

Case Manager infermieristico: il filo conduttore tra ospedale e territorio



Luca Pellegrin

Case Manager infermieristico Life Cure, Docente Area Sanitaria Università eCampus,
Coordinatore unità d'offerta c/dom Ars Medica Mondino HC

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad una esplosione crescente della spesa sanitaria, complice la nota pandemia da SARS covid-19 che ha collassato un sistema già precario in Italia.

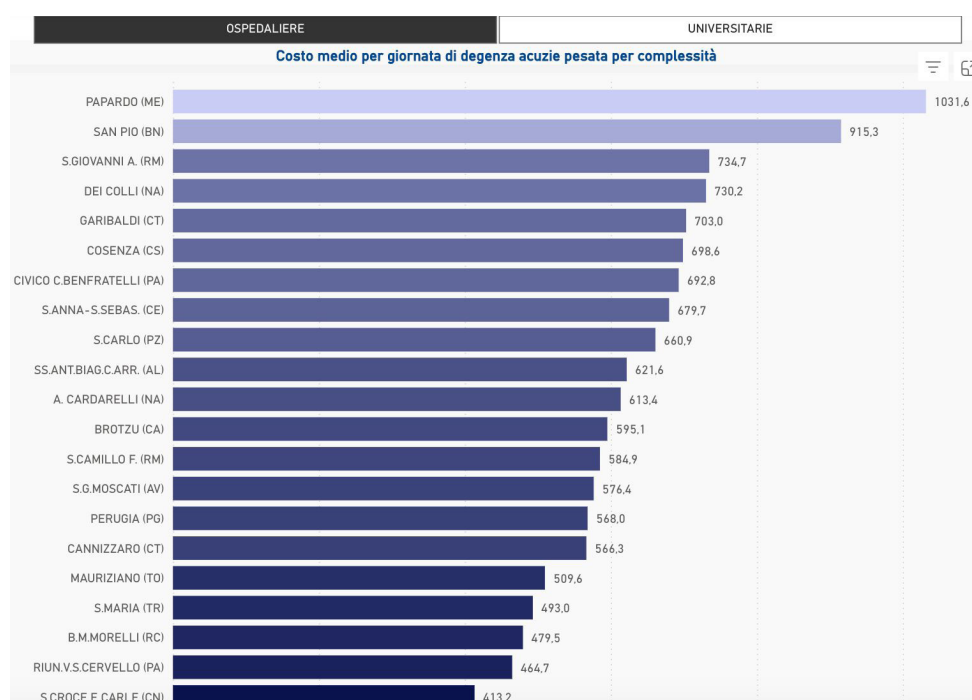
Nel nostro Paese il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) istituito nel 1980 (legge 23 dicembre 1978, n. 833 che sopprime il sistema mutualistico e istituì il SSN – “Servizio sanitario nazionale”, con decorrenza dal primo luglio 1980) garantisce ai cittadini il diritto gratuito alla salute, concetto rafforzato dalle fondamenta della nostra Costituzione che all’articolo 32 recita “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”.¹

L'Italia attualmente è uno dei Paesi europei a spendere meno nella sanità oltre ad avere, nel corso degli ultimi anni, tagliato le risorse per questo settore, complice

anche la crisi economica che ha pervaso l’ultimo decennio.

Secondo il rapporto OCSE del 2020 (*Health at Glance, Europe 2020*)², la spesa sanitaria pro capite in Italia è pari a 2.473 euro. Si tratta quindi di un importo decisamente inferiore rispetto ad altri Paesi, Francia o Germania su tutte, che esprimono spese pro capite rispettivamente di 3644 e 4504 euro.

Ma quanto costa una giornata di degenza ospedaliera in Italia? I dati analizzati dalla rivista online *quotidianosanità.it* fanno emergere differenze significative da regione a regione, con un netto gap di spesa fra Nord e Sud. L’articolo riferisce che “una degenza in una Azienda ospedaliera del Sud, in particolare in Sicilia e Campania, arriva a costare oltre il triplo rispetto alla stessa degenza in strutture del Nord Italia” (dati pubblicati nel portale statistico di Agenas).



