AICM Associazione Italiana Case Manager

XVII CONGRESSO NAZIONALE AICM

RUOLI E FUNZIONI DEL CASE MANAGER IN ITALIA: EVIDENZE DA UNA REVISIONE ESPLORATIVA

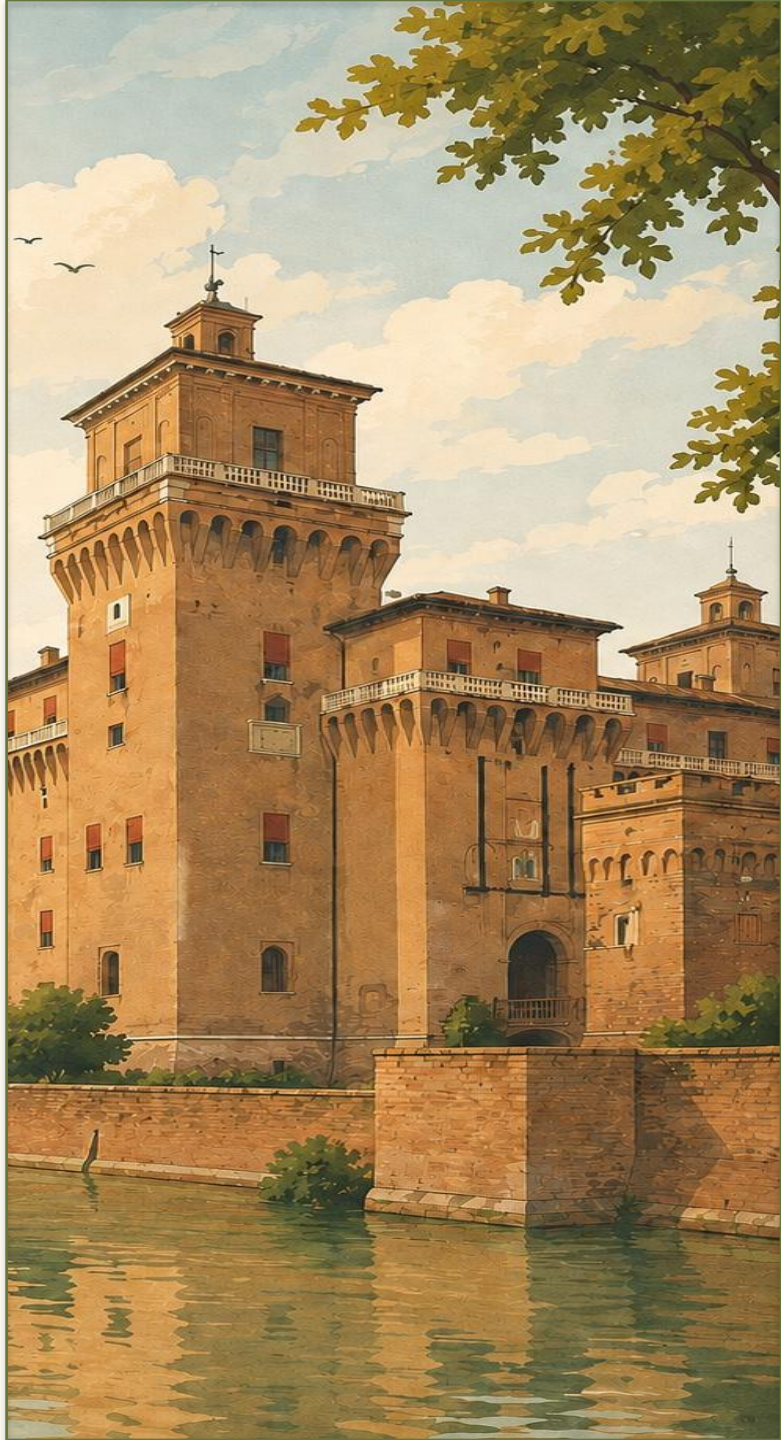
Davide Ulivieri • Infermiere / Azienda Ospedaliera Metropolitana- IRCCS Policlinico San Martino

