



XII CONGRESSO NAZIONALE AICM

**IL CASE MANAGEMENT NELLA SFIDA ALLA CRONICITA':
benefici, strategie, aspettative e incertezze**

Pesaro, 11 e 12 ottobre 2019

A cura del Direttivo AICM

Background

Il Piano Nazionale della Cronicità (2016-18) ha inteso promuovere un'evoluzione verso la cosiddetta "Value Based Medicine", vale a dire verso una medicina efficace ma sostenibile, sia in termini economici (in grado di conciliare l'aumento dei costi associato all'innovazione con la necessità delle cure), sia in termini di valori individuali e sociali, in grado di conciliare le linee guida EBM con gli effettivi bisogni/valori del paziente e della comunità in cui vive.

Un cambiamento di prospettiva che richiede un maggior coinvolgimento di tutte le figure professionali coinvolte, necessarie per rispondere adeguatamente alla multidimensionalità delle patologie croniche, in seno a piani di cura concordati.

L'Associazione Italiana Case Manager ha inteso, grazie ai professionisti coinvolti al XII Congresso Nazionale, approfondire le proposte del Piano Nazionale della Cronicità (2016-18) per comprendere quanto, sul territorio nazionale, la Sanità italiana stia realizzando.

The National Cronicity Plan (2016-18) aimed to promote an evolution towards the so-called "Value Based Medicine", an effective but sustainable medicine, both in economic terms (able to reconcile the associated cost increase to innovation with the need for care), and in terms of individual and social values, able to reconcile the EBM guidelines with the actual needs / values of the patient and the community in which they live.

This change of perspective that requires a greater involvement of all the professionals involved, necessary to respond adequately to the multidimensional nature of chronic pathologies, within agreed treatment plans.

The Italian Case Manager Association has intended, thanks to the professionals involved in the XII National Congress, to deepen the proposals of the National Plan of Cronicity (2016-18) to understand how much, on the national territory, the Italian Health is realizing.

Si è svolto a Pesaro il XII Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana Case Manager (AICM) con il patrocinio oneroso dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche – OPI Pesaro, rappresentato in apertura lavori dal Presidente Dott.ssa Laura Biagiotti che ha portato i suoi saluti e quelli del suo Direttivo, evidenziando come anche il territorio marchigiano sta gradualmente orientando la sua azione nell'ambito della tutela della salute delle persone, verso un cambiamento organizzativo, diventato una necessità con programmi di assistenza concepita e strutturata in una logica pro-attiva, il cosiddetto “Managed Care”, attraverso la definizione di un Piano di Cura Personalizzato, condiviso tra i vari attori e consolidato attraverso il “Patto di Cura”.

L'AICM con il Congresso si è prefisso di attivare un confronto e una riflessione sugli scenari operativi attuali della pratica sanitaria per incentivare il modello organizzativo del CASE MANAGEMENT, uno dei capisaldi della Sanità attuale e moderna, un orizzonte per valorizzare il territorio e la comunità intera e per meglio **cooperare** nella tutela della salute individuale e collettiva.

Le parole che hanno risuonato in tutte le relazioni sono state: relazione e comunicazione, advocacy, sapere, rete, contesto sociale e comunitario, empowerment, integrazione, transdisciplinarietà, multiprofessionalità, formazione. Sono le parole che dotate di senso e contenuti, caratterizzano il modello organizzativo del Case Management e definiscono il professionista Case Manager.

Nella sessione unica di venerdì 11/10 si sono alternati relatori di diversa provenienza professionale; l'obiettivo quello di focalizzare “*benefici e strategie*” di una riconfigurazione organizzativa nel sistema sanità con il Modello del Case Management e la valorizzazione dell'Infermiere Case Manager, in un contesto di crescente complessità sociale in cui alle “*aspettative riposte*” fa da contraltare un livello di “*incertezze*” che questa funzione professionale ha dentro le nostre organizzazioni. Questo passaggio è stato ben sottolineato nella relazione di Loredana Gamberoni, infermiera e sociologa Università di Ferrara, invitata proprio a dare una lettura della rete formale ed informale in cui il professionista Case Manager è chiamato a muoversi.

Gamberoni è riuscita a presentare un quadro “realistico” dell'organizzazione sanitaria in Italia, dove qualcosa è sicuramente cambiato ma “qualcosa” rimane sempre come “quelle macchie” sugli indumenti che non vanno mai via. Non basta quindi aver scritto un PIANO DELLA CRONICITÀ secondo Alberoni, in cui gli aspetti innovativi sembrano lanciare una sfida di sistema chiedendo ai professionisti di cambiare i paradigma professionali e operativi, è invece necessario trovare modalità diverse per leggere l'organizzazione, che devono essere comprese, per creare nuova cultura, nuovi modelli mentali di apprendimento, di lavoro, di approcci perché la patologia cronica lo richiede.

Con il pensiero di Edgar Morin, si sottolinea che la complessità è un *problema* non una *soluzione*, e per stare nella complessità è necessario dotarsi di un “obbiettivo” che consente di fare uno zoom ampio e vedere il contesto dentro cui questa “persona” porta il suo progetto di vita con malattia cronica ed io infermiera con il mio progetto professionale mi avvicino a lui per riadattare il paziente al suo contesto.

