

Debora Cesar, Infermiera, SOC di Anestesia e Terapia Intensiva I° servizio AOU S. M. della Misericordia, Udine.

## L'infermiere case manager in area critica: esperienze ed opportunità



### Riassunto

Il Case Management, metodo che mira a migliorare l'efficacia e la qualità sanitaria, rispetta quell'eccellenza clinica-assistenziale, propria del "governo clinico", dove i professionisti e le organizzazioni si rendono responsabili della salvaguardia di alti standard assistenziali. Questo modello, assieme alla figura dell'Infermiere Case Manager, viene già largamente adottato nelle realtà straniere, nell'assistenza territoriale ed ospedaliera in ambiti che accolgono pazienti cronici ed in alcuni contesti che accolgono pazienti critici. In Italia ancora ad oggi questo modello non è diffuso, poco conosciuto e sperimentato, se non in qualche singolare realtà, nonostante porti degli ottimi risultati per i pazienti e le organizzazioni sanitarie. Il lavoro qui proposto di conseguenza ha lo scopo di illustrare contenuti, caratteristiche, risultati ottenuti grazie a questo modello, e le proposte formulate e rivolte in particolar modo all'assistenza del paziente critico, per conoscere e riflettere sulle sue opportune e possibili applicazioni.

**Parole chiave:** Case Management, Unità di Cure Intensive/Dipartimento d'Emergenza, Assistenza infermieristica, Modello pratico, Multidisciplinare.

Il Case Management, utilizzato da tempo in diversi contesti lavorativi ed in diversi paesi, è un modello operativo in grado di migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza sanitaria, basato sulla logica di coordinamento delle risorse da utilizzare per la specifica patologia di un paziente, attraverso le diverse strutture ed organizzazioni del sistema sanitario. Considera il paziente come una entità che sta vivendo un percorso di malattia e non soggetto a cure frammentarie ed episodiche, dando attenzione alla centralità del paziente stesso ed ai suoi familiari.

Il Case Management viene definito un processo basato sulla collaborazione di professionisti di diverse aree, teso alla valutazione, pianificazione, implementazione, monitoraggio e selezione delle opzioni e servizi che possono soddisfare i bisogni individuali del paziente. (Case Management Society of America, 1993). Va da se che più complesso sarà il problema / bisogno del paziente più elevato sarà il rischio di utilizzazione impropria dei servizi, di riammissioni improprie in ospedale e di frammentazione e ritardo del processo diagnostico-terapeutico. In altre parole ha lo scopo di ottimizzare l'appropriatezza e il rapporto costo-efficacia delle cure, assicurando alla persona di ricevere le

cure giuste, nel momento giusto e nel tempo giusto. Si declina così in:

- una più efficace educazione e comunicazione con i pazienti e familiari;
- una pronta identificazione dei bisogni di assistenza;
- una riduzione delle barriere potenziali o reali alla dimissione;
- una identificazione dei problemi del paziente in modo preventivo;
- una eliminazione di duplicati di assistenza;
- una riduzione degli errori di trattamento;
- una assistenza individualizzata.

Gli elementi caratterizzanti e sempre presenti in un modello organizzativo di questo tipo sono: l'esistenza di un Team multidisciplinare, un percorso clinico/assistenziale ed un Case Manager (CM), che si farà garante e coordinatore del percorso stesso.

### 1. Background

Diversi studi americani testano la valenza della strategia del Case Management; in uno studio di Harrison, Nolin e Suero del 2001 (e Staton & Nix 2003) venivano posti a confronto ospedali nei quali la figura del Case Manager era inserita nelle degenze per acuti ed ospedali dove tale figura era inesistente. Oggetto

#### EDITORIALE

pervenuto il 11/12/06  
approvato il 09/03/07

di questa indagine sono stati 4439 ospedali per acuti, 2725 di queste strutture sanitarie in cui si applicava il Case Management sono state messe a confronto con 1714 ospedali che ne erano privi. I risultati hanno mostrato notevoli evidenze positive a sostegno della strategia del Case Management. Gli ospedali in cui era stata inserita la figura del Case Manager avevano ottenuto una riduzione dei costi, un minor ritorno dei pazienti per la stessa patologia ed una riduzione di occupazione dei posti letto.<sup>1</sup>

Il Case Management quindi fornisce strategie e strumenti che permettono di collegare assetti organizzativi diversi, risorse e modalità operative in funzione di obiettivi sanitari anche in contesti ospedalieri per patologie acute e critiche.

Risponde a logiche comuni come la necessità dell'utilizzo di risorse e piani individualizzati adeguati ai reali bisogni dell'utenza e all'orientamento degli operatori coinvolti verso il raggiungimento di obiettivi chiari, in tempi predefiniti e sempre verificabili.

