

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

INDICE

Pagina	Titolo	Autore
2	<i>Introduzione e presentazione</i>	<i>Matteo Giordano</i>
3	<i>Gestione assistenziale della persona affetta da dipendenza patologica secondo il modello tradizionale: quali prospettive?</i>	<i>Maurizio Ercolani</i>
15	<i>Comunicazione Efficace e case management, nel setting assistenziale delle dipendenze patologiche.</i>	<i>Maurizio Ercolani</i>
33	<i>Il Case manager, origine, esclusione, metodiche e strumenti. ASL, territorio, ospedali e popolazione.</i>	<i>Girolama De Gennaro</i>
46	<i>Nuove frontiere assistenziali nella gestione infermieristica del paziente con dipendenza patologica.</i>	<i>Stefano Marconcini</i>
53	<i>Modelli Organizzativi assistenziali a confronto: Primary Nursing, Case management e Patient Focused Nursing.</i>	<i>Stefano Marconcini</i>
75	<i>Il Case manager: gli stili di leadership e l'empowerment.</i>	<i>Stefano Marconcini</i>
85	<i>Case Management e risoluzione dei casi: gli strumenti di problem analysis.</i>	<i>Stefano Marconcini</i>
94	<i>La documentazione sanitaria per la gestione dell'assistito con il modello organizzativo del Care Management.</i>	<i>Carla Lara D'Errico</i>
100	<i>La presa in carico e la pianificazione individuale.</i>	<i>Carla Lara D'Errico</i>
106	<i>Il Caso da risolvere</i>	<i>Tutti gli autori</i>
107	<i>Bibliografia</i>	

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Introduzione e presentazione a cura del Dr Matteo Giordano – Direttore del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche – ASL FOGGIA

Introduzione

I modelli organizzativi assistenziali professionalizzanti permettono di erogare assistenza con efficienza, efficacia e qualità. Tra i vari modelli organizzativi assistenziali, in un Servizio per la cura delle Dipendenze Patologiche, quello più indicato per la professione Infermieristica è il “Care/Case Management”. Caratteristica peculiare della metodologia è la definizione di percorsi di cura che facilitano il rapporto con paziente, familiari ed il resto dell'équipe. Nei servizi delle dipendenze patologiche associare un modello organizzativo professionalizzante all'infermiere, nello specifico il “Care Management”, è sicuramente una strategia vincente perché oltre creare nuovi stimoli per lo stesso - in passato talvolta considerato solo come un “mero esecutore di attività promosse da altri professionisti” - permetterebbe al servizio di valorizzare ancor di più un valido professionista che verifica tutto il percorso di cura : dagli appuntamenti alla diagnostica, prevenendo mancanze o ridondanze. Con il progetto formativo sono state trasmesse i principali contenuti sui modelli organizzativi più utilizzati (Case Management, Primary Nursing e piccole equipe), dei cenni sui modelli organizzativi più avanzati (Patient focused Care, Professional Nursing Practice Model and Magnet Hospital) ed i principali strumenti di pratica clinica del Case/Care Management.

Presentazione

Il servizio sanitario nazionale si avvale sempre di più dei concetti di qualità, appropriatezza, efficacia, efficienza ed economicità. Dal punto di vista epidemiologico, sono in aumento le patologie multiple, i quadri cronico-degenerativi correlati all'aumento dell'età media della popolazione, le patologie psichiatriche e le dipendenze patologiche; dal canto loro, le aziende si avvalgono dei progressi in campo tecnologico al fine di ridurre i tempi di degenza e ciò porta i pazienti ad essere seguiti sempre più in regime ambulatoriale e/o sul territorio, venendo a contatto con un gran numero di figure e strutture.

I pazienti che accedono oggi alle strutture sanitarie richiedono un'assistenza caratterizzata dalla continuità, dal passaggio celere e completo di informazioni tra i vari servizi con cui vengono a contatto, dalla conoscenza della storia sanitaria degli assistiti da parte di tutti gli operatori. È quindi necessaria un'organizzazione in grado di adattarsi ai bisogni dell'utente per evitare di spersonalizzarlo con la ripetizione uguale per tutti di manovre meramente tecniche. L'approccio olistico alla persona è possibile solo attraverso l'utilizzo di modelli organizzativi non meccanici, che consentono di applicare appieno non solo la parte tecnica dell'assistenza ma anche e soprattutto quella metodologica (processo assistenziale) che affonda le sue radici nella multidisciplinarietà del sapere. Non può infatti esservi personalizzazione dell'assistenza senza una raccolta dati specifica (guidata da un quadro teoria di riferimento), un'adeguata pianificazione delle azioni assistenziali e, soprattutto, un costante colpo d'occhio sul punto in cui il paziente si trova rispetto agli obiettivi stabiliti. I modelli di più frequente riscontro in letteratura internazionale, sviluppatasi per lo più in Nord America e Inghilterra, sono il team nursing (modello per piccole équipe), primary nursing (infermiere primario), case management nursing (modello di gestione del caso), functional nursing (modello funzionale, per compiti) e l'evoluzione del case: il care management nursing. Nel documento sono riportati i contenuti affrontati nel corso: definizione, caratteristiche, vantaggi e svantaggi di ogni modello, focalizzando l'attenzione sul Care Management. Saranno approfonditi gli aspetti legislativi, la presa in carico “globale”, i principali strumenti di problem analysis e la documentazione assistenziale dedicata ad un servizio per le dipendenze patologiche

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Gestione assistenziale della persona affetta da dipendenza patologica secondo il modello tradizionale: quali prospettive? A cura del Dott. Maurizio Ercolani – Regione Marche.

La dipendenza (P. Rigliano, Doppia diagnosi. Tra tossicodipendenza e psicopatologia, Raffaello Cortina Editore, 2004):

“Non è qualcosa che si è (come un'identità)”

“Non è qualcosa che si ha (come una malattia)”

“La dipendenza è una relazione che si instaura nel tempo tra un soggetto - la persona - e un oggetto e che acquista per la persona un significato di particolare valore”

Qual è per il nostro Assistito il “particolare valore?”

In un approccio centrato sulla persona è importante capire quale funzione svolge l'oggetto tossico o il comportamento che posto occupa nel soggetto? Quale bisogno soddisfa? A cosa gli serve?

“Il più rozzo ma anche il più efficace metodo per influire sull'organismo è quello chimico: l'intossicazione.

Dobbiamo ad essi (gli inebrianti) non solo l'acquisto immediato di piacere, ma anche una parte, ardentemente agognata, d'indipendenza dal mondo esterno. Con l'aiuto dello «scacciapensieri» sappiamo dunque di poterci sempre sottrarre alla pressione della realtà e trovare riparo in un mondo nostro, che ci offre condizioni sensitive migliori.

S. Freud, Il disagio della civiltà

IDENTIFICAZIONE, FENOMENO, STRUTTURA

Comprendere la funzione svolta dalla dipendenza come soluzione è fondamentale per conoscere il soggetto, impostare la direzione della cura e la relazione terapeutica.

Implicazione clinico-assistenziale Se il fenomeno tossicomane ha funzione di identificazione per un Soggetto con una struttura psicotica, allora potrebbe costituire il modo che il soggetto ha trovato per compensarsi, la soluzione che ha inventato per evitare di scivolare nella disgregazione psicotica o nel delirio. Attenzione perché una volta tolto svela la struttura psicotica.

Disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci: Classificazione DSM – 5

- Disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci
- Disturbo bipolare indotto da sostanze/farmaci
- Disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci
- Disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci
- Disturbo ossessivo compulsivo indotto da sostanze/farmaci
- Disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci
- Disturbo neurocognitivo indotto da sost. /farmaci

Disturbi d'ansia più frequenti con disturbo da uso di sostanze secondario

- Disturbo da attacchi di panico
- Disturbo d'ansia generalizzato
- Disturbo fobico
- PTSD: Disturbo da stress post-traumatico: (indagare eventuali traumi, in particolare traumi complessi)

Disturbi dell'umore con disturbo da uso di sostanze secondario

- Disturbo distimico
- Depressione maggiore (episodio singolo o ricorrente)

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

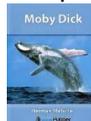
COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

- Disturbo ciclotimico, Disturbo bipolare I o II: più frequenti dei quadri depressivi puri, ma spesso sottodiagnosticati e confusi con altre patologie o caratteristiche di carattere.

Disturbi di Personalità

- Cluster A: paranoide, schizoide, schizotipo
- Cluster B: antisociale, narcisistico, istrionico, borderline (diagnosi piuttosto sovrastimate, da rivalutare dopo fasi acute)
- Cluster C: evitante, dipendente, ossessivo compulsivo



Borderline e Condotta d'Abuso

Chiamatemi Ismaele. Qualche anno fa — non importa ch'io vi dica quanti — avendo poco o punto denaro in tasca e niente che particolarmente m'interessasse a terra, pensai di mettermi a navigare per un po', e di vedere così la parte acqua del mondo. Faccio in questo modo, io, per cacciar la malinconia e regolare la circolazione.

Ogniqualevolta mi accorgo di mettere il muso; ogniqualevolta giunge sull'anima mia un umido e piovoso novembre; ogniqualevolta mi sorprende fermo, senza volerlo, dinanzi alle agenzie di pompe funebri o pronto a far da coda a ogni funerale che incontro; e specialmente ogniqualevolta l'umor nero mi invade a tal punto che soltanto un saldo principio morale può trattenermi dall'andare per le vie col deliberato e metodico proposito di togliere il cappello di testa alla gente — allora reputo sia giunto per me il momento di prendere al più presto il mare. Questo è il sostituto che io trovo a pistola e pallottola. Con un ghirigoro filosofico Catone si getta sulla spada; io, quietamente, mi imbarco.

Non c'è niente di straordinario in questo.

Sintomi e Segni

Sicuramente una instabilità emozionale (improvvisi e rapidi passaggi da una emozione all'altra);

- Livelli di intensità emotiva elevati, rapide eruzioni emotive
- Senso di paura/ansia
- Depressione qualitativamente diversa dai bipolari
- Rabbia
- Imprevedibilità
- Messa in scena drammatica

Sensitività il borderline percepisce ciò che manca nella relazione con l'operatore (le emozioni);

Sintomatologia

Condizione accessuale:

- Paura e Rabbia

Condizione di fondo: Disforia

Il termine disforia (dal greco dysphoría, composto di dys- "male" e un derivato di pherein "soportare") viene utilizzato in psichiatria per indicare un'alterazione dell'umore in senso depressivo, accompagnato da agitazione, irritabilità, nervosismo.

Disforia

condizione cronica di fondo su cui si iscrivono le altre funzioni del border

Disforia e suoi derivati:

- viene/non viene, viene quando gli pare
- non rispetta il setting e le regole
- non sa rispettare i confini
- minaccia di interrompere

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

- provocatore – eccessivo – porta le cose agli estremi
- è elemento di squilibrio, disordine
- fa osservazioni sulla mia persona
- cerca di entrare nella mia vita personale
- mi chiama in causa continuamente (sms, mail,...)
- mi mette in difficoltà
- mi colpevolizza
- manipola, strumentalizza
- si attacca a dettagli per far fallire la relazione
- frustra le mie ambizioni terapeutiche
- ha crisi di rabbia
- ha scatti impulsivi, litiga, ha diverbi
- si taglia, USA Sostanze ed ha condotte di dipendenza

Identikit Bordeline Grave

- Instabilità
- Impulsività
- Rabbia
- Disforia
- Provocatori
- Manipolazione
- Suicidarietà (suicidosi, ricatto cronico verso l'operatore)
- Autolesionismo

Condotta d'Abuso o di dipendenza???

Tre Aspetti Specifici

tensione

- ✓ tensione interna
- ✓ scontentezza senza nome
- ✓ insoddisfazione-malumore
- ✓ star male nei propri panni
- ✓ acidità-delusione
- ✓ senso di ingiustizia

irritabilità

- ✓ irritabilità
- ✓ irrequietezza
- ✓ inquietudine senza riposo
- ✓ spina irritativa cronica
- ✓ tormentosità
- ✓ diffidenza-sospettosità
- ✓ contrarietà-risentimento-ostilità

pressione

- ✓ impazienza
- ✓ spinta all'azione
- ✓ prelude...spinge a...carica la molla...
- ✓ spinge ad azione "violenta" con illusione di evacuare questo stato
- ✓ oscillazione disforia-rabbia

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ecolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Stato emotivo non mentalizzabile allora l'emozione diventa agito. Quindi: mi taglio, mi drogo, mi faccio una pera, passo col rosso, litigo con il vigile urbano, faccio qualcosa....

Border vs Operatore

Caratteristiche del rapporto

- INSTABILITA'
- IMPULSIVITA'
- RABBIA
- IRRITABILITA'
- PROVOCATORIETA'
- MANIPOLAZIONE
- TRAUMATICITA'
- SUICIDARIETA'
- AUTOLESIONISMO

Questo porta facilmente al Burn Out dell'operatore.

Relazione operatore-borderline

- Tipi di controtransfert
- ✓ Ansia e terrore
- ✓ Rabbia e odio
- ✓ Fantasie di salvataggio
- ✓ Trasgressione dei confini professionali
- ✓ Sentimenti di colpa
- ✓ Helpness e indegnità (soli e privi di aiuto o indegni di essere operatori)

STIGMA

I vari pensieri:

- 1980: Persona litigiosa, senza nessuna considerazione dell'altro, manipolativi...
- I rifiuti della clinica, materiale clinico informe che suscita risposte sgradevoli negli operatori e che viene quindi allontanato. Il bidone dei rifiuti.....
- QUESTI PAZIENTI MEGLIO PERDERLI CHE TROVARLI...

Gestione Difficile

Le caratteristiche:

- Problemi di gestione del contro transfert e nel personale curante. Diminuzione della tolleranza, atteggiamenti autoritari, costruttivi e repressivi nel tentativo di ridurre l'impatto dei vari acting out;
- Sia il borderline, sia l'equipe curante tendono a perdere la capacità auto riflessiva, che favorisce la ripetizione di eventi traumatici (cosa che cerca l'utente);
- Lo sviluppo di una bad sequence tra il personale curante e gli assistiti porta ad un progressivo deterioramento clinico ed un peggioramento della prognosi:

Secondo Chiesa (2005):

Rischiamo di vederli o come portatori di sofferenza psichica oppure vederli come Manipolatori, bugiardi, rapporti parassitari, poco affidabili,

L'Emilia Romagna ha definito le seguenti strategie per migliorare le cure:

- Linee di indirizzò per il trattamento dei disturbi gravi di personalità
- "Rimuovere gli ostacoli al trattamento"
- Non devono essere esclusi dall'accesso ai servizi....

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ecolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Condotta d'Abuso

Sulla relazione tra il disturbo borderline e il disturbo da uso di sostanze le varie impostazioni teoriche assumono posizioni differenti, sottolineando come l'utilizzo di sostanze serva a far fronte a un vuoto incolmabile che queste persone portano con sé o come l'utilizzo di sostanze serva per placare un caos nelle emozioni divenuto ormai insopportabile.

Funzione della Sostanza per il Borderline

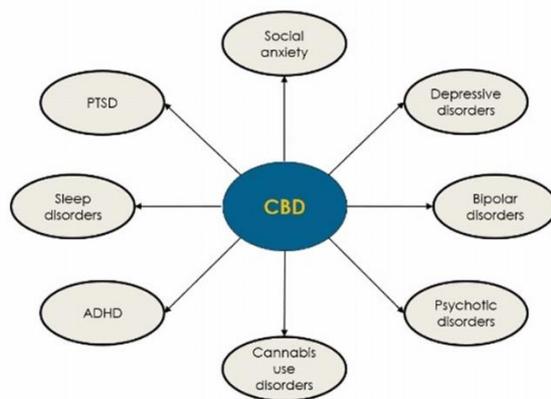
- Regolatori emotivi
- Passaggio all'atto
- Intenti autodistruttivi
- Possibilità di sentirsi vivi
- Forme aggressive contro il contesto familiare
- Integratori dell'immagine di sé: le sostanze sono oggetti potenti che il soggetto pretende di utilizzare per ristabilire il controllo del proprio mondo interno, emotivo, che sente sfuggire, in preda all'angoscia e alla frammentazione

Dipendenza

Il passaggio dall'abuso alla dipendenza rappresenta in quest'ottica un "successo" del soggetto borderline, la scoperta di un equilibrio e di un assetto tollerabile cui continuamente cercare di tornare.

Medicinal cannabis for psychiatric disorders: a clinically-focused systematic review

Jerome Sarris^{1,2*}, Justin Sinclair¹, Diana Karamacoska¹, Maggie Davidson¹ and Joseph Firth^{1,3}



BMC Psychiatry 2020;20:24

TRATTAMENTI COMPORTAMENTALI

1. Supporto motivazionale;
2. Comunità terapeutica;
3. Famiglia;
4. Trattamento farmacologico;
5. Gruppo.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ecolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Supporto motivazionale

Riconosciuto come trattamento essenziale della dipendenza. Efficacia dimostrata sia nei casi di abuso d'alcol che di stupefacenti. Adattate alla fase raggiunta nel percorso terapeutico.

Fasi proposte nel modello "Transteorico del Cambiamento" (Prochaska J.O. e DiClemente). Le persone modificano un problema oppure acquisiscono un comportamento positivo. Si basa sul cambiamento intenzionale, focalizzato sul processo decisionale dell'individuo.

Il Modello prende in esame: Stadio, il cambiamento è un processo che si compie nel tempo.

Individui differenti si trovano in diversi stadi e che devono essere progettati interventi appropriati per ognuno. Sviluppato per creare degli interventi che vanno incontro ai bisogni specifici dei soggetti coinvolti, alla partecipazione attiva e l'assunzione di responsabilità per imparare le tecniche di autocontrollo per evitare futuri abusi. Per questo il tasso di abbandono durante il processo di cambiamento è molto basso. Il supporto motivazionale si rifà Modello Transtoretico ma solo in senso orientativo.

Modello Transteoretico di Adesione all'Esercizio

- Precontemplazione
- Contemplazione
- Preparazione
- Azione
- Mantenimento



I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Precontemplazione:

- mai stato "bravo" ...
- dopo tanti anni ...
- non mi sembra il caso ...
- sono troppo stanco...
- lo so che lo dovrei fare ma
- vivere da malati per morire da sani ...

Non è pronto per cambiare.

Precontemplazione CHE FARE?

- Favorire la presa di coscienza...
- Spiegare i benefici, "personalizzandoli" ...
- Stimolare le "riserve" a cominciare ...
- Spiegare che basta poco... che l'obiettivo non è "prestativo" ...
- Spiegare che è importante.

Contemplazione

- si ha la consapevolezza dei benefici ma manca decisione o supporto o fiducia per cominciare
- vorrei però ...
- comunque ci pensa ...
- ... incubazione che può molto lunga ... (fino ad anni...)

Contemplazione CHE FARE?

- Favorire l'ascolto e la riflessione
- Motivare ascoltando (tener conto di quello che viene raccontato; quali ostacoli o difficoltà vengono riferite)
- Concordare un programma realistico

Preparazione

- Ci pensa seriamente
- Negli ultimi 6 mesi ha fatto qualcosa, ma con discontinuità.

Azione

- Si astiene dai comportamenti
- È comunque a rischio di interruzioni che devono essere previste e seguite

Mantenimento: supporto motivazionale

I modelli di comunicazione elaborati nel corso del tempo sono molteplici ma i più usati nel supporto motivazionale sono:

- I modelli psicosociologici
- I modelli interlocutori
- I modelli psicosociologici: ogni scambio comunicativo è un incontro tra due o più persone ognuna dotata di un'identità psicosociale che si afferma in quella comunicazione. Per comprendere lo scambio occorre quindi considerare le personalità dei partecipanti
- I modelli interlocutori: la comunicazione è il risultato di un'azione congiunta e condivisa (Interazione) che non è la semplice somma dei contributi dei partecipanti. Comunicare, quindi, vuol dire avvicinarsi progressivamente all'altro.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Comunità terapeutica

Nasce come aperta critica all'istituzione totale ed è un'organizzazione la cui principale finalità è la modificazione del comportamento e il recupero di persone deviate dalla norma sociale.

Thomas Main nel 1946 descrivendo il lavoro degli psichiatri si riferì all'ospedale con il termine "comunità terapeutica". Ufficializzato dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) nel 1953. Elemento essenziale: lo stretto rapporto che fra il personale e gli utenti che partecipano al lavoro e alle attività della comunità, contribuendo inoltre alle decisioni che li riguardano. Induce nella persona un modo di "agire" diverso. La cultura della comunità motiva, guida e richiede agli utenti e agli operatori di assumere un atteggiamento finalizzato a produrre un cambiamento.

R.N. Rapaport 1960:

- Democratizzazione: scambio di potere e responsabilità nel prendere decisioni
- Tolleranza (permissivism): accettazione dei comportamenti da parte di tutti.
- Comunalismo : condivisione di luoghi e occupazioni. 'fare con'
- Confronto con la realtà : continuo feedback sul comportamento dei singoli individui.

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

Il trattamento si basa principalmente sull'approccio psicologico, individuale e di gruppo. Nell'ultimo ventennio tuttavia, sono stati scoperti alcuni farmaci specifici ad azione anticraving (inibizione del desiderio) che, associati alla terapia di supporto psicologico e sociale, hanno permesso di incrementare la percentuale di successi terapeutici nel raggiungimento e mantenimento dell'astensione da bevande alcoliche, sostanze e nella prevenzione della ricaduta.

FAMIGLIA

La famiglia ha un ruolo importante nella vita di tutte le persone che hanno un grave disagio mentale e, in particolare, di quelle con doppia diagnosi.

Serve a ridurre lo stress sugli assistiti. La mancanza può avere effetti negativi sul decorso della loro malattia. Può però contribuire all'instaurarsi dell'abuso di sostanze o favorirne il mantenimento nel tempo.

Gli interventi familiari rappresentano una delle principali strategie, la collaborazione con la famiglia ha lo scopo di sviluppare una forte relazione di lavoro tra la famiglia e l'équipe curante.

Si raggiunge: - contatto con la famiglia,

- relazione di fiducia reciproca,
- fornendo le informazioni necessarie,
- coinvolgendola nel programma terapeutico.

I membri della famiglia

Due tipi di famiglie: 1) con parenti che vivono con lui o hanno con lui contatti regolari,

2) con parenti che hanno deliberatamente ridotto i loro contatti a causa degli effetti

dell'abuso di sostanze, ma che sono disponibili a coinvolgersi se viene fornito loro un aiuto.

Si definisce membro della famiglia colui che:

- può fornire assistenza e supporto alla persona,
- può aiutare a gestire il disagio mentale,
- può collaborare con l'équipe curante ad affrontare i problemi connessi all'abuso di sostanze.

Si può considerare membro della famiglia chiunque sia definito tale dalla persona assistita.

I genitori (le madri solitamente sono più coinvolte dei padri). I fratelli, soprattutto quando l'assistito "invecchia" e i genitori sono meno in grado di fornire cure e supporto. Il coniuge (il fidanzato/a, il partner, etc.), senza il cui coinvolgimento attivo il trattamento della persona con doppia diagnosi è spesso minato e la relazione è a rischio di conflitti e di rottura con la concomitante perdita di supporto sociale. I figli, che, se coinvolti nel trattamento, per esempio in età adolescenziale, possono costituire un'importante risorsa per avere un esito favorevole. La famiglia aiuta l'assistito nel soddisfacimento di molti bisogni, come le cure di base, l'alimentazione, la risposta allo stress e il coinvolgimento con il Servizio.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: **Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico**

Una famiglia carica di tensione con una comunicazione povera tra i membri, può avere conseguenze negative sul decorso. Gli assistiti che sono esposti ad alti livelli di stress familiare hanno una maggiore probabilità di ricadute o di ricoveri, sia per quanto riguarda i disturbi mentali che l'abuso di sostanze.

Essi stessi sono cause di stress per la famiglia l'impegno del prendersi cura, il carico finanziario e il disagio emotivo. La famiglia è molto interessata a sapere di più sulla patologia mentale, sui fattori che la influenzano e sui principi della sua gestione. La conoscenza dei sintomi può aiutare la famiglia - a capire l'impatto dell'abuso di sostanze sulla malattia mentale e viceversa, - a migliorare la capacità di monitorare il decorso della doppia diagnosi, - ad adottare tempestivamente azioni correttive quando se ne ravvisa la necessità.

ULTERIORI CRITICITA'

La presenza di una doppia diagnosi comporta il rischio di problemi per la persona e per la loro famiglia più della presenza della sola grave malattia mentale o della sola addiction.

La doppia diagnosi è causa di - un numero maggiore di ricadute e di ricoveri, - una minore aderenza alla cura, - una maggiore violenza, - una maggiore durata dell'eventuale stato di detenzione.

Sono necessarie strategie diverse se in una coppia solo un membro oppure entrambi i membri hanno problematicità.

FAMIGLIA ASPETTATIVE

- Essere aiutate a lavorare assieme ai servizi della salute mentale e delle dipendenze patologiche per affrontare i loro bisogni.
- Essere informate sui sintomi della malattia mentale.
- Essere informate sui farmaci e sugli altri trattamenti per la cura del disagio mentale.
- Essere aiutate a capire le interazioni tra la patologia mentale e l'abuso di sostanze.
- Conoscere la natura delle dipendenze patologiche.
- Avere indicazioni di strategie specifiche per fronteggiare i sintomi e i problemi comportamentali più frequenti.
- Ricevere suggerimenti sulle modalità idonee a favorire l'indipendenza degli assistiti.
- Essere aiutate a ridurre lo stress e il logorio connessi al prendersi cura, cui sono sottoposte.

COMPRESIONE DELLA DOPPIA DIAGNOSI DA PARTE DEI MEMBRI DELLA FAMIGLIA

Istruire i membri della famiglia (compreso l'assistito) sulla natura della doppia diagnosi e sui principi del suo trattamento riduce il senso di isolamento, che molte famiglie provano quando cercano di far fronte alla loro situazione.

Imparare a riconoscere i segni e i sintomi di entrambi i tipi di disturbi mette i parenti in grado di monitorare con più efficacia il decorso della malattia e di allertare con maggiore tempestività l'équipe curante in caso di necessità.

RIDURRE LO STRESS DELLA FAMIGLIA

É importante ridurre sia lo stress causato dai parenti che lo stress dei parenti causato dall'assistito. La riduzione dello stress non solo migliora il decorso della doppia diagnosi, ma anche accresce il benessere dei membri della famiglia aumentando la loro capacità di funzionare.

COMUNICAZIONE TRA LA FAMIGLIA E L'ÉQUIPE CURANTE

La mancanza di contatti tra la famiglia e i curanti comporta numerosi problemi. Se i familiari "non possono" comunicare tempestivamente i "cambiamenti" della persona all'équipe curante, per questa è difficile evitare, quando possibile, ricadute e altre conseguenze negative. Una difficile comunicazione tra i curanti e i familiari non solo può ridurre il coinvolgimento di questi ultimi nell'attuazione del programma terapeutico, ma può anche minarne le basi. La comunicazione tra la famiglia e l'équipe curante deve essere migliorata e implementata fino a rendere i membri della famiglia effettivi membri dell'équipe curante.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

COORDINARE LA FAMIGLIA E L'ÉQUIPE CURANTE

Talvolta sembra che il comportamento dei familiari abbia scopi opposti a quelli dei curanti. Per esempio: - appoggiando la decisione di interrompere l'assunzione dei farmaci, - offrendo alcol per ridurre gli stati di agitazione, - dando più denari di quanto concordato favorendo l'acquisto di sostanze.

Istruire la famiglia sul razionale alla base del trattamento raccomandato può aiutare i membri della famiglia a porre i loro sforzi in linea con gli sforzi dell'équipe curante.

RIDURRE GLI EFFETTI DELL'ABUSO DI SOSTANZE SUI MEMBRI DELLA FAMIGLIA

Effetti comuni dell'abuso di sostanze sulla famiglia:

- stress conseguente alle situazioni di crisi legate alle ricadute,
- violenza fisica minacciata o messa in atto,
- riduzione del denaro a causa delle spese legali e/o di sottrazione furtiva o di ricatti
- alti livelli di conflitti interpersonali,
- interazioni negative con le forze dell'ordine e il sistema giudiziario.

Affinché la collaborazione della famiglia nel programma terapeutico non venga meno è importante che, accanto alle azioni finalizzate alla riduzione dell'abuso di sostanze della persona assistita, siano minimizzati gli effetti dell'abuso di sostanze sulla famiglia.

FAMIGLIA-INTERVENTI

- Fornire una psicoeducazione progressiva e interattiva.
- Minimizzare le tensioni e i conflitti negli incontri con la famiglia.
- Far sì che il lavoro con la famiglia sia collaborativo.
- Far sì che il lavoro con la famiglia sia orientato verso il futuro.
- Prendere in considerazione non solo i bisogni dell'assistito, ma anche quelli dell'intera famiglia.
- Evitare le accuse nei confronti della famiglia.

1) Spesso costruire un rapporto di collaborazione richiede di raggiungere i membri di una famiglia nella loro abitazione o in un altro posto che vada loro bene.

2) Anche se in seguito gli incontri si hanno nella sede del Servizio, spesso è di grande utilità conoscere l'ambiente dove la persona vive. Inoltre dalla visita domiciliare dei curanti la famiglia può trarre la sensazione che essi hanno a cuore la situazione.

3) Poiché i membri della famiglia si preoccupano della riduzione delle ricadute e dei ricoveri, del miglioramento dell'indipendenza dell'assistito e della riduzione del carico assistenziale e dello stress, la dimostrazione da parte dell'équipe curante di condividere queste preoccupazioni può favorire la collaborazione della famiglia nell'attuazione del programma terapeutico.

4) In alcuni casi i membri della famiglia non riconoscono il problema connesso all'abuso di sostanze.

5) In questi casi spesso è meglio aspettare che siano coinvolti in una relazione di lavoro comune prima di istruirli sull'abuso di sostanze.

6) Cercare di istruirli sull'abuso di sostanze prima di riuscire a coinvolgerli in una alleanza di lavoro può comportare il rischio di non ottenere il loro coinvolgimento poiché ciò potrebbe essere letto come anteporre alla loro visione della situazione quella dei curanti.

PSICOEDUCAZIONE

Un importante obiettivo del trattamento familiare consiste nell'istruire su - la natura del disagio mentale, gli effetti delle droghe e dell'alcol, - le strategie per ridurre l'uso di sostanze nelle persone con un grave disturbo mentale. Anche se si dedicano specifici incontri familiari alla psicoeducazione, spesso occorre molto tempo perché le informazioni fornite siano assorbite e integrate. È opportuno che la psicoeducazione, oltre che prolungata nel tempo, sia anche interattiva nel senso di favorire la partecipazione attiva dei familiari invitandoli a porre domande e a fornire esempi utili allo scopo.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

CONFLITTI, RIDUZIONE

I membri della famiglia devono sentirsi liberi di esprimere le loro opinioni senza paura di essere censurati o rimproverati. Evitare di assumere atteggiamenti di critica e di rimprovero verso i familiari, non alzare il tono della voce, evitare umiliazioni dannose e bloccare il prima possibile situazioni del genere nel caso in cui si dovessero verificare. Durante l'incontro, spesso, emergano gravi conflitti tra i membri della famiglia è sufficiente che i curanti intervengano chiedendo ai partecipanti di esprimere le loro opinioni in modo più costruttivo, usando un tono della voce più basso e li invitino a rimanere sul focus dell'incontro stesso.

Non cancellare gli incontri a causa dei gravi conflitti tra i membri della famiglia perché ciò corrisponderebbe a dare il messaggio che non possono essere di aiuto alla famiglia nella gestione dei suoi problemi più gravi.

LAVORO COLLABORATIVO ed ORIENTATO AL FUTURO

Sviluppare una relazione con la famiglia che sia basata sullo scambio reciproco di informazioni e per valorizzare il contributo e le esperienze dei suoi membri. Più i membri sentono di essere importanti all'interno del gruppo dei curanti più è probabile che saranno di supporto agli obiettivi dell'intervento terapeutico.

Più il programma terapeutico tiene conto del contributo della famiglia più è probabile che sia ben concepito e centrato sull'obiettivo. Il focus del lavoro con la famiglia sta nel migliorare il futuro più che nel guardare al passato o nel fare rimproveri. Istruire i familiari sui sintomi e i comportamenti problematici dei disturbi mentali e dell'abuso di sostanze è finalizzato a illustrare e chiarire punti specifici e schemi di comportamento della malattia lungo il tempo.

Poco tempo dovrebbe essere dedicato a riflettere su, e a cercare di capire, il passato: lo scopo degli interventi psicosociali (psicoterapeutici) non è quello di acquisire un migliore insight, ma piuttosto quello di migliorare il futuro.

I BISOGNI DELLA FAMIGLIA

Il fatto di programmare e attivare interventi focalizzati alla riduzione dello stress di tutti i membri della famiglia ha il vantaggio di non concentrare tutta l'attenzione sull'assistito e, di conseguenza, di ridurre il disagio della persona di sentirsi l'unica sotto pressione.

Quanto migliore è il funzionamento complessivo della famiglia tanto più essa sarà efficace nel tamponare lo stress dell'assistito e tanto più sarà in grado di rafforzare i miglioramenti del funzionamento della persona con doppia diagnosi, compresi la riduzione dell'abuso di sostanze e la capacità di vivere in modo indipendente.

