

RICERCA INFERMIERISTICA: VIA MAESTRA PER LO SVILUPPO PROFESSIONALE

Stefano Bazzana, *Responsabile Comitato di Redazione*

"Nessuna umana scienza si può dimandare vera scienza se essa non passa per le matematiche dimostrazioni". (Leonardo da Vinci)

La professione infermieristica ha raggiunto importanti traguardi legati da un lato alle numerose innovazioni legislative e formative che hanno portato l'iter universitario fino ai dottorati di ricerca, dall'altro al costante consolidarsi delle conoscenze scientifiche che sostengono la nostra disciplina. Oggi però dobbiamo affrontare il difficile snodo di saper adeguare la pratica quotidiana a teorie scientifiche che individuino un ambito specifico di problemi di salute e di trattamenti assistenziali basati sulle evidenze.

La ricerca infermieristica può avere un ruolo basilare per raggiungere tale risultato, non a caso è prevista dalla legge 42/99, dal Profilo Professionale e dal Codice Deontologico. Diventa una responsabilità professionale, con applicazioni nei tre campi della disciplina (formazione, organizzazione e infermieristica clinica). Costituisce uno dei "fondamentali" per una professione intellettuale, seppur giovane, che secondo la legge è in grado di "progettare e rendere operativi modelli assistenziali innovativi basati su risultati di ricerca per la prevenzione e gestione dei problemi prioritari di salute della comunità".

Secondo l'autorevole rivista BMJ, il valore di una disciplina e la consistenza del sapere sono fortemente interdipendenti e questo valore si esprime in termini di autonomia professionale, riconoscimento sociale e, non dimentichiamolo, nella capacità di attirare risorse da impiegare nella ricerca stessa.

E' in questa prospettiva che il collegio IPASVI di Brescia intende continuare nella promozione e sostegno della ricerca infermieristica. Anche per il prossimo anno, in occasione della celebrazione della festa del 12 maggio, saranno premiati i migliori lavori di ricerca di colleghi che vogliono documentare e pubblicare le loro esperienze (nella rubrica Focus a pag. 25 il testo del bando con le modalità di partecipazione). L'argomento di ricerca di questa 2° edizione del

EDITORIALE



"La sapienza è figliola della speranza. E questa speranza si faccia più volte, acciò che qualche accidente non impedissi o falsassi tal prova, che la speranza fussi falsa, e ch'ella ingannassi o no il suo speculatore"

Concorso Nazionale è "La complessità assistenziale: strumenti di valutazione e modelli organizzativi".

Ulteriore obiettivo del Consiglio Direttivo è quello di riuscire a comunicare anche fuori dall'ambito provinciale, ma soprattutto all'esterno della professione, la portata dei progetti e delle idee che gli infermieri propongono riguardo la situazione degli assistiti, dei loro familiari, allo stato attuale del sistema organizzativo sanitario e delle risorse di cui dispone. E' nostra convinzione infatti, che ci siano a livello generale gravi lacune informative di che cosa avvenga in campo infermieristico e di quali siano le reali dimensioni dei processi realizzati per la tutela della salute dei cittadini. In quest'ottica viene data evidenza anche sui media locali al nostro Concorso, quale ulteriore modalità per celebrare la festa internazionale dell'infermiere.

Nell'ultimo numero di *Tempo di Nursing* abbiamo dato notizia delle premiazioni del I Concorso Nazionale per la Ricerca Infermieristica.

In questo numero pubblichiamo una sintesi dei lavori presentati nell'ambito del convegno del 12 maggio scorso dalle colleghe vincitrici dei due premi assegnati nell'edizione 2008. Il tema proposto era "Case Management quale modalità organizzativa per la presa in carico e l'integrazione professionale". Il primo articolo di Signorotti e Stuani, attraverso una rigorosa revisione della letteratura nazionale e internazionale, conferma le due ipotesi insite nel titolo stesso del concorso mentre lascia aperti altri quesiti riguardanti la figura del professionista infermiere quale candidato ideale case-manager e, ancora, la relazione fra case management e riduzione delle riospedalizzazioni.

Il secondo contributo, di Bevilacqua e Pasotti, vuole documentare l'applicazione del modello e il ruolo dell'infermiere case-manager in Italia, previa ricerca bibliografica e conseguente indagine esplorativa svolta mediante questionario e colloqui telefonici.

Le esperienze italiane esistenti, raccolte e analizzate dimostrano che l'attenzione da sempre posta dalla professione infermieristica ai temi del prendersi cura e della risposta olistica ai bisogni della persona si sta trasformando, nella pratica, in ricerca e adozione di modelli organizzativi che assicurino il raggiungimento di tali risultati.

Lo stesso Comitato Ministeriale per le Scienze Infermieristiche, nel 1° Rapporto sulle professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche nel SSN, ha recentemente sottolineato l'importanza dell'utilizzo di modelli e strumenti che diano evidenza e tracciabilità al progetto assistenziale garantito al cittadino.

Il tema individuato dall'IPASVI di Brescia per l'edizione 2009 va in questa direzione. Ci attendiamo quindi numerosi e inediti lavori di ricerca da parte vostra.

Case Management quale modalità organizzativa per la presa in carico e l'integrazione professionale: revisione della letteratura

Nadia Stuani, *Infermiera, U.O. Patologia Neonatale, Ospedali Riuniti di Treviso*

Laura Signorotti, *Infermiera Coordinatore, Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri Riuniti, ASL Novara*

"Medicina è ripareggiamento de' disequalati elementi; malattia è discordanza d'elementi fusi nel vitale corpo." (Leonardo da Vinci)

ABSTRACT

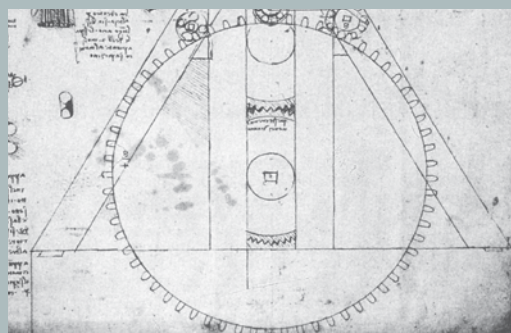
Background. *I forti cambiamenti in ambito sanitario, l'aumento della complessità e la frammentazione delle cure hanno reso necessario la realizzazione di un coordinamento delle cure attraverso la definizione di percorsi clinico-assistenziali. Il modello organizzativo assistenziale del case management si propone come strumento atto a favorire l'efficacia e il controllo dei costi attraverso la massima individualizzazione delle risposte ai bisogni sanitari.*

Obiettivi. *Obiettivo della ricerca è verificare se l'adozione del modello del case management consente la riduzione delle riospedalizzazioni, definire in quali situazioni assistenziali è efficace e quale ruolo si trova a svolgere l'infermiere di case management.*

METODI: *sono state reperite on line review e meta analisi attraverso la revisione della letteratura nazionale e internazionale.*

Risultati. *L'adozione del case management non ha dato risultati significativi sulla riduzione dei giorni di degenze e sulle riospedalizzazioni. Il case manager deve essere un clinico esperto con capacità di gestione e conoscenza dell'organizzazione del Sistema Sanitario. Molti studi hanno evidenziato il ruolo centrale del case manager nell'organizzazione e nella gestione dei pazienti in ambito delle cure*

NURSING E RICERCA



La Garzatrice.
Codice Atlantico, f. 161

domiciliari, in molte patologie croniche ma anche nei contesti delle cure di patologie acute.

Conclusioni. *Sembrano essere confermate la generale utilità ed efficacia del modello, anche se non per tutte le situazioni assistenziali e se vi sono studi che evidenziano risultati contrastanti soprattutto sulla riduzione delle riospedalizzazioni. Rimane da studiare se il ruolo di case manager sia una competenza prettamente infermieristica. Ci sono pochi studi di qualità scientifica buona. Rimangono ancora molti ambiti da indagare.*

Parole chiave. *Case management, Nursing role, Patient readmission.*

INTRODUZIONE

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 può essere considerato una metodologia di managed care o gestione globale del paziente; è un sistema organizzativo di cura che ha come fine il raggiungimento di determinati risultati usando risorse appropriate al caso specifico e al tipo di utenti serviti. Il managed care richiama quindi i concetti di continuità e integrazione della risposta assistenziale e di controllo dell'utilizzazione delle risorse. I sistemi managed care si sono diffusi negli Stati Uniti su proposta dalle compagnie di assicurazione quale sistema di contenimento dei costi; quanto messo in pratica negli Stati Uniti, non è trasferibile direttamente ai paesi europei.

In Europa e, in particolare, 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. In un simile contesto il case management può essere visto come una metodologia di organizzazione dei servizi sanitari basata sulla centralità dell'utente che ha come fine la massima integrazione delle prestazioni erogate per il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza e per il contenimento dei costi ma può anche essere considerato uno strumento fondamentale per migliorare altri aspetti della qualità delle cure quali l'appropriatezza del livello di erogazione e l'accettabilità da parte dell'utente.

Per mettere in pratica questo modello è indispensabile la collaborazione di professionisti appartenenti a diverse aree assistenziali, non solo sanitarie ma anche sociali. Il case management si viene così a definire come un processo basato sulla collaborazione multiprofessionale volto alla valutazione, pianificazione, implementazione, coordinamento, monitoraggio e selezione delle opzioni e dei servizi che possono soddisfare le esigenze di quello specifico paziente o gruppo di pazienti. La gestione del caso richiede l'adeguamento delle figure sanitarie tradizionali a ruoli di nuova responsabilità ove la caratteristica principale è costituita dalla capacità di valutare i bisogni, di pianificare gli interventi e di mantenere livelli di alta ed efficiente cooperazione tra gli operatori e la rete dei caregiver dell'assistito.

STRATEGIA DELLA RICERCA

All'inizio di questa ricerca ci siamo poste due domande:

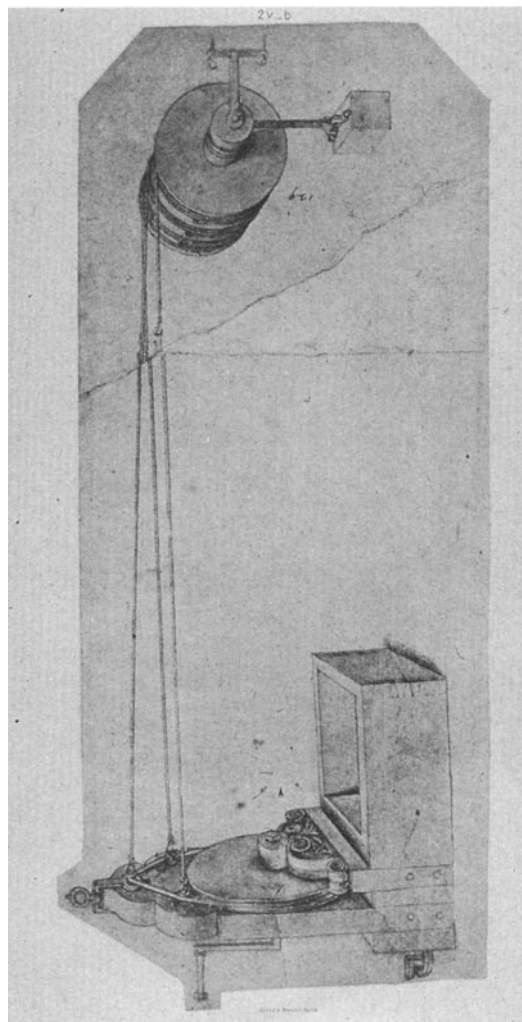
- 1 - Il case management consente la presa in carico del paziente?
- 2 - Il case management è un valido strumento per l'integrazione multiprofessionale?

Esse si sono dimostrate, dall'analisi dei dati raccolti, ampiamente superate nella realtà dei fatti. Gli studi di ricerca sull'efficacia di questo sistema di assistenza, negli Stati Uniti, risalgono agli anni '80 -90 e riguardano l'utilizzo del modello in diverse situazioni assistenziali inizialmente rivolte a patologie croniche ma successivamente anche ad ambiti di assistenza per acuti. Il case management come strumento per la presa in carico dei pazienti risulta quindi essere consolidato da diversi studi così come la necessità di una collaborazione multiprofessionale.

Tuttavia è emerso che restano aperti alcuni quesiti:

- 1 - il case management consente di ridurre le riospedalizzazioni?
- 2 - quali situazioni assistenziali sono davvero in grado di trarre beneficio dall'uso del case management?
- 3 - quale ruolo si viene a determinare per il professionista infermiere?

Ed è su questi quesiti che, per rendere più attuale, maggiormente incisiva e utile la nostra ricerca, ci siamo riorientate, facendone gli



Macchina per attorcigliare le corde.
Codice Atlantico, f. 2

obiettivi del nostro studio.

La nostra ricerca è stata condotta utilizzando la metodologia EBN, che prevede l'utilizzo del metodo PICO come strumento per trasformare la domanda di ricerca in parole chiave che consentano l'effettuazione della ricerca nelle banche dati. Le parole chiave individuate, impiegate singolarmente o abbinate tra di loro, sono: Case management; Nursing role (ruolo infermieristico); Patient readmission (riospedalizzazione); Multiprofessional (multiprofessionale).

Utilizzando le parole chiave si è proceduto alla revisione della letteratura nazionale e internazionale attraverso la consultazione delle principali banche dati condotta attraverso il Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo, le pagine EBN del Centro Studi del Servizio Infermieristico del Sant'Orsola/Malpigi e la consultazione di riviste italiane reperibili on line.

Nella scelta degli articoli da utilizzare per la nostra ricerca sono stati definiti dei criteri di selezione. Sono stati presi in esame solo gli articoli pertinenti ai quesiti; revisioni sistematiche e meta-analisi; gli articoli che rendevano disponibile l'abstract; pubblicati negli ultimi 5 anni e scritti in lingua inglese, italiana e francese.

Dalla ricerca effettuata nelle banche dati primarie sono stati trovati 181 documenti. Si è proceduto alla valutazione degli abstracts dai quali si è rilevato la pertinenza di 8 pubblicazioni e si è quindi proceduto al recupero e alla lettura dei fulltexts dalla quale è emerso che tre erano attinenti alle nostre domande di ricerca.

Le tre pubblicazioni sono state reperite su PubMed, una delle quali è risultata anche dalla ricerca condotta nella Crochran Library. Si tratta di due review e di una review con meta analisi. Si è quindi proceduto alla valutazione critica delle pubblicazioni utilizzando "La scheda per la valutazione delle revisioni sistematiche", adattata da Joanna Briggs Institute, 2000, tratta dal sito del Centro Studi EBN. Dalla valutazione è emerso che solo la meta analisi è stata condotta rispettando i criteri considerati dalla scheda di valutazione. Le due revisioni hanno infatti dichiarato solo il quesito della ricerca senza dettagliare le modalità della conduzione della ricerca, limitandosi alla presentazione dei risultati e delle conclusioni. Si è comunque deciso di considerare le due pubblicazioni in quanto pertinenti ai quesiti della ricerca.

