AICM Associazione Italiana Case Manager

XVII CONGRESSO NAZIONALE AICM

Nucleo Case Manager PDTA dell'AO San Giovanni Addolorata:

un modello organizzativo per la presa in carico continuativa e qualificata

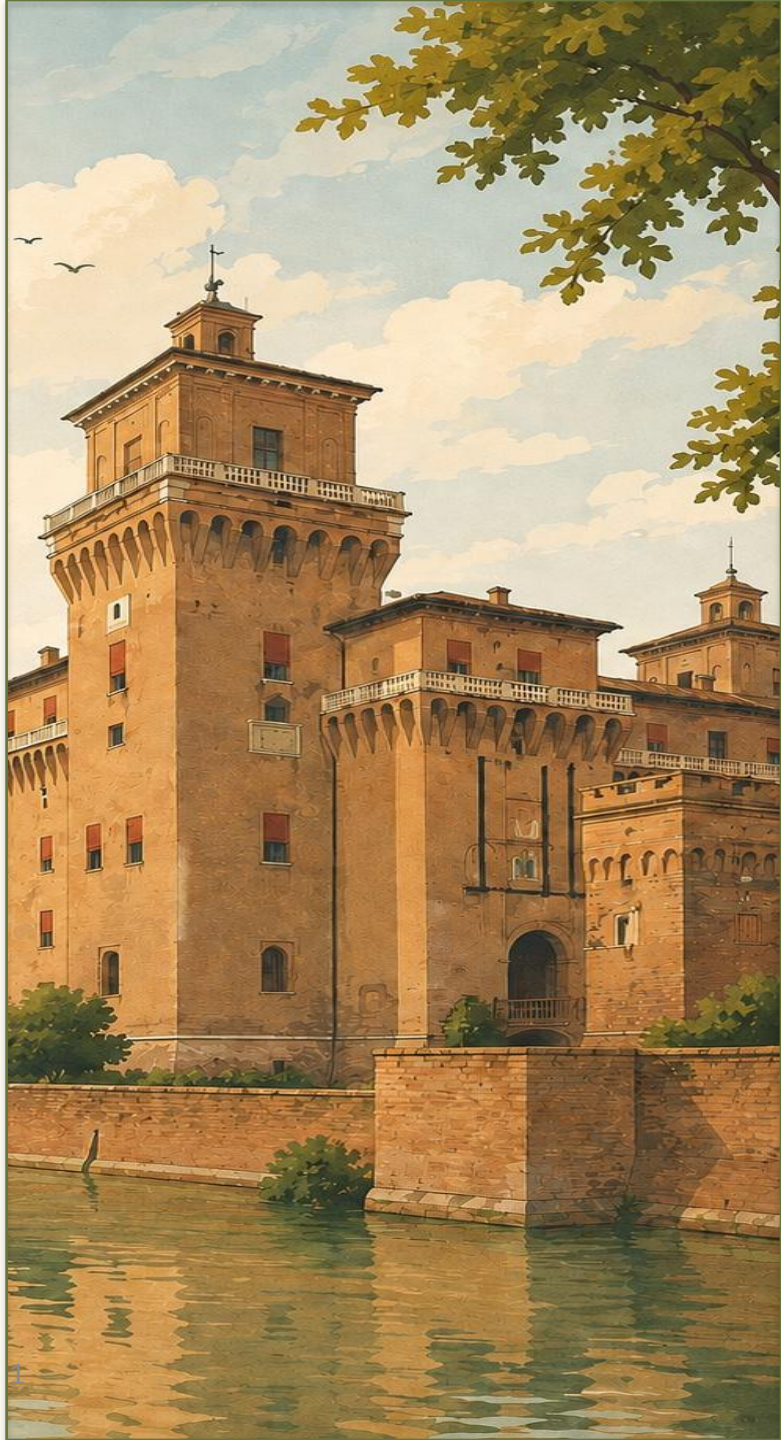
Dott.ssa Silvia Barberi • Dirigente delle Professioni Sanitarie – Policlinico Umberto Primo