EVITARE LE ACCUSE

Spesso si sentono colpevoli di aver contribuito allo sviluppo della malattia mentale e dei disturbi da uso di sostanze dell'assistito. Corrispondentemente gli operatori possono adottare nei confronti dei familiari un atteggiamento di protezione dall'interazione con i Servizi della Salute mentale e delle Dipendenze patologiche per paura che gli stessi familiari possano essere biasimati a causa dei problemi del loro parente. Accusare i membri della famiglia interferisce sulla capacità dei curanti di sviluppare con loro una relazione fiduciosa e collaborativa, e ha come possibile conseguenza che i parenti smettano di interessarsi al benessere dell'assistito o sviluppino un atteggiamento negativo nei suoi confronti. Anche quando sembra che i parenti abbiano un effetto negativo o distruttivo è di maggiore aiuto - tradurre il loro comportamento nel "fare il meglio che si riesce a fare", - aiutarli a imparare i modi migliori di mostrare la loro preoccupazione e di gestire le loro frustrazioni.

GRUPPO

Le norme riflettono le regole di comportamento e le aspettative implicite ed esplicite dei membri su come dovrebbe funzionare il gruppo. Formulate in modo chiaro si diminuisce l'ansia del soggetto, soprattutto nelle fasi iniziali.

- Tempo. specificare ogni quanto ci si riunirà e quanto durerà ogni gruppo
- Puntualità: l'interdipendenza dei membri è un elemento essenziale del gruppo. Tutti sono necessari
- Espressione libera: esprimersi liberamente da ogni vincolo logico affermando il proprio pensiero
- Riservatezza: risulta fondamentale per l'autenticità della partecipazione.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Regola dell'astinenza: ???

Evidenze hanno dimostrato l'alto valore del gruppo per il trattamento di persone con doppia diagnosi tramite la condivisione. L'aver qualcosa in comune con gli altri è un rinforzo potente per l'appartenenza al gruppo e la diminuzione della percezione dell'isolamento. Importante è anche il senso di accettazione, essere accettati dagli altri membri diviene una forte spinta all'autostima; che a sua volta alimenta la speranza di un cambiamento e di un miglioramento personale.

Riferimenti:

- Augusta Bianchi psichiatra psicoterapeuta servitore insegnante Club Alcolologico Territoriale Pavia 2 – Melograno (metodo Hudolin)
- Claudia Giordani Psicologa, Mauro Pettorruso, Gianluigi Conte, Policlinico "A. Gemelli", Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
- Mario Rossi Monti, Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica dell'Università di Urbino Carlo Bo
- Antonello Correale lezioni varie

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Comunicazione Efficace e case management, nel setting assistenziale delle dipendenze patologiche. A cura di Maurizio Ercolani

LA RELAZIONE DI CURA: È POSSIBILE?

Fattori di difficoltà

Il soggetto tossicomane non ha una domanda di aiuto è refrattario alla relazione terapeutica, l'incontro non nasce da una scelta, da una domanda (soggetto monade, la sostanza ottura la mancanza) dipendenza egosintonica nessuna intenzione di smettere, come nessun delirante ha intenzione di guarire dal delirio Solitamente si rivolge ai servizi a causa delle conseguenze della dipendenza (legali, fisiche, relazionali) e alla ricerca di un contenimento (cerca un posto, la terapia sostitutiva) l'incontro non nasce da una scelta ma da una contingenza, quindi il curante è visto non come un alleato ma come un nemico da cui mettersi in guardia o da manipolare. Impossibilità di fare legame se il soggetto è intossicato, se è in relazione con l'oggetto non può entrare in relazione con l'altro

IL SOGGETTO CON DIPENDENZA NELLA RELAZIONE DI CURA

Posizione del soggetto nella relazione:

- Svalutazione della parola: il soggetto non crede alla parola dell'altro come non crede nella propria, risorse simboliche sono carenti;
- Transfert: ripetizione inconscia dinamiche relazionali incontrate con l'altro (familiare) (sfiducia, abbandono, rifiuto, ecc.);
- Lo scopo dell'assistito è quello di ottenere una serie di benefici manipolando il terapeuta, «bonus» che gli derivano dal suo status di «paziente»;
- Scissione dell'io → tendenza alla menzogna, «falso sè»;
- Sospettosità, impossibilità ad affidarsi all'altro;
- Clima di inautenticità reciproca;
- Ciclo idealizzazione/svalutazione, mantenimento della relazione (es.borderline);

Transfert dipendente: l'altro viene investito come l'oggetto tossico, gli viene rivolta una domanda di regolazione emotiva e soddisfazione immediata del bisogno.

IL CURANTE NELLA RELAZIONE quale posizione tenere?

TEMPO 1 «AGGANCIAMENTO»

Sospensione del giudizio (vizio morale, egoismo, mancanza di volontà, ecc.)

Interesse alla particolarità soggettiva

Relazione di fiducia reciproca

TEMPO 2 TENUTA

Prestarsi al transfert senza scivolare sul piano speculare (l'attacco al legame è strutturale)

Introdurre gradi di asimmetria (limiti chiari, non opposizione)

Intervento d'equipe- pluralizzazione del transfert

Giusta distanza (evitare postura formale, ma anche maternage e invischiamento)

DIREZIONE DELLA CURA

Riabilitare l'uso della parola svalutata, misconosciuta

«Più parole, meno fatti» le parole per dire

Sostenere nuove identificazioni (favorire l'esplorazione, riconoscere le inclinazioni particolari, valorizzarle, fare posto al soggetto)

Terapia di gruppo

Utilità rispecchiamento, mentalizzazione transfert orizzontale mobilita risorse libidiche e relazionali. Rischi effetti di contagio e paranoicizzazione (alta frequenza strutture psicotiche e disturbi di personalità),

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

aggressività e rivalità speculari, rafforzamento identificazione interventi pluriprofessionali coordinati da un membro dell'equipe (case manager) che si faccia carico anche dei rapporti con i professionisti esterni

- Controllo urine
- Focus sul conseguimento a breve, medio o lungo termine dell'astinenza (sostanza o comportamento)
- Counselling motivazionale anche con i familiari/persona significative
- Incontri informativi per dipendenze/disturbi psichiatrici
- Terapie psicofarmacologiche (ricognizione e riconciliazione farmacologica)
- Psicoterapie mirate
- Inserimento gruppi
- Ricovero ospedaliero volontario o tramite ASO – TSO
- Inserimento in Comunità Terapeutica o altro percorso individuale.

La Comunicazione nella riabilitazione

Quale riabilitazione e quale comunicazione

La riabilitazione è un processo nel corso del quale si porta una persona con problematiche varie a raggiungere il miglior livello di autonomia possibile sul piano fisico, funzionale, sociale, intellettuale e relazionale, con la minor restrizione delle sue scelte operative, pur nei limiti della sua menomazione.



Per ogni dipendenza patologica esistono diversi metodi riabilitativi, alcuni esempi collegati alla patologia: GAP: alias: Gioco d'Azzardo Patologico. Il Gambling, o gioco d'azzardo patologico, è una delle dipendenze patologiche diffuse e in crescita nel nostro territorio.

Il Gambling, o gioco d'azzardo patologico, è una dipendenza diffusa dove il giocatore dipendente/gambler è un appassionato del gioco che, però, ha perso il controllo del suo impulso sullo stesso, per cui la sua passione volontaria si trasforma in una necessità incontrollabile.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Non esiste una personalità particolarmente predisposta alla dipendenza dal gioco, esistono però

- alcuni tratti che, possono coincidere con quelli osservati in altri tipi di dipendenza, vale a dire:
- mancanza di autocontrollo che si manifesta in comportamenti impetuosi e impulsivi;
- bassa autostima ed elementi che costituiscono la personalità narcisistica e antisociale;
- il sovraccarico di stress,
- sensazione di solitudine e la difficoltà di concentrazione

Ad aggravare la situazione del gambling patologico inoltre concorrono, l'incitazione proveniente dalla pubblicità e la disponibilità immediata degli strumenti di gioco come slot-machine e roulette, perché avvicinano di più scommessa e premio diminuendo tempi di attesa pensiamo ad esempio al tempo che impieghiamo per vincere o perdere una partita a carte, ecco con leslot o le roulette (anche e soprattutto Online) questi tempi sono ridotti a pochi secondi.

Cosa colpisce?



I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Trattamento di gruppo

I trattamenti clinici riportati in letteratura che evidenziano risultati più efficaci per il Disturbo da Uso di Sostanze sono quelli che integrano il lavoro fatto in terapia individuale con uno specifico lavoro di gruppo. Il gruppo in particolare fornisce uno spazio nel quale la persona può rispecchiarsi e sviluppare un sentimento di corralità e di partecipazione collettiva.

Nello specifico per il DGA uno dei percorsi di cura più efficaci figurano quelli a matrice cognitivo comportamentale (Cognitive Behaviour Therapy o CBT), dove è presente una forte componente comportamentale di controllo del sintomo e una analisi approfondita delle credenze alla base anche del DGA. Esso è uno tra i trattamenti di gruppo di CBT maggiormente utilizzati in clinica del DGA.

Il metodo include quattro componenti principali:

- 1) interventi motivazionali
- 2) interventi comportamentali
- 3) interventi cognitivi
- 4) prevenzione delle ricadute

Gruppo TMI-GAP

L'idea che è alla base di questo tipo di programma è che le persone con Dipendenza Patologica vivono le interazioni in maniera problematica, applicando schemi maladattivi che sono stati consolidati nel tempo, scaturiti spesso da bisogni ripetutamente frustrati.

I soggetti che seguono pedissequamente degli schemi agiscono quindi in modo automatico e le loro azioni impediscono di soddisfare i propri bisogni; aggiungendo una scarsa metacognizione si impediscono di rendersi conto da cosa scaturiscano i problemi relazionali e quindi non riusciranno a correggere la rotta.

Quindi il gruppo terapeutico diventa:

- spazio in cui riconoscere le proprie modalità di funzionamento schema- dipendenti
- aumentare l'abilità metacognitiva
- allenarsi a comportarsi in modo più flessibile e adattivo
- avere una migliore comprensione del proprio mondo interno e quello degli altri.

La TMI è un trattamento misto psicoeducativa ed esperienziale, basato sulla teoria dei Sistemi Motivazionali Interpersonali. Focalizza l'intervento sul miglioramento del funzionamento metacognitivo e sull'identificazione degli schemi che si attivano in determinati momenti di bisogno.

Includiamo all'interno della fase psicoeducativa le dimensioni caratterizzanti il gioco d'azzardo patologico:

- coping e problem solving
- regolazione emotiva
- impulsività
- credenze
- metacredenze

Le ricerche epidemiologiche degli ultimi anni tendono a mettere in risalto in modo sempre maggiore la concomitante presenza per persone con Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) di un Disturbo di Personalità (DP), rimarcando un dato già consolidato per le persone con Disturbo da Uso di Sostanze (Casciani & De Luca, 2018). Si rinforza sempre più l'esigenza di una presa in carico integrata, che contempli un trattamento per le strutture di personalità sottostanti, al fine di migliorare la qualità della vita, riducendo la sofferenza emotiva e la conflittualità interpersonale, nell'obiettivo di promuovere l'astinenza e prevenire le ricadute (Coriale, Ceccanti, et al. 2015). Diversi studi centrati sulla cura dei disturbi di personalità in persone con Disturbi da Uso di Sostanze hanno riportato un concomitante miglioramento sintomatico.

Terapia Metacognitiva Interpersonale

La TMI è un approccio cognitivo comportamentale di terza ondata vocato al trattamento dei disturbi di personalità sviluppato negli ultimi anni (Dimaggio et al. 2019). Alcuni studi su caso singolo hanno evidenziato

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

miglioramenti in termini di prevenzione della ricaduta, in presenza di un concomitante sviluppo delle funzioni metacognitive, spesso disfunzionali in questo tipo di soggetti (Dimaggio et al. 2015; Pasinetti, Dimaggio et al. 2014).

In particolar modo nel DGA la promozione delle relazioni interpersonali e della consapevolezza del disturbo emergono come caratteristiche fondamentali nel processo di cambiamento (Roger, Dimaggio et al. 2019).

Terapia Metacognitiva Interpersonale è un approccio sviluppato principalmente per il trattamento dei disturbi di personalità, ma include una struttura che permette di trattare i disturbi di Asse I correlati (depressione, ansia, disturbi ossessivi, disturbi alimentari). La Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI) mira a migliorare la metacognizione, cioè la capacità di comprendere i pensieri, le emozioni, le cause psicologiche dei propri comportamenti disfunzionali, promuovere e affinare la capacità di capire cosa gli altri pensano, provano e cosa li muove ad agire, per promuovere modi di relazionarsi più funzionali attraverso la comprensione degli schemi interpersonali che guidano le azioni.

TRATTAMENTI DI EFFICACIA PER LA COMORBILITA'

I trattamenti di successo per i disturbi psichiatrici non risolvono il disturbo da uso di sostanze, esso richiede un trattamento specifico

<p>Disturbo Border di personalità Disregolazione degli impulsi Disregolazione delle emozioni Tendenza al suicidio</p>	<p>TERAPIA DIALETTICO COMPORTAMENTALE Psicoterapia per Disturbo Border di personalità e Disturbo da Uso di sostanze Marsha Linehan</p>
<p>Disturbo Post Traumatico da stress e da Trauma Complesso</p>	<p>SEEKING SAFETY Psicoterapia per PTSD/Trauma e Disturbo da uso di sostanze M. L. Najavits</p>

109

SEEKING SAFETY

M.L.NAJAVITS (2002)

È l'unico modello supportato da ricerche che tratta contemporaneamente il PTSD e il Disturbo da uso di sostanze con miglioramenti su entrambi alla fine del trattamento. E' compatibile con tutte le filosofie degli interventi, astinenza assoluta, riduzione del danno, uso controllato, tuttavia contrariamente all'approccio di trattare il trauma quando l'addiction è sotto controllo, il modello propone di affrontare tutti e due i disturbi contemporaneamente.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

SEEKING SAFETY: 5 PRINCIPI e indicazioni ... NON

1. Mettersi al sicuro è il primo obiettivo (interrompere autolesività, rompere relazioni dannose, sviluppare la cura di sé)
2. E' un trattamento integrato per persone con diagnosi di DSPD
3. Si focalizza sugli ideali: recupera gli ideali di una volta
4. Si focalizza su quattro aree, quella cognitiva, comportamentale, interpersonale e gestionale
5. Dà attenzione al processo terapeutico
 - **Non** si esplora il trauma passato
 - **Non** si usa l'interpretazione
 - **Non** si chiede un impegno da contratto piuttosto si chiede l'impegno ad esercitarsi a casa
 - **Non** si stabiliscono obiettivi all'inizio
 - **Non** si orienta a scrivere o riportare la loro biografia
 - **Non** si associano gli eventi di uso alla presenza del disturbo post Traumatico da Stress

111

La Comunicazione nella prevenzione?

Quale prevenzione e quale comunicazione

La prevenzione è l'insieme di azioni finalizzate a impedire o ridurre il rischio, ossia la probabilità che si verifichino eventi non desiderati. Il concetto ha validità ed è presente in diversi ambiti.

CONCETTO DROGA

Si definisce «DROGA» qualsiasi sostanza, che, introdotta in un organismo vivente può modificarne le capacità percettive, emotive, cognitive o motorie.

SET - DRUG - SETTING

Questi sono gli elementi che influenzano moltissimo il consumo e gli effetti delle singole sostanze.

- **SET:** Set si riferisce a tutto ciò che ti riguarda: la storia personale, le aspettative e paure, l'umore e la forma fisica.
- **DRUG:** Con drug si intende tutto ciò che ha a che fare con la droga stessa: la sostanza, la dose la qualità della droga.
- **SETTING:** Con drug si intende tutto ciò che ha a che fare con la droga stessa: la sostanza, la dose la qualità della droga.

Dal consumo occasionale alla dipendenza: un processo unico per droga, cibo, sesso, internet, gioco ecc.

- **CONSUMO**
- **ABUSO**
- **DIPENDENZA / ADDICTION**

Dipendenze patologiche

- **Dipendenza da alcol e/o sostanze stupefacenti (droghe)**
- **Dipendenze comportamentali :**
 - **Gambling o gioco patologico**
 - **Internet addiction**
 - **Sex addiction**
 - **Shopping compulsivo**

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

INTERNET Addiction

- COMPULSIVE ON-LINE GAMBLING, il gioco d'azzardo compulsivo.
- CYBERSEX ADDICTION, la dipendenza dalla ricerca di materiale pornografico o di relazioni erotiche tramite chat.
- CYBER RELATIONSHIP ADDICTION, assillante ricerca di relazioni d'amicizia o sentimentali tramite e-mail, chat, newsgroup.
- MUD ADDICTION, dipendenza da giochi di ruolo mediante "avatar" con cui il soggetto si identifica.
- INFORMATION OVERLOAD ADDICTION, ricerca d'informazioni estenuante e protratta nel tempo.

(Cantelmi – Orlando, 2009).

Lo sviluppo del cervello nell'adolescente

Queste acquisizioni ci fanno meglio comprendere come nell'adolescente sia difficile la valutazione dei rischi, molto variabile l'umore, difficile la gestione delle emozioni, facile l'impulsività ed il passaggio all'atto. Da un punto di vista educativo e preventivo è dunque importante evitare richiami e prediche moralistiche su queste tematiche. Gli adolescenti a differenza degli adulti non evitano i rischi ma paradossalmente li cercano: per esorcizzarli, per sfida e spinti dall'assetto ormonale (soprattutto i maschi).

Curva del consumo

- Per la stragrande maggioranza dei ragazzi il consumo si colloca in una fase del loro ciclo di crescita e si esaurisce nel passaggio alla fase adulta, quando la vita li porterà a fare altre scelte (consumo transitorio)
- Una minima parte resta intrappolata in una dinamica di abuso e dipendenza (consumo identitario o autoterapeutico)

Sostenere i fattori proattivi

- Nell'attuale contesto storico è altresì importante fare cultura. Ovvero promuovere la partecipazione ed il protagonismo dei giovani favorendo i processi di consapevolezza e sviluppo del senso critico
- Promuovere una dimensione temporale aperta alla speranza e non soffocata dal pragmatismo del presente e dai risultati a breve termine

NUOVE DROGHE

Accanto alle droghe "vecchie e classiche" si sta affermando sempre di più l'uso di nuove droghe:

- Smart drugs
- Designer drugs
- Il policonsumo

DESIGNER DRUGS

Designer-drugs è un termine usato per descrivere droghe che sono create o commercializzate, qualora già esistessero, per aggirare le vigenti norme di legge. Generalmente vengono sintetizzate modificando la struttura molecolare di altre droghe o, meno frequentemente, creando sostanze con strutture chimiche completamente differenti che producono effetti simili a quelli causati dalle droghe illegali.

Preparate clandestinamente da "chimici" dilettanti, conosciuti come "cookers", queste droghe possono essere iniettate, fumate, inalate e ingerite.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Le principali designer drugs:

- **Mefedrone**
- **Derivati del CHAT**
- **Ketamina e suoi derivati**
- **Cannabinoidi sintetici (sigla J WH)**
- **GHB o ecstasy liquida**
- **Derivati del fentanile**
- **POPPER e suoi derivati**
- **Cyber drugs**

I giovani e le nuove droghe

- Relativismo valoriale
- Diffusione dell'accettabilità del rischio
- Idea della reversibilità dell'azione
- Esasperazione della performance

I giovani e le nuove droghe

Modalità differenziate di consumo

- Sballo (alterare la realtà e superare la noia)
- Soggetti "integrati" appartenenti prevalentemente alla classe media
- Livello di scolarità buono
- Pochissimi contatti con i servizi

Non sono emarginati e non appartengono nella maggioranza dei casi a classi sociali meno abbienti:

- Privi di ideologie e pragmatici
- Cercano l'uguaglianza nel consumo, nell'attività ludica e nella conformità mondana che poi paradossalmente criticano e sfidano

Si collocano all'interno dell'ambivalenza tra individualismo e bisogno di appartenenza arrivando a strutturare parte della propria esistenza in ambiti che sono esterni a quelli delle organizzazioni tradizionali dove è possibile rimodellare la propria identità.

Rituali di gruppo (es. raves): In una società dove è sempre più difficile comunicare e dove i giovani si trovano in tal senso ad essere frequentemente penalizzati, l'uso di droghe, oltre che rappresentare un'occasione speciale per sperimentare percezioni, emozioni e situazioni nuove e non convenzionali, può essere identificato come uno strumento che semplifica e rende più intensa la comunicazione e l'interazione sociale

Altre dipendenze patologiche

Oltre alla tossicodipendenza si manifestano oggi altre forme di dipendenza patologica:

- da tecnologie (soprattutto tra i giovani)
- da gioco d'azzardo e lotterie
- da pornografia

Gioco

I giovani giocano di più degli adulti, i maschi più delle donne. Un terzo dei giovani è coinvolto più o meno nel fenomeno, i maschi per il 43,3%, le ragazze per il 22,4%. Gli adulti complessivamente giocano solo per l'11,5%. Mentre i più si limitano a qualche volta, un 10% è assiduo nel gioco (il 5% ogni giorno) a casa e al bar. Si sta diffondendo per il 20% di essi il gioco on-line. Più praticati sono i giochi delle carte e il gratta e vinci. Non mancano coloro che si dedicano anche ai videogiochi. I più assidui al gioco sono i frequentanti i corsi di formazione professionale (56,1%), meno i liceali, che giocano metà dei precedenti. Il gioco è diffuso a Vicenza e anche in provincia, anche se la città supera per qualche punto in percentuale.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Principali problemi GAP correlati:

- Problemi sociali (finanziari, giuridici, familiari, lavorativi)
- Problemi psichici (disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi di personalità, abuso e/o dipendenza da alcol e droghe)
- Problemi somatici (gastrite, ulcera, cardiopatie ischemiche, alterazioni immunitarie)

Metodi poco efficaci di aiuto ai giovani:

- ✓ Brontolare (quando metterai a posto la tua stanza te l'ho già detto 5 volte)
- ✓ Predicare (Sapevi qual era la cosa giusta da fare? Perché non l'hai fatto? Mi vergogno di te)
- ✓ Incolpare (Come hai potuto dopo tutto ciò che ho fatto per te?)
- ✓ Minacciare (Se non smetti subito di chiacchierare ti mando dal preside)
- ✓ Paragonare (Il tuo amico sì che è un ragazzo intelligente- Vedi tuo fratello)
- ✓ Preoccuparsi eccessivamente (continuo a preoccuparmi perché continuo a pensare a cosa farai l'anno prossimo!)
- ✓ Urlare (silenzioooooo!)
- ✓ Criticare (sei davvero stupido. Se continui così chissà come andrai a finire)
- ✓ Picchiare (questo fa più male a te che a me; spero che ora ti ricorderai di non farlo mai più)
- ✓ Punire (visto che vai così male a scuola, non potrai uscire per tutta la settimana)

Scarsa efficacia

Questi metodi sono poco efficaci (hanno effetto temporaneo e non duraturo e profondo) perché sono COERCITIVI e agiscono sul sentimento della paura, del senso di colpa eccessivo e della limitazione della libertà.

Fattori familiari di protezione

- ✓ Attaccamento sicuro e sano tra genitori e figli;
- ✓ Ascolto attento e supervisione genitoriale;
- ✓ Autorevolezza e disciplina efficace (rapporto gerarchico e non paritario);
- ✓ Comunicazione di valori familiari pro-sociali;
- ✓ Genitorialità supportiva (porta aperta).

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

IL SUICIDIO IMPULSIVO

Il **suicidio impulsivo** può essere inquadrato come:

un "suicidio prossimale"

caratterizzato da rapida evoluzione ed improvvisa escalation

è circa l'80% di tutti i tentativi anticonservativi

associato a letalità simile a quello premeditato

(Simon et al., 2001) (Sveticic and De Leo, 2012) (Wyder and De Leo, 2007) (Cornelius et al., 1996) (Gore-Jones and O'Callaghan, 2012) (Rimkeviciene et al., 2015)

PREVENZIONE PRIMARIA

- Studi hanno evidenziato che il ruolo della depressione nei tentativi di suicidio impulsivo è notevolmente ridotto, rendendo necessaria l'attenzione ad altri predittori. Coloro che compiono un tentativo impulsivo risultano essere meno depressi e senza speranza rispetto ai soggetti che compiono un tentativo premeditato



Questi risultati suggeriscono che i medici non dovrebbero minimizzare l'importanza dei tentativi impulsivi e non dovrebbero presumere che un paziente non sia a rischio di comportamento suicidario sulla base dell'assenza di depressione e disperazione

Megaan Spokas et al., 2011

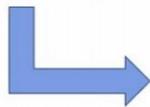
I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

PREVENZIONE SECONDARIA

- Nei pazienti con dipendenza da sostanze, essere ricoverati in ospedale per un tentativo di suicidio impulsivo sembra essere un forte indicatore del rischio di ricaduta post dimissione



Indicando l'utilità clinica di gestire contemporaneamente sia la componente di suicidalità che quella dell' abuso di sostanze nelle fasi acute del trattamento

Mina M. Rizk et al.,2021

CONCLUSIONI

Alcuni dei fattori legati al suicidio e all'impulsività sono stati riportati in letteratura, ma le associazioni tra suicidio impulsivo e uso/abuso di sostanze non sono fortemente supportate dai dati attualmente disponibili

Nonostante il rischio significativamente elevato di suicidio impulsivo in individui con disturbo da uso di sostanze (SUD), mancano ricerche sugli interventi farmacologici e psicosociali per il SUD e i concomitanti comportamenti suicidari

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

LA COMUNICAZIONE CON LA PERSONA AFFETTA DA DIPENDENZA PATOLOGICA COMUNICARE, SIGNIFICA:

- ✓ INTERAGIRE
- ✓ INVIARE
- ✓ TRASMETTERE
- ✓ TRASFERIRE
- ✓ NOTIFICARE
- ✓ FAR SENTIRE
- ✓ FAR CONOSCERE
- ✓ PARTECIPARE
- ✓ UNIRE

COMUNICAZIONE

cum = con, munire = legare,

latino communis =

mettere in comune qualcosa,

CONDIVIDERE, COSTRUIRE, far

partecipe.

è l'insieme dei fenomeni che comportano la distribuzione di informazioni. Un processo di scambio e di influenzamento reciproco che avviene in un determinato contesto.

Serve esprimere noi stessi, i NOSTRI stati d'animo e per potere instaurare relazioni soddisfacenti, nelle quali condividere i nostri bisogni, valori ed obiettivi, con gli altri.

Comunicare efficacemente significa anche saper ascoltare e quindi conoscere meglio gli ALTRI, i loro bisogni ed obiettivi.

“Un tempo, neppure troppo lontano, si diceva
comunicare con ...
mentre oggi si dice semplicemente e con
stupefacente disinvoltura
comunicare a ...
e non sembra sia necessario attendersi risposta”

Franco Ferrarotti Sociologo italiano. 7 aprile
1926



I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Che cos'è la percezione

Processo che ci consente di acquisire l'informazione sul mondo esterno. E' un processo psichico complesso che prende avvio dalle sensazioni ricevute dai recettori sensoriali ed elabora e interpreta i dati provenienti dal mondo esterno è la capacità di sintetizzare le varie informazioni che i diversi sensi ci comunicano e di organizzarle in modo da poter interpretare gli stimoli che provengono dall'esterno.

NELLA PERCEZIONE INTERVENGONO MOLTE VARIABILI DI TIPO:

FISIOLOGICHE (il funzionamento dei recettori sensoriali):

- ✓ I nostri recettori sono sensibili solo a certe forme di energia
- ✓ I nostri recettori potrebbero avere dei difetti (es: i daltonici).

PSICOLOGICI (interessi, bisogni, esperienza passata): ad esempio, un bambino "vede" le cose diversamente da un adulto.

SOCIALE E CULTURALE (ad esempio, gli eschimesi percepiscono molte più sfumature di bianco di altre popolazioni)

OGNI PERSONA È CARATTERIZZATA DA:

- Proprio sistema percettivo
- Storia personale
- Concetto di sé
- Bisogni e legami affettivi
- Formazione intellettuale e culturale
- Valori di riferimento, postulati
- Motivazione e aspettative
- Ruoli psico-sociali e professionali

RISERVA MENTALE

Rischio della Certezza

Uno dei maggiori ostacoli alla comunicazione. Quando le persone sentono o vedono qualcosa che si scontra con le loro convinzioni o i loro valori, sperimentano la Dissonanza Cognitiva. A causa del disagio causato dalla dissonanza, tenderanno a giustificare le proprie convinzioni e i propri comportamenti attuali, o a distorcere le nuove informazioni in modo che non mettano più in discussione la loro "visione globale".

IMPORTANZA DEL DESTINATARIO

Nella vita di ogni giorno, nelle aziende, negli uffici, negli ospedali, chi parla dimentica spesso uno dei principali doveri di colui che trasmette: conoscere la persona o il pubblico al quale si rivolge, SCOPO DI PERSONALIZZARE IL MESSAGGIO, UMANIZZARLO E RENDERLO ADEGUATO ALLA RICETTIVITÀ DEL SUO DESTINATARIO

Potenziare l'approccio empatico

- ✓ L'empatia consiste nel comprendere in quale stato emotivo si trova l'altro e nel comunicarglielo. È un elemento 'determinante' nella comunicazione e nella relazione educativa
- ✓ "Capisco ciò che stai provando!"
- ✓ Rappresenta la capacità di chi parla di entrare in uno specifico universo che in quel momento l'altro sta vivendo, dà la dimensione stessa della capacità di lasciarsi contagiare.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

MODELLO DI COMUNICAZIONE LINEARE EMITTENTE – MESSAGGIO – RICEVENTE

LA COMUNICAZIONE è VISTA COME QUALCOSA CHE UNA PERSONA "FA" AD UN'ALTRA, SECONDO LA LOGICA COMPORTAMENTISTA DELLO STIMOLO-RISPOSTA



Gli elementi della comunicazione sono:

- il **CANALE** (che può essere orale, scritto, gestuale, sonoro)
- il **MEZZO** (che può essere la carta, la TV, il telefono, il PC ecc.)
- l' **INTERFERANZA** (un rumore esterno o un disturbo interiore)
- il **CONTESTO** (tempo, spazio e luogo e situazione dove avviene la comunicazione)
- il **FEED-BACK** (la reazione del ricevente il messaggio dell'emittente)

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

IL PROCESSO COMUNICATIVO

È costituito da tre elementi: (DETTO e COME VIENE DETTO)

COMUNICAZIONE VERBALE

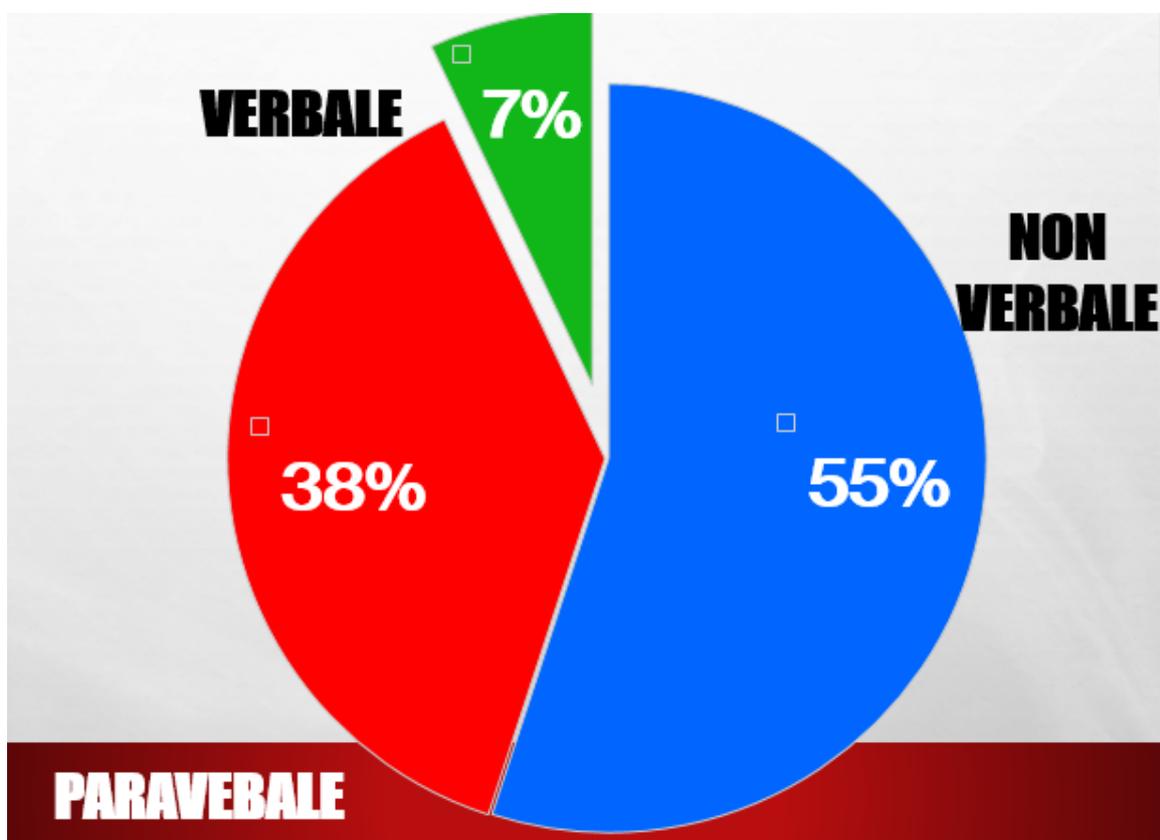
Parole.

