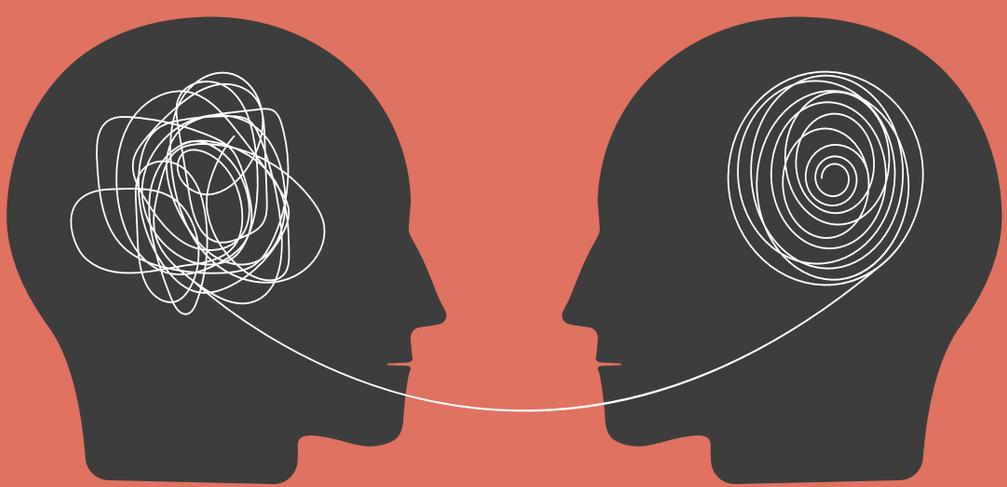
Il modello del Case Management e la funzione del Case Manager in Salute Mentale

L'ESPERIENZA DEL DSM ASL ROMA 1



ANGELO RICCIARDI
MARIAROSARIA BARBERA
DONATELLA INTENZO
FABIO PICARIELLO
DANIELA MANCINI
ALMA BRUNA CINTI
CARLA PORZIANI
MARINA AGOSTINI
FRANCESCA DI FAZIO
CLAUDIA GIANNINI
MICHELE PROCACCI
GIUSEPPE DUCCI

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 1

REGIONE LAZIO



Il modello del Case Management e la funzione del Case Manager in Salute Mentale. L'esperienza del DSM ASL Roma 1

Angelo Ricciardi
Mariarosaria Barbera
Donatella Intenzo
Fabio Picariello
Daniela Mancini
Alma Bruna Cinti
Carla Porziani
Marina Agostini
Francesca Di Fazio
Claudia Giannini
Michele Procacci
Giuseppe Ducci

1. **Premessa**
2. **Il modello del Case Management**
   a. **Aspetti generali**
   b. **La storia**
   c. **Il presente**
3. **La funzione del Case Manager**
   a. **L'infermiere Case Manager**
   b. **L'assistente sociale Case Manager**
   c. **Il TeRP/EP Case Manager**
4. **Dati dall'esperienza del DSM ASL Roma 1**
   a. **Le Procedure R.O.M.A.**
   b. **Dati sul Case Management**
5. **Conclusioni**

"Il Case Manager, in collaborazione con gli altri operatori dell'équipe multiprofessionale alla quale appartiene, assicura una Presa in Carico globale e personalizzata, coordinando interventi e risorse per promuovere il benessere psicosociale e l'inclusione della persona lungo il complesso percorso di cura in Salute Mentale."

1. Premessa

L'implementazione di nuovi modelli clinico organizzativi all'interno dei Servizi Territoriali Salute Mentale (STSM) rappresenta una sfida nel fornire risposte efficaci ed efficienti ai cambiamenti sociali e ai mutevoli bisogni degli utenti che vi afferiscono. D'altra parte, è sempre più chiara in Salute Mentale (SM) la necessità di differenziare le tipologie dei bisogni e delle domande poste dal cittadino utente per individuare percorsi di cura territoriali integrati e diversificati (Figura 1).



Figura 1: ciclo efficienza-efficacia STSM

Il Piano Azione Nazionale Salute Mentale (PANSM) fornisce in tal senso una chiara cornice di riferimento, sottolineando l'importanza di "una valutazione approfondita delle esigenze degli utenti e percorsi di cura personalizzati", in particolare "per soggetti affetti da disturbi gravi, con maggiori bisogni e a rischio di abbandono (*drop out*) o di continua migrazione tra servizi" (Accordo Stato-Regioni 04/2013). Nello specifico del Percorso "Presa in Carico" (applicato a condizioni gravi che presentano bisogni complessi e che necessitano di una valutazione multidimensionale e dell'intervento di diversi profili professionali), lo stesso PANSM considera centrale l'adozione del modello del Case Management per la coordinazione dei complessi processi assistenziali individualizzati. L'identificazione della funzione del Case Manager (CM) avviene tra le figure professionali che compongono l'Équipe Multiprofessionale (EMP), favorendo l'interazione tra gli operatori e garantendo in vario modo un'assistenza personalizzata al paziente, promuovendo la massima autonomia residua (vedi in PANSM: Le Aree di Bisogno Prioritari e i Percorsi di Cura).

2. Il modello del Case Management

Aspetti generali

Il modello del Case Management è un modello consolidato ((Lambert et al., 2024; Campagna et al., 2024; Talisman et al., 2015; Zyguras and Stuart, 2000; Marshall et al., 1998; Mueser et al., 1988: Intagliata, 1982) di erogazione dell'assistenza sociosanitaria centrato sulla gestione dei bisogni complessi del paziente e sull'individualizzazione dei percorsi individualizzati di cura. L'obiettivo principale è il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'assistenza durante tutto il percorso di cura e riabilitazione *recovery-oriented*, oltre all'ottimizzazione delle risorse e alla riduzione dei costi. Ne deriva una metodologia basata sul coordinamento e sull'utilizzo adeguato di risorse, sull'appropriatezza degli interventi e sul monitoraggio dei risultati raggiunti, in funzione dell'individuazione e della soddisfazione dei bisogni prevalenti ed emergenti del paziente all'interno del suo contesto di vita. Con l'utilizzo di tale modello, gli operatori dell'EMP possono ottimizzare i livelli di cura, fornire continuità, ridurre la frammentazione degli interventi, accrescere la qualità

di vita e la soddisfazione del paziente. In tale prospettiva, la funzione del CM diventa una funzione che va oltre i tradizionali impegni terapeutico-riabilitativi e di erogazione di specifiche prestazioni degli operatori sociosanitari. Il risultato è la valorizzazione delle specifiche competenze, sia professionali che manageriali, per una gestione integrata ed individualizzata dei bisogni complessi del paziente, delle attività e delle prestazioni rivolte alla loro soddisfazione. L'obiettivo è il monitoraggio e la realizzazione dei diversi punti individuati nel Piano Individualizzato di Cura Multiprofessionale (PIC-M) formulato e condiviso tra EMP, paziente e familiari/*caregivers*.

