AICM Associazione Italiana Case Manager

XVII CONGRESSO NAZIONALE AICM

La presa in carico e la gestione multidimensionale del paziente ematologico complesso

Esperienza monocentrica quinquennale presso la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo

Dott.ssa Valentina Zoboli
Dott.ssa Correddu Angela
Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

“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)

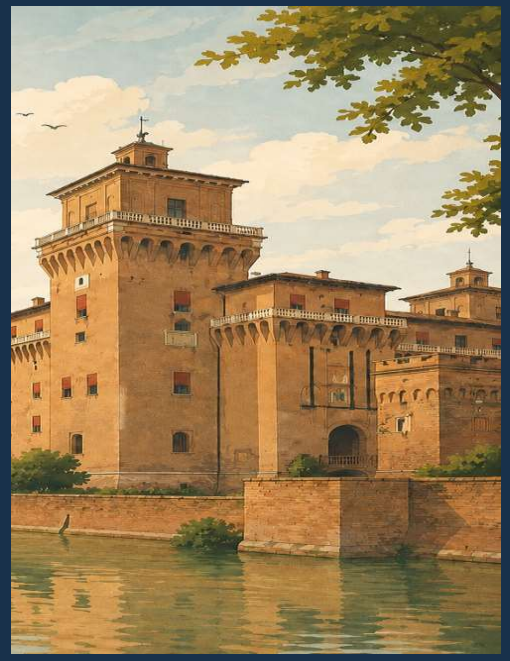
9 e 10 OTTOBRE 2026



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)

METODI E STRUMENTI

Un'esperienza monocentrica analizzata su cinque anni



5 **ANNI**

di attività infermieristica di case management in ambito ematologico

CENTRO

Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

Il modello è fondato:

Assessment infermieristico iniziale

Valutazione multidimensionale alla presa in carico

Stratificazione dei bisogni

Definizione delle priorità clinico-assistenziali

Rivalutazioni longitudinali

Aggiornamento dei bisogni lungo il percorso di cura

OBIETTIVI

Descrivere un modello assistenziale costruito sul campo



Descrivere l'esperienza quinquennale di case management ematologico sviluppata presso la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo.

01 Presa in carico multidimensionale

Analisi della presa in carico, da parte dell’infermiere case manager, del paziente ematologico complesso lungo l'intero percorso di cura .

02 Modello assistenziale dedicato

Descrizione della costruzione progressiva del modello nel corso dei cinque anni di attività.

INTRODUZIONE

Il paziente ematologico complesso: bisogni dinamici e ad alta variabilità



- **Malattia ematologica**
- **Intensità dei trattamenti**
- **Citopenie**
- **Rischio infettivo**
- **Tossicità terapeutiche**
- **Percorso trapiantologico**
- **Terapie cellulari**
- **Fragilità psicosociale di paziente e caregiver**

Continuità assistenziale e coordinamento multiprofessionale sono elementi essenziali per garantire sicurezza, appropriatezza e personalizzazione delle cure.

METODI E STRUMENTI

Il percorso di presa in carico da parte del case manager



Accesso sospetto diagnostico da ambulatorio, PS, altro reparto o altro ospedale

Visita specialistica esame del midollo ed esami ematici e strumentali

Valutazione della fitness comorbidità, tipo di malattia, categoria di rischio

FIT | **UNFIT** | **FRAIL**

PRESA IN CARICO DEL CASE MANAGER (facilitatore del percorso)

- Esami strumentali
- Percorso nutrizionale
- Percorso psicologico
- Percorso ginecologico (PMA)
- Percorso vaccinale
- Settore terziario
- Educazione del caregiver
- Area riabilitativa (ove necessario)

- Esami strumentali
- Percorso nutrizionale
- Percorso psicologico
- Percorso vaccinale
- Accessi vascolari (se necessari)
- Allerta servizi territoriali per simultaneous care
- Settore terziario
- Educazione del caregiver
- Area riabilitativa (ove necessario)

- Percorso psicologico
- Accessi vascolari (se necessari)
- Collaborazione con il MMG
- Ambulatorio cure palliative
- Attivazione UCP-Dom / inserimento in lista Hospice
- Settore terziario
- Educazione del caregiver

FIT **Candidato a trapianto?**

SÌ ▼ **NO** ► Follow-up

Attivazione percorso trapiantologico

- Tipizzazione del paziente e dei familiari
- Definizione del donatore
- Colloquio pre-trapiantologico
- Esami strumentali pre-trapianto
- Educazione del paziente e del caregiver

METODI E STRUMENTI

Gli interventi del case manager



Educazione terapeutica

Valutazione psico-sociale del paziente e caregiver

Raccordo tra équipe medica, infermieristica e servizi di supporto

Monitoraggio continuo e monitoraggio telefonico

Interventi proattivi

Follow-up

Obiettivo trasversale: accompagnare paziente e caregiver in ogni fase del percorso, integrando la valutazione dei bisogni con interventi educativi, relazionali e di coordinamento.