Pochi ancora sono gli studi che documentino il successo del Case Management nei dipartimenti d'emergenza e reparti intensivi, ma vi sono comunque un certo numero di studi (Brewer & Jackson, 1997; Coleman et al., 2001; Merlot et al., 1995; Hulseley, 1999; Woolbright, 1997) che dimostrano come un Case Manager, utilizzando adeguate strategie di collaborazione nei confronti del team e nella gestione dei casi, possa ridurre già dall'accesso al Pronto Soccorso, visite inappropriate e ri-accessi ai servizi d'Emergenza oltre ad inappropriati ricoveri nelle Terapie Intensive; in uno studio (svolto nel periodo di 1 anno) condotto in un ospedale statunitense (con 534 letti di area critica) prima dell'introduzione dell'Infermiere Case Manager (ICM), in un dipartimento d'Emergenza, solo 67 casi (44%, n. 152) incontravano i criteri necessari per l'ammissione in Terapia Intensiva, dopo la sua introduzione 85 (55%, n. 152) casi rispecchiarono i criteri richiesti, incrementando così i ricoveri appropriati dell'11%. Inoltre durante lo studio si calcolarono le ore spese per "deviare" i pazienti dalle TI per mancanza di posti letto, di fatto nei primi 3 mesi che precedevano l'introduzione dell'ICM le ore dedicate a deviare il paziente erano 301.75 (61%), mentre

durante i tre mesi successivi all'introduzione dell'ICM il totale delle ore fu di 194.5 (39%).<sup>2</sup>

Riducono così i costi e conseguenti a setting sproporzionati ai bisogni assistenziali individuali e forniscono più efficaci ed elevati livelli di cure riservando l'ospedalizzazione a quei pazienti con reali necessità di accesso ad un servizio di cure intensive. Inoltre riducono i tempi d'attesa e migliorano la qualità delle cure erogate favorendo una maggiore soddisfazione del cliente e dell'intero staff che si sente più gratificato rispetto ai risultati ottenuti (Stanton & Nix, 2003).<sup>3-4</sup>

La sempre maggiore complessità assistenziale e l'ormai elevata età dei pazienti che hanno accesso alle unità di cure intensive con conseguente prolungarsi della degenza necessita di un piano coordinato di cure che prenda in considerazione fattori, eventi avversi e strategie che possano ridurre la variabilità di procedure assistenziali, diagnostiche o terapeutiche, che migliorino l'educazione e comunicazione con i pazienti e familiari riguardo al loro percorso assistenziale, che riducano i costi e la degenza media, oltre a favorire risultati in termini di appropriatezza dell'uso delle risorse, maggiore integrazione tra servizi e professionisti e migliore qualità percepita.

La peculiare caratteristica che porta all'accesso alla maggior parte delle Terapie Intensive è la necessità di una adeguata monitoraggio e supporto ventilatorio da fornire al paziente critico, caratteristica che diverrà poi discriminante sulla scelta di un eventuale trasferimento del paziente ad altra Unità Operativa, e quindi fornendo la possibilità di un nuovo accesso. Si è visto infatti che una gestione multidisciplinare con un percorso predefinito (es. *clinical pathway*) e coordinato da un infermiere Case Manager nel weaning ventilatorio ha un maggiore successo rispetto a modelli tradizionali,<sup>5</sup> riduce i tempi di degenza, migliora le condizioni di stabilità del paziente che viene trasferito dal reparto con conseguente riduzione di riammissioni; l'utilizzo inoltre di adeguati percorsi clinici può ridurre il tempo medio di ventilazione meccanica da 6 a 4.5 giorni diminuendo le complicanze da ventilazione prolungata.<sup>6-7-8</sup> Inoltre numerosi studi dimostrano che linee guida incorporate in *clinical pathway* per il trauma garantiscono una

riduzione della mortalità, della durata media della degenza e del numero di giorni di ventilazione meccanica<sup>9-10-11-7</sup>

In uno studio di Curtis K. (2002) fu implementato e studiato un modello di Case Management per pazienti critici con trauma, presso un dipartimento d'emergenza medico e traumatologico in Australia. Tale modello di gestione fu messo a confronto con alcune variabili quali le complicanze che potevano insorgere in ospedale, la lunghezza del ricovero, la percentuale di possibili eventi avversi; altre misure includevano la soddisfazione dello staff e l'utilizzo di risorse/servizi assistenziali integrati. Un numero di 148 pazienti, con un *Injury Severity Score* < 16, furono studiati per un periodo di 5 mesi dopo l'introduzione di un modello di Case Management e l'utilizzo di un infermiere Case Manager per il trauma e successivamente comparati con 327 pazienti ricoverati nei 12 mesi precedenti. I risultati dimostrarono una riduzione dei tempi di degenza soprattutto per i pazienti anziani e con un trauma severo, un utilizzo più efficiente e coordinato dell'uso di risorse sanitarie ( $p < 0.0001$ ), una riduzione della percentuale di possibili eventi avversi ( $p < 0.0015$ ), oltre ad una migliore percezione sull'efficacia delle cure erogate al paziente da parte dello staff. ( $p < 0.0001$ ).<sup>12</sup>

Altrettanto si è constatata l'efficacia della gestione di pazienti con trauma cranico rispetto ad un approccio multidisciplinare e coordinato che anticipi e pianifichi le possibili complicanze cliniche/assistenziali ed organizzative che possano insorgere, onde prevenirle, che preveda i passi successivi del percorso, che possano portare a migliori outcome e di conseguenza migliori esiti anche nella fase riabilitativa<sup>10-13-14-15</sup>. Un problema che ancora permane nella nostra realtà è la poca disponibilità di strutture che siano in grado di fornire cure intermedie e la possibilità ad avere un rapido accesso ai centri di riabilitazione funzionale. Grava così sulle Terapie Intensive questa tipologia di pazienti che rimane per un tempo di degenza anche di 20-30 giorni, non permettendo una disponibilità di posti letto adeguata ad un'area critica, con il rischio inoltre, come si è detto, di compromettere gli outcome a lungo termine per il paziente stesso. Queste ed altre motivazioni spingono alla necessità di un coordinamento delle cure complesse ed arti-

colate come quelle necessarie per un paziente critico e l'inserimento di una figura di Case Manager che si faccia garante dei percorsi clinici/assistenziali.