La storia

Le origini del modello del Case Management risalgono al 1863, durante la Guerra di Secessione, quando nel Massachussetts, nell'area dei servizi sociali, le associazioni di volontariato introdussero il principio di coordinamento dei volontari e dei servizi destinati alle persone malate e bisognose per garantire a queste continuità nell'assistenza. Nel 1900 Annie Goodrich, direttrice della scuola di Nursing dell'Università di Yale, descriveva la figura di un operatore che coordinava gli interventi sanitari e sociali in base alla rilevazione dei bisogni delle persone e della famiglia, garantendo un'appropriata allocazione delle risorse, un contenimento dei costi, una diretta responsabilità per le cure prestate. In quegli stessi anni, Lillian Wald coniò il termine "infermiere per la salute pubblica", per descrivere gli infermieri il cui lavoro era integrato nella comunità, suggerendo alla compagnia di assicurazione *Metropolitan Life Insurance* il servizio di "*Case Management Nursing*". Negli anni '60 il Case Management venne utilizzato per l'implementazione di un programma coordinato di assistenza ai malati mentali dopo la deistituzionalizzazione degli ospedali psichiatrici da parte del *National Institute of Mental Healt* (NIMH) che, sottolineando l'importanza della continuità e del coordinamento delle cure per questa tipologia di utenti, indicò il Case Management come modello di riferimento. Negli USA, nel 1975 venne istituita la figura del CM comunitario al fine di garantire l'accessibilità ai servizi, in particolare per quelli preventivi; negli anni '80 il modello assistenziale del Case Management si affermò come modello principale di erogazione dell'assistenza sanitaria.

Il presente

Attualmente il modello del Case Management è riconosciuto in molti Paesi come un punto di forza clinico-organizzativo fondamentale delle nuove politiche sociosanitarie e di assistenza del territorio (*community care)* e di assistenza continuativa (*long-term-care*). Va sottolineato che nessun intervento del CM può da solo raggiungere obiettivi terapeutico-riabilitativi significativi se non si orienta l'intervento sin da subito verso la costruzione di una EMP e di una valida alleanza terapeutica con l'utente, all'interno un contesto di lavoro a sua volta orientato al riconoscimento ed alla condivisione delle specifiche competenze professionali e organizzative degli operatori che compongono l'EMP. In Italia, a rendere concrete le prime esperienze di Case Management sono stati i cambiamenti avvenuti all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), quali l'aziendalizzazione degli Ospedali e delle USL, e l'introduzione dei principi di efficienza e competitività e lo sviluppo dei servizi sanitari territoriali organizzati in distretti. Nel 2010, nel DSM della ex ASL Roma E (oggi parte della ASL Roma 1), venne introdotta una modalità innovativa di erogazione dell'assistenza infermieristica, che prevedeva l'affidamento di pazienti gravi e complessi al personale infermieristico, con funzione di CM, come previsto successivamente anche dal PANSM (2013).

3. La funzione del Case Manager

Nel corso del tempo, sia in ambito medico in generale che nello specifico della Salute Mentale, il modello del Case Management e la figura del CM hanno assunto ruoli e funzioni sempre più ampie ed articolate (Figura 2).



Figura 2: Medical Case Management and Case Manager Diagram

Oggi, in ambito sociosanitario, la figura del Case Manager è sostanzialmente distinta in due profili: una specifica figura professionale, che coordina una particolare linea di attività clinico-organizzativa all'interno di un'organizzazione sociosanitaria; una specifica funzione, svolta da un operatore sociosanitario come ampliamento delle proprie competenze professionali all'interno di un'équipe multiprofessionale (EMP). Nel primo caso, in generale, è l'infermiere professionale che "percorrendo un *iter* di alta formazione universitaria, più precisamente un Master di I livello, acquisisce e affina competenze che gli consentono di coordinare l'assistenza, destinata a singoli o a gruppi di popolazione, lungo un continuum che ingloba la gestione di prevenzione, fase acuta, riabilitazione, dimissione e cure a lungo termine" (*Di Santo, 2017*). Nel secondo caso, ogni operatore sociosanitario, nell'ambito della propria attività professionale, può assumere il compito di coordinare le azioni svolte dall'EMP, sempre orientate al raggiungimento degli obiettivi terapeutico-riabilitativi concordati con il paziente e i familiari/*caregivers*, sviluppando abilità interpersonali e professionali in continua evoluzione (Figura 3). In questa ultima accezione, quindi, sono diversi i profili professionali che possono assumere il ruolo di CM.

