AICM Associazione Italiana Case Manager

XVII CONGRESSO NAZIONALE AICM

Il Case Manager come facilitatore della transizione tra NPIA e CSM: un modello per la continuità assistenziale

Giovanni Frigeni TNPEE Asst Bergamo Ovest

“Il Case Management: la parola convince e l’esempio trascina”

FERRARA

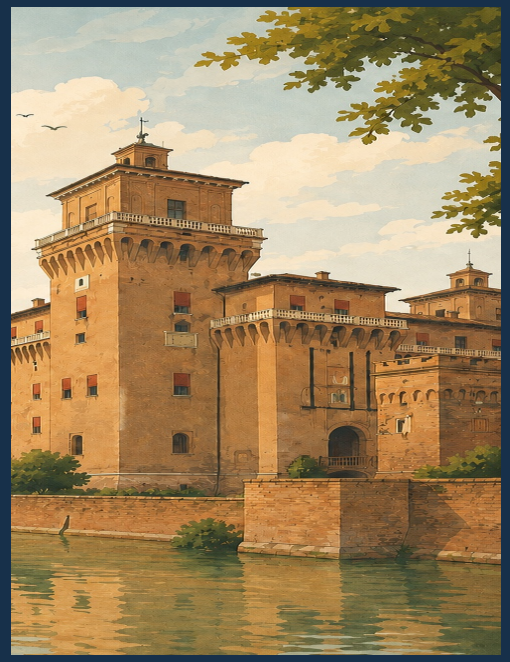
Aula Magna Nuovo Arcispedale S. Anna – Sede di Cona
Via Aldo Moro, 8 – 44124 Ferrara (FE)

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)



Dati Epidemiologici, Tappe e Rischi della Transizione NPIA → CSM

Progetto MILESTONE

STUDIO EUROPEO	Dato
Giovani analizzati	488
Transizione al servizio per adulti (AMHS)	152 (31,1%)
Giovani che non effettuano una transizione adeguata ai servizi per adulti nonostante la persistenza di un bisogno clinico	336 (68,9)

Fonte: MILESTONE - Managing the Link and Strengthening Transition from Child to Adult Mental Health Care, analisi della transizione CAMHS–AMHS; dato relativo al sottocampione di 488 giovani (Belgio, Croazia, Francia, Germania, Irlanda, Italia, Olanda, Regno Unito)

Dati Epidemiologici, Tappe e Rischi della Transizione NPIA → CSM

Progetto MILESTONE



Categoria / Milestone	Parametro / Indicatore	Dato Statistico / Evidenza Clinica	Impatto sul Percorso di Cura
Dati Generali di Drop-out	**Tasso di abbandono standard**	**33% – 50%** dei pazienti interrompe le cure a 18 anni.	Massima vulnerabilità: il 75% dei disturbi dell'adulto esordisce entro i 24 anni.
Modello Efficace (Équipe Dedicata)	**Successo della transizione**	**86%** di passaggi riusciti se mediati da protocollo formalizzato.	L'**88,6%** di questi risulta ancora in carico al CSM dopo 1 anno.
Interruzioni Terapeutiche	**Tipologia di distacco**	Gruppo controllo: **62,5% di drop-out non concordato**.	Le interruzioni concordate avvengono in pazienti con miglior funzionamento globale (GAF).
Milestone 1: Pianificazione	**Età di avvio del percorso**	**15 – 16 anni** (Early planning).	Consente di somministrare i questionari di "Transition Readiness" (es. scala TRAM).
Milestone 2: Fase di Raccordo	**Condivisione del caso**	Almeno **6 - 12 mesi** prima della maggiore età.	Costituzione di équipe miste (NPIA e CSM) con redazione del Piano Terapeutico Individuale (PTI).
Milestone 3: Presa in Carico CSM	**Fattori predittivi di successo**	Trattamento >10 anni o >7 prestazioni nell'ultimo anno in NPIA.	Quasi il 20% della coorte NPIA accede al CSM; il 50% di questi transita entro il 1° anno dalla dimissione.
Principali Fattori di Rischio Drop-out	**Variabili cliniche ed organizzative**	1. Diagnosi non sovrapponibili (es. ADHD, Autismo sfumato). 2. Carenza strutturale di servizi per l'età di transizione (16-24 anni). 3. Mancanza del Case Manager o Referente.	Il vuoto istituzionale spinge gli adolescenti verso forme di auto-cura dannose (es. abuso di sostanze).