## 2. I perché ed utilità sull'inserimento di un Infermiere Case Manager nei Dipartimenti d'Emergenza

Per comprendere questa figura va prima definita nel suo ruolo e responsabilità, che si delineano nel coordinamento dell'assistenza di uno o di un gruppo di pazienti assegnatigli (con determinati criteri predefiniti). Assegnazione che viene effettuata con l'ammissione alla struttura e talvolta si estende anche oltre la dimissione. L'infermiere Case Manager è difatti responsabile nell'accertare i problemi (fisici, psico-sociali, emotivi) dei pazienti e loro familiari, usa percorsi per dirigere e valutare i trattamenti scelti per i pazienti che vengono da loro approvati (ove possibile), valuta gli standard mantenuti e outcome raggiunti nel tempo, fornisce assistenza diretta, facilita i processi assistenziali organizzando ed integrando le diverse figure professionali all'interno del percorso, partecipa a riunioni del team interdisciplinare con lo scopo di favorire la stesura integrata del piano assistenziale; si assicura che i pazienti non ricevano cure inadeguate e mantiene l'allocazione delle risorse più adatte. Deve quindi possedere competenze cliniche esperte, di pianificazione e progettazio-

ne, abilità manageriali oltre a capacità relazionali/comunicative e di educazione nei confronti del paziente e suoi familiari che dovranno scegliere ed orientarsi all'interno del processo di cure. *Perché l'infermiere?* L'infermiere per la sua formazione multidimensionale, competenze relazionali e conoscenze organizzative inerenti la propria struttura e funzioni riguardo le diverse figure sanitarie alle quali potersi rivolgere, è stato riconosciuto come professionista più adeguato a questo ruolo, da tutte le strutture che lo hanno sperimentato nei vari paesi del mondo. Cohen e Chesta (1993) sostengono che gli infermieri sono appropriati per sostenere il ruolo di CM perché in grado di fornire la maggior parte dei servizi che le altre professionalità offrono ai pazienti, mentre queste non sono preparate per provvedere alle attività di assistenza diretta. Anche Pergola (1992) raccomanda gli infermieri per il ruolo di CM sia per le loro abilità cliniche sia per la capacità di migliorare il coordinamento dei servizi, per far fronte alle necessità degli utenti e per la loro prospettiva olistica che li caratterizza.<sup>16</sup>

All'interno dei Pronto Soccorso viene identificato come figura chiave (che affianca l'infermiere di triage) per ridurre l'utilizzo improprio del servizio, figura che si fa carico e rileva tutte le situazioni di disagio, nelle prime visite, nei tempi di attesa per le indagini e durante l'osservazione clinica, oltre a pianificare percorsi individuali e fornire una

"care" in particolar modo a quei pazienti con situazioni di patologie recidivanti, disabilità, instabilità psicologica, scarsa capacità di auto-cura; tutte situazioni e patologie che non necessariamente necessitano di un servizio di Pronto Soccorso (codificate generalmente con un codice colore bianco) in quanto non manifestano una instabilità clinica acuta e che potrebbero trovare migliore soluzione attraverso percorsi di cura alternativi, oltre a gravare sul servizio d'Emergenza con un ritorno poi della maggior parte di questi pazienti che evidentemente non incontrano una soluzione definitiva al loro problema. In Italia questa tipologia di pazienti costituiscono circa il 30-50% degli accessi al PS (in FVG costituiscono il 50-60% degli accessi - dati Istat 2006). L'ICM avrà quindi anche il compito di tenere i contatti, tramite canali preferenziali, con i servizi sociali e l'assistenza territoriale, per segnalare ed eventualmente affidare questi casi a percorsi più appropriati garantendo una reale presa in carico ed una continuità assistenziale.<sup>1,2</sup> Se già da tempo in altri paesi si è delineata la funzione di questa figura nei servizi di Pronto Soccorso non altrettanto ben definita lo è quella all'interno delle Terapie Intensive e Semi-intensive, se pur in queste unità venga adottato (come in diversi contesti italiani) un modello organizzativo assistenziale per Primary Nurse. Di fatto il Case Management viene considerato una evoluzione ed estensione del concetto

Tabella 1.1 Classificazione dei principali modelli operativi

Componenti	Situazione Pre-primary Nurse	Primary Nurse	Case Management
<b>Punto focale/ Responsabilità</b>	Esecuzione di compiti o giri	Processo di assistenza individualizzato	Risultato complessivo del percorso (outcome)
<b>Potere</b>	Dipendente, estensione del ruolo medico	Infermiere esperto con specifiche competenze	Il governo del percorso è legato agli obiettivi previsti
<b>Ruolo e identità</b>	Esecutore e relatore	Pensatore, accompagnatore, ruolo terapeutico della relazione.	Gestore del caso, stimola la guarigione
<b>Valutazione</b>	Qualità personali a completamento della responsabilità	Competenza	Efficacia, efficienza, qualità
<b>Organizzazione della struttura</b>	Basato sul turno (8ore),interscambiabilità dei professionisti, continuità sporadica.	Basata sulle 24 ore, un Primary Nurse per paziente, uso di settori o moduli o altro tipo di assegnazione dei pazienti	Basata sulla presa in carico del paziente, uso di pratiche collaborative ed inter-professionali.
<b>Management delle strutture o processi</b>	Altamente centralizzato con attenzione al ruolo	Decentralizzato con attenzione alla dinamica di gruppo, infermiere coordinatore e decisore clinico.	Centralizzato e decentrato con attenzione all'organizzazione e al sistema complessivo.
<b>Abilità</b>	Funzioni strumentali, burocrazia, ruolo passivo	Funzioni espressive, interazioni partecipate	Leadership, Management, ricerca clinica, consultazione

