AICM Associazione Italiana Case Manager

XVII CONGRESSO NAZIONALE AICM

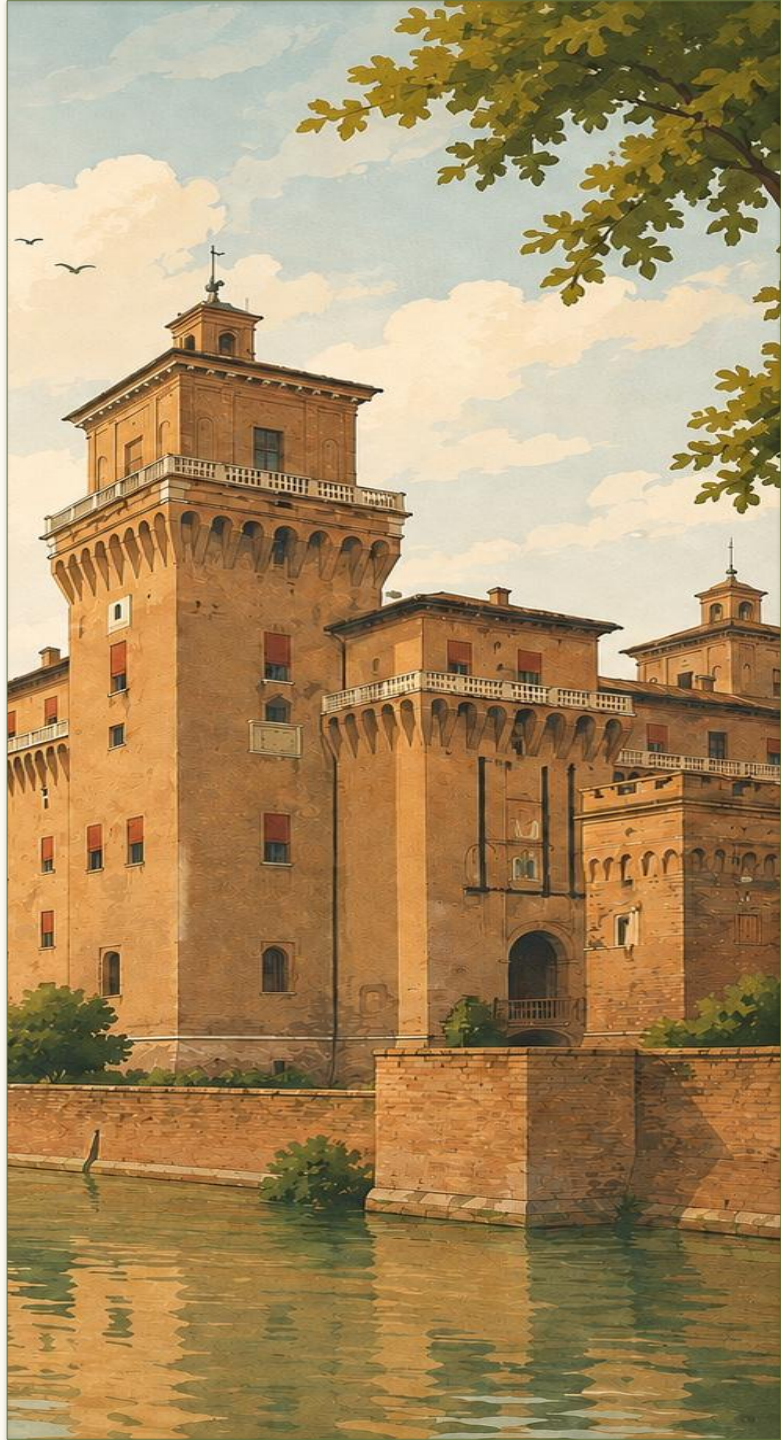
GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE CON CARCINOMA VESCICALE CANDIDATO A CISTECTOMIA