Dati Epidemiologici, Tappe e Rischi della Transizione NPIA → CSM

Progetto MILESTONE

Fase del Percorso	Età Target	Milestone & Obiettivi Chiave	Strumenti e Indicatori di Verifica
1. Identificazione precoce	**15 - 16 anni**	• Mappatura dei pazienti idonei alla transizione. • Prima valutazione dei bisogni assistenziali futuri.	• Inserimento nel **Registro condiviso della transizione**. • Calcolo dell'indice di drop-out potenziale.
2. Pianificazione e Preparazione	**16 - 17 anni**	• Coinvolgimento attivo del caregiver e dell'adolescente. • Valutazione dell'autonomia e della prontezza clinica.	• Somministrazione del questionario di screening **TRAM** (*Transition Readiness and Appropriateness Measure*).
3. Progettazione Congiunta	**17 anni - 17 anni e mezzo**	• Creazione di un'équipe multidisciplinare mista (NPIA + CSM). • Definizione del piano di cure personalizzato.	• Redazione dell'**Accordo di Cura** e del **Piano Individualizzato Transitorio** firmato dalle due équipe.
4. Accoglienza e Passaggio	**18 anni**	• Trasferimento formale della cartella clinica ed esecuzione del primo colloquio al CSM. • Assegnazione di un referente dedicato.	• **Nomina del Referente della Transizione**(case manager coordinatore).
5. Follow-up e Continuità	**18 - 19 anni***(Entro 1 anno dal passaggio)*	• Monitoraggio della continuità terapeutica per azzerare il rischio di interruzione delle cure (*drop-out*).	• Verifica di continuità: almeno **7 prestazioni erogate dal CSM** nel primo anno per i casi complessi.

Fonte: Managing The Link and Mental Health Care - MILESTONE



Dati Epidemiologici, Tappe e Rischi della Transizione NPIA → CSM

STUDIO ITALIANO	Dato	Percentuale
Giovani analizzati	**36**	**100**
Giovani per i quali non era ritenuta necessaria la transizione	**7**	**19,4**
Giovani per i quali era necessario il passaggio per necessità di ulteriore assistenza	**29**	**80,6**
Transizione avvenuta con successo al servizio per adulti (AMHS)	8	22,2
Transizione non completata	8	22,2
Giovani per il quali era necessario il passaggio non segnalati per difficoltà nel trovare servizi per adulti o scelta del servizio privato	10	34,5
Drop out espliciti	3	1,7

58,4 %

Fonte: Roberti E, Clavenna A, Basso E, Bravaccio C, Riccio MP, Pincherle M, Duca M, Giordani C, Scarpellini F, Campi R, Giardino M, Zanetti M, Tessarollo V, Costantino I; TransiDEA Group; Bonati M. Challenges in transitioning from adolescent to Adult Mental Health Services for young adults with ADHD in Italy: an observational study. Epidemiol Psychiatr Sci. 2024 Oct 24;33:e49. doi: 10.1017/S2045796024000544. PMID: 39445350; PMCID: PMC11561684.



Perché è così difficile la transizione?

Possibili cause

Cliniche: diagnosi di carattere multicomponenziale e in evoluzione

Sistemico - organizzative: modalità diverse di presa in cura tra NPIA e CSM, assenza di protocolli, carenza di risorse, comunicazioni non sempre efficaci tra servizi, comunicazioni tardive, **mancanza di una figura di case manager chiaramente identificata a supporto della transizione***

Relazionali/individuali: perdita dei professionisti di riferimento, accesso a nuovo servizio poco conosciuto, stigma sociale, riduzione del coinvolgimento familiare, incapacità organizzativa individuale

La transizione diventa un momento clinico, non solo amministrativo

*Fonte: Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale PANSM 2025 - 2030 a cura del Tavolo Tecnico per la Salute Mentale

Dati Epidemiologici, Tappe e Rischi della Transizione NPIA → CSM



NPIA → 18 anni → Servizio adulti

Trasferimento

- Dimissione per limite d'età raggiunto
- Invio al servizio adulti
- Nuovo servizio da contattare da parte del giovane adulto
- Rischio di interruzione

≠

Transizione

- Preparazione graduale alla dimissione
- Contatto tra servizi per programmare il passaggio
- Accompagnamento al servizio adulti concordato con il ragazzo non ancora maggiorenne
- Riduzione del rischio di interruzione