COMUNICAZIONE PARAVERBALE

Il tono di voce, il timbro, il ritmo, l'inflessione, il volume, le pause.

COMUNICAZIONE NON VERBALE

I movimenti del corpo, del volto, l'atteggiamento, la postura, il colorito, la respirazione, la prossemica, l'aspetto.



I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

ASCOLTARE vs SENTIRE

L'atto dell'ascoltare implica la volontà di udire un suono o un rumore, prestandogli particolare attenzione, come avviene ad esempio quando si ascolta una canzone, la televisione o una persona che parla. Invece il termine sentire fa semplicemente riferimento al percepire involontariamente una sensazione, che può essere tattile, odorosa o uditiva, ma in quest'ultimo caso, senza prestargli attenzione.

GIUSTO ATTEGGIAMENTO MENTALE

- ✓ **Ascoltare tutto prima di dire o fare**
- ✓ **Essere disposti a credere che ciò che dice l'altro ha un senso**
- ✓ **Non convincersi troppo presto di aver capito tutto**
- ✓ **Non dare mai nulla per scontato**
- ✓ **Non dare giudizi di valore**
- ✓ **Non contrapporsi**
- ✓ **Non interrompere**

FATTORI DI COMPRESIBILITA'

- **SEMPLICITA'**
- **ORDINE**
- **BREVITA'**
- **CONCRETEZZA.**



I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

**GESTIONE DEI "CASI DIFFICILI":
NEGOZIAZIONE E COMPETENZE**

		IO VINCO	IO PERDO
TU VINCI	ASSERTIVITA'	RICERCA DEL VANTAGGIO RECIPROCO LOGICA NEGOZIALE SODDISFAZIONE DEI BISOGNI DI ENTRAMBI	RICERCA DEL VANTAGGIO AL TRUI A DANNO PROPRIO LOGICA RINUNCIATARIA SODDISFAZIONE DEI BISOGNI DELL'ALTRO
	AGGRESSIVITA'	RICERCA DEL VANTAGGIO PROPRIO A DANNO AL TRUI LOGICA COMPETITIVA SODDISFAZIONE DEI BISOGNI PROPRI	LOGICA DISTRUTTIVA DANNO MIO DANNO TUO TANTO PEGGIO TANTO MEGLIO

**LA GESTIONE DEI "CASI DIFFICILI":
IL COMPORTAMENTO ASSERTIVO**

IL COMPORTAMENTO ASSERTIVO E' UN COMPORTAMENTO SOCIALE CHE CONSENTE DI RAGGIUNGERE GLI OBIETTIVI PREFISSATI SENZA CREARE SITUAZIONI DI CONFLITTUALITÀ E SENZA CEDERE TOTALMENTE ALLE RICHIESTE DELL'ALTRO



Passivo Assertivo Aggressivo

La natura, si dice, ha dato a ciascuno di noi due orecchie ma una sola lingua, perché siamo tenuti ad ascoltare più che a parlare.

Ascolto attivo è un'opportunità di crescita

Plutarco

Plutarco è stato uno scrittore e filosofo greco, vissuto sotto l'impero Romano. Studiò ad Atene e fu fortemente influenzato dalla filosofia stoica.

Il buon comunicatore....

la scrittura cinese viene definita PITTOGRAFICA Perché il carattere è una rappresentazione diretta della cosa

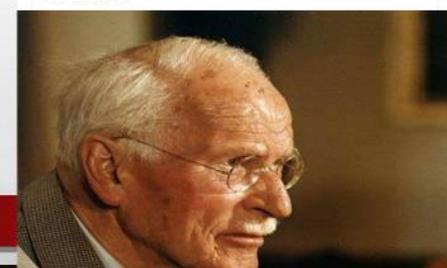


Orecchio Occhi
Ascoltare Attenzione completa
Cuore

Entra in campo la totalità della persona con l'attivazione cosciente di tutte le sue facoltà

" Poco importa sapere dove l'altro sbaglia, perché lì non possiamo fare molto. È interessante sapere dove sbagliamo noi stessi, perché lì si può fare qualcosa. "

- Carl Gustav Jung, psicoanalista svizzero -



Ascolto attivo

Il termine attivo sta ad indicare una serie di fattori tra cui la preparazione a livello emotivo e la ricerca del significato;
è necessario quindi che l'interesse sia genuino, non una facciata costruita appositamente;

soprattutto ciò che è indispensabile è comprendere il modo in cui il soggetto si rappresenta gli eventi vissuti; Solo così infatti diventa possibile restituire una elaborazione diversa e contribuire alla sua evoluzione

l'obiettivo è correggere le interpretazioni errate e consentire la ristrutturazione dell'esperienza.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Ascoltare è diverso da sentire, non è un processo automatico; consiste nella ricerca del significato

L'ascolto può avvenire a diversi livelli:

- Chi sente ma non ascolta;
- Chi ascolta in modo marginale, superficiale, ascolta cioè i fatti senza considerare le idee ed è quindi distratto e facilmente distraibile;
- Chi ascolta attentamente con atteggiamento valutativo, è cioè interessato al contenuto ma non ai sentimenti (eventualmente le emozioni che contano sono le proprie) e di conseguenza coglie l'obiettivo logico dell'interlocutore ma non il suo reale interno comunicativo.

l'ascoltatore attivo

- Cerca di vedere le cose dal punto di vista dell'altro,
- Sospende i propri pensieri ed emozioni,
- Invia messaggi di ascolto,
- Ricerca e riconosce i messaggi non verbali,
- Valuta la corrispondenza tra l'aspetto verbale e quello non verbale,
- Indica ricettività e apprezzamento del messaggio ricevuto,
- Incoraggia attraverso domande a chiarire sempre meglio,
- Verifica attraverso il feed-back l'accuratezza della comprensione del messaggio (proprio e altrui).

In ogni comunicazione esiste un aspetto di contenuto e un aspetto di relazione..in modo che il secondo qualifica il primo e quindi è metacomunicazione

Il CONTENUTO è costituito dall'informazione: "cosa si comunica" Ha come oggetto tutto quanto è comunicabile

la RELAZIONE definisce il rapporto: "come si comunica" e quindi come comprendere il contenuto

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

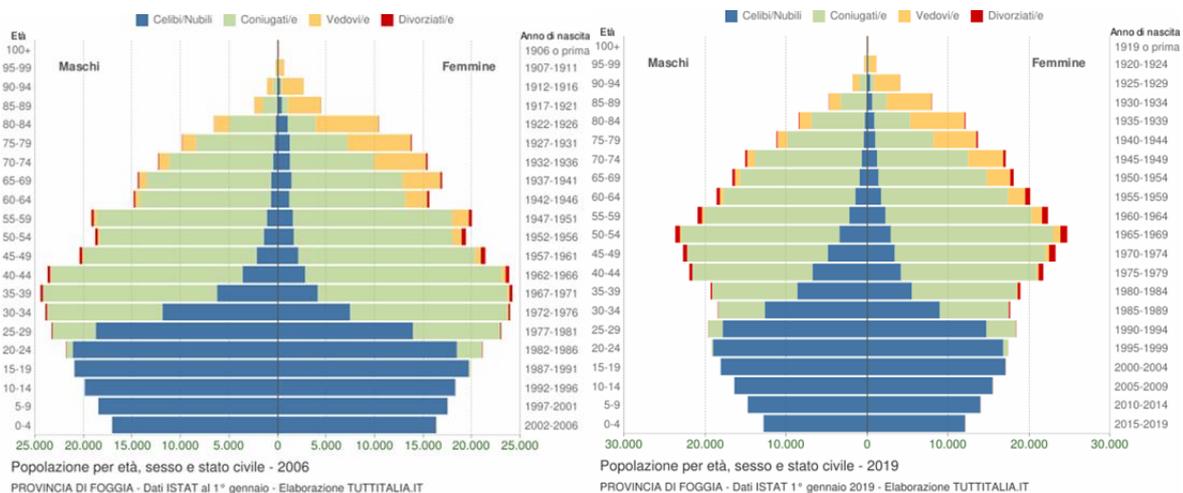
COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Il Case manager, origine, esclusione, metodiche e strumenti. ASL, territorio, ospedali e popolazione. A cura della Dr.ssa Girolama De Gennaro Dirigente S.S. Coordinamento Professioni Sanitarie ASL FOGGIA

Cambiamenti demografici in Italia

“Con l'invecchiamento della popolazione, cambia anche la tipologia di malattie di cui soffre e muore la popolazione. Un numero sempre maggiore di persone muore a causa di malattie croniche gravi, come le cardiopatie, le malattie cerebrovascolari e i tumori.”



Nella provincia di Foggia la popolazione ha le seguenti caratteristiche: il 21% di over 65 con punte vicino al 40% sul subappennino. Dati demografici ed epidemiologici evidenziano la tendenza all'invecchiamento della popolazione con conseguente aumento delle patologie croniche e modifica della domanda assistenziale.

Definire la malattia cronica

1. durata di almeno 6 mesi
2. pattern di ricorrenza o di deterioramento
3. cattiva prognosi
4. conseguenze o sequele che influenzano la qualità della vita del paziente.

Lo stato dell'arte:

- Forte crescita della domanda
- Ritardo culturale ed organizzativo.



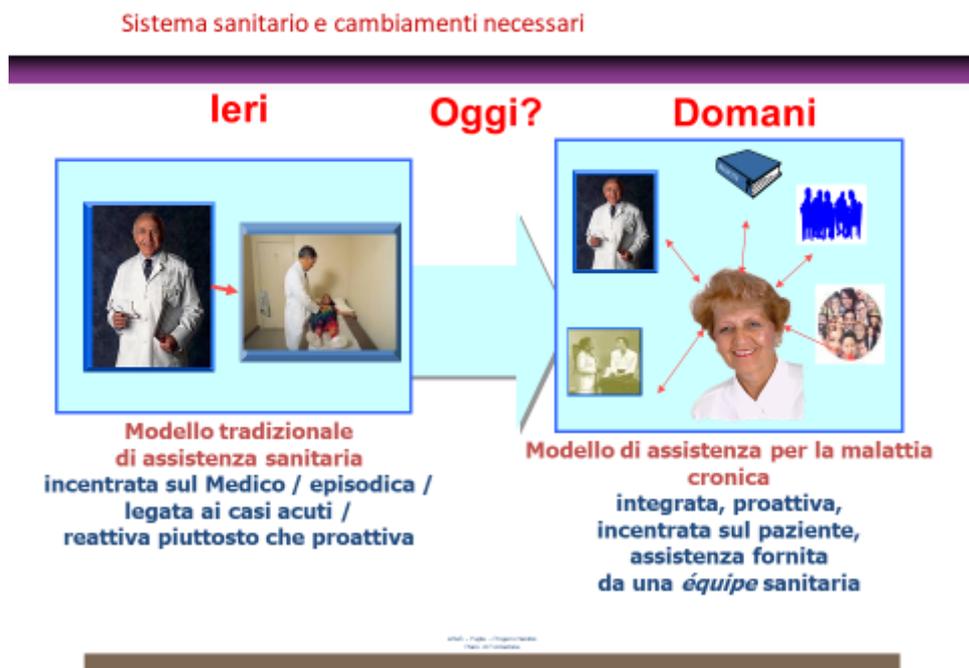
I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ecolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Medicina di attesa

L'azione sanitaria per la malattia cronica è ancora episodica, non programmata e non coordinata, non segue un piano delle cure individualizzato ma modelli molto soggettivi.



Dalla cronicità alla fragilità

Questo modello valido per la gestione delle cronicità è applicabile per la gestione delle fragilità? Il filo conduttore comune è la continuità delle cure e la gestione integrata dell'assistenza.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Il soggetto fragile è un paziente complesso

Complessità sanitaria

patologia fisica o mentale ad Indice di Severità elevato o pluripatologia o problemi di funzioni vitali richiedenti dispositivi tecnologici di sostituzione (es. per nutrizione, ventilazione...)

Complessità assistenziale

disabilità fisiche o mentali comportanti dipendenza nelle varie attività (mobilità, cura della persona, vita domestica); eventuale utilizzo di dispositivi fisici

Complessità ambientale

criticità legate alla abitazione, al nucleo familiare e alle persone che forniscono aiuto, alle relazioni familiari, mancanza di accesso a servizi, presidi-ausili e facilitazioni economiche

da controllo a presa
in carico

Presa in carico

Processo organizzativo-clinico-assistenziale-relazionale finalizzato a garantire assistenza globale ed integrata ad un paziente cronico.

Prodotto (outcome) dell'attività di una o più Equipies multiprofessionali.

Il concetto di "Presa in carico" è stato ben sintetizzato dal WHO con il termine di getting things done (letteralmente: fare in modo che le cose vengano fatte).

La continuità assistenziale nel paziente cronico – Finalità

- Favorire un approccio alla cronicità orientato al Care Management e all'empowerment del paziente
- Favorire l'aderenza al follow up rendendo i servizi assistenziali più facilmente fruibili
- Evitare la mobilità dei pazienti cronici ovvero la peregrinazione spesso inutile da un struttura assistenziale ad un'altra
- Azzerare l'attesa per i pazienti coinvolti nel modello assistenziale, incidendo anche sulle liste di attesa aziendali
- Offrire un percorso assistenziale razionale e aderente alle linee guida nazionali e locali.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico



I modelli assistenziali per le cronicità Care management e Case management

Care management e Case management

Le differenze

Care manager = È colui che gestisce il processo di cura

Case manager = È colui che gestisce il caso.

The Chronic Care Model

(Ed Wagner, MacColl Institute for Healthcare Innovation)



I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Disease Management, una definizione: Insieme di interventi sanitari e attività di comunicazione coordinati, rivolti a gruppi di popolazione con situazioni patologiche in cui l'impegno dei pazienti nell'autoassistenza è fondamentale.

Le definizioni di Empowerment:

J. Rappaport: "Empowerment è un processo attraverso il quale la gente arriva a padroneggiare la propria vita".

Feste C. et Anderson R.M.: "Empowerment è un processo educativo finalizzato ad aiutare il paziente a sviluppare le conoscenze, le capacità, le attitudini, e un grado di consapevolezza necessario ad assumere efficacemente la responsabilità delle decisioni riguardo alla propria salute".

Definizione di Empowerment del paziente: "Responsabilizzazione del paziente nella gestione della propria salute". Il Paziente è il vero esperto della sua condizione

"Le decisioni del paziente riguardano non soltanto la malattia in sé ma il modo di condurre la propria vita. È il paziente l'unico vero artefice della propria salute e del proprio benessere. Il problema non è se il paziente gestisca la sua malattia ma come la gestisce."

Empowerment e Modello Assistenziale

Il coinvolgimento e la responsabilizzazione del paziente non devono essere attività soltanto di una parte ma una finalità di tutto il sistema, al fine di raggiungere migliori standard assistenziali e migliori livelli delle cure. Tutto il Team delle cure, che coinvolge il MMG, gli specialisti consulenti, gli operatori sociali, i Case Manager e il paziente, deve puntare all'empowerment del paziente.



I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Compliance vs. Empowerment

Compliance

"Fai quello che ti dico di fare"

- ✓ Autoritativa
- ✓ Riduce l'autonomia del paziente
- ✓ Comprime la libertà di scelta

Empowerment

"Decidiamo insieme quali sono le migliori cure che si adattano al tuo caso"

- ✓ E' un processo negoziale
- ✓ Responsabilizza il paziente
- ✓ Considera i bisogni, le aspettative, la cultura del paziente

Strumenti del programma di *Disease Management*

Componenti del programma

- ❖ Coinvolgimento attivo del paziente
- ❖ Dieta
- ❖ Cessazione dell'abitudine al fumo
- ❖ Esercizio fisico
- ❖ Aderenza alle prescrizioni
- ❖ Automonitoraggio



Modalità di erogazione

- ❖ Valutazione
- ❖ Incontri faccia a faccia
- ❖ Contatti telefonici
- ❖ Incontri di gruppo
- ❖ Materiale educativo
- ❖ Risorse del territorio



I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ecolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Metodologia

Interventi sanitari e attività di comunicazione coordinati



IL CARE MANAGEMENT

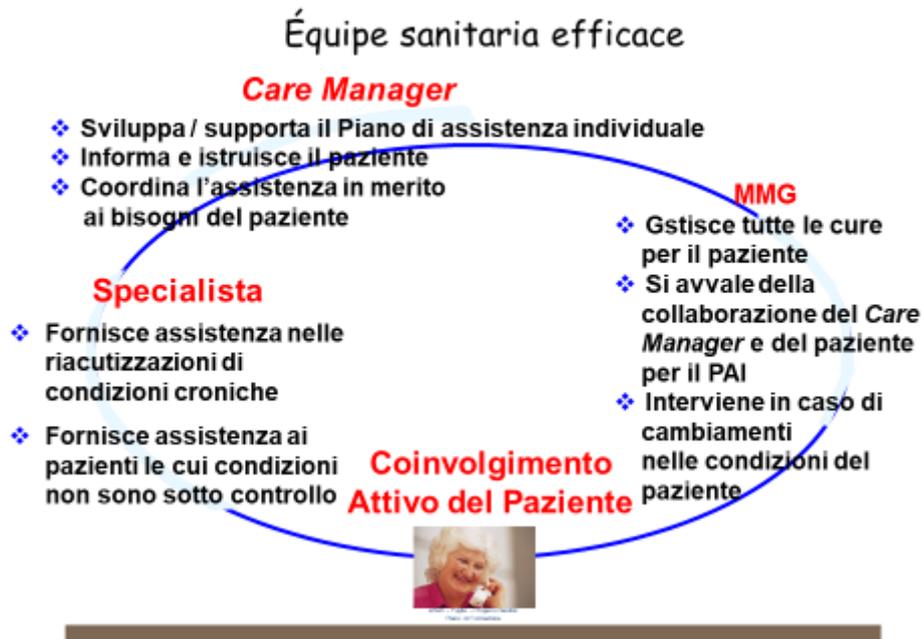
Il modello assistenziale



I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico



Autogestione della malattia.

Care management

- Arruolamento
- Predisposizione del piano di cura
- Fornitura di materiale educativo
- Coordinamento dell'assistenza

Autogestione della malattia

- Comprende le 8 priorità di base dell'autogestione

Disease management dei Rischi

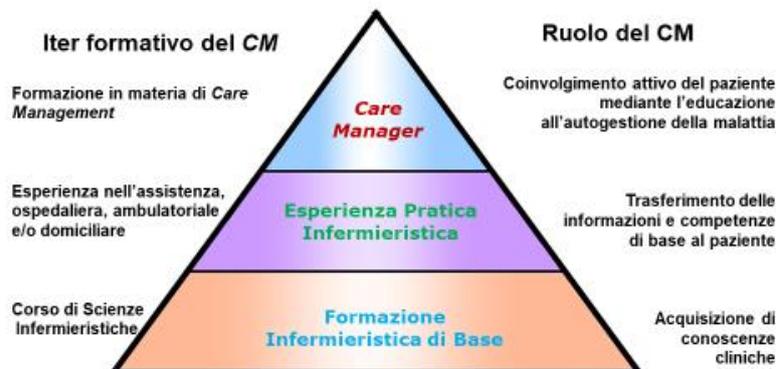
- Diabete
- Fumo
- Abitudini alimentari
- Attività fisica

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

La Piramide del Care Management



Qual è il ruolo del Care Manager?



COMPETENZE DEL CARE MANAGER

- professionalità,
- capacità di lavorare in team,
- competenza clinica,
- abilità nella soluzione dei problemi,
- capacità comunicative e relazionali,
- capacità organizzative.

IL CASE MANAGEMENT

Nasce negli anni '70 negli Stati Uniti affermandosi come modello socio-sanitario da applicare ove ci sono pazienti «fragili». È una unione di ruoli e attività realizzate all'interno di un particolare setting assistenziale, facilita l'accesso alle cure ed ai servizi disponibili e la Comunicazione tra pz / famigliari / care giver e equipe

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ecolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

di cura. Favorisce l'empowerment del paziente. Il fulcro di questo modello è l'Infermiere Case Manager, infermiere con specifica formazione post-base (master, percorsi formativi specifici). Il case manager è il referente del caso, garantisce la presa in carico dell'utente e della sua famiglia favorendo la partecipazione attiva dell'utente, il coordinamento e la continuità tra i servizi ospedalieri e territoriali.

TRE RUOLI FONDAMENTALI:

1. CLINICO (processo di nursing attraverso il piano assistenziale, personalizzazione delle cure, protocolli assistenziali, EBN....);
2. MANAGERIALE (facilitare e coordinare l'assistenza durante il percorso di cura, gestione delle risorse, valutando il raggiungimento degli obiettivi assistenziali);
3. FINANZIARIO (controllo DRG di cura, evitare la duplicazione degli esami, riduzione ricoveri impropri).

Le competenze comunicative centrate sul paziente

Mostrare rispetto per il paziente

- considerare il vissuto del paziente
- esprimere empatia
- trasmettere positività, scevra da giudizi di valore
- dimostrare interesse

Mi permetta di rubarle qualche minuto per conoscerla e capire come riesce a controllare la sua condizione. Le dispiace se le pongo alcune domande?



Le competenze comunicative centrate sul paziente

Condurre una interrogazione efficace

- formulare domande a risposta libera
- ricorrere a domande scalari ("In una scala da 1 a 10 ...")
- stimolare l'elaborazione del pensiero
- captare le spie emozionali
- praticare l'interrogazione approfondita
- prestare attenzione alle trappole classiche dell'interrogazione

Molte persone trovano difficoltà nell'assumere le medicine tutti i giorni; qual è la sua esperienza?



I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Le competenze comunicative centrate sul paziente

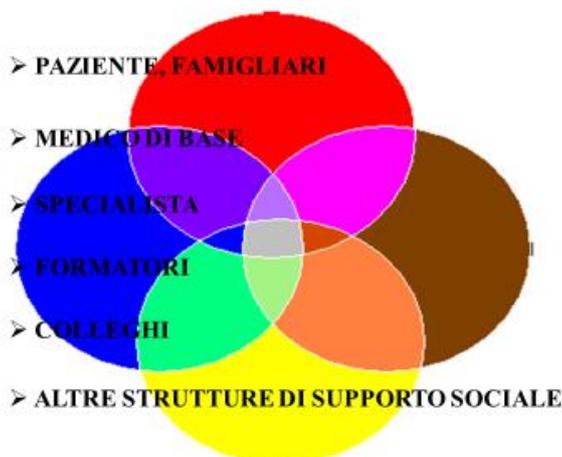
Promuovere il coinvolgimento attivo del paziente

- veicolare la certezza che il cambiamento avverrà
- accostarsi con tatto alle sfide
- attivare la positività

Che cosa cambierebbe se ... ?

Ha fatto veramente un gran cambiamento! Che ne pensa?

Relazioni



Cosa ha messo in campo la ASL di Foggia negli ultimi anni?

Cambio di paradigma:

I FATTORI PRINCIPALI

- Tagli di Risorse
- Chiusure di Presidi Ospedalieri
- Carenza di personale sanitario (medici, infermieri)
- Servizi poco confacenti all'esigenza territoriale
- Invecchiamento della popolazione

Verso la medicina di prossimità

Analisi della situazione

Dall'Ospedale:

- Dimissioni Protette
- Protocolli di intesa

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ecolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Al Territorio:

- Presa in carico
- Empowerment del paziente
- Continuità delle cure
- Setting assistenziali adeguati.

Obiettivo:

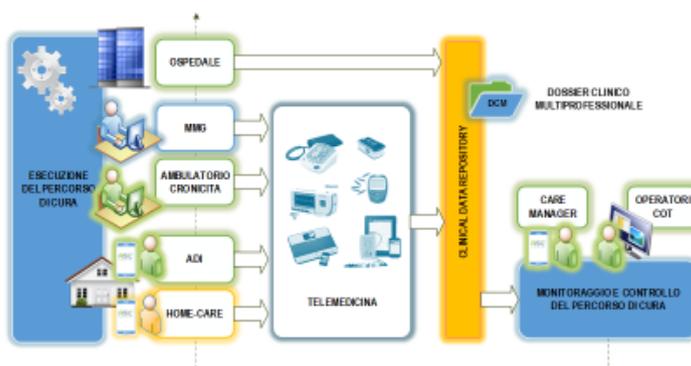
- Evitare ricoveri impropri
- Disintasarare Ospedali e Pronto Soccorso
- Avvicinare le cure al paziente
- Ridurre i costi associati a ricoveri/prestazioni inappropriate, nonché i costi sociali.

La gestione delle cronicità

Attua un modello innovativo di gestione delle cronicità sul territorio, costruendo percorsi di cura multi-professionali che favoriscano la continuità di cura, il controllo e la stabilizzazione della patologia, operando in proattività ed in prossimità;

Si avvale di componenti tecnologiche innovative, tra le quali si segnala l'impiego di un dossier clinico elettronico multi-professionale, l'utilizzo intensivo della telemedicina (nelle sue varie declinazioni), l'interazione con il paziente via app e l'adozione di un repository clinico standard realizzato sul modello di riferimento ISO-12967.

Diomedee - Il modello operativo



I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Emergenza COVID-19: monitoraggio dei pazienti positivi



CORPORATE EDUCATION

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Nuove frontiere assistenziali nella gestione infermieristica del paziente con dipendenza patologica. A cura del Dott. Stefano Marconcini – Coordinatore C.O.T. di Telemedicina. ASL Foggia.

Definiamo il disturbo

Le Dipendenze patologiche purtroppo sono un problema che riguarda molte persone, si caratterizza dall'essere in una condizione psichica, talvolta anche fisica, causata dall'interazione tra un l'organismo di una persona e una sostanza specifica (es. Alcool, Cocaina, THC, ecc.). Tra persona dipendente e sostanza si crea una relazione patologica caratterizzata da un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo ripetitivo, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione (astinenza). In passato la nozione di "dipendenza" veniva riferita principalmente all'assunzione di "sostanze", oggi viene sempre più utilizzata anche nell'inquadramento di particolari situazioni in cui il paziente sviluppa un comportamento di dipendenza in assenza di qualsiasi sostanza, ma nei confronti di un comportamento. Le "nuove dipendenze", o "dipendenze senza sostanza" o "dipendenze comportamentali", si riferiscono a una vasta gamma di comportamenti anomali: tra esse possiamo annoverare il gioco d'azzardo patologico, lo shopping compulsivo, la "new technologies addiction" (dipendenza da TV, internet, social network, videogiochi...), la dipendenza dal lavoro (workaholism), da sesso (sex-addiction), dalle relazioni affettive e da allenamento sportivo patologico (la sindrome da overtraining).

Quali strategie di cura?

Le strategie di cura per le persone affette da dipendenza patologica sono riportate dall'art. 28 in ambito territoriale e dall'art. 35 in ambito residenziale e semiresidenziale del Decreto del presidente del consiglio dei ministri 12 gennaio 2017: «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza», di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (G.U. Serie Generale, n. 65 del 18 marzo 2017). Di interesse totale per i servizi delle dipendenze patologiche (SER.D) l'art. 28, l'art. 35 invece per la definizione del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato. Art. 28: Nell'ambito dell'assistenza domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze, ivi incluse le persone detenute o internate, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate.....

Tra le varie attività del SER.D riportate si annoverano, in quanto di interesse infermieristico:

- a) accoglienza;
- b) valutazione diagnostica multidisciplinare;
- c) valutazione dello stato di dipendenza;
- e) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in accordo con la persona e, per i minori, in collaborazione con la famiglia;
- f) somministrazione di terapie farmacologiche specifiche, sostitutive, sintomatiche e antagoniste, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico;
- g) gestione delle problematiche mediche specialistiche;
- h) interventi relativi alla prevenzione, diagnosi precoce e trattamento delle patologie correlate all'uso di sostanze;

E di seguito: punto n) promozione gruppi di sostegno per i soggetti affetti da dipendenza, punto o) gruppi di sostegno per i familiari punto r) interventi terapeutici e riabilitativi in soggetti detenuti o con misure alternative...) collaborazione ed integrazione con i servizi di salute mentale per i pazienti con comorbidità.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

L'infermiere e il suo contributo

Per individuare quelli che possono essere i contributi dell'Infermiere nel lavoro di équipe in un servizio per le dipendenze patologiche e definire nuove frontiere assistenziali, analizziamo le sue funzioni.

Il profilo professione dell'Infermiere stabilisce all'art. 1:

- Comma 1. È individuata la figura professionale dell'infermiere con il seguente profilo: l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.
- Comma 2. L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.
- Comma 3:

- a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
- c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;
- d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;
- f) per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;
- g) svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale.

Si deduce:

- a) l'interazione di diversi operatori sanitari è indispensabile per una corretta identificazione di bisogni di salute della persona e della collettività. Viene riconosciuta all'Infermiere una competenza specifica che lo rende componente a pieno titolo dell'équipe multidisciplinare e in grado di concorrere alla identificazione di tali bisogni.
- b) La competenza specifica che rende l'Infermiere membro a pieno titolo dell'équipe multidisciplinare è la stessa che lo rende protagonista dell'identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica. Indipendentemente dal modello concettuale a cui l'Infermiere si riferisce per identificare il bisogno, ne consegue la capacità e la responsabilità diretta di definire gli obiettivi, intesi come risultato da raggiungere per ottenere la soddisfazione e/o la compensazione del bisogno autonomamente identificato.
- c) Definiti gli obiettivi, intesi come risultato da raggiungere, all'Infermiere è parimenti riconosciuta la capacità e la competenza per:
 - Definire le priorità d'intervento;
 - Scegliere tra diverse ipotesi risolutive;
 - Individuare strumenti e risorse necessarie all'intervento;
 - Attuare le azioni necessarie;
 - Verificare quanto attuato e il livello con cui è stato raggiunto il risultato ipotizzato.

Pertanto l'Infermiere è direttamente responsabile del risultato conseguito.

Nel garantire l'applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche, l'Infermiere si assume la responsabilità della correttezza delle azioni svolte in prima persona o da altri da lui individuati, ma non del risultato conseguito dalla prescrizione. Viene rafforzato il concetto di lavoro di équipe, inteso come partecipazione attiva al soddisfacimento dei bisogni di salute, nell'ambito delle proprie competenze. Oggi l'infermiere interpreta nella gestione del suo lavoro quanto previsto nel profilo professionale nei Ser.d? (accezione non solo per i Ser.d).

Con il profilo professionale si è determinata un'evoluzione dell'assistenza, il riconoscimento di una maggiore centralità della persona nel percorso di cura e l'affermazione del nursing come disciplina autonoma fa sì che sempre più l'infermiere sia consapevole del ragionamento diagnostico che lo porta ad identificare i problemi della persona o a formulare le diagnosi infermieristiche, ad ipotizzarne un percorso di risoluzione e, quindi,

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

ad avvertire la necessità di uno strumento nuovo e più completo. La consegna o una semplice scheda non è più adeguata.

Con la Legge n. 42 del 26/2/99 si sono definiti due importanti elementi della vita professionale dell'infermiere:

- la sostituzione della definizione "professione sanitaria ausiliaria" con la definizione "professione sanitaria". Ciò non comporta la semplice eliminazione del termine "ausiliaria", ma l'affermazione che la professione infermieristica non ha valore in quanto ausilio ad un'altra professione sanitaria ma in quanto detentrica di uno specifico ruolo per la salute delle persone e della collettività ... come indicato nel profilo professionale;
- l'abolizione del DPR 225/74 conosciuto come il "Mansionario".

Il concetto di autonomia professionale e responsabilità viene rafforzato anche dalla legge 251/2000 all'art. 1 sia per la professione infermieristica che ostetrica. Stabilisce inoltre che tutte le attività devono essere erogate: «utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza».

- All'art. 1 comma 3 b decreta l'emanazione di linee guida per la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata.

Si inizia a comprendere che una professione come quella Infermieristica non può essere governata da un modello organizzativo per compiti.

- L'infermiere deve approcciarsi come un vero professionista attraverso:
 - valutazione globale;
 - definizione di problemi assistenziali (diagnosi infermieristica);
 - definizione degli interventi;
 - definizione outcome.

Il lavoro del professionista infermiere non può essere esclusivamente collegato ai problemi collaborativi (attività su prescrizione di altri professionisti es. medico) come la terapia, esecuzioni di esami ematici, esami strumentali ecc., deve occuparsi della persona nel suo totale per quelle che sono le competenze infermieristiche. Nelle dipendenze patologiche come in tutti gli altri servizi territoriali, dopo l'accoglienza l'infermiere deve occuparsi della presa in carico del paziente definendo un piano assistenziale a partire dall'accertamento infermieristico sino alla valutazione degli outcome. Diverse sono le metodologie di pianificazione dell'assistenza: possono essere collegati a modelli teorici (Gordon, Henderson, ecc.) per l'accertamento, alle diagnosi infermieristiche (es. Nanda, Carpenito) per la pianificazione, o ai linguaggi standardizzati sempre per la pianificazione o alla definizione dei bisogni di assistenza infermieristica (Cantarelli) per tutto il processo.