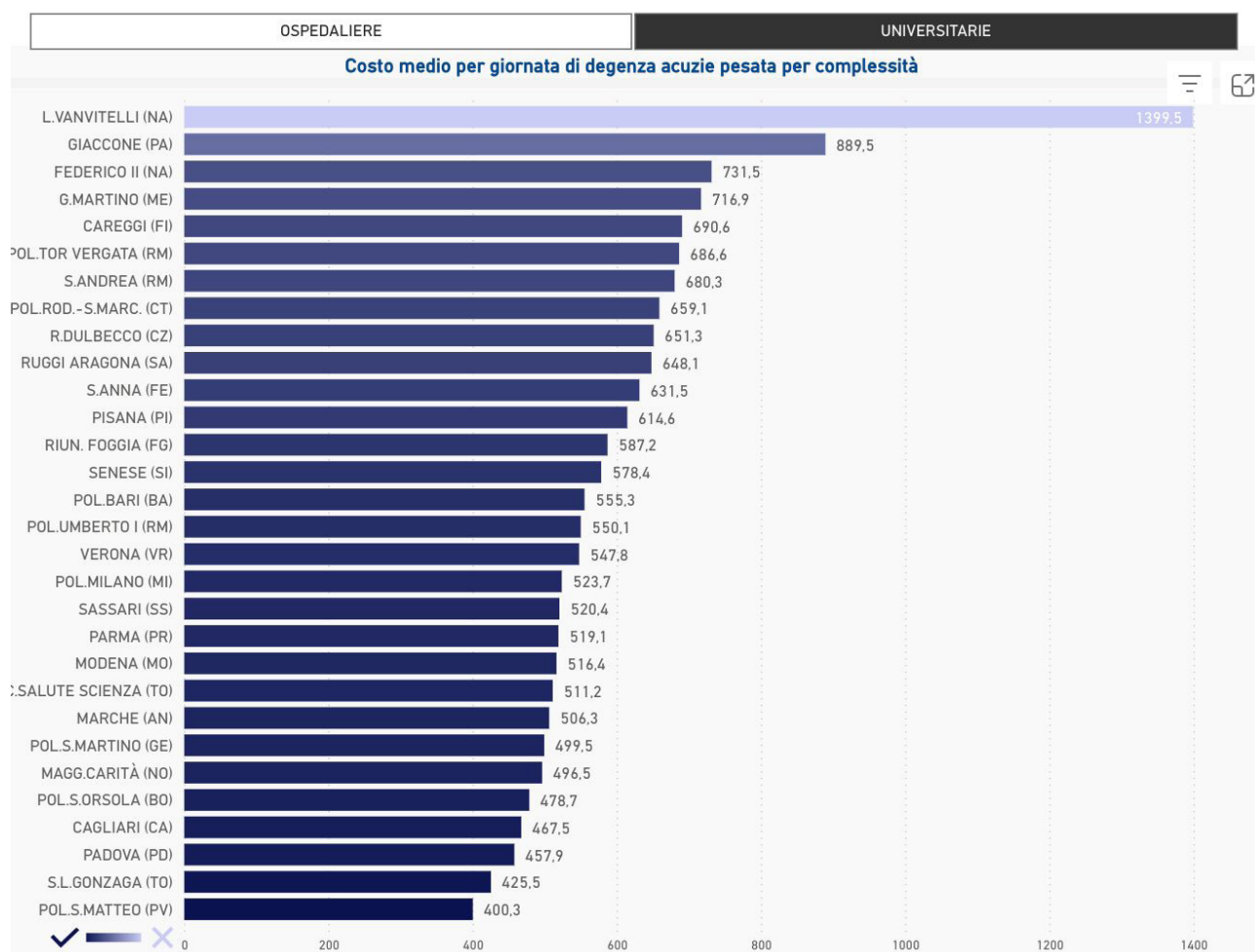
Prendendo in esame le Aziende ospedaliere, in testa alla classifica si vede che all'ospedale Papardo di Messina il costo giornaliero di una degenza arriva a costare 1031,6 euro. Poco sotto si trova il San Pio di Benevento con 915,3 euro al giorno. Passati questi primi due dati, il gap si amplia scendendo in termini di costi dal terzo posto in avanti, con i 734,7 euro del San Giovanni di Roma. Si possono già notare 300 euro al giorno in meno rispetto al Papardo di Messina, dato che cresce esponenzialmente se prendiamo in esame il Santa Croce e Carle di Cuneo dove si spendono 413,2 euro al giorno per un ricovero ospedaliero, ossia ben 618,4 euro in meno rispetto a Messina.