Obiettivi del modello di transizione

PANSM 2025 - 2030

1. PREPARARE giovani e famiglie rendendoli consapevoli della patologia, dei farmaci, dei trattamenti e affiancarli nell'apprendimento delle modalità di prenotazione visite

2. VALUTARE il profilo di funzionamento, le autonomie, le capacità di gestione della terapia, la consapevolezza di propri bisogni e la disponibilità alla transizione

3. ACCOMPAGNARE giovani e famiglie al passaggio tramite raccordi NPIA - CSM e supportare la continuità delle cure

L'adolescente diventa parte attiva della transizione



Architettura del modello di transizione PANSM 2025 - 2030

I 4 livelli di supporto alla transizione

Livello di azione	Caratteristiche	Grado di azione
Elevato	Disturbi gravi/complessi, vulnerabilità multiple Necessità di più servizi e interventi di tutela	intensivo
Alto	Disturbi attivi, necessità di continuità immediata spesso sono coinvolti più servizi	strutturato
Medio	Disturbi lievi/moderati, buona autonomia e buon compenso	Raccordo NPIA - CSM
Basso	Disturbi lievi in remissione o risoluzione, i contatti con il servizio adulti saranno episodici o puntiformi	Informazione e empowerment

Il Case Manager interviene nei livelli di azione di Elevato e Alto supporto

Architettura del modello di transizione PANSM 2025 - 2030



1. NPIA (fase di preparazione 16-17 anni)	Identificazione precoce dei casi a rischio drop out, assesment dell'autonomia, consenso al percorso di transizione, livello di supporto, empowerment individuazione del serivizio adulti , raccordo con MMG
2. Case Manager Transizionale + Operatori NPIA (attività di regia o ponte)	Valutazione multidimensionale: mappatura dei bisogni clinici, funzionali, sociali tramite strumenti standardizzati Redazione del Progetto di Transizione Personalizzato
3. Tavolo di gestione NPIA - CSM + Rete + Case Manager (se la persona necessita di elevato/alto supporto)	Visite congiunte e presa in carico parallela Passaggio informativo e continuità relazionale

Architettura del modello di transizione PANSM 2025 - 2030



4. Passaggio al CSM (Il passaggio avviene 6 mesi precedenti la maggiore età, variabile tra i 17 e 19 anni)	Prosecuzione del percorso di vita e di cura previa relazione dettagliata della NPIA che indichi le problematiche clinico - assistenziali. Eventuale programma di presa in carico
5. Post passaggio	Per livelli di supporto elevato, alto medio: verifica del grado di aderenza a 6 mesi (a cura del CSM) Per livelli di supporto elevato, alto medio:verifica aderenza, soddisfazione e funzionamento a 12 mesi (CSM, NPIA, MMG e eventuali altri servizi coinvolti) Per il livello di supporto basso: telefonata di monitoraggio a 12 mesi dalla dimissione (a cura NPIA) Se c’è drop-out: analisi delle cause e interventi correttivi



La persona Case Manager come ponte organizzativo

Il Case Manager

Ruolo

Il Case Manager è il professionista sanitario che agisce in un contesto sanitario e/o socio-sanitario, garante della continuità delle cure e dell'integrazione multiprofessionale, facilitatore di una rete assistenziale in linea con l'evolversi dei sistemi sanitari e socio-sanitari. I Case Manager identificano il percorso di cura più appropriato volto a garantire il continuum delle cure; assicurano che le risorse disponibili vengano utilizzate in modo efficace e tempestivo, sempre in considerazione delle migliori evidenze scientifiche disponibili al momento (Pavia 11/10/2024)

Il Case manager transazionale è quindi 'intermediario' tra il paziente con i suoi bisogni specifici e la realtà con le reti primarie e secondarie presenti, facilita la continuità, connette le persone, traduce i linguaggi coordina le azioni, accompagna il giovane e monitora il passaggio

*Fonte:Congresso nazionale Associazione Italiana Case Manager - Pavia 11.10.2024

La persona Case Manager come ponte organizzativo

Il Case Manager Transizionale



Attività e strumenti

Effettua la Valutazione Multidimensionale precoce

mappa i bisogni clinici, funzionali, educativi e sociali tramite strumenti validati (es. MILESTONE Transition Readiness Scale)

Effettua una pianificazione condivisa della transizione:

elabora il Piano di Transizione Individuale (PTI) o il Progetto di Vita in **concerto con NPIA, CSM, utente e famiglia**

La persona Case Manager come ponte organizzativo

Il Case Manager Transizionale



Attività e strumenti

Effettua raccordo e coordinamento inter - servizio:

Trasferisce le informazioni e favorisce la continuità terapeutica:

Favorisce l'empowerment dell'utente e della famiglia:

supera i confini istituzionali programmando visite e riunioni congiunte tra le équipe

garantisce il passaggio tempestivo del bagaglio clinico e relazionale salvaguardando l'alleanza terapeutica

accompagna il giovane verso l'autonomia e modula il ruolo genitoriale

Dal modello alla pratica: un modello locale - Gli attori



Case Manager

Minore e famiglia di origine

NPIA

CSM

Rete socio sanitaria (MMG, servizi sociali)

Necessita di continuità

Conosce la storia evolutiva

Inizia il nuovo percorso

Si integra nel il progetto di vita



Dal modello alla pratica in un modello locale - Le azioni

Neuropsichiara/équipe NPIA

Valutazione e orientamento del minore e della famiglia, per eventuale passaggio al Servizio Adulti . Compilazione scheda di segnalazione e stesura relazione clinco - funzionale

↓

Case Manager (NPIA)

Invio della scheda di segnalazione al Coordinatore passaggi servizio adulti

Almeno 8 mesi prima dell'eventuale passaggio

↓

Case Manager CSM

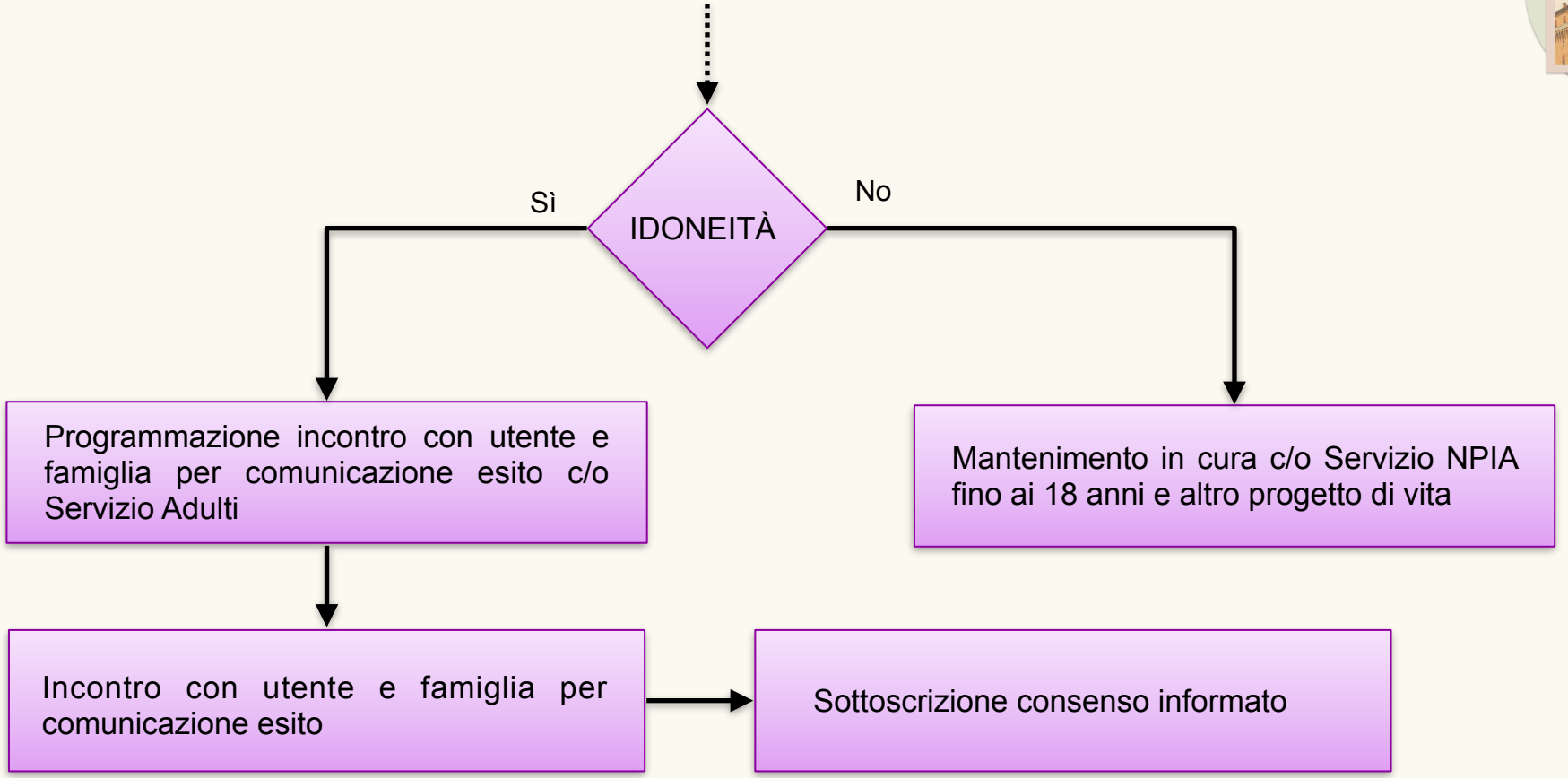
Pianifica una riunione tra operatori NPIA e CSM per la verifica dell'appropriatezza e idoneità al passaggio