RISULTATI

Da oltre 15 anni il modello del case management è stato utilizzato nei sistemi sanitari per mantenere o migliorare la qualità delle cure in una situazione di limitata disponibilità economica, in particolare, dall'analisi degli articoli, è emerso che il nurse case management è stato visto come un mezzo per provvedere ad una assistenza di qualità del paziente ⁽¹⁾.

Il focus degli studi presi in considerazione dalla meta-analisi di Kim Y.J. e Soeken K.L. è stato quello di individuare un modello che consentisse di migliorare le cure per assicurare che ogni paziente ricevesse quello di cui necessitava quando era necessario ⁽²⁾.

Secondo uno studio considerato nella stessa meta-analisi devono essere apportate quattro modifiche organizzative per consentire un programma di case management efficace:

- 1 - sviluppare un ruolo di leadership per il case manager;
- 2 - sviluppare degli obiettivi basati su percorsi;
- 3 - coinvolgere il sistema delle cure domiciliari in un piano di dimissione precoce;
- 4 - ri-orientare i processi di educazione del paziente.

Ci sono dei risultati derivanti dalle cure che ci si aspetta vengano ottenuti con l'adozione del case management: migliorare la qualità delle cure, incrementare la soddisfazione del paziente, ridurre la durata dei ricoveri, ridurre i costi, eliminare le prestazioni non necessarie, ridurre le riospedalizzazioni ⁽³⁾.

Il case management consente di ridurre le riospedalizzazioni?

Non vi sono ancora prove di efficacia sulla riduzione della riospedalizzazione. Dalla meta-analisi è emerso che, in uno studio l'adozione del case management non ha dato risultati significativi sulla riduzione dei giorni di degenza e sulle riospedalizzazioni, mentre in altri studi si è rilevata l'efficacia nell'applicazione del case management prevalentemente nelle situazioni di malattie mentali.⁽⁴⁾

L'impiego di infermieri di case management ha avuto un significativo effetto sulla riduzione della durata della degenza e della riospedalizzazione, quando sono stati responsabili clinici e finanziari dei risultati di ogni paziente.⁽⁵⁾

Il case management implica una stretta collaborazione interdisciplinare con le altre figure coinvolte nel processo di cura. Esso infatti richiede un piano ed un servizio di assistenza coordinati che rispon-

(1) - Kim YJ, Soeken KL; "A meta-analysis of the effect of hospital-based case management on hospital length-of-stay and readmission." Nurs Res. 2005 Jul-Aug; 54(4):255-64.

(2) - ibidem

(3) - ibidem

(4) - ibidem

(5) - ibidem

dano alle necessità individuali del paziente, della sua famiglia e dei caregivers.⁽⁶⁾

Si deve comunque considerare che in alcuni studi non era dichiarato come venissero considerate le riospedalizzazioni: se nello stesso ospedale o anche in altri.⁽⁷⁾

Alcuni studi presi in considerazione hanno delle severe limitazioni: alcuni possono aver considerato studi non pubblicati e possono avere fornito risultati sovra o sotto stimati dell'efficacia degli interventi e dare delle descrizioni imprecise degli interventi di case management e delle cure standard, pertanto gli effetti degli interventi del case management potrebbero essere diversi da quanto riportato.⁽⁸⁾

Quale ruolo si viene a determinare per il professionista infermiere nell'ambito del case management?

In molti studi gli infermieri sono utilizzati come case manager per coordinare i servizi di cura, pertanto il case manager deve essere un clinico esperto con capacità di gestione e conoscenza dell'organizzazione del Sistema Sanitario.⁽⁹⁾

Il termine comune degli studi presi in considerazione è che il case manager ha un ruolo importante di sorveglianza e gestione della qualità delle cure.⁽¹⁰⁾ Al case manager si richiedono comprensione e conoscenza profonde del paziente e del suo contesto psicosociale e sanitario senza il quale esso non può avere successo.⁽¹¹⁾

Le funzioni del case manager sono la valutazione, l'educazione e il coordinamento dei servizi e delle cure dove queste si presentavano frammentate e discontinue. Il cuore delle funzioni del case manager è costituito dalla valutazione, dalla pianificazione, dal collegamento, dal monitoraggio e dall'advocacy.⁽¹²⁾

Altra funzione del case manager è l'educazione terapeutica e sanitaria ai pazienti, ai famigliari e ai caregiver durante il ricovero, alla dimissione, ma anche a livello domiciliare. L'educazione è focalizzata soprattutto sulla comprensione e sull'acquisizione di conoscenze inerenti linee guida opportunamente definite riguardanti i trattamenti, i farmaci, le attività e l'autogestione associati con il processo di malattia. L'efficacia di questi interventi è dimostrata, in particolare, in uno studio, analizzato nella meta analisi, nel quale era stato definito un progetto di formazione a pazienti con insufficienza cardiaca. Il progetto prevedeva la predisposizione di materiali formativi e informativi per il paziente creati da un team multidisciplinare composto

(6) - ibidem

(7) - ibidem

(8) - ibidem

(9) - ibidem

(10) - Stanton MP, Swanson M, Sherrod RA, Packa DR, "Case management evolution: from basic to advanced practice role." *Lippincott's Case Manag.* 2005 Nov-Dec; 10 (6): 274-84; quiz 285-6. Review

(11) - Kim YJ, Soeken KL - cit.

(12) - Schaefer J, Davis C, "Case management and the chronic care model: a multidisciplinary role." *Lippincott's Case Manag.* 2004 Mar-Apr; 9(2):96-103. Review

da medici, infermieri e dietisti.⁽¹³⁾ Da tutto questo se ne ricaverebbe che la figura professionale più adatta al ruolo di case manager sia quella dell'infermiere che, per la sua impostazione, contempla una visione olistica del paziente, ed avrebbe già in sé le conoscenze e le abilità per ricoprire questa funzione.

Il ruolo si è evoluto e continua a crescere in complessità in una vasta varietà di situazioni sanitarie. Questa crescita rapida e dinamica ha portato ad un aumento delle responsabilità del case manager, che secondo alcuni autori, potrebbe aprire nuove possibilità di avanzamento di carriera.⁽¹⁴⁾

Infatti, oltre alle competenze ed alle conoscenze personali, è essenziale che l'infermiere di case management abbia "autorità e responsabilità" per funzionare come un "central leader" nel facilitare e coordinare i piani di cura di ogni paziente, in stretta collaborazione con un team multidisciplinare.⁽¹⁵⁾

Tuttavia sussistono ancora solide barriere alla visione del case management come una pratica avanzata del nursing. Una di queste è la varietà di responsabilità assegnate al case manager nei vari contesti, che può indurre il mancato riconoscimento della specificità; un'altra è la mancanza di una certificazione che attesti la specializzazione nel ruolo di case manager e il fatto che alcuni aspetti del case management possano essere assegnati a figure sociosanitarie diverse; infine la storica visione dell'assistenza/cura come divisa in diversi settori e non aggregata per ottenere un fine comune.⁽¹⁶⁾

Alcuni autori ritengono necessario distinguere le competenze dei case manager in "competenze di base" ed in "competenze avanzate", a seconda del livello di complessità assistenziale richiesta dal paziente, attribuendo agli infermieri con maggiore "esperienza" quelli più complessi.⁽¹⁷⁾

Il case management infermieristico può essere applicato in vari ambiti. Molti studi hanno evidenziato il ruolo centrale del case manager nell'organizzazione e nella gestione dei pazienti in ambito delle cure domiciliari, in molte patologie croniche e ma anche nei contesti delle cure di patologie acute.⁽¹⁸⁾

Il ruolo del case manager è stato a lungo centrato nell'assicurare cure ottimali a popolazioni con patologie croniche. La miglior qualità delle cure è assicurata da una programmata interazione tra: pazienti, familiari, caregivers e fornitori dell'assistenza. Il paziente debitamente informato e coinvolto è in grado di comprendere me-

(13) - Kim YJ, Soeken KL - cit.

(14) - Stanton MP, Swanson M, Sherrod RA, Packa DR - cit.

(15) - Kim YJ, Soeken KL - cit.

(16) - Stanton MP, Swanson M, Sherrod RA, Packa DR - cit.

(17) - Ibidem

(18) - Stanton MP, Swanson M, Sherrod RA, Packa DR - cit.

glio la propria malattia e, quindi essere maggiormente capace di autogestione, oltre a comprendere cosa il sistema sanitario gli può offrire.⁽¹⁹⁾

Quali situazioni assistenziali sono in grado di trarre beneficio dall'uso del case management?

Gli interventi di assistenza domiciliare sono diventati una parte critica per il case management ospedaliero: alcuni studi sono stati condotti sull'utilizzo del case manager ospedalieri nelle visite domiciliari. In questi studi non sono stati comunque definiti chiaramente la frequenza e l'intensità delle visite così come le attività svolte durante queste visite, pertanto i risultati non risultano sufficientemente validi. Comunque l'assistenza domiciliare attraverso le visite dei case managers ed il collegamento di questi con le strutture che organizzano l'*Ospedale a domicilio* può essere un valido strumento specialistico di raccordo tra le necessità del paziente e dei familiari con quelle dei fornitori dell'assistenza. Tutto questo può portare ad una assistenza domiciliare di successo.⁽²⁰⁾

La review di Schaefer J. e Davis C. prende in considerazione studi condotti sull'utilizzo del modello di case management nelle malattie croniche.⁽²¹⁾ Da diversi studi è emerso che è importante considerare per quali patologie si ha più probabilità di avere benefici dall'intervento di case management. Per esempio si è rilevata l'efficacia dell'uso di case management nell'insufficienza cardiaca e nelle patologie chirurgiche piuttosto che negli stroke, rilevando una riduzione dei costi e delle riospedalizzazioni. Inoltre si deve tenere presente che ci sono pazienti che hanno beneficiato dall'uso del case management e altri no.⁽²²⁾

I modelli di case management sono stati spesso indirizzati verso specifiche patologie e non a specifici pazienti, si sono creati case manager con indirizzo centrato su una specifica patologia e non "generico", con una visione globale, come invece sarebbe più utile per poterlo applicare in diverse situazioni, patologie e contesti.⁽²³⁾

In generale si è dimostrato molto utile nella presa in carico globale del paziente tesa a favorire la compliance dei pazienti cronici, la loro adesione alle cure e il miglioramento della qualità di vita anche attraverso un sistema di integrazione delle diverse figure professionali coinvolte nella cura.⁽²⁴⁾

(19) - Schaefer J, Davis C - cit.

(20) - Kim YJ, Soeken KL - cit.

(21) - Schaefer J, Davis C - cit.

(22) - Kim YJ, Soeken KL - cit.

(23) - Schaefer J, Davis C - cit.

(24) - Ibidem

DISCUSSIONE

Dall'analisi dei vari documenti considerati si sono evidenziati:

1 - il case management è ormai un modello ampiamente conosciuto ed utilizzato a livello internazionale. In Italia esso comincia solo negli ultimi anni ad essere implementato in pochi selezionati contesti.

2 - Il case management è un modello che consente la presa in carico globale del paziente,

ne assicura la continuità assistenziale e aumenta la qualità complessiva delle cure, soprattutto attraverso l'integrazione multiprofessionale e la scelta delle prestazioni effettivamente necessarie, evitando gli sprechi.

3 - Vi sono prove contrastanti sulla capacità del case management di diminuire la durata della degenza e il numero delle riospedalizzazioni non programmate.

4 - Il case management consente una diminuzione dei costi anche se non rilevante come ci si aspetterebbe.

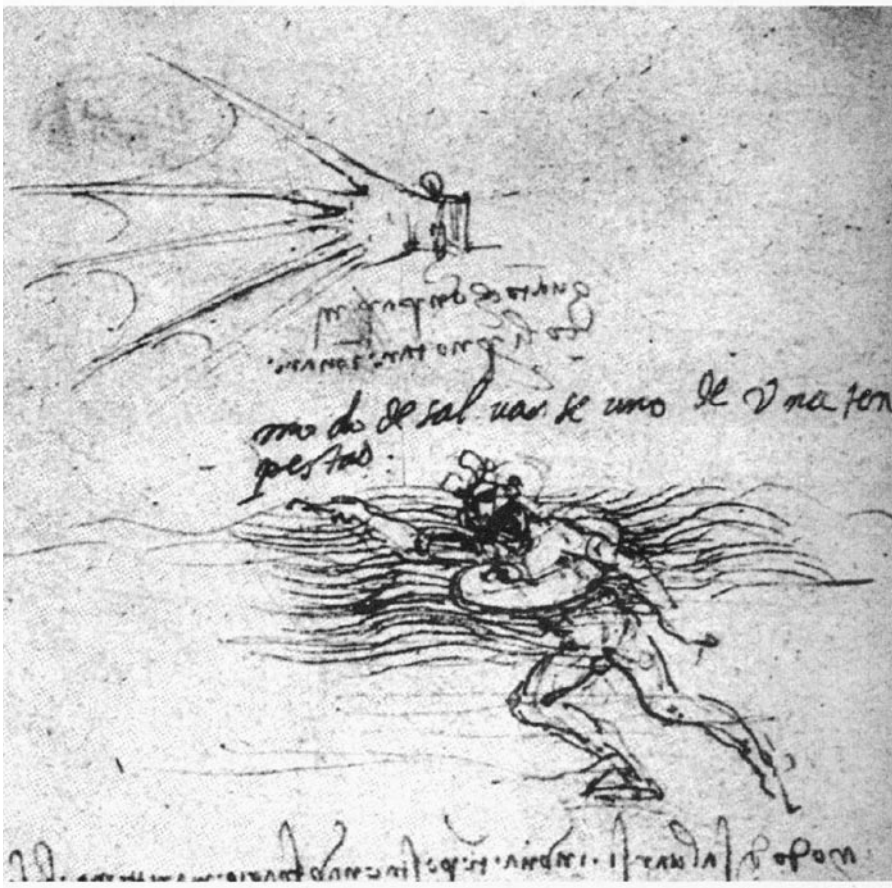
5 - Il case management aumenta la compliance

del paziente attraverso una maggiore incisività dell'educazione terapeutica con un aumento delle conoscenze, della comprensione della malattia della capacità di autocura, del coinvolgimento dei caregivers e un generale miglioramento della qualità della vita.

6 - Il case management aumenterebbe la soddisfazione globale di operatori pazienti e caregivers.

7 - Non tutti i pazienti necessitano e sono in grado di trarre beneficio dall'utilizzo del case management.

