



L'infermiere case- manager

Valentina Sangiorgi

U.C.S.C. di Roma Policlinico
Universitario "A. Gemelli"

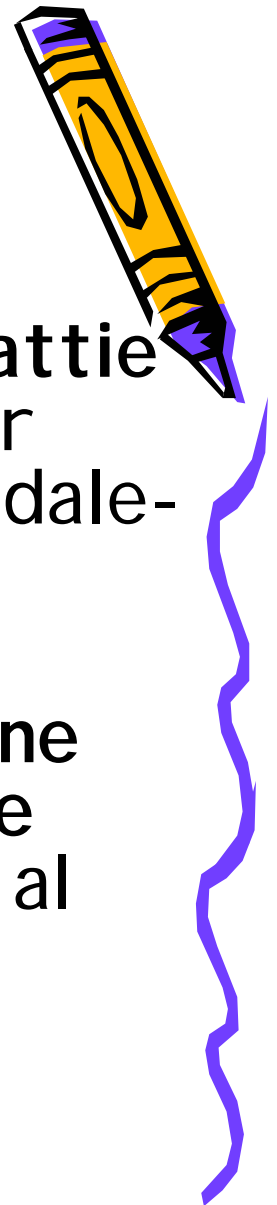
Firenze 29-11/1-12-2007



La riorganizzazione delle cure primarie e l'integrazione del sistema

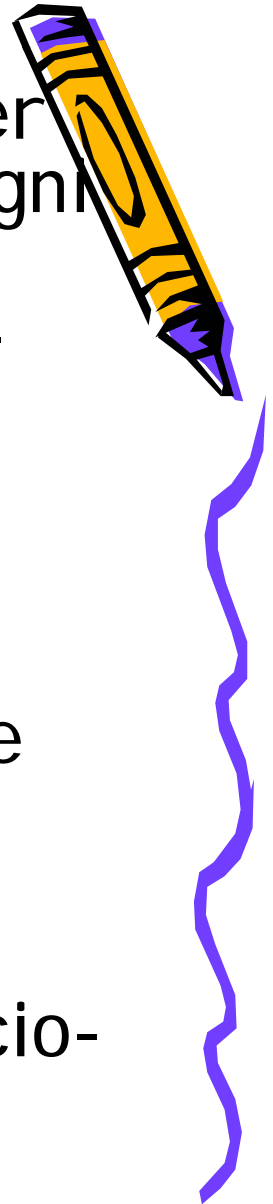
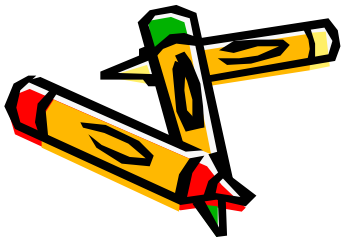
- L'aumento dell'incidenza delle **malattie croniche** è uno dei principali driver della necessità di riequilibrio ospedale-territorio, rispetto al quale è necessario definire:

- che tipo di "nuova" **organizzazione** implementare e che tipo di **nuove figure professionali** introdurre al fine di assicurare la continuità assistenziale al paziente e la necessaria integrazione socio-sanitaria



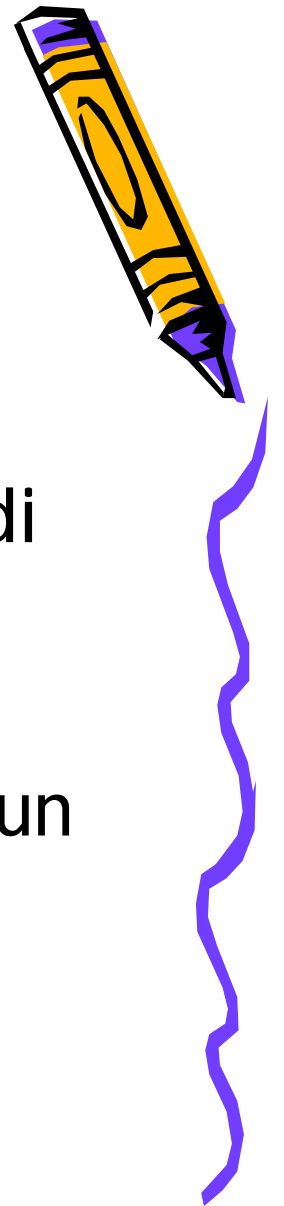
- che **“tecnologia”** applicare per valutare propriamente i bisogni di questi soggetti e quindi risolverli con logica di costo-beneficio