METODI E STRUMENTI

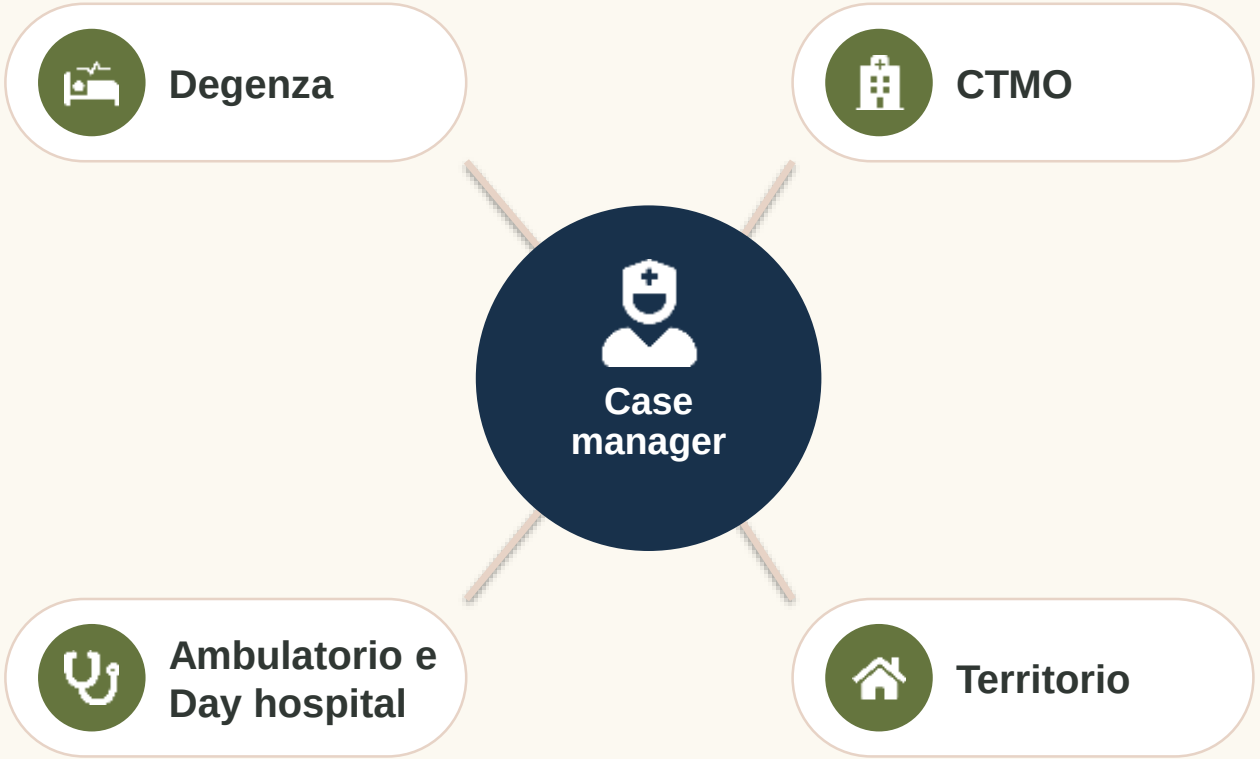
Evitare la frammentazione del percorso tra i vari setting assistenziali



1 Facilitazione dei passaggi tra degenza, CTMO, day hospital, ambulatorio e territorio

2 Raccordo costante tra équipe medica, infermieristica e servizi di supporto

3 Monitoraggio telefonico,interventi proattivi e follow-up come strumenti di continuità





RISULTATI

Gli obbiettivi del case management all’interno del percorso

PROCESSO ASSISTENZIALE

- **TRACCIABILITà**: dei bisogni assistenziali
- **PRECOCITà: i**ntercettazione delle criticità cliniche e organizzative
- **APPROPRIATEZZA** degli accessi
- **CONTINUITà:** tra i diversi setting assistenziali anche territoriali

PERSONA E PROFESSIONE

- **ADERENZA** da parte del paziente al percorso di cura
- **Supporto al caregiver**
- **Riduzione della frammentazione** percepita dal paziente che può sentirsi abbandonato
- **Valorizzazione** del ruolo dell’infermiere case manager



CONCLUSIONI

Il case manager come figura chiave

L'esperienza quinquennale conferma il valore del case manager nella presa in carico **sicura, personalizzata e continuativa** del paziente ematologico complesso.

