

CaRe NEWSLETTER #4

Azioni pilota nelle tre regioni: i risultati

SAVE THE DATE: CONFERENZA FINALE 25 SETTEMBRE 2020

Il 25 settembre 2020 i partner di CaRe presenteranno i risultati delle azioni pilota e si confronteranno sui modelli di gestione del case&care management al di qua e al di là delle Alpi durante il webinar **“Il case&care tra Italia e Austria: nuovi modelli di gestione a confronto”**. Al seminario parteciperanno esperti del settore e i case&care manager operativi sul campo. Programma e modalità di partecipazione saranno comunicati a inizio settembre.

CONTATTI

Priv.-Doz. MMag. Dr. Eva Schulc UMIT TIROL Institut für Pflegewissenschaft
EWZ 1, 6060 Hall in Tirol, Email: care@umit.at / eva.schulc@umit.at

CaRe

Case & Care management nelle tre regioni transfrontaliere

Il progetto CaRe, finanziato dal Fondo europeo per lo sviluppo regionale e Interreg VA Italia-Austria 2014-2020, è iniziato nel 2018 e si concluderà a dicembre 2020.

L'obiettivo del progetto è incrementare l'accesso, la qualità e la continuità delle cure e dell'assistenza a favore degli anziani che vivono in due regioni italiane (Mediofriuli/Friuli Venezia Giulia e Vicenza/Veneto) e una austriaca (Landeck/Tirolo). Nello specifico, il progetto si rivolge a persone con età uguale o superiore a 65 anni che vivono una condizione di comorbilità con notevoli restrizioni nelle loro attività quotidiane.

Funzionale al raggiungimento degli obiettivi del progetto CaRe è l'**approccio definito "Case and Care Management"** (in breve CCM). Considerati separatamente, il **Case management** è una metodologia di lavoro centrata sul singolo caso, mentre il **Care management** è un approccio sistematico, basato sul monitoraggio delle problematiche della popolazione e dell'offerta di servizi socioassistenziali, con l'obiettivo di fornire una risposta adeguata alle persone con bisogni complessi per le quali una presa in carico convenzionale non sempre è sufficiente.

Il punto di forza di CaRe è proprio l'integrazione di queste due prospettive. Il CCM è un processo

dinamico, caratterizzato da sei fasi: 1. presa in carico del caso, 2. valutazione del caso, 3. pianificazione dell'assistenza, 4. attuazione dell'assistenza, 5. monitoraggio del piano di assistenza, 6. valutazione.

Partendo da queste 6 fasi, nel 2018 è stata condotta un'analisi dei bisogni e dell'offerta di servizi e prestazioni sociali e sanitarie nei territori coinvolti nel progetto (Status quo Analysis). Questa analisi ha poi consentito ai team del progetto di sviluppare un modello di buone pratiche basato sulla revisione di un'ampia letteratura e sulla raccolta di interviste strutturate con gli stakeholder delle regioni partecipanti al progetto.

Il modello di best practice è stato sviluppato con l'intento di adattarsi alle esigenze individuali di ciascuna area pilota, per cui gli aspetti implementati del modello variano tra le regioni. La creazione di reti per il coordinamento e la cooperazione fra le istituzioni e i fornitori di servizi coinvolti è un fattore chiave per gestire con successo i singoli casi ed è associato alla volontà di avviare processi di sviluppo organizzativo interno e interorganizzativo (Società austriaca per il Care und Case Management, 2013). In questa Newsletter vengono presentati i risultati e le principali tappe delle azioni pilota nelle tre regioni transfrontaliere.



Immagine 1 –
Team di progetto

Friuli Venezia Giulia LA NOSTRA ESPERIENZA

In Friuli Venezia Giulia l'azione pilota del progetto CaRe si è conclusa ufficialmente il 15 marzo del 2020. L'obiettivo generale della sperimentazione è stato quello di sviluppare e adottare un modello di CCM nell'Area del Medio Friuli (Distretto Sanitario 4 "Codroipese" e Ambito Distrettuale 4.4) finalizzato alla presa in carico da parte dei servizi socio-sanitari del territorio di persone con un'età maggiore o uguale a 65 anni, autosufficienti e non autosufficienti, che avessero una diagnosi di demenza (di qualunque tipo), di malattia di Alzheimer o comunque un quadro clinico caratterizzato da decadimento cognitivo, anche iniziale.

La realizzazione dell'azione pilota è stata possibile grazie allo sviluppo di un modello di buona pratica (Best practice model) che ha integrato le caratteristiche del CCM nella struttura dei servizi socio-sanitari del territorio rivolti alla popolazione target (Fig. 1).



Figura 1 – Best practice Model del Friuli Venezia Giulia

Friuli Venezia Giulia LE POTENZIALITÀ DEL MODELLO CASE&CARE

L'applicazione del modello CCM ha consentito di sperimentare nuove modalità di presa in carico da parte dei servizi socio-sanitari del territorio di pazienti over 65 con patologie dementigene e di decadimento cognitivo.

Tali novità hanno sostanzialmente riguardato due aspetti:

1. la costruzione di una solida base informativa sulle condizioni socio-sanitarie di questi pazienti, permettendo ai servizi domiciliari del territorio di rilevare rapidamente i bisogni manifestati dai pazienti stessi e avviare rapidamente le conseguenti pratiche per l'attivazione delle prestazioni necessarie;
2. la messa in rete, attraverso il lavoro svolto dall'equipe CCM, l'ampia offerta, pubblica, privata e del terzo settore, di servizi socio-sanitari del territorio, favorendo l'interazione tra uffici, prestazioni e protocolli di intervento che spesso appaiono scollegati l'uno dall'altro.

Lo svolgimento dell'azione pilota ha quindi consentito, da un lato, un costante monitoraggio a domicilio dei pazienti arruolati nel progetto, dall'altro, un miglior raccordo tra l'offerta dei servizi in questione e i bisogni emersi. Rispetto al monitoraggio, l'equipe si è avvalsa di un apposito strumento, il diario del paziente, costruito ad hoc proprio per monitorare la presa in carico del paziente.

La tabella 1 riporta quali sono state le fonti di reclutamento dei pazienti, dandoci anche una visione della solidità della rete di relazioni costruita durante la sperimentazione.