8 - Il ruolo di case manager è un ruolo che si configura altamente



Mano palmata.
Codice Atlantico, f. 276

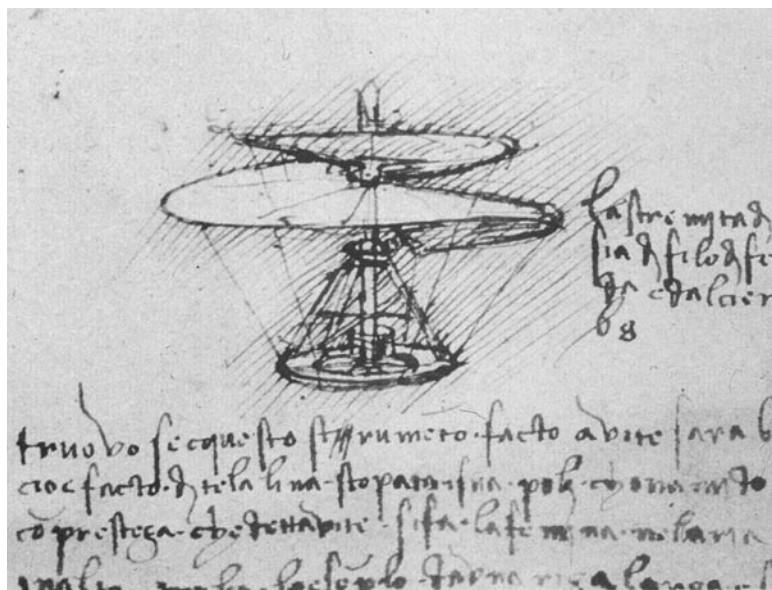
adatto alla figura professionale dell'infermiere, in quanto, già preparato ad avere una visione olistica, a 360 gradi del paziente nel suo contesto psico-sociale. Ciò nonostante vi sono ancora problemi a configurarlo come un ruolo prettamente infermieristico.

Tra gli studi di ricerca fino ad ora effettuati, pochissimi sono stati i trial randomizzati e la loro "qualità scientifica", dopo attenta valutazione attraverso le schede di valutazione adottate, li colloca ad un livello piuttosto basso.

Di conseguenza sono necessari altri studi, di qualità migliore, possibilmente trial randomizzati che confermino o smentiscano i risultati fin qui ottenuti.

Sono tante ancora le domande che restano aperte sull'argomento.

- Quale è il reale impatto costo-efficacia del case management?
- In quali contesti, patologie, pazienti esso è davvero la strategia ottimale?
- Quello di case manager è o no un ruolo prettamente infermieristico? Perché?
- È utile una "specializzazione" ad hoc per il case manager?
- È utile differenziare il case manager in "di base" ed "avanzati"?
- Nel contesto italiano quali applicazioni sarebbero auspicabili?
- Dal confronto con altri modelli organizzativi assistenziali cosa scaturisce?



Vite aerea. Codice Atlantico, f. 83

BIBLIOGRAFIA

Kim YJ, Soeken KL; "A meta-analysis of the effect of hospital-based case management on hospital length-of-stay and readmission." *Nurs Res.* 2005 Jul-Aug; 54(4):255-64.

Schaefer J, Davis C, "Case management and the chronic care model: a multidisciplinary role." *Lippincotts Case Manag.* 2004 Mar-Apr; 9(2):96-103. Review.

Stanton MP, Swanson M, Sherrod RA, Packa DR, "Case management evolution: from basic to advanced practice role." *Lippincotts Case Manag.* 2005 Nov-Dec; 10 (6): 274-84; quiz 285-6. Review.

Chiari P., Satollo A., "L'infermiere Case Management", Milano: edizioni McGraw Hill, 2001.

Case Management quale modalità organizzativa per la presa in carico e l'integrazione professionale

Bevilacqua Patrizia, Infermiera coord. S.I.T.R. Montichiari, Spedali Civili Brescia

Pasotti Elena Angela, Infermiera coord. formazione Spedali Civili Brescia

"Ogni nostra cognizione precippia dai sentimenti." (Leonardo da Vinci)

ABSTRACT

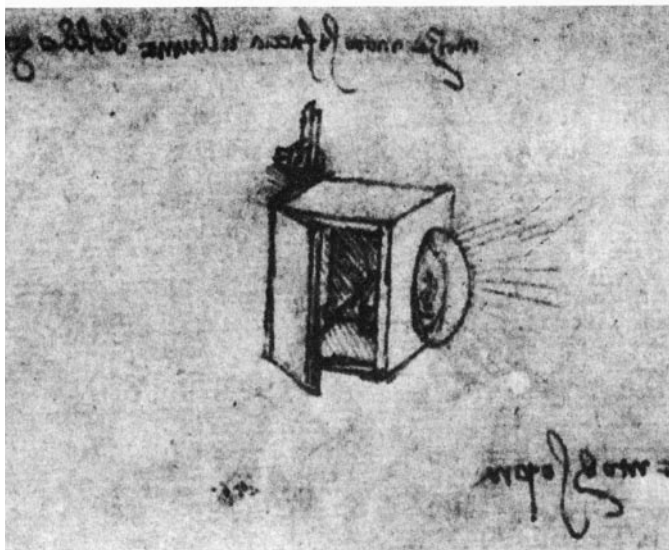
Il case management è una modalità olistico-sistematica di presa in carico del "caso" che si è sviluppata nel Nord America come esperienza maturata nel campo dell'assistenza sanitaria e dell'assistenza sociale, in ambito ospedaliero e territoriale, del paziente cronico e multiproblematico.

Anche se figure professionali come l'educatore o l'assistente sociale possono essere prese in considerazione per svolgere il ruolo di case manager, soprattutto nei servizi di salute mentale e nei servizi sociali, il presente lavoro intende descrivere come l'infermiere, opportunamente formato, è certamente il candidato più naturale per interpretare questo ruolo, soprattutto nel contesto dell'area sanitaria.

Volendo documentare l'applicazione del modello ed il ruolo dell'infermiere case manager in Italia, dove l'interesse scientifico ed operativo è ancora recente, è stata prodotta una ricerca bibliografica in letteratura ed effettuata un'indagine, per comparare alcune esperienze, utilizzando un questionario e colloqui telefonici.

La possibilità del case manager di migliorare l'integrazione professionale e la qualità del governo clinico assistenziale, attraverso la presa in carico, è strettamente correlata all'adeguatezza della scelta di adozione del modello di case management in funzione del contesto, dei bisogni assistenziali e di cura e alla qualità degli esiti ottenibili dall'applicazione di tale modello.

Le esperienze raccolte e analizzate dimostrano che l'attenzione ed il fermento che da sempre connotano la professione infermieristica rispetto ai temi del prendersi cura, della risposta olistica ai bisogni della persona si stanno trasformando, in ambito pratico, nella ricerca di modelli organizzativi che promuovano il raggiungimento di tali risultati.



Riflettore.
Codice Atlantico, f. 34

INTRODUZIONE

La ricerca realizzata intende descrivere funzioni e metodologie che sono alla base del modello di case management e la specificità della sua applicazione in ambito infermieristico evidenziando anche i supporti di cui necessita per la sua adozione nel sistema socio-sanitario.

I quesiti di ricerca che hanno caratterizzato lo sviluppo di questo elaborato sono stati i seguenti:

- La continuità assistenziale perseguita attraverso la presa in carico del paziente da parte della figura del case manager migliora l'integrazione professionale e la qualità del governo clinico assistenziale?
- E' possibile, anche nel nostro Paese, superare i limiti di una assistenza sanitaria, ed in particolare infermieristica, prigioniera di rigidi automatismi, incapace di comprendere e farsi carico degli effettivi bisogni delle singole persone?

Il case management è una modalità olistico-sistematica di presa in carico del "caso" che si è sviluppata nel Nord America come esperienza maturata nel campo dell'assistenza sanitaria e dell'assistenza sociale, in ambito ospedaliero e territoriale, del paziente cronico e multiproblematico.

Forse in quanto fenomeno ancora relativamente giovane, nato dall'esperienza non coordinata di diverse realtà, non esiste a tutt'oggi nella letteratura e nella realtà applicativa una definizione univoca di case management, né un unico orientamento sulla figura professionale più idonea a ricoprire il ruolo di case manager, quasi a dimostrazione del fatto che le numerose esperienze fatte a livello internazionale sono il frutto di iniziative individuali di diverse realtà ed ambiti applicativi che non hanno goduto di una regia coordinatrice. La ricerca bibliografica in materia offre un panorama vasto e variegato, tuttavia, nella loro diversità, le definizioni proposte da organismi e autori di diversa nazionalità convergono nel ritenere il case management un processo personalizzato di assistenza per pazienti ad alto rischio associato ad alti costi di cura, che ha lo scopo di guidare i professionisti:

- nella definizione del percorso assistenziale più adeguato,
- nella predisposizione delle modalità di coordinamento più rispondenti alle necessità del "caso",
- nella progettazione di piani e programmi in grado di migliorare la qualità e l'efficacia degli interventi socio-sanitari, di controllarne i costi e di ottimizzarne i risultati.

Un programma di case management si compone delle seguenti fasi

logiche:

- 1 - Screening dei pazienti e selezione dei casi da assegnare al case manager.
- 2 - Valutazione del caso.
- 3 - Sviluppo del piano assistenziale/d'intervento o di dimissione.
- 4 - Monitoraggio continuo del paziente ed eventuale revisione del piano assistenziale.
- 5 - Attuazione del piano di assistenza.
- 6 - Valutazione finale e chiusura del caso.

La gestione del "caso clinico" determina l'esigenza di un nuovo ruolo in grado di assumersi la responsabilità di:

- divenire facilitatore all'esercizio delle professionalità del team di operatori, promuovendo l'integrazione, il coordinamento e la comunicazione tra i diversi attori erogatori delle prestazioni sul paziente,
- monitorare efficacemente lo svolgimento delle attività, sia per quanto riguarda il raggiungimento dei risultati che per quanto riguarda l'uso delle risorse.

Tale ruolo, che per sua natura è definibile come process owner (responsabile di processo), in sanità è chiamato case manager (gestore del caso clinico).

L'analisi del ruolo del case manager evidenzia come il contenuto delle responsabilità ad esso attribuite e l'effettivo livello di autonomia decisionale possano variare ampiamente, in funzione:

- del modello di case management adottato
 - a) modello tradizionale, nel quale il paziente viene contattato il più precocemente possibile (casi di ricoveri programmati) e partecipa alla pianificazione del suo percorso di cura; il case manager coordina i servizi già dalla fase territoriale per garantire continuità tra i due setting di cure;
 - b) modello delle cure dirette, nel quale il case manager oltre a pianificare e coordinare, provvede anche ad erogare direttamente al paziente un set di servizi;
 - c) modello "the gap filling", nel quale il case manager, pur conservando i suoi ambiti, si attiva per conto del paziente e della relativa agenzia assicurativa per acquisire e negoziare con i diversi punti di erogazione dei servizi, le prestazioni e le risorse necessarie a completamento del percorso di cura;
 - d) modello ospedaliero nel quale il paziente è coinvolto nel processo di cura nel momento dell'ospedalizzazione; in questo caso gli strumenti adottati sono i critical pathways o mappe di cura.

- dal numero di utenti seguiti, loro caratteristiche, tempo complessivo e risorse di cui il case manager dispone.
- dall'autorevolezza che tale figura sarà riuscita a costruirsi nel tempo rispetto al suo ruolo, background professionale e potenziale all'interno di ciascun contesto lavorativo.

Il case manager deve possedere un insieme di conoscenze, competenze e capacità relazionali e di comunicazione, che trovano le proprie radici nel percorso formativo del professionista, si accrescono e maturano durante l'esperienza professionale, in modo da rendere l'operatore più qualificato ad identificare i bisogni della persona, utilizzando un approccio umanistico ed olistico, per pianificare, stabilendo priorità e coinvolgendo il paziente, le risposte ai bisogni individuati.

Il ruolo di case manager si compone di diverse dimensioni: clinica, manageriale, finanziaria, e può assumere caratteristiche diverse quali:

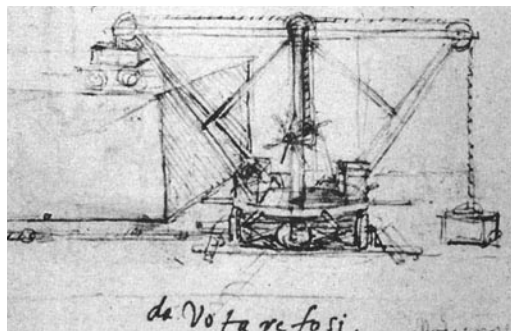
- a - agente di cambiamento
- b - individuazione e assegnazione dei casi
- c - clinico
- d - consulente
- e - educatore
- f - coordinatore e facilitatore di assistenza
- g - manager di risorse
- h - manager dei risultati e della qualità
- i - avvocato o facilitatore del paziente.

Anche se figure professionali come l'educatore o l'assistente sociale possono essere prese in considerazione per svolgere il ruolo di case manager, soprattutto nei servizi di salute mentale e nei servizi sociali, il presente lavoro intende descrivere come l'infermiere, opportunamente formato, è certamente il candidato più naturale per interpretare questo ruolo, soprattutto nel contesto dell'area sanitaria.

L'infermiere case manager è un professionista che gestisce uno o più casi a lui affidati con un percorso prestabilito, in un contesto spazio-temporale definito, attento ai bisogni di assistenza del paziente che si evidenziano come episodi su un continuum che coinvolge diversi ambienti, intesi come unità operative e fasi o segue il paziente lungo il continuum della malattia.

L'affermazione suddetta da parte di chi scrive è sostenuta da un'attenta analisi di alcuni elementi:

- Le filosofie, i modelli concettuali e le teorie che supportano la disci-



La gru girevole.
Codice Atlantico, f. 49

plina infermieristica: identificano nel prendersi cura una caratteristica intrinseca della professione.

- Il processo di professionalizzazione degli infermieri consente oggi agli stessi di essere riconosciuti come responsabili dell'assistenza generale infermieristica.

- L' Ordinamento didattico.

- Il Profilo professionale.

- Il Codice Deontologico dell'Infermiere.

- Il Patto infermiere-cittadino.

- Il processo di nursing che l'infermiere case manager utilizza, come metodo scientifico, durante la sua attività e che trova la sua applicazione operativa nello sviluppo del piano di assistenza.

- I critical pathways, un approccio alternativo al processo di Nursing volto a superare la ridondanza delle informazioni in un'ottica di integrazione multidisciplinare e unicità documentale.

A supporto dell'affermazione che l'infermiere è il professionista più adeguato per sviluppare un programma di case management, Cohen e Cesta (1993) sostengono che gli infermieri sono appropriati a sostenere questo ruolo perché possono fornire la maggior parte dei servizi che le altre professionalità offrono ai pazienti, mentre queste ultime non ne sono preparate e non sono in grado di provvedere alle attività di assistenza diretta.