Il modello descritto è una base organizzativa e professionale per consolidare percorsi multidimensionali dedicati, orientati a:

- **Qualità delle cure**
- **Prossimità assistenziale**
- **Centralità della persona**



Dal contesto al percorso costruito

Il passaggio alla seconda parte: dall’esigenza organizzativa agli outcome osservati

“La complessità non si riduce: si governa.”

Seconda parte

Come il case management ematologico è stato trasformato in un modello operativo centrato su diagnosi educativa, continuità, sicurezza e personalizzazione.

Cinque anni di costruzione del modello

Dalla presa in carico individuale alla strutturazione di un percorso multidimensionale



2021	2022	2023	2024	2025	2026
Avvio presa in carico	Assessment progressivo	Diagnosi educativa	Follow-up proattivo	Tracciabilità e caregiver	Consolidamento del modello

Evoluzione centrale del percorso

La presa in carico è passata da attività prevalentemente reattive a un modello proattivo, documentabile e centrato sulla capacità del paziente/caregiver di riconoscere, comprendere e agire sui bisogni prioritari.



La presa in carico multidimensionale

Le dimensioni osservate nel paziente ematologico complesso

Clinica

sintomi, citopenie, infezioni, tossicità

Funzionale

autonomia, fragilità, performance status

Psicologica

distress, ansia, adattamento

Sociale

famiglia, lavoro, caregiver, risorse

Educativa

conoscenze, aderenza, segni d’allarme

Organizzativa

accessi, setting, transizioni

La valutazione non fotografa un bisogno statico: intercetta cambiamenti e priorità lungo il percorso terapeutico.



Il modello operativo sviluppato

Assessment, diagnosi educativa, coordinamento e follow-up come ciclo continuo

Assessment

bisogni clinici, funzionali e psicosociali

Diagnosi educativa

gap di conoscenza, barriere, obiettivi

Piano di presa in carico

priorità, setting, caregiver, contatti

Raccordo multiprofessionale

ematologo, infermieri, DH, degenza, territorio

Follow-up proattivo

telefonate, rivalutazioni, orientamento accessi

Il percorso è ricorsivo: ogni cambio di fase clinica richiede rivalutazione del rischio, del bisogno educativo e delle risorse disponibili.

La diagnosi educativa nel paziente ematologico

Dal bisogno informativo alla capacità di gestione sicura del percorso



Definizione operativa

Identifica il divario tra ciò che paziente e caregiver devono saper gestire e ciò che sono realmente in grado di comprendere, ricordare e applicare nella quotidianità.

Conoscenze

malattia, terapia, rischio infettivo, tossicità

Readiness

motivazione, fase emotiva, capacità di apprendimento

Barriere

lingua, alfabetizzazione sanitaria, ansia, fragilità familiare

Caregiver

presenza, affidabilità, comprensione del ruolo

Autocura

igiene, terapia domiciliare, monitoraggio sintomi

Segni d'allarme

febbre, sanguinamenti, dispnea, diarrea, dolore

Output atteso: obiettivi educativi individualizzati, linguaggio condiviso, teach-back e rivalutazione della comprensione.

Come viene tradotta in pratica la diagnosi educativa

Una sequenza breve, ripetuta e documentata nei momenti critici del percorso



1

Valutare

bisogni, conoscenze, caregiver, barriere

2

Definire

priorità e obiettivi educativi SMART

3

Intervenire

educazione mirata, schede, counselling

4

Verificare

teach-back, domande guida, simulazione

5

Rivalutare

cambio terapia, dimissione, criticità

Momenti ad alta intensità educativa

inizio terapia • dimissione dopo ricovero • pre/post trapianto • CAR-T/bispecifici • variazione terapia domiciliare • comparsa di tossicità • cambio caregiver

Nota: dati numerici nelle slide successive come bozza provvisoria, da validare con database e registri interni prima dell'uso congressuale definitivo.