Siamo quindi di fronte a nuove epidemie e per gestirle bisogna costruire *relazioni* nella rete formale e informale. Imparare quindi a leggere il contesto e non a decontestualizzare.

Perché? Dove? Quando? Come?

Partendo dal paradigma da cambiare più importante che è quello del SAPERE, ancorato ad un sapere disciplinare specialistico che rimane fondamentale ma deve imparare ad agire in un'ottica multidisciplinare. La patologia cronica ci ha messo di fronte alla inadeguatezza del sapere: nessuno specialista da solo può trattare una persona con pluripatologia.

Dovrebbero aiutarci due capisaldi: INTEGRAZIONE E TRANSDISCIPLINARIETÀ. Da quanti anni ci proviamo? È un atterraggio difficile, ha incalzato Gamberoni, perché proveniamo da un sapere disintegrato e saper mettere a disposizione i saperi, significa che ogni professionista deve lasciare il suo miglior contributo per arrivare a qualcosa di buono per il paziente, per il suo percorso di cura, per renderlo anche responsabile della sua salute (diritto/dovere di tutti).

Se l'integrazione è un cappello difficile da indossare, per la TRANSDISCIPLINARIETÀ siamo lontani perché non lavoriamo sulla "cultura" e cioè cambiando la realtà, ma lavoriamo sulle "mode" e quindi in una altalena di enfattizzazione e demonizzazione, due estremi pericolosi.

E allora è chi presidia la FORMAZIONE UNIVERSITARIA dei professionisti della salute che deve convergere verso un sapere integrato, non poche lezioni, ma una formazione di base, avanzata, che orienti a una visione ampia a trecentosessantagradi piuttosto che essere "vincolati" e "limitati" ad una matrice disciplinare.

E infatti, ha concluso Gamberoni, il Case Manager nasce per gestire la complessità con l'obiettivo dell'integrazione, che aggrega professioni, servizi, utenti, rete in un'ottica multicontestuale.

A dare forza a questo assunto ci sono studi italiani (Università Cattolica e Bocconi) sull'integrazione organizzativa, che offrono modelli necessari quando vi è frammentazione. I modelli sono sostanzialmente due:

- MODELLO TOP DOWN ORIENTATO ALL'ORGANIZZAZIONE
- MODELLO BOTTOM UP ORIENTATO AL PAZIENTE

È con il secondo modello che si può garantire la partecipazione del soggetto al suo progetto di cura (empowerment) nel suo contesto di vita. In questo contesto c'è la rete formale ed informale che ha funzione di sostegno, accompagnamento, fronteggiamento per il paziente con malattia cronica. E il Case Manager che opera in una prospettiva sanitaria e sociale (CASE MANAGEMENT COMUNITARIO), ha la funzione di mobilitare la rete affinché questa si attivi.

Nella stessa giornata, due relazioni che potremmo definire due letture magistrali sulla *cura* e sull'atto ma anche impegno del *prendersi cura* dell'Altro, sono state portate dal Gianluca Favero, giornalista pubblicista Direttore Laborcare Journal e Presidente Ass.ne "Spazio Etico" di Torino, e da Angela Basile che nel suo magistero umano nasce infermiera, opera nella professione anche, come ama mantenere lei, con il ruolo di "caposala" e direttore delle professioni sanitarie per poi fare altre scelte professionali, percorrere quelle strade che avevano a che fare con i sogni e coltivare l'Etica. È Direttore Enti Ecclesiastici e Religiosi – Nuova Sair Roma, è docente di Etica e Bioetica Università Tor Vergata di Roma e San Raffaele di Milano. Basile ha anche fatto parte del gruppo di lavoro dedicato della FNOPI per la revisione del Codice Deontologico dell'Infermiere del 2019.

Entrambi con elevate capacità oratorie, hanno condotto la platea nell'esperienza straordinaria dell'incontro con l'Altro in cui accoglienza, ascolto, comunicazione, relazione, solidarietà, senso di giustizia, beneficiabilità sono fondamentali ma in una "quotidianità fragile", stanno sempre di più "evaporando".

E la fragilità non deve essere considerata una debolezza, una minaccia alla ambita perfezione ma ... una opportunità di crescita interiore perché come scrive Eugenio Borgna¹: *"nella fragilità si nascondono valori di sensibilità e di delicatezza, di gentilezza estenuata e di dignità di intuizione dell'indicibile e dell'invisibile che sono nella vita, e che consentono di immedesimarci con più facilità e con più passione negli stati d'animo e nelle emozioni, nei modi di essere esistenziali, degli altri da noi."*

¹ E. Borgna, *La fragilità che è in noi*, Giulio Einaudi Editore, 2014.

