



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA



Corso di Alta Formazione

“Case Management in Infermieristica ed Ostetricia”

Edizione 2010 – 2011

**Ruolo dell’infermiere Case Manager in un progetto sperimentale di Educazione Terapeutica rivolto al
paziente politraumatizzato all’interno di un ICU**

Vacchi Roberto

INDICE

<i>Introduzione.....</i>	<i>pag. 3</i>
<i>Chi è l'infermiere Case Manager.....</i>	<i>pag. 5</i>
<i>Cosa si intende per Case Management.....</i>	<i>pag. 8</i>
<i>Vantaggi e svantaggi del Case Management.....</i>	<i>pag. 10</i>
<i>Progetto di educazione terapeutica rivolto al paziente politraumatizzato.....</i>	<i>pag. 11</i>
➤ <i>analisi del bisogno.....</i>	<i>pag. 15</i>
➤ <i>diagnosi educativa.....</i>	<i>pag. 15</i>
➤ <i>contratto di educazione terapeutica di sicurezza.....</i>	<i>pag. 16</i>
➤ <i>attuazione programma educativo.....</i>	<i>pag. 17</i>
➤ <i>valutazione dell'educazione terapeutica.....</i>	<i>pag. 18</i>
➤ <i>conclusioni.....</i>	<i>pag. 19</i>

INTRODUZIONE

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

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

Il case management è un sistema di erogazione dell'assistenza al paziente: 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 pazienti, fornire qualità e continuità riducendo la frammentazione delle cure, accrescere la qualità di vita e aumentare la soddisfazione del cliente e dell'equipe sanitaria. Il case management offre, inoltre, agli infermieri l'opportunità di dimostrare la competenza del loro ruolo all'interno dei gruppi assistenziali multidisciplinari.

Il case management è un componente del managed care chiamato anche primary nursing di seconda generazione: questo viene considerato come naturale evoluzione, miglioramento ed estensione dei concetti fondamentali del primary nursing.

Il case management fa riferimento ad una vasta gamma di servizi forniti da professionisti che erogano e/o coordinano servizi sociali e sanitari: questo implica la gestione clinica di un target di popolazione di pazienti dall'ammissione alla dimissione. La gestione del caso si concentra su un episodio di malattia e include tutte le aree in cui il paziente 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 il monitoraggio del piano;
- analisi dei risultati;
- prendere le decisioni necessarie, valutare e modificare il piano.

Esso è contemporaneamente sistema sia multidisciplinare sia monodisciplinare e lavora con pazienti in diversi setting e aree assistenziali.

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 è quello di considerare i pazienti come una entità che sta vivendo un percorso di malattia, allontanandosi della 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.

CHI E' L'INFERMIERE CASE MANAGER

Il Case Manager, letteralmente “coordinatore/gestore del caso”, è quel professionista che si fa carico del percorso individuale di cura della persona malata e del suo nucleo familiare di appartenenza, divenendo a sua volta responsabile dell'effettiva continuità del percorso stesso.

Il Case Manager opera per soddisfare tutte le esigenze della/e persona/e assistita/e intervenendo in maniera attiva nei rapporti con la famiglia, il personale medico e non coinvolto nel processo di cura e le eventuali istituzioni.

Il Case Manager rimuove gli ostacoli, pianifica, attua, monitora e valuta tutte le opzioni per soddisfare i bisogni di benessere dell'assistito, cercando di gestire al meglio la comunicazione, promuovendo la realizzazione e la qualità degli obiettivi prefissati.

Tutto questo permette di realizzare interventi precisi sulla persona evitando un'assistenza disgregata che risulta sempre antieconomica e frustrante sia per il paziente ed i familiari, ma anche per gli operatori coinvolti in questo processo.

Il Case Manager **NON ENTRA** nel merito delle terapie e del processo di cura proprio dei medici, ma garantisce un'appropriata utilizzazione delle risorse disponibili, contenendo i costi ed individuando le responsabilità per le cure fornite.

