



**DENOMINAZIONE:** Incarico professionale Case Manager OSCO Copparo  
Incarico professionale Case Manager OSCO Comacchio  
Incarico professionale Case Manager OSCO Cona

**Ruolo di riferimento:**  Sanitario                      Tecnico                      Amministrativo  
 Funzione Professionale                      Professionale Specialista                      Professionale Esperto

**POSIZIONAMENTO ORGANIZZATIVO:**

**Struttura superiore di riferimento:** Responsabile Organizzativo Casa della Comunità di appartenenza

**Strutture in relazione di dipendenza diretta alla posizione:** Coordinatore Assistenziale OSCO di appartenenza

**Struttura in rapporto funzionale:** Dirigente Area del Management assistenziale provinciale cure territoriali, cronicità, fragilità e prossimità

**CONTENUTI:**

**MISSIONE:**

L'infermiere Case Manager inserito nel contesto dell'Ospedale di Comunità garantisce il coordinamento della presa in carico assistenziale del paziente favorendo l'integrazione e la continuità delle cure tra i servizi territoriali ospedalieri e socio-sanitari, con particolare attenzione ai pazienti fragili, cronici e complessi, post-acuti, e ai cittadini stranieri. Attraverso la transizione tra territorio-territorio, territorio-ospedale, territorio-servizi socio-territoriali, l'infermiere case manager dell'OSCO agisce come snodo organizzativo nella rete socio-sanitaria, garantendo continuità delle cure, appropriatezza dei percorsi e integrazione multiprofessionale.

La collaborazione costante e continua con la Centrale Operativa Territoriale (COT), le cure domiciliari (ADI-IFeC), i Medici di Assistenza Primaria (MMA), le reti territoriali dei PDTA e delle Cure palliative e i servizi sociali; definiscono il Case Manager dell'OSCO come una figura strategica della nuova sanità territoriale, orientata alla medicina di iniziativa, alla gestione della fragilità e alla riduzione della frammentarietà assistenziale, come previsto dal DM 77/2022.

**AREE DI RESPONSABILITÀ:**

- Collaborare con il team multidisciplinare per la gestione integrata della cronicità, identificando i bisogni assistenziali complessi e i fattori di rischio clinico-sociale, garantendo la "presa in cura" nell'ottica della continuità dell'assistenza territoriale e dell'integrazione dei servizi.
- Garantire la continuità nelle transizioni assistenziali collaborando alla prevenzione del rischio di riospedalizzazione, attraverso l'attivazione di percorsi personalizzati.
- Collaborare e promuovere progetti di sensibilizzazione ed educazione terapeutica e sanitaria per favorire la domiciliarità.
- Favorire l'empowerment della persona assistita supportando il caregiver e la famiglia nella relazione con i servizi sociali e il terzo settore, collaborando allo sviluppo di sistemi di telecontrollo e teleassistenza per favorire la domiciliarità.
- Partecipare alla definizione dei percorsi organizzativi territoriali, promuovendo la medicina di iniziativa.

**PRINCIPALI ATTIVITÀ:**

- Collabora alla gestione integrata della cronicità, attraverso l'utilizzo delle principali scale di accertamento inf.co, con particolare attenzione all'area sociale.

- Pianifica la transizione da una fase del percorso di cura alla successiva, allertando i servizi preposti, e verificando la correttezza del processo (trasporti, reperimento farmaci, addestramento formazione dei famigliari).
- Identifica tempestivamente i bisogni assistenziali complessi e i fattori di rischio clinico-sociali che possono costituire una potenziale dimissione difficile, (scala di Brass) in collaborazione con i servizi territoriali e il medico di assistenza primaria (MMP).
- Collabora quotidianamente con l'equipe clinico-assistenziale per aggiornare il piano di dimissione/ammissione e il piano assistenziale individuale (PAI)
- Registra, analizza e gestisce i dati dei pazienti presi in carico nell'ambito della pianificazione assistenziale.
- Monitora l'aderenza terapeutica e assistenziale, svolgendo attività di educazione terapeutica e sanitaria, supportando il paziente e il caregiver per il rientro al domicilio.
- Coordina i percorsi assistenziali integrati dei pazienti complessi, in collaborazione con la COT, l'ADI, la reti delle cure palliative, favorendo l'integrazione multiprofessionale.
- Partecipa alla definizione dei percorsi organizzativi territoriali, collaborando alla definizione di procedure integrate.
- Gestisce la relazione con i pazienti, caregiver, familiari, mediatori culturali garantendo una comunicazione efficace tra professionisti e servizi, facilitando la condivisione delle informazioni.
- Supporta il caregiver e le famiglie nei percorsi di cura, utilizzando strumenti digitali per la gestione della presa in carico e collaborando allo sviluppo e all'utilizzo dei sistemi di telecontrollo e teleassistenza, supportando i processi di sanità digitale territoriale in collaborazione con IFeC
- Contribuisce alla raccolta e analisi dei dati assistenziali territoriali.
- Collabora allo sviluppo di percorsi assistenziali integrati, partecipa ad audit clinico-organizzativi, supportando attività di monitoraggio della qualità.
- Somministra e monitora strumenti di valutazione della qualità percepita dai pazienti.
- Cura i rapporti con le associazioni di volontariato.
- Partecipa all'attività di ricerca clinica

### **PRINCIPALI INTERLOCUTORI:**

#### **INTERNI**

Relazioni dirette (fornitura di attività e/o servizi) utenza con interlocutori interni all'Azienda

Tipologia interlocutori	FREQUENZA RELAZIONI		
	Elevata	Media	Bassa
1) DATeRP		x	
2) Professionisti afferenti alla Struttura di assegnazione	x		
3) Professionisti del team multidisciplinare	x		
4) Coordinatori U.O./Servizi		x	
5) COT	x		
6) MAP (ex MMG)	x		
7) ADI-IFEC	x		
8) Rete cure palliative	x		
9) Area Qualità ed Accredimento Interaziendale			x
10) Area Comunicazione Interaziendale			x
11) serv.magazzino			x
12) serv ammi.vo.		x	
13) ICT			x

#### **ESTERNI**

Relazioni con soggetti esterni all'Azienda e/o gestione di attività con diretto impatto sull'utenza

Tipologia interlocutori	FREQUENZA RELAZIONI		
	Elevata	Media	Bassa
1) Utenti/familiari	x		
2) Servizio Sociale	x		
3) Mediatori Culturali		x	
4) Volontariato			x
5) Ditte esterne per tecnologie	x		
6) Ditte per servizi esternalizzati (ambulanze, pulizie, cucina ecc..)	x		

### **REQUISITI D'ACCESSO:**

#### **– CONOSCENZE:**

- Possesso dei requisiti generali previsti dal bando;

- Possesso di almeno 5 anni di esperienza professionale nel ruolo di Infermiere (ex Cat. D-DS);

**COMPETENZE (tipo di esperienza e/o professionalità richiesta):**

- Competenze di integrazione multiprofessionale e case management
- Capacità organizzative e di orientamento alla continuità assistenziale
- Capacità di lavoro in rete
- Capacità comunicative e relazionali avanzate
- Capacità di collaborare alla gestione del rischio clinico
- Utilizzo di strumenti informatici e digital health
- Conoscenza dei modelli organizzativi territoriali previsti dal DM 77/2022

**Durata** → l'incarico ha una durata di 5 anni e può essere rinnovato, previa valutazione positiva, senza attivare la procedura di conferimento degli incarichi di funzione professionali, per una durata massima complessiva di 10 anni.