Quindi la fragilità come condizione dell'essere umano da cui ri...partire per chi è curato e per chi cura; siamo noi professionisti della salute che possiamo garantire la presenza e la partecipazione autentica solo quando ci percepiamo come essere umani e sentiamo che l'Altro è altrettanto presente. Questo pone le basi per l'incontro con l'Altro e con il mondo per poter avere la stessa consapevolezza di quell'Infermiere che lavora da 35 anni nella rianimazione, una terra di mezzo tra la vita e la morte, che "...è grato al suo lavoro, *che costa molto ma che restituisce di più, per aver qualificato in positivo la mia vita. Mi ha obbligato (e mi obbliga ancora) a rivedermi continuamente, a cercare prospettive diverse, a reinterpretare quello che succede ...*"

Cercare prospettive diverse significa essere "proattivi", lungimiranti e anche visionari, qualità di chi desidera davvero vedere oltre e si può vedere oltre se "sai". Ma, come ammonisce Basile, è necessario tornare al "*sapere*" non dimenticando i padri fondatori. Quella dimensione del sapere in senso classico, perché sapere è superiore al verbo conoscere, il sapere approfondisce, deriva da "sape" cioè sapore, cioè qualcosa che da senso alla vita. Il sapere poi è ... potere.

Ha fatto da cornice alla relazione di Basile una allegoria con un quadro del pittore Jean-Louis André Théodore Géricault, epoca illuminismo/romanticismo: *La zattera della medusa* con cui simbolicamente ha spiegato la variabilità di comportamenti che si osservano nella professione infermieristica di fronte alle *tempeste* sociali, economiche, passionali, lavorative.

L'infermieristica, ci ricorda la Basile, è caratterizzata da termini che vanno compresi nel loro significato originario per declinarli nelle prassi: professione, azione/agire, responsabilità, creatività. Perché è il loro significato originario che fa della professione infermieristica un'ARTE, *anzi la più bella delle belle arti* per non dimenticare mai quell'audace infermiera che si chiamava Florence Nightingale.

Professione deriva dal latino *profiteul* cioè professare pubblicamente qualcosa in cui si crede, cioè il professionista è tale, e si distingue dal mestierante, perché le azioni che compie devono essere costruite ad opera d'arte.

L'agire deriva da *agor*, questo implica il fatto che nell'azione sia utilizzato l'intelletto cioè l'*intellectus* non solo intelligenza cognitiva. Quindi l'azione sanitaria è atto umano e le professioni sanitarie tutte, sono orientate al bene della persona.

Ma proprio questa posizione implica che il nostro agire non può prescindere dal nostro mondo personale. Agire è essere, e nella nostra azione dobbiamo considerare chi siamo non chi vorremmo essere. E nella relazione interpersonale e d'aiuto, è importante considerare che facciamo sempre specchio con l'Altro.

E la responsabilità? Il termine deriva dal latino *responsabilia*, meglio re-sponsabilia dove sponsabilia ha a che fare con sponsa, sposa. La sponsaria è il fidanzamento che classicamente si riferiva all'atto in cui il padre portava la figlia sull'altare e le toglieva il velo per darla in sposa, da quel momento, lo sposo se ne doveva fare carico. Per cui, responsabilità è una presa in carico.

Le persone portate alla cura e al prendersi cura dell'Altro hanno un compito così importante che la custodia dell'altro è per sempre così, come la custodia dell'umano.

Una professione deve avere un ordine di senso e per questo occorrono i maestri, bravi maestri, i magister a prescindere da chi ha titoli di studio, onorificenze e quanto altro. Si tratta di quelle persone che hanno la capacità di attivare la coscienza che consente di apprendere, poi comprendere, contestualizzare e declinare nelle prassi.

La relazione di Moro partita in una dimensione anch'essa simbolica con un suggestivo filmato, ha avuto il merito di "insistere" sugli ultimi quattro verbi cioè le "azioni" dell'apprendere, comprendere, contestualizzare, declinare nelle prassi.

Nel filmato si vede una persona che governa sei aquiloni con abilità e maestria; è brava a tenere le redini di questi percorsi, facendo risalire gli aquiloni e poi farli scendere rapidamente e risalire in un andirivieni. Tutto questo lo può fare perché conosce il vento, i materiali di cui sono fatti gli aquiloni, i fili degli aquiloni, cioè, ci sono competenze e abilità che non si vedono ma gli permettono di ottenere dei risultati. Questa immagine e "vision" di chi si è fermato a guardare quella scena, rimandano alla nostra professione e alla funzione del Case Manager per la quale sono necessarie conoscenze, competenze, e abilità insieme ad una cultura infermieristica che va man(un)tenuta, aumentata e contestualizzata. Cultura significa che abbiamo qualcosa a cui riferirci: modelli concettuali, teorie, buone pratiche, evidenze. Il Case Manager ha un punto di riferimento negli standard ed è per questo che l'Associazione ha l'esigenza di riconoscersi negli standard, una parola che prende origine da stendardo, bandiera, quindi qualcosa in cui ci si sente rappresentati. Gli standard italiani del Case Manager non li abbiamo e contestualizzare l'esistente, non è semplice in una penisola in cui abbiamo 21 sistemi regionali e diversi modelli di Case Management anche all'interno di uno stesso territorio.