Il Case Manager è un “facilitatore sociale”, un professionista in grado di: valutare i bisogni dei pazienti di cui si è preso carico, pianificare l'assistenza ed i servizi in risposta ai bisogni individuali, coordinare e organizzare le risorse disponibili, tramite tra società ed istituzioni.

Il Case Manager è quindi:

- responsabile del caso e garante della persona;
- regista e monitore degli interventi;
- attivatore e manutentore della rete;

ossia è un importante “agente di cambiamento” all'interno della struttura assistenziale, in quanto ha il compito di implementare e diffondere un nuovo sistema di assistenza.

L'infermiere Case Manager garantisce il coordinamento delle cure lungo un continuum assistenziale ricoprendo contemporaneamente vari ruoli operativi:

- ruolo clinico, è responsabile di accertare i problemi potenziali/reali del paziente e della famiglia valutando le condizioni fisiche, psicosociali ed emotive, attuando un piano assistenziale in collaborazione con gli altri membri del team interdisciplinare;
- ruolo manageriale, è responsabile di facilitare e coordinare l'assistenza dei pazienti presi in carico, pianificando le modalità di trattamento e gli interventi necessari, collabora con il team multidisciplinare nel definire gli obiettivi da raggiungere durante la degenza e la durata della stessa;
- ruolo finanziario, assicura assieme agli altri membri del team multidisciplinare, l'adeguatezza delle cure erogate, il corretto allocamento delle risorse evitando gli sprechi e la duplicazione di accertamenti diagnostici.

La relazione, non solo di aiuto, ma intesa come rapporti interpersonali, sta alla base dell'essere infermiere Case Manager:

- è sostegno e guida per il paziente e per i Care Giver;
- è gestore dei percorsi assistenziali intra ed extra ospedalieri;
- collabora con il team ospedaliero ed è il punto di riferimento per le strutture territoriali;
- agevola il mantenimento di un buon clima con il paziente ed i familiari.

Per cui all'infermiere Case Manager nel corso dei prossimi anni si identificherà un ruolo rilevante nella pratica clinica e non solo. Dal un punto di vista formativo si dovrà pensare allo sviluppo di appositi master di specializzazione post laurea che forniscano formazione avanzata di

- assistenza;
- dinamiche organizzative;
- finanza e risorse economiche.

Dal punto di vista clinico/pratico si dovranno sviluppare quelle competenze (core competence) che racchiudono:

- la comprensione dei modelli organizzativi di riferimento;
- la conoscenza specifica della popolazione di pazienti di riferimento;
- la conoscenza sulla gestione delle risorse, sull'uso dei piani di assistenza, dei protocolli e delle linee guida;

- il riconoscimento del ruolo di “avvocato” (advocacy) del paziente e della sua continuità assistenziale.

COSA SI INTENDE PER CASE MANAGEMENT

Il Case Management è un modello economico, ma non solo, che permette di raggiungere nel modo più efficace possibile gli obiettivi di assistenza individuale del paziente: questo modello trova il suo campo di applicazione efficace in tutte quelle aree di debolezza riferibile al contesto socio – sanitario.

Il Case Management consiste, in primo luogo, nel coordinamento e nella gestione oculata di tutte le informazioni e dei tempi delle cure, in secondo luogo nell'organizzazione di tutte le risorse necessarie alla realizzazione del percorso stesso: la cosa importante è operare per creare una rete di riferimento che sia utile a tutti gli operatori.

Il processo di Case Management permette che la condivisione delle informazioni avvenga senza l'eccessivo appesantimento del processo stesso, evitando che le informazioni vengano disperse, permettendo la razionalizzazione delle risorse parallelamente alla buona riuscita del processo.