- La gestione della cronicità interessa in particolar modo l'**anziano “fragile”**, inteso come persona over 75 anni, con comorbilità, sottoposto a polifarmacoterapia e con altre gravi problematiche di tipo socio-sanitario

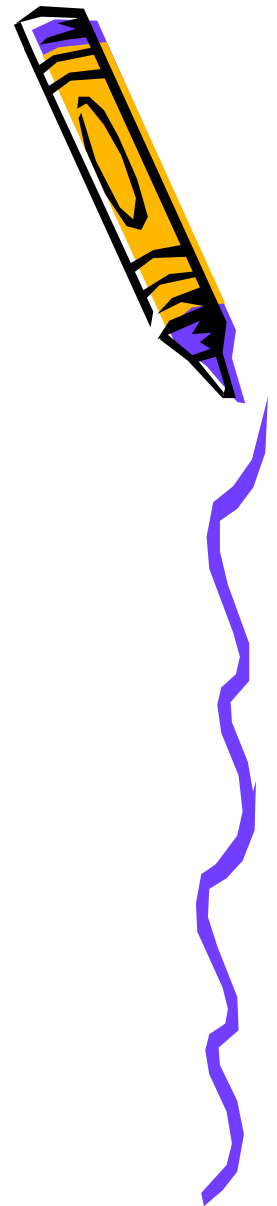


Un po' di storia sul case-manager.....

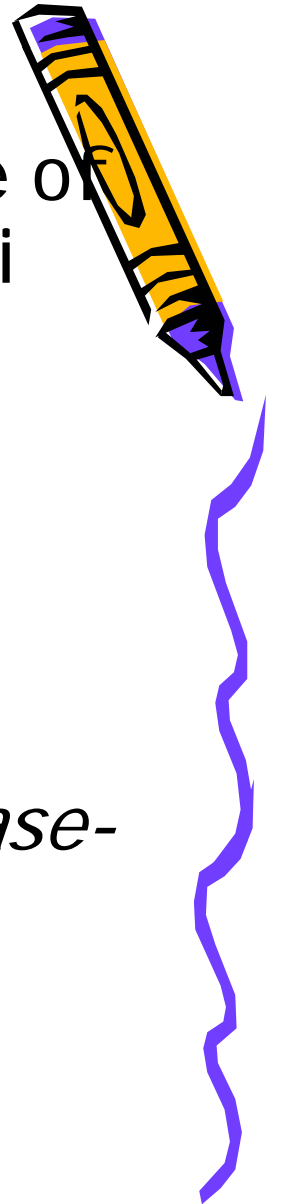
- Nel 1863, durante la guerra di Secessione, le associazioni di volontari introdussero il principio di coordinamento dei servizi.
- Nel 1900, nella scuola di Nursing dell'Università di Yale, è presente un operatore-coordinatore di servizi socio-sanitari.



- Inizi anni '900, nella compagnia di assicurazione Metropolitan Life Insurance, c'è la presenza di un dipartimento di infermieri per fornire un servizio di "*case management nursing*".
- Nella I I guerra mondiale, per assistere gli ex-militari da parte della Veteran Administration.

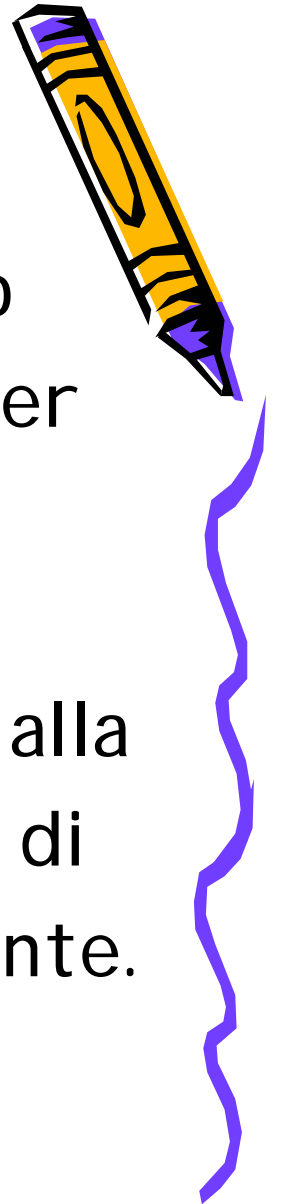


- Negli anni '60 nel National Institute of Mental Health, assistenza ai malati mentali da deistituzionalizzare.
- Negli anni '70 per l'assistenza ai bambini con handicap.
- Nel 1975, gli USA istituirono un *case-manager* comunitario per la prevenzione.



