



Percorsi di cura e assistenza tra ospedale e  
territorio:

Il ruolo dei professionisti della sanità a supporto  
della conciliazione famiglia - lavoro

**Nuove forme di presa in carico infermieristica per accogliere nuovi  
bisogni: come l'infermiere di comunità contribuisce nel supportare il  
lavoro di cura delle famiglie**

**Lecco, 10 ottobre 2015**

**Dott.ssa Sara Marchetti**

Coordinatore ADI per Finisterre Monza e Brianza

Docente a contratto per Università degli Studi di Milano-Bicocca

Nuove forme di presa in carico infermieristica per accogliere nuovi bisogni: come l'infermiere di comunità contribuisce nel supportare il lavoro di cura delle famiglie

► Cambiamenti:

Organizzativi

Economici

Culturali

Capacità dei servizi di erogare risposte tra loro integrate a domicilio della persona



- DGR.....
- DGR.....
- Nel 2030 il 90% delle malattie sarà di natura cronica (OMS, 2009)

Occorre pensare a nuovi modelli organizzativi e gestionali in grado di rispondere a questi cambiamenti

Nuove forme di presa in carico infermieristica per accogliere nuovi bisogni: come l'infermiere di comunità contribuisce nel supportare il lavoro di cura delle famiglie

- ▀ Modelli organizzativi sulla *continuità assistenziale* e sulla *presa in carico*



**INFERMIERE** (competenze sempre più appropriate e specifiche)

Interventi assistenziali deputati a soddisfare esigenze complesse in soggetti di qualsiasi età che si trovano in una condizione di non autosufficienza parziale o totale, erogabile a domicilio e che deve risultare sostenibile dal nucleo familiare.

Tale condizione assistenziale oltre alla cura facilita il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione, evitando ricorsi impropri al ricovero in ospedale o in strutture residenziali. Questo, a seconda del profilo di cura, prevede la realizzazione di programmi di trattamento e assistenza che può essere di tipo continuativo o limitata nel tempo.

Nuove forme di presa in carico infermieristica per accogliere nuovi bisogni: come l'infermiere di comunità contribuisce nel supportare il lavoro di cura delle famiglie

### **OBIETTIVI DEGLI INTERVENTI ASSISTENZIALI AL DOMICILIO:**

- dare una risposta assistenziale a specifici bisogni di salute;
- evitare ricoveri non giustificati in ospedali e strutture residenziali;
- mantenere il paziente nel proprio ambiente di vita;
- contribuire alla realizzazione della continuità e dell'integrazione dell'assistenza;
- coinvolgere attivamente i *caregiver* informali del paziente (familiari, amici, volontari);
- perseguire la sostenibilità assistenziale, massimizzando i benefici di salute per i pazienti.

Nuove forme di presa in carico infermieristica per accogliere nuovi bisogni: come l'infermiere di comunità contribuisce nel supportare il lavoro di cura delle famiglie

► In quest'ottica l'infermiere rappresenta la figura che al domicilio gestisce il processo di cura integrandosi con il MMG e le altre figure professionali che ruotano attorno alla persona