"Il Case Management: la parola convince e l'esempio trascina"

FERRARA

Aula Magna Nuovo Arcispedale S. Anna – Sede di Cona
Via Aldo Moro, 8 – 44124 Ferrara (FE)

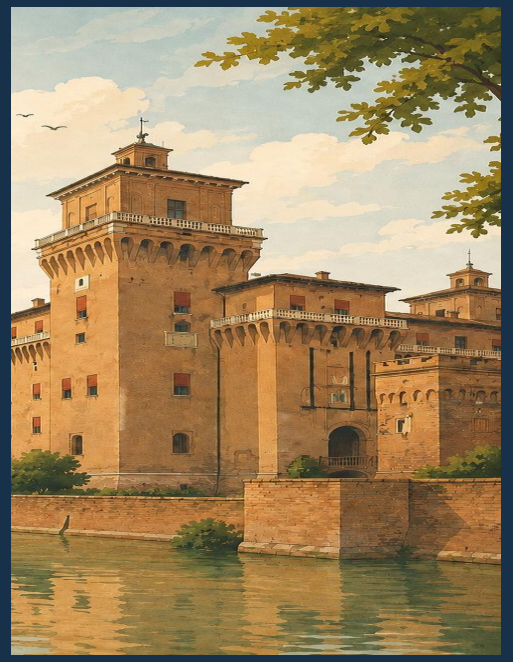
9 e 10 OTTOBRE 2026



DISCLAIMER

“La seguente presentazione contiene spunti di riflessione ed è ad uso esclusivo del relatore e di AICM per quanto riguarda la sua presentazione.

Il materiale fornito e qualsiasi commento o informazione citata dal relatore sono a solo scopo formativo e nulla di quanto trasmesso o fornito deve essere considerato una consulenza legale, contabile o fiscale.”



SEDE DI CONA

AULA MAGNA NUOVO ARCISPEDALE S. ANNA

VIA ALDO MORO, 8 – 44124 FERRARA (FE)

NCM: Mission e Vision

- Il Nucleo Case Manager PDTA Oncologici nasce per:
  - *coordinare* i case manager dei diversi percorsi
  - superare *la frammentazione* e garantire una presa in carico globale e personalizzata
  - *rafforzare l'integrazione* tra i diversi professionisti
- **Obiettivi**
  - Creare un *gruppo coeso* di case manager capace di lavorare in *sinergia*
  - *condividere strumenti* e metodi comuni
  - standardizzare processi e garantire continuità assistenziale, aumentando la qualità percepita dall'utenza e l'efficienza organizzativa.

Il percorso del paziente oncologico presso l'A.O.S.G.A. il Nucleo Case Manager PDTA ONCOLOGICI

- Il "Nucleo Case Manager PDTA Oncologici" mira ad una centralizzazione delle attività svolte dai Case Manager dedicati ai diversi PDTA in coerenza con gli obiettivi del PON
- Il Piano Oncologico Nazionale (PON) 2023-2027 sottolinea il ruolo centrale che le Reti oncologiche devono avere per favorire una cura sempre più integrata tra ospedale e territorio, riconoscendo come il modello organizzativo della rete sia il più indicato per una presa in carico multidisciplinare e multidimensionale dei pazienti oncologici. Il PON mira a migliorare l'assistenza attraverso una presa in carico globale e integrata del paziente, dall'ospedale al territorio, con l'istituzione di reti oncologiche regionali e Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) centralizzati.

NCM: Mission e Vision

- Ottobre 2025… Come abbiamo iniziato?
  - Analisi delle attività individuali **con il metodo delle 5 W**
    - sono stati organizzati 4 incontri aziendali per favorire
      - conoscenza reciproca
      - condivisione di strumenti e co-progettazione del nuovo assetto
    - Il Dipartimento delle Professioni Sanitarie ha individuato un coordinatore unico formato e supportato dalla Direzione Aziendale



NCM: Mission e Vision



…Trasformare un insieme di attività individuali in un sistema integrato, sostenibile e centrato sul paziente, generando valore clinico, organizzativo e umano.