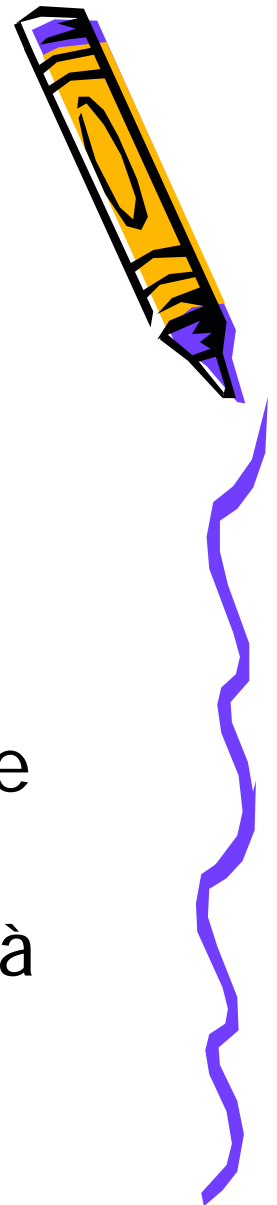
Il case-manager....

E' un professionista che fornisce e/o coordina i servizi sociali e sanitari, per una gestione clinica di un target di popolazione di utenti (ad es. pz. terminali ed anziani) dall'ammissione alla dimissione, creando un modello unico di assistenza centrato sul singolo paziente.



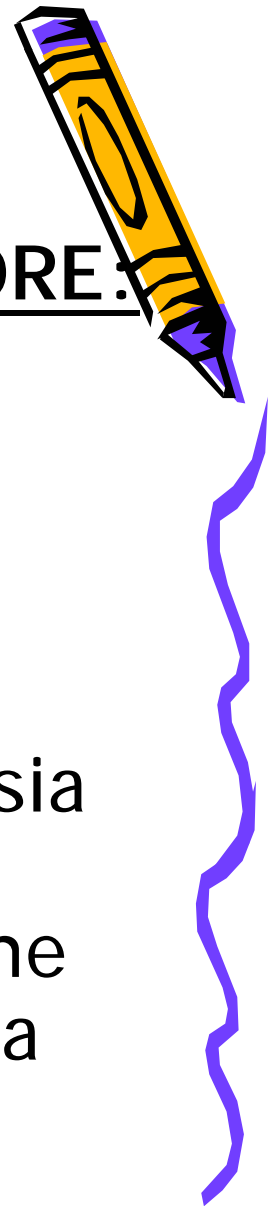
Le competenze cliniche

- La comprensione del modello organizzativo assistenziale,
- La conoscenza di una specifica popolazione di utenti,
- Le diagnosi cliniche correlate e i trattamenti medici,
- Le conoscenze sulla gestione delle risorse, l'uso di protocolli etc,
- Il riconoscimento della continuità assistenziale.



Ruoli del case-manager.....

- CLINICO: segue il giro visita e provvede alle cure dirette .
- MANAGER: determina con il gruppo gli obiettivi, gestisce la degenza e guida l'assistenza.
- COORDINATORE: coordina l'assistenza dall'ammissione al follow-up a domicilio.
- EDUCATORE: sia per l'equipe assistenziale che per il pz e la sua famiglia.