Dal processo di Case Management ci si attende i seguenti benefici:

- accessibilità, inteso come maggiore utilizzo dei servizi da parte degli utenti;
- continuità, inteso come superamento della parcellizzazione nell'assistenza e/o erogazione dei servizi;
- coordinamento, inteso come reciproca conoscenza e integrazione degli interventi;
- flessibilità, inteso come maggiore possibilità di modificare il progetto in base all'evoluzione delle azioni concordate;
- efficienza, inteso come riduzione dei costi.

Le finalità di un'organizzazione assistenziale che si base sul modello del case management sono principalmente:

- garantire la corretta integrazione tra i diversi professionisti che interagiscono all'interno della stessa, al fine di realizzare un percorso clinico assistenziale appropriato per le esigenze della persona da assistere e del suo contesto sociale di riferimento;
- garantire al paziente e al suo Care Giver di riferimento un ruolo attivo nell'assistenza e nelle scelte che essa comporta;
- garantire la corretta integrazione tra le esigenze sanitarie e quello sociali;
- individuare nel modo più corretto possibile tutte le risorse che garantiscano la continuità assistenziale e di cura;

- garantire la giusta integrazione tra professionisti

Se l'organizzazione pone le proprie basi affidandosi al processo di Case Management (infermieristico) si svilupperà prendendo in considerazione la complessità dei processi assistenziali, della complessità dell'assistenza richiesta, dell'appropriatezza degli interventi richiesti e delle risorse attivate per raggiungere gli stessi. Questa organizzazione, nei confronti degli operatori impiegati nella realizzazione del processo, porta i componenti a riflettere, ad agire e a comportarsi secondo criteri di tipo manageriale: l'infermiere case manager è colui che governa il management clinico.

VANTAGGI E SVANTAGGI DEL CASE MANAGEMENT

In letteratura, soprattutto in quella di derivazione dal mondo anglosassone, vengono riportati i seguenti vantaggi per quello che riguarda l'introduzione di un modello organizzativo basato sul case management:

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

Per quello che riguarda gli aspetti negativi essi si concentrano su tre punti principali:

- la mancanza di continuità delle cure tra ospedale e territorio;
- una presa in carico non sempre efficace del paziente e dei familiari;
- l'eccessivo porre l'accento sul ruolo finanziario del case manager.

L'introduzione del case manager e del modello organizzativo del case management ha arricchito professionalmente la figura dell'infermiere: si è assistito ad un aumento della motivazione e della responsabilità professionali derivante dall'acquisizione di una mentalità di "risolutori dei problemi". Il gruppo infermieristico, con questo modello, ha la possibilità di dimostrare più competenza e professionalità nella gestione degli eventi critici e ha potuto acquisire un aumento della soddisfazione degli utenti trattati e ad un miglioramento della qualità delle cure, risultanti da un'assistenza personalizzata più vicina e attenta alla persona assistita e alla sua famiglia.

PROGETTO DI EDUCAZIONE TERAPEUTICA RIVOLTO AL PAZIENTE POLITRAUMATIZZATO

La scelta di trattare questa tematica nasce dall'esigenza reale di gestione quotidiana di pazienti con questa problematica all'interno dell'U.O.S Rianimazione del distretto ospedaliero Ospedale Maggiore.

I primi elementi per un sistema di monitoraggio continuo dell'assistenza al trauma, alla base del futuro Registro regionale, sono nati ad opera di un gruppo ristretto di professionisti presso l'Ospedale Maggiore di Bologna. Nel 1988 un team multispecialistico, coordinato da alcuni medici rianimatori, ha dato inizio a un percorso strutturato ospedaliero per la patologia traumatica: i professionisti, sostenuti da una forte motivazione, costituirono un'organizzazione interna per migliorare la gestione dei pazienti che arrivavano in ospedale. Nello stesso anno, grazie anche al contatto con esperienze statunitensi, venne creato un registro informatizzato per i pazienti con trauma maggiore ricoverati in terapia intensiva. Nei primi anni di attività, il registro ha raccolto informazioni relative a circa 120-130 pazienti per anno.