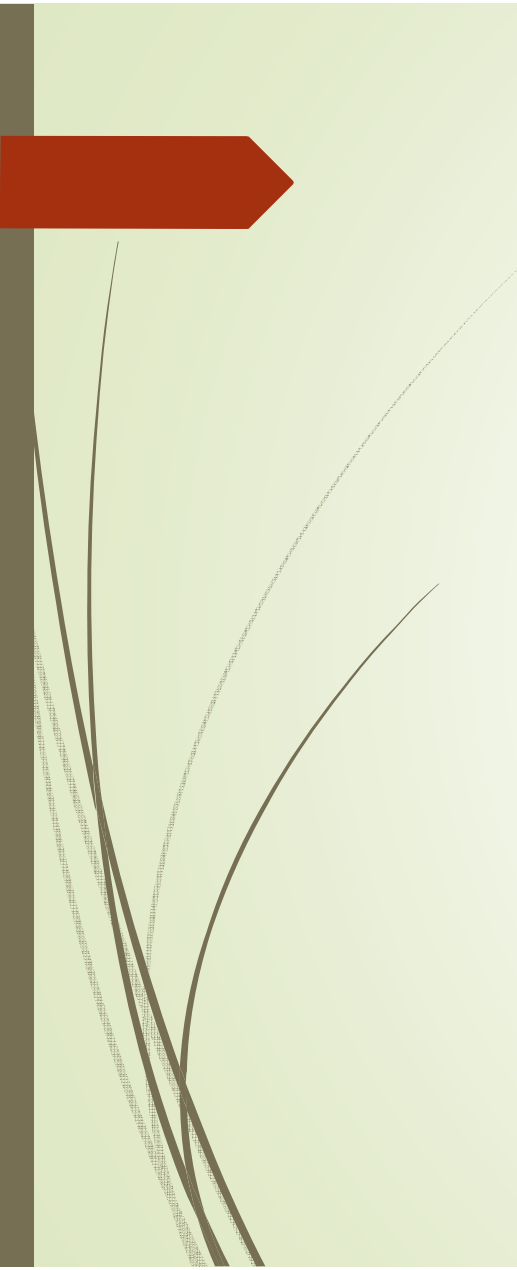
## IL CARE MANAGER

- Valutazione iniziale del paziente
    - Gestione dei problemi di nuova insorgenza
  - Monitoraggio dell'erogazione degli interventi pianificati ed attivarsi per garantire prestazioni aggiuntive ove necessarie
  - Definizione ed implementazione di un piano di cura personalizzato in cui vengono stabiliti gli interventi necessari per la persona in carico
  - Il team multidisciplinare eroga i servizi previsti dal piano ed il care manager facilita l'integrazione delle attività sanitarie e sociali
    - Il care manager può aiutare la persona ad aderire al trattamento farmacologico, al programma riabilitativo così come a mettere in atto strategie idonee a riconoscere e prevenire il peggioramento
- (Landi et al., 1996; Stuk et al., 1995)



➤ PERCHE' E' VINCENTE IL MODELLO DI CARE MANAGER A DOMICILIO???

1. Questo approccio ha dimostrato di essere un collegamento strategico tra la fase di accertamento, l'organizzazione dei servizi sociali e sanitari e l'allocazione delle risorse (Johri et al., 2003)
2. Il Care management utilizzato per la presa in carico di PAZIENTI ANZIANI FRAGILI riduce l'ospedalizzazione (Onder et al., 2007)
3. Il Care Management nel trattamento di pazienti affetti da scompenso cardiaco, diabete mellito e comorbidità da risultati migliori rispetto all'approccio che utilizza la degenza ospedaliera (Ferguson e Weinberg, 1998)
4. Il Care management garantisce capacità di autocura; il paziente, il caregiver, la famiglia, la comunità, sono degli elementi cruciali del piano di cura. Inoltre casa e comunità sono luoghi di legami emotivi, delle relazioni, del comfort, delle memorie (Chiari e Saullo, 2011)



5. «Nell'ambito delle cure dedicate a pazienti con patologie croniche, il bisogno che maggiormente viene espresso è quello della presa in carico globale in grado di creare un ambiente terapeutico, di seguire nel tempo i problemi, di garantire continuità tra ospedale e territorio»

(Rich et al., 1995)



## ➤ **PRESA IN CARICO SECONDO IL MODELLO DEL CARE MANAGER**

### ➤ **1.** RACCOLTA DATI ED INDIVIDUAZIONE DELLE AREE PROBLEMATICHE (VALUTAZIONE)

#### ➤ **2.** NEGOZIAZIONE DEGLI OBIETTIVI

##### ➤ DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI

#### ➤ PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI

##### ➤ MONITORAGGIO CONTINUO

##### ➤ VALUTAZIONE DEI RISULTATI





➤ **1. RACCOLTA DATI ED INDIVIDUAZIONE DELLE AREE PROBLEMATICHE**

➤ La valutazione iniziale dovrebbe considerare la persona nella sua dimensione, biofisiologica, psicologica e socioculturale

➤ La valutazione deve condurre ad un esito quantopiù oggettivo e avvalendosi di:

➤ 1. OSSERVAZIONE

➤ 2. INTERVISTA (alleanza terapeutica)

➤ 3. Colloqui ripetuti nel tempo con il paziente e la famiglia



## ➤ **2. NEGOZIAZIONE DEGLI OBIETTIVI**

- Gli obiettivi vanno definiti insieme al paziente e/o al care giver
- Emergono sulla base del colloquio
  
- *Il care manager aiuta a ridisegnare il futuro*

- 
- 3. DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI
  - Chiari
  - Condivisi
  - Accettati
  - Realistici



➤ 4. PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI

➤ Rappresenta l'aspetto centrale della funzione del care manager

➤ Si sviluppa attraverso:- razionalizzazione degli interventi

- Previsione delle necessità future
- In relazione al processo di cura evitando sprechi come
- Accessi in P.s\degenze ospedaliere inutili
- Ripetizione di esami diagnostici
- Doppi\tripli passaggi negli ambulatori



## ➤ 6. MONITORAGGIO CONTINUO

- Consiste nel controllo che gli interventi pianificati siano efficaci per il raggiungimento degli obiettivi
- Percorso: - breafing periodico con gli operatori implicati
  - - presa visione delle relazioni giornaliere (diario)
  - - presa visione degli aggiornamenti della cartella sanitaria personale della persona
  - - confronto con il care giver ed i parenti



➤ 6. VALUTAZIONE DEI RISULTATI

- Verifica, a procedimento assistenziale concluso (vuocer) , della corrispondenza tra obiettivi attesi e risultati raggiunti



CARE MANAGER REALE

VS CARE MANAGER IDEALE

1. Attivazione caregiver\MMG\Dimissione protetta  
dimissione protetta\MMG
2. Valutazione iniziale e pianificazione personale ASL che fa da care manager (passaggi intermedi?)  
processo gestito interamente dal team cure domiciliari
3. Fornitura protesica con impegnativa MMG  
Fornitura protesica richiesta direttamente dal CM
4. In accordo con MMG, la famiglia e la persona assistita vengono definiti il piano degli interventi ed il calendario delle visite