Fonti	N.	%
Assistenza domiciliare integrata Adi	22	27,5
Centri diurni	19	23,8
Medici di medicina generale	17	21,3
Punto unico di accesso Pua	6	7,5
Servizi sociali comunali	5	6,3
Distretto sanitario di Codroipo	4	5,0
Materiale promozionale CaRe (flyers, social media, etc.)	3	3,8
Servizio infermieristico domiciliare Sid	2	2,5
Farmacie	2	2,5
Tot.	80	100,0

Tabella 1 – Fonti di reclutamento dei pazienti

Friuli Venezia Giulia

CHI È STATO COINVOLTO?

Oltre ai pazienti reclutati nella sperimentazione (80 in tutto), centrale è stato il ruolo dei caregiver, sia dal punto di vista operativo sia rispetto alla base informativa che è stata costruita. La loro presenza ha permesso all'equipe CCM di avere un contatto diretto con le famiglie coinvolte nella sperimentazione e di completare con successo la raccolta dati e informazioni, passaggio cruciale della sperimentazione, sulle condizioni di salute dei loro assistiti e sulle relative prestazioni attivate o da attivare. Inoltre, una parte significativa di questa raccolta dati ha riguardato i caregiver stessi, consentendo di avere una visione completa del quadro assistenziale relativo al paziente.

Le tabelle che vanno dalla 2 alla 5 presentano alcuni dati raccolti sulla condizione sociodemografica dei pazienti.

N.	80
Media	81,39
Min.	67
Max.	96

Tabella 2 – L'età dei pazienti

	N.	%
Femmina	49	60,8
Maschio	31	39,2
Tot.	80	100,0

Tabella 3 – Il genere dei pazienti

N.	80
Media	2,20
Min.	1
Max.	5

Tabella 4 – Numero dei componenti del nucleo familiare

	N.	%
Con il partner	33	41,3
Da solo	13	16,3
Con figli	9	11,3
Con partner e figli	6	7,5
Con caregiver professionale	6	7,5
Con figli e parenti	4	5,0
Con partner e caregiver professionale	3	3,8
Con figli e caregiver professionale	2	2,5
Con parenti	2	2,5
Con parenti e caregiver professionale	1	1,3
Con partner e sorelle/fratelli	1	1,3
Tot.	80	100,0

Tabella 5 – Con chi vive il paziente?

Le tabelle seguenti, invece, sintetizzano i dati principali che riguardano i caregiver: informazioni che ci indicano chiaramente come spesso sia proprio la famiglia a sostenere la maggior parte del carico di cura del paziente.

	N.	%
Sì	80	100,0
Tot.	80	100,0

Tabella 6 – Presenza di almeno un caregiver

N.	80
Media	64,84
Min.	38
Max.	86

Tabella 7 – Età del caregiver

	N.	%
femmina	59	73,8
Maschio	21	26,2
Tot.	80	100,0

Tabella 8 – Genere del caregiver

	N.	%
Figlia/o	40	50,0
Partner	34	42,5
Parente	3	3,8
Sorella/fratello	2	2,5
Caregiver professionale	1	1,3
Tot.	80	100,0

Tabella 9 – Relazione tra paziente e caregiver

Friuli Venezia Giulia

DOVE SIAMO RIUSCITI A INCIDERE DI PIÙ?

La valutazione dell'azione pilota è attualmente in corso e le prime elaborazioni consentono di intravedere alcuni punti di forza della sperimentazione svolta. Il primo riguarda la riduzione dei tempi di accesso alle prestazioni necessarie per rispondere ai bisogni emersi. Il secondo è relativo alla mappatura, sempre attraverso dati e informazioni raccolte dall'equipe CCM, dei test e degli esami clinici fatti dal paziente (vedi tabelle) che consentono un efficiente monitoraggio dei pazienti a domicilio. Le tabelle seguenti riportano i dati relativi al Mini-Mental State Examination MMSE, un test neuropsicologico per la valutazione dei disturbi dell'efficienza intellettuale e della presenza di deterioramento cognitivo.

	N.	%
Si	63	79,7
No	17	20,3
Tot.	80	100,0

Tabella 10 – Presenza di MMSE effettuato

N.	63
Media	17,11
Min.	1
Max.	144

Tabella 11 – Tempo trascorso da esecuzione MMSE (mesi)

	N.	%
No	37	46,8
Si	19	24,1
Da valutare	4	5,1
Non sostenibile	3	3,8
Tot.	63	100,0

Tabella 12 – Bisogno di ripetere MMSE

Friuli Venezia Giulia **LE NUOVE SFIDE: FOLLOW UP E ASPETTATIVE**

A partire dal suo termine, il 15 marzo 2020, l'azione pilota sta vivendo una fase di follow up dove, oltre al monitoraggio dei pazienti arruolati, è stato implementato un servizio di visita neurologica per coloro i quali ne abbiano manifestato il bisogno.

Inoltre, il modello di case&care applicato presenta alcuni elementi interessanti per lo sviluppo futuro di pratiche innovative nel campo dei servizi domiciliari anche alla luce dell'attuale emergenza sanitaria legata a COVID-19.

Se allo stato attuale il destinatario del modello di case&care è stata la persona over 65 con patologia dementigena, in una prospettiva futura la sua applicazione si può estendere anche verso pazienti con altre patologie, quali quella legata a COVID-19. La gestione del paziente a domicilio e il progressivo coinvolgimento e responsabilizzazione del caregiver familiare, anche in presenza di comorbidità, sono stati infatti i cardini sui quali si è sviluppata l'azione pilota nel Medio Friuli, a cui si possono aggiungere, in una prospettiva futura, anche elementi di telemedicina e di controllo del paziente a distanza. Elementi questi che in un territorio come quello del Friuli Venezia Giulia sono già presenti nel sistema sanitario, ma che possono venire ottimizzati e resi più fluidi, garantendo una maggior presenza del sistema sanitario e sociale anche in situazioni di emergenza sanitaria.