Dal 1997, all'esperienza dell'Ospedale Maggiore si unì quella dell'Ospedale Bufalini di Cesena che iniziò a raccogliere, in maniera informatizzata, dati sui pazienti traumatizzati ricoverati in terapia intensiva. Nei primi anni, in considerazione dell'indirizzo neurochirurgico dell'ospedale, i dati presenti nel registro riguardavano principalmente pazienti con trauma cranico. In seguito, un diverso assetto organizzativo ha determinato la rilevazione di informazioni relative anche ai politraumi.

Il 2002 vide la pubblicazione del documento recante le linee guida per la definizione della rete dei servizi secondo il modello Hub&Spoke (delibera n° 1267/2002), che in particolare considerava la gestione dei grandi traumi. La legge regionale dava anche l'avvio al coordinamento dei tre Centri Hub per la raccolta centralizzata dei dati: la fine del 2006 vede l'inizio ufficiale del Registro regionale, con dati relativi a circa 800 pazienti per anno ricoverati in terapia intensiva per trauma maggiore o trauma complicato.

Nell'anno 2009 sono stati rilevati nel Registro Regionale dei Traumi Gravi 1261 casi di cui:

- 27 deceduti in PS (2%);
- 1.007 (80%) casi ricoverati in Terapia intensiva;
- 227 (18%) casi ricoverati in altri reparti e non transitati in terapia intensiva.

In questo report, basato sui dati dell'anno 2009 del registro regionale dell'Emilia-Romagna dei traumi gravi, vengono analizzate le informazioni relative ai pazienti con trauma grave che si presentano vivi al momento dell'ammissione al centro ospedaliero dove è presente un registro di rilevazione dei dati. Non vengono

pertanto inclusi i pazienti morti sulla scena. Il seguente sommario descrive le caratteristiche più importanti dei pazienti con trauma grave che vengono trattati in terapia intensiva:

- un totale di 1.261 pazienti con trauma grave sono stati inviati;
- un totale di 1.007 pazienti con trauma grave hanno avuto un trattamento in terapia intensiva;
- la mortalità alla dimissione dal pronto soccorso è del 2% %;
- la mortalità alla dimissione dalla terapia intensiva risulta essere del 13,5%;
- la mortalità intra-ospedaliera, escludendo i morti in pronto soccorso, risulta essere del 15,4%;
- i maschi rappresentano il 73,2% dei casi;
- il rischio di mortalità in ospedale non è significativamente diverso tra maschi e femmine;
- la classe di età più rappresentata, in termini di casi, è quella tra 19-40 anni con il 34% dei casi (n=3743), mentre in termini di mortalità i pazienti con età superiore a 70 anni hanno un rischio di mortalità di 2,2 volte superiore alla media regionale (34,4% vs 15,4%);
- il mezzo maggiormente utilizzato per il soccorso è l'automedica (59%) e nel 22% dei casi viene usato l'elisoccorso;
- l'elisoccorso ha un tempo medio di soccorso di circa 60 minuti, mentre l'automedica di 46 minuti;
- gli incidenti da traffico rappresentano il 65% dei casi;
- i ciclisti ed i pedoni hanno una mortalità più elevata (rispettivamente, di 1,3 volte e di 2,2 volte maggiore) rispetto alla media regionale della mortalità per tutti i tipi di incidente da traffico (10,7%); contestualmente, si rileva che la percentuale di ciclisti e pedoni in cui c'è interessamento del distretto testa-collo in seguito ad incidente da traffico è molto elevata (81% e 83%);
- il 42% dei casi ha un ISS compreso tra 25 e 40;
- il 52% dei casi ha una lesione in 2-3 distretti anatomici;
- il 67% dei pazienti con trauma grave ha una lesione del distretto testa-collo e il 59% del torace;
- circa il 63% dei pazienti viene sottoposto ad almeno un intervento chirurgico.
- mediamente su ogni paziente vengono fatte 3 indagini diagnostiche.