Il percorso del paziente oncologico presso l'A.O.S.G.A.
PACO – PDTA – Team Multidisciplinare – Case Manager del NCM

Due modalità di accesso

Il percorso del paziente oncologico può avere origine da:

1. Riscontro occasionale

- PS
- Visita ambulatoriale
- Ricovero
- Riscontro/sospetto di patologia oncologica

2. Diagnosi oncologica già nota

- Paziente che desidera essere preso in carico presso l'A.O.S.G.A.
- Accesso tramite MMG, specialista o libero accesso

- **Obiettivo comune:**
  ➡️ garantire una presa in carico integrata, tempestiva e multidisciplinare.

Il percorso del paziente oncologico presso l'A.O.S.G.A.
PACO – PDTA – Team Multidisciplinare – Case Manager del N

- I primo accesso
- Riscontro di sospetta/nota patologia oncologica
- ↓
- Prima valutazione clinica
- ↓
- Inquadramento diagnostico e stadiazione
- ↓
- Visita oncologica
- ↓
- Discussione multidisciplinare
- ↓
- Inserimento nel PDTA di riferimento

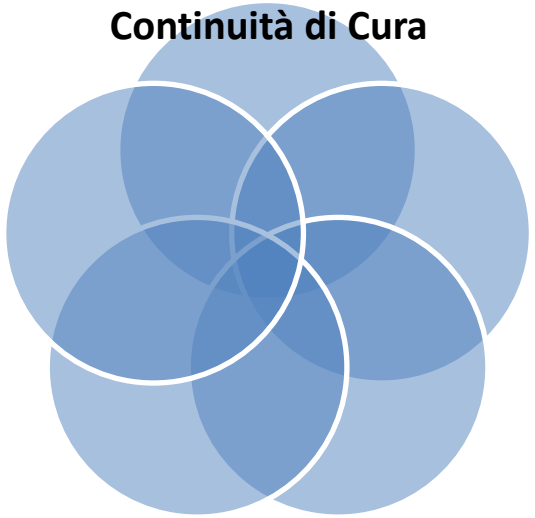


Il percorso del paziente oncologico presso l'A.O.S.G.A.

PACO

Il **PACO** rappresenta il punto di orientamento e collegamento per il paziente oncologico.

Punto Oncologico di Accesso e di Continuità di Cura



Accesso

- **Lunedì – Venerdì**
  12:00 – 14:00
  Presidio Addolorata – 1° Piano – Area Ambulatoriale

Funzioni principali

- Orientamento all'interno della struttura ospedaliera
- Informazione sul percorso di cura
- Accesso alla prima visita oncologica
- Collegamento tra paziente, professionisti e servizi
- Supporto alla continuità assistenziale

Il percorso del paziente oncologico presso l'A.O.S.G.A.
i PDTA

Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali

I PDTA rappresentano lo strumento clinico-organizzativo per:

- uniformare le pratiche assistenziali;
- integrare servizi e professionisti;
- garantire appropriatezza e continuità delle cure;
- accompagnare il paziente nelle diverse fasi della malattia.

- 🧠 **Cerebrale**
- 👤 **Testa-Collo**
- 🎗️ **Senologico**
- 🫁 **Polmone**
- 🩺 **Digerente**
- ⚕️ **Uro-Genitale**
- ♀️ **Ginecologico** – prossima attivazione

Il percorso del paziente oncologico presso l'A.O.S.G.A.
il Case Manager nei PDTA

l Case Manager

- **Una figura di riferimento lungo tutto il percorso**
- L'**Infermiere Case Manager (ICM)** accompagna il paziente oncologico dalla diagnosi alle diverse fasi della cura.
- **Le sue principali funzioni**
- È presente dalla comunicazione della diagnosi
- Orienta il paziente nel percorso
- Pianifica indagini e consulenze
- Informa paziente e caregiver
- Supporta la gestione dei presidi
- Promuove strategie di coping
- Garantisce attività di problem solving



Il paziente non è solo nel percorso

Il percorso del paziente oncologico presso l'A.O.S.G.A.