Adattata da Zander K., New England Medical Center Hospital, Boston, 1988

**Tabella 1.2 Le tappe del processo di nursing declinate nel Case management**

Processo di Nursing	Case Management
Accertamento	Multidimensionale
Diagnosi	Identificazione dei problemi attuali e potenziali
Pianificazione	Team interdisciplinare, risultati attesi da un <b>piano integrato</b> di cure
Attuazione	Coordinata e gestita da un <b>team leader</b> , case manager, che facilita la realizzazione del piano e assume la direzione verso i risultati attesi
Valutazione	Dei risultati raggiunti in coerenza con il piano di cure e definizione del piano di dimissione

Adattata da Cesta T.,Takan M.,e coll.,1999

**Tabella 1.3 Schema di critical pathway**

Area di cura	Giorno 1	Giorno 2	Giorno 3
·Valutazioni			
·Consultazioni			
·Pianificazione			
-diagnosi			
-cura			
-educazione			
-dimissione			
·Esami-trattamenti			
·Medicazioni			
·Dieta			
·Attività del paziente			
·Piano della dimissione			
·Utilizzazione delle risorse			
·Piano di insegnamento ai familiari			
che fungono da care giver			

[Models and critical pathways in Clinical Nursing. Conceptual frameworks for Care Planning. Baillière, Tindall, London, 1997. Adattata da Walsch M.]

di Primary Nurse (vedi tabella 1.1). Sicuramente la criticità e variabilità dell'evoluzione clinica di un paziente ricoverato in una unità di cure intensive limita e non facilita la possibilità per gli operatori a poter prevedere e quindi pianificare in maniera sistematica un percorso assistenziale, anche di tipo infermieristico, demandando questa importante funzione alle fasi riabilitative. Ciò non toglie che già dalle prime ore di accesso al servizio, gli infermieri ed il personale esperto non possano prevedere e pianificare le necessità ed eventuali ostacoli o complicità che potranno potenzialmente verificarsi durante tale percorso, se pur suscettibili di modifiche. Va tenuto inoltre conto della tipologia di pazienti con età elevata e multipatologie che negli ultimi anni

continuano ad afferire a tali servizi. In uno studio nazionale statunitense si è stimato che nell'anno 2001 il costo totale delle cure intensive erogate corrispondevano al 23% dei costi degli ospedali per un totale di 67,5 miliardi di dollari l'anno; un dato in continua crescita. Esaminando la situazione delle terapie intensive avevano notato che la tipologia dei pazienti era cambiata, accrescevano il numero di pazienti critici con patologie croniche e con esperienze di ricoveri prolungati oltre ad essere spesso accompagnati da difficoltà nello svezzamento dalla ventilazione meccanica.<sup>17-7-18</sup> Burn e colleghi<sup>5-17-18</sup> inoltre testarono, per un periodo di 12 mesi, 5 TI nelle quali l'assistenza era fornita da infermieri con formazione esperta, chiamati

a valutare gli esiti e a monitorizzare l'aderenza di una *clinical pathway* disegnata per il weaning da ventilazione meccanica a lungo termine (>3 giorni), confrontando poi l'assistenza erogata ai pazienti dell'unità stessa, prima dell'implementazione di questi interventi. I pazienti così gestiti e con un percorso clinico predefinito, dimostravano una riduzione dei giorni medi di ventilazione meccanica ( $P < .001$ ) ed una riduzione dei tempi di degenza ( $P < .001$ ). Nella scelta a favore di questo modello va quindi tenuta in considerazione la complessità dei servizi di rianimazione, la presenza di pazienti, che rispetto al passato, richiedono un carico assistenziale più gravoso, causa anche l'elevata età e multipatologia che possono presentare, oltre ad operarvi più e numerosi specialisti sanitari con metodologie operative diverse, che pur avendo scopi comuni spesso non condividono e coordinano i loro obiettivi ed interventi. Nella individuazione ed assegnazione dei casi, definiti appropriati e che meglio aderiscono ad un modello di Case Management, vi sono alcuni criteri di scelta<sup>16</sup>:

- *pazienti/e con malattie che comportano elevato danno,*
- *condizioni patologiche croniche,*
- *necessità di servizi complessi,*
- *necessità di dimissioni complesse,*
- *manca di appoggio sociale,*
- *alto rischio di complicazioni con elevato uso di risorse,*
- *elevata lunghezza del ricovero e /o riammissioni multiple,*
- *e ancora possono essere scelti sulla base di una popolazione molto elevata di pazienti per quel servizio.*

È evidente che anche un paziente critico può ricoprire almeno tre di questi criteri.