*Immagine 2 –
Azienda Pubblica di Servizi
alla Persona ASP “Daniele Moro”
di Codroipo*

Veneto

LA NOSTRA ESPERIENZA

In Veneto l'azione pilota del progetto CaRe si è conclusa ufficialmente il 31 marzo 2020. L'obiettivo generale della sperimentazione è stato quello di sviluppare e adottare un modello di CCM nell'area vicentina, in particolare in seno al Distretto Socio-Sanitario Est dell'azienda ULSS 8 "Berica".

La sperimentazione si è focalizzata nell'efficiamento delle transizioni dai reparti ospedalieri alle Strutture Intermedie (SI) e/o alle residenze per anziani (oppure al rientro presso il proprio domicilio con l'attivazione di servizi *ad hoc*).

È stato analizzato e migliorato tutto il processo organizzativo fino alla presa in carico da parte dei servizi socio-sanitari del territorio di persone, generalmente over 65 anni, autosufficienti e non autosufficienti.

La realizzazione dell'azione pilota è stata possibile grazie allo sviluppo di un modello locale di buona pratica (BPM *Best Practice Model*) che ha integrato le caratteristiche del CCM nella struttura dei servizi socio-sanitari del territorio rivolti alla popolazione target.

Dal punto di vista organizzativo, la sperimentazione si è svolta attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro grazie alla convenzione stipulata tra IPAB Vicenza e la Direzione dei servizi socio-sanitari dell'ULSS 8 / Distretto Est. Il gruppo ha incluso una ventina di membri (personale IPAB coinvolto nei processi di transizione da ospedale a SI; dirigenti e funzionari ospedalieri con ruoli apicali, medici, infermieri ed assistenti sociali). Il lavoro del gruppo è stato coordinato dalla dott.ssa Agnese Savegnago di IPAB Vicenza, nel ruolo di CCM, coadiuvata da una figura tecnica, un consulente aziendale specialista con pluriennale esperienza nei processi di "lean management" nel settore sanitario.



Immagine 3 –
Team di progetto

Veneto CHI È STATO COINVOLTO?

Considerando tutti i pazienti (516 utenti; dati medi anno 2019) accolti presso le S.I. (anche quelli provenienti dal territorio) si rileva quanto segue:

Destinazione	n° utenti
Domicilio: con coniuge, con figli, badante...	311
Strutture residenziali	121
Ricovero ospedaliero	46
Decessi	29
Altro	9
totale	516

Mentre, come valore medio 2019, le SI erano così distribuite:

Posti letto	NAISS*	OdC **	URT***
VICENZA	32	13	11
SANDRIGO	30	4	26

* Nucleo ad alta intensità socio-sanitaria

** Ospedale di Comunità

*** Unità Riabilitativa Territoriale

Veneto

DOVE SIAMO RIUSCITI AD INCIDERE DI PIÙ?

Per capire l'efficacia della sperimentazione locale può essere utile descrivere il percorso di analisi effettuato attraverso:

- affiancamento e confronto con medico reclutatore da parte del CCM;
- confronto costante tra Infermiere Case Manager (CM) e Coordinatore Centrale Operativa Territoriale (COT);
- interviste infermiere CM reparto di Medicina; intervista Coordinatore infermieristico del reparto di Neurologia; confronto con Infermiere CM del reparto di Ortopedia;
- confronto costante con Assistenti sociali Ipab di Vicenza;
- confronto continuo con Coordinatore ed Infermiere CM della Strutture Intermedie (S.I.) dell'Ipab di Vicenza;
- intervista Referente servizio qualità e Coordinatore S.I. di Sandrigo.

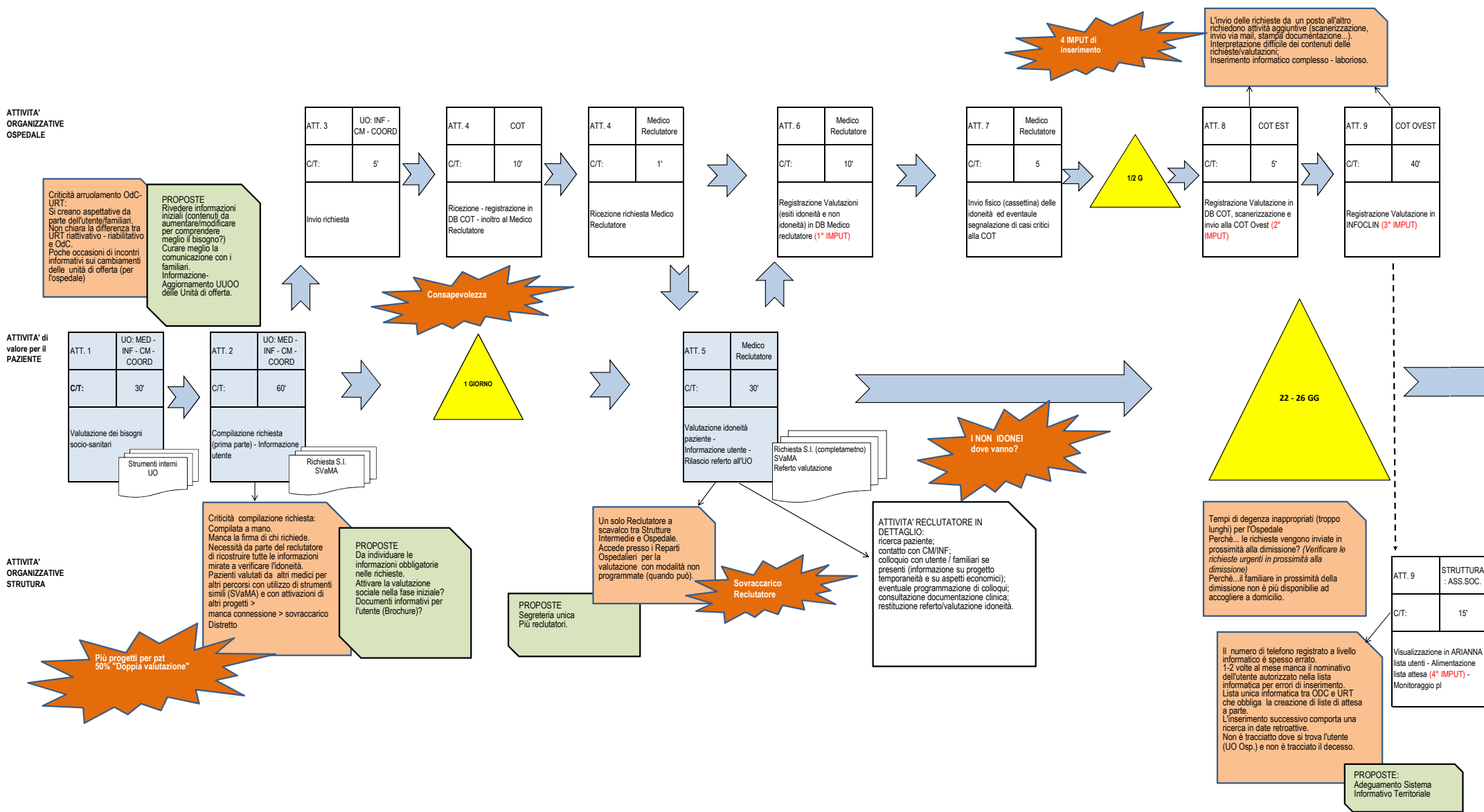
Il percorso, analizzato durante le molteplici riunioni dei gruppi di lavoro, è stato rappresentato graficamente con la realizzazione di una VSM (Value Stream Mapping, secondo il linguaggio tipico del Lean Management).