Almeno 6 mesi prima dell'eventuale passaggio

↓



Dal modello alla pratica in un modello locale - Le azioni



Case Manager NPIA

Neuropsichiatra + Psichiatra + Case Manager NPIA CPS+ eventuali altri operatori sociali coinvolti



Dal modello alla pratica in un modello locale - Le azioni

Case Manager NPIA
+
Case Manager Servizio Adulti

Confronto per eventuali aggiornamenti e comunicazioni rilevanti anche ai fini del passaggio

1 mese prima del passaggio

Case Manager NPIA

Comunicazione della data di appuntamento c/o Servizio adulti

Case Manager NPIA

Comunicazione al MMG e a operatori di eventuali servizi l'avvenuto passaggio

Compimento del 18° anno di età

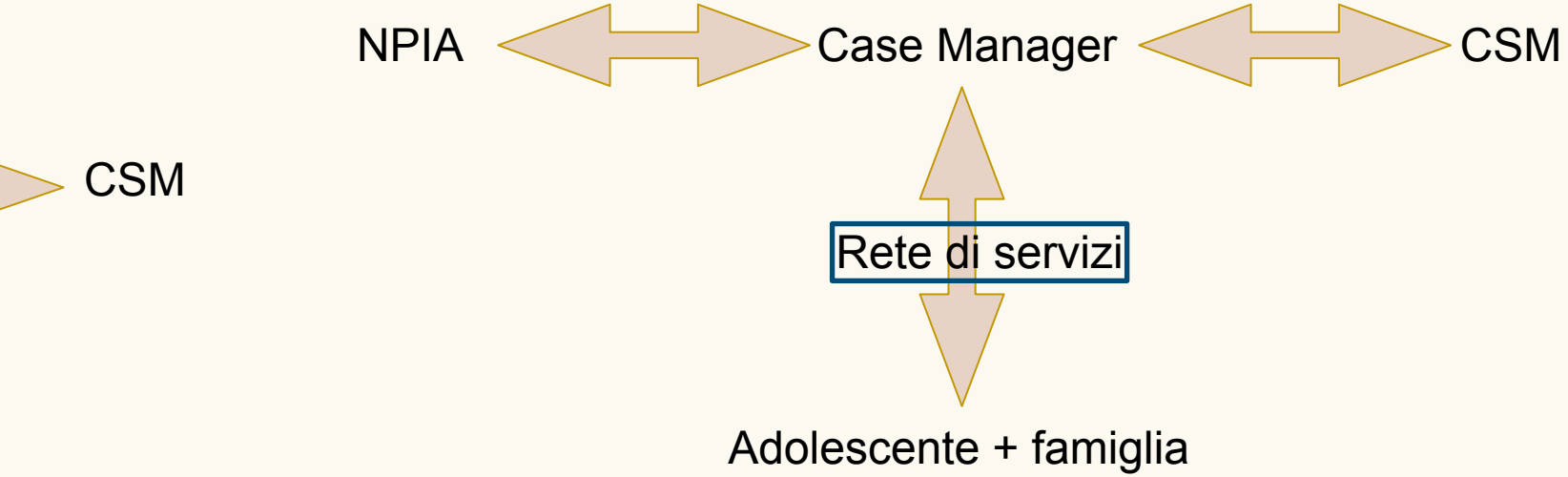
Conclusione



Da una logica “semplice” di trasferimento



A una logica più complessa di continuità



AICM Associazione Italiana Case Manager

XVII CONGRESSO NAZIONALE AICM

Grazie per l'attenzione

Giovanni Frigeni TNPEE Asst Bergamo Ovest

"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