Zander (1990) ritiene che le responsabilità del case manager sono una naturale dilatazione del ruolo tradizionale degli infermieri.

Poiché l'attività di cura effettuata dal medico si concentra fondamentalmente sulla gestione della malattia, i pazienti necessitano di professionisti diversi che assumano un ruolo attivo di facilitatori e di coordinatori di assistenza e di cure, che li supportino in tutte le loro necessità a completamento del ruolo assunto dal medico.

Gli infermieri possono farlo perché sono preparati a comprendere il quadro totale dell'assistenza al paziente, i suoi problemi attuali e quelli potenziali. (Chiari 2001).

Il case management in Italia: esperienze applicative

Volendo documentare l'applicazione del modello ed il ruolo dell'infermiere case manager in Italia, dove l'interesse scientifico ed operativo è ancora recente, oltre ad una ricerca bibliografica in letteratura si è scelto di effettuare un'indagine, per comparare alcune esperienze.

L'indagine è stata condotta, utilizzando un questionario, da noi predisposto, per investigare, mediante diversi items, alcuni degli ambiti

ritenuti più significativi, al fine di rilevare la tipologia e gli elementi distintivi che caratterizzano i modelli di case management adottati a livello italiano.

I dati relativi a tali items sono stati raccolti:

- contattando telefonicamente gli infermieri case manager delle diverse realtà dell'AUSL di Piacenza e somministrando loro il questionario, previa esplicitazione delle motivazioni alla base di questa ricerca.

- analizzando le esperienze contenute negli atti del Convegno "Infermiere Case Manager" - Bologna 19 settembre 2007, del Convegno ANIN - Brescia 5-6 ottobre 2007 e del Convegno "La ricerca ed il management" - Orvieto 21-23 febbraio 2008, per valutare l'applicazione del modello attuata in altre realtà, dove non è stato possibile attivare un contatto telefonico diretto.

Oggetto d'indagine sono state le seguenti dieci realtà:

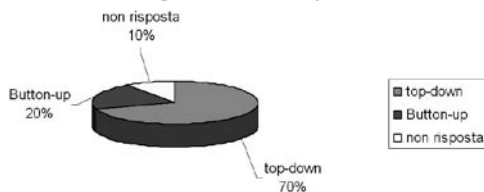
- Servizio di endoscopia per la gestione della PEG e della nutrizione artificiale,
- tre Unità di Senologia,
- U.O. Low Care,
- Dipartimento di Salute Mentale,
- Hospice Territoriale per cure palliative,
- Day Service pre-dialisi,
- U.O. Nefrologia e Dialisi,
- Day Service Insufficienza Renale Cronica.

Presentazione e discussione dei dati raccolti

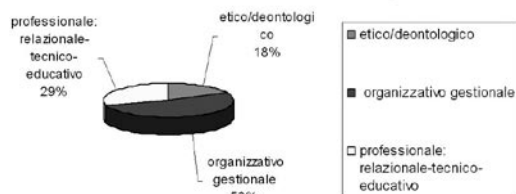
Ai fini della lettura dei dati raccolti pare importante segnalare che per le esperienze indagate senza contatto telefonico, in assenza di riferimenti espliciti rispetto agli items indagati, si è proceduto ad assegnare al quesito "non risposta".

Dall'analisi effettuata emerge che nel 70% delle esperienze indagate l'adozione del modello è data da una spinta di tipo top-down (grafico 1). I principi guida alla base dei modelli di case management adottati sono stati nel 53% dei casi di tipo organizzativo-gestionali (grafico 2); questo dato, in una prima analisi, potrebbe apparire contraddittorio in quanto appropriatezza, efficacia ed efficienza rappresentano solo il 12% degli obiettivi perseguiti, mentre l'approccio integrato e multidisciplinare è

1) La spinta all'adozione del modello di case management è stata di tipo:



2) Quali principi guida sono alla base dell'adozione del modello di case management?



3) Quali obiettivi persegue il modello di case management adottato nella sua realtà?



perseguito nel 25 %, il prendersi cura nel 21% e la continuità delle cure nel 15% dei casi indagati (grafico 3). Questi ultimi tre obiettivi, interpretati in una visione di sistema, possono essere letti come prerequisiti indispensabili al raggiungimento dell'appropriatezza delle cure, dell'efficacia e dell'efficienza; essi risultano realizzati mediante l'adozione del modello di case management tradizionale nel 70% delle realtà considerate (grafico 4).

Dal grafico 5 si evince chiaramente come solo in parte siano stati identificati indicatori di esito (40%) mentre il restante 60% del campione si suddivide in un 10% in cui gli indicatori non sono stati previsti e un 50% di "non risposta". Quest'ultimo dato può significare che gli indicatori di esito non siano stati previsti o, nel caso siano stati previsti, non si è ritenuto importante darne esplicitazione nelle esperienze presentate.

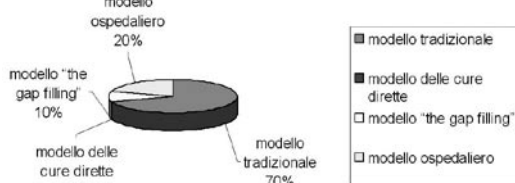
Questa analisi ci pone all'attenzione, a parere di chi scrive, un dato particolarmente rilevante poiché in assenza di indicatori di esito difficilmente può essere valutato l'impatto del modello organizzativo implementato.

Pertanto, considerata l'indispensabilità degli indicatori di esito, questo ambito avrebbe richiesto di essere ulteriormente indagato con altri item; così come sarebbe stato opportuno rilevare se nelle diverse realtà sono effettivamente attuati il monitoraggio e la valutazione del raggiungimento degli indicatori di esito mediante la raccolta dei dati.

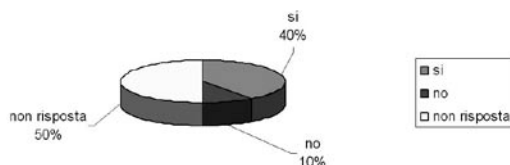
Il grafico 6 mostra come il piano di assistenza sia ad oggi lo strumento maggiormente adottato per rilevare i bisogni di assistenza della persona e garantire la presa in carico (38% dei casi considerati). Tuttavia ad esso, sono affiancati altri strumenti che facilitano l'approccio multidisciplinare ed integrato nella presa in carico della persona quali i clinical pathway- map care e la scheda interdisciplinare nel 23% e la cartella integrata (8%).

L'analisi del fabbisogno formativo è stata effettuata nel 60% delle esperienze, mentre risulta assente nel 30% dei casi (Grafico 7).

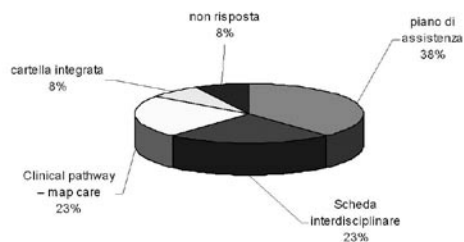
4) Quale modello di case management si è deciso di adottare nella sua unità operativa?



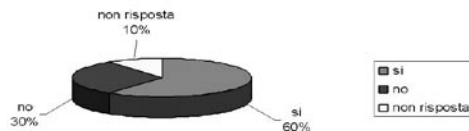
5) Sono stati identificati e/o valutati gli indicatori di esito per valutare i risultati dell'applicazione del modello?



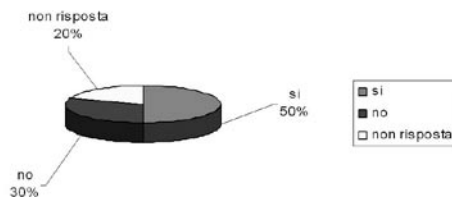
6) Quali strumenti sono stati adottati per rilevare i bisogni di assistenza della persona e garantire la presa in carico?



7) E' stata fatta una valutazione del fabbisogno formativo del personale relativamente all'adozione di tale modello e all'assunzione del ruolo di case manager?



8) L'azienda per cui lavora ha supportato l'adozione del modello di case management attraverso la progettazione e realizzazione di un percorso formativo?



Nel 50% delle realtà, in cui è stata effettuata l'analisi di fabbisogno formativo, l'Azienda ha effettivamente supportato l'adozione del modello di case management mediante la progettazione e l'erogazione di un percorso formativo; nel restante 50% del campione, per il 30% dei casi l'analisi non è stata seguita da una formazione specifica mentre per il rimanente 20% dei casi, si evidenzia un'assenza del dato (Grafico 8).

Le finalità perseguite attraverso l'erogazione dei percorsi formativi sono state: il significato del prendersi cura e modelli concettuali di riferimento (23%), l'integrazione professionale (23%), approfondire le funzioni del case manager (18%), aumentare le conoscenze tecnico-specialistiche (18%), integrare le conoscenze e le capacità finalizzate alla costruzione e/o utilizzo di strumenti informativi (18%), come evidenzia il grafico 8.a.

Solo nel 43% dei casi la formazione è stata indirizzata all'intera équipe di lavoro; nel 43% dei casi nella formazione è stato coinvolto l'infermiere mentre il medico nel 14% dei casi. (Grafico 8.b)

L'analisi di questi dati, se da un lato mostra come la formazione realizzata si ponga finalità che sono in linea con i principali obiettivi perseguiti dall'adozione del modello di case management, quali l'approccio integrato e multidisciplinare e il prendersi cura (come riportato nel grafico 3), dall'altro rende evidente l'incoerenza di una formazione che solo nel 43% dei casi prevede il coinvolgimento dell'intera équipe di lavoro.

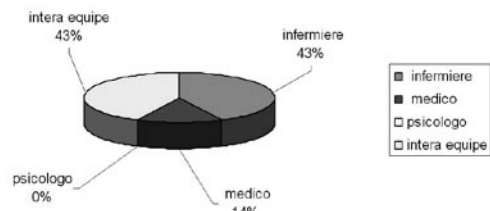
Il grafico 9 documenta come le esperienze di esercizio del ruolo di case manager in Italia siano piuttosto recenti anche se va sottolineata la presenza di un 50% come "non risposta" nei casi presi in esame.

Il grafico 10 indica quali sono le caratteristiche di ruolo che i protagonisti delle esperienze indagate riconoscono come loro peculiarità nell'attività svolta: coordinatore e facilitatore di assistenza nel 16 % dei casi, manager dei risultati e della qualità nel 15%, agente di cambiamento, manager di risorse e educatore nel 13% dei casi, individuazione e assegnazione dei casi

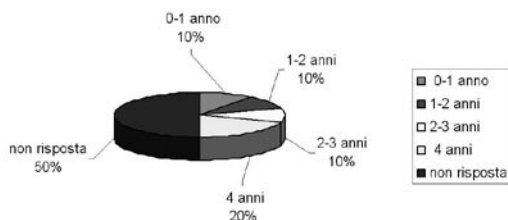
8.a) Se sì, il percorso formativo quali finalità persegue?



8.b) Quali figure professionali sono state coinvolte nella formazione?



9) Da quanti anni svolge questo ruolo?



10) Rispetto alle funzioni del case manager (clinica, manageriale, finanziaria) per quali caratteristiche di ruolo si contraddistingue la sua esperienza?



e consulente nel 10%, avvocato o facilitatore del paziente nel 6% e clinico nel 4%.

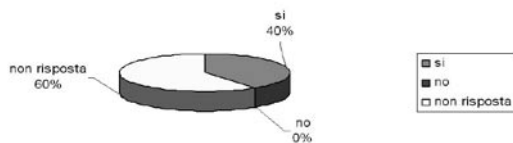
Nel grafico 11 si evince che il 40% dei professionisti, appartenenti alle realtà indagate, ha ritenuto importante acquisire e/o approfondire le proprie conoscenze mediante formazione individuale. Questo dato conferma ciò che si è evidenziato nel grafico 8, dove nel 50% delle realtà relative al campione non è stata prevista l'erogazione di un percorso formativo.

Dal grafico 12 si evince chiaramente come solo il 20% dei professionisti ritiene adeguato il tempo a disposizione per l'attività prevista mentre il 10% considera tale tempo non adeguato ed il restante 70% del campione è di "non risposta". La lettura di questi dati richiederebbe di essere raffrontata con gli indicatori di esito, che come abbiamo visto in precedenza risultano essere carenti (grafico 5).

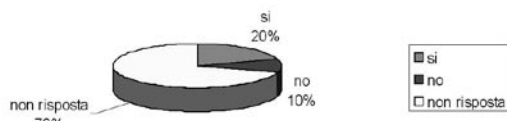
Nel grafico 13 si conferma che l'implementazione del modello di case management permette il confronto in equipe multidisciplinare, previsto nel 90% dei casi, mentre solo il 10% non lo prevede. La somministrazione dei questionari customer per verificare il grado di soddisfazione del paziente (grafico 14) è prevista solo nel 30% delle realtà indagate e nel 30% dei casi non è eseguita mentre per il restante 40% non è data risposta.

Per verificare il grado di soddisfazione dei familiari o care giver (grafico 15), la somministrazione dei questionari customer è prevista solo nel 20% delle realtà indagate e nel 30% dei casi non è eseguita mentre per il restante 50% è data "non risposta". Questa analisi pone l'attenzione, a parere di chi scrive, su un dato particolarmente rilevante perché il prevedere la somministrazione di questionari customer per verificare il grado di soddisfazione del paziente, famigliari o care giver potrebbe permettere la valutazione dell'impatto sull'utenza del modello organizzativo implementato, soprattutto in un contesto dove l'implementazione è recente. La somministrazione dei questionari customer per verificare il grado di soddisfazione del personale (grafico 16) è previ-

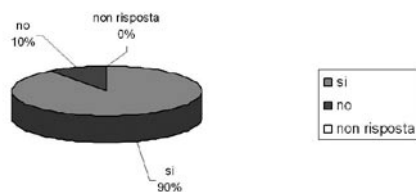
11) Per l'assunzione del ruolo di case manager ha ritenuto di dover acquisire o aumentare le proprie conoscenze e competenze mediante la formazione individuale?



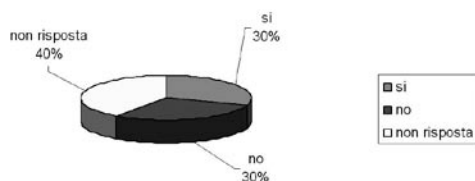
12) Il n. di casi a lei assegnato è adeguato rispetto al tempo a disposizione?