“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)

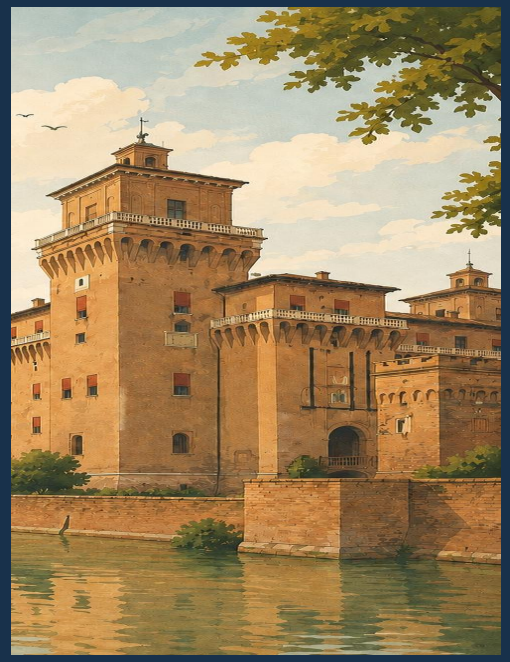
9 e 10 OTTOBRE 2026



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)

Agenda

1. Il contesto: dalla mansione alla disciplina infermieristica
2. Il Case Management: definizione, storia ed evidenze
3. Obiettivi e metodologia dello studio
4. Risultati: il quadro normativo italiano e la sua composizione
5. Risultati: profilo, competenze e geografia dell'ICM
6. Confronto internazionale, conclusioni e raccomandazioni

Dalla mansione alla disciplina infermieristica

La professione infermieristica evolve verso l'autonomia scientifica e l'accademizzazione

L'AUTONOMIA SCIENTIFICA

- **DM 739/1994 —** ridefinisce il profilo dell'infermiere come professionista autonomo.
- **Legge 42/1999 —** abroga il mansionario, superando la subordinazione al medico.
- **Advanced Practice Nurses (APN) —** specializzazioni cliniche consolidate a livello internazionale. **L 43/2006 Master/coordinamento**

L'ACCADEMIZZAZIONE

- **Lauree Magistrali — DM 509/1999 e DM 270/2004** formano esperti di ricerca e management in autonomia didattica
- **Crescita gestionale —** specificità scientifica crescente negli atenei italiani. Aumento della costruzione di protocolli ricerca clinica assistenziale**. L 240/2010 Dottorati di Ricerca**

Nuovi profili – figure clinico specialistiche
per la gestione integrata dei bisogni complessi
DM 77/2022

I nuovi bisogni impongono modelli integrati e territoriali

80%

SPESA CRONICITÀ

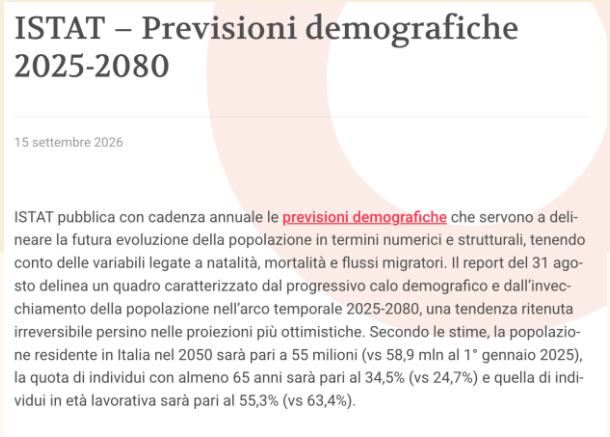
La cronicità e la multimorbilità assorbono la maggioranza delle risorse sanitarie nazionali.

Ossevasalute 2018/Piano Nazionale delle Cronicità

+65

INVECCHIAMENTO

Crescita esponenziale della popolazione ultra-sessantacinquenne con bisogni complessi.