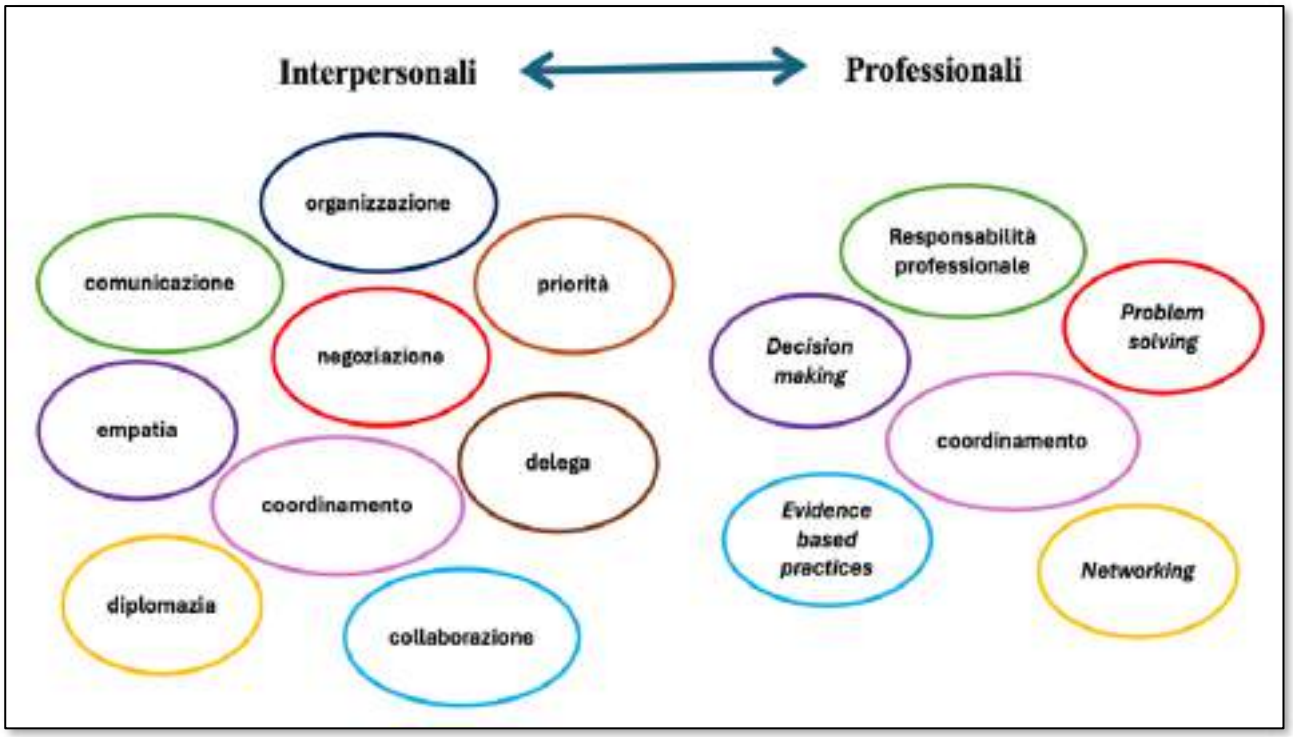


Figura 3: le abilità del Case Manager

Nello specifico della Salute Mentale, all'interno delle proprie competenze professionali, all'operatore CM (infermiere, assistente sociale, tecnico della riabilitazione psichiatrica, educatore professionale) è richiesta la capacità di: coordinare i vari interventi tra la rete dei servizi territoriali ed ospedalieri; accompagnare il paziente nel percorso tra diversi servizi, istituzioni e operatori con diverse competenze; monitorarne il piano individualizzato di cura nella sua globalità (*Moriconi e Scorbaioli, 2019*). Le diverse tipologie di funzioni attribuite al CM vengono svolte in accordo con l'EMP di cui fa parte (Tabella 1).

1. **Accompagnamento**
- ✓ Promuove la relazione d'aiuto tra paziente grave e familiari/*caregivers* con l'équipe di riferimento per la gestione di problemi e il soddisfacimento di bisogni complessi
- ✓ Rappresenta un riferimento significativo che motiva e sostiene il paziente grave e la famiglia/*caregivers* nella realizzazione del PIC-M condiviso con l'équipe

2. **Facilitazione**
- ✓ Modula le attese della persona assistita e della famiglia/caregivers nel contesto di una valutazione realistica delle risorse individuate con l'équipe di riferimento per la realizzazione del PIC-M

3. **Orientamento e consulenza**
- ✓ Pone il paziente grave complesso e i familiari/*caregivers* nelle condizioni di poter effettuare delle scelte personali e consapevoli in relazione alla fase di malattia e del percorso riabilitativo (*empowerment*)
- ✓ Rappresenta il principale riferimento all'interno dell'EMP lungo il percorso di cura e riabilitazione, in particolare nella coordinazione dell'intervento di équipe nei periodi di difficoltà e di transizione verso il miglioramento funzionale e il reinserimento sociolavorativo (*recovery*)

4. **Advocacy**
- ✓ Facilita la mediazione tra le necessità del paziente grave complesso e dei familiari/*caregivers* rispetto a possibili ostacoli nella realizzazione del PIC-M, coordinando le competenze dei componenti dell'EMP nella programmazione degli interventi e nella gestione dei rapporti con i servizi socioassistenziali territoriali, in una visione allargata di "*community care*"

5. **Educazione sanitaria e promozione della salute psicofisica**
- ✓ Fornisce al paziente grave ed ai familiari/*caregivers* informazioni utili per la scelta libera e consapevole di strutture, servizi e professionisti sociosanitari, nel rispetto delle leggi e dei regolamenti vigenti
- ✓ In accordo con l'EMP e nel rispetto delle proprie competenze professionali, il CM fornisce al paziente grave complesso ed ai familiari/caregivers informazioni generali in merito a conoscenza ed evoluzione della patologia, gestione e monitoraggio degli interventi terapeutico-assistenziali e riabilitativi, stili di vita e *self-care*
- ✓ l'attività di educazione può essere svolta sia in forma individuale che di gruppo

6. **Coordinamento funzionale**
- ✓ Il CM svolge le sue funzioni all'interno dell'équipe multiprofessionale in un atteggiamento non gerarchico, finalizzato a facilitare l'integrazione e la continuità nell'erogazione delle cure, evitando frammentazioni e lungaggini nella realizzazione del PIC-M concordato con paziente e familiari/*caregivers*

Tabella 1: le funzioni del Case Manager; da: Procedure R.O.M.A. 1.2 - Allegato 3.6 – Case Management & Schede di Attribuzione Funzione / Monitoraggio (originale modificato da CMSA, 2010)

L'infermiere Case Manager

L'infermiere Case Manager utilizza il Processo di *Nursing Case Management* (PNCM) per: risolvere problemi e soddisfare i bisogni del paziente in modo individualizzato, garantendo il miglioramento dell'assistenza all'utente, l'ascolto ed il sostegno dei familiari, migliorando la comunicazione, riducendo l'ansia, le paure e incertezze e riducendo lo stigma. Il PNCM è quindi un modo particolare di pensare e agire, è un approccio sistemico, creativo, critico per identificare (o prevenire) e risolvere i problemi di salute del paziente (Chiari e Santullo, 2010) che si avvale di:

- **Accertamento** - raccolta sistematica di dati soggettivi e oggettivi, con lo scopo di esprimere un giudizio infermieristico clinico su un paziente e i suoi bisogni di salute attraverso osservazione, colloquio ed esame obiettivo fisico
- **Diagnosi infermieristica -** forma scritta con linguaggio conciso, chiaro e scientifico che comprende la descrizione di un solo problema, della causa e delle manifestazioni
- **Pianificazione** - pianifica attività/azioni per perseguire obiettivi prefissati con una tempistica definita. Pianificazione significa stabilire degli obiettivi e il loro ordine di priorità sulla base di problemi rilevati, svilupparli in termini di criteri e di risultati che si vogliono raggiungere e tradurli in piani di intervento)
- **Attuazione (processo)** - si basa su principi scientifici garantiti, con diagnosi infermieristiche supportate dai dati, priorità ed obiettivi coerenti con i bisogni identificati dalle diagnosi, obiettivi con riferimenti temporali, azioni infermieristiche con sequenza logica ed assistenza personalizzata
- **Risultati (valutazione)** - la valutazione verifica sia i risultati dell'assistenza che ogni singola fase; quindi, oltre ad essere finale è anche continua e può essere soggetta alla rivalutazione della diagnosi infermieristica ed eventualmente, a nuova pianificazione

Il modello del Case Management, come evoluzione del *Primary Nursing*, è considerato un modello clinico-organizzativo assistenziale che permette all'infermiere CM di coordinare diverse professionalità e risorse. Grazie a tale modello, viene dunque fornita un'assistenza personalizzata, facilitando la continuità delle cure e il coordinamento e la verifica degli interventi (sanitari, educativi e sociali). Nelle Procedure R.O.M.A. 1.2 sviluppate dal DSM ASL Roma 1, è stata concordata e definita una cornice di riferimento per l'attribuzione della funzione di CM ad un operatore infermiere, individuando le seguenti specifiche attività:

1. **Monitoraggio** periodico in collaborazione con il medico dell'équipe di riferimento del quadro clinico, dei trattamenti farmacologici, degli esami ematochimici e degli esami strumentali previsti dai protocolli vigenti di sicurezza
2. **Gestione** delle comorbidità internistiche e dei rapporti con il Medico di Medicina Generale (MMG), monitoraggio dei percorsi di cura presso altri specialisti e con la rete di servizi offerti dal territorio
3. **Monitoraggio** corretta prescrizione e somministrazione delle terapie farmacologiche, promozione della *compliance* e dell'autonomia dell'utente nella corretta assunzione della terapia farmacologica
4. **Interventi** di educazione sanitaria e psico-educativi per pazienti e *caregivers*, orientati principalmente all'acquisizione di conoscenze e competenze nella gestione dei sintomi residui o resistenti ai trattamenti farmacologici, al miglioramento della qualità di vita e alla prevenzione delle ricadute

In sintesi, il modello di assistenza basato sul Case Management risultata essere efficace ed efficiente, riduce i costi sanitari, le ospedalizzazioni e gli accessi al pronto soccorso, aumenta la soddisfazione dei pazienti e migliora la qualità dell'assistenza. Tale modello richiede agli operatori sanitari infermieri alti livelli di indipendenza e responsabilità che garantiscono l'attuazione di diversi livelli di intensità di assistenza (Calamandrei e Orlandi, 2002).

L'Assistente Sociale Case Manager

L'assistente sociale (AS), per formazione e mandato, quale professionista del "lavoro di rete", è deputato al coordinamento tra servizi formali e sostegni informali offerti dal contesto, evitando in tal modo interventi frammentati e disfunzionali oltre alla sovrapposizione delle risorse, per favorirne la migliore integrazione possibile del cittadino utente (Gori, 2001; Davies e Fernandez, 2001; Bartolomei e Passera, 2005). La dimensione comunitaria diventa allora "la cifra" dell'intervento del servizio sociale. L'AS interviene prioritariamente nei casi in cui si attivano processi di *community care* e *welfare mix* (Bortoli, 2006; OAS, 2021). Di recente, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha specificato che, relativamente ai Cittadino Utente che beneficiano del Reddito di Cittadinanza, in linea generale, "il Case Manager è la figura referente che accompagna la famiglia nel percorso di Presa in Carico che parte dalla compilazione della scheda dell'Analisi preliminare e termina con la definizione del Patto per l'inclusione sociale" (MdLPS, 2022). Nell'ambito della Salute Mentale, nel lavoro di elaborazione delle Procedure ROMA 1.2 del DSM ASL Roma 1, sono state individuate le seguenti aree di intervento che definiscono la tipologia di utenza a cui assegnare un assistente sociale come CM:

1. **Percorso** di Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) (*unico **criterio esclusivo** di attribuzione del Case Management ad un operatore assistente sociale*)
2. **Percorso** di cura di pazienti Autori di Reato (AdR)
3. **Inserimento** lavorativo e tirocinio o percorso di formazione professionale
4. **Inserimento** in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)
5. **Disabilità** fisica e/o psichica che necessita di una collaborazione attiva tra DSM e Servizi del Distretto e/o del Municipio

Tali aree di intervento prevedono – in modo prevalente rispetto ad altre – l'interfaccia ed il lavoro di rete con istituzioni connotate come "sociali" e non "sanitarie" (ad esempio: tribunale e carcere per gli AdR; C.O.L. per tirocini in aziende e cooperative sociali per inserimenti lavorativi, altro). L'inserimento in RSA richiede spesso l'accompagnamento del paziente e dei suoi familiari nei diversi passaggi burocratico amministrativi, sia attraverso l'informazione che il sostegno operativo. La gestione di situazioni in cui è presente anche una disabilità fisica o psichica richiede spesso la collaborazione con i servizi sociali del Municipio per l'attivazione di una serie di interventi (assistenza domiciliare, pasti a domicilio, ecc.). In ultimo, il percorso ADP, considerato criterio di esclusività per l'attribuzione del Case Management ad un operatore assistente sociale, trova la sua ragione sia nel capitolato tecnico del bando d'appalto aziendale, (affidamento del servizio di *supported housing*), sia nel modello organizzativo che il DSM si è dato. Infatti, il percorso di ADP prevede come coordinatore un operatore assistente sociale a livello centrale, a cui si riferiscono gli operatori assistenti sociali locali. Questi ultimi, hanno la responsabilità di costruire, monitorare e verificare gli obiettivi socioriabilitativi del PIC-M concordato con l'EMP, che spaziano all'interno di un'ampia tipologia di interventi a partire dal supporto all'abitare.