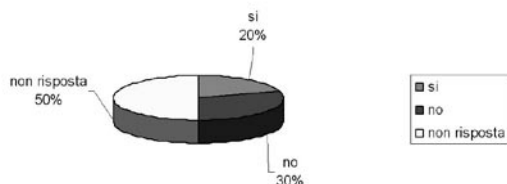
13) Nella sua esperienza sono stati garantiti momenti di confronto in equipe multidisciplinare per la discussione dei singoli casi trattati?



14) Vengono somministrati questionari customer per verificare il grado di soddisfazione del paziente?



15) Vengono somministrati questionari customer per verificare il grado di soddisfazione dei familiari o care giver?



sta solo nel 10% e nel 40% dei casi non è eseguita mentre per il restante 50% non è data risposta. Dall' analisi del grafico 17, si evidenzia un dato particolarmente rilevante: la soddisfazione dei professionisti (nel 60% dei casi); questo dovrebbe, a parere di chi scrive, rimarcare l'importanza di prevedere questionari customer per verificare come il grado di soddisfazione del personale si modifichi in funzione del modello adottato e come, di conseguenza, la motivazione possa essere incrementata o diminuita.

Conclusioni

Questa ricerca ha preso avvio dal quesito:

"La continuità assistenziale perseguita attraverso la presa in carico del paziente da parte della figura del case manager migliora l'integrazione professionale e la qualità del governo clinico assistenziale?"

La carenza di outcome, rispetto alle esperienze applicative del modello di case management in Italia, non consente di accogliere l'ipotesi contenuta nel quesito di ricerca; tale ipotesi non è infatti ad oggi supportata da evidenza scientifica. Tuttavia a seguito del lavoro di ricerca effettuato ci sentiamo di formulare le seguenti conclusioni.

La possibilità del case manager di migliorare l'integrazione professionale e la qualità del governo clinico assistenziale, attraverso la presa in carico, è, a parere di chi scrive, strettamente correlata all'adeguatezza della scelta di adozione del modello di case management in funzione del contesto, dei bisogni assistenziali e di cura, delle risorse disponibili e alla qualità degli esiti ottenibili dall'applicazione di tale modello.

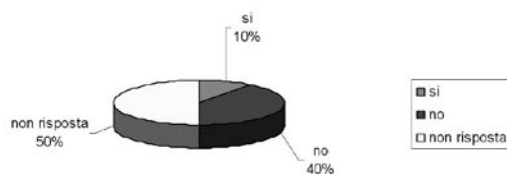
Questi esiti sono determinati dal successo dell'intervento del case manager e tale successo è, a sua volta, legato al presidio di una serie di variabili che si rivelano decisive:

1 - E' indispensabile che ci sia un accordo istituzionale che definisca il modello di case management adottato e, conseguentemente, l'ambito di azione del case manager nella costruzione e conduzione del piano;

2 - L'operato del case manager deve essere sostenuto, da una chiara ed esplicita definizione di obiettivi, target di utenza, e priorità dei servizi;

3 - Deve essere assicurata al case manager l'effettiva possibilità di costruire piani di assistenza/cura e dimissione potendo scegliere tra

16) Vengono somministrati questionari customer per verificare il grado di soddisfazione del personale?



17) Complessivamente è soddisfatto di esercitare il ruolo di case manager?



BIBLIOGRAFIA

Agazzi E. Cultura scientifica e interdisciplinarietà Ed. La Scuola, Brescia, 1994

Benci L. Manuale giuridico professionale per l'esercizio del Nursing Ed. McGrawHill Milano 2^ edizione 2006

1Chiarì P, Santullo A. L' infermiere case manager Ed. McGraw-Hill Milano 2001 pag. 13-16, 21, 22-28.

Manara D. Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica Ed. Lauri Edizioni 2000 ristampato 2004 Milano

4Santullo A. Il case management. In Benci L. (a cura di) Manuale giuridico professionale per l'esercizio del Nursing Ed. McGrawHill Milano 2^ edizione 2006 cap. 23 pag 421-428

Codice Deontologico dell'Infermiere 12 maggio 1999

Legge 42 26 febbraio 1999

Ordinamento Didattico Corso di Laurea in Infermieristica

i diversi interventi pubblici, sociali e sanitari quelli che ritiene più adatti così da offrire alla persona un insieme di prestazioni appropriate rispetto ai suoi bisogni. Il numero di pazienti assegnati e le risorse a disposizione devono essere tali da consentire la presa in carico con la definizione di obiettivi verificabili nel tempo. Le prime due variabili rappresentano un prerequisito fondamentale a garanzia della terza. Il case management può infatti funzionare solo se viene adeguatamente sostenuto a livello istituzionale, altrimenti la sua introduzione perde di efficacia.

4 - Devono essere integrate le competenze del case manager infermieristico in funzione delle caratteristiche dell'utenza, del modello di case management adottato, delle competenze e risorse presenti nel contesto. L'avvio di tale metodologia richiede sempre un ingente sforzo formativo, che vede come destinatari anche gli altri professionisti del team per promuovere il modello della presa in carico, la cultura dell'approccio interdisciplinare, olistico, personalizzato e la costruzione di strumenti operativi condivisi volti a sostegno della continuità assistenziale.

5 - Il case manager deve avere la capacità di ottenere il riconoscimento e la fiducia degli altri professionisti, dell'utente, dei familiari, dei care giver, e dei volontari in quanto a partire da essa si costruisce il successo del suo intervento. E' fondamentale che il suo modo di operare dia evidenza della capacità di trovare un giusto equilibrio tra la sua competenza, le prove di efficacia disponibili, le preferenze del paziente e i desideri dei familiari. Tutto questo si deve verificare per costruire la connessione tra le risorse pubbliche e quelle informali, necessarie al fine di coordinare gli sforzi verso il raggiungimento di obiettivi comuni.

Rispetto al secondo quesito: "E' possibile, anche nel nostro Paese, superare i limiti di una assistenza sanitaria, ed in particolare infermieristica, prigioniera di rigidi automatismi, incapace di comprendere e farsi carico degli effettivi bisogni delle singole persone?"

Le esperienze raccolte e analizzate dimostrano che l'attenzione ed il fermento che da sempre connotano la riflessione teorica nell'ambito della professione infermieristica rispetto ai temi del prendersi cura, della risposta olistica ai bisogni della persona si stanno trasferendo, in ambito pratico, nella ricerca di modelli organizzativi che promuovano il raggiungimento di tali risultati. Tale ricerca è attualmente favorita dalla normativa nazionale e regionale in ambito sociosanitario proiettata verso il perseguimento del governo clinico, che spinge tutti i professionisti a ricercare modalità integrate per raggiungere efficacia, efficienza, appropriatezza, equità, soddisfazione dell'utenza

Patto Infermiere Cittadino 12 maggio 1996

Profilo Professionale DM n° 739 14 settembre 1994

Atti Convegno ANIN 2007 5-6 Ottobre 2007 Brescia

Atti Convegno "Infermiere Case Manager" 19 settembre 2007 Bologna

Atti Convegno "La ricerca ed il management" 21-23 febbraio 2008 Orvieto

Albinelli P, Gelati L. "L'infermiere "case manager" nei servizi di pronto soccorso: una proposta per migliorare la qualità e l'efficienza delle prestazioni sanitarie" *L'infermiere* A. 49 n° 8 (ott. 2005); pag. 11-12, 14.

Baldini V, Manfredi M, Zironi M. "L'infermiere ed il case management: un'esperienza" *Management infermieristico* A 7 n.1 (genn.- mar. 2001); pag. 20-25.

Corbella A, Rossini S. "Il modello organizzativo distrettuale e il ruolo dell'infermiere dirigente" *Management infermieristico* A. 9 -1° trimestre 2003; pag. 18-25.

Fernandez J, Davies B. "Il Case management: ottenere equità ed efficienza nell'allocazione delle risorse" *Prospettive sociali e sanitarie* 2001-Vol. 31- fasc. 9- pag. 02-07

Fernandez J, Davies B. "Come attuare un case management di successo: l'esperienza internazionale" *Prospettive sociali e sanitarie* 2001-Vol. 31- fasc. 9- pag. 08-12

Gianino MM, Piat SC, Renga G. "I Profili assistenziali: una prospettiva di confronto con il case ed il disease management" *Annuali di Igiene* 2007 Jan-Feb;19(1) pag. 35-47.

te, sicurezza; dal recente riconoscimento dello status di professione intellettuale all'infermieristica, dall'articolazione dell'offerta formativa attuata dai diversi Atenei (formazione di base, post base).

Queste condizioni di contesto vengono lette da alcuni infermieri e dirigenti, come opportunità:

I - per dare risposta al bisogno ontologico del prendersi cura che così fortemente caratterizza la professione mediante lo studio, la progettazione e realizzazione di modalità di risposta alle necessità della persona sempre più efficaci e rispettose dell'individualità di ciascuno;

II - per ricercare un modo diverso di far parte del team multidisciplinare: più consapevole dei propri ambiti di competenza e delle proprie potenzialità;

III - per trovare ulteriori motivazioni a sostegno dell'agire quotidiano;

IV - per modificare la percezione sociale della figura dell'infermiere;

V - per sviluppare nuove posizioni e opportunità di progressione anche per l'infermiere clinico esperto.

La motivazione alla base delle esperienze applicative è stata così dirompente da spingere alla sperimentazione del modello di case management anche in assenza di più di una delle variabili a garanzia del successo dell'intervento del case manager: alcuni infermieri hanno deciso, ricercato ed ottenuto, all'interno del gruppo multidisciplinare, adesione ad una nuova dimensione e connotazione del loro ruolo, disponibilità alla creazione di strumenti operativi condivisi ed alla identificazione di momenti di confronto multidisciplinare sui singoli "casi" seguiti, pur in assenza di input istituzionali in tal senso.

Alcuni studenti hanno deciso all'interno delle tesi di laurea o dei master di affrontare il tema del case management e/o l'esplicitazione di percorsi di presa in carico da parte del case manager di una certa tipologia di pazienti.

Altro dato utile per fotografare la situazione italiana rispetto a questo tema è la nascita dell'Associazione Infermieri Case Manager Italia (A.I.C.M).

In tutto questo proliferare di esperienze, la modalità d'azione che emerge come fondamentale è "la relazione d'aiuto competente" attraverso un "agire intelligente" che sappia proporsi al professionista come momento teorico e pratico.

Il tentativo di adempiere in modo sempre più esaustivo come professionisti al Patto Infermiere Cittadino ha preso avvio; non possiamo fermarci ma continuare sempre più convinti in questo proposito.

2GIMBE Position Statement Il Governo Clinico nelle Aziende Sanitarie. 25-03-2007 pag 1

Giordano C. "L'assistente sociale Case Manager come "facilitatore" del processo d'integrazione tra servizi" Rassegna di servizio sociale A. 32 n.1 (genn.-mar. 1993); pag. 8-16.

Gori C. "Quale case management per l'Italia?" Prospettive sociali e sanitarie 2001- Vol. 31 fasc. 9- pag. 01

Gori C. "Quali prospettive per il case management per l'Italia?" Prospettive sociali e sanitarie 2001- Vol. 31 - fasc. 9 - pag 13-18

Poesio C., Travasso B. "Il ruolo del case manager in un ambito di case management comunitario presso il dipartimento di salute mentale dell'Azienda Ospedaliera di Legnano" Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche - Anno III - n° 6 2007

Trincherò E. "Case management: approccio sistemico alla gestione del paziente" Mecosan 1999 - Vol. 8- fasc. 32- pag. 33-45

SITOGRAFIA

MEDLINE
EMBASE.COM
www.evidencebasednursing.it/
www.infermiericasemanager.it/
www.gimbe.org/gimbe/index.htm

2° Edizione Concorso nazionale di Ricerca Infermieristica a cura del Consiglio Direttivo

"La scienza è il capitano, e la pratica sono i soldati." (Leonardo da Vinci)

Il lavoro di ricerca Infermieristica presentato deve essere originale e inedito. L'elaborato può essere redatto da un singolo partecipante o da un gruppo di infermieri.

Possono partecipare al concorso gli iscritti negli Albi dei Collegi Provinciali IPASVI, che operano nel territorio Nazionale (tali requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del Bando di Concorso) ad eccezione dei membri del Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori del Collegio IPASVI di Brescia e dei membri della Commissione esaminatrice degli elaborati.

Termini per la presentazione della domanda

L'elaborato con allegato la domanda di partecipazione al concorso, redatta in carta semplice, dovrà essere indirizzata al Presidente del Collegio IPASVI di Brescia, via Moretto, 42/a - 25122 Brescia e dovrà essere presentato o pervenire entro le ore 12 del 31 marzo 2009.

L'elaborato e la relativa domanda si considerano prodotti in tempo utile anche se spediti a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento entro il termine indicato. A tal fine fa fede il timbro a data dell'ufficio postale accettante.

Il Collegio IPASVI di Brescia non assume alcuna responsabilità nel caso di dispersione del lavoro di ricerca infermieristica conseguente ad inesatta indicazione del recapito da parte del candidato, o da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo indicata nel lavoro presentato, né per eventuali disguidi postali non imputabili a colpa del Collegio stesso. Il termine stabilito per la presentazione dei lavori di ricerca infermieristica è perentorio pertanto non saranno presi in considerazione i lavori che, per qualsiasi ragio-

FOCUS

Il Collegio Provinciale IPASVI di Brescia indice, per celebrare la giornata internazionale dell'Infermiere 2009, un Concorso Nazionale di ricerca infermieristica: l'argomento di ricerca di questa 2ª edizione del Concorso Nazionale è:

**"La complessità assistenziale:
strumenti di valutazione e
modelli organizzativi"**

ne, vengano presentati o spediti al di fuori del termine stabilito.

Indicazioni editoriali

Nella domanda di partecipazione, allegata all'elaborato, dovrà essere indicato il cognome, nome, il luogo e la data di nascita, la residenza, l'Albo nel quale è iscritto l'autore o gli autori, nonché il domicilio e il recapito telefonico presso il quale, ad ogni effetto deve essere data ogni necessaria comunicazione relativa al concorso. Tali dati devono essere contenuti nello stampato che si allega e acclusi agli elaborati inviati.

Gli autori devono scrivere i propri elaborati su carta A4, unica facciata, doppia spaziatura, margini di 2 cm per lato, pagine numerate; massimo 50 cartelle di 30 righe a 60 battute per riga, carattere Arial, corpo 12. Le figure e le tabelle devono essere chiare e semplici, numerate progressivamente in cifre arabe e accompagnate da brevi ed esaurienti didascalie.

Le citazioni bibliografiche devono essere strettamente pertinenti e riferirsi a tutti e solo gli autori citati nel testo. Nel corpo del testo stesso i riferimenti bibliografici sono numerati secondo ordine di citazione; nella bibliografia al termine dell'elaborato ad ogni numero corrisponde la citazione completa del lavoro al quale ci si riferisce. La bibliografia dovrà essere redatta secondo le norme riportate nell'Index Medicus. I modelli di seguito riportati esemplificano rispettivamente come si cita: un articolo, un libro, un capitolo preso da un libro.