Sarà proposto un modello già in uso nella nostra ASL nei servizi territoriali e da diverso tempo in SPDC che spero vi faccia riflettere sull'importanza di introdurre nell'agire quotidiano come professionisti della salute, uno strumento scientifico per la pianificazione assistenziale attraverso una terminologia standardizzata internazionale, cross mapping, riconosciuta dall'OMS: il linguaggio standardizzato ICNP®. La proposta nasce dall'esperienza ormai pluriennale di pianificazione assistenziale, prima in una struttura convenzionata residenziale per la cura delle dipendenze patologiche come responsabile del personale assistenziale, con l'introduzione di una cartella infermieristica cartacea con accertamento secondo il modello delle prestazioni infermieristiche ed una tabella per la definizione della diagnosi infermieristica (PES), definizione dell'obiettivo seguendo la logica del modello delle prestazioni infermieristiche e la risoluzione del problema assistenziale (definito con una diagnosi infermieristica) con una azione seguendo sempre la teorica Milanese (da indirizzare a sostituire). Successivamente sono tornato in prima linea in qualità di infermiere in un SPDC ed ho proposto una sperimentazione con il linguaggio standardizzato ICNP®, prima con una cartella cartacea senza un accertamento strutturato da una teoria, e successivamente con una cartella informatizzata con accertamento Gordon. Dopo circa due anni e rilevati i vari problemi riferiti dai colleghi infermieri, in

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

collaborazione con altri, abbiamo proposto un accertamento infermieristico su tre aree, semplice, veloce, dinamico (quindi personalizzabile) ma comunque completo ed esaustivo, che permette di indagare in modo completo l'assistito.

LE TRE AREE:

- ◆ SOMA
- ◆ PSICHE
- ◆ RELAZIONI

Ipotesi di definizione: Per la realizzazione dell'accertamento sulle tre aree soprariportate, sono partito dall'accertamento infermieristico di M. Gordon, immettendo i principali item compresi per ogni modello funzionale nell'area di riferimento apportando le opportune modifiche e tenendo presente che alcuni item possono interessare più di una area. Inoltre uno dei presupposti principali è che l'accertamento deve essere effettuato secondo una concezione olistica della persona e una logica circolare: le tre aree interagiscono tra di loro.

Partendo da Gordon ho seguito il seguente schema:

SOMA: Includere la terminologia afferente ai modelli: percezione e gestione della salute; nutrizionale e metabolico; eliminazione; cognitivo e percettivo (parte di interesse); sessualità e riproduzione (parte di interesse). Trasformazione in linguaggio ICNP®.

PSICHE: Includere la terminologia afferente ai modelli: cognitivo percettivo (parte di interesse); percezione e concetto di sé (parte di interesse); coping e tolleranza allo stress; valori e convinzioni (parte di interesse). Trasformazione in linguaggio ICNP®.

RELAZIONI: Includere la terminologia afferente ai modelli: ruoli e relazioni; percezione e concetto di sé (parte di interesse); valori e convinzioni (parte di interesse). Trasformazione in linguaggio ICNP®.

Esempio:

Soma:

- Definire come percepisce il suo stato di salute (termine ICNP 10040627 Atteggiamento verso lo stato di salute)
- Se fa prevenzione (termine ICNP 10015715 Ruolo della prevenzione)
- Patologie presenti (importante nella gestione della cronicità)- (termine ICNP 10014121 Processo patologico)
- Rilevare il consumo/uso di sigarette, alcol, sostanze stupefacenti
- Rilevare fa attività fisica: tipologia, e a che livello (professionista, amatoriale, preventiva, saltuaria ecc)
- Presenza di allergie (a sostanze tipo lattice, a farmaci o altro). Ecc.

PSICHE:

- Indicare se dispercezioni (uditive, visive ode altro legato ai sensi)
- Indicare se presenza di ansia per lo stato di salute o per altri motivi, indicare come si descrive come persona, se sente bene con se stesso, se si sente utile od inutile, se ce qualcosa che lo fa arrabbiare, contatto oculare, se assertivo o passivo, se rilassato/tranquillo o nervoso/arabbiato
- Tolleranza allo stress, capacità di adattamento funzionali alle situazioni, aspetto (ansioso, teso, rilassato, sfuggente ecc), eventuale uso di sostanze per rilassarsi, perdite o cambiamenti nell'ultimo anno, persone significative durante gli eventi stressanti.

RELAZIONI:

- Con chi vive (moglie, marito, badante, care giver ecc.)
- Relazioni (parenti, amici, associazioni, volontari se valida, costante, saltuaria ecc)
- Attività ricreativa

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

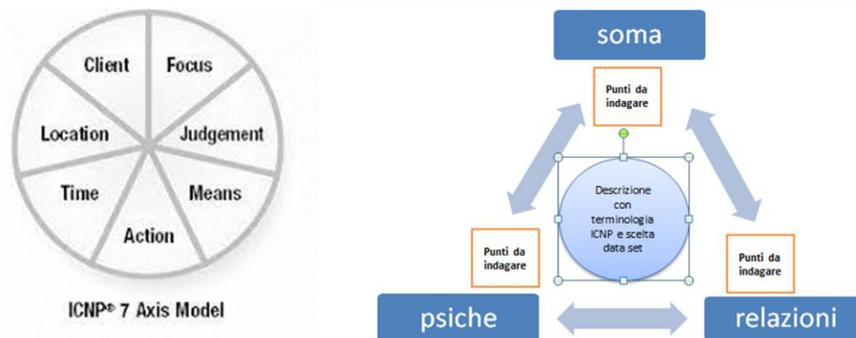
COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ecolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

- Svaghi, abitudini di vita, hobbies
- Raggiungimento degli obiettivi di vita, progetti per il futuro, tipo di religione, eventuali pratiche religiose.

Come strutturare l'accertamento con ICNP®:

Ad ogni Item presente per descrivere le tre aree impiegate per l'accertamento infermieristico sono presenti i termini del linguaggio standardizzato ICNP Es. Percezione dello stato di salute: 10031366 Crisi dello stato di salute (ICNP Primitive); 10008782 Comportamenti finalizzati alla ricerca della salute (ICNP Primitive). Nella fase di accertamento si descrive con i termini ICNP la problematica assistenziale di interesse infermieristico.



Individuare la terminologia per descrivere i problemi assistenziali sin dalla fase dell'anamnesi/valutazione infermieristica è importante per fare in modo che il linguaggio diventi un componente essenziale del professionista, uno strumento quotidiano indispensabile. La descrizione iniziale con linguaggio ICNP, avvantaggerà il professionista ad utilizzare il linguaggio anche nella scrittura delle consegne (diario infermieristico), dove si riportano quotidianamente le attività routinarie sin dal primo approccio.

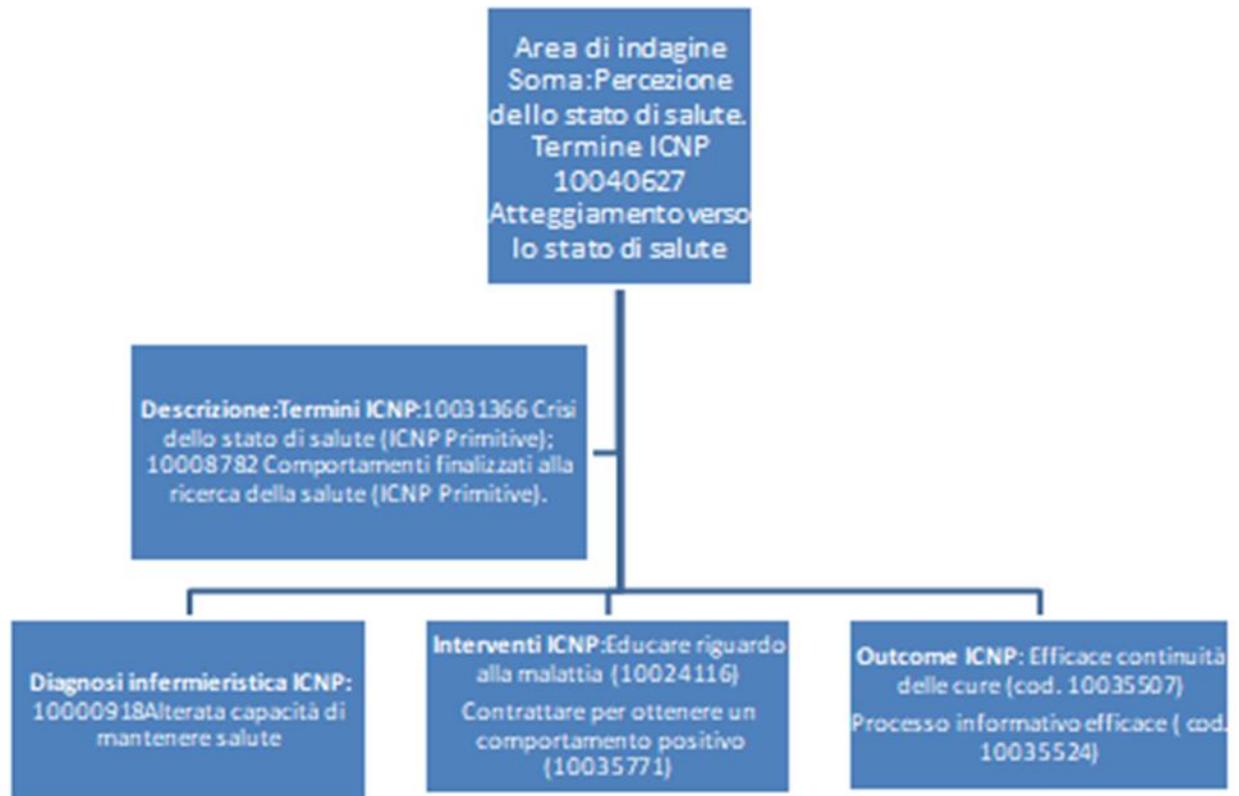
I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

PROCESSO ASSISTENZIALE COMPLETO

ESEMPIO:



La nostra proposta: scheda territoriale asl foggia – case manager ser.d

Area del soma ser.d	Area della psiche ser.d	Area delle relazioni ser.d
<p>* AREA DEL SOMA Stato di coscienza <input type="radio"/> Valutabile <input type="radio"/> Non valutabile</p> <p>Orientamento nel tempo e nello spazio, chiedere: dove ci troviamo, in quale nazione, data odierna e data di nascita <input type="text"/></p> <p>Compreensione <input type="text"/></p> <p>Disturbi del linguaggio Se si specificare <input type="text"/></p> <p>Come percepisce il suo stato di salute: <input type="text"/></p> <p><input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No</p> <p>Riferito da: <input type="text"/> Se altro indicare: <input type="text"/></p> <p>Rilevato da: <input type="text"/></p> <p>Fa prevenzione per migliorare il suo stato di salute? Tipo di prevenzione: <input type="text"/></p> <p>E' affetto da patologie psichiatriche? Se altro indicare <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Psicosi <input type="checkbox"/> Depressione <input type="checkbox"/> Sintrome Bipolare <input type="checkbox"/> Disturbo schizoeffettivo <input type="checkbox"/> Disturbi dell'ansia <input type="checkbox"/> Altro</p> <p>Altre patologie presenti Se altro indicare: <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Diabete <input type="checkbox"/> Iperensione <input type="checkbox"/> Bpco <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco <input type="checkbox"/> Patologie Cerebrovascolari <input type="checkbox"/> Altro</p> <p>Fumo di sigarette Se si indicare il n. di sigarette al giorno <input type="text"/></p> <p><input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No</p>		
<p>Diagnosi infermieristica</p> <p><input type="checkbox"/> Disorientamento (NC)</p> <p><input type="checkbox"/> Non adesione alle terapie (NC)</p> <p><input type="checkbox"/> Abuso di sostanze</p> <p><input type="checkbox"/> Alterazione del sonno (NC)</p> <p><input type="checkbox"/> Rischio di caduta (NC) Potential Negative Fall</p> <p><input type="checkbox"/> Alterata capacità di mantenere la salute</p> <p><input type="checkbox"/> Alterazione dell'integrità cutanea</p> <p><input type="checkbox"/> Nausea</p> <p><input type="checkbox"/> Alterazione della respirazione</p> <p><input type="checkbox"/> Diarrea</p> <p><input type="checkbox"/> Stipsi</p> <p><input type="checkbox"/> Alterata funzionalità del sistema urinario</p> <p><input type="checkbox"/> Debolezza, astenia</p> <p><input type="checkbox"/> Confusione acuta</p> <p><input type="checkbox"/> Dolore acuto</p> <p><input type="checkbox"/> Alterazione della memoria</p> <p><input type="checkbox"/> Funzionalità cardiaca alterata (Actual Negative Cardiac Proces)</p> <p><input type="checkbox"/> Alterata vigilanza, attenzione, lucidità</p> <p><input type="checkbox"/> Dolore</p> <p><input type="checkbox"/> Febbre</p> <p><input type="checkbox"/> Abuso di alcool</p> <p><input type="checkbox"/> Abuso di droghe e/o farmaci</p>		

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Anagrafica
Accertamento infermieristico
Esami
Planificazione assistenziale ICNP
Parametri vitali
Diario infermieristico

Planificazione assistenziale ICNP Ciccia La riccia 000001

+ Aggiungi nuova diagnosi

Codice ICNP	Diagnosi ICNP	Intervento ICNP	Intervento Edotto	Intervento non Edotto	Outcome ICNP	Intervento ICNP - NON EDOTTO	Firmato da
1002268	Abuso di sostanze	<input checked="" type="checkbox"/> Facilitare il recupero dall'abuso di alcool (1003555) <input type="checkbox"/> Facilitare il recupero dall'abuso di farmaci e droghe (1003560) <input type="checkbox"/> Facilitare il controllo degli impulsi (10035716) <input type="checkbox"/> somministrazione dei farmaci (10025444) <input type="checkbox"/> Facilitare l'adesione ad un programma (10036273) <input type="checkbox"/> Istruire riguardo all'abuso di sostanze (10024639)			<input checked="" type="checkbox"/> Assenza di abuso di sostanze (cod.10029123) <input type="checkbox"/> Efficace recupero dopo un abuso (cod. 10035479)	Facilitare il recupero dell'abuso di alcool (1003555)	Firma
+ Inserisci nuova valutazione							
Data Valutazione		Valutazione					
Nessuna valutazione inserita							
1002726	Alterazione del sonno (NC)	<input checked="" type="checkbox"/> Educare riguardo il sonno e il riposo (10040380)			<input checked="" type="checkbox"/> Sonno adeguato (10024930) (NIC)	Educare riguardo il sonno e il riposo (10040380)	Firma
+ Inserisci nuova valutazione							
Data Valutazione		Valutazione					
Nessuna valutazione inserita							

LA NOSTRA PROPOSTA: SCHEDA TERRITORIALE ASL FOGGIA – CASE MANAGER SER.D

Anagrafica
Accertamento infermieristico
Esami
Planificazione assistenziale ICNP
Parametri vitali
Diario infermieristico

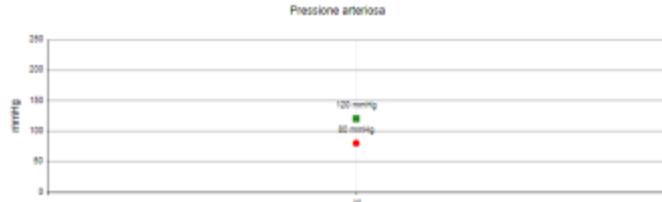
Parametri vitali Ciccia La riccia 000001

+ Aggiungi nuova misurazione

Data	Temperatura (°C)	Peso (kg)	Altezza (m)	B.M.L.	Pressione arteriosa (mmHg)		Frequenza cardiaca (BPM)	Saturazione		Glicemia (mg/dl)	Diuresi		Evacuazioni	B.S.A.	Inserito	BMI Data
					P.A. Max	P.A. Min		Saturazione	Note saturazione		Diuresi	Udm				
27/05/2021 20:26:00	37				120	80									FRANCESCA PRENCOPE 27/05/2021 20:26:51	27/05/2021

Media: 0,00

Giorno:
 Selezione la misura:
 Pressione arteriosa



I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Modelli Organizzativi assistenziali a confronto: Primary Nursing, Case management e Patient Focused Nursing. A cura del Dott. Stefano Marconcini – Coordinatore C.O.T. di Telemedicina. ASL Foggia.

I modelli di organizzazione dell'assistenza infermieristica sono influenzati dallo scenario della sanità, dalle risposte che l'organizzazione intende dare ai propri "clienti", dai valori della professione infermieristica (tutti finalizzati a una risposta pertinente ai bisogni specifici dei singoli cittadini e della collettività). Le norme nazionali e regionali che regolano il funzionamento del servizio sanitario richiamano con sempre maggiore frequenza i concetti di qualità, appropriatezza, efficacia, efficienza ed economicità; le aziende ospedaliere e le Aziende Sanitarie Territoriali (ASL, ecc.) devono oggi mostrarsi gradevoli e concorrenziali.

Dal punto di vista epidemiologico, sono in aumento le multipatologie e i quadri cronico-degenerativi correlati all'avanzata età media della popolazione; dal canto loro, le aziende si avvalgono dei progressi in campo tecnologico al fine di ridurre i tempi di degenza; ciò porta i pazienti a essere seguiti sempre più in regime ambulatoriale o di day hospital, venendo a contatto con un gran numero di figure e strutture, in caso di patologie complesse. I pazienti che accedono oggi alle strutture sanitarie richiedono un'assistenza infermieristica caratterizzata dalla continuità, dal passaggio celere e completo di informazioni tra le U. O. con cui vengono a contatto, dalla conoscenza completa della storia dei pazienti da parte di tutti gli operatori sanitari. Inoltre, avanzano la pretesa legittima di un'organizzazione in grado di adattarsi all'utente e di non spersonalizzarlo con la ripetizione uguale per tutti di manovre meramente tecniche. Queste richieste possono essere soddisfatte solamente con l'utilizzo di modelli organizzativi non meccanici, che consentono di applicare appieno non solo la parte tecnica dell'assistenza infermieristica, ma anche e soprattutto quella metodologica (il processo di assistenza infermieristica — ai) che affonda le sue radici nella disciplinarietà del sapere infermieristico stesso. Non può infatti esservi personalizzazione dell'assistenza senza una raccolta dati specifica (guidata da un quadro teorico di riferimento), un'adeguata pianificazione delle azioni assistenziali e, soprattutto, un costante colpo d'occhio sul punto in cui il paziente si trova rispetto agli obiettivi stabiliti. L'ottica mansionariale, che si concretizza nel modello per compiti, esclude la possibilità di una pianificazione per obiettivi, resa impossibile dalla frammentarietà delle informazioni possedute da ciascun infermiere; si fa dunque sentire l'esigenza di un cambiamento organizzativo. Se correttamente gestito, l'inserimento delle figure di supporto può essere un aiuto in tal senso, ferma restando la necessità da parte dell'infermiere di applicare non solo la parte manuale, ma anche quella intellettuale della sua professione: solamente quest'ultima, infatti, contrariamente a quanto avviene per gli atti tecnici, è peculiare dell'agire infermieristico ed è patrimonio esclusivo (e inattuabile dall'esterno) dell'infermiere. Il tutto compatibilmente con i carichi di lavoro legati alla carenza di professionisti e ad alcune attività routinarie per legge non delegabili (ad es. la terapia endovenosa).

Dal quadro appena descritto emerge pressante la richiesta di un'assistenza infermieristica personalizzata: l'impegno del gruppo professionale è finalizzato a tradurre nella pratica i concetti enunciati dal profilo, utilizzando modelli e strumenti operativi che permettano di erogare un insieme di prestazioni congruenti con le aspettative dell'utenza. L'approccio "funzionalista", o modello tecnico, è quindi da considerarsi superato, dal momento che le modalità operative per compiti "mansioni" considerate da buona parte degli infermieri non consone né alle competenze e motivazioni dei professionisti né alle richieste dei pazienti.

Innanzitutto, bisogna ricordare che la natura dell'attività condiziona il suo modello organizzativo; per questo occorre definire il proprio modello assistenziale e padroneggiare le attività prima d'impegnarsi a organizzarle (Montesinos, 1993).

La visione dell'assistenza, e del modello organizzativo che la rende possibile, si fonda su quattro principi fondamentali:

- bisogno;
- beneficio;

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

- competenza;
- interdipendenza.

Da questi principi di riferimento derivano le quattro caratteristiche fondamentali che devono connotare un modello:

- non necessariamente tutti i pazienti hanno bisogno di assistenza in aggiunta a quella medico-alberghiera; tuttavia l'infermiere identifica, per tutti i degenti, l'esistenza o meno del bisogno di assistenza infermieristica (bai d'ora in avanti);
- l'assistenza infermieristica deve rispondere ai bai in modo personalizzato, senza produrre attività routinarie di inutile sostituzione o supporto;
- l'infermiere deve possedere competenze proprie, definite da un profilo, per porre in atto mi'assistenza professionale;
- l'assistenza è, per sua natura, interprofessionale; essa richiede dunque di essere sostenuta da un adeguato sistema informativo oltre a essere organizzata e coordinata in modo flessibile (Zanotti, 2003).

Un modello organizzativo è dunque un insieme di regole che controllano il funzionamento dell'organizzazione, la quale è direttamente legata alla mission dichiarata da ogni Servizio Infermieristico aziendale.

Altri autori propongono un modello trasformatore della pratica infermieristica (Calamandrei, Orlandi, 2002); gli assunti della "trasformazione" sono i seguenti:

- la qualità dell'assistenza va mantenuta al livello attuale o aumentata;
- le risorse finanziarie sono limitate;
- la soddisfazione dei clienti e degli operatori deve essere mantenuta o aumentata;
- il modello trasformatore deve essere sensibile alla limitatezza delle risorse, orientato alla capacità di analizzare le situazioni e di organizzare in maniera appropriata l'attività;
- il processo assistenziale deve essere basato sulla riflessione critica, sulla negoziazione e sulla creatività;
- la responsabilità delle scelte compete agli infermieri, in un rapporto di partnership con il cliente;
- sono da abolire il "si è sempre fatto così", la troppa standardizzazione, la routine.

Il modello trasformatore pone l'accento sulla necessità di evidenziare le variabili che influenzano la scelta di un modello. Un punto in particolare necessita di un maggiore approfondimento: l'organizzazione appropriata dell'attività.

Nel contesto odierno la necessità di valorizzazione del professionista infermiere deve essere legata sia all'accrescimento del bagaglio di conoscenze e del patrimonio cognitivo (avvento della formazione universitaria) sia all'accentuarsi della carenza infermieristica nelle regioni del Nord Italia; per tali motivi devono essere attribuite all'infermiere attività a elevata complessità assistenziale, affidando alle figure di supporto quelle più semplici.

Negli ultimi tempi hanno preso l'avvio riflessioni e ricerche circa la definizione e la rilevazione delle attività proprie ed esclusive dell'infermiere nei processi assistenziali, a fronte di quelle improprie o attribuibili ad altre figure. In considerazione della notevole quota tempo che occupa l'infermiere in attività assistenziali di base o a basso profilo professionale, si ritiene opportuno attribuire queste ultime a figure idoneamente preparate (Oss, ecc.), attribuzione che dovrà essere considerata nella scelta del modello organizzativo da adottare.

Individuare uno solo tra i modelli crea difficoltà: ognuno di essi risente, ad esempio, del contesto in cui è applicato (ospedale, territorio), della tipologia dei pazienti (critici, acuti, cronici), della tipologia di personale (infermieri e personale di supporto all'assistenza), del livello di competenza raggiunto, del quantitativo di risorse umane e materiali (Jupp, 1994). Ricordando che la scelta di un modello organizzativo influenza l'efficacia e l'efficienza dell'organizzazione, poiché dalle modalità di utilizzo delle risorse derivano la quantità e la qualità delle prestazioni, i modelli odierni devono rispondere prevalentemente alla necessità di utilizzare un minor fabbisogno di risorse professionali a pari o migliore assistenza ricevuta dal paziente. I modelli di

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

più frequente riscontro in letteratura internazionale, sviluppatasi per lo più in Nord America e Inghilterra, sono il team nursing (modello per piccole équipes), primary nursing (modello primario), case management nursing (modello di gestione del caso), functional nursing (modello funzionale, per compiti) e l'evoluzione del case management nursing. Si prenderanno in considerazione la definizione, le caratteristiche, i vantaggi e gli svantaggi di ogni modello, senza valutarne le differenze applicative nelle diverse realtà operative assistenziali.

Functional nursing

È meglio conosciuto in Italia come nursing funzionale, modello tecnico o modello per compiti; sebbene non risulti più adeguato da un punto di vista concettuale, rimane tuttavia il sistema ancora predominante in Italia, in quanto risponde all'esigenza di ottenere il massimo numero di prestazioni con un numero esiguo di risorse umane e materiali. Tale modello è basato su una divisione del lavoro simile a una catena di montaggio: spesso è preferito per la sua apparente efficienza che, però, si risolve in un'assistenza frammentaria (Tappen, 1993). Il modello sottintende un'assistenza parcellizzata e standardizzata, in cui non esiste una risposta personalizzata individuale, bensì una sommatoria di interventi che producono risposte tecniche sostenute dall'attenzione non tanto all'individuo e ai suoi bisogni assistenziali, quanto alla sua patologia.

Il personale infermieristico e di supporto all'assistenza svolge compiti specifici secondo la competenza e l'esperienza; l'operatore che lavora all'interno di questo modello difficilmente può trattare globalmente il problema assistenziale, essendo costretto a vedere solo particolari prestazioni (la terapia, il giro letti, la rilevazione dei parametri vitali, il rifacimento delle medicazioni ecc.). Esso trova quindi criteri di validità per il suo operato nella velocità di esecuzione, nella gestione ordinata delle attività e nel numero di atti compiuti; l'estremo paradossale di questa situazione è che può addirittura rendere disfunzionali all'organizzazione del lavoro le richieste dei pazienti, poiché disturbano e interrompono una sequenza (Campagnolo, Pelissero, Zavatta, 1992).

Le funzioni di controllo e di garanzia sono prevalentemente ricoperte dal capo sala, il coordinatore infermieristico di unità operativa che deve garantire la trasmissione delle informazioni, il coordinamento dell'assistenza e la verifica dei risultati globali.

Le principali caratteristiche organizzative del modello sono:

- scomposizione del processo lavorativo in attività e compiti chiari e precisi, quindi predefiniti;
- assegnazione di compiti ripartiti tra il personale di assistenza di ogni turno secondo competenze;
- assegnazione dei compiti basata sull'efficienza;
- scarsa necessità di adattamento reciproco;
- supervisione diretta sulle attività svolte e accentramento delle informazioni.

NURSING FUNZIONALE	
VANTAGGI	SVANTAGGI
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Richiesta di un numero limitato di risorse di personale e di materiale ▪ Assegnazione di compiti ben definiti: è dunque possibile utilizzare persone con qualifiche inferiori o con poca esperienza per espletare compiti più semplici ▪ Elevato grado di abilità e rapidità nell'eseguire attività ripetitive ▪ Controllo diretto delle attività svolte ▪ Assenza di sovrapposizione delle attività ▪ Attività elevata di coordinamento non necessaria 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perdita della visione globale della persona assistita ▪ Estrema frammentazione delle cure ▪ Approccio meccanicistico e impersonale ▪ Le prestazioni infermieristiche rischiano di essere effettuate a orario fisso ▪ Deresponsabilizzazione del personale, considerato "esecutore" ▪ Comunicazione frammentaria tra infermieri ▪ Impossibilità di applicare appieno il processo di assistenza infermieristica e conseguente insoddisfazione del paziente ▪ Impossibilità di valutare i risultati dell'assistenza infermieristica

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Alcuni dei modelli proposti richiedono forme particolari di documentazione (è il caso delle case management, per il quale è necessaria l'adozione dei cosiddetti clinical pathways); qualunque sia il modello adottato la documentazione delle azioni infermieristiche riveste un'importanza cruciale, che purtroppo non sempre viene riconosciuta. La documentazione infermieristica è un "sistema informativo" dicitura che identifica «l'insieme delle persone, delle tecnologie e dei meccanismi operativi il cui compito è di produrre le informazioni che servono all'attività dell'azienda e alla sua gestione» (Calamandrei, Orlandi, 2002, p. 194) - di supporto alle attività assistenziali quotidiane, avente per scopo la minimizzazione del numero di errori e l'aumento dell'efficacia complessiva. La documentazione infermieristica presenta anche aspetti legali degni di considerazione: la Federazione Nazionale dei collegi IPASVI fornisce suggerimenti per ottenere la massima considerazione della documentazione infermieristica come atto pubblico e con valore probatorio:

- elevato livello di ufficializzazione dei documenti, con disposizioni scritte all'interno di ogni azienda sanitaria che considerino la cartella infermieristica parte integrante della cartella clinica;
- strutturazione dei documenti tale da rispondere a criteri di razionalità;
- controllo di qualità sui dati contenuti nei documenti per aumentarne il valore.

In alcune realtà è ormai di uso comune la cartella infermieristica; è auspicabile che nel prossimo futuro aumenti il numero delle unità operative che adottano la cartella sanitaria integrata. È importante che alla sua base stia un modello teorico di riferimento, la cui applicazione andrà di pari passo con la distinzione tra ciò che è assolutamente peculiare dell'assistenza infermieristica e ciò che invece può essere assegnato sotto forma di compito, in modo da poter avere il tempo di seguire i progressi del paziente sul piano dell'assistenza infermieristica, mantenendo il controllo di quegli aspetti che appartengono unicamente alla nostra disciplina. L'utilizzo di una teoria accettata dalla comunità infermieristica ha inoltre il vantaggio di fornire elementi preziosi per strutturare il sistema informativo stesso: poiché, infatti, le diverse autrici provengono da ambiti clinici differenti è possibile scegliere, a pari validità, il quadro teorico che più si addice alla situazione (ad es. quello di Hildegard Peplau per la psichiatria). Tutti i modelli organizzativi richiedono una documentazione in grado di supportare l'applicazione completa del processo di assistenza infermieristica; le registrazioni infermieristiche hanno peraltro risvolti legali.

Team nursing

Meglio conosciuto in Italia come modello per piccole équipes, questo modello prevede un gruppo composto da varie figure (infermieri, personale di supporto all'assistenza, studenti in formazione) sotto la direzione di un infermiere team leader (capo équipe o responsabile di équipe) che fornisce assistenza a un gruppo di pazienti in un specifico turno di servizio. L'unità operativa viene ripartita in due o più settori secondo il numero dei pazienti e la loro complessità assistenziale (grado di dipendenza); il team leader valuta i bisogni infermieristici, pianifica l'assistenza dei pazienti del proprio settore e assegna le attività ai vari operatori in base alla loro qualifica, esperienza e competenza.

L'infermiere "capo équipe", che eroga anche assistenza diretta ai pazienti, oltre a buone competenze cliniche deve possedere competenze organizzative e capacità di conduzione del gruppo (leadership). Le principali caratteristiche organizzative del modello sono:

- gruppo di operatori di varie qualifiche (2-4) che fornisce assistenza infermieristica a un gruppo di pazienti in un turno, sotto la direzione e la responsabilità di un team leader;
- assegnazione delle attività a infermieri e personale di supporto con pianificazione e valutazione dell'assistenza affidata al capo équipe;
- ripartizione dell'unità operativa in due o più settori;
- adozione di una documentazione infermieristica orientata al paziente;
- realizzazione delle consegne con tutto il personale in servizio, con descrizione dei bisogni di assistenza infermieristica di tutti i pazienti dell'unità operativa.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Vantaggi e svantaggi del team nursing	
<p>Vantaggi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorizzazione delle competenze del team leader e controllo del personale di supporto • Integrazione e qualità dell'assistenza • Condivisioni del piano assistenziale e delle decisioni • Garanzia di continuità assistenziale • Elevata soddisfazione delle persone assistite e del personale • Assistenza infermieristica personalizzata e completa • Assegnazione delle attività in funzione delle competenze, valorizzazione della professionalità di ogni lavoratore 	<p>Svantaggi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rischio reale che i team erogino assistenza funzionale nel caso in cui i compiti prevarichino il piano assistenziale • Necessità di maggiori risorse umane e materiali • Aumento dei tempi di coordinamento e comunicazione • Carente formazione in dinamiche di gruppo, coordinamento e management di team assistenziale degli attuali infermieri possono frenare l'implementazione del modello.

Primary nursing

Costituisce un'evoluzione del modello team nursing e vede l'assistenza come pratica professionale centrata sul paziente, il quale è soggetto alla guida continua di un primary nurse dal momento del ricovero alla dimissione. La relazione di un singolo infermiere "primario" con l'assistito costituisce il focus dell'assistenza professionale cui vengono associati gli altri infermieri (Rafferty, 1993). I professionisti che operano nella struttura in ogni turno di lavoro provvedono all'assistenza dei pazienti che è pianificata, coordinata e valutata da un unico infermiere "primario", responsabile del piano assistenziale di ogni persona.

L'Applicazione nella pratica quotidiana

PN significa che ad ogni paziente viene assegnato per l'intera durata della sua permanenza nel reparto, nel servizio di assistenza ambulatoriale o durante il soggiorno in una residenza protetta a un unico infermiere e sempre lo stesso. Diversamente dalle forme di organizzazione di assistenza per compiti o funzionale, la responsabilità per il paziente non cambia alla fine del turno o da un giorno all'altro. L'infermiere primario è responsabile dell'assistenza e cura del paziente 24 ore al giorno e sette giorni la settimana. Questo non significa, comunque, che deve essere in servizio ininterrottamente oppure debba essere chiamato a casa qualora si rendesse necessario apportare modifiche all'assistenza del paziente, ma che l'infermiere primario mentre è in servizio pianifica le attività da svolgere anche in sua assenza al paziente a lei affidato. Durante la sua assenza, altri infermieri chiamati associated nurses (infermieri associati) si occupano dell'assistenza secondo il piano stabilito dall'infermiere/a primario. Il ruolo dell'infermiere primario e dell'infermiere associato/a si definisce dal rapporto con il singolo paziente assegnato e quindi non è identico verso tutti i pazienti. Un'infermiere/a primario/a può per esempio lavorare come tale per un gruppo ristretto di pazienti e svolgere contemporaneamente il ruolo di infermiere/a associato/a per un altro gruppo di pazienti.