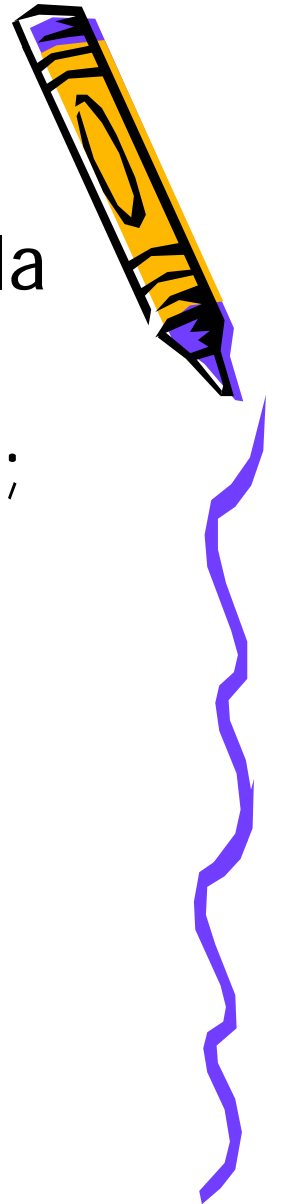
Inoltre l'infermiere case-manager.....

- Contribuisce a migliorare la qualità della vita del paziente, rilevando e sviluppando le capacità residue per aumentarne l'autonomia.
- Deve avere grandi abilità nel comunicare e nel negoziare con più figure professionali e non.



Vantaggi del case-manager

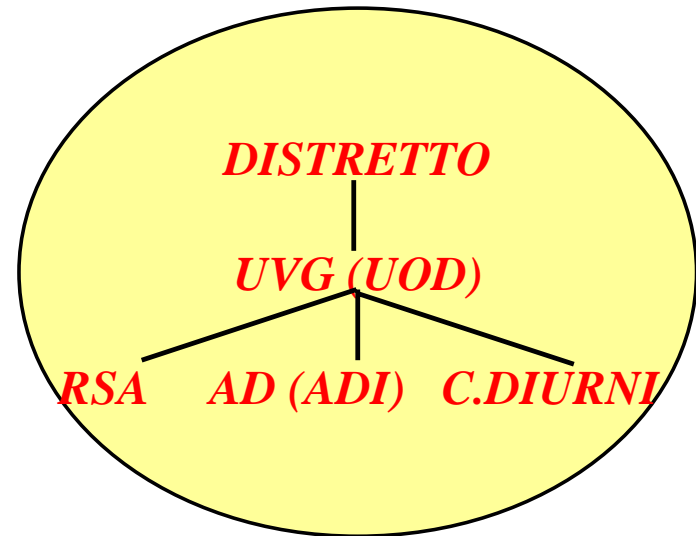
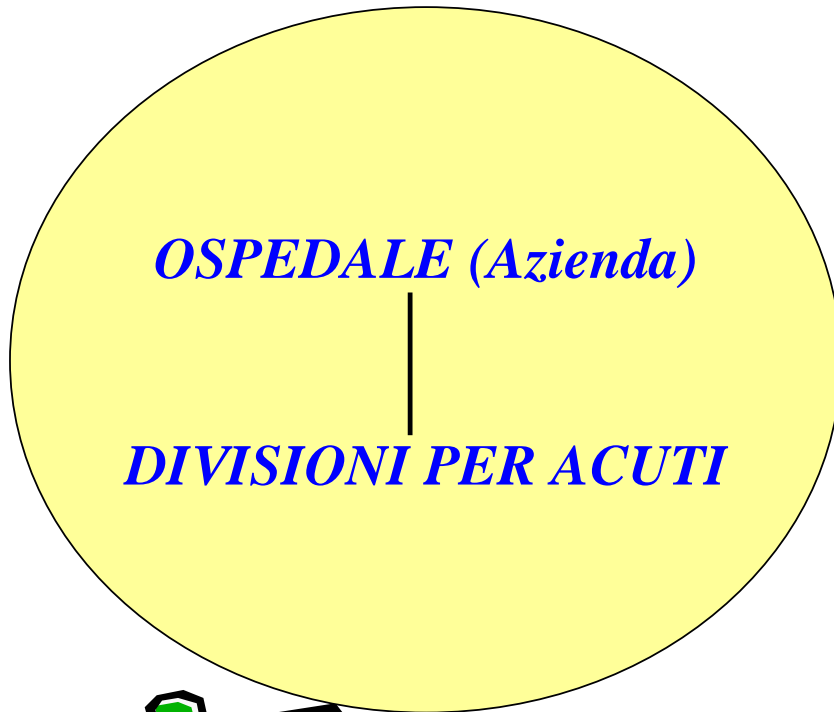
- E' centrato sui bisogni del pz e della famiglia;
- Fornisce risultati di cura di qualità;
- Aumenta la soddisfazione del pz;
- Minimizza la frammentazione della cura con il coordinamento;
- Promuove l'efficienza delle cure,