Francesca Simonetti • Humanitas Gavazzeni, Bergamo

FERRARA

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

9 e 10 OTTOBRE 2026





Perchè la cistectomia richiede una regia

IMPATTO CHIRURGICO

Procedura ad alta complessità e derivazione urinaria

La complessità continua oltre la sala operatoria

IMPATTO PSICOLOGICO

Immagine corporea, autonomia, adattamento e qualità di vita

IMPATTO ORGANIZZATIVO

Professionisti, appuntamenti e transizioni devono essere sincronizzati

La cistectomia è un percorso, non un singolo intervento



Il ruolo del Case Manager nel percorso diagnostico-terapeutico assistenziale

- DIAGNOSI
- MDT
- PREHAB
- CHIRURGIA
- DIMISSIONE
- FOLLOW-UP

CASE MANAGER = REGIA



FLUSSOGRAMMA P.A. CA VESCICALE

		DESCRIZIONE	RESPONSABILITA'
1° VISITA	VISITA UROLOGICA	Prima visita chirurgica e prenotazione esami per poter discutere in modo completo il caso	- UROLOGO -ICM
	- PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE UROLOGICO: PRENOTAZIONE IDAGINI DIAGNOSTICHE		
	RIVALUTAZIONE DI TUTTA LA DOCUMENTAZIONE DA PARTE DEL MEDICO DI RIFERIMENTO		
PRESA IN CARICO	DISCUSSIONE MULTIDISCIPLINARE	In ambito della discussione multidisciplinare si decidono le necessità del pz, da chi viene preso in carico e le varie indagini che dovrà eseguire. ICM si fa carico di prenotare le indagini e di fare poi avere i referti all'urologo di riferimento.	-UROLOGO -ONCOLOGO -ICM
	PRENOTAZIONE ESAMI VARI (TC, VISITA CARDIO, COLONSCOPIA,.....)		
	DECISIONE TERAPEUTICA		
	VALUTAZIONE O RIVALUTAZIONE UROLOGICA / ONCOLOGICA	Dopo aver visionato i referti il paziente deve eseguire una valutazione oncologica oppure urologica. Verrà preso in carico anche dall'enterostomista per eseguire counseling stomia	-UROLOGO -ONCOLOGO -ICM -STOMATERAPISTA
	VISITA STOMATERAPISTA (COUNSELING STOMIA E DISPOSITIVI)		
	PRE-OSPEDALIZZAZIONE (PROTOCOLLO ERAS)	Con tutti i referti completi il paziente può iniziare la p.o.. Se protocollo eras somministrazione scala MUST + educazione al pz	-UROLOGO -ICM -STOMATERAPISTA
	- SCHEDA P.O. - VERBALE DISCUSSIONE MULTIDISCIPLINARE		
	- Brochure prot. ERAS - Modulo preparazione intervento		
	COMUNICAZIONE DATA S.O.	Il paziente viene contattato dalla segreteria per la data di s.o.	-SEGRETERIA
RICOVERO	RICOVERO	Terminata la p.o. il paziente viene contattato per la data e le istruzioni del ricovero presso l'U.O.C. DI UROLOGIA.	-UROLOGO - STOMATERAPISTA -INF. U.O.C.
	- GRAFICA - CONSENSO		
	- DISEGNO PRE-OPERATORIO		
	INTERVENTO e POST INTERVENTO	Preparazione del pz alla s.o. .Gestone drenaggi e medicazioni. Educazione gestione stomia.	-UROLOGO -INF. U.O.C. -STOMATERAPISTA
	- MEDICAZIONI		
	- EDUCAZIONE GESTIONE STOMIA		
POST	DIMISSIONE	Organizzazione della dimissione (anche protetta) e prenotazione delle visite necessarie. Collegamento con ambulatorio stomizzati del territorio	-UROLOGO -STOMATERPISTA -INF. U.O.C. -SEGRETERIA
	- VISITA UROLOGICA + EV. MEDICAZIONE - VISITA ONCOLOGICA		
	FOLLOW-UP	Prenotazione dei controlli successivi da parte del MiniCUP	-UROLOGO -ICM -MiniCUP
	- CONTROLLO A 3 MESI - CONTROLLO A 6 MESI - CONTROLLO AD 1 ANNO		