L'infermiere/a primario/a ha la massima autonomia nelle decisioni assistenziali per il paziente di cui è responsabile e non deve pertanto farsi autorizzare il suo piano assistenziale dal coordinatore del reparto, né possono altri infermieri deviare nel loro lavoro dal piano assistenziale elaborato oppure modificarlo, tranne che in situazioni di emergenza.

Funzioni dell'infermiere primario

L'infermiere/a primario è l'operatore che accompagna il paziente durante il suo iter attraverso l'organizzazione e se ne assume la piena responsabilità.

L'infermiere primario

- fa l'anamnesi infermieristica, elabora il piano assistenziale, effettua nel limite del possibile l'assistenza completa e la valuta

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

- supervisiona tutte le attività assistenziali, inclusi quelle diagnostiche e terapeutiche
- stipula il contratto assistenziale con il paziente e si fa garante degli interessi dello stesso
- è la persona chiave per la comunicazione e per la collaborazione interdisciplinare all'assistenza centrata al paziente assegnato
- cura i contatti con i parenti e le altre persone di riferimento

Criticità degli altri modelli di organizzazione assistenziale

Nell'assistenza per compiti o funzionale si può assistere ad una perdita di informazioni in quanto la responsabilità cambia da turno in turno. Spesso non è chiaro chi deve decidere e chi si deve assumere la responsabilità se una determinata manovra è da effettuare o no. Il paziente non ha un infermiere di riferimento sicuro con cui può mettersi d'accordo in modo definitivo, completo e affidabile rispetto ai suoi bisogni.

Una responsabilità poco chiara può avere molte conseguenze: per esempio, può essere incerto in che misura il paziente conosce ed accetta la sua condizione di salute, informazioni da parte dei parenti e/o per i parenti possono essere perse, le altre categorie professionali impegnate nell'assistenza del paziente non hanno un operatore di riferimento competente, l'educazione sanitaria avviene in modo sordinato e ritarda la dimissione o il trasferimento del paziente, si allungano tempi di attesa e momenti di inerzia nell'assistenza a causa di un insufficiente coordinamento dell'assistenza stessa, degli interventi diagnostici, della terapia e dei bisogni del paziente. PN è un punto di partenza per il miglioramento di queste situazioni critiche.

L'accompagnamento del paziente orientato al caso specifico rende possibile la considerazione ottimale degli interessi del paziente ed allo stesso tempo l'ottimizzazione della realizzazione del piano assistenziale e la comunicazione fra le diverse interfacce.

Elementi principali del PN

Gli elementi principali del PN possono essere descritti come segue (vedi Manthey 1980 e b, Ersser & Tutton 2000, Andraschko 1998, Horn & Cowan 1992):

La responsabilità

L'assegnazione completa della responsabilità assistenziale di un paziente all'infermiere primario presuppone la decentralizzazione delle strutture di potere; non è più il coordinatore (Caposala) o il gruppo professionale a decidere ed ad assumersi la responsabilità per il piano assistenziale ma l'infermiere/a primario. Tale fatto necessita che vengano definite in modo inequivocabile le funzioni di ogni singolo operatore all'interno del reparto. Le funzioni dell'infermiere primario, dell'infermiere associato, degli operatori di supporto e del coordinatore devono essere formulate chiaramente nelle relative job descriptions.

Nel job descriptions deve essere specificato che la responsabilità dell'infermiere primario è rigorosamente definita in riferimento al paziente assegnato e che ciò non stabilisce un nuovo livello gerarchico rispetto agli altri colleghi. L'infermiera/e associato non è in nessun caso subordinato all'infermiere primario, responsabile del piano d'assistenza del paziente assegnato; il piano è però vincolante per i colleghi che concorrono alla realizzazione dello stesso. Infatti, un'infermiere può essere "primario" per i pazienti A, B, C e D ed "associato/a" per i pazienti X, Y e Z per i quali deve rispettare il piano assistenziale elaborato da un altro/a collega.

Il coordinatore infermieristico, invece, ha la responsabilità per il coordinamento del personale sanitario e di supporto in reparto, per l'organizzazione e gestione del reparto e per il controllo della qualità. Poiché il coordinatore infermieristico si deve concentrare sulle funzioni manageriali non potrà più essere, nello stesso momento, anche operatore addetto all'assistenza e di conseguenza svolgerà solo funzioni limitate nell'assistenza diretta al paziente.

La Continuità

La continuità richiede l'orientamento di tutte le condizioni organizzative all'interesse del paziente. Ciò richiede una flessibilità nella pianificazione ed esecuzione dei turni di servizio. Deve essere garantita la presenza continuativa dell'infermiere primario in servizio per garantire l'outcome assistenziale egli non potrà mancare, p.e., più di un giorno nelle degenze di pazienti che durano pochi giorni. La turnistica deve quindi

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

essere adattata ai bisogni assistenziali dei pazienti (breve degenza del paziente – presenza continuativa oppure assenza limitata allo stretto necessario dell'infermiere primario; lunga degenza - assenze programmate dell'infermiere/a primario/a); eventualmente sono da istituire orari di servizio flessibili (p.e. l'infermiere primario a part time presente cinque giorni la settimana con orario ridotto).

La Comunicazione Diretta

L'infermiere/a primario concorda e coordina l'assistenza e le cure dei pazienti assegnati sia con i propri collaboratori sia con i medici curanti, consulenti, terapisti, assistenti sociali, ecc. Ciò richiede capacità ed autorevolezza comunicativa ed abilità nel lavoro di gruppo. L'infermiere primario è inoltre persona di riferimento per gli operatori al di fuori del reparto di degenza come per esempio i servizi ambulatori, l'assistenza domiciliare e i medici di medicina generale.

Pianificazione/Applicazione

La competenza dell'infermiere primario è fondamentale sia per il contatto diretto con il paziente sia per le decisioni che deve poter prendere personalmente nell'esecuzione dell'attività assistenziale. Deve essere in grado di acquisire direttamente le informazioni riguardanti il paziente assegnato necessarie per coordinare il processo assistenziale. Allo stesso tempo può delegare ad altri attività non strettamente pertinenti all'assistenza diretta come per esempio la preparazione di manovre assistenziali e la sistemazione di materiale e dispositivi utilizzati per l'esecuzione di queste manovre, il rifacimento del letto, l'approvvigionamento di materiale sanitario, consegne/ritiri di referti, le attività amministrative ecc. Occorre pertanto valorizzare l'impiego di personale di supporto. Anche l'infermiere associato riceve da quello primario indicazioni per il proprio lavoro che comunque è di natura professionale, assistenziale e non subordinato in quanto interviene come professionista di pari dignità al quale viene richiesto per esempio la collaborazione nell'analisi critica del piano assistenziale.

PN come prerequisito per la Qualità

Il modello assistenziale del PN 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 ed offrono il contesto per la realizzazione ottimale dell'assistenza. Tuttavia, la PN non è di per se l'equivalente di "best practice": come sistema di organizzazione ma crea il contesto in cui viene svolta l'assistenza, ma non è sinonimo di qualità assistenziale. PN 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. C'è da chiedersi se PN possa effettivamente ridurre i costi dell'assistenza (vedi Kellnhauser 1994). Soltanto in presenza di un'aumentata qualità, un minore turnover del personale e minore spreco di risorse si possono ipotizzare effetti economicamente positivi nel bilancio aziendale.

Vantaggi e svantaggi del Primary nursing	
Vantaggi <ul style="list-style-type: none"> • Gli infermieri primari lavorano al massimo delle loro capacità professionali • La responsabilità dell'assistenza infermieristica è accentrata sull'infermiere primario • Maggiore autonomia professionale • Elevata soddisfazione delle persone assistite e degli infermieri • Assistenza infermieristica personalizzata e completa 	Svantaggi <ul style="list-style-type: none"> • Reperibilità continua dell'infermiere primario • Elevata competenza per elaborare il piano di assistenza infermieristica • Necessità di maggiori risorse umane • Possibili conflitti fra l'infermiere primario e i medici nel caso in cui sorgano divergenze sulle cure più adatte al paziente

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

CASE MANAGEMENT

Dal Managed Care al Case Management

I termini di Managed Care, Case Management e percorsi diagnostico-terapeutici sono di provenienza statunitense, quindi nati e utilizzati in un contesto sanitario diverso da quello europeo.

Cos'è il Managed Care?

Del termine Managed Care si possono dare diverse definizioni:

1. un sistema composto da strutture e metodologie di funzionamento del riorganizzazione che ha lo scopo istituzionale di erogare servizi sanitari in modo efficiente (contenimento dei costi) ed efficace (qualità della prestazione sanitaria e del servizio erogato);
2. una logica/filosofia di approccio del sistema sanitario che si è sviluppata in risposta alla necessità di contenere i costi sanitari, di ricomporre la frammentazione di erogazione dei servizi e di rispondere al bisogni sanitari del cittadino con servizi di qualità.

La logica di Managed Care si struttura in una forma organizzativa che opera sulla base di processi in continua evoluzione, in quanto influenzati dall'evoluzione della clinica e dell'organizzazione sanitaria, i sistemi di Managed Care sono costituiti da una componente assicurativa, che garantisce il finanziamento attraverso la "vendita" di pacchetti di prestazioni sanitarie prepagate, e da una componente di erogazione dei servizi composta da diverse strutture (ospedali, servizi diagnostici, gruppi di medici). Negli Stati Uniti i sistemi di Managed Care si distinguono in:

1. Health Maintenance Organizations (HMO): organizzazioni con responsabilità economico-amministrativa ad attività assicurativa e di erogazione dei servizi sanitari basati su pacchetti di prestazioni prepagate;
2. Preferred Provider Organizations (PPO): a differenza delle HMO garantiscono agli iscritti la possibilità di usufruire di servizi esterni al sistema assicurativo coprendo in parte i costi.

Il sistema di Managed Care, basato sull'elaborazione e costruzione di un "pacchetto di prestazioni" prepagato, ha dimostrato la sua efficacia nel ridurre i costi in un sistema sanitario in continua espansione economica; di conseguenza, è stato preferito dalle associazioni, dalle imprese e dai singoli cittadini. Da un punto di vista macro-organizzativo il sistema è composto da una struttura organizzativa, da politiche e strategie di tipo sanitario ed economico e da meccanismi di funzionamento che agiscono come collanti tra le diverse parti del sistema (sistema di erogazione dei servizi).

A livello di micro-organizzazione operano i professionisti sanitari generalisti e specialisti che, nell'ambito di diversi contesti, decidono le necessarie prestazioni da erogare per un cliente con problemi di salute in un'ottica di contenimento dei costi e di miglioramento della qualità delle cure. Entrambi gli obiettivi (costi e qualità) sono raggiungibili attraverso le singole scelte dei professionisti sanitari. Pertanto, uno dei principali orientamenti assunti dai sistemi di Managed Care è stato quello di modificare il comportamento clinico, indirizzandolo verso processi decisionali in grado di eliminare i trattamenti inappropriati e di autorizzare i trattamenti necessari, opportuni ed efficaci.

Come modifica l'approccio clinico?

Per modificare l'approccio clinico dei professionisti che operano a livello dei servizi che erogano prestazioni, i sistemi di Managed Care si sono basati su tre livelli articolati di intervento:

1. selezione o scelta dei medici e dei servizi che fanno parte della struttura;
2. la costituzione di un sistema incentivante per i medici e per i servizi erogatori di prestazioni basato su valori di produttività, contenimento dei costi, qualità, rispetto dei modelli di utilizzo dei servizi;
3. incentivi per i pazienti che scelgono i medici e i servizi inseriti nel sistema.

L'equilibrio costruito all'interno del sistema basato sulla selezione, sulla verifica dei risultati e sull'incentivazione si è dimostrato efficace nell'orientare le scelte dei clinici. Inoltre, i sistemi di Managed Care come strumento "professionale" di orientamento della pratica clinica utilizzano frequentemente le linee guida, elaborate da medici e spesso gestite da manager o coordinatori infermieristici o amministrativi.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Nei casi complessi di pazienti con trattamenti ad alto costo, il medico delinea il piano di gestione del caso, che deve essere comunque approvato dalla compagnia assicurativa che si riserva, talora, di utilizzare il supporto di un manager più esperto nei costi e nella gestione delle risorse, per ricercare, se possibile, i piani di trattamento a minor spesa.

Quali sono stati gli effetti?

I sistemi di Managed Care, sviluppatisi molto velocemente negli ultimi vent'anni negli Stati Uniti, hanno determinato effetti più o meno desiderati a vari livelli dell'organizzazione sanitaria e nei confronti della popolazione, in particolare rispetto alle fasce di pazienti più a rischio. In ogni caso hanno influito sui programmi statali e federali, sul mercato assicurativo sanitario, sull'assetto delle istituzioni mediche e sanitarie, sulla ricerca ecc.

Cos'è il Case Management

Il Case Management è una metodologia di Managed Care, ma è anche un meccanismo autonomo di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'assistenza sanitaria, basato sulla logica di coordinamento delle risorse da utilizzare per la specifica patologia di un paziente attraverso le diverse strutture e organizzazioni del sistema sanitario. L'approccio di Case Management è quello di considerare i pazienti come entità che sta vivendo un percorso di malattia, allontanandosi dalla concezione di vedere i pazienti attraverso le cure previste ed erogate in modo frammentario ed episodico. L'approccio di Case Management prevede l'esistenza di tre componenti fondamentali:

1. la conoscenza clinica ed economica del percorso di una malattia articolato sulla base di linee guida in grado di rispondere alle modalità di intervento di ogni fase del processo di intervento;
2. un sistema sanitario senza le tradizionali separazioni di struttura e specialità;
3. un processo in evoluzione capace di sviluppare le conoscenze cliniche, di ridefinire le linee guida e di modificare il sistema di cure.

Questo approccio è particolarmente adatto per le malattie di cui molto è conosciuto e basato su evidenze scientifiche, per cui è più facile elaborare protocolli e misurare risultati (per es., diabete, malattie cardiache, tumori, ictus, malattie mentali, asma, patologie prostatiche). Tra i motivi che possono orientare la scelta di un programma di Case Management figurano: l'alta incidenza della patologia in alcune aree, la necessità di integrare interventi sanitari primari e secondari con linee guida, la presenza di trattamenti ad alto costo, la richiesta di sviluppo di linee guida da parte di istituzioni o professionisti, la mancanza di certezza sulla "buona pratica" e la necessità di sviluppo di una metodologia di misurazione di risultati. Il Case Management si estende e integra interventi di promozione della salute, di prevenzione della malattia, di trattamenti diagnostici e terapeutici, di riabilitazione di assistenza a lungo termine.

Il successo di un programma di questo tipo dipende da diversi fattori sovrapponibili a tutti i processi di cambiamento che si verificano in ambiente complesso come quello sanitario. Gli elementi che incidono in misura maggiore sono:

1. il committente del programma;
2. un'organizzazione culturalmente e strutturalmente pronta a intraprendere questa strada;
3. un'organizzazione orientata al cambiamento;
4. un contesto in grado di sostenere un approccio strutturale alla fase di analisi;
5. un sistema di gestione della performance ben strutturato;
6. una cultura che vede il paziente al centro del processo.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico
All'interno di un contesto favorevole è possibile individuare le risorse per attivare un

processo di Case Management:



L'attivazione di programmi di Case Management richiede, inoltre, la presenza all'interno dell'organizzazione di ulteriori elementi di conoscenze e di possibilità di implementazione quali:

1. le conoscenze della patologia in termini epidemiologici, preventivi, clinici e di opzioni al trattamento, con un particolare orientamento verso l'analisi costo-efficacia;
2. la possibilità di verificare i risultati in termini di misurazione della qualità, del servizio, della soddisfazione e dei costi di ogni possibile opzione di trattamento;
3. la possibilità di utilizzare le informazioni e di "disseminarle" per sviluppare linee guida e protocolli;
4. la presenza di sistemi informativi integrati per meglio comprendere gli elementi di correlazione tra le diverse opzioni di trattamento, i costi e i risultati clinici a lungo termine;
5. metodologie in grado di influenzare il comportamento dei clinici;
6. un sistema di Continuous Quality Improvement;
7. la possibilità che diversi sistemi di erogazione delle prestazioni collaborino in modo diverso, individuando una modalità di gestione del rischio finanziario condivisa e favorita eventualmente da un sistema di incentivazione.

L'impatto di un progetto di Case Management si declina in:

1. una più efficace comunicazione con i pazienti e le loro famiglie;
2. un'educazione dei pazienti e delle loro famiglie;
3. una pronta identificazione dei bisogni di assistenza dei pazienti;
4. un piano per la riduzione delle barriere reali e potenziali alla dimissione del paziente;
5. un'identificazione dei problemi del paziente in modo preventivo piuttosto che retrospettivo;
6. una riduzione o eliminazione dei duplicati di assistenza, dei trattamenti e dei test per la presenza di una sequenza coordinata di attività;
7. una riduzione o eliminazione degli errori di trattamento;
8. un'assistenza individuale efficace ed efficiente, in quanto adeguata ai bisogni del paziente.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

RUOLO E FUNZIONI DEGLI INFERMIERI CASE MANAGER (ICM)

Le parole chiave che guidano lo sviluppo di un programma di Case Management, in qualsivoglia tipologia di struttura, sono sostanzialmente tre:

1. integrazione assistenziale, intesa come coerenza fra ciò che è stato progettato con ciò che viene realizzato;
2. coordinamento dell'assistenza, inteso come modalità con cui il progetto assistenziale è seguito da tutti i soggetti coinvolti;
3. continuità assistenziale, intesa come l'estensione del progetto assistenziale in tutti gli ambiti di svolgimento.

Il programma di Case Management è quindi realizzato per ottimizzare l'integrazione, il coordinamento e la continuità dell'assistenza al paziente. Inoltre, in molti ambiti, fornisce la possibilità di focalizzare l'attenzione anche sulla prevenzione della malattia e sulla promozione della salute.

Il programma di Case Management è sviluppato al meglio se la gestione dei pazienti è assegnata all'infermiere piuttosto che ad altre figure sanitarie e in questo contesto, d'ora innanzi, il programma sarà sempre indicato come Infermieristico (CMI).

Le motivazioni di questa scelta sono sostenute dalle esperienze consolidate nei diversi paesi del mondo che hanno sviluppato con successo questi programmi.

Cohen e Cesta (1993) sostengono che gli infermieri sono appropriati a sostenere il ruolo di Case Manager 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. Anche Pergola (1992) raccomanda gli infermieri per sostenere i ruoli di Case Management, sia per le loro abilità cliniche, sia per la capacità di migliorare il coordinamento dei servizi per far fronte alle necessità dei pazienti e delle loro famiglie, oltreché alla prospettiva olistica che va oltre gli aspetti biofisiologici e patologici della cura. Secondo Zander (1990), gli infermieri sono nati per svolgere il ruolo di Case Manager, perché sono generalisti, sono attenti ai più fini dettagli delle persone ed eccellono nell'assistenza diretta. Inoltre, sono anche attenti al rapporto fra costo e qualità e conoscono le implicazioni umane del primo contatto con il paziente. Zander sostiene che le responsabilità del Case Manager sono una naturale dilatazione del ruolo tradizionale degli infermieri.

A chi afferma che sono i medici i naturali Case Manager dei loro pazienti, si può obiettare che da quando l'attività di cura si è concentrata fondamentalmente sulla gestione della malattia, i pazienti hanno bisogno di professionisti che possano supportarli in tutte le loro necessità. Gli infermieri possono farlo perché sono preparati a comprendere il quadro totale dell'assistenza del paziente, i suoi problemi attuali e quelli potenziali. L'infermiere, nella gestione dei casi, assume un ruolo attivo di facilitatore e di coordinatore d'assistenza e di cure e ciò è di completamento al ruolo del medico.

In letteratura non esiste un'unica descrizione del lavoro dell'ICM che soddisfi tutti i possibili programmi e le diverse istituzioni hanno perciò utilizzato impostazioni diverse.

In questo contesto si cerca di fornire una descrizione comunque esaustiva di tutti i possibili ruoli, responsabilità e funzioni che un ICM può assumere nei diversi ambiti e strutture.

Generalmente l'ICM è responsabile del coordinamento dell'assistenza a un gruppo di pazienti che gli sono assegnati. Questi pazienti possono essere simili per casistica presentata oppure raggruppati sulla base di un mix più o meno complesso di casistiche. L'assegnazione viene effettuata con l'ammissione nella struttura e spesso si estende anche oltre la dimissione. L'attività assistenziale è realizzata attraverso l'applicazione del processo di assistenza infermieristica nella sua classica rappresentazione: accertamento, individuazione dei problemi o delle diagnosi, pianificazione, attuazione e valutazione.

Una costante, presente in ogni programma di ICM, è la descrizione degli infermieri come membri di un'equipe assistenziale interdisciplinare, ma ogni istituzione ha sviluppato un proprio programma per assistere i pazienti. Non esiste un unico modello, ma i diversi programmi di ICM hanno definito il ruolo del proprio ICM tenendo conto delle modalità che lo collegano direttamente alla struttura organizzativa, alla propria mission,

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: **Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico**

ai sistemi di finanziamento e alla situazione sociale del contesto in cui operano. Si può comunque individuare un terreno di comune sviluppo per gli ICM che può essere espresso da tre dimensioni: clinica, manageriale e finanziaria.

La dimensione del ruolo clinico

L'ICM è responsabile di accertare i problemi dei pazienti e delle loro famiglie ogniqualvolta questi si presentano. Identifica i problemi esistenti o i problemi potenziali, valutando le condizioni fisiche, psicosociali ed emotive del paziente. Successivamente, in collaborazione con gli altri membri del team interdisciplinare, sviluppa un piano assistenziale per rispondere alle necessità del paziente. Il piano assistenziale di solito è l'adattamento di un percorso clinico assistenziale preesistente al singolo paziente. Il percorso elenca:

1. le attività assistenziali fondamentali e gli eventi che devono essere completati per gestire i problemi del paziente e raggiungere gli obiettivi;
2. le attività d'insegnamento al paziente e alla famiglia basate sui problemi di salute identificati;
3. il piano di dimissione per assicurare al paziente un'appropriatezza e rapida dimissione.

Gli ICM usano i percorsi per dirigere, esaminare e valutare i trattamenti dei pazienti e le conseguenze o le risposte ai trattamenti stessi. L'ICM, quando assiste i pazienti, utilizza un approccio olistico e può provvedere egli stesso a svolgere le attività assistenziali dirette al paziente o può solo dirigerle. Deve stimare le abilità del paziente e le possibilità di supporto della famiglia e dei sistemi sociali e intervenire se identifica un problema.

L'ICM deve anche facilitare i progressi del paziente nel piano assistenziale, organizzando la consultazione con gli specialisti o con i servizi specializzati e garantendo il trasferimento ad aree assistenziali più adatte quando c'è bisogno.

Partecipa agli incontri con il team interdisciplinare, con lo scopo di favorire la stesura integrata e coordinata del piano assistenziale. Identifica qualsiasi variazione dagli standard previsti e lavora con gli altri membri del team per analizzare e, quando possibile, risolvere queste variazioni.

La dimensione del ruolo manageriale

La dimensione del ruolo manageriale assegna all'ICM la responsabilità di facilitare e coordinare l'assistenza di pazienti durante la loro presa in carico.

L'ICM gestisce l'assistenza pianificando le modalità di trattamento e gli interventi necessari per soddisfare le necessità dei pazienti e delle loro famiglie. Determina, in collaborazione con il team interdisciplinare, gli obiettivi del trattamento e la durata del soggiorno e inizia il piano di dimissione già al momento della presa in carico. Questo è fondamentale perché fornisce un quadro chiaro e preciso del tempo a disposizione per completare le attività assistenziali necessarie.

L'ICM guida anche le attività assistenziali dei pazienti, i trattamenti infermieristici e gli interventi eseguiti sia dal personale infermieristico sia dagli altri membri dello staff. Valuta continuamente la qualità dell'assistenza fornita e le conseguenze dei trattamenti e dei servizi per prevenire un cattivo uso di risorse. Svolge anche valutazioni retrospettive per valutare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza e identificare qualsiasi opportunità di miglioramento della qualità.

L'ICM si comporta come il coordinatore del team interdisciplinare. Facilita la comunicazione fra i vari membri e le diverse discipline coinvolte nella cura dei pazienti, sia internamente (per es., medicina, riabilitazione, servizi sociali, farmacia e radiologia) sia esternamente (per es., organizzazioni assistenziali domiciliari, case di cura e medici di medicina generale).

Una delle responsabilità informali dell'ICM è quella di insegnante e di tutor, che rileva il bisogno di sviluppo del team, specialmente tra i professionisti meno esperti, e gli assegna la persona o le risorse più adatte per migliorare.

La dimensione del ruolo finanziario

In collaborazione con i medici e gli altri membri del team, l'ICM assicura che i pazienti non ricevano cure inadeguate e mantiene l'allocazione delle risorse più adatte per la lunghezza della degenza.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

L'ICM raccoglie informazioni riferite ai gruppi di DRG che tratta, al costo per ciascuna diagnosi, alla lunghezza del ricovero e ai trattamenti e alle procedure generalmente usate per ciascuna di esse. Utilizza queste informazioni per mantenere sotto controllo le risorse necessarie e valutare l'efficienza dell'assistenza riferita a ogni diagnosi.

Esercita una forte influenza sulla qualità e sul costo dell'assistenza determinando, in modo opportuno, il trattamento più importante per il paziente. Stima anche le variazioni per ciascun DRG e agisce per controllarle e contenere le spese.

Assicura continuità, facilità di realizzazione e coordinamento fra le attività assistenziali per evitare qualsiasi duplicazione inutile o frammentazione dell'assistenza programmata, producendo in tal modo la migliore allocazione e il migliore consumo di risorse.

LE ABILITÀ DELL'ICM

L'ICM ha bisogno di sviluppare numerose abilità per poter svolgere in modo positivo il ruolo clinico, quello manageriale e quello finanziario.

Oltre alle abilità di tipo clinico, in quanto considerato esperto dal restante personale, l'ICM ha bisogno di essere competente nelle diverse procedure che coinvolgono il paziente. In particolare, dovrebbe essere particolarmente abile nel coordinare la dimissione dei pazienti e nel realizzare i piani d'insegnamento sia ai pazienti sia ai loro familiari. Inoltre, dovrebbe essere particolarmente formato nelle teorie formative per l'adulto e sui diversi modelli di salute diffusi fra la popolazione. L'ICM deve svolgere anche la funzione di monitorare per il personale meno esperto.

Essendo membro di un team interdisciplinare, l'ICM deve essere preparato nella comunicazione, nella negoziazione, nella conduzione di gruppi di lavoro, nella delega e nella conduzione di riunioni. Dovrebbe essere anche capace di assumere decisioni nella risoluzione dei conflitti. Deve possedere capacità di pensiero critico e abilità di problem solving. Inoltre, a causa delle responsabilità di tipo manageriale, all'ICM è richiesto di scrivere rapporti e articoli per pubblicazioni, oltreché parlare pubblicamente.

Caratteristiche dei ruoli di ICM

Agente di cambiamento

L'ICM è un importante agente di cambiamento all'interno della struttura assistenziale, in quanto ha il compito di sperimentare, implementare e diffondere un nuovo sistema di assistenza al paziente. Questa attività richiede la diffusione del sistema al paziente, ai medici, agli infermieri e al personale di supporto, agli operatori sociali e a tutto il personale della struttura.

Abilità interpersonali	Abilità professionali	Abilità personali	Abilità basata sulle conoscenze
<ul style="list-style-type: none"> • comunicazione • diplomazia • assertività • collaborazione • negoziazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper trasmettere • Saper accertare 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper porre in ordine di priorità • Saper delegare • Creatività • Autodisciplina 	<ul style="list-style-type: none"> • Pensiero critico • Problem solving • Saper ricercare

L'insegnamento dei sistemi di Case Management è rivolto a tutto il personale di assistenza ed è incoraggiato nei suoi sforzi nell'adottare il nuovo modo di assistere.

La resistenza è uno dei modi che le persone utilizzano per opporsi al cambiamento e l'ICM deve conoscere come eliminare le resistenze.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: **Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico**

L'ICM ha la prioritaria necessità di valutare i pazienti per identificare i loro problemi reali e/o potenziali e la condizione sociale della famiglia. La conoscenza clinica è quindi determinante per assolvere questa funzione, così come le esperienze cliniche pregresse unitamente alla capacità di padroneggiare il processo di assistenza infermieristica.

Le capacità di accertamento rendono l'ICM abile nell'identificare i problemi di salute attuali e potenziali del paziente; le capacità di pianificare gli interventi più opportuni lo rendono capace di risolvere questi problemi. Anche la capacità di valutare le conseguenze delle cure e delle risposte ai diversi trattamenti assume un ruolo fondamentale nel completamento del processo clinico.

Parallelamente alla capacità di selezionare gli interventi più idonei, l'ICM deve progettare i trattamenti per venire incontro alle necessità dei pazienti nel loro complesso e non solo con attenzione alla malattia.

L'ICM è prima di tutto un esperto clinico che è anche esperto nel coordinare i sistemi di cura e di assistenza, tenendo conto delle necessità specifiche di un individuo con una modalità attenta anche al rapporto fra costo ed efficacia. Lavora in collaborazione con medici e con gli altri membri del team interdisciplinare per valutare le necessità di un individuo e della sua famiglia, facilitando lo sviluppo di un piano di cura e assistenza interdisciplinare, coordinando i servizi, valutandone l'efficacia e cambiando il piano quando necessario per migliorare l'intero processo.

Nella gestione del caso, dedica una parte del proprio tempo a provvedere alle cure dirette al paziente. Sebbene ciò possa limitare le altre funzioni e aumentare il carico di lavoro, risulta molto vantaggioso in quanto:

1. consente il mantenimento delle abilità cliniche;
2. permette di valutare e migliorare direttamente l'integrazione dei servizi;
3. mantiene il piano legato ad aspettative realistiche.

Utilizzando i passi del processo di assistenza il ruolo clinico può essere descritto in modo molto più preciso. L'accertamento è un processo continuo che viene svolto in ciascuna interazione tra l'infermiere e il paziente. Durante il processo di accertamento, l'ICM cerca di comprendere il paziente e la sua famiglia e le loro credenze sulla salute e sui trattamenti. Utilizzando abilità comunicative nei colloqui, può stimare:

1. la funzionalità fisica e psicologica;
2. i fattori culturali che possono influenzare le attività di assistenza;
3. le abilità possedute;
4. l'appoggio sociale;
5. le risorse di salute;
6. le necessità istruttive;
7. i fattori ambientali;
8. le aspettative e le mete.

Gli strumenti per l'accertamento possono essere i più vari: strutturati, aperti con domande guida, con scale e indici, con griglie codificate, qualitativi, funzionali, per apparati ecc.

I problemi e i punti di forza o debolezza sono identificati attraverso analisi di dati e il piano di assistenza comincia a prendere forma e viene spiegato sia al paziente e alla famiglia, sia al team nel suo complesso.

Nella pianificazione, per sviluppare un piano di assistenza completo e individualizzato l'ICM utilizza i dati dell'accertamento, l'esperienza clinica e un approccio olistico, oltre la collaborazione del paziente e della famiglia, del medico e degli altri membri del team.

L'esperienza clinica e la conoscenza delle possibili complicazioni sono determinanti nella fase di pianificazione: la cultura d'appartenenza del paziente, i trattamenti indicati dal team e le mete, gli esiti attesi lungo il continuum di cura, i tempi di manifestazione di segni e sintomi e i migliori interventi.

Il piano interdisciplinare di cura è sviluppato dopo l'accurata analisi di tutti i dati. I componenti del piano sono:

1. problemi e/o diagnosi infermieristiche;
2. obiettivi o esiti previsti;

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

3. interventi interdisciplinari essenziali;
4. interventi preventivi per le complicanze;
5. risultati formativi da conseguire.

Lungo tutta la durata dell'ospedalizzazione o della presa in carico il piano diviene il mezzo per esaminare e valutare il processo di assistenza e le sue conseguenze. Il piano è continuamente aggiornato o modificato per riflettere la condizione del paziente.

La realizzazione del piano di cura coinvolge la delega e il coordinamento delle attività di assistenza progettate. Il piano di assistenza concordato è usato per esaminare e valutare il processo di assistenza concretamente realizzato. Sono valutati i risultati rispetto ai tempi specificati. Se i risultati variano rispetto alle mete prefissate, ne viene analizzato il motivo e si valuta se il piano è stato determinato in modo realistico. L'ICM si preoccupa di incontrare il team per valutare e rivedere il piano di assistenza. Le capacità di problem solving, la creatività, il pensiero critico e le abilità di comando sono essenziali in tutto questo processo. L'efficacia del piano e le risposte del paziente ai trattamenti sono continuamente riesaminate. La relazione tra l'ICM e il paziente facilita la scoperta di cambiamenti anche ai fini delle condizioni del paziente. La rapidità della scoperta e dell'intervento è essenziale per minimizzare o prevenire le complicazioni e le conseguenze negative.

Individuazione e assegnazione dei casi

Possono esistere diversi modelli per assegnare i pazienti all'ICM. Possono essere scelti sulla base di una popolazione molto ampia, oppure sulla base di gruppi molto specifici (per es., per una diagnosi o un problema unico) o ancora sulla base di uno o più DRGs.