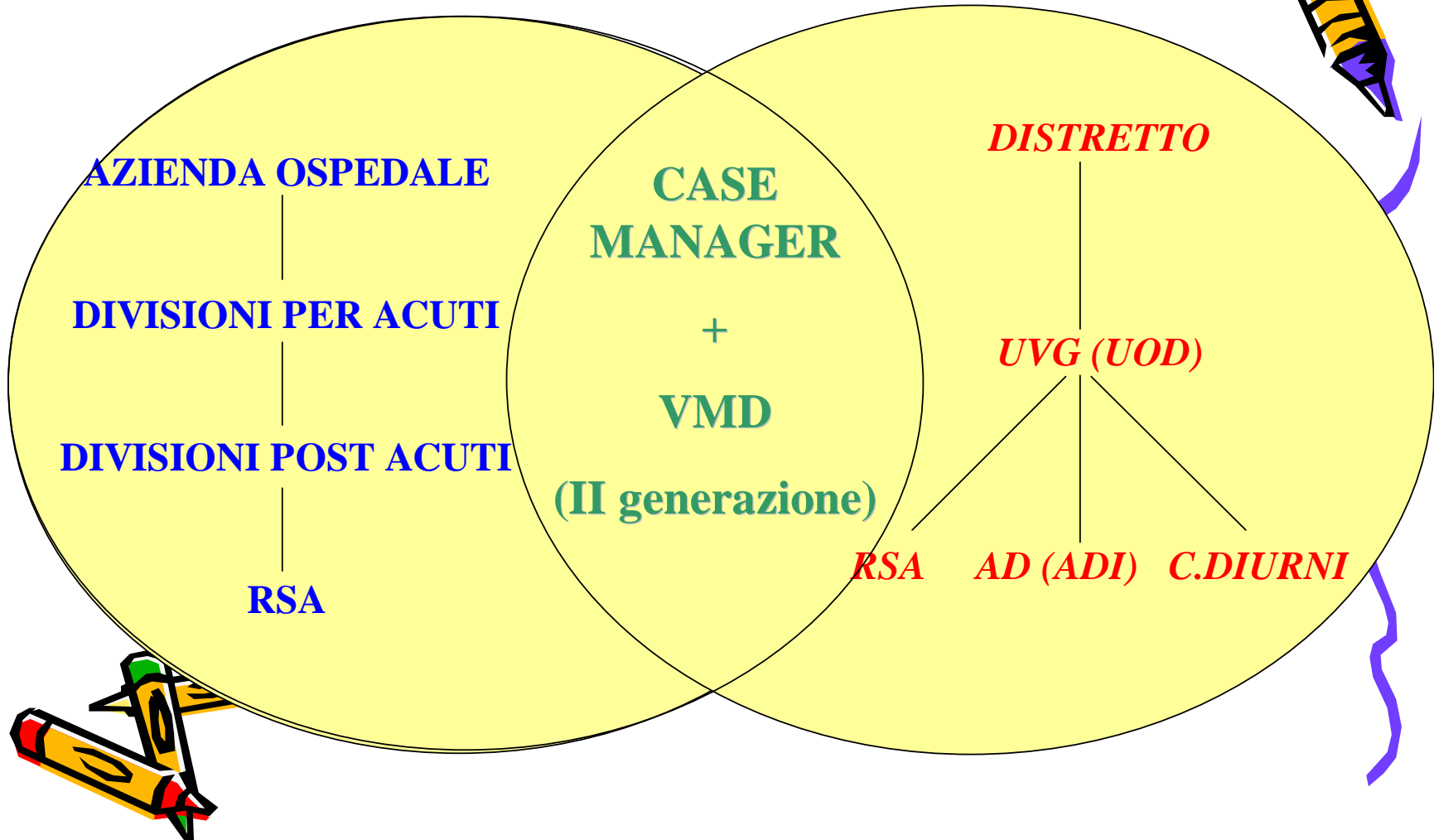
- Utilizza e coordina gruppi assistenziali multidisciplinari;
- Risponde ai bisogni dei provider;
- Rappresenta una fusione dei risultati clinici ed economici;
- Può essere un efficace strumento di marketing per gli enti sanitari.