La metodologia del Lean management ha evidenziato in particolar modo le ATTIVITA' di VALORE, ossia tutto ciò che ha valore per il paziente (e per il familiare direttamente o indirettamente). Ogni attività è stata descritta definendo tempi e responsabili.

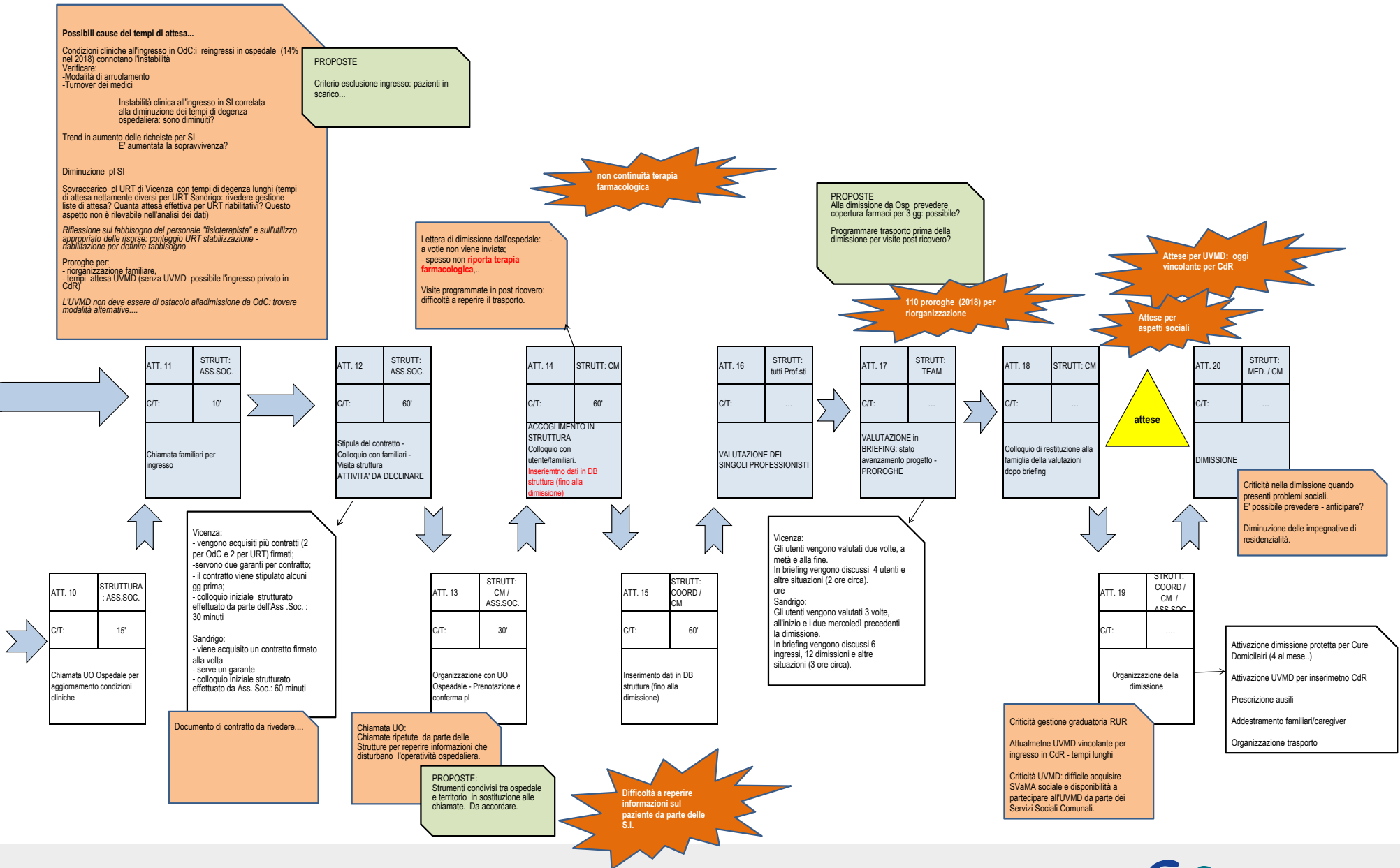


Immagine 4 –
Team IPAB Vicenza

VALUE STREAM MAPPING (VSM): PERCORSO ATTUALE OSPEDALE DI COMUNITÀ (ODC) E UNITÀ RIABILITATIVA TERRITORIALE (URT) DI RIATTIVAZIONE