UN MODELLO CENTRALIZZATO: IL NUCLEO CASE MANAGER

Un modello centralizzato

La rete dei Case Manager dei PDTA

L'A.O.S.G.A. ha promosso un **modello centralizzato** finalizzato a:

- uniformare il modello operativo;
- condividere strumenti ed esperienze;
- standardizzare raccolta dati e monitoraggio;
- migliorare il coordinamento tra servizi e professionisti;
- favorire formazione e condivisione dei feedback;
- monitorare il benessere degli operatori;
- migliorare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza.

Il percorso del paziente oncologico presso l'A.O.S.G.A.

UN MODELLO CENTRALIZZATO: IL NUCLEO CASE MANAGER

Un Case Manager che segue il paziente, non il contrario

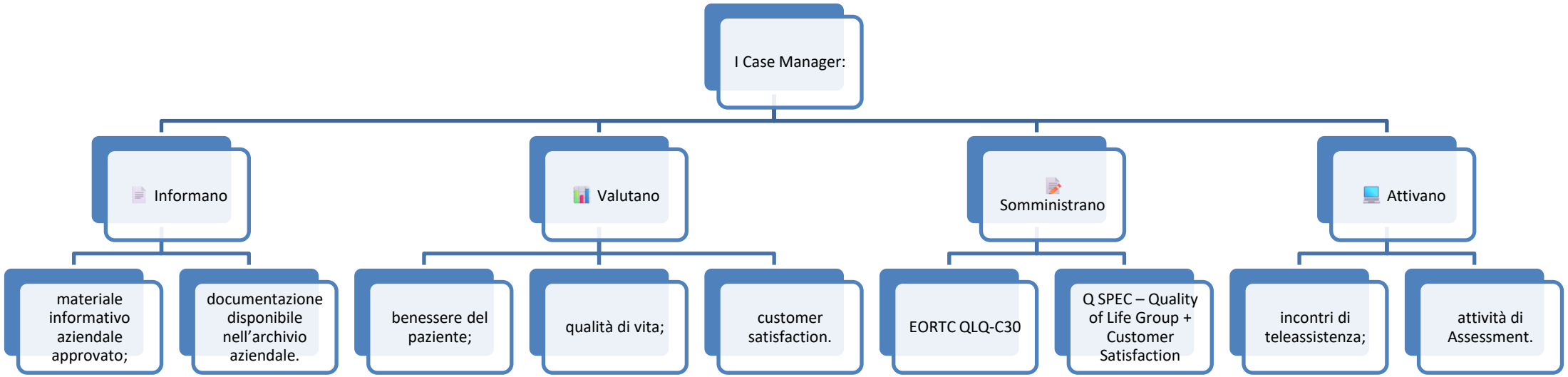
- I Case Manager dei diversi PDTA:
- 📍 **Sede centrale**
- Area ambulatoriale- 1° Piano
- Presidio Addolorata
- 🔄 **Seguono il paziente**
- nelle diverse fasi assistenziali;
- nei tre presidi di diagnostica e cura;
- garantendo continuità del percorso.
- 🤝 **Lavorano in rete**
- con PACO;
- con MDT;
- con COO;
- con servizi territoriali;
- con le reti di supporto.



Il percorso del paziente oncologico presso l'A.O.S.G.A.

Strumenti a supporto del percorso

Informazione – Valutazione – Teleassistenza



BACKGROUND: profilo e responsabilità del case manager

- Il *Case Management* (tradotto letteralmente “gestione del caso”) rappresenta un sistema di erogazione dell’assistenza infermieristica **efficace, orientata ai risultati**, che ha innovato l’assistenza sanitaria ospedaliera e comunitaria a partire dagli anni ’40.
- L’*American Case Management Association* (ACMA) descrive il *Case Management* come ***“un processo dinamico che valuta, pianifica, implementa, coordina, monitora e valuta per migliorare i risultati e le esperienze” (ACMA, 2023)***
- Può anche essere definito come un modello **di pratica infermieristica avanzata** (García-Fernández et al, 2014) **olistico, centrato sul paziente** (nel proprio ambiente di vita), **in grado di promuovere l’autonomia personale, la partecipazione sociale**, facilitando l’accesso alle risorse sociosanitarie.
- Nel perseguimento dell’equità sanitaria, le priorità includono:
  - **l’identificazione dei bisogni,**
  - **la garanzia di un accesso adeguato alle risorse/ai servizi,**
  - **la lotta ai determinanti di disuguaglianza nella salute**
  - **la promozione di transizioni di cura sicure** (ACMA, 2023).