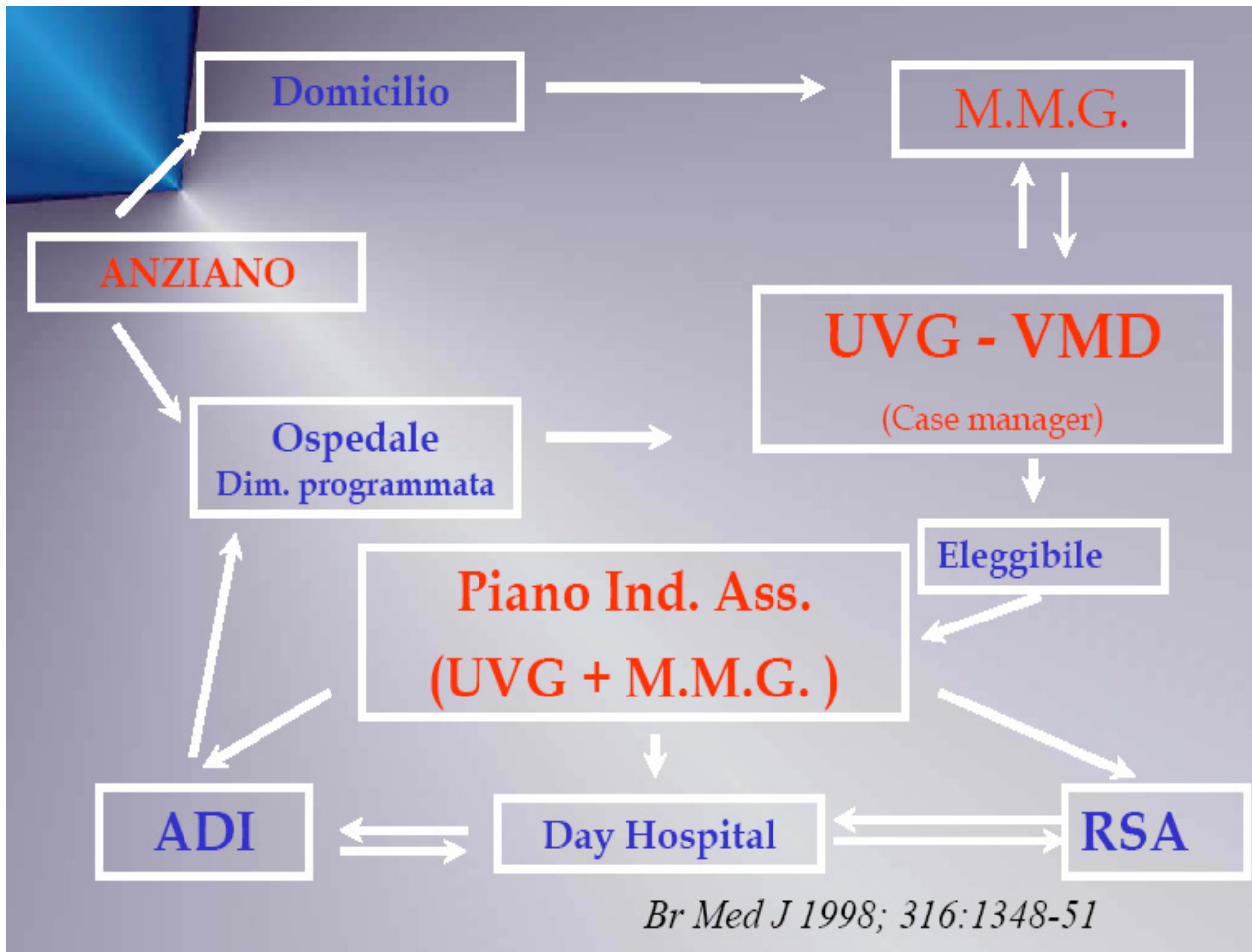


L'assistenza all'anziano fragile - situazione attuale



... in futuro





Esperienze sul case-manager

“Impatto di un modello di assistenza domiciliare integrata sulla popolazione anziana” nella ASL- comune di Rovereto.