Il TeRP/EP Case Manager

La patologia psichiatrica è un disturbo che colpisce anche la sfera cognitiva, emotiva, comportamentale e relazionale della persona, con un conseguente impatto sulla sfera personale, sociale e lavorativa. Ossia, sul cosiddetto "funzionamento" dell'individuo (Lieberman, 1997; Vita et al., 2019). La Riabilitazione Psichiatrica (RP) guida il Cittadino Utente al raggiungimento di un livello di funzionamento psicosociale e di benessere soggettivo soddisfacente nonostante la malattia mentale, attraverso il lavoro integrato ed imprescindibile con la persona ed il suo ambiente (*Anthony et al., 2003*). In riferimento alla definizione dell'OMS, per RP si intende quell'insieme di interventi che mirano allo sviluppo di una persona nel suo più alto potenziale di funzionamento psicosociale, in relazione ai suoi deficit e all'ambiente (*WHO*). Quindi in un'ottica di interventi globali sulla persona, multiprofessionali e integrati con il contesto territoriale e in linea con i concetti di *Empowerment* e *Recovery*, può essere individuato all'interno dell'EMP il TeRP o l'EP come CM del percorso terapeutico-riabilitativo del cittadino utente, sulla base dei bisogni prevalenti di quest'ultimo, coinvolgendolo come parte attiva del percorso (Famulari et al., 2019). Nelle Procedure R.O.M.A. 1.2 del DSM ASL Roma 1, sono stati individuati i seguenti criteri che orientano l'équipe all'attribuzione della funzione di CM ad un operatore TeRP/EP:

1. **Potenziamento delle abilità cognitive e metacognitive** - potenziamento dei deficit cognitivi (memoria, attenzione, funzioni esecutive) e metacognitivi (comprensione e riflessione stati mentali propri e altrui, miglioramento del pensiero strategico e flessibile finalizzato alla regolazione del comportamento), al fine di prevenire effetti negativi sia sul decorso che sugli esiti del disturbo e favorire ilb funzionamento globale del paziente.
2. **Miglioramento delle risorse psicosociali, relazionali intrapsichiche e interpersonali nei contesti di vita familiare, comunitaria e di quartiere** - recupero delle competenze sociali e relazionali verso sè stessi e con gli altri, che si esprime in problemi nella comunicazione, comportamenti di ritiro, evitamento delle situazioni sociali, attraverso l'utilizzo di training volti all'analisi e sperimentazione dell'esperienza personale, di performance ed emotive, per poterle rinforzare e applicare nei vari contesti personali di riferimento. Il lavoro riabilitativo-educativo punta a stimolare le risorse inespresse dell'utente, a far emergere la soggettività, per raggiungere un migliore livello di soddisfazione, equilibrio e integrazione.
3. **Mantenimento di abilità strumentali di vita quotidiane e lavoro/studio** - favorire lo sviluppo delle capacità per la gestione della cura di sè e della vita quotidiana e potenziamento delle abilità relative all'istruzione, all'occupazione lavorativa e all'accesso ai servizi della comunità di appartenenza.

Le aree di attuazione del CM a prevalente connotazione riabilitativa, avendo come programma di intervento il funzionamento globale della persona nel suo contesto di vita, sono quindi rappresentate da interventi atti a facilitare la riacquisizione di abilità legate alla sfera cognitiva, sociale e di vita quotidiana, volte ad un approccio *dignity-oreinted* che centra la propria attenzione al significato della persona nelle sue espressioni valoriali, indipendentemente dalla patologia di cui è affetto (Corazza, 2006; *Grassi e Carozza, 2024*).

4. Dati dall'esperienza del DSM ASL Roma 1

Le Procedure R.O.M.A.

La "Legge Gelli-Bianco" (*DL 24/2017*), ha consentito lo sviluppo in Italia di una maggiore sensibilità sulle tematiche di *Risk Management* da parte delle Strutture Sanitarie e Sociosanitarie. A partire da ottobre 2017, anche il Dipartimento Salute Mentale (DSM) ASL Roma 1 ha ritenuto necessaria la revisione delle Procedure di *Risk Assessment* e *Risk Management* nei Servizi Territoriali Salute Mentale (STSM), con particolare attenzione alla gestione delle condizioni gravi (Schizofrenia, Disturbo bipolare, Depressione maggiore grave, Disturbi gravi di personalità, Altre psicosi, Disturbi del neurosviluppo e dell'età giovane-adulta, Dipendenze patologiche). La serie di azioni migliorative inizialmente individuate in sede di Audit Clinico Aziendale prese il nome di Progetto R.O.M.A. (*Risk Observation Measurement Assessment*), il cui risultato principale è stato la produzione delle Procedure R.O.M.A. – attualmente Procedure R.O.M.A. 1.2 – che integrano la valutazione del Rischio Clinico nell'attività clinico-organizzativa dei STSM del DSM ASL Roma 1 (Figura 4).