ISTAT – Previsioni demografiche 2025-2080

15 settembre 2026

ISTAT pubblica con cadenza annuale le previsioni demografiche che servono a delineare la futura evoluzione della popolazione in termini numerici e strutturali, tenendo conto delle variabili legate a natalità, mortalità e flussi migratori. Il report del 31 agosto delinea un quadro caratterizzato dal progressivo calo demografico e dall'invecchiamento della popolazione nell'arco temporale 2025-2080, una tendenza ritenuta irreversibile persino nelle proiezioni più ottimistiche. Secondo le stime, la popolazione residente in Italia nel 2050 sarà pari a 55 milioni (vs 58,9 mln al 1° gennaio 2025), la quota di individui con almeno 65 anni sarà pari al 34,5% (vs 24,7%) e quella di individui in età lavorativa sarà pari al 55,3% (vs 63,4%).

A SILOS

FRAMMENTAZIONE

Il modello clinico tradizionale genera ritardi e disservizi: serve un raccordo d'équipe integrato.

Ospedale - Casa di Comunictà - COT- Ospedali di Comunità

Il Case Management coordina i percorsi di cura

Garantendo qualità, efficienza e continuità assistenziale

LA VISIONE OLISTICA

- **Hutt (2004) —** processo integrato di pianificazione, coordinamento e revisione dell'assistenza.
- **Il percorso integrato —** dalla cura sul singolo atto clinico al percorso socio-sanitario.
- **Il caregiver —** l'utente e il nucleo familiare diventano il perno del coordinamento.

- **CMSA —** processo collaborativo di valutazione, pianificazione e advocacy. Case Management Society of America
- **Risultati di salute —** ottimizzati mediante comunicazione e risorse appropriate./ reti
- **L'ICM —** assume la regia del percorso assistenziale nei diversi setting di cura.

Advocacy: promozione, difesa, politica a favore di…, rappresentare gli interessi del paziente

Esiti favorevoli su degenza e costi, ma con limiti

La letteratura internazionale mostra benefici concreti e aree di incertezza

PUNTI DI FORZA COMPROVATI

- **Ferguson (1998), Chiu (2007) —** riduzione netta dei tassi di riammissione ospedaliera.
- **Degenza —** riduzione sensibile dei giorni complessivi e degli accessi non appropriati in PS.
- **Soddisfazione —** miglioramento dichiarato da pazienti e caregiver nel breve e lungo termine.

LIMITI E VARIABILITÀ

- **Stokes (2015), Hallberg (2004) —** esiti talvolta inconcludenti su costi globali e mortalità.
- **Disomogeneità —** l'organizzazione variabile riduce la confrontabilità scientifica.
- **Confini normativi —** l'assenza di confini chiari genera sovrapposizioni di ruolo.

Definire il profilo dell'ICM attraverso 60 fonti normative

ICM

PROFILO NORMATIVO

Delineare lo stato normativo e contrattuale dell'ICM nel contesto italiano.

60

FONTI NORMATIVE

Analizzare leggi, delibere regionali, sentenze, bandi e master nazionali.

20

GAP GEOGRAFICO

Identificare le differenze di attuazione tra regioni ordinarie e a statuto speciale.

ESTERO

BENCHMARK

Confrontare l'autonomia e il potere prescrittivo italiano con i modelli esteri.

Il diagramma PRISMA seleziona 60 fonti su 125 record

Cornice metodologica di Bayles: livello descrittivo e valutativo delle fonti giuridiche