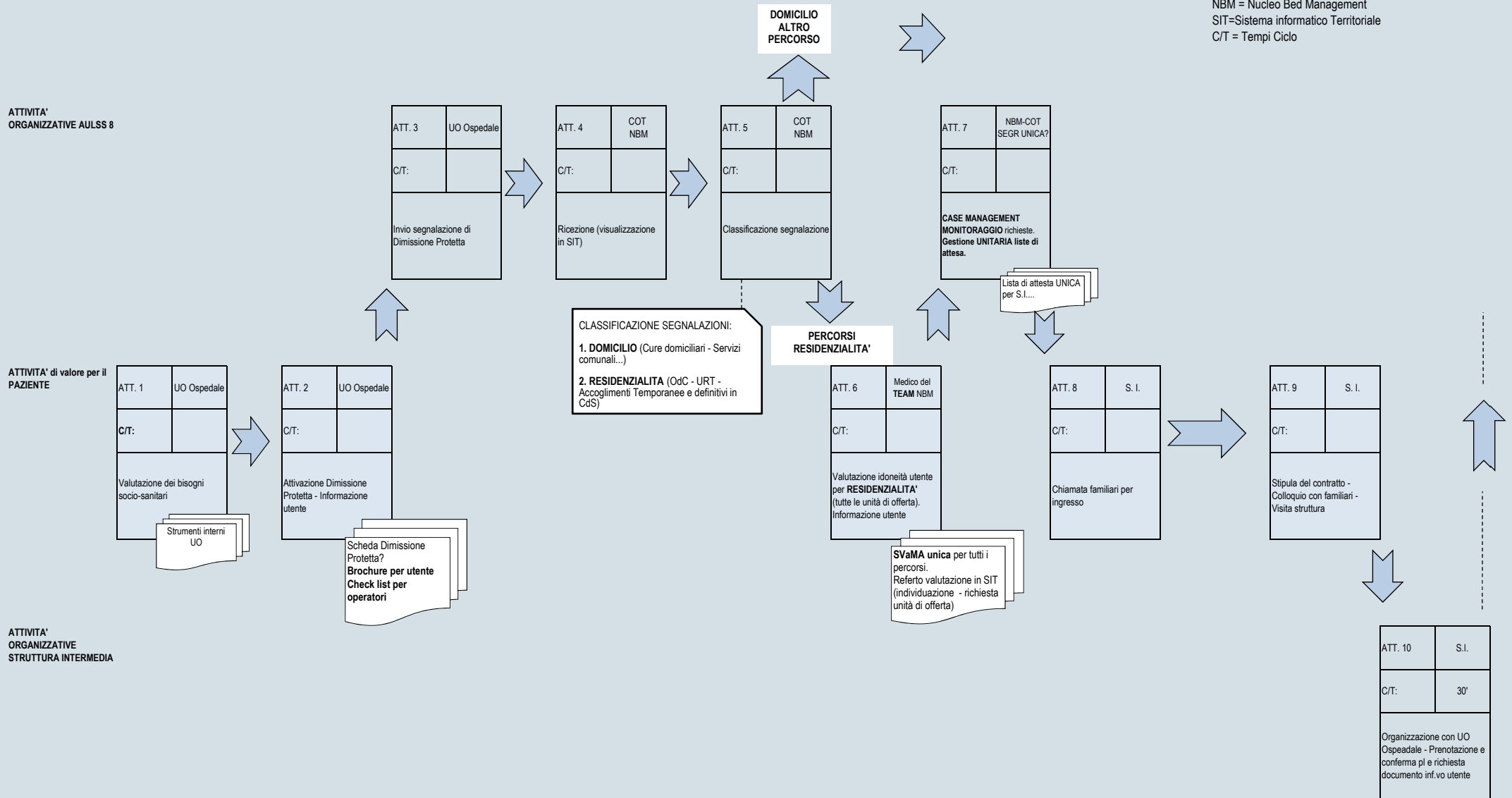


VALUE STREAM MAPPING (VSM): PERCORSO ATTUALE OSPEDALE DI COMUNITÀ (ODC) E UNITÀ RIABILITATIVA TERRITORIALE (URT) DI RIATTIVAZIONE



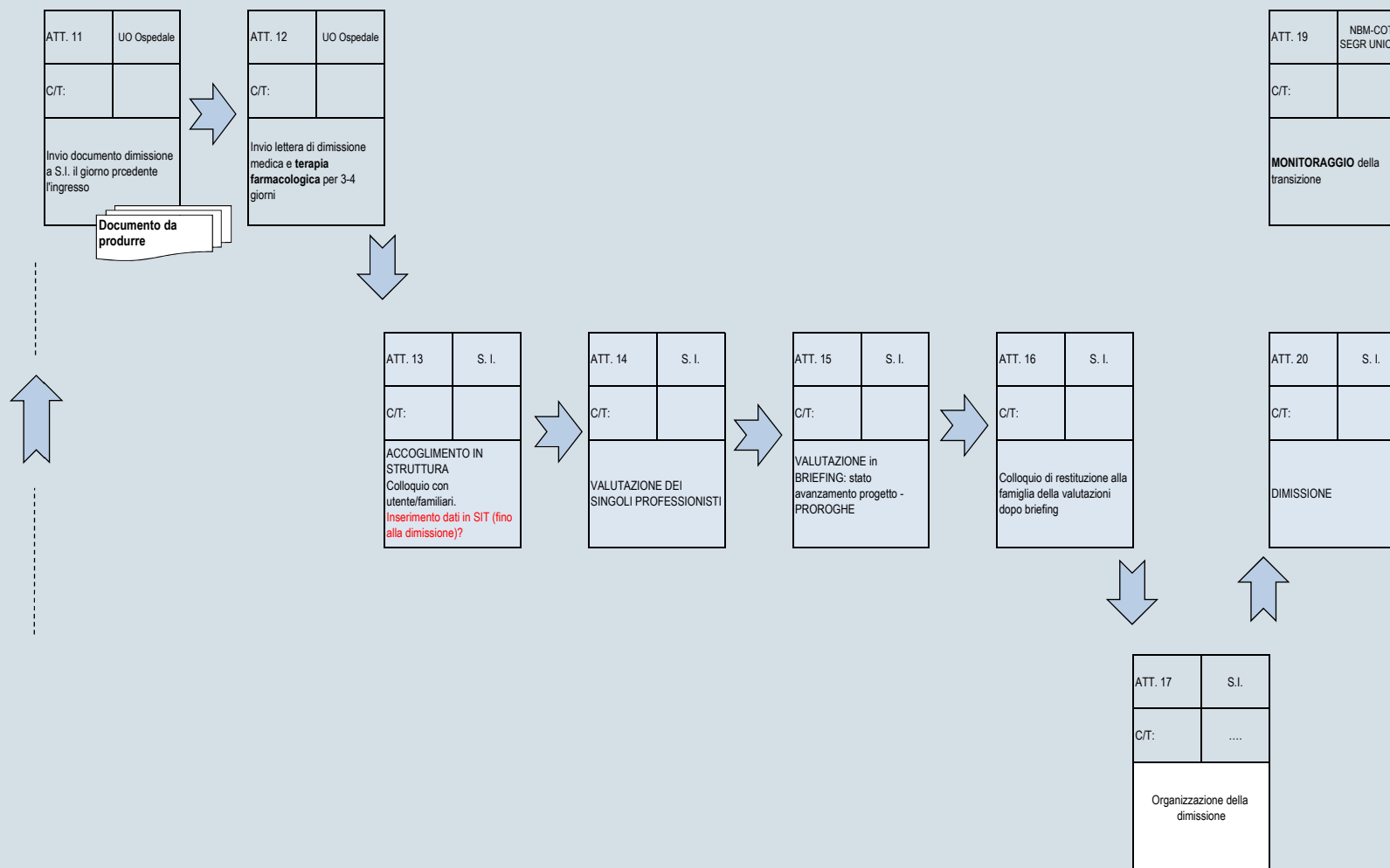
VALUE STREAM MAPPING (VSM): **RIPROGETTAZIONE DEL PERCORSO** OSPEDALE DI COMUNITÀ (ODC) E UNITÀ RIABILITATIVA TERRITORIALE (URT) DI RIATTIVAZIONE