Il Case Manager: fulcro del percorso

REFERENTE

Punto di contatto stabile

COORDINATORE

Connette il team

GARANTE

Monitora PDTA ed ERAS

PERSONA AL CENTRO

Modula l'intensità assistenziale

Non aggiunge frammenti: costruisce continuità



Il team multidisciplinare

PSICOLOGIA

UROLOGO

CASE MANAGER
Regia
continuità
escalation

NUTRIZIONISTA

ONCOLOGO

RADIOTERAPISTA

RADIOLOGO

Non sostituisce le competenze: le rende coordinate e fruibili



Counseling: informare, verificare, allenare

INFORMARE

Percorso, derivazione urinaria, dispositivi e criticità

VERIFICARE

Comprensione, aspettative, caregiver e capacità di autocura

ALLENARE

Competenze pratiche necessarie dopo la dimissione

Teach-back: «Mi racconta cosa farà a casa?»





Preabilitazione: arrivare meglio alla chirurgia

FISICA

Mobilità
Forza
Respirazione
Autonomia

NUTRIZIONALE

Screening del rischio
Supporto mirato
Monitoraggio

PSICOLOGICA

Ansia
Aspettative
Adattamento

Il Case Manager attiva le competenze e verifica l’aderenza



T0: FASE PRE-OPERATORIA ED OTTIMIZZAZIONE PAZIENTE

Televisita con Case Manager (CM)
- Anamnesi e Misure
- Raccolta documentazione
- Raccolta esami ematochimici T0
- Somministrazione Screening e Questionari
- Empowerment

Produzione Report Televisita per raccolta dati clinici: FORMAT PRE-HABILITATION UROLOGIA IN CONDIVISIONE CON TUTTI GLI ATTORI DEL PROCESSO

Compilazione database
- Tracciare aderenza protocollo
- Monitorare outcome clinici
- Supportare attività di audit

Revisione CM - Anestesista della documentazione e definizione iter paziente
- Presentazione scala VAS
- Illustrazione terapia del dolore post
- Informazione su intervento in sala operatoria ed ev. trasferimento in TIPO
- Rilevazione allergie
- Discussione su sospensione farmaci
- Illustrazione procedure anestesiologiche e dispositivi

Esecuzione televisita Anestesiologica per inquadramento paziente e spiegazione interventi

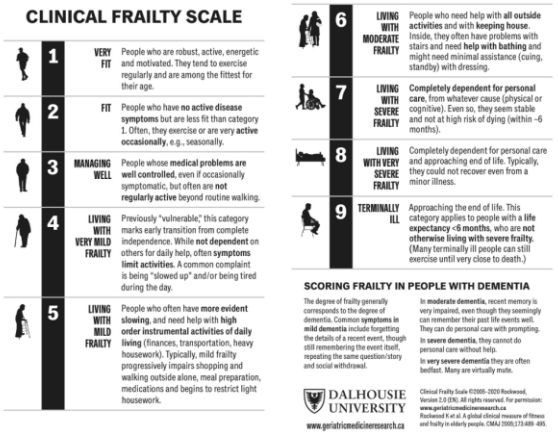
T1: IL GIORNO PRIMA DELL'INTERVENTO - PRERICOVERO

Ripetizione esami ematochimici

VISITA CM Ripetizione test funzionali non soddisfacenti al T0

Colloqui specialistici in presenza
- Stomaterapista
- Fisioterapista
- Psicologo
- Dietista
- Chirurgo
- Anestesista (per firma consensi)