125

Record identificati

Database, albi pretori, siti universitari e sentenze

→

124

Valutati per l'eleggibilità

Dopo la rimozione di 1 duplicato

→

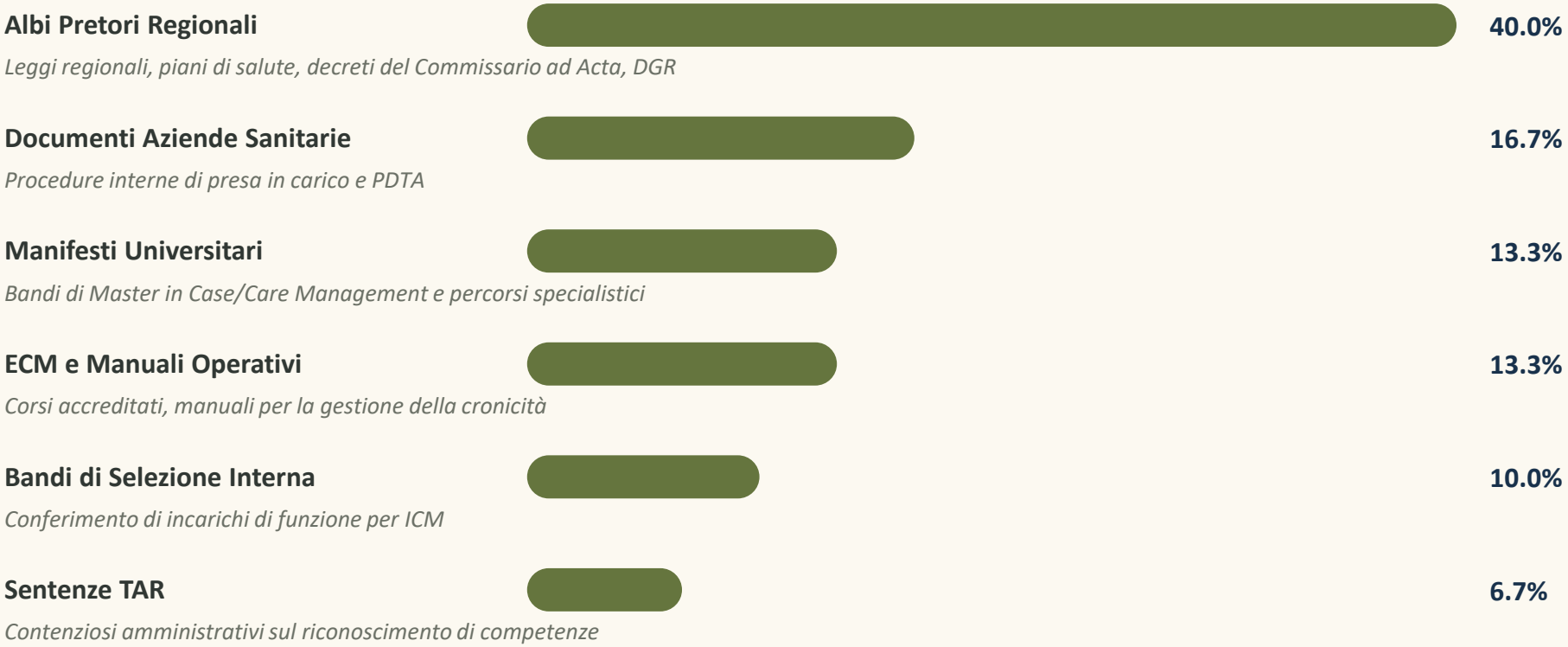
60

Fonti incluse

A seguito dell'analisi dei testi integrali

- **n = 64 esclusi —** 38 per Case Manager non infermieristico, 25 senza definizione di ruoli/funzioni ICM, 1 per errore di archivio.

24 delibere regionali guidano la produzione normativa



Le fonti - esempi

DOCUMENTI AZIENDALI

Regione Emilia-Romagna. Bando di selezione interna finalizzato al conferimento di incarichi di funzione di tipo professionale – Case Manager Breast Unit. AUSL Ferrara. 2024.

DOCUMENTI AZIENDALI

Regione Liguria. Job description Case Manager Breast Unit, ASL2 Savonese. 2023.

CORSI UNIVERSITARI

Regione Lombardia. Manifesto degli Studi - Master di I livello in Case Management, Università eCampus. 2024.

CORSI FORMAZIOMNE

Regione Puglia. Corso di formazione ASL Foggia: I modelli organizzativi assistenziali: Il Case Management Infermieristico nei servizi delle dipendenze patologiche, metodi e strumenti. 2021.