Un trial clinico randomizzato e controllato su 200 pz anziani divisi in gruppo di controllo e di intervento, inserendo una UVG territoriale con dei case-manager e assistenti sociali.



I principali outcome includevano la percentuale di istituzionalizzazione, il consumo delle risorse territoriali, il loro rispettivo costo e la funzione fisica e cognitiva.

I risultati evidenziarono che il gruppo di intervento ha ridotto il rischio di ospedalizzazione e la durata della degenza e riduzione del declino funzionale e cognitivo.



“l'impatto dell'assistenza domiciliare integrata sulla ospedalizzazione dell'anziano fragile” in 4 ASL-Pieve di Soligo, Bergamo, Orvieto e Lecce.

Sono stati valutati 1204 soggetti con lo scopo di riorganizzare l'assistenza all'anziano fragile sul territorio con un approccio di case-manager integrata con un'assistenza socio-sanitaria usando lo strumento VAOR-ADI.



I case-manager e l'UVG hanno stabilito l'eleggibilità ai servizi di assistenza e programmando piani di intervento individualizzati.

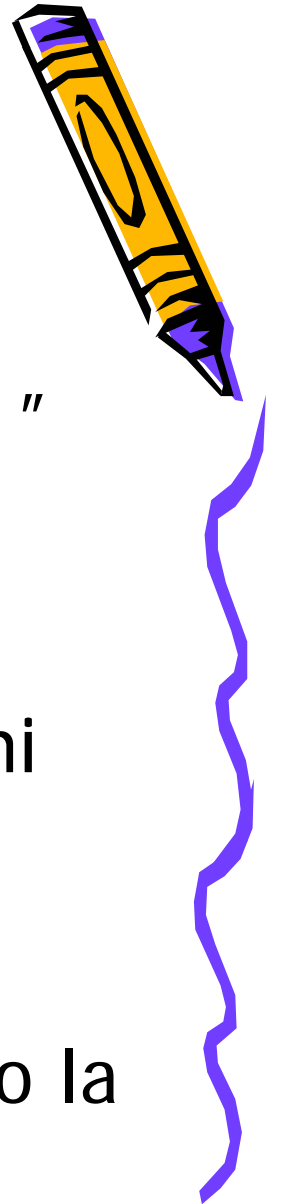
Si è osservato dopo l'implementazione del programma una riduzione della ospedalizzazione, della durata della degenza, una riduzione dei costi e si migliorano le misure preventive per riconoscere segni clinici e/o funzionali.



“Impatto di un nuovo strumento di VMD, VAOR-ADI, sullo stato funzionale e sul tasso di ospedalizzazione degli anziani in ADI” nella ASL-Bergamo.

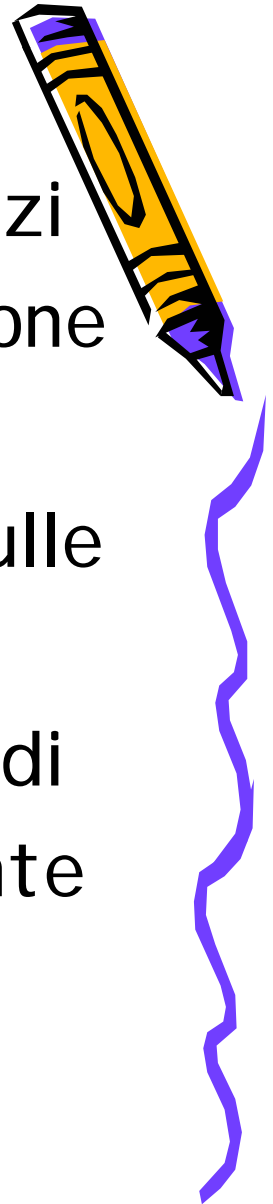
Sono state messe a confronto 2 metodologie di VMD su 187 pz anziani suddivisi in 2 gruppi (controllo ed intervento), nel gruppo di intervento

attuaron piano individuali dopo la valutazione VAOR-ADI.