1 - Brugnolli A. La valutazione del dolore negli anziani con declino cognitivo. AIR 2007; 1:38-45.

2 - Nebuloni G. Introduzione alla ricerca. Milano: edizioni Sorbona, 1995, pag. 162.

3 - Prandelli C. La gestione della disfagia. In Spairani C. Lavalle T. (a cura di). Procedure protocolli e linee guida. Milano: Masson, 2003.

L'elaborato deve essere corredato da un riassunto in italiano ed in inglese, per un massimo di 250 parole, con indicazione di obiettivi, metodi, risultati e conclusioni.

Alla domanda, sottoscritta dal o dai concorrenti dovranno essere allegate 3 copie cartacee del lavoro di ricerca infermieristica con il quale si intende concorrere e il lavoro contenuto nel supporto magnetico CD.

Commissione esaminatrice

La commissione esaminatrice nominata con atto deliberativo e presieduta dal Presidente del Collegio IPASVI è composta dai Consiglieri

membri della "Commissione 12 Maggio" e da due colleghi esperti in Ricerca Infermieristica.

La graduatoria e i premi

La valutazione dei lavori sarà effettuata considerando:

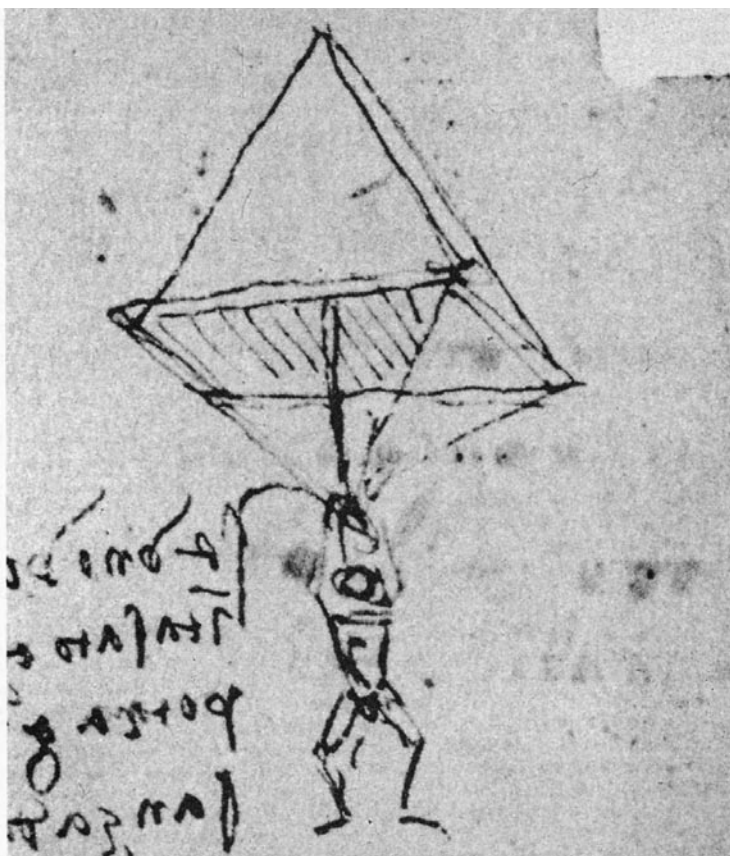
- rigosità del metodo scientifico;
- rispetto del codice deontologico;
- rilevanza ed originalità della ricerca per la crescita del sapere scientifico disciplinare.

La graduatoria dei lavori idonei sarà formulata dalla commissione esaminatrice e approvata con apposito provvedimento, col quale, sulla base dei criteri indicati sarà individuato il lavoro migliore con l'attribuzione della somma di € 1.500. Al secondo miglior elaborato verrà altresì attribuita la somma di € 500.

La premiazione verrà effettuata durante la celebrazione della Giornata Internazionale dell'Infermiere che si svolgerà a Brescia in data 12 Maggio 2009, o comunque in data scelta per i festeggiamenti della giornata Internazionale dell'Infermiere.

Il presente bando verrà affisso presso i Collegi Provinciali IPASVI, le direzioni Infermieristiche dei principali presidi delle aziende sanitarie e ospedaliere, presso le sedi di Corso di Laurea in Infermieristica, nonché sull'organo Ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI e sul sito del Collegio IPASVI di Brescia: **www.ipasvibs.it**.

Il modulo di iscrizione potrà essere scaricato dalla Home Page del Sito del Collegio **www.ipasvibs.it**.



Il paracadute
Codice Atlantico f. 381

AVVISI AGLI ISCRITTI

TRASLOCO NUOVA SEDE

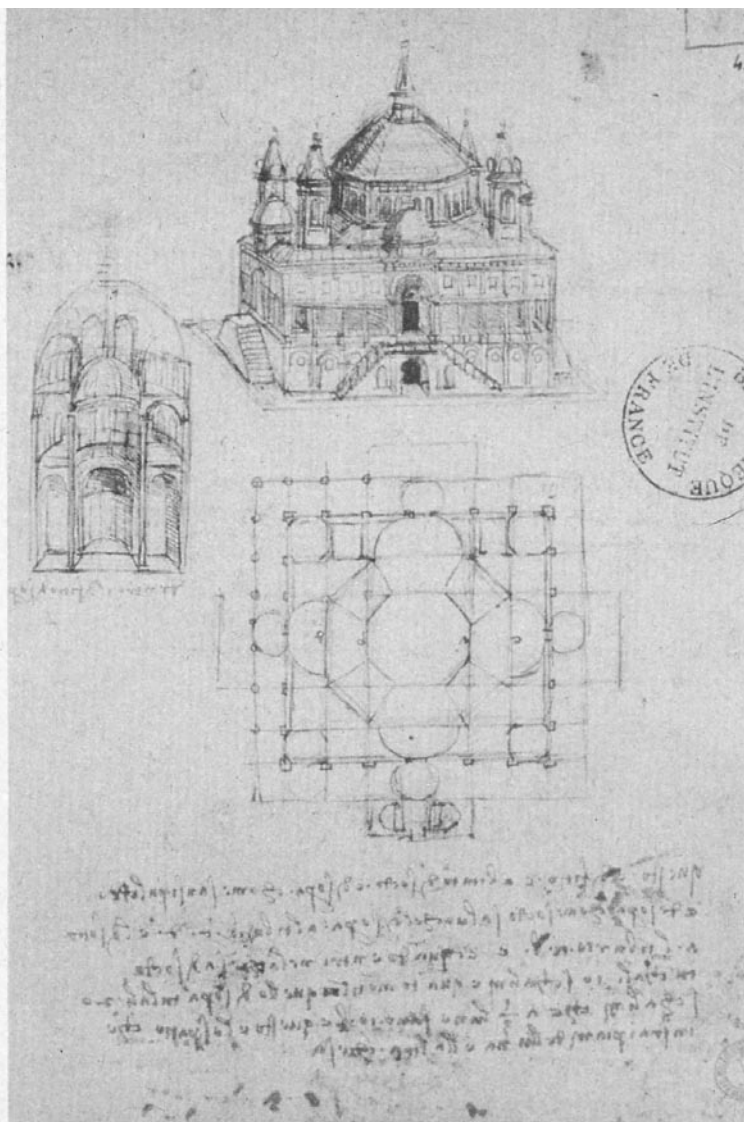
E' stato sottoscritto in data 10 settembre il rogito notarile per l'acquisto della nuova sede, che, ricordiamo, è stato votato dall'assemblea degli iscritti in data 23 febbraio 2008, confermando la decisione già presa dall'assemblea annuale nel 2007. Entro il mese di dicembre pertanto è previsto il trasferimento del Collegio IPASVI nella nuova sede di Via Metastasio. Il giorno dell'inaugurazione coincide con il primo giorno di assemblea elettiva programmata nei giorni 30, 31 gennaio e 1° febbraio 2009. Nel prossimo numero vi informeremo delle attività correlate a tale momento celebrativo, cui seguiranno delle iniziative formative.

RINNOVO CONSIGLIO DIRETTIVO

Considerato che le elezioni del nuovo Consiglio Direttivo e Collegio dei Revisori dei Conti si terranno a fine gennaio 2009, si è deciso di prorogare i termini per la presentazione delle candidature. La scadenza è fissata per il 31 ottobre 2008, le candidature saranno pubblicate sul prossimo numero in uscita a dicembre. Si ricorda che il format è compilabile/scaricabile dal sito internet www.ipasvibs.it.

DEPOSITO TITOLI DI STUDIO

Tutti gli iscritti che abbiano conseguiti titoli di perfezionamento, master, laurea specialistica sono pregati di presentare l'originale del titolo di studio che verrà fotocopiato, registrato e inserito nel fascicolo personale.



Modello chiesa a pianta quadrata.
Codice Atlantico

Quesiti degli iscritti

A cura di Federica Renica - *Presidente Collegio IPASVI di Brescia*

Da tempo giungono al Collegio domande ricorrenti di carattere professionale, contrattuale, legale, fiscale e relative all'attività libero professionale.

I quesiti, e le relative risposte, costituiscono un patrimonio che non vogliamo disperdere perciò questo spazio della rivista è in parte riservato alla pubblicazione delle risposte formulate.

I pareri sono espressi in collaborazione con professionisti esterni al Collegio, Studio Bizioli & Associati, Commercialisti e revisori contabili, Prof. Avv. Vladimiro Gamba e, al bisogno, altri consulenti specifici. La documentazione integrale è comunque a disposizione presso la sede del Collegio.

DOMANDA Richiesta di legittimità nell'impedimento, causa legge, di modalità di contratti fra Aziende, Fondazioni, RSA, con liberi professionisti e/o con Studi Associati Infermieristici.

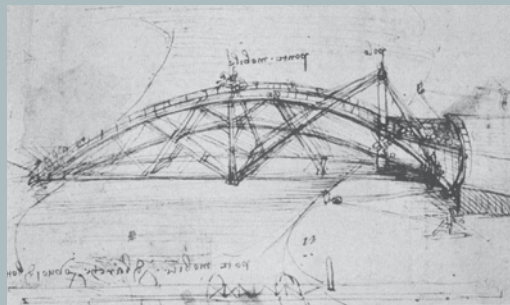
RISPOSTA AL QUESITO

L'infermiere (già infermiere professionale) appartiene, al pari del medico, dell'avvocato, del geometra, etc., al novero delle professioni intellettuali cosiddette "protette" beneficiando nei codici Civile e Penale di una disciplina del tutto particolare rispetto agli altri prestatori d'opera.

Il Codice Civile (artt. 2229, ss.) prevede infatti, per tale tipo di professionisti la obbligatoria iscrizione all'Albo professionale e la illiceità di qualsiasi contratto d'opera stipulato con soggetti privi di tale requisito.

D'altro canto, il Codice Penale (art. 348) punisce per "esercizio abusivo di professione" non solo chi eserciti tale attività non avendone conseguito il titolo accademico, ma anche chi, pur possedendo il

ASPETTI GIURIDICI



Il ponte girevole. Codice Atlantico f. 312

titolo, non risulti iscritto all'Albo al momento dell'esercizio.

Dottrina e giurisprudenza considerano elemento essenziale del contratto professionale in parola l'elemento personale fiduciario (c.d. *intuitus personae*) e parallelamente negano sia la natura imprenditoriale della attività professionale, sia la conseguente possibilità di "annacquare" la responsabilità economico-finanziaria individuale dietro i paraventi giuridici delle società commerciali con capitale sociale separato da quello individuale.

Per le ragioni suesposte, la forma dell'appalto di servizi appare dunque la meno indicata, in quanto l'elemento professionale/fiduciario deve necessariamente in tale procedura retrocedere rispetto a valutazioni di tipo economico/quantitativo-prestazionale.

Di contro, la forma contrattuale che più si adatta al tipo di prestazioni in oggetto è il contratto d'opera professionale, disciplinato dagli art. 2229 e ss. del codice civile, eventualmente nella forma della convenzione professionale.

La caratteristica di tale ultima variante al tradizionale contratto a singola prestazione consiste nella maggiore durata dell'impegno professionale e nell'eventuale inserimento nel contratto di clausole in cui il professionista si impegna a coordinarsi nella struttura in cui opera con colleghi o con altro personale interno, seguendo le direttive di massima e gli obiettivi proposti dall'Azienda Sanitaria e richiamati in convenzione (c.d. "convenzione a progetto" o similia).

Il suddetto carattere professionale della attività dell'infermiere (soprattutto libero-professionista) era già pacificamente riconosciuto nella vigenza della legge 29 ottobre 1954, n. 1049 che, istituendo in ogni Provincia i Collegi, fra gli altri, degli infermieri professionali, estendeva loro le norme del D.Lgs 13 settembre 1946 n. 233. In tal modo, come rileva anche la più recente giurisprudenza, "è normativamente compiuta la configurazione dell'infermiere professionale come professione intellettuale ai sensi dell'art. 2229 del Cod. Civ." (TAR Friuli V. Giulia, Sent. n. 833 del 2/12/1997).

Per comune opinione di dottrina e giurisprudenza, dunque, l'imprevedibile *intuitus* che sovrintende alla scelta dei professionisti intellettuali ai quali la Struttura Sanitaria intenda conferire un incarico attinente alla professione da essi svolta, esclude tra l'altro in toto l'obbligo di procedere a concorso secondo la normativa predisposta per i pubblici appalti quando la committente sia una P.A. (Codice dei Contratti Pubblici di cui al D.Lgs. 12 aprile 2006, n. 163) (In questo senso si veda, per tutte, TAR Lombardia, Sent. del 21/10/97, su

ricorso R.G. 1369/97), chiamati in convenzione (c.d. "convenzione a progetto" o similia).

Non operano infatti qui le esigenze di concorrenzialità, libero mercato e par condicio tra le ditte che governano invece il sistema dei pubblici appalti, agendo di contro la P.A. con la piena discrezionalità di scelta del privato committente.

Anzi, sotto un ulteriore profilo, la "messa in concorrenza" di professionisti intellettuali tra loro viene considerata una caduta deontologica dagli organismi professionali, che potrebbero vietare e sanzionare disciplinarmente la stessa partecipazione dei propri collegiati alle gare, in quanto le stesse sono di necessità basate più sulla mera economicità del preventivo di parcella, che sul prestigio ed affidamento del professionista o del gruppo professionale prescelto.

Attesa la mancata istituzione nel nostro paese delle società tra professionisti (ad eccezione delle società semplici del tutto coincidenti con lo studio associato), la forma organizzativa pluriprofessionale che ad oggi si presenta come quella più consona e collaudata è sicuramente lo "studio associato" o "associazione professionale", previsto e disciplinato dall'art. 1 della legge 23 novembre 1939.