Lavorare sugli standard vuol dire riempire di contenuti delle aree con cui bisogna misurarsi: relazione terapeutica ed educativa, consenso ai trattamenti (senza delega sempre ai medici), dimissioni e continuità della presa in carico, misurazione degli esiti di salute. Lavorare sugli standard significa definire le caratteristiche del Case Manager e riempire la cassetta degli attrezzi.

L'impegno di AICM è di avvalersi del proprio gruppo professionale per la contestualizzazione degli standard, raccogliendo i differenti contributi e camminare insieme verso un obiettivo comune.

Moro ha dedicato le conclusioni alla FORMAZIONE CONTINUA, lo strumento più potente a disposizione dei professionisti se e solo se ha delle ricadute nelle organizzazioni.

L'Associazione Italiana Case Manager è impegnata da qualche anno sul territorio nazionale, a rispondere alle necessità formative sempre più crescenti, soprattutto nel servizio di sanità pubblica, per avviare l'istituzione del modello organizzativo del Case Management per la presa in carico del paziente cronico e fragile.

Tuttavia, AICM ritiene che la conditio *sine qua non* per acquisire competenze distintive al professionista Case Manager, allo scopo di accompagnare il paziente in tutto il percorso di malattia, in maniera efficace ed efficiente, è il conseguimento del Master Universitario in Case Management Infermieristico, una delle 9 aree specifiche predisposte dal MIUR (Ministero della Salute e il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca MIUR) per i master di primo e secondo livello che saranno utili al riconoscimento dell'incarico professionale di specialista nel Servizio Sanitario Nazionale secondo quanto disposto dalla L.43/2006 e dall'art. 16 comma 7 del CCNL 2016-2018.

È sicuramente negli intenti di AICM rafforzare i legami con il mondo accademico per una fattiva collaborazione e integrazione di saperi ed esperienze.

Al termine delle relazioni è stato riservato uno spazio alla presentazione di un progetto nell'Ospedale Riabilitativo – Regione Veneto a cura di Chiara Colledan portavoce del Gruppo di lavoro:

Organizzazione di un ambulatorio infermieristico sulla F.A. e controllo della terapia anticoagulante diretta.

Autori: Colledan C., Bertoldo I. Chilò M., Magoga J., Modolo M., Nowak A., Signorato V., Tomasi J., Foltran I., Sponchiado M., Visintin E., Tonon M.

Il progetto, unico lavoro pervenuto nella sessione poster, è stato premiato con l'iscrizione a socio AICM per l'anno 2020 per tutti gli autori.

L'evento di Pesaro ha coinciso con la fine di un quadriennio per AICM e prima di chiudere i lavori congressuali della prima giornata ha avuto luogo l'Assemblea dei Soci, si è così proceduto al rinnovo del Consiglio Direttivo, i sette professionisti Case Manager candidati sono stati eletti per acclamazione da parte dei soci presenti.

CONSIGLIO DIRETTIVO AICM QUADRIENNIO 2019/2023

Presidente

Bui Virna Policlinico di Sant'Orsola Bologna

Vice Presidente

Moro Cesare G. ASST Bergamo Ovest di Treviglio

Segretario

Forchini Lisa ASST Bergamo Est di Seriate

Tesoriere

Eugenia Pellegrino IRCCS Policlinico San Matteo Pavia

Consiglieri

Tanzi Annamaria ASST di Pavia

De Toni Manuela AULSS 6 Euganea, Distretto Alta Padovana, sede di Camposampiero (PD)

Mattei Monica Policlinico di Sant'Orsola Bologna

I lavori della seconda giornata congressuale, hanno evidenziato la fattiva possibilità di avviare percorsi per sviluppare programmi di assistenza centrati sul paziente, nel qui ed ora, che tengano conto non solo della condizione clinica ma anche dei **BISOGNI PSICOSOCIALI** in una logica pro-attiva ('Managed Care').

Le esperienze presentate, da nord a sud (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Marche, Lazio, Puglia), tutte orientate a favorire nel paziente e nei familiari "l'empowerment" con lo sviluppo dell'ability to cope e delle abilità di auto-cura, intese come assunzione di responsabilità verso la propria salute.

Come? Sostenendo le attività di formazione e informazione dei pazienti e delle loro famiglie anche valorizzando il ruolo delle Associazioni di tutela dei malati cronici; promuovendo l'educazione terapeutica che coinvolga il paziente e il/i Caregiver.

Ogni relatore attraverso il percorso attivato nella propria azienda sanitaria, ha soprattutto puntalizzato sulla necessità imperante di intraprendere iniziative di ricerca e intervento, fondate su strategie validate, sulla **valutazione** degli esiti sensibili e sullo sviluppo di competenze degli operatori sanitari.

A delineare lo stato dell'arte nelle Marche è intervenuta Stefania Rasori presentando una realtà che ha attivato diversi percorsi (PDTA, DIMISSIONI DIFFICILI, LUNGODEGENZE), con una attenzione particolare alla pratica clinica in un ottica multidisciplinare/multiprofessionale e alla misurazione degli esiti con l'individuazione di alcuni indicatori specifici, auspicando che questa strada si possa continuare a percorrere in salita se si ha la garanzia di avere risorse umane e materiali necessarie.