### 3. Quali le possibili applicazioni

Analizzando i criteri di scelta, target di pazienti che necessiterebbero di un *Case Manager* e di una eventuale *pathway* e tenuto conto delle difficoltà nel pianificare e seguire con continuità un percorso predefinito per un paziente critico, non tutti i pazienti o gruppo di pazienti possono essere gestiti con questo modello, ma vanno individuati a seconda delle caratteristiche peculiari di ogni Unità Operativa. Si può comunque includere in questo target i pazienti

con percorsi lunghi e che prevedono una fase riabilitativa complessa come i politraumi o traumi cranici, i pazienti che sono affetti da BPCO e/o necessitano di *weaning* complesso, ed i pazienti cardiopatici e/o che hanno subito interventi cardiocirurgici fortemente debilitanti. (Uno studio su Lancet - di Stewart S, et al, 1999- ha dimostrato il miglioramento della prognosi clinica grazie all'intervento infermieristico in 100 pazienti con scompenso cardiaco trattati con un approccio multidisciplinare coordinato: riducendo le riammissioni in ospedale e le giornate di degenza e con una riduzione del 40% del numero di eventi primari avversi).

Va tenuto presente che in qualsiasi percorso previsto per il paziente critico questo sarà più ricco di contenuti nelle prime fasi dove vi è un maggior carico di lavoro e di complessità assistenziale, anche e soprattutto per l'infermiere (attività comprese nell'area collaborativa), man mano che diminuisce l'instabilità clinica o aumenta il livello di coscienza e quindi di consapevolezza del paziente, il carico di lavoro infermieristico deriverà prevalentemente dalle attività informativo/educative/relazionali per poi infine, quando la situazione si stabilizzerà, fino ad arrivare alle funzioni di pianificazione e supervisione di alcuni interventi che potrebbero esser demandati alle figure di supporto; in questo percorso la competenza infermieristica ha la caratteristica di prevedere situazioni che possono divenire critiche, di come e quando mettere in atto azioni che possono derivare da una prescrizione e nell'interpretare e valutare segni e sintomi presenti, richiede inoltre la capacità di saper attivare ulteriori ed appropriate risorse quali ad esempio i vari professionisti del team di cura, solo successivamente l'infermiere "mobilizzerà le risorse" della persona assistita o suo caregiver attraverso l'informazione, educazione e addestramento, affinché possano essere operate scelte consapevoli ed attuate azioni autonome (autocura)<sup>19</sup>.

Nelle unità di cure intensive viene garantita già da tempo un'assistenza individualizzata, spesso invece non presente per problemi organizzativi nei reparti di degenza, permane però il problema nel garantire una continuità delle cure; nonostante la presenza costante di una équipe composta da più specialisti e professionisti qualificati non sempre

vi è una integrazione degli interventi, effettuati invece in maniera frammentaria; non vengono formulati obiettivi a lungo termine né verificati, e mentre l'attenzione è focalizzata a liberare il posto letto per un ricovero successivo, si perde di vista l'importanza di trovare strutture e unità operative adeguate e che rispecchino i criteri necessari a rispondere ai bisogni specifici per quel tipo di paziente; inoltre una volta trasferito il paziente non c'è a posteriori una verifica sugli outcome raggiunti rispetto agli obiettivi che ci si era prefissati (manca un followup), né una verifica sulla soddisfazione del paziente rispetto ad una linea di condotta che si mantenga coerente con le proprie esigenze. Il Case Manager potrebbe quindi divenire un punto di riferimento per il paziente e i suoi familiari, adempiendo ad alcune peculiari funzioni:

- *figura (ricoperta da un'infermiere non turnista) sempre presente durante il periodo di degenza;*
- *rendere operative le clinical pathway;*
- *migliorare l'integrazione delle azioni e comunicazione tra i componenti del team;*
- *richiamare il team a rispettare tappe e tempi predefiniti nel piano di cure;*
- *istituire riunioni di team per la discussione dei casi;*
- *ridurre i tempi di attesa per le indagini diagnostiche e interventi terapeutici richiesti, attivando preventivamente le risorse necessarie;*
- *fornire consulenza, nei reparti che accolgono successivamente il paziente, rispetto agli obiettivi del percorso e come esperto clinico, onde evitare riammissioni e garantire una continuità;*
- *tenere i contatti e conoscere la disponibilità e qualità delle cure erogate dalle strutture che potrebbero accettare il paziente;*
- *garantire che la documentazione rispetto al percorso segua sempre il paziente e verificarne l'aderenza;*
- *coordinare le esigenze e i tempi di operatività del personale con le esigenze del paziente;*
- *collaborare con l'infermiere che svolge primary nurse per la pianificazione individualizzata.*

Gli strumenti di cui si avvale saranno: la scheda e la cartella infermieristica, schede di valutazione sull'autocura e livelli di autonomia del paziente, la documentazione riguardante un percor-

so specifico e già programmato (*clinical e/o critical pathway*), moduli di diagnosi infermieristiche e relativo piano nursing, database relativo agli enti e ai servizi accettanti il paziente critico e la disponibilità dei professionisti interessati all'interno del percorso di cure, database che riassume il percorso del malato all'interno della struttura e che comprenda ricoveri precedenti e la sua storia clinica (per evitare la dispersione di informazioni preziose), linee guida e protocolli, interviste dirette al paziente e ai suoi familiari, telefonia e fax. ecc.. I professionisti con i quali interagirà il CM e che entreranno a fare parte del percorso si diversificheranno a seconda del percorso specifico, questi dovranno essere sempre gli stessi per quel paziente e non interscambiabili. Le figure coinvolte potranno essere medici e chirurghi specialisti, fisioterapisti, logopedisti, dietisti, assistenti sociali o psicologi, oltre al medico rianimatore, l'infermiere della primary nurse e l'Infermiere Case Manager.