Infatti, lo Studio Associato/Associazione Professionale rappresenta oggi l'unica valida alternativa alle Società di Somministrazione di Lavoro (all'interno delle quali però l'infermiere figura quale dipendente e non come libero professionista e per le quali, non si può assolutamente prescindere dalla selezione a mezzo di pubblico concorso).

Nello Studio associato la professione infermieristica viene sì esercitata in forma collettiva, ma il rapporto che intercorre tra i vari professionisti non è né di dipendenza, né tanto meno di tipo societario. Al contrario, manca totalmente l'esercizio in comune della attività professionale, che è comunque svolta personalmente e per legge non può essere imputata a soggetti diversi dalle persone stesse dei singoli professionisti .

Le interazioni tra i colleghi della compagine professionale in esame vengono giuridicamente inserite in un semplice collegamento



La draga lagunare
Codice Atlantico f. 75

funzionale delle attività individuali. Donde ne deriva che, quando la committente tratta con uno studio associato, in realtà ha di fronte unicamente una pluralità di soggetti, seppure coordinati, con i quali di fatto istituisce rapporti professionali individuali e non esiste alcuna superiore organizzazione giuridica a rilevanza esterna.

Ciò non toglie naturalmente che, nella convenzione stipulata tra struttura sanitaria committente e compagine professionale, ben possano reperirsi elementi negoziati di coordinamento e funzionalizzazione delle attività dello studio associato alle esigenze organizzative dell'Azienda, senza che tali elementi possano far ricadere de iure il rapporto professionale in lavoro subordinato.

Tale ultima considerazione discende necessariamente dalla presunzione legale di autonomia professionale ed economica dei prestatori d'opera associati, i quali rivestono uno status giuridico ed un potere negoziale indubbiamente superiori rispetto al lavoratore dipendente "sommministrato". In altre parole, la mancanza di intermediatori nel rapporto professionale consente di affievolire i presidi giuridici posti a tutela del lavoratore dipendente allorquando si tratti di professionisti intellettuali appartenenti ad una corporazione professionale ed iscritti ad un Albo, che sono per loro natura gli unici gestori del proprio rapporto con la committenza.

Nulla di nuovo, in fondo, se si pensa che medesimi criteri legali debbono ispirare il reperimento anche di altri professionisti iscritti ad Albi (medici, farmacisti, geometri, ostetriche, avvocati, etc.), per i quali non risulta sia in uso lo strumento dell'appalto di servizi professionali.

Per queste stesse ragioni risulta oltremodo difficile poter configurare in un contratto d'opera professionale di tal fatta un'operazione dissimulante fenomeni intermediatori. Infatti, lo status del libero professionista intellettuale e la totale autonomia di questi nella negoziazione del proprio contratto ne fanno, come detto, un soggetto "forte" per il quale non soccorrono le norme di favore che assistono il lavoratore subordinato.

Logica conseguenza di quanto appena considerato è che, al di là di eventuali contestazioni iniziali, che possono pervenire da organismi ispettivi non adeguatamente edotti sulle norme di settore e sulla natura giuridica del contratto libero professionale, ben difficilmente potrà avere corso una censura per somministrazione abusiva di lavoro nel caso che ci occupa. Così come oltremodo arduo è sempre risultato nel diritto "vivente" sostenere una reale natura dipendente

di un rapporto di lavoro che veda coinvolto un professionista iscritto ad Albo e che sia formalmente configurato come contratto d'opera intellettuale ex art. 2229 e seguenti c.c..

In forza delle peculiarità sopra evidenziate, anche la questione dei requisiti soggettivi da ritenersi necessari per il prestatore d'opera va risolta secondo gli ordinari criteri propri delle professioni intellettuali e delle loro forme organizzate.

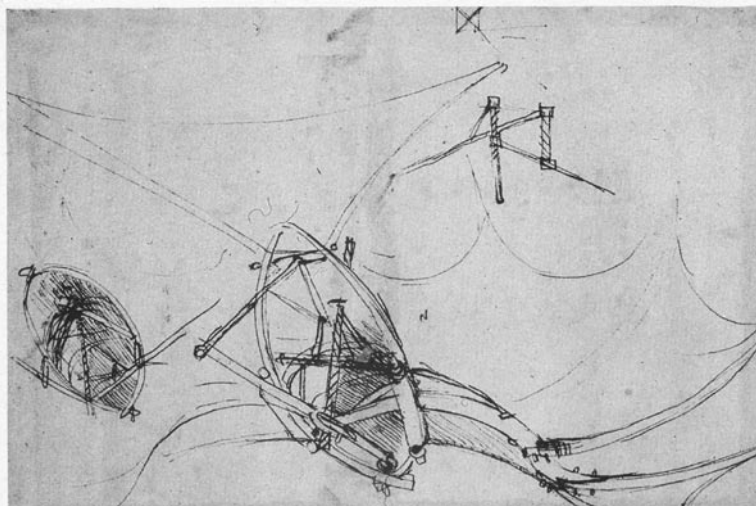
Pertanto, possono ritenersi indispensabili puntuali controlli da parte dell'Azienda committente - sia in sede di conferimento dell'incarico che in corso di contratto - su:

1 - iscrizione all'Albo del professionista o, nel caso di associazione professionale, dei singoli associati;

2 - presenza nello statuto o nel regolamento interno della associazione di eventuali clausole abnormemente vessatorie e/o "patti leonini", quali, ad esempio, quelle che denotino la totale inamovibilità del presidente o la estromissione di fatto di alcuni associati da qualsiasi ingerenza nella vita associativa o ancora la totale esclusione di taluno dei soci dalla partecipazione agli utili di esercizio, etc.;

3 - in caso di professionista, singolo o associato, extra CE, va accertata la iscrizione all'Albo professionale della Provincia ove è prestata la attività, per evidenti ragioni di effettivo controllo deontologico da parte degli organismi professionali. Ciò deriva dal fatto che, mentre per il professionista in possesso della residenza in Italia, è prevista in via alternativa la iscrizione al Collegio Provinciale del luogo di residenza ovvero del luogo del domicilio professionale (art. 16, legge n. 526 del 21/12/1999: "Per i cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea (Italia compresa, n.d.r.), ai fini della iscrizione o del mantenimento dell'iscrizione in albi (...) il domicilio professionale è equiparato alla residenza"), tale alternativa evidentemente non si pone per il professionista privo di residenza in Italia.

4 - E' anche consigliabile una verifica "a scandaglio" in corso di contratto sulla permanenza del requisito della iscrizione all'albo, onde verificare che non vi siano stati trasferimenti o cancellazioni dei pro-



Ornitottero
Codice Atlantico f. 313

fessionisti collaboranti.

Atteso che, sia all'atto di iscrizione al Collegio e sia in sede di verifica periodica dei rinnovi da parte della Questura, la attualità del permesso di soggiorno per i professionisti soggetti a tale autorizzazione è appurata per legge direttamente dall'ordine professionale di appartenenza, si ritiene ultroneo e superfluo un ulteriore controllo da parte della struttura committente (si tratterebbe infatti per di più di attività "di gendarmeria", più strettamente connessa all'ordine pubblico ed alla lotta alla criminalità che al Servizio Sanitario).

DOMANDA volontariato infermieristico nel servizio 118

RISPOSTA AL QUESITO

A riscontro del richiesto parere di sintesi sulla questione sollevata di recente da alcuni enti ed associazioni a proposito dell'utilizzo di soccorritori volontari presso il 118, i quali sono in possesso dei titoli (abilitazione ed iscrizione all'Albo) per l'esercizio della professione infermieristica.

Alla luce del chiaro disposto della D.G.R. Regione Lombardia n. 37434 del 17 luglio 1998 e della successiva D.G.R. attuativa n. 6/45819 del 22 ottobre 1999 (All. 1), - che risponde a valutazioni di garanzia per l'utente, di controllo disciplinare sul professionista e di efficienza ed omogeneità del servizio 118 - l'infermiere in servizio sulle ambulanze che prevedono tale tipologia professionale a bordo (soccorso non di base e soccorso avanzato) debba tassativamente essere dipendente del S.S.R., (preferibilmente appartenete, secondo il c.d. "sistema premiante" istituito con la citata D.g.r. 45819/99, all'area della emergenza, delle terapie intensive o, comunque, con attività di servizio antecedentemente svolte in tali UU.OO.).

Pertanto il collaboratore inquadrato quale soccorritore volontario presso le associazioni o cooperative sociali che forniscono il servizio, a prescindere dai titoli e dal tipo di abilitazione che egli abbia conseguito sul piano personale, non può assolutamente, per la citata normativa, essere adibito a mansioni infermieristiche, né singolarmente, né tampoco in equipe.

Inoltre e sotto un altro profilo, tale prassi va comunque evitata, in quanto eventuali danni verificatisi in danno dei pazienti non troverebbero adeguata copertura assicurativa ai sensi di quanto scolpito agli artt. 1892 e 1893 c.c..

FONDO SANITA'

Di questo tema si parlerà nell'ambito del corso sull'EMPAPI che si terrà il 12 Novembre prossimo (si vedano pagg. 38 e ss.)

Il Fondo pensione complementare a capitalizzazione per gli esercenti le professioni sanitarie, in breve FondoSanità, è nato con lo scopo di erogare trattamenti pensionistici complementari del sistema previdenziale obbligatorio.

Destinatari del Fondo sono, attualmente, i medici e gli odontoiatri iscritti all'ENPAM, i farmacisti iscritti all'ENPAF e gli Infermieri, gli assistenti sanitari, le vigilatrici d'infanzia iscritti ad ENPA-PI nonché gli Infermieri, gli assistenti sanitari, le vigilatrici d'infanzia iscritti all'Albo dei Collegi IP.AS.VI. che esercitano la professione sul territorio nazionale.

FondoSanità è un fondo pensione negoziale (istituito in forza di accordi e destinato agli appartenenti di un singolo ambito/comparto: gli esercenti le professioni sanitarie i cui Enti Previdenziali di categoria ne hanno deliberato l'adesione), che opera in regime di contribuzione definita (l'importo della pensione complementare non è definito a priori ma dipende dalla contribuzione versata e dai relativi rendimenti).

La partecipazione al fondo è libera e volontaria.

L'interessato che, dopo aver visionato lo Statuto e la Nota informativa del fondo, intenda iscriversi, deve compilare il modulo di adesione indicando la quota di contribuzione che intende versare e la linea di investimento prescelta.

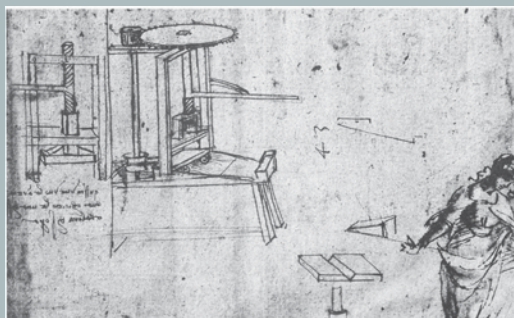
FondoSanità mette a disposizione 3 linee di investimento (comparti):

- SCUDO: portafoglio orientato verso un'attività a basso rischio e di pronta liquidabilità.

o Grado di rischio: basso

o Orizzonte temporale: breve/medio periodo (fino a 10 anni)

COMUNICAZIONI DEL COLLEGIO



Il torchio. Codice Atlantico f. 358

- PROGRESSIONE: composizione bilanciata in titoli di debito e di capitale
 - o Grado di rischio: medio
 - o Orizzonte temporale: medio/lungo periodo (oltre 5 anni).
- ESPANSIONE: portafoglio orientato verso titoli di capitale
 - o Grado di rischio: medio/alto
 - o Orizzonte temporale: medio/lungo periodo (oltre 10 anni).

I contributi versati, incrementati dai rendimenti accumulati, formano il montante contributivo individuale dal quale dipenderà l'importo della pensione complementare che si percepirà in futuro.

La pensione complementare si ottiene nel momento in cui matura il diritto a pensione nel sistema obbligatorio di primo livello a condizione che la partecipazione al fondo sia di almeno 5 anni. Le prestazioni pensionistiche possono essere erogate in capitale (prestazione in un'unica soluzione erogabile fino ad un massimo del 50% del montante finale accumulato) ed in rendita (prestazione periodica).

È possibile, inoltre, chiedere anticipazioni nei seguenti casi e con i seguenti limiti:

- spese sanitarie: in qualunque momento può essere richiesta un'anticipazione del 75% del montante in quel momento accumulato per far fronte a spese sanitarie a seguito di gravissime situazioni relative a sé, al coniuge ed ai figli per terapie e interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche;
- acquisto e ristrutturazione della prima casa: dopo 8 anni di iscrizione può essere richiesta un'anticipazione pari al 75% del montante in quel momento accumulato per l'acquisto della prima casa di abitazione per sé o per i figli. Stessa anticipazione può essere concessa nel caso di ristrutturazione della prima casa di abitazione ma solo nei casi prestabiliti;
- per altre esigenze: dopo 8 anni di iscrizione può essere richiesta un'anticipazione pari al 30% del montante in quel momento accumulato per altre esigenze per le quali il Fondo non è tenuto a verificarne le motivazioni.

La normativa prevede inoltre che chi aderisce ad un fondo complementare possa:

- riscattare la propria posizione: recuperare in un'unica solu-

zione le somme versate nel caso in cui ci si trovasse in alcune situazioni predeterminate quali inoccupazione prolungata o invalidità permanente;

- trasferire la posizione ad altro fondo: in caso di perdita dei requisiti di iscrizione ovvero in base a decisione volontaria dopo 2 anni di iscrizione al fondo.