T2: IL GIORNO DELL'INTERVENTO - RICOVERO



AREA	STRUMENTO
Screening geriatrico/fragilità	G8 e CFS
Stato nutrizionale	MUST
Performance fisica	Handgrip test
Rischio apnea	STOP-BANG
Abitudini	Questionario FARGERSTORM
Stato psciologico	Questionario PROMIS

European Association of Urology

HUMANITAS GAVAZZENI



Il ricovero non deve essere un nuovo inizio

PRIMA DEL RICOVERO

Informazioni già raccolte
Fragilità già identificate
Piano già condiviso

AL RICOVERO

Il team riparte da ciò che sa già
Non si ricomincia da zero
Continuità con sala operatoria e reparto

Il ricovero deve essere una tappa, non un nuovo inizio



RARC – cistectomia radicale robot-assistita

	PREOPERATORIO	Giornata 0	1° giornata	2° giornata	3°giornata	4°-5° giornata
Calze elastiche	sì	sì	sì			
Sito	Sì (enterostomista o medico di reparto)					
Dieta	-Colazione e pranzo: libera -Sera: leggera 1	-Digiuno	Idrica/semiliquida Gomma da masticare 1,5 lt per os.	semiliquida	leggera	libera
Terapia		- Isolyte 2000 a 80 cc/h - Cefazolina 2 g induzione - Paracetamolo 1 g x 3 - EPBM (almeno 8 ore dal termine dell'intervento) - Plasil 1 fl x 3 per le prime 3 giornate post-operatorie - Evitare FANS - Se dolore VAS>;4 Contramal 1 fl	-stop liquidi ev -NaCl 500 AB -- Cefazolina 1 g x 2 - Paracetamolo 1 g x 3 -Plasil 1 fl x 3 per le prime 3 giornate post-operatorie - Evitare FANS - Se dolore VAS>;4 Contramal 1 fl	-stop liquidi ev -NaCl 500 AB -- Cefazolina 1 g x 2 - Paracetamolo 1 g x 3 -Plasil 1 fl x 3 per le prime 3 giornate post-operatorie - Evitare FANS - Se dolore VAS>;4 Contramal 1 fl	-stop antibiotico -Paracetamolo 1 g AB -Plasil 1 fl x 3 per le prime 3 giornate post-operatorie - Evitare FANS - Se dolore VAS>;4 Contramal 1 fl	-stop antibiotico -Paracetamolo 1 g AB -Plasil 1 fl AB - Evitare FANS - Se dolore VAS>;4 Contramal 1
Mobilizzazione	libera	A letto	Mobilizzazione precoce con 100 mt x 3 volte al giorno	Mobilizzazione precoce con 200 mt x 3 volte al giorno	Rimane almeno 2 ore fuori dal letto	Rimane almeno 6 ore fuori dal letto
Drenaggi	-		Esecuzione creat drenaggio se negativa → rimozione DR			
Diuresi se condotto ileale	-	Sacca "da notte"	Sacca da gamba il giorno e sacca grande la notte	Sacca da gamba il giorno e sacca grande la notte	Sacca da gamba il giorno e sacca grande la notte	Sacca da gamba il giorno e sacca grande la notte
Diuresi se neovescica		Sacca "da notte"	Sacca da gamba il giorno e sacca grande la notte	Sacca da gamba il giorno e sacca grande la notte	Sacca da gamba il giorno e sacca grande la notte Inizio lavaggio della neovescica x 3 volte al giorno + educazione alla gestione+aggancio al distretto di competenza.	Sacca da gamba il giorno e sacca grande la notte
Alvo	Peretta h.18				Oli misti ev peretta su IM	
Medicazione			Rinnovare se visibilmente sporca		Rinnovare	Rinnovare a giorni alt



Post-operatorio: rendere visibile il recupero

DOLORE

Valutazione
+ escalation

MOBILITÀ

Obiettivi
progressivi

NUTRIZIONE

Ripresa
+ tolleranza

AUTOCURA

Stomia
/ neovescica

Milestone condivise → dimissione sicura



Dimissione protetta: il vero stress test

PRIMA DI USCIRE

✓ criteri di dimissione
✓ teach-back
✓ terapia e idratazione
✓ dispositivi
✓ follow-up già programmato

LA DOMANDA CHIAVE

Il paziente sa cosa fare domani mattina?