Nocente Melania (Padova), ha invece portato il Il Case Management Integrato (CMI) quale modello gestionale per la persona con problemi cronici, fisici e mentali. Nocente ha fatto pate del gruppo che ha tradotto in italiano Il Manuale di Case Management Integrato.²

² Roger G.Kathol, Rebecca Perez, Gianice S. Cohen, *Il Manuale di Case Management Integrato. Assistere le persone con problem di alute complessa*, Editore: Casa Editrice Ambrosiana – CEA, 2014.

Il Case Management Integrato nasce dall'esigenza di rispondere alla crescente COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE, risultato dell'interferenza nell'assistenza di standard dei fattori biologici, psicologici, sociali e al Sistema salute, che richiede uno spostamento dall'assistenza classica (biomedica) ad un'assistenza personalizzata (Integrata) al fine di migliorare i risultati con percorsi sostenibili e all'avanguardia.

Tutto questo non può che favorire un cambiamento organizzativo e il cambiamento naturale è il CMI che fornisce un'assistenza sanitaria multidisciplinare personalizzata ad un target di persone assistite con problemi complessi di salute, concomitanti della sfera fisica e mentale, con l'obiettivo di guidarli nel loro recupero funzionale e di stabilità della salute.

A seguire, l'intervento di Teresa Monaco Infermiera Case Manager (ICM) Oncologia IRCCS Policlinico S. Matteo Pavia, con un nuovo modello di coinvolgimento attivo dei pazienti con tumore maligno del distretto testa collo: dalla Diagnosi al Follow up.

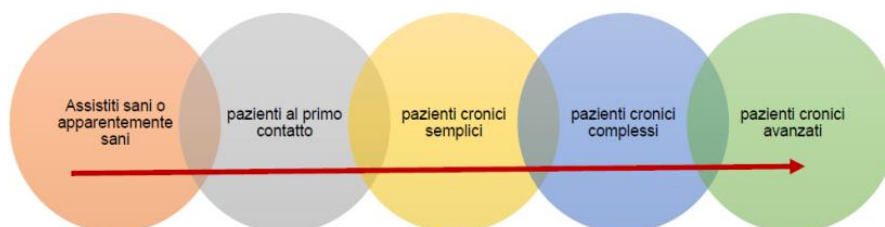
Questa esperienza è un esempio di Case Management dinamico all'interno di un percorso chiaro e condiviso sorvegliato costantemente per la globalità dei suoi bisogni, con l'obiettivo del miglioramento della qualità della vita del paziente e del caregiver.

Cosa fa nella pratica l'ICM?

- Identifica I bisogni anche in un'ottica proattiva
- Sceglie I servizi idonei (appropriatezza)
- Si impegna per la personalizzazione e il coordinamento delle cure
- È un facilitatore di percorso al fine di ottenere benefici per il paziente (advocacy vs beneficialità)

Il paradigma nuovo è il **person centred model** con focus sulla persona e sulla gestione della cura nel contesto allargato che rimanda alla necessità di assumere una visione olistica.

A chi è rivolto questo modello?



Questo modello è applicato con rigore scientifico e attraverso l'utilizzo di scale di valutazione validate, il percorso è monitorato e restituisce gli esiti di salute. Quello che si è dimostrato è che con il coinvolgimento attivo della persona malata nel suo contesto di vita si può favorire e sviluppare il self management con ricadute positive per la qualità della vita.

Gli infermieri dell'A. O. San Camillo Forlanini Roma, Delfini Pierluigi (Coordinatore Infermieristico) e Barbara Fratini (Infermiera) hanno relazionato sugli outcomes sensibili all'assistenza infermieristica nel modello organizzativo del Case Management in un reparto a gestione infermieristica (UGI).

L'UGI è un modulo territoriale inserito all'interno della struttura ospedaliera afferente gerarchicamente e funzionalmente alla Direzione Sanitaria e al Direttore delle Professioni Sanitarie. I modelli assistenziali/organizzativi sono l'ASSISTENZA MODULARE O PER SETTORI e il NURSING CASE MANAGEMENT (NCM) in ambito ospedaliero che garantisce la fluidità e continuità del percorso di cura dall'ingresso alla dimissione. L'UGI risponde ai bisogni di assistenza ad alta complessità assistenziale ed a bassa intensità clinica, valutata sulla base di oggettivi criteri clinico-assistenziali.

Le funzioni dell'ICM nell'UGI sono la collaborazione alla valutazione multidisciplinare dei pazienti insieme con i medici di riferimento e con il Medico dell'Unità Valutativa; la collaborazione alla stesura del piano assistenziale individuale con il Medico di riferimento (Medico Ospedaliero dell'U.O. di provenienza), con il coordinatore infermieristico e con il team infermieristico, stabilendo gli obiettivi

dell'intervento assistenziale e le relative risorse per realizzarlo, verificando l'attuazione e l'efficacia del PAI; il coordinamento dei percorsi assistenziali, finalizzati al rientro a domicilio; il rientro a domicilio in assistenza domiciliare; di trasferimento presso altra struttura residenziale o riabilitativa; di attivazione nel caso in cui il paziente non risponda ai requisiti di eleggibilità, garantendone il trasferimento o ritorno del paziente presso l'UO per acuti di provenienza e infine, la collaborazione alle attività di ricerca al fine di migliorare le prestazioni sanitarie.