BACKGROUND: profilo e responsabilità del case manager

- i **case manager** orientano in sistemi complessi per **raggiungere obiettivi comuni**, *difendono la dignità personale, l'autonomia e il diritto all'autodeterminazione degli assistiti*" (ACMA, 2023).
- **La gestione dei casi** è il processo collaborativo mediante il quale le opzioni e i servizi necessari per soddisfare le esigenze di salute di un individuo vengono **valutati, pianificati, implementati, coordinati, monitorati e valutati**, articolando la comunicazione e le risorse disponibili per promuovere risultati di qualità e costo-efficaci (Gómez Sánchez, 2011).
- L'ACMA ha pubblicato nel 2023 "Standards of practice & Scope of Services", che hanno lo scopo di descrivere le **componenti professionali** in base alle quali i case manager forniscono assistenza e si comportano all'interno delle loro organizzazioni.

BACKGROUND:
profilo e responsabilità del Case Manager

Vengono individuati sette “Standard di pratica” (ACMA, 2023)



Il ruolo del CM, grazie alle sue competenze, **diventa una figura chiave per garantire la qualità,** intesa come insieme di efficienza, efficacia, sicurezza, appropriatezza, *engagement* ed equità.

OBIETTIVO DEL PROGETTO



Creare un NUCLEO di professionisti CASE MANAGER che attraverso **il processo di presa in carico applichino il processo infermieristico,** quindi la valutazione dei pazienti per individuarne i loro bisogni reali e potenziali, cercando di adattare il piano di assistenza al percorso precedentemente sviluppato con un'équipe multidisciplinare