Legenda:
 NBM = Nucleo Bed Management
 SIT= Sistema informatico Territoriale
 C/T = Tempi Ciclo



VALUE STREAM MAPPING (VSM): **RIPROGETTAZIONE DEL PERCORSO** OSPEDALE DI COMUNITÀ (ODC) E UNITÀ RIABILITATIVA TERRITORIALE (URT) DI RIATTIVAZIONE

Legenda:
 NBM = Nucleo Bed Management
 SIT= Sistema informatico Territoriale
 C/T = Tempi Ciclo



Veneto

VALUE STREAM MAPPING

I flussi sono il risultato di un lavoro fatto con gli specialisti dell'Ulss (medici valutatori per dimissioni in Strutture Intermedie, Case manager dei reparti maggiormente interessati) e Case manager delle Strutture Intermedie (Ospedale di Comunità e Unità Riabilitativa Transitoria) gestite da Ipab di Vicenza. Vengono esposte le due situazioni: quella esistente e quella da adottare per eliminare le “non conformità”.

Nel modello è fondamentale evidenziare anche gli sprechi; ovvero i consumi di risorse che non creano valore per l'utente.

C'è poi l'aspetto della cosiddetta sovrapproduzione; per esempio, nel modello analizzato si sono rilevati i seguenti elementi principali:

- doppia valutazione per lo stesso paziente: per s.i. e per residenzialità definitiva;
- registrazione ridondante di dati: 4 registrazioni su sistemi informatici diversi;
- valutazione effettuate quando il paziente non è ancora stabile.

Nel modello Lean Management va posta particolare attenzione, sempre a fini migliorativi, anche ai processi. Dall'analisi sono emersi i seguenti elementi:

- bassa consapevolezza;
- condivisione dell'offerta delle strutture territoriali da parte delle Unità Operative ospedaliere;
- poca chiarezza della differenza tra le unità di offerta: URT riattivativo e riabilitativo;
- più valutazioni per lo stesso paziente: i percorsi S.I. ;
- non comunicazione tra residenzialità;
- criticità nella gestione dei pazienti valutati non idonei per S.I.

C'è poi un aspetto importante, di taglio tipicamente organizzativo, legato alle cosiddette “competenze mal impiegate o non completamente valorizzate”. Su questo aspetto nell'analisi effettuata dal gruppo di lavoro durante la sperimentazione sono emersi in particolare i seguenti due elementi:

- necessità di completare le informazioni nelle richieste S.I. da parte del medico reclutatore;
- sovraccarico del medico reclutatore.

Anche sul fronte pratico, l'analisi ha fatto emergere alcune criticità relative ai cosiddetti movimenti inutili in particolare:

- valutazioni doppie da parte dei medici reclutatori;
- Inserimenti informatici multipli effettuati da diversi operatori;

Sul fronte delle tempistiche, e quindi della fluidità o meno delle decisioni e delle scelte organizzative, un aspetto tipico dei processi di efficientamento in ottica lean sono le cosiddette “attese” in particolare l’analisi ha rilevato:

- attese per ingresso in S.I. con circa 22 giorni di attesa media;
- attese per UVMD territoriali (UVMD Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale è la modalità di accesso ai servizi della rete territoriale dei servizi socio-sanitari dell’ULSS n. 6 Vicenza) per presa in carico post dimissione da S.I.;
- ritardi nella dimissione dalle S.I. quando presenti problematiche sociali.

Infine, il gruppo di lavoro ha anche evidenziato i cosiddetti difetti/correzioni (principalmente al fine di migliorarli e/o ridurli) quali:

- comunicazione al paziente: informazioni incomplete e/o errate (aspettative del paziente);
- comunicazione nel processo: informazioni incomplete e/o errate nei passaggi da Ospedale a S.I.;
- valutazioni ospedaliere ripetute da parte del medico reclutatore quando i pazienti non sono stabili clinicamente);
- mancanza di invio alla S.I. della lettera di dimissione ospedaliera medica;
- ripetizione dei contatti telefonici da parte delle S.I. per il recupero delle informazioni; maggiori interruzioni dell’operatività ospedaliera;
- difficoltà a reperire informazioni sul paziente da parte delle S.I.;
- ritardo nella comunicazione della terapia farmacologia, tale che può non garantire il reperimento dei farmaci presso la S.I. in tempi utili;
- errori nella registrazione dei dati: rilevazione e registrazione dei dati effettuata da attori diversi (difficoltà di interpretazione);
- mancanza di comunicazione dei trasferimenti e decesso del paziente.