Come si ottengono questi risultati di calcolo? Secondo Agenas, l'indicatore del costo medio per giornata di degenza acuzie pesata per complessità esprime sinteticamente il valore dei fattori produttivi assorbiti da ogni giornata di degenza per acuti. Il numero di giornate di degenza viene ponderato per il peso medio DRG. Un valore elevato dell'indicatore viene ovviamente valutato negativamente, in quanto rappresenta maggiori costi operativi connessi ad ogni giornata di degenza.

*"Le differenze di costo già così nette diventano ancora più marcate se poi prendiamo in esame le Aziende ospedaliere universitarie. Al Luigi Vanvitelli di Napoli si spendono 1.399,5 euro di costo giornaliero per una degenza. Subito sotto troviamo il Giaccone di Palermo con 889,5 euro al giorno. Al terzo posto c'è il Federico II di Napoli con 731,5 euro, già 668 euro in meno rispetto all'altra Azienda ospedaliera universitaria della stessa città. Ma la differenza diventa clamorosa se si prende in esame il costo di una degenza al Policlinico San Matteo di Pavia con i suoi 400,3 euro. Si arrivano a sfiorare i 1.000 euro in meno di costo al giorno per un medesimo ricovero rispetto al Vanvitelli di Napoli, un gap di spesa decisamente importante."*³

I fenomeni degli ultimi anni, in primis la pandemia associata ad un aumento della spesa pubblica sanitaria, l'aumento dell'aspettativa di vita, hanno comportato una riorganizzazione dei modelli di cura e di utilizzo di risorse.

In Italia, la speranza di vita alla nascita ha registrato un incremento significativo negli ultimi anni. Nel 2024, l'aspettativa di vita è stata stimata in 83,4 anni, con



un aumento di quasi 5 mesi rispetto al 2023. Questo dato posiziona l'Italia al secondo posto nell'Unione Europea, subito dopo la Spagna, che registra un'aspettativa di vita di 84 anni.

A livello globale, secondo le stime delle Nazioni Unite, la speranza di vita media nel 2024 è di circa 73 anni. Questo evidenzia come l'Italia superi di oltre 10 anni la media mondiale, attestandosi tra i paesi con la maggiore longevità.⁴

Ma cosa comporta tutto questo? A fronte di una vita più lunga, aumenta il numero di persone cosiddette *fragili*, malati cronici che vivono appunto in condizioni di fragilità pluripatologici.

Pazienti che in tempi diversi necessitavano di molteplici ricoveri, anche inappropriati, al fine di "stabilizzare" situazioni di precarietà.

Per contrastare questo fenomeno sono state messe in atto azioni che propongono nuove modalità di cure assistenziali regionali.

Si parla ora di assistenza territoriale, al centro di un profondo progetto di riforma finalizzato a modernizzare il sistema di cure extra ospedaliere per renderlo più accessibile e più vicino ai bisogni dei cittadini.