In genere per la scelta della casistica si fa riferimento a:

1. malattie che comportano elevato danno;
2. condizioni patologiche croniche;
3. necessità di servizi complessi;
4. necessità di dimissioni complesse;
5. mancanza di appoggio sociale;
6. alto rischio di complicazioni con elevato uso di risorse;
7. elevata lunghezza del ricovero e/o riammissioni multiple.

Possono essere pazienti indigenti o emotivamente instabili o dediti al consumo e abuso di sostanze stupefacenti.

Consulente

L'ICM guida l'approccio interdisciplinare attraverso il processo di gestione del caso e svolge la funzione di consulente per i medici e per il restante personale dell'ospedale. Rispetto alla casistica che tratta e alle proprie conoscenze ed esperienze cliniche favorisce una migliore comprensione degli standard di assistenza e facilita la coordinazione degli esami e delle procedure. Svolge un ruolo importante nell'identificare le pratiche che migliorano l'assistenza sia in termini di efficacia sia di efficienza. È un importante consulente anche su problemi clinici e amministrativi che riguardano la dimissione dei pazienti. Coordina le necessità di altri consulenti, specialmente per quei pazienti con necessità multiple e complicate, e assicura che le consultazioni siano svolte nel modo migliore.

L'ICM è anche un'importante risorsa per il paziente a domicilio e per la famiglia e può essere consultato anche telefonicamente.

Educatore

Per l'ICM l'educazione del paziente, l'istruzione della famiglia e lo sviluppo del personale sono tre fondamentali aspetti del ruolo.

Al momento dell'ammissione egli stima il fabbisogno educativo del paziente e le necessità di istruzione della famiglia e assicura che un piano di insegnamento sia realizzato per rispondere a queste necessità. L'ICM può assumere egli stesso la funzione di educatore o può assegnarla ad altri, ma mantiene la responsabilità della realizzazione e della completezza del piano educativo previsto.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: **Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico**

La meta della relazione tra ICM è di massimizzare le conseguenze dell'assistenza fornita, minimizzare il costo e sostenere la maggiore autonomia possibile in termini di salute. Una comprensione chiara dell'entità della malattia è quindi un obiettivo fondamentale del processo assistenziale. La necessità di utilizzare una modalità comunicativa e una sensibilità culturale che siano ben comprese dal paziente è un'attività critica. L'istruzione dei pazienti e delle famiglie è particolarmente difficile quando la lunghezza del ricovero diminuisce e l'acutezza della malattia aumenta. Oggi il ricovero preoperatorio è praticamente inesistente e la dimissione avviene spesso con condizioni del paziente che richiedono ancora alcune forme di continuità dell'assistenza. I necessari provvedimenti di istruzione del paziente divengono quindi critici alla gestione del paziente ricoverato in ospedale. È fondamentale fornire al paziente e alla famiglia informazioni complete e comprensibili. Possono essere utilizzati materiali video, oltre a inevitabili materiali scritti, ma rimangono fondamentali il dialogo e la discussione con il paziente per avere continui feedback al fine di orientare la prosecuzione del processo educativo.

I piani educativi sono formulati in modo interdisciplinare per completare il percorso clinico e l'ICM diventa fondamentale per sviluppare o selezionare i materiali istruttivi. Per misurare l'efficacia e la qualità del piano educativo al paziente devono essere stabiliti anche indicatori sui risultati.

Anche l'educazione del personale è essenziale, in quanto il processo di gestione dei casi è dinamico e suscettibile di continuo miglioramento. Il percorso clinico definito a livello interdisciplinare deve essere giornalmente integrato nel processo organizzativo. Ciascun operatore dovrebbe essere responsabilizzato per sostenere e partecipare al processo di assistenza.

L'ICM aiuta il personale di assistenza e di supporto ad acquisire sempre maggiori competenze cliniche disseminando nuove conoscenze e favorendo lo sviluppo di nuove o migliori abilità. Stima il fabbisogno formativo di infermieri e altro personale e predispone sessioni formative per rispondere a queste necessità.

Coordinatore e facilitatore di assistenza

L'ICM come coordinatore dell'assistenza ai pazienti collabora con i membri del team interdisciplinare per favorire la soddisfazione delle necessità del paziente e il perseguimento degli obiettivi dei trattamenti che sono individuati in fase di ammissione. Coordina e facilita la realizzazione del piano giornaliero, del piano di dimissione e dell'insegnamento al paziente o alla sua famiglia. Coordina anche lo svolgimento degli esami richiesti, per ridurre la frammentazione o eventuali duplicazioni inutili. Promuove un'atmosfera di pratica collaborativa tra i vari fornitori di cure, assistenza e servizi. In caso di variazioni delle condizioni del paziente, provvede, attraverso le attività di coordinamento e di collaborazione, l'immediato intervento per cambiare il piano di assistenza. In tal modo previene qualunque dilatazione dei tempi di ricovero del paziente e il rinvio della dimissione.

L'ICM, comprendendo il processo complessivo di assistenza, opera per collegare il paziente con le risorse necessarie. In particolare in ambito comunitario, la conoscenza della rete di strutture e servizi a beneficio del paziente è cruciale per garantire servizi adatti.

L'approccio collaborativo rende essenziale un buon sistema di comunicazione all'interno del team multidisciplinare, così come la necessità di coordinare servizi e risorse. Pertanto, sono necessari sistemi di gestione delle informazioni, programmi informatici, guide, accesso a banche dati, caselle e-mail, fax ecc. Una modalità imprescindibile per mantenere la multidisciplinarietà dell'approccio è la coordinazione degli interventi con l'incontro periodico che fornisce l'opportunità di discutere la varietà dei casi, i problemi operativi e le soluzioni più opportune.

Attraverso l'interazione frequente con il paziente e la famiglia, l'ICM fornisce istruzione riguardo alla fase di dimissione e all'autoassistenza. La coordinazione continua e gli sforzi educativi fra il team assistenziale e il paziente e la sua famiglia migliorano la continuità dell'assistenza e ottimizzano le abilità di questi ultimi in materia di autoassistenza.

Manager di risorse

L'ICM verifica l'utilizzazione delle risorse lungo tutta la presa in carico del paziente. Lo strumento più importante per effettuare questa verifica è il percorso clinico o percorso diagnostico terapeutico

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: **Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico**

assistenziale. Il percorso prevede in dettaglio tutte le attività previste per trattare quel caso secondo la migliore sequenza temporale in relazione agli esiti da conseguire; in questo modo è possibile verificare quotidianamente gli scostamenti e assumere i correttivi. La completezza della documentazione del processo assistenziale diviene importantissima per poter effettuare, turno per turno, la verifica della corretta progressione sul percorso previsto, compresi gli adattamenti specifici per ogni paziente. L'esperienza accumulata nella gestione dei casi e debitamente documentata consente le continue revisioni dei percorsi che sono sempre suscettibili di miglioramenti in termini sia di efficacia sia di efficienza. L'ICM ha il compito di adeguare le risorse alle necessità del paziente, valutando l'intensità assistenziale richiesta (acuto, subacuto, riabilitazione, domicilio). Per assolvere nel modo migliore a questo compito, è importante conoscere i diversi servizi che possono essere messi in campo e attivati per quello specifico paziente. L'ICM programma la dimissione del paziente e in collaborazione con il medico, la famiglia e il team definisce un piano personalizzato di dimissione per venire incontro alle necessità del paziente e ottimizzarne il recupero.

Manager dei risultati e della qualità

Il programma di gestione dei risultati è una parte integrante del programma di gestione dei casi e del sistema di miglioramento di qualità. L'ICM, utilizzando i percorsi clinici, valuta i progressi del paziente e individua i punti suscettibili di miglioramento. Egli è responsabile di coordinare lo sviluppo dei percorsi clinici, coinvolgendo il personale medico e l'intero team per definire, in relazione a specifiche popolazioni di pazienti, i risultati desiderabili. L'ICM assume un ruolo determinante nella definizione degli indicatori per lo sviluppo dei percorsi clinici, oltreché per la raccolta dei dati e per la loro analisi. Egli definisce anche i documenti che sostengono il processo assistenziale, dai protocolli ai sistemi di documentazione e alla documentazione da fornire ai pazienti. L'ICM ha il ruolo fondamentale di integrare il percorso clinico predefinito con l'assistenza giornalmente fornita e definire mete specifiche lungo il percorso per permettere a tutto il team assistenziale di mantenere la giusta direzione, cogliere immediatamente i successi o perfezionare i trattamenti. La valutazione dell'assistenza fornita è l'elemento determinante per analizzare il percorso clinico al fine di migliorare continuamente la qualità e l'efficacia. Un risultato importante del programma di gestione dei casi è la soddisfazione del paziente ed è quindi una conseguenza importante da misurare in quanto coinvolge tutti quelli che hanno operato per il paziente.

Avvocato o facilitatore del paziente

Uno degli elementi più importanti nel processo di gestione del caso è la relazione con il paziente. Questa relazione è basata sulla fiducia, sul rispetto e sulla comunicazione. Il paziente è sempre il centro di interesse nel processo di gestione del caso. Dal momento dell'accertamento iniziale, l'ICM ha il compito di comprendere le prospettive del paziente e far sì che queste si integrino nel sistema d'assistenza, guidandolo lungo tutto il percorso. Non tutti i pazienti sono in grado di comprendere le necessità del percorso; spesso vi sono forti resistenze, soprattutto per gli aspetti preventivi non direttamente collegati a eventi accaduti. La relazione tra ICM e paziente è rivolta a facilitare l'orientamento consapevole di quest'ultimo nella direzione sostenuta del percorso clinico. La relazione privilegiata dell'ICM permette una comprensione intima dei problemi del paziente e della sua famiglia e le sue necessità possono così essere ben rappresentate agli altri membri del team. Sostiene l'intero processo decisionale e di creazione del consenso informato del paziente. L'ICM può identificare più facilmente i pazienti ad alto rischio e quelli che richiedono contatti continuati anche dopo la dimissione. Durante tutta la presa in carico egli anticipa le necessità del paziente, assicurando i provvedimenti per garantire la continuità dell'assistenza e la sua qualità. I benefici della relazione continua con il paziente sono:

1. sostegno del paziente;
2. individuazione immediata dei problemi;
3. interventi preventivi o risolutivi rapidi;
4. riduzione delle riammissioni per riacutizzazione;
5. rinforzo del processo educativo;
6. promozione della salute.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

AREE DI DOMINIO DELL'INFERMIERE CASE MANAGER
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Coordinare l'assistenza e i servizi ◆ Individuare le caratteristiche dei pazienti inseriti nel programma ◆ Definire gli obiettivi del paziente sia di tipo fisico sia funzionali, psicologici, sociali e ambientali ◆ Accertare l'esistenza di supporti formali e informali ◆ Analizzare e sintetizzare tutti i dati per definire le diagnosi infermieristiche o i problemi interdisciplinari ◆ Sviluppare, implementare, monitorare e modificare il piano di assistenza attraverso l'interdisciplinarietà, la collaborazione del team, il paziente e la famiglia ◆ Indirizzare al paziente le risorse più appropriate ◆ Procurare i servizi necessari ◆ Dominio del problem solving ◆ Facilitare l'accesso nelle strutture ◆ Assistenza diretta ◆ Educare il paziente e la famiglia ◆ Facilitare la comunicazione ◆ Documentare ◆ Monitorare i progressi del paziente ◆ Verificare che le attività assicurate al paziente siano in linea con i suoi bisogni ◆ Valutare il paziente e il programma e definire il momento d'uscita dal programma stesso

POSSIBILI OSTACOLI DEL CASE MANAGEMENT

- Richiesta di elevato grado di competenza da parte delle case manager (conoscenze cliniche, gestionali e delle dinamiche di gruppo)
- La mancanza di cultura manageriale in merito alla gestione dei costi tra gli infermieri può essere un ostacolo
- Necessità di maggiori risorse umane
- Possibili conflitti infermiere/medici nel caso in cui sorgano divergenze sull'organizzazione delle cure.

Functional nursing	Sistema di erogazione dell'assistenza infermieristica che prevede l'assegnazione di specifici compiti al personale infermieristico in ragione del livello di competenza
Team nursing	Sistema di erogazione dell'assistenza infermieristica a un gruppo di pazienti da parte di un team composto abitualmente da infermieri, personale di supporto all'assistenza sotto la direzione e la supervisione di un infermiere (team leader) durante un specifico turno
Primary nursing	Sistema di erogazione dell'assistenza infermieristica in cui un infermiere (primario) assume la responsabilità dell'erogazione di tutte le cure infermieristiche richieste da un designato gruppo di pazienti durante uno specifico turno
Case management nursing	Sistema di erogazione di servizi sanitari a un paziente in cui un infermiere, nel ruolo di case manager, agisce come un patrocinatore del paziente attraverso il coordinamento delle cure sanitarie in una varietà di setting

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Patient Focused Care

Modello diffuso negli anni '90. Esso prevede l'uso di operatori con capacità e competenze diverse ed un approccio in team all'assistenza. Mayo descrive lo scopo del P.F.C, come "il corretto raggruppamento dei pazienti e delle strutture necessarie a migliorare la risposta, decentrando i servizi, dando autonomia agli operatori e garantendo continuità della cura". I quattro principi che lo governano sono: semplificare i processi; raggruppare i pazienti simili; portare i servizi vicini ai pazienti (inclusi la distribuzione dei farmaci da parte della farmacia, la gestione dei servizi alberghieri, ecc.); allargare le competenze dello staff attraverso training incrociati tra i diversi operatori, al fine di migliorare la qualità delle cure e creare un ambiente attrattivo per gli infermieri. Una valutazione iniziale di questo modello ha dimostrato un aumento della soddisfazione dei pazienti, degli infermieri e dei medici.

Professional Nursing Practice Model and Magnet Hospital

Questo modello identifica gli ospedali magnete, ovvero quelli che contengono una serie di requisiti desiderabili dagli infermieri. Questi ospedali vengono considerati i fornitori della migliore assistenza, prevedono servizi per gli infermieri quali ad esempio strutture abitative; sono supportati da modelli gestionali che garantiscono ampia autonomia alle unità operative e la condivisione delle scelte generali. Hanno un numero di infermieri leggermente superiore rispetto agli altri ospedali e una maggiore diversificazione delle competenze. L'evidenza dimostra un elevato livello di soddisfazione dei pazienti ed un basso livello di burn-out degli operatori. Il Professional Nursing Practice è il cuore dell'impostazione organizzativa degli ospedali magnete. Alcune ulteriori evidenze dimostrano una forte correlazione tra il tipo di organizzazione adottato e la diminuzione del tasso di mortalità dei pazienti. Numerosi studi riportano inoltre che questi risultati sono raggiunti a parità di costo.

IL CARE MANAGER: EVOLUZIONE DEL CASE MANAGER

Abbiamo finora inquadrato il Case Manager come unica risposta alla necessità di ricollegare e integrare la frammentarietà. L'ottica privilegiata è quindi alla razionalizzazione del sistema di cure, di sicuro un importante passo avanti verso la centralità del cliente, ma solo una tappa delle tante rispetto al complesso problema della personalizzazione. Inoltre il Case Manager, constatano alcuni autori, è stato percepito in molti casi come negativo, sia dall'utenza sia dallo staff di cura, in quanto identifica il cliente come caso anziché come soggetto per il quale devono essere gestite le cure, collaborando con la persona stessa, la famiglia e gli altri professionisti coinvolti nel piano di cura. Ecco allora l'evoluzione verso il Care Manager, esattamente sovrapponibile al Case Manager, questi si colloca però in un programma infermieristico in risposta allo sviluppo e ai cambiamenti dei soggetti del sistema sanitario, con lo scopo primario di soddisfare le esigenze bio-psicosociali della persona, tramite la gestione del suo intero percorso di cura e il coordinamento della vasta gamma di servizi sociosanitari, mantenendo il rapporto costo-qualità richiesto dal sistema. È quindi un programma incentrato sulla persona che richiede l'intervento di un professionista che concepisce l'individuo in chiave olistica. Questa variazione, meglio definibile, a parere di chi scrive, come evoluzione, è indicativa di una maturità professionale, di una capacità di attenzione al focus dell'infermieristica rispetto ai fini più generali del sistema sanitario: uno degli aspetti più evidenti di questa consapevolezza è la funzione di advocacy, precipua del Care Manager. In quanto paese che spesso importa da altre culture fenomeni e nuove filosofie, l'Italia si trova solo oggi ad affrontare questo cambiamento verso la centralità del cittadino. A questo proposito si deve dire che l'acquisizione crescente di "attrezzi" del mestiere (flow-chart, strumenti operativi e gestionali ecc.) non è andata di pari passo con lo sviluppo della capacità di utilizzarli a fini valutativi e decisionali. In accordo con F. Vanara si deve constatare che oggi budget, centri di costo, DRG sono ormai terminologia corrente, ma spesso si dimentica completamente che "si tratta di strumenti e non di obiettivi, con la conseguenza, oltretutto, di suscitare giudizi negativi sugli strumenti e sui cambiamenti in atto".

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: **Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico**

Quale via identificare per attivare le funzioni di Care Manager nel nostro sistema sanitario? La determinazione congiunta degli obiettivi tra Case Manager e cliente è probabilmente una delle funzioni principali per il nuovo Management dei servizi sanitari. Ciò comporta:

1. aiutare il cittadino/paziente e le persone per lui significative a sviluppare aspettative realistiche verso se stessi nello svolgimento dei loro ruoli e rispetto ai risultati dell'assistenza;
2. incoraggiare il cittadino/paziente a identificare le proprie risorse e capacità;
3. identificare insieme al cittadino/paziente gli obiettivi dell'assistenza;
4. riconoscere il sistema di valori e convinzioni del cittadino/paziente nella determinazione degli obiettivi, evitando di imporgli i propri valori o quelli diffusi nella comunità;
5. analizzare con il cittadino/paziente i modi migliori per realizzare gli obiettivi.

Il Care Manager si fa garante di una presa in carico verso la persona, promuovendo una serie di interventi raccordati tra loro, integrati fino a dare un risultato sinergico. Nonostante le ripetute affermazioni di queste idee, il cammino da compiere nella nostra realtà italiana è ancora lungo. Tuttavia, come afferma E. Borgonovi, l'impostazione dei sistemi di Management si evolverà in modo abbastanza rapido, anzi più rapido rispetto ad altri settori. Così dobbiamo approntarci per la transizione da sistemi che privilegiano le tecniche e le competenze a sistemi che privilegiano le conoscenze complesse e integrate di tutti gli elementi per decidere e operare, a sistemi che privilegiano le competenze e le capacità di gestire relazioni ed emozioni, infine a sistemi che danno spazio all'apporto dell'etica.

In effetti il Care Manager italiano sarà dapprima chiamato a:

1. gestire risorse umane (guidare i collaboratori e il personale di supporto, gestire le diversità e l'integrazione, creare un clima di fiducia e collaborazione);
2. organizzare (programmare il lavoro proprio e quello degli operatori di supporto, integrarsi nell'equipe curante, valutare il rapporto costo/benefici, distribuire le risorse in modo razionale ottimizzandole);
3. mettersi in relazione (esprimersi in modo adattato all'interlocutore, accettare la diversità dell'altro, utilizzare più canali comunicativi);
4. migliorare (proporre soluzioni innovative a partire dalla propria esperienza, superare la sicurezza della routine, vedere i problemi come opportunità, governare l'incertezza);
5. tendere al risultato (ridurre le proprie e altrui dispersioni di energie, compiere analisi critiche delle prestazioni proprie e improprie, individuare percorsi di assistenza da creare anziché prestazioni infermieristiche da erogare).

È chiaro che la risorsa umana è centrale in questa evoluzione, e non a caso è una delle differenze importanti tra Case e Care. La letteratura indica ampiamente la risorsa umana come la vera variabile competitiva aziendale: dalle qualità professionali si è passati a considerare le qualità personali dell'operatore. Ecco allora che il sapere nozionistico ha lasciato il posto al saper fare e interagire, mentre la formazione sta spostandosi dal singolo al gruppo/organizzazione; rispetto a prima, la competenza irenica è un elemento complementare ma non esaustivo della competenza manageriale richiesta a ciascun professionista a ogni livello di esercizio. Si deve inoltre considerare, a favore dell'investimento sulla risorsa umana, che l'evoluzione degli scenari interni ed esterni all'individuo determina una ridotta prevedibilità del contesto lavorativo, con una discrezionalità interpretativa del ruolo, adesso non solo tollerata ma favorita. Oggi è il singolo professionista che determina la sua performance in termini di processi e prestazioni contestualizzati. Fino a ieri si è lavorato per migliorare la qualità riducendo, in presenza della limitatezza di risorse, l'ampia variabilità che oggi caratterizza l'erogazione delle prestazioni a fronte di problemi clinici e assistenziali simili; l'oggi e il domani, invece, ci vedranno impegnati a orientare l'offerta in termini di customer satisfaction, individuando risposte originali e personalizzate ai bisogni di salute, ma anche fornendo servizi produttivi in termini economici, facendo circolare le informazioni e le idee, sviluppando il sistema delle interrelazioni, dialogando, lavorando in équipe in funzione di obiettivi conosciuti, comuni e condivisi.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: **Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico**

Come dar luogo a queste finalità? Di sicuro implementando maggiormente quello che l'infermieristica ha di specifico, per esempio l'orientamento all'empowerment, che mira a favorire nel cliente l'acquisizione di potere, ovvero accrescere la possibilità dei singoli e dei gruppi di controllare attivamente la propria vita. In particolare l'empowerment, sostengono M. Levine e D.V. Perkins, porta a un migliore accesso alle risorse per le persone che si trovano in condizioni di svantaggio: si tratta per esempio di acquisire strategie per adattarsi a un mutato contesto, oppure un maggiore coinvolgimento e partecipazione nel definire i problemi e prendere decisioni. Ma per i riferimenti al Care Management la definizione più interessante risulta essere quella di M. Bruscazioni, il quale definisce l'empowerment come quel "processo di ampliamento (attraverso il migliore uso delle proprie risorse attuali e potenziali acquisibili) delle possibilità che il soggetto può praticare e rendere operative e tra le quali può scegliere". Da un punto di vista operativo, come suggerisce anche Collière con il suo potere liberatorio dell'assistenza, che è appunto un potere con e non un potere su la persona-cliente, si tratta di:

- accrescere l'autostima e l'autonomia delle persone, in modo da incidere sulla loro capacità di assicurarsi da sole le risposte ai propri bisogni, compensare i deficit funzionali, sviluppare capacità fisiche e psichiche tali da ridurre la necessità di aiuto, quindi la dipendenza da altri;
- riconoscere e rispettare il sapere delle persone assistite, utilizzarlo e rafforzarlo nella direzione dell'autogestione. La competenza della persona può essere migliorata fornendole risorse informative, così da prendere decisioni più consapevoli;
- mobilitare e valorizzare le capacità dei clienti, consentendo loro di valutare ciò che facilita o impedisce la realizzazione degli obiettivi stabiliti e di prendere le relative decisioni;
- permettere al cittadino/paziente di utilizzare la propria esperienza per esercitare un ruolo terapeutico anche su altri individui o gruppi (per es., gruppi di autoaiuto).

In sintesi, un infermiere che si impegna nella promozione dell'empowerment può consentire la liberazione di energie che permettono alla persona di adottare comportamenti autonomi, flessibili, creativi e cooperativi, che costituiscono le basi della responsabilizzazione.

L'implementazione del Care Management è una sfida quanto mai avvincente e indelegabile per una professione come quella infermieristica, che pone il rispetto della persona e della sua autodeterminazione a fondamento dell'infermieristica stessa.

L'esperto clinico

Il cambiamento del S.S.N., la crescita del professionista infermiere, l'introduzione di sempre più moderni mezzi e strumenti, la richiesta da parte dell'utenza di aver personale sempre più aggiornato e preparato porta ad essere consapevoli che il ruolo e lo status professionale si costruiscono col tempo, acquisendo competenze e conoscenze che devono permettere di proporre una figura sempre più preparata ed esperta sia negli ambiti clinici sia nel management. Questo percorso di crescita non si conclude con la sola acquisizione di titoli e con l'esperienza lavorativa, ma deve proseguire attraverso la competenza specifica, la esclusività del rapporto con il cittadino, la volontà di promuovere e sviluppare temi di ricerca, la capacità, alla luce dei potenziali elementi di criticità, di applicare l'evidenza scientifica nella operatività quotidiana. È l'era del passaggio dal concetto di specializzazione al concetto di competenza specifica e, quindi, di esperto clinico per quanto riguarda la propria area di competenza (stato dell'arte nelle singole aree specialistiche, caratteristiche dei servizi, dei modelli organizzativi, nursing clinico e manageriale, ricerca infermieristica), per poter fornire alla società e al cittadino quella figura professionale necessaria per dare e garantire una assistenza precisa, qualificata e pronta ad ogni richiesta. I tre fattori necessari per sviluppare le competenze sono la formazione, l'esperienza e la riflessione critica sulla pratica professionale, elementi che aiutano a generare le nuove conoscenze. Il processo di riflessione critica genera capacità di conservare e adattare le proprie competenze all'evoluzione dei bisogni degli utenti ed è il presupposto per diventare "esperti", che è diverso dal "saper fare qualcosa perché lo si è ripetuto per molte volte". Secondo alcuni autori, non tutti gli

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

infermieri sono in grado di attraversare autonomamente le fasi dello sviluppo professionale: il passaggio dal ruolo di principiante a quello di esperto si realizza solo quando l'infermiere sarà in grado di riflettere sulla propria esperienza a capire il valore dell'intuizione, ad analizzare le situazioni assistenziali lavorando proprio sulle esperienze che lo hanno coinvolto; per questo può essere importante avere degli strumenti che lo aiutino a sistematizzare le esperienze, lo sostengano nel processo di riflessione critica a preparare e a gestire il proprio piano di sviluppo. Le esperienze anglosassoni suggeriscono strumenti quali l'empowerment ed il portfolio dei professionisti. Nei dizionari consultati, il verbo "to empower" ha il seguente significato: "autorizzare, dare pieni poteri, conferire potere, concedere autorità, delegare un potere, mettere in grado di, dare facoltà o abilità dare la procura". Sinonimo del secondo significato è to enable, "rendere abili", "capaci", "in grado" ma anche, "dare autorità", "dare opportunità di". (Argomento trattato in precedenza dalla Dr.ssa De Gennaro).

Prendendo spunto da esperienze pregresse di Inghilterra, Stati Uniti e Canada, si sta pensando, anche in Italia, al "portfolio", strumento che può essere utilizzato per pianificare, documentare e riflettere sulla propria storia professionale, e consentire la revisione tra pari, la supervisione da parte di esperti e la certificazione delle proprie competenze. Può diventare uno strumento di apprendimento e di riflessione e essere usato come parte della formazione continua e utile ad aiutare i professionisti sanitari a raccogliere informazioni sulla propria carriera, a conservare documenti importanti, a comunicare le proprie capacità, per avanzamento professionale. Il portfolio può essere anche utilizzato per richiedere fondi per la ricerca, nella definizione di contratti di consulenza o collaborazione per accedere ad un comitato tecnico scientifico, per partecipare ad attività professionali. Nel portfolio possono venire documentate anche le conoscenze acquisite, non solo con titoli di studio, ma anche nella pratica clinica, spesso difficili da rendere visibili, ma sicuramente costitutive dell'esperienza dell'infermiere. L'uso del portfolio è notevolmente aumentato negli ultimi anni, tanto da diventare uno strumento irrinunciabile per i professionisti sia in ambito professionale che educativo e formativo. È diventato uno strumento di accreditamento professionale, in alcuni casi consigliato, altre volte obbligatorio (vedi Canada); gestito dall'ordine professionale, che ne cura la diffusione agli iscritti. Il portfolio si compone di tre parti: dei dati biografici, del curriculum ovvero cosa si è fatto, delle potenzialità, ovvero cosa si è in grado di fare o cosa piacerebbe imparare. Esistono diversi tipi di portfolio: clinico, del docente, del dirigente, del ricercatore, o per l'attività scientifica, che documentano diverse esperienze professionali:

1. per la pratica clinica: riporta le competenze cliniche da raggiungere nel proprio ambito professionale o in quello in cui si desidera andare a lavorare; documenta la competenza di un infermiere in un ruolo e in un contesto specifico (indicando le attività come libero professionista o come dipendente; il tipo rapporto, continuativo, in sostituzione, l'ambito di specializzazione);
2. per il docente: riporta le competenze di formatore, indicando le attività svolte in qualità di progettista di formazione, docente, tutor, supervisore, commissario per esami, relatore di tesi; per progredire negli studi: contiene la pianificazione del proprio apprendimento nelle aree di maggiore bisogno; nello stesso tempo può diventare una raccolta dei migliori lavori realizzati in qualità di studente. Può contenere anche un diario sugli incidenti critici, sulle esperienze assistenziali o formative più rilevanti o descrivere le iniziative di formazione formali e informali che possono ricevere crediti da un ateneo;
3. per l'organizzazione: documenta la direzione di strutture operative complesse, semplici o di settori di attività; il coordinamento di équipe di lavoro o di progetti organizzativi; i ruoli svolti in qualità di componenti di gruppi di progetto per il miglioramento della qualità dei servizi; riporta progetti di cambiamento realizzati ed i risultati conseguiti;
4. per l'attività scientifica: descrive l'impegno in qualità di collaboratore in progetti di ricerca, pubblicazioni, relatore a congressi, componente di comitati di redazione di rivista scientifica, curatore/autore di testi, coordinatore di riviste.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Il Case manager: gli stili di leadership e l'empowerment. A cura del Dott. Stefano Marconcini – Coordinatore C.O.T. di Telemedicina. ASL Foggia.

CHI È IL LEADER

La parola **leader** deriva dal verbo inglese **to lead**, che significa guidare, condurre, dirigere. Il leader è colui che sa guidare un gruppo di persone (che vengono definite **leads** o **followers**, cioè coloro che seguono); è colui che conduce la squadra al raggiungimento degli obiettivi; è leader colui che non ha dubbi sugli obiettivi da raggiungere e lavora con gli altri per perseguirli.

Può essere leader il capo di una divisione in azienda, può essere leader un infermiere che assume il comando della situazione in un'emergenza o che gestisce un caso clinico (es. **primary nursing**, **case management**), è **leader colui che decide cosa fare e come farlo**, è leader il bambino che stabilisce le regole di un gioco.

Leader, quindi, non è un concetto legato al ruolo della persona, ma un concetto legato a **quello che si fa e, soprattutto, a come lo si fa**.

Ecco perché oggi il termine leader non è adottato solo in management, ma in qualunque campo della nostra vita e, in qualsiasi applicazione, i leader hanno sempre gli stessi caratteri distintivi.

Da quando detto sino ad ora viene da pensare che tutti possono essere leader in determinate situazioni o in momenti specifici della propria vita, ma sicuramente non tutti hanno la capacità per esserlo, non tutti possiedono quelle che comunemente si definiscono "**doti di leadership**". In teoria tutti coloro che occupano una posizione di comando dovrebbero essere dei leader, ma non è così.

Alcuni esercitano il ruolo di comando solo con autorità e non certo con autorevolezza o carisma, doti principali del leader. Sappiamo tutti che esistono due tipi di leader:

1. Il leader formale, occupa una posizione di comando, ma non sempre ha le caratteristiche per esserlo;
2. Il leader informale, non occupa una posizione di comando ma ne ha le doti.

Ma, quali sono le doti principali di un leader:

- **Self-awareness, coscienza di sé** : il leader è pienamente cosciente delle proprie capacità, della propria intelligenza e sa come usare queste doti per raggiungere obiettivi ben precisi. Tuttavia, coscienza di sé non è da confondere con immodestia e presunzione.
- **Credibilità**: tutti coloro che hanno a che fare con lui lo reputano una persona credibile ed affidabile; è importante che il team, che le persone in generale, si fidino di lui. Il leader è sempre ritenuto credibile.
- **Empatia**: il leader è capace di comprendere gli altri, di «sentire» le persone, di capire quello che provano.
- **Onestà**: il vero leader è una persona onesta, corretta e leale nei confronti degli altri leader così come nei confronti del proprio team. Il leader è la persona di cui ci si fida, nella quale si ripone fiducia.
- **Comunicazione**: capacità di farsi capire, capacità di esprimere chiaramente le idee e gli obiettivi da raggiungere; il bravo leader quindi sa comunicare, sa capire gli altri e sa farsi comprendere dagli altri.
- **Active listening**: capacità di ascoltare e di capire.
- **Vision**: il vero leader ha sempre una vision, guarda lontano, sa quali saranno gli obiettivi da raggiungere ed ha la capacità di trasmettere la sua vision al proprio team.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Autoritario/coercitivo	Esige un'obbedienza immediata a direttive che impartisce senza preoccuparsi di spiegarne le ragioni.
Paternalistico/prescrittivi	Il capo riconosce ai collaboratori un certo grado di maturità e da loro un certo sostegno morale nello svolgimento del lavoro.
Affiliativo/direttivo	Il leader non ritiene molto capaci i propri collaboratori, tuttavia cerca di ottenere il loro consenso fungendo da educatore.
Democratico	Aperto al confronto e alla discussione approfondita, esercita la propria responsabilità d'autore ultimo delle scelte. Esprime fiducia nei propri collaboratori e li sostiene nell'esercizio delle loro attività.
Trascinatore/coinvolgente	Il leader dà molta importanza alla relazione, dà l'esempio e stimola i collaboratori per responsabilizzarsi, non delega in misura rilevante il proprio potere decisionale.
Allenatore/coach	Crea un clima di squadra e abile nella comunicazione e spiega come ottenere i migliori risultati. Legato al saper fare e al saper essere, l'intervento del coaching riguarda tutte le competenze sia manageriali che quelle relative alla relazione.
Permissivo/orientato alla delega	Il leader poiché ha piena fiducia nelle capacità dei propri collaboratori non ritiene necessario formulare direttive precise, ma usa la delega e concede un ampio sostegno alle attività del gruppo di lavoro. Stabilisce i limiti entro cui il gruppo deve operare. Invia feedback positivi sui risultati ottenuti e analizza i motivi dell'eventuale loro mancato raggiungimento.