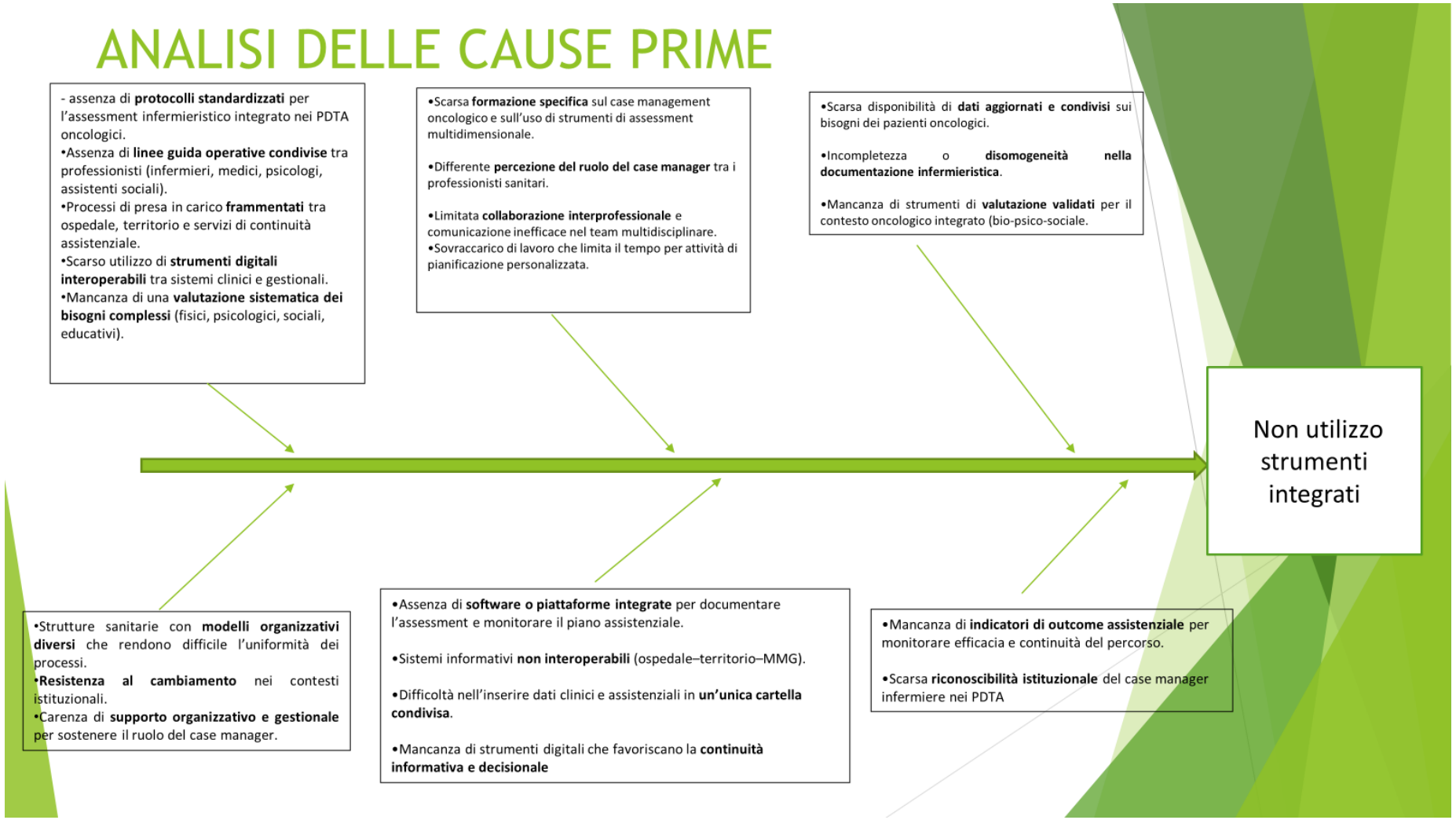


CONDIVIDERE STRUMENTI INTEGRATI E METODI al fine di uniformare l'attività su ogni percorso (PDTA) per consentirne una più facile lettura, monitoraggio e gestione



Stabilire una modalità comunicatica di raccordo con la Centrale Operativa Ospedaliera sulla base del modello del Transitonal Care.

ANALISI DELLE CAUSE PRIME



CONTROMISURE E IDEE DI RISOLUZIONE

AZIONE PROPOSTA	OBIETTIVO
Sviluppo di uno strumento di **ASSESMENT integrato**	Entro 6 mesi, ≥80% dei pazienti oncologici valutati con lo strumento integrato
Implementazione di una **piattaforma digitale condivisa per registrare assessment, piani e monitoraggi** accessibile a tutti gli attori del PDTA	Entro 12 mesi, ≥75% dei pazienti con dati aggiornati sulla piattaforma
Standardizzazione della cartella infermieristica con introduzione di moduli digitali strutturati per l'assessment e relativa la pianificazione assistenziale	≥90% delle cartelle infermieristiche compilate correttamente entro 1 anno
Definizione di un set di **Nursing Sensitive Outcomes**	Entro 3 mesi definizione del set di NSO
Definizione di un percorso di presa in carico predefinito che parta dal territorio (visita ambulatoriale) con introduzione della consulenza del CM anche attraverso il supporto della telemedicina	Entro 3 mesi ≥70% dei pazienti valutati con consulenza del case manager
Introduzione di un piano di aggiornamento dedicato per i CM	≥1 evento formativo annuale per tutti i case manager
Organizzazione di una convention di presentazione del Nucleo Case Mangaer	Entro 12 mesi dalla creazione del NCM diffusione dei risultati raggiunti nei vari PDTA oncologici

Piano di implementazione

Azione	Nov 25	Dic 25	Gen 26	Feb 26	Mar 26	Aprile 26	Mag 26	Giug 26	Lug 26
Avvio del progetto									
Incontri con i case manager dei pdta									
Condivisione e confronto degli strumenti esistenti									
Scelta e validazione degli strumenti utili per i diversi PDTA									
Inizio Collaborazione con il servizio di Telemedicina									
organizzazione dei PAC									
Sviluppo e utilizzo dello strumento digitale integrato									