Il Decreto 23 maggio 2022, n. 77, in attuazione degli adempimenti previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza, detta i principi della riorganizzazione del sistema di assistenza territoriale, attraverso la stesura di un Regolamento che ne definisce lo sviluppo, i modelli e gli standard ai quali si deve ispirare il nuovo sistema.

Il Decreto stabilisce i pilastri dell'assistenza primaria e, in particolare, vengono istituite le Case della Comunità, punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria e socio-sanitaria per la popolazione di riferimento; viene promosso il potenziamento delle cure domiciliari e l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, attraverso lo sviluppo di equipe multiprofessionali per la presa in carico del paziente. Inoltre, il Decreto stabilisce la creazione di servizi digitalizzati, per favorire sia l'assistenza a domicilio, attraverso gli strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale.

Da qui prende risalto la figura del Case Manager.

Il Case Management ha una lunga storia consolidata di forte impatto sulla tradizione dei servizi sanitari degli altri paesi europei e non. A partire dai primi del Novecento si inizia a parlare di infermiere ed altri operatori sociali impiegati nel coordinamento delle cure per i malati mentali e per i feriti di catastrofi e che facilitavano l'accesso al sistema di salute pubblica. In lette-

ratura sono descritti numerosi modelli di Case Management che riguardano gli ambiti sociali, l'assistenza sanitaria ed il nursing.

Il 1980 vede un incremento del numero di Case Manager all'interno del setting ospedaliero, sebbene in Italia questo modello comincia a farsi spazio molto tempo dopo. Tale necessità nasce dal desiderio di diminuire la durata media della degenza ospedaliera dei pazienti ricoverati mantenendo l'alta qualità delle cure, ed è stato portato avanti fortemente dall'implementazione dei meccanismi dei nuovi rimborsi.

Oggi, l'obiettivo primario e prefissato è quello di mantenere la qualità delle cure assistenziali controllando i costi, punto cruciale su cui si basa il successo di ogni organizzazione sanitaria.

Lo sforzo crescente per bilanciare qualità e costi all'interno della sanità ha aumentato le domande dei servizi del Case Management.

L'assistenza infermieristica, incentrata sui bisogni della persona, è un sistema organizzato in modelli.

Il processo di nursing si compone di fasi: valutazione globale, diagnosi infermieristica, obiettivi, pianificazione degli interventi, valutazioni dei risultati. È un processo ciclico e dinamico, ripetibile, dove un passaggio non può escludere l'altro, tutto incentrato sul malato nell'ottica del *problem solving*.

Un modello è dunque un costrutto ragionato che si ottiene dall'analisi e dalla deduzione di denominatori comuni fra elementi emersi nella pratica reale. Elaborare un modello assistenziale significa creare un linguaggio condiviso per creare le fasi e gestire l'organizzazione di un determinato processo di assistenza che sia il più indicato per il setting di cura in questione.

Il Case Manager è un professionista che facilita la connessione tra i vari passaggi di un percorso di assistenza socio-sanitaria, aumentando l'efficienza del servizio, e lo fa servendosi di un approccio che si basa su tre assi: la persona, il percorso assistenziale e i servizi, garantendo una risposta efficace alle esigenze dell'utente.

Le competenze del Case Manager prevedono un'ottima abilità comunicativa, capacità gestionale e organizzativa e di problem solving, oltre alle conoscenze dei vari setting di cura.

L'infermiere Case Manager è il professionista che provvede all'assegnazione e al coordinamento dei servizi socio-sanitari destinati alla gestione clinica di un determinato target di utenti. Si occupa della creazione di un particolare processo assistenziale studiato sul singolo paziente che viene seguito in tutte le fasi,

dall'ammissione alla dimissione, applicabile in vari contesti.

Il modello del Case Management nasce dalle basi gettate dal primary nursing, tipologia di assistenza basata sulla valutazione olistica del paziente al fine di sviluppare un'assistenza personalizzata incentrata sui bisogni del paziente, bypassando il concetto di assistenza standardizzata per esecuzione di compiti.

