere case manager in una realtà di OBI, in un DEA può fungere da collante efficace dei sistemi sanitari presi in esame, affinché l'efficienza organizzativa dell'Unità operativa persegua l'obiettivo di continuità della cura.

## BIBLIOGRAFIA

### Testi

(F. Angeli 1996), *“Una professione allo specchio”*, ed. CENSIS;

(R. Arduini 2010), *“Economia e gestione delle aziende sanitarie”*, pagg.73, 157-316, Franco Angeli;

(G. Artioli ,C. Cipolla 2003),” *La professionalità del care infermieristico*, pagg. 9-40, Franco Angeli;

(P. Benciolini, A. Aprile 1995), *“Responsabilità dell’Infermiere in Pronto Soccorso”* Pronto Soccorso per l’infermiere professionale, pagg. 281-288, Ed. Ambrosiana;

(C. Calamandrei, L. D’Addio 1999), *“Commentario al nuovo codice deontologico dell’infermiere”*, pagg. 83-85; 138-148, McGraw Hill;

(P. Chiari, A. Santullo 2011) *“L’Infermiere case manager. Dalla teoria alla prassi”*, pagg.3-250 477-492, Mc Graw Hill

(A.Silvestro, R. Maricchio, et. al.2009) *“La complessità assistenziale- Concettualizzazione, modello di analisi e metodologia applicativa”*,pagg.1-33, Mc Graw Hill;

(D. Tartaglini 2006) “*L’Infermiere e la comunità. Teorie e modelli organizzativi per il lavoro sul territorio*”, pagg. 1-36 Carrocci;

### Riviste

GIMUPS “Congresso Nazionale l’Osservazione Breve 6-7 Dicembre 2004 Trieste”, pagg. 3-147, vol. 7 n. 4;

GGerontol “*Continuità delle cure o cure continue per gli anziani?*” (2006), pagg. 71-79, G. Salvioli, pagg. 71-79

IPASVI “*Professionalità, autonomia e responsabilità infermieristica*” Quaderni, pagg. 3-21 (2008)

L’Infermiere “*Infermieri e cure primarie*”, (2009) N. 4, pagg. 11-13

### Normativa

D.G.R. n. 48-8609 del 16.04.2008: approvazione Linee Guida regionali per l’Osservazione Breve Intensiva nei pronto soccorso e nei DEA;

Ministero della Salute “PSN 2006-2008”

D.L. 30 dicembre 1992 n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell’ art. 1 della legge 23 ottobre 1992 n. 421. G.U. 30 dicembre 1992 n. 305

Codice Deontologico dell’ Infermiere. Testo approvato dal Comitato centrale della Federazione IPASVI. Febbraio 1999

Siti Internet

(G. Aymerich J, et al. 2007) Medline database “*Effetti di un intervento di assistenza integrata sui fattori di rischio di riammissione BPCO*”