Sa riconoscere i segnali d'allarme?

Sa chi chiamare?



Follow-up: continuità oltre l'ospedale

- Contatto
- Sintomi
- Autocura
- Recupero
- Appuntamenti

MENO ANSIA

Il paziente al centro

PIÙ CONTINUITÀ

PIÙ EMPOWERMENT

Follow-up telefonico 15 giorni dalla dimissione

Intercettare il problema prima che diventi accesso improprio o riammissione

UN PO' DI DATI …



Caratteristica	Totale (N = 57)
Caratteristiche preoperatorie	
Età, anni, media ± DS	**69,5 ± 9,0**
Età, anni, mediana (IQR)	**70 (63–76)**
Età, range	**50–89**
Classe di età, n (%)	
<65 anni	13 (22,8%)
65–74 anni	24 (42,1%)
≥75 anni	20 (35,1%)
Sesso, n (%)	
Uomini	54 (94,7%)
Donne	3 (5,3%)

Outcome perioperatori	
Durata della degenza, giorni, media ± DS	9,1 ± 5,2
Durata della degenza, giorni, mediana (IQR)	7 (6–8)
Durata della degenza, giorni, range	5–29
Mobilizzazione in 1ª giornata postoperatoria, n (%)	51 (89,5%)
Ripresa dell'alimentazione in 1ª giornata postoperatoria, n (%)	51 (89,5%)
Canalizzazione intestinale in 3ª giornata postoperatoria, n (%)	51 (89,5%)



Barriere all'implementazione

RUOLO

Poco definito
Rischio di sovrapposizione

PROCESSI

Non standardizzati
Gestione reattiva

DATI

Non condivisi
Informazioni frammentate

Mandato • workflow • escalation • responsabilità



Dal modello prestazionale alla presa in carico

DAL SUSSEGUIRSI DI PRESTAZIONI

↓

ALLA PRESA IN CARICO LONGITUDINALE

Il Case Manager non è una figura accessoria

Connette competenze, anticipa bisogni e accompagna il paziente



TAKE HOME

1

PERCORSO

La cistectomia non è un singolo intervento

2

CONTINUITÀ

Il Case Manager crea valore nelle transizioni e nelle fragilità

3

PERSONA

Standardizzare permette di personalizzare davvero

E LORO COSA PENSANO DI NOI?





“ La filosofia che pone al centro il rispetto della persona nella sua globalità è la capacità dell’infermiere di leggere i suoi bisogni e di rispondere agli stessi con competenza professionalità e umanità”

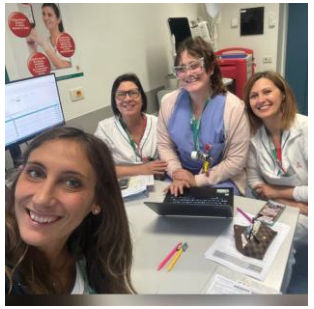
Marisa Cantarelli



GRAZIE

Francesca Simonetti

Humanitas Gavazzeni, Bergamo



Riferimenti essenziali

- Alqaisi O. Specialized Nursing-Led Interventions for Bladder Cancer Management. Medicina. 2026;62(1):185.
- Albisinni S, Orecchia L, Mjaess G, et al. Enhanced Recovery After Surgery for radical cystectomy. Eur J Surg Oncol. 2025;51:109543.
- NICE. Bladder cancer: patient-centred care and the role of the Clinical Nurse Specialist.