### Conclusioni

Il trattamento ed assistenza dei pazienti che caratterizzano le terapie intensive e i dipartimenti d'emergenza, risultano complessi e delicati in quanto l'evento che ha causato l'accesso al servizio può presentarsi in modo improvviso, drammatico e talvolta destinato a cambiare radicalmente la vita della persona colpita e dei suoi familiari; spesso colpisce anche persone giovani lasciando esiti fisici, psicologici, cognitivi e comportamentali con elevati costi sociali.

Peculiare è il fatto che le famiglie italiane di pazienti colpiti da trauma cranico, in particolar modo, chiedono già da tempo che i Dipartimenti d'Emergenza si facciano carico di questa tipologia di pazienti sin dalla fase acuta prevedendo e garantendo l'intero percorso terapeutico e riabilitativo; le famiglie inoltre concordano sulla necessità di istituire una figura di Case Manager (già esistente nei paesi anglosassoni) come "coordinatore" formato ed informato che sia in grado di sostenere la famiglia ed il paziente individuando l'onere a loro carico ed i percorsi appropriati da seguire.<sup>20</sup>

L'attenzione meticolosa a tutti gli aspetti di cura dei pazienti critici, l'uso razionale delle risorse, la pianificazione dei

percorsi garantisce un'assistenza di alta qualità delle cure ed influenza positivamente gli outcome. L'infermiere Case Manager si fa garante della continuità ed efficacia di questi percorsi, diviene tutore/referente/consulente in grado di dare risposte adeguate alle specifiche esigenze dei singoli casi, rimanendo punto di riferimento nel caos di scelte, possibilità, eventi che potrebbero presentarsi durante l'esperienza della malattia.

Nella nostra realtà, ad eccezione dell'Emilia Romagna, il progetto di istituire una figura simile a quella del Case Manager non è ancora resa operativa, perciò se pur non si ha la pretesa di trovare una completa soluzione alla possibile applicazione di questo modello operativo, in particolar modo nell'area critica, è comunque nostro dovere far conoscere e valutare le possibili strategie organizzative che permettano l'applicazione e valorizzazione di questa figura allo scopo di soddisfare utenti, familiari ed operatori sanitari.

## Bibliografia

- ALBELLI P, GELATI L. "L'infermiere Case Manager nei servizi di Pronto Soccorso: Una proposta per migliorare la qualità e l'efficienza delle prestazioni sanitarie". Lettera. Scienze & Management, l'Infermiere; 2005(8):11-14
- GAUTNEY LJ, SANTON MP, CROWE C, ZILKIE TM, "The emergency department Case Manager: effect on selected outcomes". Lippincott's Case Manag. 2004 May-Jun; 9(3):121-9
- DI LABIO L, CICALINI G. "Nursing e soddisfazione dell'utente" Nursing Oggi 2005,(3):10-12
- HERRICK. CA, BRISTOW DP. "Emergency Department Case Manager: The Dyead Team of nurse Case Manager and social worker". Lippincott's Case Manag.2002 Nov-Dec, 7(6):243-51
- BURNS JM, et al. "Implementation of an istitutional program to improve clinical and financial outcomes of mechanically ventilated patients: one year outcome lessons learned". Crit Care Med 2003; 31(12): 2752-63.
- DRIES DJ, MC GONIGAL MD, MALIAN MS, BOR BJ, SULLIVAN C. "Protocol - Driver Ventilation Weaning reduces use of Mechanical Ventilation, rate of early reintubation, and ventilator-associated pneumonia." The Journal of Trauma Injury, Infection and Critical Care. 2004 May; 56(5):943-52
- SMYRNIOS N, et al. "Effect of a multifaceted, multidisciplinary, hospital wide quality improvement program on weaning from mechanical ventilation" Crit Care Med 2002; (30):1224-30
- STAT, workshop nursing 1. "L'Integrazione fisioterapica-infermieristica nel weaning respiratorio complesso". Atti del congresso, febbraio 2006. Reperibile su: <http://www.stat.nordestcongressi.it>
- ELY EWET, et al. "Effect on the duration of mechanical ventilation of identifying patients capable of breathing spontaneously" N ENGL J MED: 1996; (335):1864-9
- HESDORFFER DC, GHAIAR J, IACONO L. "Prediction of compliance with the evidence - based guidelines for Traumatic Brain Injury Care: A survey of United States Trauma Center". The Journal of Trauma Injury, infection and Critical Care 2004; (56): 492-500
- SALIPANTE M D. "Developing a multidisciplinary weaning unit through collaboration" Critical Care Nurse; Review. 2002 August; 22(4):30-39
- CURTIS K, LIEN D, CHAN A, GROVE P, MORRIS R. "The impact of trauma Case Management on patient outcomes". J Trauma 2002 Sep.; 53(3):477-82
- MATEO A. MAGDALENA. "Evolution of patient with mild traumatic brain injury". Review. Lippincott's Case Manag 2003, Sep-Oct; 8(5): 203-07
- NIH Consensus Statement Online. Consensus Conference. "Rehabilitation of Persons With Traumatic Brain Injury". JAMA 1999, Sep. 8; 282(10):974-83
- VITAZ TD, RAQUE GH, SPAIN D, SHIELD CB, "Development and Implementation of a Clinical Pathway of severe Traumatic Brain Injury" The Journal of Trauma Injury , Infection and Critical Care 2001; (51): 369-75
- CHIARI P, SANTULLO A "L'Infermiere Case Manager", Mc Graw Hill, 2001
- HOFMAN LA, TASOTA FJ, ZULLO TG, SCHARFENBERG C, DONAHOE MP. "Outcome of care managed by acute care nurse practitioner/attending physician team in a subacute medical intensive care unit." Am J Crit Care 2005 Mar; 14(2): 121-30
- THORENS JB, et al. "Influence of the quality of nursing on the duration of weaning from mechanical ventilation in patient with chronic obstructive pulmonary disease" Crit Care Med 1995; (23):1807-15
- PITACCO G, SILVESTRO A. "Un modello di analisi della complessità assistenziale" I Quaderni, supplemento dell'Infermiere 2003 Nov-Dic; 7:22-27
- R. CATELANI, "Implicazioni psico-sociali. Punti di vista delle famiglie". Lettera. Coordinamento Nazionale Associazione Traumi Cranici, 2000