Dalla valutazione iniziale, alla diagnosi infermieristica di accettazione nell'UGI, al monitoraggio, alla misurazione degli esiti infermieristici, l'ICM ha a disposizione una batteria di strumenti operativi (Scale di Valutazione, ICNP® - International Classification of Nursing Practice).

È stato quindi condotto uno studio osservazionale con gli esiti sensibili in tema di ferita chirurgica, infezioni, cadute, lesioni da pressione ma anche sulla capacità di autocura.

L'intervento in diretta con support audio-video di Nino Cartabellotta, Presidente Fondazione GIMBE (Gruppo Italiano della Medicina Basata sulle Evidenze) Bologna, ha trattato di un "malato" singolare che è il SISTEMA SANITARIO NAZIONALE, non un malato immaginario purtroppo. Cartabellotta ha fatto il punto sullo "stato di salute" del SSN e sull'indifferibile necessità di rimettere la salute dei cittadini al centro dell'agenda politica.

I dati quantitativi rappresentati in questa relazione, consentono di fare una diagnosi severa e non depongono per una prognosi positiva viste le sempre più esigue risorse umane e materiali a disposizione della tutela della salute delle persone, e un immobilismo rispetto agli sprechi e alle inefficienze.

Quello che manca, afferma Cartabellotta, è un preciso programma politico, un piano di risanamento per il salvataggio perchè nessuno lo ha pensato. Insomma un SSN che sta esso stesso diventando un malato cronico che invece di curare, sembra abbia bisogno di essere preso in cura.

Il SSN sta attraversando una crisi di sostenibilità, in un Paese in cui anche la gestione e tutela della salute hanno una variabilità regionale in termini di accessibilità alle cure e disuguaglianze nella compartecipazione della cittadinanza alla spesa sanitaria.

Sicuramente, alcuni rimedi posti dall'Osservatorio di GIMBE, possono riguardare a fronte della salute al centro di tutte le decisioni politiche non solo sanitarie: una politica seria e chiara per gli sprechi; linee di indirizzo dopo aver valutato lo status quo delle Regioni; rilancio del finanziamento pubblico e rigorosa governance sul privato accreditato per una sana integrazione pubblico/privato e non ultimo per ordine di importanza, creare certezze sulle risorse, soprattutto la risorsa umana, per la sanità con politiche lungimiranti perchè non è con i tagli che si possono ricomporre i pezzi di una maestosa opera pubblica, il SSN, costruita per tutelare la salute delle persone.

Dalla Puglia, con Gerolama De Gennaro, Dirigente Servizio Infermieristico ASL Foggia, arriva un altro modello della presa in carico della Provincia di Foggia basato sul *care management*. Una svolta e una sfida che Regione Puglia ha raccolto per una politica di "risanamento" del sistema sanità carente di strategie per la presa in carico dei pazienti. A tal uopo, sono stati attivati gli ambulatori di assistenza infermieristica, ed è stato avviato il progetto di presa in carico dei pazienti cronici a cui si fa fronte con soluzioni diverse dall'ospedale per le Dimissioni Ospedaliere Protette con l'Assistenza Domiciliare o con l'Assistenza Residenziale Sanitaria e Socio Sanitaria tramite Ospedali di Comunità, un Hospice, RSA e un centro donna. Obiettivo: passare dal modello tradizionale di assistenza sanitaria, incentrata sul Medico, episodica, legata ai casi acuti, reattiva piuttosto che proattiva a un

modello assistenziale per la malattia cronica integrata, proattiva, incentrata sul paziente, con una assistenza fornita da una équipe sanitaria. In questo modello, punto di forza è il coinvolgimento della RETE. In questo modello si posiziona il Care Manager, e il filo conduttore comune è la continuità delle cure e la gestione integrata dell'assistenza.

Un progetto innovativo denominato "Diomedee" è basato su un sistema di telemedicina per la presa in carico e la gestione integrata delle persone affette da patologie croniche nelle zone disagiate e isole della ASL di Foggia e la De Gennaro ne è responsabile. Gli ambiti coinvolti sono: continuità delle cure e integrazione ospedale – territorio; malattie croniche e malattie rare; sistema dell'emergenza e urgenza; aree remote e disagiate; riorganizzazione della diagnostica di laboratorio e diagnostica per immagini; sanità penitenziaria.