Nella tabella sottostante si vede che quasi l'88% dei pazienti con trauma grave viene ammesso direttamente in terapia intensiva:

Reparto di ammissione	Numero dei casi	Percentuale
Terapia Intensiva	880	87,6
Chirurgia Generale	48	4,8
Neurochirurgia	19	1,9
Astanteria	18	1,8
Medicina Generale	18	1,8
Ortopedia e Traumatologia	10	1,0
Pediatria	5	0,5
Grandi Ustionati	5	0,5
Neurologia	1	0,1
Chirurgia Maxillo - Facciale	1	0,1
Totale	1005	100
Mancante = 13 (1,3%)		

Nella tabella seguente vengono forniti dati della dimissione dalla terapia intensiva. La mortalità in reparto risulta essere del 13.5%, mentre il 60% viene trasferito in un altro reparto e il 2% viene mandato in un istituto di riabilitazione:

Modalità di dimissione dalla Terapia Intensiva	Numero dei casi	Percentuale
Trasferimento ad altro reparto stesso ospedale	605	60,1
Trasferito ad istituto per acuti	156	15,5
Deceduto	136	13,5
Trasferito ad altro regime di ricovero	44	4,4
Ordinaria a domicilio	29	2,9
Trasferito ad istituto di riabilitazione	24	2,4
Protetta c/o strutture extraospedaliere	10	1,0
Protetta con attivazione di A.D.I.	1	0,1
Volontaria	1	0,1
Mancante	1	0,1
Totale	1007	100

Risulta quindi evidente la necessità di educare l'utente ed i famigliari preparandoli alla dimissione presso altri reparti o strutture riabilitative, e questo è un campo dove l'Infermiere Case Manager può spendersi sia come figura di riferimento per l'utente che per i colleghi, proponendo percorsi e strumenti nuovi, al fine di rispondere adeguatamente ai bisogni del cittadino.

Fase 1

Analisi del bisogno

Raccolta dati/informazioni per identificare i bisogni educativi, ovvero la diagnosi educativa nell'utente con recente politraumatismo, attraverso colloquio individuale con/senza familiari.

Preparazione del setting:

- ambiente tranquillo;
- rispetto della privacy;
- operatore dedicato;
- nessuna interferenza (altri operatori, utenti, telefono, ecc), tempo dedicato 1 ora, colloquio strutturato, con domande aperte come guida;
- presentazione dell'operatore e del proprio ruolo;
- lavoro e stile di vita;
- come è avvenuto il traumatismo;
- è a conoscenza di eventuali complicazioni (esempio: paraplegia, tetraplegia);
- presenza di un familiare di riferimento o meno;
- presenza di altre patologie, dipendenze;
- progetti di vita (esempio: desiderio di avere figli, ha già una famiglia)
- come la persona sta affrontando la situazione:
 - modalità di gestione delle emozioni (es: colpevolizzazione, rabbia, aggressività, ecc)
 - evitamento (personale o cognitivo, distrazione)
 - azione (ricerca di sostegno, altruismo, analisi del problema)
 - comportamenti riferiti (attività fisica, fumo, alimentazione, ecc)

Diagnosi educativa

- scarsa conoscenza delle conseguenze a breve, medio, lungo termine del traumatismo;
- quale percezione ha il paziente e la famiglia;
- mancata adozione di comportamenti presenti, futuri, nuovi stili di vita;
- mancata conoscenza dei percorsi attivi per il paziente ed i familiari;
- necessità di supporto psicologico per il paziente ed i familiari.

Fase 2

Contratto di Educazione Terapeutica di Sicurezza

stabilire insieme alla persona ed ai familiari quando possibile nella prima fase, altrimenti nella seconda fase o fase post acuta, quali obiettivi si intendono raggiungere, tempi e metodi:

- obiettivi a breve termine;
- obiettivi a medio termine;
- obiettivi a lungo termine.