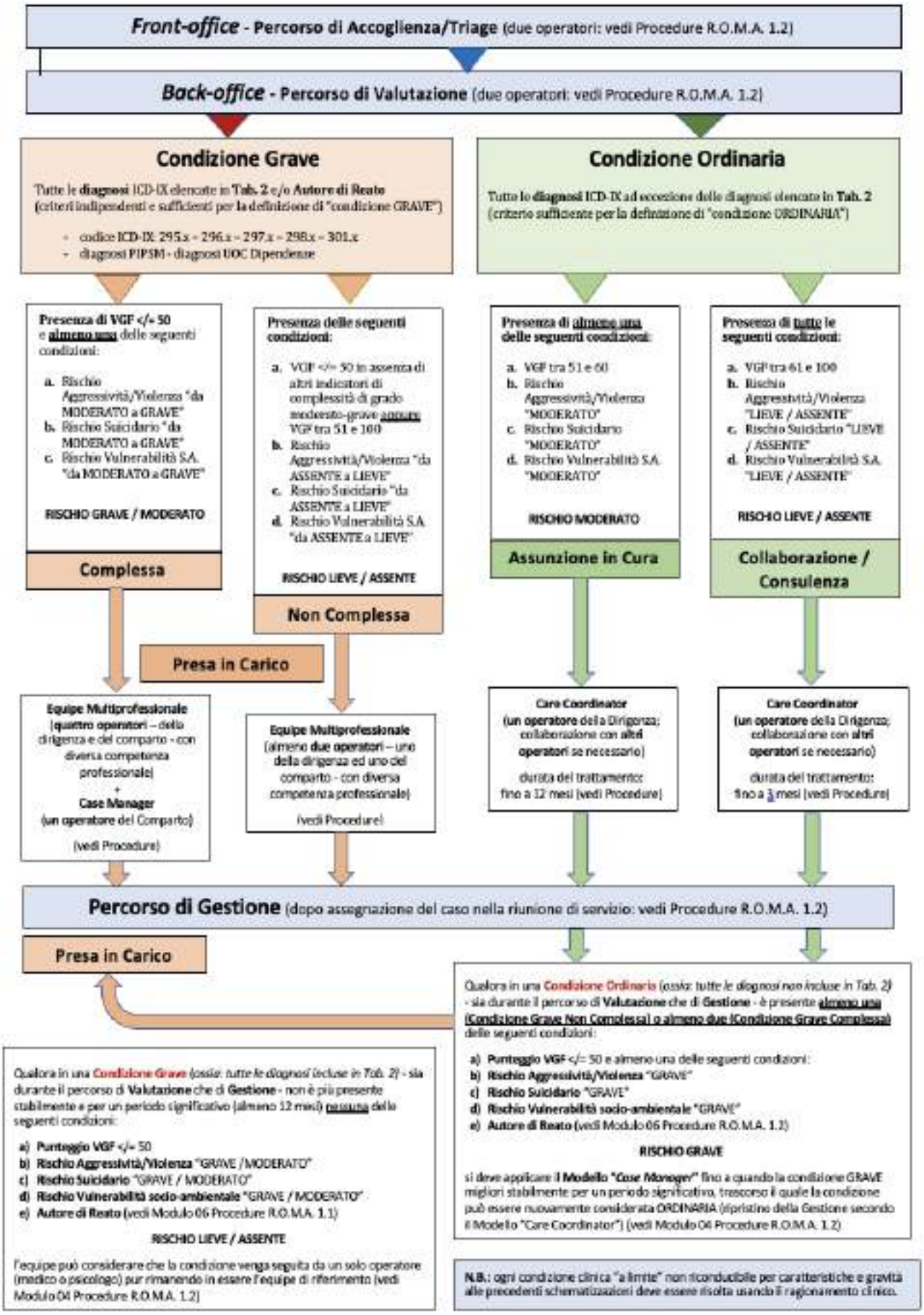


Figura 4: Flow-chart Procedure R.O.M.A. 1.2

La Procedure R.O.M.A. 1.2 prevedono quindi: una stratificazione delle condizioni cliniche osservate in "Gravi" e "Ordinarie" sulla base della diagnosi e di un set di criteri di rischio/complessità (funzionamento globale; rischio aggressività/violenza; rischio suicidario; rischio vulnerabilità socio-ambientale); la definizione di un'Équipe Multiprofessionale (EMP) e di un Piano di Cura Personalizzato (PIC); l'attribuzione della funzione di Case Manager ad un operatore dell'EMP per le Condizioni Gravi Complesse (CGC), che si occupa di coordinare l'EMP e monitorare gli obiettivi del PIC, questi ultimi obiettivati con specifiche schede di valutazione per i criteri di rischio/complessità (Scheda VGF, Scheda RAV, Scheda RS, Scheda RVSA) e per l'esito del percorso di cura (Scheda HoNOS) (Figura 5).



Figura 5: il Modello del Case Management offre un approccio personalizzato per la soddisfazione delle esigenze specifiche di ogni persona in cura, modificabile a seconda delle necessità rilevate ed emergenti

Scopo principale delle Procedure R.O.M.A. è la gestione del rischio clinico e il miglioramento continuo della sicurezza e della qualità dei percorsi di cura, attraverso la definizione di aree di priorità e l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse, in particolare nella gestione delle Condizioni Gravi Complesse, grazie alla funzione del CM che coordina il lavoro di équipe monitorando gli obiettivi definiti nel PIC. Le Procedure R.O.M.A. recepiscono e consentono così la piena attuazione dei principi previsti da Decreti Legge, Accordi di indirizzo nazionale, Linee Guida e Best Practices internazionali (in particolare: *DL 24/2017; Accordo Stato-Regioni 137/2014; DL 81/2014; Accordo Stato-Regioni 04/2013; DL 180/1978; NICE 2015; DoH, 2009*).

Dati sul Case Management: la distribuzione della funzione di Case Manager tra le diverse figure sociosanitarie

Le Procedure R.O.M.A. 1.2 prevedono un monitoraggio continuo del loro processo di implementazione nell'attività dei STSM, attraverso la raccolta di dati provenienti dai STSM e forniti dagli operatori dirigenti responsabili dei trattamenti (medici), rispetto specifici indicatori di processo/esito e di *outcome* (Tabella 2).

PROCESSO / ESITO	INDICATORI
Valutazione / Gestione del Rischio	• n. CG con valutazione delle quattro aree di rischio-complessità / n. CG • n. CGNC con valutazione delle quattro aree di rischio-complessità / n. CGNC • n. CGC con valutazione delle quattro aree di rischio-complessità / n. CGNC • **n. ES / n. *incident reporting* (n. ES + NM + EA)**
Percorso di Gestione (CGNC e CGC)	• n. CGC / n. CG • n. CGNC / n. CG • n. AdR / n. CGC • n. CG con equipe multiprofessionale / n. CG • n. CGNC con due operatori in equipe multiprofessionale / n. CGNC • n. CGC con quattro operatori in equipe multiprofessionale / n. CGC • n. CG con PIC / n. CG • n. CGNC con PIC / n. CGNC • n. CGC con PIC / n. CGC
Case Management / Case Manager	• n. CGC con CM / n. CGC • n. CGC con quattro operatori in equipe con CM / n. CGC • n. GC con CM infermieristico / n. GC • n. GC con CM assistente sociale / n. GC • n. GC con CM TeRP-EP / n. GC

Abbreviazioni: CG (condizioni gravi); CGNC (condizioni gravi non complesse); CGC (condizioni gravi complesse); CM (*case manager*) ES (eventi sentinella); NM (*near miss*); EA (eventi avversi); PIC (piano individualizzato di cura); TeRP /tecnico riabilitazione psichiatrica); EP (educatore professionale)

Tabella 2

I dati disponibili per l'anno 2023 per il Monitoraggio del Case Management nelle Condizioni Gravi (Tabella 3) hanno documentato una media percentuale di applicazione delle Procedure R.O.M.A. pari al 99,92% (vedi in Tabella 3: *Totale Gravi con valutazione R.O.M.A.*) e una media percentuale di Équipe Multiprofessionale con Case Manager nelle Condizioni Gravi Complesse pari all'84,83% (vedi in Tabella 3: *Totale GC con CM*").