La prima sessione del Congresso è stata chiusa con la relazione di Annamaria Tanzi (consigliere rieletto nel Direttivo AICM) con un progetto in fieri nella città di Pavia e piccoli comuni limitrofi che prevede l'istituzione dell'Infermiere Case Manager scolastico. Il progetto sostenuto da AINS – Associazione Italiana Case Manager, dagli Amici IC Cavour (Istituto Comprensorio con scuola materna, scuola della formazione primaria, scuola media inferiore) e dal Centro Servizi Volontariato è già all'attenzione di diversi partners istituzionali e la proposta sarà presentata in un doppio evento formativo e informativo che si terrà a Pavia il 24 e 25 gennaio 2020 "BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI: Salute e benessere nella scuola". L'Infermiere scolastico in realtà ha una sua storia, in America si afferma con largo anticipo: 1902, Lina Rogers una giovane Infermiera, inizia un progetto su quattro scuole della città di New York con risultati eccellenti. Obiettivo primario era quello di evitare l'ASSEENTEISMO e offrire un servizio di cura e assistenza per il bambino e per la sua famiglia per avere al più presto possibile una riammissione a scuola. Prima di questo progetto fu consentito al personale Medico di intervenire negli istituti scolastici ma al solo scopo di verificare condizioni patologiche degli studenti per l'espulsione dalla scuola. Il progetto "innovativo" della Rogers fu adottato a Los Angeles, Boston e Philadelphia sino ad una più completa espansione.

La figura dell'Infermiere scolastico è tuttavia attiva in diverse nazioni europee e intercontinentali (vi sono diversi studi), anche realtà minori come Thailandia, Botswana, Nuova Zelanda e Slovenia, hanno una esperienza ormai decennale, la materia è normata a livello legislativo e formativo, il NASN (NATIONAL ASSOCIATION OF SCHOOL NURSE) È UNA ASSOCIAZIONE A CARATTERE INTERNAZIONALE. L'Infermiere scolastico è una "figura di raccordo" con il Medico di base, gli specialisti, il distretto socio-sanitario, la scuola e la famiglia e si occupa di trattamento di acuzie; management e formazione/educazione di malattie cosiddette croniche; prevenzione, educazione e formazione in ambito di igiene, allergie, immunizzazioni e altri disagi bio-psico-sociali.

Il termine "figura di raccordo", nell'attualità anche italiana è identificata proprio con il Case Manager, il referente del percorso.

In Italia anche se in epoca più recente, ci sono delle esperienze interessanti che hanno confermato il bisogno di avere un professionista Infermiere all'interno degli istituti scolastici per garantire un maggior rispetto dei diritti di tutela della salute e diritto allo studio.

La seconda sessione di Sabato 12 ottobre ha ospitato altre esperienze in ambiti della medicina e una delle relazioni, con Chiara Rossato, Infermiera A.O. Universitaria Integrata Verona, ha offerto un focus sul concetto di ADVOCACY che sicuramente costituisce una caratteristica fondamentale per il Case Manager. Il termine che appartiene alla professione dell'avvocato, ne è una caratteristica (in latino advocatus da advoco = voco + ad = chiamo me) e rappresenta "assiste e/o difende il cliente davanti a un giudice o in una controversia extragiudiziale", è molto utile per capire la prospettiva in cui agisce l'"advocacy" (Chiari, Santullo 2010).

Si potrebbe tradurre in "avere in mente il paziente" per un Case Manager.

È stato presentato uno studio “Indagine qualitativa tra gli infermieri Case Manager” con l’obiettivo di analizzare il concetto di advocacy all’interno di un gruppo eterogeneo di infermieri Case Manager esperti e porre i seguenti quesiti:

- Quali elementi innescano l’advocacy? (trigger)
- Quali sono i pensieri dell’Infermiere durante il processo di advocacy?
- Quali azioni di advocacy gli infermieri attuano?
- Quali sono i fattori facilitanti e gli ostacoli nell’advocacy?

Hanno partecipato 8 infermieri con importante esperienza lavorativa sia come infermieri sia come Case Manager; il metodo è stato quello di raccogliere 8 storie attraverso cui è stato possibile “estrarre”, “portare fuori” i fattori che facilitano l’advocacy e che coincidono con i dati di letteratura esistenti:

- Lavoro in équipe nel perseguire obiettivi comuni, alleanze e reti preferenziali (COLLABORAZIONE)
- Disponibilità di tempo PER IL PAZIENTE (durata vs intensità)
- L’esperienza professionale dell’ICM e la sensibilità.

Ovviamente, una scarsa collaborazione e integrazione dell’équipe, il mancato riconoscimento del ruolo di Case Manager, gli stati di tensione e conflitti sul lavoro e non meno condizionanti, i farraginosi iter burocratico-amministrativi dei sistemi sanitari, possono ostacolare l’esercizio dell’advocacy. Tuttavia, lo studio e la revisione di letteratura, confermano che l’advocacy rappresenta una componente irrinunciabile e tematica molto sentita nel Case Manager che si trova a gestire il caso della persona/paziente e, in un contesto sanitario dove il Case Manager rappresenta una figura emergente, ancora di più risulta esserlo l’advocacy, una risposta di qualità in termini etici e legislativi. Raccontare e raccontarsi nei comportamenti di advocacy, in un contesto multidisciplinare e multiprofessionale, potrebbe essere utile nella complessità assistenziale, laddove ai bisogni clinico-assistenziali-riabilitativi-educativi-preventivi fanno sempre da sfondo i bisogni psicologici e sociali.