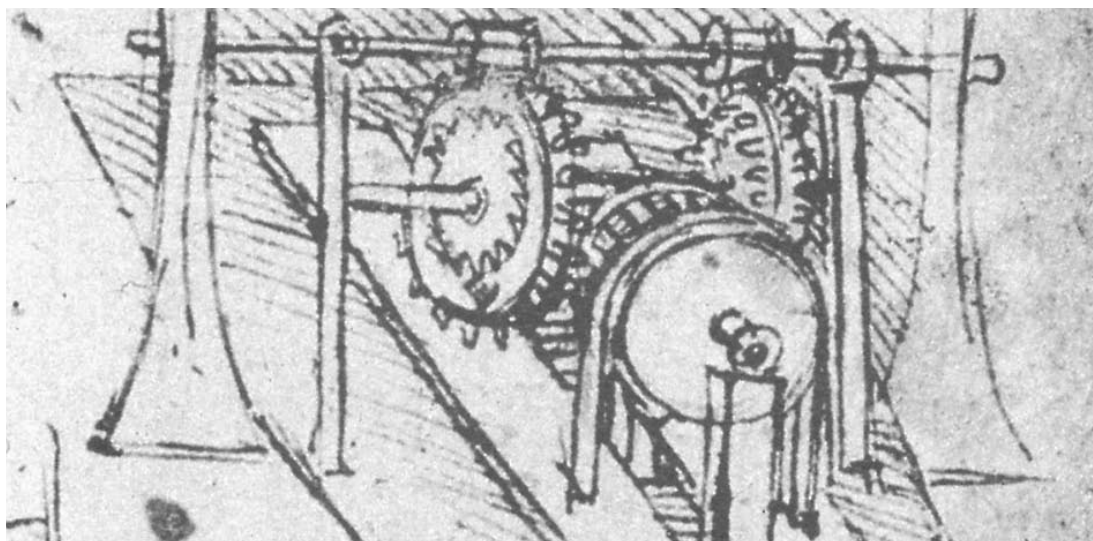
Sono state, infine, introdotte agevolazioni fiscali sia per quanto riguarda i contributi versati che per le prestazioni erogate:

- i contributi versati al fondo pensione sono deducibili fino ad un importo annuo massimo di € 5.164,57;

- i rendimenti maturati sono assoggettati ad un'imposta sostitutiva con aliquota all'11% (i prodotti finanziari diversi da quelli con finalità previdenziale sono tassati al 12,5%);

- sia la rendita che il capitale, per la parte non tassata in fase di accumulo, sono tassati al 15%.

Recapiti utili	
Sito internet del fondo	www.fondosanita.it
Indirizzo e-mail	SEGRETERIA@FONDOSANITA.IT
Telefono:	06/ 48294333/337
Fax:	06/ 48294284
Sede legale	PIAZZA DELLA REPUBBLICA 68 00185 ROMA



Imbarcazione a pale. Codice Atlantico f. 384

12 NOVEMBRE 2008

ENPAPI: la Cassa di assistenza e previdenza: valide ragioni per conoscerla meglio

Obiettivi

Fornire conoscenze necessarie ed utili agli iscritti per una corretta gestione degli aspetti fiscali, legali e previdenziali, tracciando un quadro complessivo della professione infermieristica, nei suoi correlati aspetti dell'esercizio libero – professionale e dei connessi risvolti previdenziali, attraverso l'approfondimento di quattro argomenti:

- linee di sviluppo e stato attuale della libera professione infermieristica;
- le componenti del sistema di protezione sociale: previdenza e assistenza;
- la cultura del risparmio previdenziale: tutela previdenziale obbligatoria e complementare;
- il ruolo di ENPAPI in favore della professione infermieristica: opportunità e prospettive.



Programma

8,30	Registrazione dei partecipanti. Saluto della Presidente Federica Renica.
9.00	Indirizzi, modalità dell'esercizio professionale. Aspetti fiscali- contributivi. Compatibilità, incompatibilità. Limiti ed opportunità. Relatore: Dott. G. Pallotta, Responsabile Ufficio Amministrazione ENPAPI
10.30	Rapporti con gli iscritti: aspetti previdenziali e aspetti assistenziali. Relatore: Dott. S. Tranquilli, Responsabile Uff. Previdenza e Prestazioni ENPAPI
12.00	La politica di ENPAPI e l'azione conseguente. Relatore: Dott. M. Schiavon, Presidente ENPAPI
	PAUSA PRANZO
14.00	Dibattito con esperti. Gli esperti rispondono su esperienze reali, fornendo simulazioni, grafici in merito all' esercizio della Libera Professione e nel rapporto con ENPAPI.
17.00	Rapporti tra Collegio IPASVI di Brescia e la Cassa di Previdenza e Assistenza. Quesiti più frequenti e relative risposte. Relatore: G. Bertoglio Referente Libera Professione IPASVI BRESCIA
18.00	Somministrazione test di valutazione e chiusura dei lavori.

Modalità d'iscrizione

I posti disponibili sono in totale 50.

Le iscrizioni sono aperte agli iscritti di tutti i Collegio IPASVI.

E' possibile iscriversi solo online sul sito www.ipasvibs.it alla pagina Formazione

Quota di iscrizione

La quota di iscrizione è di € 20,00, comprende kit congressuale, attestato di partecipazione ECM , lunch.

Dopo l'invio della scheda di iscrizione:

- 1) attendere comunicazione di conferma di iscrizione da parte della Segreteria IPASVI,
- 2) procedere contestualmente al pagamento della quota come da indicazioni riportate sulla conferma di iscrizione
- 3) inviare copia dell'avvenuto pagamento al fax n. 030.43194.

Note

Eventuali sostituzioni di partecipanti potranno essere richieste al n. 030.291478 alla Segreteria del Collegio , che vedrà la disponibilità dei posti e fornirà le indicazioni di pagamento. In caso di rinuncia la quota di iscrizione non verrà rimborsata. Le clausole di cui sopra sono stabilite in considerazione dei costi sostenuti dal Collegio.

Sede di svolgimento del corso

SALA CONSILIARE

CAMERA DI COMMERCIO DI BRESCIA

Via Einaudi 23

Segreteria Organizzativa

VIA MORETTO 42/A - 25122 BRESCIA

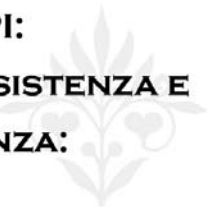
TEL.030/291478 - FAX 030/43194

info@ipasvibs.it - www.ipasvibs.it



12 NOVEMBRE 2008

**ENPAPI:
LA CASSA DI ASSISTENZA E
PREVIDENZA:**



**VALIDE RAGIONI PER
CONOSCERLA MEGLIO**



SALA CONSILIARE
CAMERA DI COMMERCIO BRESCIA

CONTRO LA BIOETICA

Jonathan Baron; edizione italiana a cura di Luca Guzzardi

Ed. Cortina Raffaello, collana Scienza e idee, 2008 - pag.306

A cura di M. Crotti Partel

Nel pieno di una revisione sostanziale che comporterà la ridefinizione del codice deontologico della nostra professione e sempre più immersi in una realtà in cui le decisioni etiche in ambito medico sono sempre più gravose e sentite, può essere di aiuto soffermarsi a riflettere; magari anche attraverso la lettura di un libro particolarmente pensato, che come sempre trattando di argomenti delicati ed intimi può suscitare reazioni diverse ¹⁻².

Il titolo non deve ingannare; non si tratta di un libro contro la bioetica, ma di un tentativo sistematico di riconsiderarne alcuni lati sotto diverse angolature.

“Questo libro -dice infatti l'autore proprio all'inizio dell'opera- mette in relazione tre aree di ricerca che coltivo da anni: la teoria della decisione, l'utilitarismo e la bioetica applicata”. Jonathan Baron, uno

dei più importanti bioeticisti americani nonché professore di psicologia alla University of Pennsylvania, scrive questo libro sulla bioetica ma soprattutto contro i dogmatismi e le soluzioni preconfezionate.

L'autore accusa la bioetica, nata come applicazione della filosofia alla biologia, di non essere in grado di garantire il miglior bene possibile, anzi la critica aspramente definendola una costellazione di principi assoluti pervasi da pregiudizi e da tendenze moralistiche poco argomentate.

A questa visione critica dell'attuale bioetica propone l'uso dell'utilitarismo, in cui l'utile per il maggior numero possibile di persone è il fondamento del giusto, potenziato dalla teoria delle decisioni razionali.

La teoria delle decisioni che si viene a delineare respinge con forza i giudizi basati sulla tradizione, sui dogmi e sull'intuizione ed enfatizza la ricerca di un uso più tecnico e logico delle scelte.

Il testo a tratti risulta particolarmente complicato e non sempre

SCAFFALE

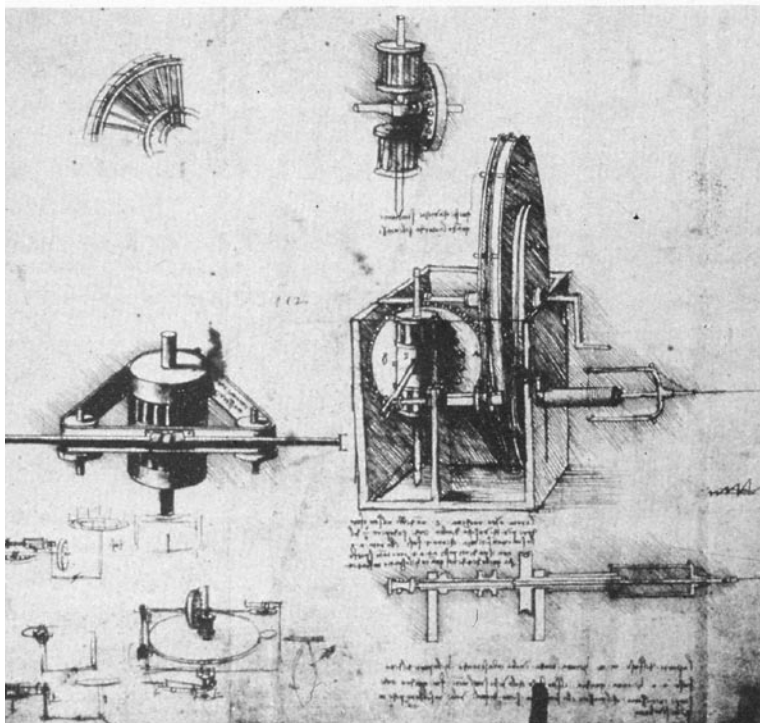


1 - "Contro la Bioetica" (o meglio "Oltre") si aggiunge un nuovo capitolo. Il Foglio, pag 2, 04/05/08.

2 - Bioetica quando l'utile è morale. Corriere della sera pag. 29, 29/6/08.

scorrevole, ma grazie ad un continuo richiamo a situazioni reali e concrete (clonazione, aborto, eutanasia, consenso, sperimentazione farmacologica) si giunge ad avere limpido strato di argomentazioni che delineano la struttura delle teorie proposte da Baron.

Questo libro potrà scatenare, a seconda del lettore, le opinioni più diverse ma certamente rimarrà in ognuno l'utilità di una voce chiara e ben delineata, un riflessione valida per proseguire il dialogo contro le situazioni di disagio che si creano nel prendere decisioni di ordine etico, decisioni con cui ogni giorno sia come operatori, che come uomini e donne, siamo chiamati a confrontarci.



Fuso ad aletta.
Codice Atlantico f. 393

LA PRATICA DEL PRIMARY NURSING

L'erogazione dell'assistenza basata sulle relazioni e guidata dalle risorse
Marie Manthey; Edizione italiana a cura di Galetti P, Costazza G, Mi-
scho-Kelling M.

Pensiero scienti•co Editore, 2008 – pag. 142

www.pensiero.it

A cura di M. Crotti Partel

La nuova edizione del volume di Marie Manthey illustra in dettaglio gli elementi operativi e fornisce una guida pratica per implementare il Primary Nursing, un sistema organizzativo adottato a partire dal 1968 da molti ospedali negli Stati Uniti, che hanno avuto come precursore lo University of Minnesota Hospital. L'autrice ha affermato che "soltanto il Primary nursing si è dimostrato in grado di fornire il tipo di assistenza basata sulla relazione di cui gli ospedali oggi hanno bisogno".

Potrebbe risultare anacronistico proporre un "nuovo" sistema organizzativo con trent'anni di ritardo ed inoltre sviluppato in un contesto profondamente diverso rispetto alla nostra realtà.

La nuova edizione (pubblicata negli Stati Uniti nel 2002 e vincitrice dell'American Journal of Nursing Book of the Year Award), presenta solo marginali integrazioni rispetto al testo originale e ci viene riproposta oggi con saggezza dai curatori come "un ottimo punto di partenza per l'auspicato processo di innovazione e di ridisegno del proprio ruolo" (dalla presentazione, A. Silvestro).

Il valore innovativo che questo libro potrebbe occupare nel contesto dell'organizzazione sanitaria italiana si capisce più profondamente leggendo l'evoluzione storica della professione infermieristica che si è compiuta oltre oceano; i problemi ai quali si è dovuto far fronte con il passare del tempo, l'evoluzione sociale e professionale e le modalità attraverso le quali si è giunti ad attivare un nuovo sistema organizzativo sono ben raccontati nei primi due capitoli e fanno da lunga introduzione alla descrizione degli elementi di base del Primary Nursing e ai sistemi per una sua corretta implementazione e

SCAFFALE



gestione pratica, proposti nei capitoli seguenti. Molto utili risultano le appendici che garantiscono maggiore chiarezza al testo nel suo complesso.

Cos'è il Primary Nursing; Il Primary Nursing nasce per dare una risposta ai problemi riscontrati con l'uso dei sistemi organizzativi basati sull'assistenza funzionale o "per compiti" e quello delle piccole equipe che l'autrice riassume in:

- La frammentazione dell'assistenza.
- Canali comunicativi complessi.
- Responsabilità condivisa e mancanza di accountability.

Il nuovo sistema organizzativo si concentra su quattro elementi costitutivi:

- L'attribuzione e l'accettazione da parte di ciascun individuo della responsabilità personale nel prendere decisioni.
- L'assegnazione dell'assistenza quotidiana secondo il metodo dei casi.
- La comunicazione diretta da persona a persona.
- Una persona operativamente responsabile per la qualità dell'assistenza erogata ai pazienti di un reparto 24 al giorno, sette giorni alla settimana.

Il modello assistenziale del Primary Nursing crea le condizioni per un orientamento più marcato ai bisogni del paziente. La continuità e la responsabilità dichiarata in modo chiaro ed inequivocabile favoriscono il rapporto professionale con il paziente e offrono il contesto per la realizzazione ottimale dell'assistenza. Tuttavia, il Primary Nursing non è di per sé l'equivalente di "best practice" ma crea il contesto in cui viene svolta l'assistenza.

Manthey ricorda che il Primary Nursing può servire ad eliminare i punti deboli nell'assistenza infermieristica offerta e la sua introduzione dovrebbe andare a pari passo con sforzi mirati a migliorare la qualità.

Questo libro seppur "vecchio" di trent'anni porta con sé concetti di una profonda innovazione ed apre ad un radicale cambiamento, non solo limitatamente organizzativo ma anche formativo ed epistemologico¹⁻² è un testo che non potrà mancare nella biblioteca di chi si ritiene un progressista della professione ma che certo punta ad essere letto con interesse da tutti gli infermieri che vogliono cercare modelli organizzativi diversi per prestare un'assistenza maggiormente rivolta ai bisogni del paziente.

1 - Luisa Di Labio, Giancarlo Cicolini, Primary Nursing e soddisfazione dell'utente. Nursing Oggi, numero 3, 2005.

2 - David Pontin, Primary nursing: a mode of care or a philosophy of nursing? Journal of Advanced Nursing, 1999, 29(3), 584-591.