Dodici denominazioni diverse per lo stesso ruolo

La variabilità terminologica riflette la frammentazione normativa regionale

Regia e controllo del caso

Referente del caso (n=3): E-R, Calabria, Abruzzo • Gestore del caso (n=2): E-R

Direzione del percorso clinico

Gestore del PDT (Marche) • Gestore del processo di cura (Veneto, Lombardia) • Garante del processo assistenziale (FIL)

Coordinamento e transizioni

Coordinatore del percorso di dimissione (Lazio, Piemonte, Veneto, Lombardia, Campania) • Responsabile del coordinamento del team (Campania, Sicilia TAR)

Formazione e accompagnamento

Tutor del paziente (Puglia) • Referente delle attività (Liguria) • Coordinatore degli interventi assistenziali (E-R)

Le funzioni si distribuiscono su quattro macroaree

“Professionista con competenze avanzate clinico-assistenziali, organizzative, relazionali ed educative”

A

AREA ASSISTENZIALE

Rilevazione dei bisogni olistici, accoglienza globale e gestione dell'assistenza infermieristica.

O

AREA ORGANIZZATIVA

Redazione del PAI, strutturazione dei PDTA, gestione dimissioni protette e risorse.

R

AREA RELAZIONALE

Collaborazione d'équipe, mediazione tra famiglia, ospedale e servizi territoriali.

E

AREA EDUCATIVA

Counseling, educazione terapeutica alla cronicità ed empowerment del caregiver.


INFERMIERI › LA PROFESSIONE › FNOPI

ATTUALITÀ INFERMIERI

Infermieri, il PAI entra nella cartella clinica elettronica

Pubblicato il 23.09.26 di Redazione Aggiornato il 23.09.26

Il modello integrato prevale; guida il Nord

Ripartizione su 48 fonti con setting esplicito • confronto tra le macroaree del Paese

50%

MODELLO INTEGRATO

n = 24 — ospedale-territorio

25%

TERRITORIALE

n = 12 — Case della Salute, ADI

25%

OSPEDALIERO

n = 12 — reparti, Breast Unit

IL NORD LEADER

Lombardia e Veneto mostrano la massima formalizzazione;
Emilia-Romagna privilegia percorsi ospedalieri;
Friuli-Venezia Giulia integra il modello territoriale.

CENTRO E SUD IN TRANSIZIONE

Nel Centro l'ICM è previsto ma con minore produzione di bandi;
Sud e Isole il quadro è frammentato, con applicazione pratica ancora a macchia d'olio.

I modelli esteri riconoscono tutele e potere prescrittivo

STATI UNITI	REGNO UNITO	CANADA E AUSTRALIA	NORD EUROPA
Managed Care	***NHS/Sistema Sanitario Nazionale***	***Primary Health Care***	***Welfare integrato***
Controllo dei costi; Nurse Practitioner; dispone di ampio potere prescrittivo farmacologico.	Piena integrazione per i pazienti cronici; “Independent Nurse Prescribers” per l'autonomia terapeutica.	Community nursing ed empowerment olistico del paziente; integrazione dei servizi domiciliari.	Integrazione totale tra sociale e sanitario; potere prescrittivo limitato ai presidi comuni.

Il sistema italiano richiede tutele contrattuali e standardizzazione

IL PARADOSSO ITALIANO

- Elevata autonomia gestionale e organizzativa 'sul campo' nei percorsi di cura.
- Assenza totale di riconoscimento contrattuale ed economico specifico.
- Mancanza di poteri prescrittivi e forte eterogeneità tra le regioni.

RACCOMANDAZIONI STRATEGICHE

- **Formalizzare** a livello nazionale e contrattuale (CCNL) il profilo dell'ICM.
- **Sviluppare** linee guida operative condivise, a partire dal DM 77/2022.
- **Istituire** strumenti sistematici di valutazione economica e clinica dell'impatto dell'ICM.



GRAZIE

Davide Ulivieri • Infermiere / Azienda Ospedaliera Metropolitana – IRCCS Policlinico San Martino
davide.ulivieri@aomliguria.it