DIMENSIONI DELLA LEADERSHIP

Due sono dimensioni che contribuiscono in modo rilevante a modulare la leadership:

- Orientata al compito: è un insieme di comportamenti tendenti alla realizzazione dei compiti e al raggiungimento degli obiettivi;
- Orientata alle relazioni, o alle persone: mira al riconoscimento e alla soddisfazione dei bisogni dei collaboratori e a una relazione con la loro finalizzata al sostegno e allo sviluppo.

I MODELLI PER LA MODULAZIONE DELLA LEADERSHIP

Leadership situazionale	Risponde alla necessità di adottare uno stile di leadership ad hoc per ogni situazione lavorativa.
Leadership transazionale	Punta l'attenzione sulle capacità da parte del leader, di migliorare le situazioni esistenti ed aiutare i collaboratori a riconoscere il loro ruolo chiarendo loro come possano interpretarlo al meglio.
Leadership trasformativa	Riconosci i bisogni dei propri follower e, mediante una gestione dinamica e innovante, li motiva intellettualmente in nuovi leader.
Servant leadership	La servant leadership si distingue dalla capacità del leader di mettersi al servizio dei propri follower per soddisfare i loro bisogni, sostenerli e dargli il massimo potere consentito dal ruolo e cioè empowerment.
Leadership connettiva	La leadership connettiva si caratterizza dalle relazione alla pari con gli altri dirigenti per creare una comunità caratterizzata da un buon grado di collaborazione.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ecolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

La leadership Infermieristica

Ambiti della leadership infermieristica

Ambito dell'assistenza

All'infermiere spetta principalmente la funzione di leader clinico, che prende in carico un gruppo di pazienti, stabilisce le priorità assistenziali, si rapporta con i medici e altri professionisti per discutere di problematiche cliniche, garantisce per quanto possibile la continuità assistenziale;

Ambito del management

Sono invece il coordinatore e, a livello più alto, il dirigente a svolgere la funzione di leader gestionali, garantendo le condizioni affinché gli infermieri e gli altri operatori possano esprimere meglio possibile le loro competenze. Alle suddette figure direttive spetta: la negoziazione e l'allocazione delle risorse; l'attivazione di sistemi di monitoraggio dei processi e dei risultati; il sostegno del gruppo professionale, delle motivazioni, dei talenti; le decisioni sul sistema premiante; il supporto nello sviluppo professionale di ciascuno;

Dott. Stefano Marconcini - Centrale
Operativa Territoriale - ASL FG

La leadership Infermieristica

Ambito della formazione

L'infermiere formatore con capacità di leadership promuove un apprendimento che consenta lo sviluppo delle potenzialità del discente, ne rinforza i sentimenti positivi scoraggiando invece i comportamenti passivi, contribuisce al raggiungimento di un alto livello di competenza, valuta e stimola processi di autovalutazione;

Ambito della ricerca

Gli infermieri che oggi occupano posizioni che facilitano l'acquisizione di un ruolo di leader nella ricerca sono diversi. È opportuno ricordare:

- I docenti universitari, per i quali questa attività può essere la principale;
- Infermieri che le aziende sanitarie destinano a incarichi particolari, come quelli di membro dell'Ufficio qualità o di formatore nell'ambito della formazione continua;
- I dirigenti dei servizi infermieristici, che confidano di ottenere dalla ricerca indicazioni per la soluzione di problemi gestionali o clinico-assistenziali di cui conoscono meglio di altri la rilevanza.

Dott. Stefano Marconcini - Centrale
Operativa Territoriale - ASL FG

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

La leadership Infermieristica

Ambito politico

Può esercitare una leadership politica ogni infermiere che abbia un elevato senso civico e creda nella possibilità di contribuire a cambiare in meglio i rapporti sociali, la legislazione sanitaria, la cultura organizzativa ecc., a vantaggio soprattutto di classi e gruppi sottoprivilegiati ed emarginati (nonché della stessa professione). La possono esercitare con particolare efficacia gli infermieri che lavorano nella sanità pubblica e quelli che sono impegnati nell'associazionismo professionale, in organizzazioni sindacali o direttamente in politica a livello locale, regionale o nazionale.

Ma, quale stile, quale modello di leadership utilizzare?
Visto gli ambiti dove opera l'Infermiere oggi viene considerato in senso universale lo stile democratico modulato da una leadership trasformazionale. Naturalmente vi sono dei contesti dove conviene cambiare stile (es. quello del coach) o leadership (situazionale).

Dott. Stefano Marconcini - Centrale Operativa Territoriale - ASL FG

Come contribuire alla motivazione: l'empowerment

Consiste nel coinvolgimento di ciascuno dei collaboratori nei processi di lavoro, riconoscendo le loro risorse: potranno così svilupparle e utilizzarle al meglio, per sé stessi e per l'organizzazione. È questo il senso del termine "empowerment" (alla lettera "dare potere"), che, per maggiore precisione, indica in questo contesto un insieme di comportamenti di un leader che consentono ad altre persone di avere il potere che è necessario per conseguire determinati risultati personali e collettivi.

I principali comportamenti del leader, per esempio un infermiere dirigente/coordinatore, che pratica questa politica sono i seguenti:

- Consentire ai collaboratori di ottenere tempestivamente e in maniera continuativa tutte le informazioni che riguardano le prestazioni da svolgere all'interno dell'organizzazione;
- Fare in modo che possano apprendere e aggiornare costantemente le conoscenze e le abilità di cui hanno bisogno per erogare prestazioni conformi agli obiettivi aziendali e ai principi scientifici ed etici cui si ispira la professione;
- Dare l'effettivo potere di prendere decisioni significative, soprattutto in campo clinico-assistenziale, ma anche in quello organizzativo-gestionale;
- Aiutarli a comprendere il significato del loro lavoro, che non va considerato una mera esecuzione ripetitiva di compiti, ma un'attività professionale che tende alla realizzazione di una visione e ha un impatto rilevante sugli utenti e sul funzionamento e l'immagine dell'azienda e della professione;
- Fare in modo che si sentano personalmente responsabili delle strategie adottate e dei relativi processi, in quanto partecipano alla loro definizione e revisione.

Abbiamo visto che l'infermiere è leader anche nell'ambito dell'assistenza: l'empowerment del paziente: Processo con cui il paziente viene aiutato ad acquisire consapevolezza circa la propria salute e ad assumere piena responsabilità, mediante la partecipazione al piano di cura, condividendo le decisioni che lo riguardano e, conseguentemente, adottando coerenti comportamenti. Abbiamo esaminato chi è il leader, gli stili e i modelli di leadership, e come l'Infermiere nella sua professione può diventare leader. Analizziamo ora nel processo di Decision Making come il leader condivide le decisioni. Pensare è un'attività sia solitaria che

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ecolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

sociale. Dobbiamo pensare da soli, e prenderci il tempo per farlo. Tuttavia, dobbiamo anche parlare con gli altri e ascoltarli, per ottenere stimoli e incoraggiamenti, nuove prospettive e nuove idee. La conversazione al suo meglio è una forma di pensiero reciproco. Il ruolo del leader è definito da tre cerchi di esigenze: del compito, del team e individuali, e dall'insieme di funzioni corrispondenti. Comunicazione e decision making sono dimensioni complementari. Un aspetto chiave per tutti i leader è in che misura devono condividere le decisioni con il loro team o con i colleghi.



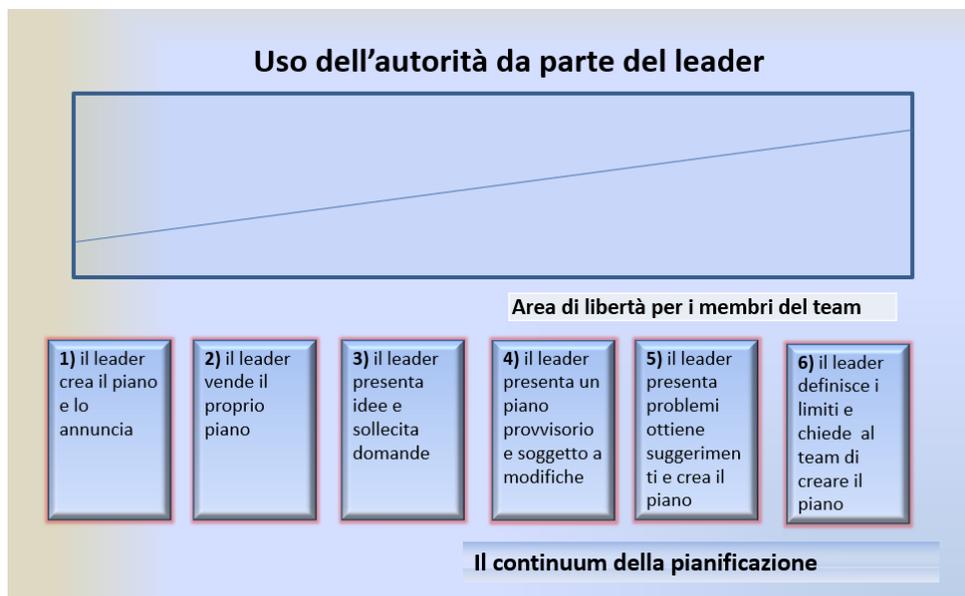
Queste tre aree di esigenze si sovrappongono e si influenzano a vicenda. Se il compito comune viene realizzato, ad esempio, questo tende a rafforzare il team e a soddisfare le esigenze umane personali negli individui. Se vi è una mancanza di coesione nel cerchio del **team** (un fallimento nel mantenimento del team), senza dubbio le prestazioni nell'area del compito ne risentiranno e la soddisfazione dei singoli membri risulterà ridotta.

Quanto più condividete le decisioni, tanto più alta è probabile che sia la qualità della decisione. Inoltre, quanto più le persone condividono le decisioni che influiscono direttamente sulla loro vita lavorativa, tanto più tenderanno a essere motivate a realizzarle. Tuttavia, l'urgenza della situazione (mancanza di tempo e fattore crisi) a volte limita l'ambito della condivisione. Va anche tenuto presente che quanto più si condivide una decisione, tanto meno controllo si avrà sulla qualità e la direzione della decisione risultante. È quindi necessario prestare particolare attenzione a questo punto.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico



In breve, il grado in cui, come leader, potete condividere le decisioni varia a seconda di fattori come la situazione (soprattutto il tempo disponibile) e la conoscenza relativa e rilevante dei membri del team. Effettivamente, decidere dove decidere su un continuum che ha il controllo a un estremo e la libertà all'altro è di per sé un'importante decisione quando si lavora con gli altri.

Ecco alcune domande da porvi:

Elenco di controllo	si	no
Avete concordato gli scopi e gli obiettivi con il team?		
Avete coinvolto il team nella raccolta e nella selezione delle informazioni rilevanti?		
Il team vi ha aiutato a generare diverse possibili linee d'azione?		
Avete utilizzato la sinergia delle menti dei membri del team per definire le opzioni realizzabili?		
Avete verificato il consenso per stabilire fino a che punto, nelle specifiche circostanze, la linea d'azione per cui propendete viene considerata ottimale?		
Vi siete assicurati l'impegno di tutti per fare in modo che funzioni?		
Avete rivisto la decisione con il team in modo che le lezioni relative a successo e fallimento vengano apprese per il futuro?		

Al di là dei confini legati all'elaborazione di una particolare decisione, dovrete sempre essere aperti alle idee, i suggerimenti e le informazioni che le persone vi offrono. Più mostrate interesse, più cose le persone vi diranno. Il 10% delle loro idee vale oro.

- ***Tre ciabattini che uniscono le loro facoltà mentali sono pari a Zhage Liag, la mente superiore.***

Proverbio cinese

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Esempio 1: Leader Clinico

- Il Sig. G. L. ricoverato presso la lungodegenza dell'Ospedale S. Luca di Rocca Priosa deve essere dimesso a breve termine. Durante il ricovero si è riscontrato un'incontinenza notturna esito dell'attacco ischemico acuto, motivo del ricovero. L'Infermiere PN (Primary Nursing) gestore del caso organizza un incontro con la figlia che fungerà da Caregiver per decidere sul presidio da utilizzare la notte e per gli incontri di educazione sanitaria per la gestione del presidio scelto.
- Problema:** Gestione incontinenza notturna
- Soluzioni proposte:** Condom/uridrop (catetere esterno) } Soluzione notturna
Pannolone }
Catetere a permanenza → soluzione h24

Dott. Stefano Marconcini - Centrale Operativa Territoriale - ASL FG

Esempio 1: Leader Clinico

Problem finding	Incontinenza urinaria notturna
Problem setting	Focalizzare il problema. L'incontinenza urinaria determina macerazione della cute sino alle lesioni da decubito, cattivo odore e può colpire la dignità della persona.
Problem analysis	Si analizza il problema insieme al paziente, un signore di 84 anni colpito da attacco ischemico acuto, parzialmente collaborante lucido e orientato nel tempo e nello spazio, spiegando che il contatto dell'urina con la cute determina arrossamento, macerazione sino alle lesioni da decubito. La biancheria del letto rimane bagnata tutta la notte di urina determinando oltre alle conseguenze soprariportate anche cattivo odore
Problem solving	Si identificano le soluzioni che sono l'utilizzo dei seguenti preside: 1. Pannolone 2. Condom/uridrop (catetere esterno) 3. Catetere vescicale a permanenza (di Foley)

Dott. Stefano Marconcini - Centrale Operativa Territoriale - ASL FG

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ecolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Esempio 1: Leader Clinico

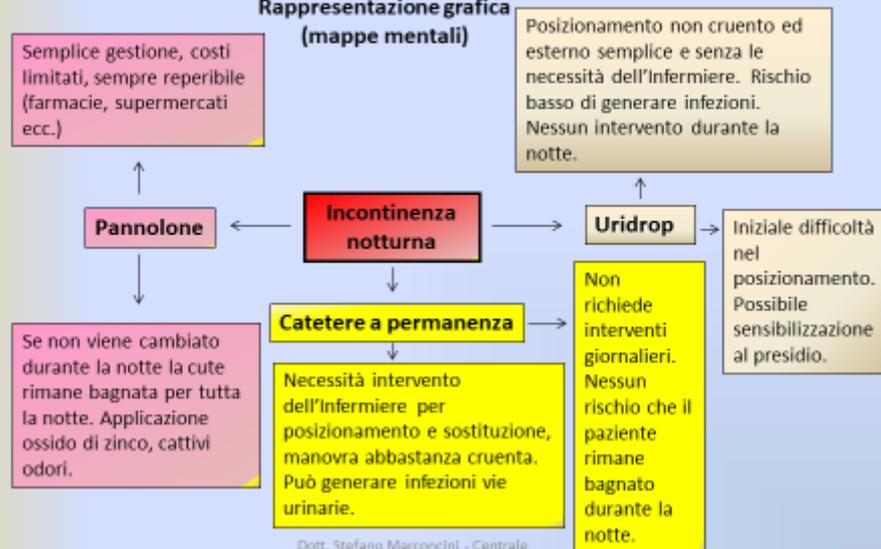
• Decision Making

1. **Obbiettivo:** risolvere le complicanze dell'incontinenza notturna.
2. **Raccogliere informazioni rilevanti:** Il paziente verrà dimesso a breve e sarà accudito dalla figlia. Intervento di educazione sanitaria al paziente e alla figlia sulla gestione dell'incontinenza notturna
3. **Generare opzioni:** Sono state individuate 3 soluzioni condivise con il paziente: Pannolone; Uridrop, Catetere a permanenza. Le prime due soluzioni per la gestione notturna, la terza consiste nel posizionamento di un catetere a permanenza. Le tre opzioni vengono prospettate al paziente e alla figlia con un incontro di educazione sanitaria indicando tutti i lati positivi e negativi di tutte soluzioni. Nella riunione il paziente e la figlia interagiscono attivamente formulando diverse domande (non è stato possibile effettuare un Brainstorming in quanto gli interessati non avevano conoscenze scientifiche per generare opzioni realizzabili)-

Dott. Stefano Marconcini - Centrale Operativa Territoriale - ASL FG

Esempio 1: Leader Clinico

Rappresentazione grafica (mappe mentali)



I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ecolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Esempio 1: Leader Clinico

4. **Prendere decisione:** Insieme al paziente e alla figlia si valutano le 3 soluzioni evidenziando i lati positivi e negativi di ogni soluzione, interfacciandoli con le capacità del paziente e della figlia. Il team decide per il posizionamento dell'Uridrop per i seguenti motivi:
 - Basso rischio delle infezioni delle vie urinarie;
 - Nessun intervento durante la notte per assicurare che il paziente non si inumidisca di urine;
 - Il posizionamento non richiede l'intervento di un Infermiere.
5. **Implementare e valutare. Decision Taking:** Il presidio scelto viene posizionato al paziente la sera stessa con presenza della figlia al fine di formarla per il posizionamento alla dimissione.

Dott. Stefano Marconcini - Centrale
Operativa Territoriale - ASL FG

Esempio 1: Leader Clinico

Per facilitare il percorso viene creato il seguente schema:

Specifiche	Azione 1	Azione 2
Cosa?	Posizionamento uridrop	Rimozione Uridrop
Chi?	Figlia	Figlia
Dove?	Alla base del Pene	Base del pene
Quando?	La sera prima di coricarsi	Il mattino al risveglio
Come?	Secondo metodica con applicazione cerotto biadesivo	Rimozione, detersione e controllo presenza di irritazioni sul pene.
Perché?	Per evitare che il Sig. X dormi nel bagnato e quindi prevenire irritazioni.	Per aver maggior libertà di movimento durante la giornata. Incontinenza solo notturna.

Dott. Stefano Marconcini - Centrale
Operativa Territoriale - ASL FG

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Esempio 1: Leader Clinico

- La sera prima della dimissione la figlia prova a posizionare con successo l'Uridrop.
- L'Infermiere primary nursing spiega alla figlia che verrà effettuato un controllo telefonico dopo la dimissione per valutare i risultati del processo (follow up), e si attiverà per organizzare dei controlli da parte dei servizi territoriali.
- Che stile e che modello di leadership sono stati utilizzati?
- **Stile Democratico:** paziente e figlia hanno partecipato alla decisione
- **Modello trasformativa:** l'Infermiere Primary nursing a spostato la leadership alla figlia che si dovrà occupare di gestire il caso.
- Importante è l'utilizzo dell'empowerment da parte dell'operatore nei confronti del paziente e della figlia.

Dott. Stefano Marconcini - Centrale
Operativa Territoriale - ASL FG

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Case Management e risoluzione dei casi: gli strumenti di problem analysis. A cura del Dott. Stefano Marconcini – Coordinatore C.O.T. di Telemedicina. ASL Foggia.

Quando ci troviamo di fronte a problemi importanti, come quelli di natura sanitaria, questi devono essere risolti con un metodo scientifico e non certo per tentativi ed errori. La "governance" risulta tanto più efficace ed opportuna quanto basata su una analisi della realtà che utilizza strumenti in grado di cogliere e sintetizzare i problemi, permettendo una riduzione della complessità e contemporaneamente una focalizzazione della nostra attenzione sulle cose che effettivamente sono in grado di condizionare il sistema, se non opportunamente affrontate.

Vi prospetterò adesso una serie di strumenti che ci permettono di analizzare, sintetizzare e valutare i problemi secondo un processo scientifico, permettendoci di prendere delle decisioni adeguate. L'utilizzo di questi strumenti, nel caso che la decisione per la soluzione del problema risulti errata, ci permette di individuare **la causa** dell'errore, ripercorrendo a ritroso il processo decisionale.

ANALISI SWOT: CHE COS'È (Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats)

È l'acronimo di quattro parole inglesi: Strengths (forze), Weaknesses (debolezze), Opportunities (opportunità), Threats (minacce). **Comprendere Forze, Debolezze, Opportunità e Rischi**

L'analisi SWOT è uno strumento efficace per riconoscere i propri **punti forti e deboli** (fattori interni) e per esaminare le **opportunità e i rischi** che si possono incontrare (condizioni esterne). Viene usata in genere da imprese e organizzazioni commerciali, ma può essere ugualmente utile a individui o associazioni, in relazione ad una condizione desiderata, un determinato obiettivo da raggiungere. **Imparare questa metodica è molto importante per realizzare uno schema mentale utile per un'analisi prima di prendere delle DECISIONI.**

ANALISI SWOT: LE COMPONENTI

I PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA

- Sono i fattori interni, ovvero propri del contesto di analisi;
- Sono modificabili grazie alla politica o all'intervento proposto

LE OPPORTUNITÀ E LE MINACCE

- Sono i fattori esogeni in quanto derivano dal contesto esterno;
- Difficilmente modificabili, ma è necessario tenerli sotto controllo in modo da sfruttare le opportunità e ridurre le minacce.

Analisi SWOT: le fasi di attuazione

1. Raccolta minuziosa delle informazioni sul settore di riferimento, interno ed esterno, nel quale si vuole sviluppare il progetto;
2. Identificazione delle componenti del progetto da sviluppare
3. Individuazione dei fattori esogeni, classificandoli come opportunità e minacce, per ogni componente in cui è articolato il progetto;
4. Individuazione dei fattori endogeni, classificandoli come punti di forza e di debolezza, per ogni componente in cui è articolato il progetto;
5. Classificazione/Selezione delle possibili strategie. In tale fase, si fa leva sui punti di forza e si cerca di ridurre i punti di debolezza, si massimizzano le opportunità e si minimizzano le minacce, permettendo così la realizzazione delle varie componenti del progetto.
6. In quest'ultima fase, che può essere considerata una fase di mero controllo, si fa una valutazione complessiva sull'efficacia delle strategie adottate.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

ANALISI SWOT: COME SI EFFETTUA

Come usare lo strumento: Per condurre l'analisi occorre scrivere le risposte alle domande che seguono, o a domande simili che possiamo riformulare quando opportuno:

Forze: • Quali sono i tuoi punti di vantaggio? • Cosa sai fare bene? • Su quali risorse puoi fare affidamento? • Gli altri, quali punti di forza riconoscono in te?

Considera dal tuo punto di vista e dal punto di vista delle persone con cui hai a che fare. Non essere modesto. Sii realistico. Se trovi difficile rispondere, prova a fare un elenco delle tue caratteristiche: Qualcuna sarà pure un tuo punto di forza!

Pensando alle tue forze, considerale in rapporto ai tuoi concorrenti. Per esempio, se tutti i concorrenti di un'azienda fanno prodotti di alta qualità, una produzione di alta qualità non sarà un punto di forza ma una necessità.

Debolezze: • Cosa potresti migliorare? • Cosa fai male? • Cosa dovresti evitare? Di nuovo, considera da un punto di vista interno ed esterno: gli altri, vedono debolezze che tu non vedi? i tuoi concorrenti fanno meglio di te? Meglio essere molto realisti in questa fase, e guardare in faccia le verità spiacevoli al più presto possibile.

Opportunità: • Quali buone occasioni ti stanno di fronte? • Di quali tendenze interessanti sei a conoscenza? Buone occasioni possono derivare da cose come: • Cambiamenti nelle tecnologie o nel mercato su grande o piccola scala • Cambiamenti nelle normative e nelle procedure legate al tuo campo • Cambiamenti sociali, cambiamenti di abitudini, stili di vita delle persone • Eventi locali ecc. Un modo utile per considerare le opportunità è chiederti se i tuoi punti di forza ti aprono qualche possibilità; oppure chiederti quali occasioni potresti cogliere eliminando qualche tua debolezza.

Rischi: • Quali ostacoli hai di fronte? • Cosa stanno facendo i tuoi concorrenti? • Le richieste e le specifiche del tuo lavoro, prodotto o servizio stanno cambiando? • I cambiamenti delle tecnologie minacciano la tua posizione? • Qualche tua debolezza può seriamente minacciare i tuoi obiettivi? Fare bene questa analisi può essere illuminante, sia per chiarire quello che va fatto, sia per mettere i problemi in prospettiva.

FATTORI ESTERNI	Opportunità	Strategie W-O <i>Trasformare i punti di debolezza in punti di forza</i>	Strategie S-O <i>Situazione Ottimale</i>
	Minacce	Strategie W-T <i>Trasformare i punti di debolezza in punti di forza e ridurre le minacce trasformandole in opportunità</i>	Strategie S-T <i>Ridurre le minacce trasformandole in opportunità</i>
		Punti di Debolezza	Punti di Forza
FATTORI INTERNI			

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

ANALISI SWOT: QUANDO SI UTILIZZA

Pre itinere: per migliorare l'integrazione del programma nel suo contesto;

In itinere: consente di verificare se, in relazione ai cambiamenti intervenuti nel contesto, le linee di azione individuate siano ancora pertinenti e fornisce uno strumento per decidere modifiche al programma; In corso d'opera, l'analisi S.W.O.T. consente a più riprese la verifica delle linee strategiche adottate, se cioè esse siano ancora pertinenti o se necessitino di modifiche che le adattino ai mutamenti intervenuti. Tutto questo è reso possibile dalle caratteristiche intrinseche di flessibilità di questa metodologia che ha la qualità di un processo sia iterativo che interattivo e di conseguenza è applicabile ripetutamente ed è adeguabile continuamente al contesto.

Post itinere: serve a contestualizzare i risultati finali dei piani e programmi; Nella eventualità che sia mutato il contesto in cui il progetto è stato concepito e realizzato, si potrà adeguare anche il progetto al nuovo contesto.

ANALISI SWOT: I VANTAGGI

- consente di analizzare in maniera approfondita il contesto di riferimento e quindi di definire più facilmente le strategie da adottare;
- le strategie definite in maniera partecipata godono del consenso di tutte le parti coinvolte e con l'immaneapabile apporto di svariate idee nuove, può dar vita a strategie che si rivelano il più delle volte di successo;
- la sua flessibilità permette di essere utilizzata da parte del management a più riprese, ovvero prima, nel corso e dopo l'adozione delle strategie per attingere alle informazioni sistematiche che fornisce e, inoltre, permette anche la sua applicazione in diversi campi.

ANALISI SWOT: GLI SVANTAGGI

- possibilità di errore nella individuazione e nella promozione delle linee di azione a causa di una visione troppo soggettiva della realtà;
- eccessiva semplificazione della realtà;
- mancanza di condivisione delle strategie laddove sia effettuata in maniera non partecipata.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

ANALISI SWOT: ESEMPIO

Un Studio Associato di Infermieri decide di partecipare alla gara di appalto per la gestione assistenziale (Infermieri, OSS, Ausiliari) di un RSA. Attualmente lo studio non ha problemi di personale sanitario, ma è carente di personale amministrativo e a lievi problemi finanziari a causa di rinvii di pagamenti da parte dell'ASL. Attualmente è in corso la formazione a tutto il personale sui modelli organizzativi assistenziali (case management, primary nursing, piccole equipe). Prima di partecipare il responsabile convoca gli associati per l'analisi SWOT pre-itinere del caso.

Analisi SWOT esempio:

<p>FORZE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personale subito disponibile • Buona parte del personale ha già esperienza di RSA; • Il personale è motivato e ben formato; • Il bando assicura una buona copertura economica; • Lo studio gestisce altre RSA con successo; 	<p>DEBOLEZZE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attualmente utilizzo di modelli organizzativi obsoleti; • Lieve difficoltà finanziarie dovute a ritardi di pagamenti dell'ASL; • Personale amministrativo attualmente insufficiente per un eventuale nuova gestione • Difficoltà a reperire nuovi finanziamenti per iniziare
<p>OPPORTUNITA'</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambiare modelli organizzativi rapidamente • Nuovi introiti economici con possibilità di risolvere i problemi finanziari • Nuove assunzioni di personale amministrativo 	<p>RISCHI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rischio che non venga preso in considerazione l'offerta perché non ancora utilizzati i nuovi modelli organizzativi richiesti dal bando (anche se in corso d'opera) • Rinvio dei pagamenti con eventuale crash finanziario • Concorrenza molto forte

IL BRAINSTORMING (“TEMPESTA DI CERVELLI” O “GENERATORE DI IDEE”)

Il brainstorming è un strumento che è stato ideato da F.A. Osborn nel 1939, con lo scopo di produrre messaggi pubblicitari non convenzionali. Esso può essere utilizzato da solo od in combinazione con altri strumenti come ad esempio il diagramma causa–effetto. Tale strumento viene utilizzato per generare una lista di idee in un periodo limitato nel tempo per esempio per consentire di isolare gli elementi in un processo di analisi di un determinato problema. Il brainstorming, il cui obiettivo è quello di far emergere più idee possibili, si snoda in tre fasi principali che si sviluppano, generalmente in un periodo di tempo che può variare dai dieci e ai venti minuti, con l'ausilio di una figura che funge da facilitatore.

Esistono alcune regole che nel brainstorming dovrebbero essere rispettate: tra le quali, la più importante è che i membri del gruppo possono esprimere qualsiasi tipo di idea e sulla base di tali idee non è possibile fare critiche.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

N	LE REGOLE
1	Tutti i partecipanti sono uguali.
2	Pensare sempre in modo positivo.
3	Ogni partecipante esprime un'idea per volta e solo quando è il suo turno.
4	Un'idea non è mai stravagante od ingenua: spesso esse riescono ad aprire una strada.
5	Nessuna idea espressa deve essere criticata, né verbalmente, né con un gesto o un atteggiamento del corpo.
6	Non verrà fatta alcuna domanda durante la seduta di brainstorming.
7	Esiste un solo "prerequisito" per tutto il gruppo: non avere pregiudizi.

FASI DEL BRAINSTORMING

FASI	DESCRIZIONE
FASE PRELIMINARE	Il tema da "far esplodere" dovrebbe essere descritto dal facilitatore nel modo più preciso possibile al fine di evitare la non pertinenza di idee da parte del team.
FASE CREATIVA	In questa fase ogni partecipante deve esprimere a turno un'idea (una sola idea alla volta). Se il partecipante non ha idee, nel momento in cui è chiamato ad esprimerle dice "passo". Durante il brainstorming è proibito esprimere giudizi sulle idee espresse dagli altri. Nessuna idea deve essere respinta, criticata o sminuita. È ammesso sintetizzare un'idea molto complicata. Quanto più sono le idee tanto più è efficace lo strumento. La fase di brainstorming può dirsi completata quando non ci sono più idee.
FASE FINALE	Terza fase: I partecipanti al gruppo insieme al facilitatore iniziano una discussione nella quale, per esempio, le idee simili vengono aggregate. Ha quindi inizio la votazione e la classificazione delle idee: le idee vengono votate e classificate una alla volta. Il segretario del gruppo prende nota dei voti favorevoli dati alle idee. Nel primo giro di votazioni, i partecipanti possono votare per quante idee vogliono; vengono però presi in considerazione solo i voti a favore (nessuno può votare contro una idea). Eseguito il giro di votazione, il facilitatore fissa un limite (per esempio le cinque idee che il gruppo ha maggiormente votato). L'individuazione dell'idea prioritaria, che il gruppo giudica più interessante, avviene attraverso una votazione finale. (Utilizzo delle mappe mentali).

LE MAPPE MENTALI ORGANIZZARE LE IDEE

Con il Brainstorming abbiamo generato un numero elevato di idee. Quale strumento utilizzare per organizzarle?

Mappe Mentali Definizione:

La mappa mentale serve per presentare in modo sintetico una struttura di pensiero anche complessa (un progetto, un problema, etc.). È **utile per organizzare e comunicare le idee**, strutturare le informazioni, sviluppare piani, supportare e facilitare il pensiero creativo, il problem solving, le decisioni.

Creare una prima mappa libera:

1. procurarsi una lavagna o un grande foglio che possa essere visto da tutti;
2. scrivere al centro l'obiettivo in modo sintetico e circoscriverlo. A questo punto far partire dal centro vari rami, su cui scriveremo le idee.

Costruire una mappa comune integrata: finita la prima fase del Brainstorming, si costruisce una nuova mappa mentale organizzata: le idee vengono organizzate secondo i principi dell'alternativa, della complementarità, dell'integrazione, ecc.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Trasformare le idee in soluzioni: la differenza tra idee e soluzioni è che le prime sono visioni molto generali, le seconde, invece, delle vere bozze soluzioni.

La valutazione delle scelte deve basarsi su:

- **Efficacia:** Questa soluzione mi porta dei risultati positivi?
- **Fattibilità:** È possibile mettere in pratica questa soluzione?
- **Valutazione dei rischi :** Cosa accadrebbe a noi e a tutto ciò che ci circonda se mettessimo in pratica questa soluzione?
- Per aiutarci possiamo dare un punteggio da 0 a 100 a ciascuna soluzione relativamente a ciascuna area della valutazione:

Soluzione	Valutazione efficacia	Valutazione fattibilità	Valutazione rischi
Soluzione 1			
Soluzione 2			
Soluzione 3			
Soluzione 4			
Totale			

PRENDERE UNA DECISIONE I 6 CAPPELLI

Abbiamo generato molte idee, le abbiamo organizzate, ma adesso come fare per scegliere quella giusta?

