

**Spett.le ASST Sette Laghi
di Varese**

La/Il sottoscritto/a MARIA PINA CAIVANO

In relazione alla candidatura agli incarichi di funzione e come previsto dal Regolamento Aziendale con la presente ai sensi della normativa vigente;

AUTORIZZA

ASST SETTE LAGHI

☒ alla pubblicazione della/delle seguente/i Relazione/i:

RELAZIONE INERENTE INCARICO DI FUNZIONE
DEL PERSONALE COMPARTO SANITA'
AREA SALUTE MENTALE e DIPENDENTE

Luogo e Data 12.2.2021 Firma per autorizzazione alla pubblicazione Maria Pina Caivano

Relazione inerente incarico di funzione del personale comparto sanità Area Salute Mentale e Dipendenze

Per rispondere alla domanda sempre più specifica di accoglienza cura ed assistenza alle persone con disagio psichico, e non, si sono succeduti vari modelli organizzativi dell'assistenza infermieristica, influenzati dai vari scenari politici della sanità (legislazione, periodo storico...), finanziamenti, tecnologie, evoluzione della scienza medica, infermieristica e dalla risposta epidemiologica (multipatologie, quadri cronico-degenerativi correlati all'avanzamento dell'età media della popolazione). Un modello organizzativo assistenziale fornisce indicazioni su come operare, suddividere, organizzare il lavoro infermieristico e del personale di supporto. Da una tipologia di modelli centrati sul paziente (assistenza funzionale; team nursing/assistenza di gruppo per compiti; primary nursing/infermiere referente) si è passati ad una tipologia di modelli organizzativi di pratica professionale centrati sul professionista, sulla composizione qualitativa/quantitativa del gruppo assistenziale e sul ruolo del manager. Alcuni ricercatori ritengono che questi modelli professionali, utilizzati sia in ambito ospedaliero che territoriale, sono basati su una filosofia comune: *coinvolgere e condividere le scelte con gli infermieri-operatori*. Il risultato mostrerebbe: meno carenza di infermieri nelle strutture e minor tasso di turnover. I modelli professionali, il rapporto tra coordinatore ed operatori e tra questi e l'equipe merita di essere valutato/indicato come strategia per motivare la permanenza degli stessi nella realtà lavorativa. A mio parere, tra i nuovi modelli assistenziali (*case management, chronic care model, bed management, modello per intensità di cura*) quello del case management, risalente agli anni 70, rappresenta l'idonea tipologia di approccio al paziente in quanto prevedendo l'assegnazione allo stesso del "referente del caso", case manager, facilita la continuità delle cure, il coordinamento e la verifica degli interventi sanitari, educativi e sociali erogati. E' colui che si pone come intermediario tra il pz e la quotidiana integrazione sociale dello stesso, che ha come obiettivo primario il supporto alla risposta personalizzata dei bisogni dell'individuo in difficoltà. Le funzioni del case manager sono volte ad individuare un idoneo percorso di cura attraverso: accertamento, pianificazione, implementazione e valutazione dei risultati, in collaborazione con le altre figure sanitarie.

"il modello organizzativo assistenziale del Case Management, si propone come strumento empirico nella realizzazione del percorso di cura, atto a favorire l'efficacia e il controllo dei costi attraverso la massima individualizzazione delle risposte ai bisogni sanitari" (Santullo 2001)

NCM nurse case management : sistema di erogazione di prestazioni sanitarie che favoriscono la personalizzazione e la globalità delle cure, aventi l'obiettivo di garantire;

1. un'assistenza di qualità elevata attraverso una collaborazione interdisciplinare
2. riduzione della frammentazione delle cure centrata in ambito territoriale
3. miglioramento della qualità di vita degli assistiti attraverso l'autocura del pz
4. contenimento dei costi dovuto alla conseguente riduzione del periodo di degenza

Tra le priorità indicate dal Piano Socio Sanitario Integrato della Regione Lombardia 2019-2023 risultano rilevanti la necessità di:

“potenziare e ricomporre la filiera dei servizi domiciliari e territoriali sanitari, sociosanitari e socioassistenziali, per garantire ai cittadini e alle loro famiglie la presa in cura integrata presso il proprio domicilio”