Sottoscrizione da parte dell'operatore e dell'utente, o del familiare di riferimento qualora il paziente temporaneamente non potesse, del contratto di educazione terapeutica.

Obiettivi

- (Conoscere) Distinguere le modalità di decorso durante la degenza e delle eventuali complicazioni che si potrebbero verificare;
- (Comprendere) Analizzare le ripercussioni sulla propria vita socio familiare;
- (Attuare) Sviluppare comportamenti e nuovi stili di vita fin da subito;
- (Conoscere) Identificare le modalità di gestione dei nuovi stili di vita;
- (Conoscere) Descrivere le modalità di attivazione della consulenza psicologica dedicata qualora richiesta.

Metodi

Discussione tra paziente – familiari - operatori, colloquio di counselling.

Strumenti

Consegna di opuscoli informativi, discussione di casi simili e già trattati, simulazione del percorso successivo alla dimissione dall'ICU.

Tempi

Incontri pianificati e ripetuti in base al decorso del paziente in ICU.

Strumenti di valutazione

Interviste strutturate;

Questionario a risposta multipla;

Analisi di casi.

Fase 3

Attuazione programma educativo

Obiettivo	Contenuti	Metodo	Strumento	Strumento di valutazione	Valutazione
Conoscere le modalità di gestione dell'evento politraumatismo	<ul style="list-style-type: none"> - cenni sul trauma - modalità di decorso ed evoluzione - come evitare le complicanze - come evitare comportamenti a rischio - operatori a cui rivolgersi 	Colloqui con operatori	Opuscolo informativo Carta dei servizi	Questionario a risposta multipla	L'utente ha risposto correttamente a ... domande su Le incertezze sono state riprese e rivalutate insieme all'operatore
Comprendere le ripercussioni sulla propria vita socio familiare	<ul style="list-style-type: none"> - infezioni - eventuali complicanze - comportamenti da adottare in famiglia - ruolo delle associazioni e riferimenti 	Colloquio di counselling	Discussione e caso Materiale informativo a cura dell'U.O.	Analisi di casi	L'utente ha/non ha compreso le ripercussioni sulla propria vita socio familiare (valutare necessità intervento psicologo)
Attuare comportamenti e stili di vita temporanei o permanenti	<ul style="list-style-type: none"> - cosa cambia nel futuro dopo il traumatismo - follow-up - alimentazione - attività fisica - aderenza alla terapia se prescritta - dipendenza da sostanze, alcool 	Colloquio di counselling Lezione interattiva	Discussione e Opuscolo informativo	Questionario a risposta multipla	L'utente ha risposto correttamente a ... domande su L'utente conosce/non conosce comportamenti e stili di vita sani. La valutazione dell'attuazione o meno richiede tempi più lunghi, valutabili attraverso il percorso clinico-assistenziale
Conoscere le modalità di gestione dell'evento traumatismo	<ul style="list-style-type: none"> - Coinvolgimento della famiglia o di un familiare fisso - centri a cui rivolgersi 	Lezione interattiva Opuscolo informativo	Simulazione e di casi	Esercitazione pratica di attivazione percorso	L'utente sa /non sa attivare il percorso. Le incertezze sono state riprese e rivalutate insieme all'operatore
Conoscere le modalità di attivazione della consulenza	<ul style="list-style-type: none"> - accettazione / negazione dello stato della patologia - comunicazione 	Discussione	Opuscolo informativo del servizio Opuscoli	Esercitazione pratica di attivazione	L'utente sa /non sa attivare il percorso per la consulenza psicologica

psicologica dedicata	efficace con il partner		informativi dei centri di riabilitazio ne	percorso	dedicata. Le incertezze sono state riprese e rivalutate insieme all'operatore
-------------------------	-------------------------	--	---	----------	---

Fase 4

Valutazione dell'educazione terapeutica

Attività attraverso la quale l'operatore ricerca i cambiamenti intervenuti nel paziente e nei familiari avvenuti alla conclusione dell'esperienza di ricovero in ICU.