La soluzione **migliore** non è la soluzione **perfetta**.

- 6 cappelli per pensare –

Decidere di indossare, anche solo metaforicamente, un cappello per pensare è già, di per sé, un invito e uno stimolo ad abbandonare i binari del pensiero passivo, quello di reazione, e a predisporre ad una forma di pensiero attivo, di azione.

All'interno di riunione si può venire invitati, in momenti diversi, ad adottare diversi cappelli.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

	Cappello bianco: Raccolta di dati oggettivi: fatti e cifre, quasi "recitando" la parte di un computer.
	Cappello rosso: Punto di vista emotivo: un'occasione per mettere in luce le implicazioni meno razionali di una situazione; non solo emozioni, ma anche intuizioni e presentimenti
	Cappello nero: È la voce del famoso "avvocato del diavolo", è quello che esamina tutti gli aspetti negativi.
	Cappello giallo: È il cappello ottimista, l'altra faccia della medaglia, quella che coglie sempre la "metà piena del bicchiere".
	Cappello verde: È il colore della creatività: è la voce delle idee, è lo spazio lasciato al più ardito pensare.
	Cappello Blu: Ha il compito di organizzare, di tradurre le idee in pratica: è il quadro di controllo dell'intero processo.

DECISION TAKING

Il panorama della situazione e gli elementi che la compongono consentono di intraprendere gli interventi per la soluzione del problema.

Come pianificare gli interventi?

Vi presenterò uno strumento molto efficace che permette di organizzare gli interventi in modo semplice e completo:

Problema:

Soluzioni:

Specifiche	Azione 1	Azione 2	Azione 3
Cosa?			
Chi?			
Dove?			
Quando?			
Come?			
Perché?			

VERIFICA

Una volta messo in pratica quanto stabilito nel piano, bisogna verificare che si realizzi l'obiettivo. La verifica è un passaggio molto delicato in quanto costituisce un'occasione per eventuali modifiche in itinere.

RICOSTRUIAMO

- Definiamo il problema;
- Generiamo le idee: Brainstorming
- Organizziamo le idee: Mappe mentali;
- Prendiamo una decisione: I 6 Cappelli;
- Pianifichiamo gli interventi: Decision Taking
- Verifichiamo gli interventi.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

ALTRI STRUMENTI DI PROBLEM ANALYSIS

Esistono altri strumenti che possono essere necessari per la risoluzione dei problemi e per la progettazione. Vi elencherò i più importanti con una breve presentazione.

DIAGRAMMA DI PARETO

L'analisi di Pareto è una metodologia statistica utilizzata per individuare i problemi più rilevanti nella situazione in esame e quindi le priorità di intervento. L'obiettivo del diagramma è rappresentare in modo efficace i dati più importanti per concentrare l'attenzione su di essi. Il segreto del successo in ogni campo di intervento risiede infatti nell'avere poche e chiare priorità sulle quali intervenire. In generale si può affermare empiricamente che le tipologie di problemi più importanti sono dell'ordine del 20% del totale e risolvendo queste si può risolvere l'80% dei problemi singoli. Poiché non esistono problemi importanti in assoluto bisogna imparare ad individuare le priorità in funzione degli aspetti seguenti:

- situazione in cui ci si trova
- obiettivi

Nella fattispecie, all'interno di un processo produttivo, esso specifica la maggior parte dei difetti (non conformità) e dei costi che ne derivano, provocati da un numero relativamente piccolo di cause. Per la costruzione del diagramma di Pareto si rende necessario seguire questo iter.

Nella fattispecie, all'interno di un processo produttivo, esso specifica la maggior parte dei difetti (non conformità) e dei costi che ne derivano, provocati da un numero relativamente piccolo di cause. Per la costruzione del diagramma di Pareto si rende necessario seguire questo iter.

LE FASE PER LA COSTRUZIONE DEL DIAGRAMMA DI PARETO

N.	DESCRITTIVA
1	Decidere come raccogliere i dati.
2	Definire l'elenco delle cause.
3	Valorizzare l'importanza di ciascuna causa.
4	Esprimerla in percentuale relativa.
5	Classificare le cause in ordine decrescente.
6	Rappresentarle graficamente in un diagramma a barre.
7	Tracciare il grafico cumulativo.

Per l'elenco delle cause ci si può affidare al brainstorming ed il peso di ciascuna causa può derivare dalla raccolta di dati. Se la raccolta di dati non può essere eseguita o è ritenuta poco affidabile, la ponderazione può essere effettuata attraverso un giudizio di esperti. Le percentuali sono rappresentate in ordine decrescente su un diagramma a barre, sul quale viene sovrapposto un diagramma a linea che rappresenta la somma delle singole percentuali.

LISTA DI CONTROLLO O CHECK LIST DI OSBORN

La check list di Osborn è un elenco standard di domande il cui scopo è quello di suscitare processi di ragionamento completi e possibilmente non abituali. Si tratta di un metodo molto efficace, ideato da Alex Osborn, l'inventore del brainstorming. La lista di domande di Osborn permette di individuare ulteriori possibilità creative una volta individuata una soluzione, che però è considerata ancora troppo convenzionale. Non importa cosa cambieremo o come lo cambieremo ma solo che ci sia questo cambiamento e che si provi ad apportarlo in tutti i modi possibili. L'obiettivo di questo esercizio è di aiutare le persone a generare molte idee grazie alla creatività e si può condurre in piccoli gruppi di 4-7 persone ciascuno

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Serviranno materiali molto semplici quali:

1. pennarelli
2. lavagne
3. nastro adesivo
4. foglietti adesivi

Il lavoro inizia distribuendo ad ogni partecipante una check list di domande denominata "Osborn" dal nome del suo inventore Alex Osborn e un foglietto dove sono riassunti i pochi punti salienti della metodologia che andranno letti e discussi insieme rispondendo anche ad eventuali dubbi. La check list di Osborn serve per spingere i suoi utilizzatori a cambiare la prospettiva nell'esaminare una certa questione.

Ecco le dieci domande:

- 1. Diverso utilizzo (put to other use)** - Si può utilizzare X in maniera diversa?
- Si può utilizzare X in un altro contesto?
- 2. Adattare (adapt)** - A cosa assomiglia questa idea? - Esistono dei parallelismi? - Cosa sarebbe possibile imitare?
- 3. Modificare (modify)** - È possibile modificarne il colore, la dimensione, la forma, ecc.?
- 4. Ampliare (magnify)** - È possibile ampliare il concetto? - Si può aggiungere qualcosa? - Si può aumentare la frequenza, l'altezza, la lunghezza, la larghezza, ecc.?
- 5. Rimpicciolire (minify)** - Si può rendere X piccolo? - Si può ridurre la frequenza, l'altezza, la lunghezza ecc.?
- Si può dividere X? - Si può utilizzare solo una parte?
- 6. Sostituire (substitute)** - Cosa è possibile sostituire all'idea? - Si può anche organizzarsi in maniera diversa?
- Esistono altre forme?
- 7. Invertire (invert)** - Si possono invertire passi del processo? - Si può modificare la sequenza?
- 8. Capovolgere (reverse)** - L'idea può essere capovolta, girata a 180°? - Si possono scambiare i ruoli?
- 9. Combinare (combine)** - L'idea può essere collegata ad altre?
- 10. Trasformare (Transform)** - X può essere trasformato? - X può essere portato ad un altro stato?

Si fa, poi, una breve prova per vedere se tutti hanno capito come utilizzare lo strumento scegliendo un argomento semplice. La cosa importante è incoraggiare tutti a generare almeno un'idea per ogni input presente sulla check list.

Messe nero su bianco tutte queste idee, si chiede ad ogni gruppo di dividerne con gli altri due o tre, quelle che ritengono migliori, scrivendole su due o tre foglietti adesivi e incollandole su una lavagna o un cartellone per una riflessione da parte di tutti i gruppi.

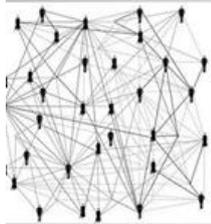
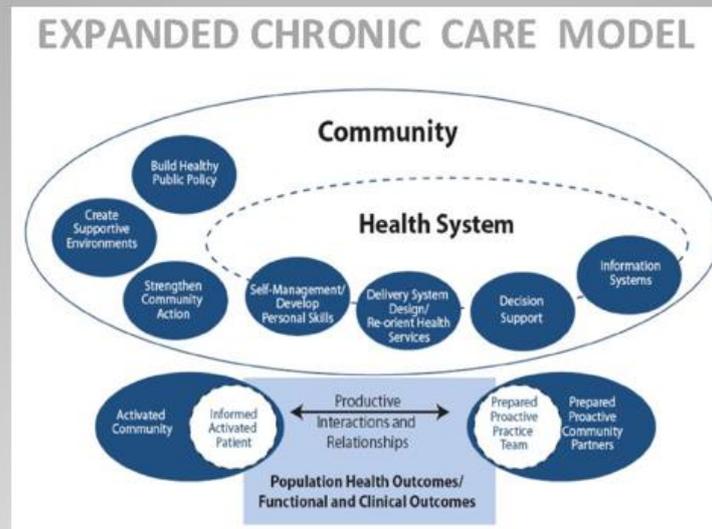
I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

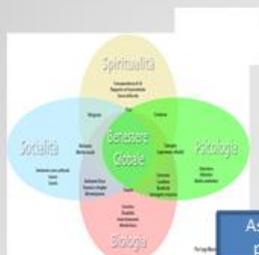
A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ecolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

La documentazione sanitaria per la gestione dell'assistito con il modello organizzativo del Care Management. A cura di: Dott.ssa Carla Lara d'Errico

Servizio Infermieristico Distretto Socio Sanitario San Marco in Lamis.



Teoria Sistemica



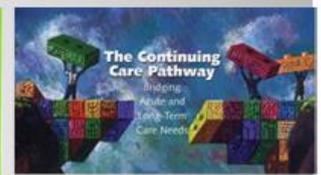
Modello Biopsicosociale



Relazioni tra Medici di Strutture di verse



Équipe multidisciplinare



Continuità assistenziale

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Dossier Clinico Multiprofessionale

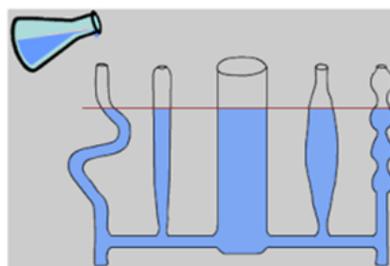
È lo strumento costituito presso un'unica struttura sanitaria (ospedale, azienda sanitaria, casa di cura) che raccoglie informazioni sulla salute di un paziente al fine di documentarne la storia clinica presso quella singola struttura e offrirgli un migliore processo di cura.

Nel caso della patologia cronica le notizie della persona presa in carico sono raccolte, in un *flusso unico*, da strutture diverse che interagiscono come fossero una

Si differenzia dal fascicolo sanitario elettronico in cui confluisce l'intera storia clinica di una persona generata da più strutture sanitarie, in momenti diversi

Dossier Clinico **Multiprofessionale** - Progettazione

- Mette in relazione tutti i soggetti che intervengono nel processo clinico-assistenziale della persona in carico
- Tenendo conto dei vari setting assistenziali delle diverse professionalità
- Delle differenti complessità relative alle diverse fasi della malattia



I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Dossier Clinico Multiprofessionale - Caratteristiche

Per garantire la presa in carico globale ed individualizzata il DCM deve presentare le seguenti caratteristiche:

NO sistema a isole tra servizi
NO documentazione separata per professione
NO documentazione separata per malattia
NO documentazione separata per struttura
NO al modello per compiti ma per processi
NO sistema rigido
NO «semplice» accumulatore di dati e referti nel tempo
NO sistema complicato

Sistema capace di generare autogoverno dei processi organizzativi
Sistema rispettoso normativa (professionale, Privacy, Risk Management, ecc)
Sistema basato su evidenze scientifiche
Sistema favorente la continuità assistenziale Ospedale – Territorio
Sistema che adotta un unico linguaggio: SNOMED
Sistema di facile uso per una capillare diffusione
Sistema flessibile e dinamico. Di facile aggiornamento e/o modifica.

Dossier Clinico Multiprofessionale - Professioni



Per ciascuno professionalità dovrebbero essere programmate attività che consentono di elaborare una pianificazione globale e personalizzata.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Semplice Friendly Completo Fidelizzante

Usando un linguaggio unico e condiviso

Dalla valutazione monoprofessionale al Piano Individuale Personalizzato multiprofessionale



Individuazione dei problemi/diagnosi infermieristiche, elaborazione interventi ed outcome condivisi e negoziati con la persona in carico, individuazione caregiver e valutazione funzionale con elaborazione di diagnosi infermieristiche, acquisizione consensi, individuazione azioni integrate o di continuità con altri servizi, richiesta di eventuali consulenze elaborazione PAI, individuazione del Care manager.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico



Per fare questo naturalmente bisogna conoscersi e riconoscersi come professionisti e come TEAM

.... Domanda

Il sistema informativo del Serd prevede un sistema di valutazione/pianificazione multiprofessionale?

La tracciabilità dei processi clinico-assistenziali e di processi sociali ha una registrazione univoca?

Il caregiver è valutato ed incluso nella processo di presa in carico?

Sono strutturati e tracciabili i processi di continuità assistenziale con altri servizi?

La nuova cartella infermieristica informatizzata dovrebbe garantire un supporto al nuovo modello organizzativo che si vuole adottare.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ecolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

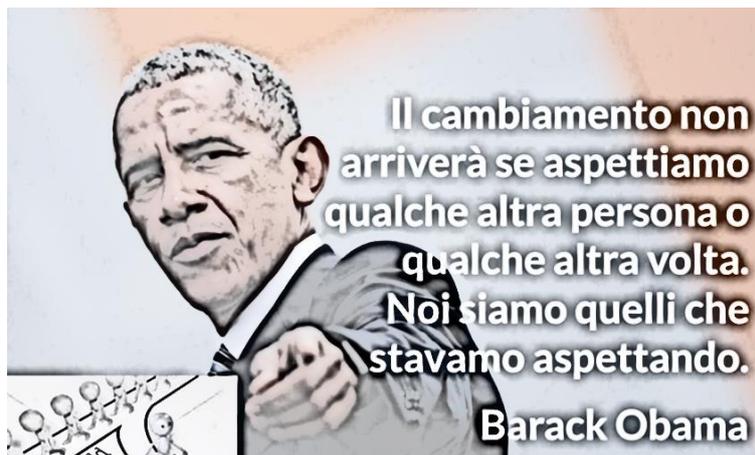
Da vari studi e ricerche di vari ambiti assistenziali...

Dalla comparazione della documentazione sanitaria di due campioni di utenti in carico, nel gruppo di utenti con linguaggio ICNP® è emerso:

- Descrizione dei problemi dei pazienti con un linguaggio scientifico
- Miglioramento del rapporto relazionale con assistito, famiglia e Caregiver
- Standardizzazione del linguaggio infermieristico nei processi di continuità
- Tracciabilità delle attività infermieristiche con possibilità di verifica di adeguatezza
- Le Diagnosi Infermieristiche adottate con maggior frequenza rappresentano i principali problemi assistenziali degli utenti

Da vari studi e ricerche di vari ambiti assistenziali...

È sempre emersa una gratificazione del personale infermieristico con acquisizione di maggiore consapevolezza del ruolo professionale all'interno dell'équipe e relativo miglioramento della qualità del servizio offerto alla persona e alla famiglia. È quello che si auspica anche per i vostri Servizi.



I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

La presa in carico e la pianificazione individuale. A cura di: Dott.ssa Carla Lara d'Errico - Servizio Infermieristico Distretto Socio Sanitario San Marco in Lamis.

Da dove nasce l'esigenza di questo corso?

Far conoscere il modello organizzativo assistenziale professionalizzante del "Care/Case Management" per la professione infermieristica da adottare in un Servizio per la cura delle Dipendenze Patologiche, per definire percorsi di cura che facilitano il rapporto con paziente, familiari e il resto dell'Equipe

Sollecitare l'implementazione di un'organizzazione in grado di adattarsi all'utente e di non spersonalizzarlo con la ripetizione uguale per tutti di manovre meramente tecniche. È necessario adottare un approccio olistico alla persona con l'utilizzo di modelli organizzativi non meccanici, che consentono di applicare appieno non solo la parte tecnica dell'assistenza, ma anche e soprattutto quella metodologica (processo assistenziale) che affonda le sue radici nella multidisciplinarietà del sapere.

Percorso formativo per un cambiamento clinico-assistenziale ed organizzativo

- Cambiamento culturale applicato al lavoro socio-sanitario
- Cambiamento nell'approccio alla persona
- Cambiamento dei modelli organizzativi

Perché parliamo di Presa in Carico?

- Il miglioramento della qualità di vita nei Paesi industrializzati, unitamente ai progressi della medicina, determinano un cambiamento dello stato demografico della popolazione. La popolazione italiana diminuisce e invecchia
- Aumentano le patologie croniche, quindi, dal soddisfare bisogni di assistenza acuta si passa ad una richiesta di bisogno di assistenza cronica
- Cambia il luogo di cura: dall'Ospedale al Territorio, al Domicilio

Perché parliamo di Personalizzazione?

I concetti di 'umanizzazione' e 'personalizzazione' sono venuti ad assumere principalmente, nel linguaggio sanitario, una valenza socio-organizzativa: ad essi si è soliti fare riferimento per indicare la necessità di superare i limiti (e le disfunzioni) della dimensione tecnicistica di cui soffre l'ospedale contemporaneo, come conseguenza della forte evoluzione della scienza medica nel senso del progresso tecnologico delle cure.

L'umanizzazione e la personalizzazione comportano quindi un vero e proprio invito al cambiamento della configurazione organizzativa, che pone, come criterio nel miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie, il recupero di quei valori umanitari e di solidarietà che hanno costituito il motore e sostanziato la storia plurisecolare dell'ospitalità. Nel linguaggio dell'infermieristica, il termine 'personalizzazione' si è specializzato ad indicare la sostanza ed il modo dell'assistenza infermieristica: personalizzare significa dunque adattare (e condizionare) l'azione professionale ai costituenti soggettivi che la persona esprime come portatrice di bisogni. Non è dunque il cliente che può o deve adattarsi all'offerta sanitaria dell'infermiere o dell'istituzione preposta alla sua cura, ma il contrario. L'infermiere è chiamato a modulare l'intervento professionale e le variabili organizzative in funzione della particolare persona umana che ha preso in carico, riconoscendo, nella relazione che pratica, l'alterità di cui essa è portatrice.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Come cambia il concetto di Salute dell'OMS?



“Uno stato di completo benessere fisico, mentale, psicologico, emotivo e sociale”
World Health Organization (1948)
Constitution of the World Health Organization. WHO, Geneva (World Basic Documents).

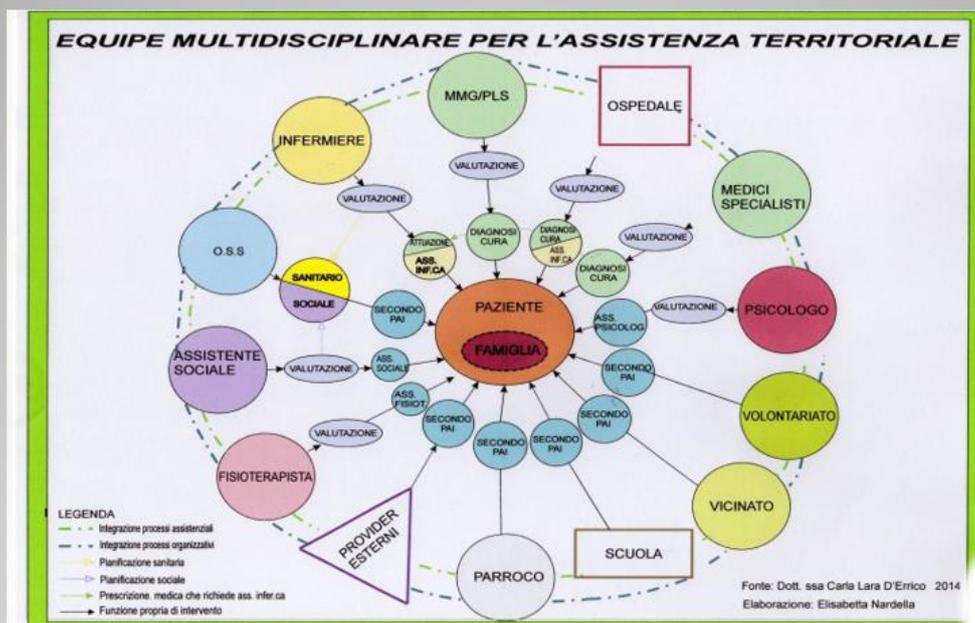


“La capacità di adattamento e di auto gestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive”. Huber M et al. How should we define health? BMJ 2011;343:doi:10.1136/bmj.d4163

“La salute è una condizione di armonico equilibrio, fisico e psichico, dell'individuo, dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale” A. Seppilli, 1966



Come cambia l'équipe di lavoro?



I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Cosa cambia nel metodo di lavoro?



Dal lavoro per compiti



Al lavoro per processi

Come cambia la persona oggetto delle nostre cure?



Da soggetto passivo



A soggetto attivo

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico



Accettazione

«Accettare» deriva dal latino accipere, ricevere. L'Accettazione di norma è l'ufficio in cui si ricevono le richieste di determinate prestazioni e in particolare si svolgono le pratiche per ammettere i malati in ospedale. Fu istituito con il Regolamento dei regi Spedali di Santa Maria Nuova e di Bonifazio del 1789, voluto dal Granduca Pietro Leopoldo. La forma dell'accettazione è cambiata ma ancora oggi se ne conserva la sostanza!

Accoglienza

È una delle funzioni degli operatori sanitari, un'attività necessaria per costruire un rapporto di fiducia e collaborazione tra persone assistite e persona che assiste all'interno di una relazione di aiuto, focalizzata sui bisogni dell'utenza e sulla partecipazione alle decisioni assistenziali che la riguardano. L'accoglienza quindi richiede un rapporto bidirezionale: si chiedono informazioni e si danno informazioni. L'accoglienza è un atto che si ripete nelle diverse porzioni del percorso assistenziale ed è la porta di accesso per una presa in carico.

La Presa in Carico

Il termine presa in carico ha una valenza che si chiarisce riflettendo sulla sua etimologia:

- «carico» viene da carro, dal latino *carrum*
- *il carico è anche l'operazione di mettere sopra il carro*

La parola poi è passata al significato figurativo di responsabilità, aggravio, onere. «mi sono fatto carico di» Da qui poi incarico, come peso, onere, che viene addossato a qualcuno, ovvero anche mansione, fino alla forma istituzionale di affidamento dell'in-carico.

La Presa in Carico

Questo concetto nasce in ambito sociale e, in termini ampi, rimanda all'idea di un servizio che *“si fa carico di seguire continuamente una persona (o una famiglia), garantendo presenza, opportunità e sostegni, con l'obiettivo di permettere ad esse di controllare attivamente la propria vita”* (Milani P, 2001).

Vitale ne dà una definizione più orientata all'azione specifica dei servizi formalizzati, intendendo la presa in carico come *“un processo in cui un operatore sociale, a fronte di una domanda espressa o inespressa, ma sulla base di un mandato istituzionale, progetta uno o più interventi rivolti a una persona o a un nucleo di convivenza, mantenendo con essa (esso) un rapporto continuativo al fine della revisione dell'intervento stesso nel corso del tempo”* (Vitale T, 2013).

Sotto questa luce, la presa in carico *“non è una forma di aiuto spontaneo che nasce in una relazione personale: avviene su un mandato istituito da un'organizzazione e ha una base organizzativa che richiede competenze individuali, un'attenta programmazione orientata alla pianificazione dei carichi di lavoro, formazione e*

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

aggiornamento, controlli, confronti fra pari in un gruppo di lavoro, supervisione, forme di valutazione" (Vitale T, 2013)

La Presa in Carico

In sanità il concetto di presa in carico è affrontato soprattutto in ambito infermieristico e riguarda il tema del prendersi cura dei bisogni del paziente (*caring*). Il *caring* infermieristico può essere descritto come una pratica "che si realizza attraverso azioni competenti e la disponibilità a preoccuparsi e occuparsi intenzionalmente delle necessità della persona assistita" (Corbin, 2008).

La sola azione pratica (eseguire prestazioni), viene arricchita da componenti – valore morale, tratto umano, attitudine soggettiva, relazione interpersonale – che aggiungono valore all'assistenza standard (Saiani, 2013). Esercitata sotto questa modalità, l'azione professionale intercetta in modo più completo le attese e i bisogni delle persone e delle famiglie (Tabella 1) nelle diverse fasi che caratterizzano l'azione di cura e supera i limiti impliciti della sola risposta tecnica al bisogno clinico-assistenziale specifico.

Il *caring* infermieristico - Fonte: Saiani, 2013. Modificata

Aspettative e bisogni delle persone e delle famiglie	Azione professionale orientata al <i>caring</i> (infermiere/équipe/organizzazione)
Ricevere informazioni	Centrare le cure infermieristiche sul paziente
Sorriso e gentilezza	Essere presenti
Risposte tempestive (tempo a disposizione)	Favorire il comfort
Sentire attenzione, percepire vicinanza fisica	Prestare attenzione a intimità e contatto fisico/tocco
Sentirsi sicuri, protetti	Tutelare lo spazio del paziente
Sentirsi compresi e percepire l'interesse del professionista	Vigilare, sorvegliare, mantenere sotto controllo i bisogni
Sentire che il proprio punto di vista è considerato	Favorire l'autodeterminazione e l'empowerment
Percepire il rispetto per il proprio corpo e pudore	Sostenere l'autocura, favorire le soluzioni autonome
Vedere mantenute le promesse	Rispettare le diversità multiculturali
	Coinvolgere le famiglie, includere le loro esigenze

La Presa in Carico è un'azione messa in atto dall'organizzazione sanitaria attraverso un **processo organizzativo**, che implica la funzione dei Punti Unici d'Ascolto (PUA) a livello distrettuale, la valutazione multidimensionale dei bisogni e il conseguente confezionamento di pacchetti assistenziali specifici per i bisogni espressi da quella persona e da quella famiglia.

L'evoluzione del concetto mette il cittadino, e i suoi familiari, nelle condizioni di avere un soggetto organizzato (l'équipe sanitaria e i servizi) ed un soggetto relazionale (il Medico, l'infermiere care manager, l'ostetrica di processo,...) che è garante del percorso e della condivisione delle scelte terapeutiche ed assistenziali, quindi sul piano non solo gestionale ma anche umano.

La Presa in Carico

In sanità la Presa in Carico assicura la continuità assistenziale.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Può essere definita come una modalità di *governance* di un processo assistenziale articolato e integrato nei suoi diversi passaggi, ovvero una modalità per garantire al cittadino un insieme coordinato di interventi rivolti a soddisfare un bisogno complesso.

Quando inizia la presa in carico?

Quando un operatore sanitario o sociale si chiede cosa può fare per risolvere un problema reale o potenziale, espresso o individuato, di una persona sana o malata e/o del suo care giver realizzato nel rispetto del suo contesto di vita.

Non necessariamente nel Servizio preposto ma in un contesto comunitario, di contatto con altri servizi, parlando con Associazioni di volontariato, ecc (medicina di prossimità e di iniziativa).

Dalla presa in carico alla pianificazione individuale

La valutazione globale multiprofessionale e multidimensionale, della persona, della famiglia e del caregiver, all'interno del loro ambiente di vita offre le notizie utili per una **Pianificazione Individualizzata dell'Assistenza**, che prevede anche la determinazione di un patto di cura e di corresponsabilità tra operatori socio-sanitari e cittadino.

Con quali strumenti favoriamo la presa in carico?

- Attraverso l'uso di Linguaggi e Tassonomie standardizzate
- Attraverso l'adozione di Metodi omogenei di valutazione della persona
- Attraverso un Sistema Informativo Informatizzato.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Corso di formazione aziendale

I modelli organizzativi assistenziali: Il case management infermieristico nei servizi delle dipendenze patologiche, metodi e strumenti.

IL CASO DA RISOLVERE

Il Sig. Aristide affetto da disturbo del comportamento di tipo Borderline, consumatore abituale di cocaina, seguito dal SER.D da circa 5 anni, vive solo, non provvede alla cura della casa, non ha molta cura della sua persona, non ha più rapporti con nessun familiare. Abusa spesso di sostanze stupefacenti, e poco compliant al piano terapeutico ed è sempre irascibile con gli operatori perché sostiene che "nessuno si preoccupa di lui". Come pianifichereesti gli interventi secondo il modello organizzativo del Case Management Infermieristico secondo una logica multidisciplinare? Risolvi il caso seguendo il Vademecum e la tabella di pianificazione individuando i problemi assistenziali.

VADEMECUM DEGLI INTERVENTI DEL CASE MANAGER

1. Identificazione dei problemi del paziente in modo preventivo piuttosto che retrospettivo;
2. Sviluppo di un progetto di presa in carico complessiva per rispondere ai bisogni;
3. Sviluppo di una rete di servizi;
4. Riduzione o eliminazione dei duplicati di assistenza, dei trattamenti e dei test per la presenza di una sequenza coordinata di attività;
5. Riduzione o eliminazione degli errori di trattamento;
6. Assistenza individuale efficace ed efficiente, in quanto adeguata ai bisogni del paziente;
7. Pronta identificazione dei bisogni di assistenza dei pazienti;
8. Più efficace comunicazione con i pazienti e le loro famiglie;
9. Educazione dei pazienti e delle loro famiglie;
10. Concreta accessibilità ai servizi per la persona.

I modelli organizzativi assistenziali: il Case Management Infermieristico nei Servizi delle Dipendenze Patologiche, metodi e strumenti.

COMPENDIO SUL CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASL DI FOGGIA - OTTOBRE 2021

A cura di: Matteo Giordano, Maurizio Ercolani, Girolama De Gennaro, Stefano Marconcini, Carla Lara D'Errico

Altre fonti bibliografiche, oltre a quelle riportate nelle relazioni:

- P. Chiari, A. Santullo, L'Infermiere Case Manager – McGraw-Hill, Milano 2001.
- Destrebecq, S. Terzoni, Management Infermieristico – Carrocci Faber, Roma 2008.
- L'Infermiere – 7/2006.
- Alvaro R., Amato S., N. Barbato. Strategie Sanitarie applicate alle Scienze Infermieristiche. SEU Roma 2007.
- Carpenitto L. J. Piani di assistenza infermieristica e documentazione. Diagnosi infermieristiche e problemi collaborativi. Casa Editrice Ambrosiana.
- Bower K. Managed care: Controlling costs, guaranteeing outcomes. In *Definition 3* (Summer 1988): 1-3.
- Zampieron A, Geatti S. I percorsi diagnostico-terapeutici (clinical pathways) in nefrologia: ruolo dell'infermiere nella loro costruzione e loro utilizzo. Simposio Satellite del 41° Congresso della Società Italiana di Nefrologia 'Giornata di Studio EDTNA-ERCA', Taormina, 17 Giugno 2000.
- Zampieron A. L'evoluzione del piano di assistenza: Case Management e Clinical Pathway. Corso di Scienze Infermieristiche, Scuola per Dirigenti e Docenti in Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Padova, Facoltà di Medicina e Chirurgia.
- Wieczorek P. Developing critical pathways for the operative room. *AORN Journal* 1995; 62(6): 925-9.
- Adair J., Decision Making & Problem Solving - Casa Editrice Franco Angeli, Milano 2008
- Calamandrei C., Pennini A., La leadership in campo infermieristico - McGraw-Hill, Milano 2006
- Calamandrei C., Orlandi C., La dirigenza infermieristica - McGraw-Hill, Milano 2009
- Giovanni Serpelloni, Elisabetta Simeoni, Quality management e strumenti di problem analysis per le organizzazioni sanitarie - Direzione del Dipartimento delle Dipendenze Azienda ULSS 20 Verona, Stampato in Italia, 2002.
- <https://www.psichiaramodena.it/dipendenze-patologiche/>
- Decreto del presidente del consiglio dei ministri 12 gennaio 2017: art. 28 e 35 (diapositive 4-6)
- Decreto 14 settembre 1994, N° 739 (diapositiva 7)
- C. L. D'Errico Analisi del DM 739/94, http://www.scienzeinfermieristiche.net/files/analisi_dm_739_del_94.pdf
- Legge n. 42 del 26/2/1999
- Legge 251 del 10/8/2000
- Cantarelli M., Il modello delle prestazioni Infermieristiche, Masson Milano, 1997
- Gordon M., Diagnosi Infermieristiche processo e applicazioni, Casa Editrice Ambrosiana Milano, 2009
- NANDA International, Diagnosi infermieristiche 2012-2014, Casa Editrice Ambrosiana Milano, 2012
- D. Ausili, J. Sansoni, Centro Italiano per la ricerca e lo sviluppo della classificazione internazionale della pratica infermieristica (ICNP®) – Italian ICNP® Research and development Centre, Professioni Infermieristiche, 2015; 68 (1): 4-8
- M. Ercolani, S. Marconcini, J. Sansoni, Una nuova metodologia per l'accertamento infermieristico: Soma, Psiche e Relazioni <https://www.scienzeinfermieristiche.net/una-nuova-metodologia-per-laccertamento-infermieristico-soma-psiche-e-relazioni/>