“supportare la famiglia e i suoi componenti in condizione di fragilità e vulnerabilità sociale al fine di garantire una presa in carico complessiva anche attraverso un pacchetto di prestazioni flessibili e personalizzate”. (Piano SocioSanitario Integrato Lombardo 2019-2023 Luigi Benevelli)

La presa in carico del pz prevede un percorso intenso e relativamente lungo basato su:

1. supporto alla riacquisizione di abilità di base e al mantenimento delle stesse
2. supporto familiare
3. promuovere le risorse sia di rete che familiari
4. implementazione di un progetto personalizzato, condiviso dall'utente, che preveda interventi coordinati da parte di operatori e servizi
5. valutazione della qualità dell'assistenza erogata e dei risultati ottenuti

E' fondamentale che il lavoro d'equipe comprenda:

1. sia la funzione clinica e terapeutica, in sinergia e collaborazione con il mmg;
2. sia la funzione di accoglienza e di relazione finalizzata a sostenere il funzionamento psicosociale;
3. sia quella integrante le diverse professionalità (infermieristica , educativa e sociale) indirizzate verso un unico progetto terapeutico-assistenziale focalizzato sulla vita e sui bisogni del pz.

Tutt'ora non si è ancora giunti ad operare in modo conforme alle indicazioni dettate dal PRSM. Le difficoltà sono molteplici e pertanto i programmi innovativi vanno un pò a rilento nonostante l'importante impegno degli operatori. Innanzitutto è fondamentale la *implementazione* di un percorso di formazione al ruolo di case manager infermieristico che coinvolga tutti i professionisti che operano in salute mentale (fino ad ora rivolto solo ad un esiguo numero di operatori), nelle strutture e sul territorio, rivolta all'acquisizione di strumenti di intervento e valutazione. E' anche vero che non è possibile definire “migliore” questo o quel modello organizzativo ma è auspicabile ricercare l'integrazione di diverse soluzioni che meglio si adattano al contesto, ai bisogni del pz, al gruppo infermieristico. Punti fondamentali sono: comprendere come erogare al meglio l'assistenza e come organizzare i processi di lavoro. La valutazione/misurazione degli esiti saranno incentrati su:

-soddisfazione del pz

-l'efficienza-riduzione dei ricoveri

-soddisfazione del gruppo infermieristico-riduzione dei costi.

A questo proposito potrebbe essere interessante la formazione di un gruppo di lavoro/studio per l'avvio di un percorso/progetto di case manager infermieristico che preveda l'assegnazione di un numero di utenti con presa in carico (nei CPS, CD e Centri residenziali) per i quali si elabori il Piano Terapeutico Individuale (PTI) integrato e supportato da strumenti :

-scale di valutazione da somministrare a tempo 0 -3-6-12- 18 mesi

(Whoqol; test per la valutazione della qualità della vita.-Life Skill Profile (LSP); scala di eterovalutazione del funzionamento globale e delle disabilità del pz con disagio mentale-Cansas; per valutare la percezione dei bisogni degli utenti e dei familiari)

-questionario di gradimento (da somministrare a tempo 0 -3-6-12- 18 mesi, agli utenti, ai familiari e agli operatori)

- questionario di autovalutazione (da somministrare a tempo 0 -3-6-12- 18 mesi, agli utenti, ai familiari e agli operatori)

L'obiettivo sarà finalizzato ad individuare ed intraprendere una modalità di interventi, valutazioni e indicazioni operative/linee guida uniche per gli stessi servizi.

La motivazione, per cui mi sono candidata all'incarico di funzione del personale sanitario per l'Area Salute Mentale, è la volontà di portare un piccolo contributo sul tema "accoglienza e percorso di cura" al paziente con disagio mentale, valorizzare il ruolo dell'operatore sanitario afferente al Dipartimento , promuovendo sia un coinvolgimento nelle scelte operative, sia un iter formativo, specifico, più capillare e pertanto più facilmente attuativo.

Varese 11/02/2021

Maria Pina Caivano