Per valutare se il soggetto ha raggiunto il primo obiettivo ovvero "Conoscere le modalità di gestione dell'evento politraumatismo", ed il terzo obiettivo ovvero "Attuare comportamenti e stili di vita temporanei o permanenti", egli deve aver risposto correttamente almeno all'80% delle domande presenti nel questionario di valutazione che verrà redatto all'interno dell'unità operativa.

Per valutare se il soggetto ha raggiunto il secondo obiettivo ovvero "Comprendere le ripercussioni sulla propria vita socio familiare", il quarto obiettivo ovvero "Conoscere le modalità di gestione dell'evento traumatismo" ed il quinto obiettivo ovvero "Conoscere le modalità di attivazione della consulenza psicologica dedicata" deve avere la giusta conoscenza di come si simula l'attivazione di un percorso e di quali centri si può richiedere il supporto.

Una valutazione di impatto del processo di educazione terapeutica può essere la rilevazione da parte dell'operatore del grado di orientamento del paziente e dei familiari di riferimento, se coinvolti nel percorso.

CONCLUSIONI

Oggi come non mai, il ruolo dell'infermiere riveste un'importanza rilevante all'interno della sanità italiana: purtroppo ancora oggi, però, resistono alcuni stereotipi relativi alla sua immagine sociale che lo identificano ancora come solo "esecutore" di ordini medici. La professione infermieristica può crescere e ricevere quella visibilità che merita solo se essa saprà rispondere in modo adeguato ed efficace ai bisogni della nostra società e delle singole persone che necessitano di assistenza. Tutto questo sarà molto più facile se nel panorama della sanità italiana comincerà ad affacciarsi e ad essere applicato il modello assistenziale del "case management": esso migliorerà non solo l'efficacia e l'efficienza dell'agire infermieristico, ma permetterà a tutte le figure coinvolte in questo processo di raggiungere il massimo grado di integrazione, mettendo al centro del processo di cura la persona ed i familiari (care givers).

Ogni percorso educativo riunisce al suo interno un progetto educativo – terapeutico proprio di ogni paziente al termine del quale il personale sanitario, ed in particolare l'infermiere case manager, avrà:

- contribuito a migliorare la qualità assistenziale al paziente;
- contribuito a migliorare, di conseguenza, la qualità di vita del paziente e dei suoi familiari di riferimento;
- ridotto le complicità e lo spreco di risorse, anche economiche, che si originano da questo.

Solo cominciando a parlare di competenza (core competence), cioè di tutti quegli strumenti necessari ad agire nel complesso mondo del panorama infermieristico, gli infermieri ed in particolari gli infermieri case manager cominceranno a ritagliarsi quell'importanza che li rende protagonisti occulti del panorama della sanità italiana. L'infermiere case manager agisce con:

- responsabilità durante la gestione del processo assistenziale;
- si modula in base alla persona che sta assistendo;
- stabilisce una corretta ed efficace alleanza terapeutica;
- è in grado di personalizzare l'assistenza.

Per fare tutto questo l'infermiere case manager poggia il suo agire sul modello assistenziale di case management che lo spinge ad agire secondo propria autonomia, ma anche responsabilità all'interno di un processo che si basa su un'organizzazione di tipo collaborativo che permette continui scambi di opinione tra gli operatori coinvolti. La creazione di un gruppo di lavoro coeso permette agli infermieri il raggiungimento di obiettivi a tutt'oggi impensabili.