## Ulteriore Bibliografia per approfondimento

- ALLEN LI. "Traumatic Brain Injury Case Study". Letter. Lippincott's Case Management 2006, Jan./Feb.; 11(1): 57-58
- COLEN EL, RELMANIS CL, REDMAN R. "Nurse Case Manager role attributes: Fifteen year of evidence-based literature". Review. Lippincott's Case Manag. 2001 Nov-Dec; 6(6):230-9

- DALY BJ, PHELPS C, RUDY EB. "A Nurse - managed special care unit". Journal of Nursing Administration. 1991 Jul-Aug; 21(7/8):31-8
- HERRICK CA, DARLENE P BRISTOW "Iprove Discharge Planning and patient and staff satisfaction while decreasing inappropriate admission and cost: A literature review." Lippincott's Case Manag 2002 May-June; 13(7):121-28
- MOTTA PC. "Linee guida, clinical pathway e procedure per la pratica infermieristica: un inquadramento concettuale e metodologico" Nursing Oggi 2001, 4: 27-36
- WALSH KT, MORAN P, GREENWOOD C. "A succesful emergency department case management pratic model". Case Manager 2003, Nov-Dec; 14(6):54-

## Abstract

The Case Management, method that for the sake of improve the effective and the quality health care, reflect the excellence of clinical governance, where professionals and organizations are responsible of the guarantee to high standard of assistance. This model, together the Nurse Case Manager, it's already utilize in foreign reality, in nursing home and in hospital where are admitted chronic patients and some context that admitted critical patients. In Italy still today this model don't diffuse, few well-know and few experiment, although it prove very good result for patients and health organizations.

**Aim:** The article here proposed for the sake of illustrate contents, characteristics, results achieved with this model and the proposals formulated and in particular addressed to critical patient to know and think over the possibility and opportunity of application.

**Key word:** Case Management, Critical Care Unit/Emergency department, Nursing, Multidisciplinary, Pratic model.

## Allegati

**Tabella 2 Membri del team multidisciplinare per il weaning, unità di terapia intensiva.** [Critical Care Nurse vol22, n.4, August 2002]<sup>21</sup>

- Coordinatore del team per lo svezzamento: un **infermiere esperto** di terapia intensiva medica
- Pneumologo-medico di cure critiche nell'unità di terapia intensiva medica.
- Fisioterapista motorio
- Fisioterapista respiratorio
- Nutrizionista
- Logopedista
- Assistente sociale (se necessario)
- Infermiere specializzato in psichiatria (se necessario)

Esempio di una possibile clinical pathway da inserire in un percorso assistenziale.

Tratto e adattato da: University of Virginia Medical Center – Patient Care Services [Critical Care Med. 2003 vol.31,n.12] (16)

Clinical pathway: Ventilazione meccanica a lungo termine nel paziente adulto (Ventilazione > 3 giorni consecutivi)