PROGETTO ATTIVITA' CASE MANAGER

FASE	ATTIVITA'	COME	QUANDO	MOTIVO
1.	Valutazione iniziale dei bisogni assistenziali	Attraverso l'assessment infermieristico	Al momento del primo contatto con il paziente	Permette di raccogliere le informazioni del paziente e identificare i suoi bisogni assistenziali
2.	Pianificazione degli appuntamenti per esami prescritti	Attraverso agende ambulatoriali	Al momento del primo contatto con il paziente	Permette di pianificare gli appuntamenti in forma prioritaria rispetto al CUP.
3.	Riunione collegiale tra il CM e le altre figure professionali	Attraverso briefing	Dopo aver raccolti i dati del paziente	Permette di redigere un PAI coerente con gli obiettivi del PDTA e le esigenze del paziente.
4.	Elaborazione del PAI	Sulla base dei bisogni identificati e del PDTA	Al momento della presa in carico del paziente sino al follow-up	Migliora la presa in carico del paziente durante l'intero percorso di cura.
5.	Attuazione del PAI	Esecuzione di interventi previsti dal PAI	Dopo la pianificazione del PAI	Permette di raggiungere gli obiettivi previsti nella pianificazione.
6.	Educazione, Counselling e empowerment del paziente e della famiglia	Attraverso interventi educativi e motivazionali.	Durante l'attuazione del PAI	Fornire informazioni chiare e dettagliate sul PDTA supporta il paziente e la sua famiglia nel prendere decisioni informate e aderire al percorso di cura.
7.	Rivalutazione e monitoraggio del PAI	Attraverso la rivalutazione dei bisogni del paziente	Durante il PDTA	Permette di monitorare le condizioni dell'assistito e apportare modifiche al PAI
8.	Follow-up	Attraverso interviste telefoniche	Durante il PDTA	Permette di monitorare le condizioni di salute del paziente e l'efficacia degli interventi educativi

Il percorso del paziente oncologico presso l'A.O.S.G.A.

Organizzazione operativa

Un modello orientato alla continuità

I Case Manager:

- pianificano le prestazioni negli **slot dedicati ai singoli PDTA**;
- garantiscono il raccordo tra le diverse fasi del percorso;
- condividono strumenti e modalità operative;
- collaborano in **interscambiabilità** per garantire la continuità assistenziale durante i periodi di assenza/ferie.

Il percorso del paziente oncologico presso l'A.O.S.G.A.

il VALORE del Modello

Un percorso centrato sulla persona che mette in rete:

PAZIENTE

↓

PACO

↓

CASE MANAGER

↓

PDTA

↓

TEAM MULTIDISCIPLINARE

↓

RETE OSPEDALE–TERRITORIO

- Appropriatezza
- Continuità
- Integrazione
- Accessibilità
- Personalizzazione

Il percorso del paziente oncologico presso l'A.O.S.G.A. la stanza Me. La.

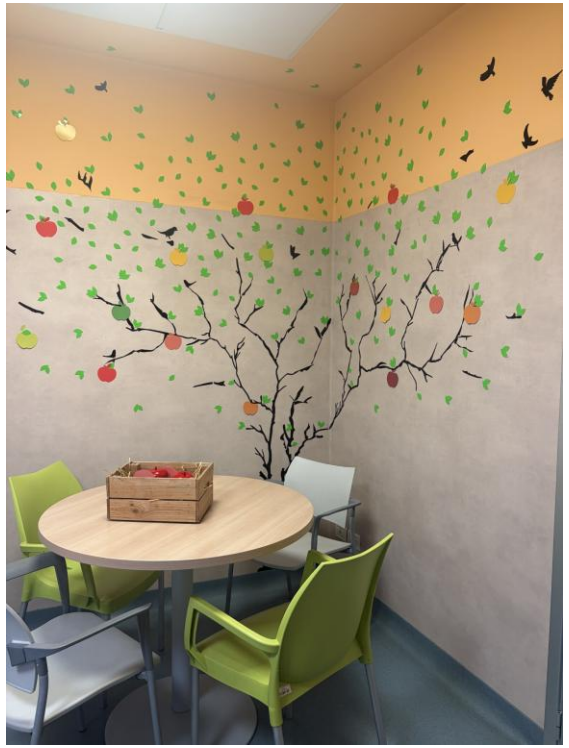
- Nell'ambito dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) oncologici è istituito il Progetto Me.La, uno spazio dedicato all'accoglienza della persona con patologia oncologica e dei suoi familiari/caregiver.