Immagine 5 –
IPAB di Vicenza - Residenza Salvi

Veneto

LE POTENZIALITÀ DEL MODELLO CASE&CARE

Il modello di CCM applicato a livello locale può presentare alcuni elementi interessanti per lo sviluppo futuro di pratiche innovative nel campo dei servizi domiciliari e non, anche alla luce dell'emergenza sanitaria legata a COVID-19.

Una volta completate le azioni correttive sopradescritte con la produzione di documenti e strumenti specifici, seguirà una fase di ulteriore sperimentazione ed implementazione delle azioni migliorative.

È auspicabile che l'attuazione delle azioni correttive sia realizzata prevedendo, oltre ai responsabili specifici, la presenza di una o più figure di riferimento che favoriscano la connessione tra i team e la realizzazione globale del progetto.

Una delle particolarità emerse è che per avere la "visione globale" del percorso a cui avviare la persona in stato di fragilità (anziano, ammalato di sclerosi laterale amiotrofica, persona con patologie da post trauma, ecc.), occorre padroneggiare tecniche di analisi e di valutazione che integrino le varie componenti. Le principali sono quelle economiche, quelle sanitarie, quelle sociali, quelle culturali. Avere uno specialista come il *Care Manager* in grado di armonizzare e raccordare i vari enti coinvolti nel processo è fondamentale non solo per garantire al paziente una vita sicura, ma anche per dare alla società delle risposte in termini di maggiore efficienza ed efficacia.

Purtroppo, l'emergenza Covid-19 ha interrotto la fase conclusiva della sperimentazione, perché gli ingressi alle unità di riabilitazione (URT) e all'ospedale di comunità (ODC) sono stati bloccati. Con l'istituzione del nucleo di bed-management nell'Ulss7 è stato possibile rispondere in maniera efficace alle richieste maggiori che l'emergenza sanitaria ha creato; le risposte sono state fornite quasi esclusivamente attivando ed ottimizzando le risorse gestite della sanità, perché di fatto l'epidemia è stata gestita dalla medicina ospedaliera e territoriale. Rimane, quando le condizioni di normalità saranno ripristinate, la speranza di poter realizzare anche nel campo sociale e dell'assistenza quanto è stato ipotizzato. Per quanto riguarda la figura del *Care Manager* ribadiamo la necessità che tale figura abbia anche una formazione nel campo della analisi e nella definizione dei flussi organizzativi ed operativi.

Tirolo

LA REGIONE PILOTA: IL DISTRETTO DI LANDECK



Figura 2 – Regione Tirolo
(Fonte: Università privata tirolese
UMIT TIROL)

UMIT TIROL
DIE TIROLER PRIVATUNIVERSITÄT



LIV
LANDESINSTITUT FÜR
INTEGRIERTE VERSÖRGUNG TIROL
CARE MANAGEMENT

Istituzione e gruppo di lavoro

Università privata tirolese [UMIT TIROL](#)

Istituto di scienze infermieristiche presso il [Dipartimento di scienze infermieristiche e gerontologia](#)

Direttrice: Prof. ass. MMag. Dr. Eva Schulc
 Collaboratrice: Ass. univ. Alessandra S. Gessl, BSc MA
 Collaboratrice: Ass. univ. Angela Flörl, BScN



Immagine 6 –
da sinistra: A. Gessl, A. Flörl, E. Schulc

Tirolo

LA NOSTRA ESPERIENZA

Il progetto pilota è stato realizzato dall'Istituto regionale per l'assistenza integrata del Tirolo - LIV (Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol - LIV Tirol), dal gruppo ristretto della Regione del Tirolo, dal gruppo direttivo del distretto di Landeck e dall'Istituto per le scienze infermieristiche dell'UMIT TIROL nell'ambito del progetto CaRe. L'Istituto per le scienze infermieristiche, insieme alla Regione del Tirolo e all'Istituto regionale per l'assistenza integrata del Tirolo - LIV è responsabile dello sviluppo concettuale e accompagna e valuta l'implementazione del progetto nel distretto di Landeck. In questo contesto si tratta di identificare e valutare possibili cambiamenti nella rete di servizi, del coordinamento e della cooperazione tra i fornitori e le strutture di servizi e verificare l'accettazione del progetto implementato. Questa indagine scientifica costituisce la base per l'ulteriore sviluppo e il rafforzamento delle strutture CsM esistenti e può contribuire allo sviluppo del CrM nell'intero Tirolo.

Il Centro di coordinamento per la cura e l'assistenza infermieristica, sotto la direzione di Gabi Schiessling (coordinatrice del Care management Tirolo) e il Centro di coordinamento regionale per la cura e l'assistenza infermieristica nel distretto di Landeck hanno l'obiettivo di rafforzare la rete delle istituzioni nel settore socio-sanitario e di supportarle nel loro lavoro, per garantire un'assistenza ottimale a domicilio. La continuità dell'assistenza può essere garantita solo attraverso una cooperazione trasparente e un adeguato coordinamento dei servizi tra i vari gruppi di professionisti socio-sanitari. Inoltre, a tale scopo devono essere sviluppati e introdotti processi e standard regionali di assistenza e cura a lungo termine. Oltre al supporto e all'organizzazione nella navigazione di sistemi complessi, attraverso la consulenza professionale dovrebbe essere migliorato il livello di informazione della popolazione in materia di cura e assistenza. I pazienti ricevono inoltre informazioni preliminari sulle strutture e l'organizzazione di assistenza nonché sulle basi legali concernenti tutto quello che riguarda l'assistenza a casa ¹.



Immagine 7 –
da sinistra: Eva Schulc, Sonja Theiner,
Manuela Juen, Gabi Schiessling und
Angela Flörl

¹Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management – ÖGCC (2016). Società austriaca per il Care e Case Management. Documento di fondazione. http://oegcc.at/wp-content/uploads/2013/10/OeGCC_Grundlagenpapier_290711.pdf (01.04.2020).