Il Case Manager quindi si inserisce nel contesto di applicabilità della metodologia del Case Management: prevede la presa in carico del paziente e della sua famiglia attraverso percorsi assistenziali più o meno complessi, ottenuti da una valutazione della complessità assistenziale, per agevolare il rientro al domicilio, l'inserimento presso strutture sanitarie di lungodegenza e/o riabilitazione, o per la prosecuzione delle cure in ambito domiciliare. Di conseguenza il Case Manager assume la gestione del caso, diventandone il titolare oltre che la figura di riferimento per il paziente, i familiari e/o caregiver e altri operatori sanitari e sociali, con la responsabilità a suo carico di presentare e spiegare il processo assistenziale e le fasi che lo compongono ai protagonisti coinvolti, garantendo e coordinando l'applicazione del processo, oltre che individuando e contribuendo a superare le eventuali criticità che emergono.

Per sviluppare al meglio una presa in carico del malato il Case Manager deve possedere competenze cliniche, manageriali e finanziarie.

Dal punto di vista clinico è necessario identificare e accertare i bisogni reali e potenziali del malato e della famiglia, valutando le condizioni fisiche e psicosociali dell'assistito. In collaborazione con il team multidisciplinare, sviluppa un piano assistenziale mirato in risposta ai bisogni compromessi del paziente in carico. Le capacità manageriali del professionista permettono di elaborare un piano a medio/lungo termine, monitorando l'andamento già nel breve periodo, in modo da garantire una stabilità duratura all'assistito in fase di dimissione.

Se teniamo conto del discorso introduttivo riguardo alla spesa sanitaria, il Case Manager deve possedere qualità tali da considerare l'aspetto economico nell'assegnazione delle risorse, al fine di ottimizzare il percorso di cura evitando sprechi e prestazioni inadeguate.

Nelle aziende ospedaliere il modello del Case Management presenta dei limiti di applicabilità riconducibili alla scarsità di personale sanitario, nello specifico infermieristico, con competenze specialistiche. I turni di lavoro stressanti, l'incubo costante del *burn out*, la standardizzazione delle cure nei reparti di degenza per

contrastare la carenza di personale, si ripercuotono sul corretto sviluppo dei percorsi assistenziali personalizzati; la conseguenza è che la continuità assistenziale ospedale-territorio risulti inefficace o del tutto inesistente.

Spesso quelle che vengono definite "dimissioni protette" vengono meno alle loro funzioni di proteggere l'assistito per garantire una dimissione serena e stabile al domicilio; la valutazione approssimativa e superficiale, la mancata analisi del contesto abitativo, la corretta designazione di un care giver referente in grado di sopportare il carico assistenziale, portano alla luce difficoltà gestionali che la famiglia e l'assistito non sono in grado di sopperire.

Il vero intervento del Case Manager, a mio avviso, risulta determinante proprio in questa fase.

Le mancanze prodotte in fase di dimissione possono essere arginate da un'attenta valutazione del Case Manager in collaborazione multidisciplinare con il distretto ATS di riferimento (Agenzia di tutela della salute), il MMG (Medico di medicina generale), gli IFEC (Infermieri di famiglia e comunità).

Il ruolo cruciale del professionista si sviluppa già dalla prima fase, ovvero quella che comporta la presa in carico dell'assistito.

Il primo colloquio Infermiere-paziente-famiglia è fondamentale per tracciare le basi del percorso assistenziale al fine di comprendere come garantire il mantenimento del massimo livello di autonomia residua possibile, coinvolgendo la famiglia che sarà elemento indispensabile per l'espletamento delle necessità assistenziali.

Il contesto abitativo e le sue condizioni, la presenza di barriere architettoniche interne o esterne, sono requisiti di estrema importanza che non possono essere visibilmente valutabili da un Case Manager ospedaliero, limitando così una corretta analisi del caso.