- La Stanza Me.La rappresenta un ambiente riservato, protetto e confortevole, finalizzato a favorire la comunicazione, l'ascolto attivo e la costruzione di una relazione empatica tra il Case Manager e il paziente, elementi fondamentali per garantire una presa in carico globale e centrata sulla persona.

- Lo spazio è destinato ai colloqui di accoglienza, orientamento, supporto informativo ed educativo e costituisce un luogo di riferimento per la gestione dei bisogni assistenziali, relazionali ed emotivi del paziente durante tutto il percorso di cura.
-

- La Stanza Me.La è fruibile da tutti i Case Manager afferenti ai diversi PDTA oncologici, configurandosi come luogo dedicato all'ascolto, alla relazione di aiuto e al sostegno della persona assistita, in coerenza con i principi della continuità assistenziale e dell'umanizzazione delle cure.

Il percorso del paziente oncologico presso l'A.O.S.G.A. la stanza Me. La.







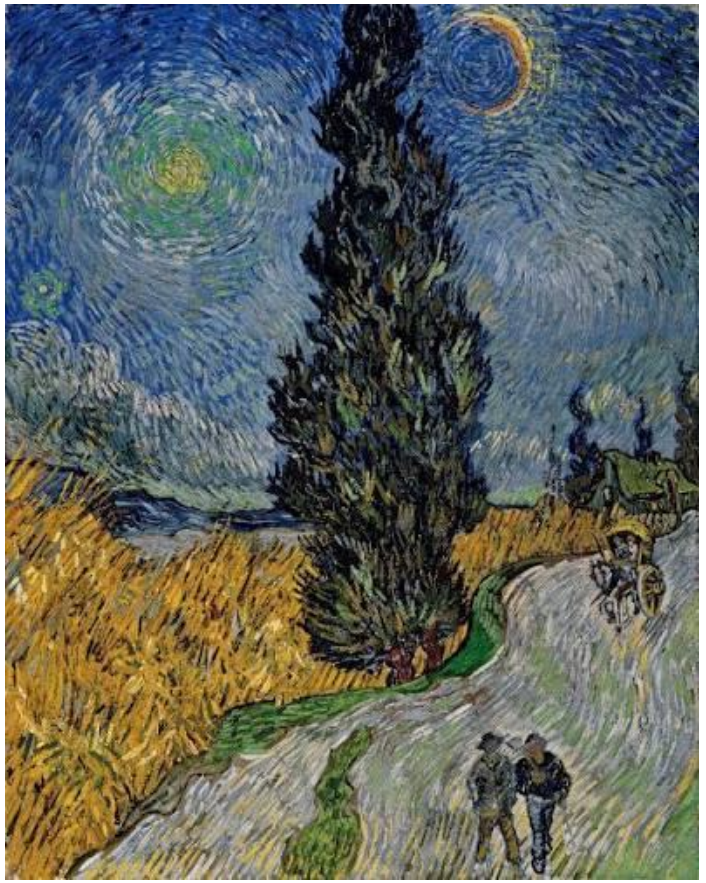


Il percorso del paziente oncologico presso l'A.O.S.G.A.

UN MODELLO CENTRALIZZATO: IL NUCLEO CASE MANAGER

Un modello organizzativo che mira a garantire:

un percorso oncologico coordinato, multidisciplinare e centrato sulla persona, dalla diagnosi al follow-up e alla gestione della malattia avanzata.



Grazie per la vostra attenzione