Maria Teresa Chiappe, Infermiera Case Manager (ICM) del Policlinico di Sant’Orsola Bologna Polo Epatologico, ha presentato l’esperienza della presa in carico del paziente con trapianto di fegato in un percorso in regime di Day Hospital. Il ruolo dell’ICM va dall’anamnesi all’accoglienza e al monitoraggio del percorso clinico-assistenziale sempre in un’ottica multidisciplinare, in équipe multiprofessionale, con intervento tecnico (analisi dei bisogni e loro soddisfacimento), relazionale ed educativo.

Si sta parlando di un paziente fragile, di un paziente che potrebbe provenire da regioni e culture differenti e queste caratteristiche possono verosimilmente diventare degli ostacoli al lavoro del Case Manager. Gli outcomes sono da ricercarsi nelle attività seguenti:

- Continua interazione ed integrazione fra i professionisti del team
- Corretta gestione degli strumenti informativi nel rispetto della privacy
- Efficiente monitoraggio degli assistiti nella fase di follow up
- Presa in carico nell’ottica di un’efficace continuità assistenziale.

Per la penultima relazione sul PDTA dello scompenso cardiaco e il Case Management Infermieristico quale valore aggiunto, è stata invitata Martina Bernabucci, ICM A.O. Ospedali Riuniti Marche Nord. L’esperienza in questa realtà ha dimostrato che il valore aggiunto che garantisce il Case Manager è una presa in carico dinamica della persona che comprende:

- Gestione della persona e l’evoluzione dei suoi problemi clinici, emotivi e sociali
- Garanzia della continuità tra i diversi contesti (ospedale-territorio ma anche ospedale-ambulatorio)
- Creazione di un ambiente terapeutico

- Attenzione alla famiglia (come utente e come risorsa attiva)
- Garanzia di un team di assistenza
- Rimodulazione continua dell'assistenza in base alle variazioni globali.

Ha chiuso il XII Congresso Nazionale ECM Susanna Bottazzi ICM Azienda USL Città di Bologna, con una relazione sulla rete delle cure palliative a Bologna. Un'area delicata se si considera che le cure palliative hanno lo scopo di proteggere il malato nella sua globalità di persona, nel viaggio dell'ultimo tratto della vita.

Un lavoro per i professionisti della salute teso alla ricerca di ciò che prioritario è per quella persona (non solo dolore fisico ... ma dolore variamente declinato), alla luce del suo concetto di qualità di vita, in quella famiglia o contesto di rete di relazioni con l'obiettivo di cercare di conservare la migliore qualità di vita del malato e della sua famiglia.

Siamo di fronte a cure attive, globali e multidisciplinari. Da qui, la necessità di avere un team multiprofessionale e un Case Manager come un direttore d'orchestra.

La rete di cure palliative a Bologna prevede la figura dell'ICM che si muove in una rete in cui si alternano ospedale, ambulatorio, hospice, domicilio. La rete, partita con un Medico e un Infermiere, oggi dispone di 1 direttore Medico, 2 medici dedicati, 3 medici in convenzione, 1 responsabile del processo assistenziale, 2 coordinatori assistenziali, 21 infermieri, 1 OSS e uno psicologo supervisore. L'équipe è in un continuo processo di formazione esterna e interna e un risultato straordinario è che dal 2011 al 2017 i decessi in ospedale si sono ridotti dal 45,4 % al 34,4 %.

Quindici relazioni, relatori competenti e sul pezzo sono stati "il tramite" con cui l'Associazione Italiana Case Manager ha inteso sensibilizzare i professionisti della salute ad operare un vero e proprio cambiamento di prospettiva operativa nella sfida alla presa in carico della cronicità e favorire un coinvolgimento attivo di tutti i soggetti che entrano nel percorso di cura, operatori, paziente, famiglia, contesto di vita del paziente a garanzia della continuità assistenziale con interventi che rispettano l'interessa bio psico sociale e spirituale delle persone assistite.

La SFIDA è quella di promuovere nuovi ruoli e/o funzioni, competenze specifiche nei professionisti della salute e farne attivatori e agenti di rete, quindi favorire la crescita di figure di riferimento (CASE MANAGER e/o CARE MANAGER) che all'interno di équipe multiprofessionali siano "**referenti e garanti del percorso di cura**" per e con il paziente, sia per quanto riguarda gli aspetti clinico-assistenziali-riabilitativi-educativi (CASE MANAGER agente di EMPOWERMENT) sia per quanto riguarda gli aspetti sociali (contesto di vita del paziente) e non ultimo nel tentativo di conciliare efficacia, efficienza, appropriatezza e sostenibilità economica dei percorsi.

*Ogni modello rappresenta una vera risorsa a cui si
ricorre per rispondere ai bisogni di salute delle persone assieme all'esperienza e al sapere pratico, e
nondimeno alla sensibilità di ciascuno, quella sensibilità che conferisce alla nostra professione il
"diritto" di chiamarsi "arte" anzi ... la più bella delle arti belle!*
Florence Nightingale (1820 -1910)