Un altro elemento determinante per la bontà delle cure risiede nella valutazione del gruppo famiglia e nella designazione del care giver più appropriato. Questo è un altro punto debole nella valutazione pre-dimissione, elemento trascurato che invece dovrebbe essere coinvolto come primo attore al pari del paziente.

Un care giver in salute, presente e capace di acquisire competenze attraverso un'educazione sanitaria mirata, diventa indispensabile per l'assistito oltre che facilitare l'applicazione del piano assistenziale e il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Per un'attenta valutazione del care giver sono disponibili strumenti poco utilizzati ma molto utili per comprendere quanto il familiare possa essere collaborativo e fare un'eventuale previsione sulla capacità di tollerare il "burden" inteso come peso dell'assistenza.

La valutazione attraverso queste scale è multidimensionale, includono la sfera fisica, la capacità di soddisfare i bisogni dell'altro, l'abilità nel prestare assistenza al proprio familiare, ma anche le dimensioni psicologica ed emotiva, i bisogni e la capacità di adattamento del caregiver stesso. Fra le più utilizzate si possono citare la scala Zarit Carer Burden Interview (ZBI Chattat et al., 2011) Montgomery-Borgatta Caregiver Burden Scale (MB-CBS 1989) o la Caregiver Burden Inventory.

L'infermiere Case Manager che opera nel setting di cura domiciliare ha quindi una visione globale del caso in questione, con la possibilità di valutare più elementi contemporaneamente e avere sotto controllo costante l'andamento del percorso assistenziale del malato in carico, intervenendo tempestivamente in caso di variazioni delle condizioni psico fisiche dell'assistito ma anche del care giver o del contesto abitativo; l'interazione costante col il team multidisciplinare garantisce quindi la prosecuzione ottimale dell'assistenza.

I cambiamenti della programmazione sanitaria nel corso del tempo hanno comportato la necessità di inserire nelle organizzazioni sanitarie figure specialistiche capaci di guidare la presa in carico totale dell'assistito indipendentemente dal setting in cui si esercita. Il riconoscimento e la valorizzazione della professione infermieristica sono la base sul quale continuare a costruire un pilastro portante nella cura del malato. Specializzare i professionisti è da considerare l'upgrade necessario per migliorare ulteriormente la capacità di assistere e rendere più efficaci le cure.

L'università è sensibile a tale richiesta, proponendo percorsi specialistici mirati alla formazione di questa figura infermieristica. Il master specialistico Case Manager fornisce elementi utili per formare professionisti consapevoli, permettendo loro di acquisire competenze fondamentali da applicare in tutto il percorso di presa in carico dell'assistito e della famiglia.

È ormai noto come l'implementazione consolidata di questa figura specializzata sia indispensabile in ambito sanitario, evidenziando come l'applicabilità del Case Manager, soprattutto territoriale, sia un fulcro indispensabile di connessione tra i vari setting di cura.

Note:

1. La Costituzione: Parte I Diritti e doveri dei cittadini, Titolo II, Rapporti etico-sociali, articolo 32. <https://www.governo.it/it/costituzione-italiana/parte-prima-diritti-e-doveri-dei-cittadini/titolo-ii-rapporti-etico-sociali#:~:text=32.,-non%20per%20disposizione%20di%20legge>.

2. OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>

3. Al Sud una giornata di degenza ospedaliera arriva a costare fino al triplo rispetto al Nord, Rodriguez G. https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=126188

4. In Italia l'aspettativa di vita è stata stimata in 83,4 anni. Ma possiamo calcolare quando moriremo? Il sole 24 ore. <https://www.infodata.ilssole24ore.com/2025/04/01/in-italia-laspettativa-di-vita-e-stata-stimata-in-834-anni-ma-possiamo-calcolare-quando-moiremo/>