<b>A. Interdisciplinare</b>			
<b>Data:</b> <b>Stage 1: Intubazione e supporto ventilatorio nell'acuto.</b>	<b>Data:</b> <b>Stage 2: Pre weaning</b>	<b>Data:</b> <b>Stage 3: Weaning</b> <b>Estubazione/ disconnessione dal supporto ventilatorio</b>	<b>Data:</b> <b>Stage 4: Riabilitazione</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulti così indicati:</li> <li>• Polmonare(Pneumologo)</li> <li>• Servizio sociale</li> <li>• Consultazione nutrizionale immediata se non proveniente dall'ospedale o malnutrito</li> <li>• Supporto nutrizionale per tutti entro 3 giorni dall'ammissione</li> <li>• Terapia occupazionale</li> <li>• Fisioterapia motoria dopo 3-4 giorni di immobilità</li> <li>• Terapia della parola</li> <li>• Altro:</li> </ul>	<p>Accertamento psicosociale: supporto dei familiari, risorse, rilevazione dei bisogni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accertare i bisogni di cura pastorale dei familiari e pazienti. Stabilire la relazione pastorale. Visita dei familiari.</li> <li>• Considerare consulenze per edemi delle estremità/ altro</li> <li>• Terapia della parola per riabilitare alla deglutizione</li> <li>• Successivi consulti medici polmonari/ accertarsi per MPS/ disponibilità di posto in Unità Spinale</li> </ul>	<p>Rivalutazione dei bisogni. Inizio della pianificazione per la dimissione</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accertare i bisogni spirituali dei pazienti. Stabilire la cura del rapporto pastorale con i pazienti. Provvedere alla cura spirituale/pastorale.</li> </ul>	<p>Mettere a punto il piano di dimissione: cura della casa/riab./cura a lungo termine</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accertare risorse spirituali disponibili per i pazienti in via di dimissione. Costruire appropriati riferimenti (Comunità disponibili per la cura spirituale)</li> </ul>
<b>B. Accertamento</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• VS continua</li> <li>• Polso, ossimetria continua</li> <li>• peso giornaliero</li> <li>• Monitoraggio cardiaco</li> <li>• Scheda di accertamento per lo svezzamento 2 volte la sett. (BWAP, altro)</li> <li>• Accertamento e promozione del sonno</li> <li>• Accertamento e gestione del dolore</li> <li>• Cura della cute e delle ferite (Scala di Braden e algoritmo della cura della cute nell'incontinente)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VS q 2h</li> <li>• Considerare le necessità di ipnotici e altri interventi per la promozione del sonno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• misurazione intermittente: ossimetria, polso, segni vitali</li> <li>• peso giornaliero in MPS per dializzati o pazienti con infarto. Peso due volte la settimana per tutti gli altri</li> <li>Σ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VS q 4h, avanzare a q 8</li> </ul>
<b>Diagnostica</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rx torace giornaliero per:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>-tubo endotracheale</li> <li>-FiO2 &gt; 50</li> <li>-drenaggi toracici</li> <li>-campi polmonari</li> </ul> </li> <li>• Laboratorio:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>-pH, PCO2, PRN...</li> </ul> </li> </ul>			

C. Terapia							
<ul style="list-style-type: none"> <li>Linee guida per la sedazione</li> <li>Gastroprotettori (Anti- H2)</li> <li>Considera profilassi antibiotica (sinusiti)</li> <li>Eparina 5000 u sq.</li> <li>Inizia SCDs se eparina controindicata</li> <li>eparina e SCDs se ad alto rischio</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>Considera d/c una volta intubato</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Considera d/c con frequente ambulazione</li> <li>Considera d/c con frequente ambulazione</li> <li>Considera d/c con frequente ambulazione</li> </ul>	
Accessi							
<ul style="list-style-type: none"> <li>Intubazione/ventilazione meccanica</li> <li>Catetere Foley</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Considera tracheotomia (considera tracheotomia per cutanea)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Considera decanulazione se svezzato e con tracheotomia</li> <li>Considerare disconnessione Foley</li> </ul>			
Attività							
<ul style="list-style-type: none"> <li>posizione del capo &gt;30°</li> <li>cambio di postura ogni 2 ore</li> <li>raenge di movimento (ogni 8 ore)</li> <li>considera multipodisplinti</li> <li>considera letto speciale/ consulenza per la cura delle lesioni</li> <li>Mobilizzazione</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Attività: posizionare giornalmente in poltrona, accrescere la tolleranza nell'abilità al cambio/trasferimento di postura</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Attività: posizionare giornalmente in poltrona, mettere seduto al bordo del letto con l'aiuto di un ausilio, riprendere la deambulazione come tollerato/indicato dalle ADLs</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>progressiva mobilizzazione, iniziare un training di resistenza</li> </ul>	
D. Nutrizione							
<ul style="list-style-type: none"> <li>Posizionamento del sondino orogastrico preferito (se non controindicato)</li> <li>Iniziare la nutrizione dal sondino a due giorni dall'intubazione</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Considerare una nutrizione orale con tracheotomia. Mantenere la nutrizione entrale la notte per garantire un adeguato apporto. Iniziare una dieta leggera se non a rischio di inalazione e se tollerata.</li> </ul>					
Attività educative							
<ul style="list-style-type: none"> <li>Educazione del paziente e familiari alla ventilazione meccanica/svezzamento</li> <li>Insegnamento riguardo le medicazioni /terapie</li> <li>Orientamento al MPS/SC unità, se applicabile</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>PEP per la tracheostomia</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientamento al reparto di cure intensive</li> </ul>	
Problemi	Outcome-Stage1 Intubazione	Data	Outcome-Stage2 Pre-wean.	Data	Outcome-Stage3 Weaning	Data	Outcome-Stage4 Riabilitazione
<ul style="list-style-type: none"> <li>Controllo dei gas</li> <li>Nutrizione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stabilizzazione del setting di ventilazione</li> <li>paziente /ventilato (Cmv) o sincrono</li> <li>Ricevere una adeguata nutrizione</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>perfezionare o risolvere le complicazioni del processo di malattia</li> <li>Altro modo di ventilazione oltre al controllo assistito</li> <li>pattern respiratorio sincrono</li> <li>maneggiabile livello di ossigeno</li> <li>iniziare il protocollo di svezzamento</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>utilizzare le linee guida</li> <li>restare estubato per più di 48 ore</li> </ul>		