Tirolo

RISULTATI DELLE INTERVISTE

Le **28 interviste** realizzate con oltre 800 minuti di materiale audio e più di 350 pagine di materiale trascritto hanno rivelato molteplici e talvolta controverse opinioni in merito all'esigenza di cura, assistenza e consulenza, nonché in merito al ruolo di Case manager e delle strutture, recentemente implementate, del Care manager nella regione. I dati sono stati valutati secondo il Kuckartz².

Sono stati identificati i punti di forza e le potenziali ottimizzazioni delle istituzioni e della regione. Grazie all'esperienza diretta sui CsM di alcuni fornitori di assistenza regionali, è risultato evidente che il CsM modifica in modo significativo la categoria di destinatari delle organizzazioni di cura e assistenza mobile. L'attenzione non è più rivolta solo alle persone non autosufficienti ma si estende anche a coloro che hanno problemi sociali e/o sanitari senza aver bisogno al contempo di cure e/o assistenza.

Le dichiarazioni delle interviste erano basate su alcune sfide comuni nelle strutture e condizioni generali di assistenza. La mancanza di disponibilità di tempo per affrontare a fondo i bisogni e la situazione sociale dei pazienti è stata evidenziata da quasi tutti i familiari *caregivers*. I familiari *caregivers* hanno dichiarato di doversi confrontare spesso con i problemi sociali, finanziari e legali dei pazienti, che devono essere risolti in aggiunta alle loro attività di cura.

I risultati hanno inoltre evidenziato che la crescente complessità della cura e dell'assistenza è influenzata anche dal comportamento dei pazienti. La mancanza di aderenza al trattamento e il cambiamento delle strutture familiari e di vicinanza risultano in questo contesto decisivi. Inoltre, il quadro clinico delle persone non autosufficienti è spesso molto complesso. Le dimissioni dagli ospedali di venerdì e nel fine settimana rappresentano per le organizzazioni di cura e assistenza mobili una grande sfida, che tuttavia è stata percepita in maniera meno diffusa e la collaborazione con gli ospedali è stata segnalata come positiva.

Le persone intervistate concordano sul fatto che per un'assistenza ottimale è indispensabile la stretta collaborazione tra i diversi fornitori di assistenza. Tuttavia, la cooperazione tra i fornitori di servizi attualmente non è ancora pienamente realizzata. È necessario un ripensamento tra gli attori coinvolti dalle piccole isole di assistenza con l'offerta di servizi limitata fino all'assistenza multiprofessionale in rete da parte di diversi fornitori, per poter garantire la cura e l'assistenza nella regione in modo sostenibile e capillare.

I risultati complessivi saranno disponibili a partire da settembre 2020 nell'ambito della relazione finale sul progetto Interreg CaRe.

² LIV - Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol (2020). Istituto regionale per assistenza integrata. Care Management Tirol. <https://www.liv.tirol/page.cfm?vpath=disease-management-programme/care-management> (10.04.2020).

Tirolo

L'ESPERIENZA DIRETTA DELLE CARE MANAGER

Le Care manager della regione di Landeck, dott.ssa Manuela Juen e dott.ssa Sonja Theiner, possono riferire fin da ora molte cose positive sulla loro attività. Soprattutto i loro servizi di consulenza e supporto, basati sui bisogni e sulle reali necessità, vengono accettati e premiati con molte reazioni positive in seno alle comunità in cui hanno operato.

In questo modo le risorse messe a disposizione delle care manager dai sindaci, dai cittadini dei comuni, dai pazienti e dai loro parenti vengono percepite come un grande sollievo. Per esempio, le Care manager intervengono fornendo supporto e consulenza e offrono opportunità di intervento se le comunità non dispongono di risorse necessarie per risolvere il problema. Lo stesso vale anche per le strutture di cura e l'assistenza mobile, che in qualsiasi momento possono rivolgersi alle Care manager con casi problematici e complessi. Inoltre, riferiscono di rivolgersi alle Care manager volentieri, perché i suggerimenti di quest'ultime sono sempre validi per la risoluzione dei problemi.

Le Care manager ricevono inoltre molte reazioni positive da parte dei pazienti e dei loro parenti. Una segnalazione positiva di un familiare ha enfatizzato l'essere stato indirizzato utilmente ai servizi di supporto pur nella varietà spesso poco trasparente di offerte di servizi. Dopo aver ricevuto la consulenza, alcuni familiari hanno espresso i loro sentimenti di sollievo e la rinnovata capacità d'azione. Durante l'attuale crisi sanitaria, dovuta al Coronavirus, una delle pazienti ha elogiato il lavoro della dott.ssa. Juen e della dott.ssa Theiner dicendo: "È bello ricevere consigli competenti anche in questi tempi, trovare qualcuno che, nonostante tutto, semplicemente ti ascolta!"

Tirolo

PROSPETTIVE E VISIONI

I risultati della regione pilota sono stati ripresi dalla Regione del Tirolo come impulso per implementare il modello in tutti i distretti del Tirolo entro il 2022. Da settembre 2020 verrà attivato presso UMIT TIROL il Corso universitario di Case management socio-assistenziale in collaborazione con il Centro di formazione ovest per le professioni sanitarie - AZW. Sempre nell'autunno 2020, nella regione pilota di Landeck è in programma un simposio specialistico del progetto CaRe sul tema CCM e un'ulteriore conferenza stampa locale. Informazioni più dettagliate sugli eventi verranno comunicate prossimamente.

Links / Progetto Interreg - CaRe

Università privata tirolese [UMIT TIROL](#), [Istituto per le scienze infermieristiche LIV – Istituto regionale per l'assistenza integrata del Tirolo – Care Management Tirolo](#)
Corso universitario di [Case Management socio-sanitario](#)

Interreg

Italia-Österreich

European Regional Development Fund



EUROPEAN UNION



Interreg V-A Italia Austria
2014-2020

www.case-care.eu



CONTATTI

Priv.-Doz. MMag. Dr. Eva Schulc UMIT TIROL Institut für Pflegewissenschaft
EWZ 1, 6060 Hall in Tirol, Email: care@umit.at / eva.schulc@umit.at

UMIT TIROL
DIE TIROLER PRIVATUNIVERSITÄT



ipab
di vicenza



UTI MEDIOFRIULI



ASU FC
Azienda sanitaria
universitaria
Friuli Centrale