La casistica presa in carico

Volumi progressivamente consolidati nel quinquennio 2021–2025



245
pazienti complessi
presa in carico strutturata

1.860
follow-up/contatti
telefono, email, rivalutazioni

226
caregiver
identificati e orientati

1.140
assessment
iniziali e rivalutazioni

520
diagnosi educative
obiettivi personalizzati

Distribuzione indicativa della casistica

2021: 38 | 2022: 49 | 2023: 69 | 2024: 61 | 2025: 28

Lettura: crescita progressiva dei volumi, maggiore tracciabilità del percorso e integrazione sistematica della componente educativa.

Outcome della diagnosi educativa

Dalla consegna di informazioni alla verifica della comprensione e dell'autogestione



520	1.240	89%	82%	76%
diagnosi educative documentate	**interventi educativi** paziente/caregiver	**teach-back positivo** comprensione verificata	**aderenza educativa** obiettivi raggiunti	**criticità anticipate** prima di accesso improprio

- Febbre/neutropenia: riconoscimento, temperatura, contatto precoce
- Tossicità terapeutiche: mucositi, diarrea, rash, nausea, fatigue
- Terapia domiciliare: aderenza, orari, interazioni, conservazione farmaci
- Protezione infettiva: igiene, mascherina, alimentazione, ambienti a rischio
- Caregiver readiness: ruoli, contatti, supporto nella sorveglianza

La diagnosi educativa rende misurabile un outcome spesso invisibile: la capacità reale di paziente e caregiver di agire in sicurezza.



Indicatori operativi del modello

Che cosa è stato reso visibile, tracciabile e governabile

1.140
assessment/rivalutazioni
ripetute nel tempo

2.320
raccordi multiprofessionali
medici, DH, territorio

1.240
interventi educativi
terapia, segni d'allarme

430
criticità intercettate
sintomi, febbre, tossicità

315
transizioni accompagnate
dimissione e rientro

226
caregiver attivati
educazione e sorveglianza

Indicatore centrale: quante transizioni, criticità e competenze sono state accompagnate prima che diventassero frammentazione.

Outcome dei 5 anni: cosa è cambiato

Risultati assistenziali e organizzativi attribuibili al percorso di case management



95%
Continuità
riferimento infermieristico stabile

76%
Tempestività
criticità orientate precocemente

88%
Appropriatezza
accessi programmati/DH

92%
Caregiver
identificato, informato o rivalutato

90%
Transizioni
passaggi tra setting accompagnati

Interpretazione clinico-assistenziale

Interventi informali trasformati in percorso riconoscibile e documentabile. • Diagnosi educativa più mirata nei passaggi ad alto rischio. • Monitoraggio proattivo a supporto di sicurezza, accessi e caregiver. • Integrazione tra setting con minore frammentazione percepita.

Nel paziente ematologico complesso il valore del case manager emerge quando la continuità diventa un outcome misurabile.



Outcome per aree di percorso

Lettura degli effetti del modello nei passaggi più critici

Pre-terapia

educazione iniziale, contatti, rischio infettivo | Outcome: ↓ smarrimento informativo

Durante terapia

follow-up, tossicità, accessi DH | Outcome: ↑ intercettazione precoce

Dimissione

piano domiciliare, segni d'allarme, caregiver | Outcome: ↑ sicurezza percepita

Trapianto/CAR-T

transizioni, complicanze, monitoraggio | Outcome: ↑ continuità tra setting

Territorio

raccordo, comunicazioni, rientri programmati | Outcome: ↓ frammentazione

La forza del modello non è un singolo indicatore, ma la somma di micro-interventi tempestivi che proteggono il percorso nei punti di maggiore vulnerabilità.



Cosa rende trasferibile l’esperienza

Dal caso locale a un modello applicabile in altri setting ematologici

1

Ruolo definito e riconoscibile

2

Assessment multidimensionale condiviso

3

Diagnosi educativa documentata

4

Follow-up proattivo e criteri di orientamento

5

Comunicazione strutturata con équipe e caregiver

Condizione essenziale

Il case management deve essere integrato nel percorso ematologico, non aggiunto come attività accessoria. La sostenibilità nasce dalla standardizzazione del metodo e dalla flessibilità applicativa sul singolo paziente.



Conclusioni

Tre messaggi da portare nella pratica

1. Complessità

Il paziente ematologico richiede una presa in carico dinamica, multidimensionale e continuativa.

2. Metodo

Assessment, diagnosi educativa, raccordo multiprofessionale e follow-up proattivo rendono il percorso governabile.

3. Outcome

Il case manager migliora continuità, tempestività, appropriatezza, integrazione e supporto al caregiver.

La presa in carico del paziente ematologico complesso non si esaurisce nel trattamento: è un percorso di cura da costruire, coordinare, educare e rivalutare nel tempo.




Grazie