Tabella 3

L'analisi della distribuzione della funzione di Case Manager tra le diverse figure professionali coinvolte ha confermato che la maggior parte dei CM appartiene alla figura professionale dell'infermiere. Solo in un numero

limitato di casi il CM è un assistente sociale, mentre è del tutto marginale la presenza di TeRP ed EP, sia come CM che nella composizione delle EMP (Figura 6 e Figura 7).

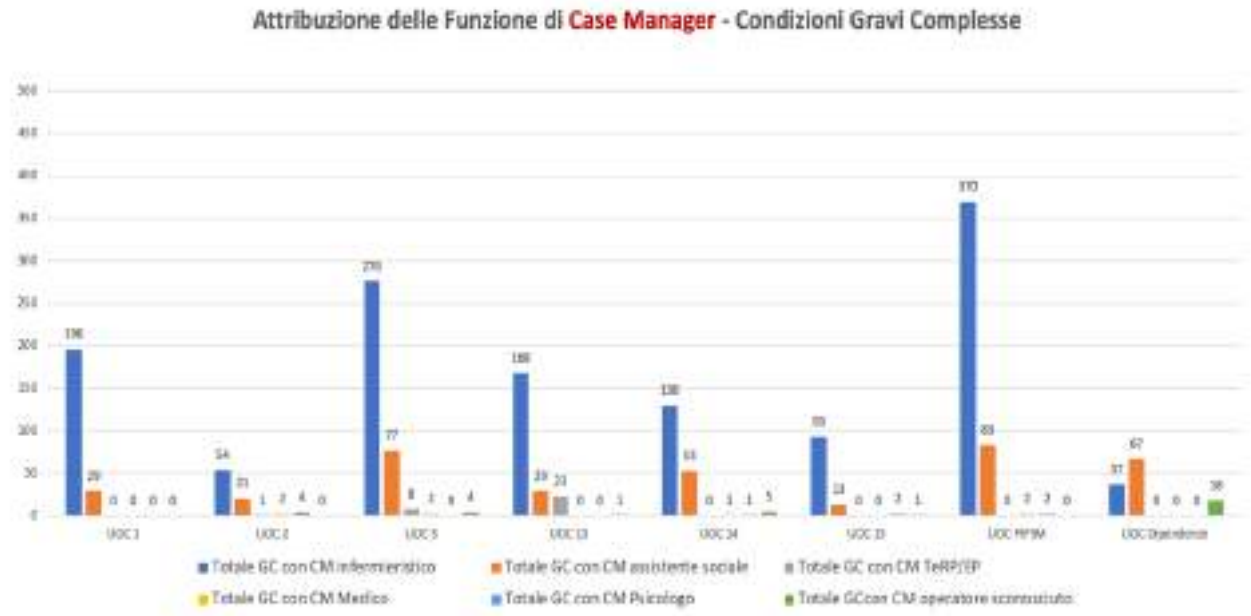


Figura 6: numero Condizioni Gravi Complesse in Case Management

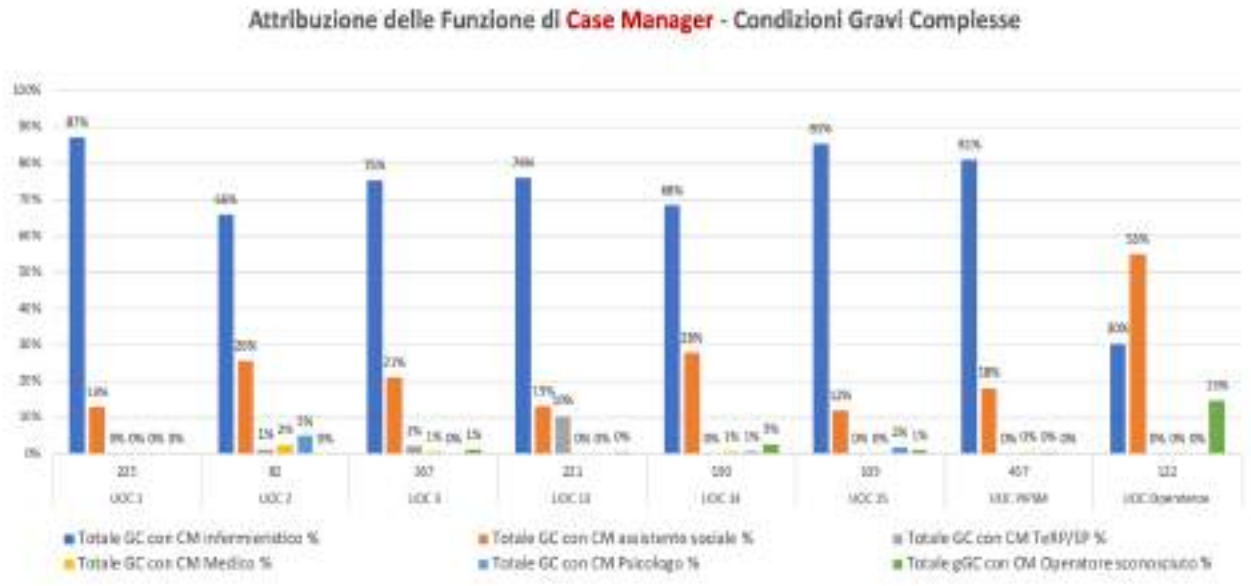


Figura 7: percentuale Condizioni Gravi Complesse in Case Management

5. Conclusioni

Malgrado l'ampia e consolidata letteratura internazionale a supporto di modelli di cura integrati in Salute Mentale, quali il modello del Case Management e del Case Manager, in particolare per le condizioni gravi e complesse (Lambert et al., 2024; Campagna et al., 2024; Talisman et al., 2015; Zyguras and Stuart, 2000; Marshall et al., 1998; Mueser et al., 1988: Intagliata, 1982), a oggi non tutte le figure professionali potenzialmente coinvolte nei percorsi terapeutico-riabilitativi *recovery-oriented* hanno un adeguato livello di esperienza e di formazione specifica.