BIBLIOGRAFIA

Testi

- Bergamaschi M., *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, ed. McGraw-Hill, Milano 2000.
- Brandi A., *L'organizzazione del lavoro infermieristico in ospedale, l'analisi del lavoro*, ed Rosini, Firenze 1992.
- Chiari P., Santullo A., *L'infermiere Case Manager*, ed. McGraw-Hill, Milano 2010.
- Lusignani M., Mangiacavalli B, Casati M., *Infermieristica generale e organizzazione della professione, deontologia infermieristica, legislazione professionale, competenze specialistica*, ed. Masson, Milano 2000.
- Lombardo S., Lelli F., Pini R. (a cura di), *L'assistenza infermieristica per piccole equipe. Principi teorici ed esperienze applicative Vol. I - Principi Teorici*, 3^a ed. Franco Angeli, Milano 1993.
- Lombardo S., Lelli F., Pini R. (a cura di), *L'assistenza infermieristica per piccole equipe. Principi teorici ed esperienze applicative Vol. II - Esperienze applicative in Italia*, 2^a ed. Franco Angeli, Milano 1992.
- Marriner A., *Management infermieristico. Teoria e pratica*, Sorbona, Milano 1995.
- Manthey M., *The practice of Primary Nursing*, seconda edizione, pubblicato dalla società "Creative Health Care Management" Minneapolis, Minnesota 2002.
- Minzberg H., *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, ed. Il Mulino, Bologna 1996.
- Prandstraller G., *Un approccio al nursing e alla professione infermieristica*, ed. Franco Angeli, Milano 1995.
- Vaccani R., Dal Ponte A., Ondoli C., *Gli strumenti del Management Sanitario*, Carocci editore, Roma 1998.

Atti di congressi

- Palese A., *La risorsa infermieristica nel Servizio sanitario nazionale*, XIII Congresso Nazionale IPASVI, *Le nuove frontiere della salute*, da Inserto redazionale al n. 10/2002 dell'Infermiere.
- Silvestro A., *Il progetto degli infermieri per una sanità al servizio dei cittadini*, XIII Congresso Nazionale IPASVI, *Le nuove frontiere della salute*, da Inserto redazionale al n. 10/2002 dell'Infermiere.
- Atti del XII Congresso Nazionale IPASVI, *La Stagione delle Responsabilità*, relazione n. 2, *Le trasformazioni del sistema sanitario: valori, processi e regole di uno scenario in evoluzione*.
- De Marinis M.G., Fiamminghi M., Marmo G., Palese A., Pitacco G., Sasso L., *Autonomia e responsabilità*, IPASVI Documenti congressuali, XI Congresso nazionale, 1996.
- Saiani. L. *La cultura del prendersi cura*, atti del X Congresso IPASVI *Un infermiere per il Terzo Millennio*, Fiuggi 14-16 ottobre 1993.
- Palese A., *Dal modello biomedico al modello infermieristico quali problemi per l'infermiere*, Atti del Convegno di Studio S.E.I.R.S., *Modelli teorici per la pratica professionale infermieristica, pratica e management*, Bologna 1995, ed. Nettuno, Verona 1995.

Zanotti R., *Processo e teoria del nursing: quale relazione?*, Atti del Convegno di Studio S.E.I.R.S., *Modelli teorici per la pratica professionale infermieristica, pratica e management*, Bologna 1995, ed. Nettuno, Verona 1995.

Riviste

Bartolini E., Santullo A, Semproni A., *Le Unità Operative a gestione infermieristica e la valorizzazione del ruolo infermieristico*, Management Infermieristico n. 2/2002.

Calamandrei C., *La soddisfazione degli infermieri in relazione alla soddisfazione dei pazienti*, da Management Infermieristico, n. 3/2000.

Hussein A. T., *Case Management: a heritage more than a century old*, Nursing Case Management, 1998.

Taddia P., *Managed care e case management: origini, principi implicazioni*, Foglio Notizie VII, n.5, 7/X/1997.

June Forkner, *Clinical Pathways: benefits and liabilities*, Nursing Management, nov. 1996.

Di Giulio P., *Le diagnosi infermieristiche*, L'infermiere, n. 3, 1992.