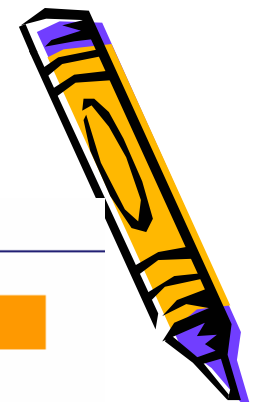
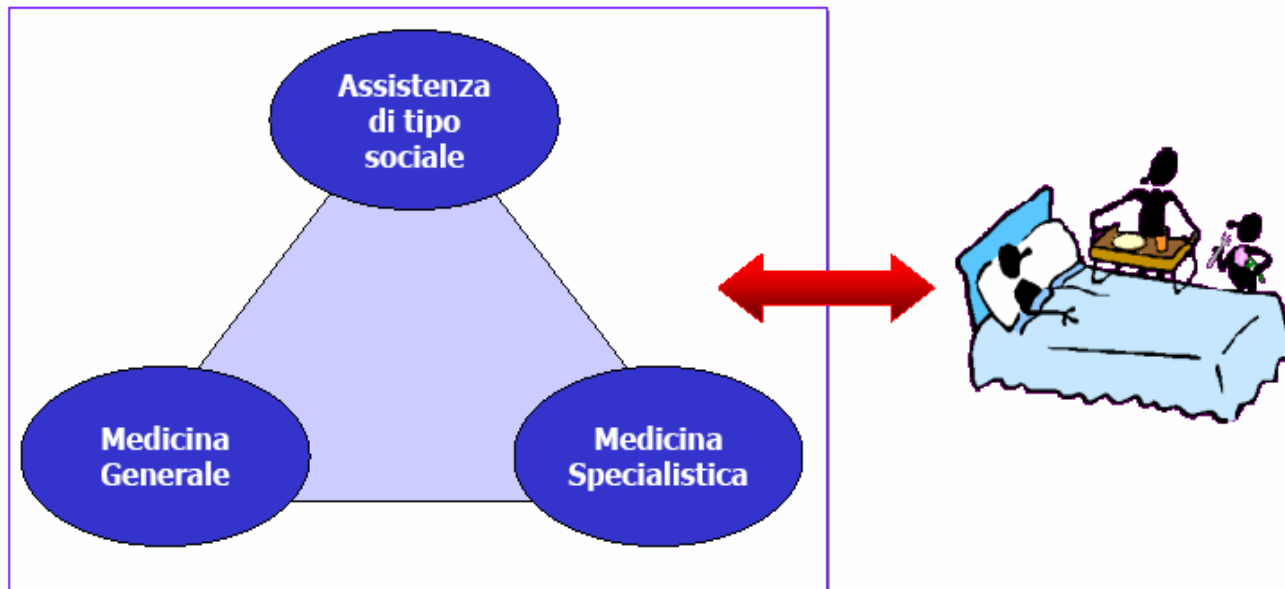
Gli outcomes attesi comprendevano l'ospedalizzazione, l'utilizzo dei servizi sanitari, i costi dei servizi e la funzione fisica e cognitiva.

La differenza maggiore si ottenne sulle performance funzionali e cognitive e sull'aumento dell'utilizzo dei servizi di carattere sociale, con una conseguente riduzione della spesa sanitaria.



La riorganizzazione delle cure primarie e l'integrazione del sistema

La presa in carico del paziente rende necessario un gioco di squadra



La riorganizzazione delle cure primarie e l'integrazione del sistema: alcune proposte

Istituire la figura del Case Manager, un professionista della valutazione, appositamente formato, che in collaborazione con il MMG, gli specialisti, e con il geriatra, ed alle dipendenze delle strutture distrettuali impegnate nella gestione della domiciliarità (Centri di Assistenza Domiciliare e quant'altro).



- intercetta e valuta direttamente sul territorio i bisogni socio-sanitari del paziente, attivando coerenti processi assistenziali;
- garantisce e supervisiona il processo di cura secondo il piano condiviso con il MMG e/o lo specialista, il geriatra, la famiglia all'interno dell'Unità Valutativa Distrettuale/Geriatria ed il team di assistenza;
- responsabilizza ed educa il paziente verso l'ottenimento della compliance alle terapie prescritte e verso l'aderenza ad uno stile di vita adeguato;



- opera con i pazienti in prima persona o per telefono, onde monitorarne le condizioni e fornire tutti i consigli necessari a favorire una migliore auto-gestione;
- si assicura della corretta erogazione dei servizi previsti dal piano di assistenza sia sul versante sanitario che sociale.



Grazie per l'attenzione