È quindi necessario un cambiamento culturale nei servizi di Salute Mentale orientato all'implementazione di nuovi modelli clinico-organizzativi multiprofessionali. L'integrazione della funzione del CM, per l'ottimizzazione delle prestazioni e delle risorse nel lavoro di équipe, in particolare per le condizioni cliniche con alti livelli di gravità e complessità, diventa centrale e la promozione di eventi formativi un obiettivo strategico nei DSM delle ASL italiane. L'esperienza del DSM della ASL Roma 1 con la produzione e l'implementazione delle Procedure R.O.M.A. e la promozione di corsi di formazione aziendali per lo sviluppo del modello Case Management/Case Manager rappresenta potenzialmente un esempio di *Good Practice* trasferibile.

Bibliografia

Accordo Stato-Regioni 04/2013: Piano Azione Nazionale Salute Mentale, PANSM - https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=4430&area=salute%20mentale&menu=azioni

Accordo Stato-Regioni 137/2014: Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità - https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=2461

Anthony W., Cohen M., Farkas M., Gagne C., Riabilitazione psichiatrica, CIC Edizioni Internazionali, 2003

Bartolomei A, Passera AL. L'Assistente Sociale. Manuale di servizio sociale professionale. CieRre, 2005

Bortoli B. Case management. Da: Dal Pra Ponticelli M. Dizionario di Servizio Sociale. Carocci Editore, 2006

Calamandrei C, Orlandi C. La dirigenza infermieristica. Manuale per la formazione dell'infermiere dirigente e del caposala. McGraw-Hill Companies, 2002

Campagna V., Edwards F, Morgan PK. Reflections on Case Management—Past, Present, and Future. Professional Case Management 29(3) p120-122, 2024, doi: 10.1097/NCM.0000000000000723

Chiari P, Santullo A. L'infermiere case manager. Dalla teoria alla prassi. McGraw-Hill Education, 2010

Carozza P. Principi di riabilitazione psichiatrica. Franco Angeli Editore, 2006

Davies B, Jose Fernadez J. Il case management: ottenere equità ed efficienza nell'allocazione delle risorse. Prospettive Sociali e Sanitarie, n.9, 2001

Di Santo S. L'Infermiere Case Manager, un importante agente di cambiamento. 2017 - https://www.nurse24.it/specializzazioni/infermiere-case-manager-importante-agente-di-cambiamento.html

DL 180/1978: Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori

DL 520/1998: Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale

DL 182/2001: Regolamento concernente la individuazione della figura del tecnico della riabilitazione psichiatrica

DL 81/2014: Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, REMS

DL 24/2017: Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie)

DoH (Department of Health): Best Practice in Managing Risk. Principles and Evidence for Best Practice in the Assessment and Management of Risk to Self and Others in Mental Health Services, 2009

Famulari R, Fierro L, Parigi D, Rovigo E, Ussorio D. Il Core Competence del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica. Alpes Italia S.R.L. editore, 2019

Gori C. Quali prospettive per il case management in Italia. Prospettive Sociali e Sanitarie, n.9, 2001

Grassi L, Carozza P, Psichiatria di comunità basata sulle evidenze e orientata alla recovery. Edizione Minerva, 2024

Intagliata, J. Improving the Quality of Community Care for the Chronically Mentally Disabled: The Role of Case Management. Schizophrenia Bulletin, 8(4) 655–674, 1982. https://doi.org/10.1093/schbul/8.4.655

Lambert M, König H, Karow A, König HH, Rohenkohl A, Luedecke D, Schröter R, Finter C, Tlach L, Schindler A, Peter H, Scherer M, Mews C, Härter M, Bindt C, Löwe B, Briken P, Peper H, Schweiger M, Mösko M, Bock T, Deister A, Correll CU, Ozga AK, Pepić A, Zapf A, Gallinat J, Peth J, Konnopka A, Schulz H. Stepped, evidence-based and integrated care service model vs. usual care for mental disorders: A randomized controlled trial (RECOVER). Psychiatry Research, 339, 2024, https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116007

Liberman RP. (a cura di). La riabilitazione psichiatrica. Raffaello Cortina Editore, 1997

Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews, 1998, https://doi.org/10.1002/14651858.CD000050

MdLPS, 2022. Case Manager: Quale figura professionale può ricoprire il ruolo di case manager e quali sono le sue principali mansioni?

Moriconi I, Scorbaioli C. L'infermiere Case Manager in salute mentale: follow -up sui pazienti con scala HONOS. Rivista L'infermiere, n. 5, 2019

Mueser KT, Bond QR, Drake RE, Resnic SQ. Models of Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management. Schizophrenia Bulletin, Volume 24, Issue 1, 1998, Pages 37–74, https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033314

NICE (National Institute Clinical Excellence): Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings, 2015

OAS (Ordine Assistenti Sociali) Consiglio Regionale Lombardia. Il Servizio Sociale professionale in sanità e la funzione di case management. 2021 - https://ordineaslombardia.it/wp-content/uploads/2024/07/Case-management-SSP-sanita.pdf

Talisman N, Kaltman S, Davis k, Sidel S, Akil M, Alter C. Case Management: A New Approach
Psychiatric Annals, 2015;45(3):134–138, https://doi.org/10.3928/00485713-20150304-08

Vita A, Dell'Osso L, Mucci A. Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica. Giovanni Fioriti Editore, 2019

WHO (World Health Organization). Mental Health Action Plan 2013-2020

Zyguras S and Stuart GW. A Meta-Analysis of the Effectiveness of Mental Health Case Management Over 20 Years. Psych Serv, 51(11), 2000, https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.11.1410