53°
CONGRESSO NAZIONALE SIE
Società Italiana di Ematologia



ROMA, 20 settembre 2026
Hilton EUR La Lama

Percorsi di crescita nelle core competence infermieristiche

Elisabetta Rugge
IRCCS Sant'Orsola-Malpighi (Bologna)
U.O.C. Ematologia

Matteo Steduto
IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza
(San Giovanni Rotondo) U.O.C. Ped. Onc. Emat.

Sessione Infermieristica

Disclosures of Elisabetta Rugge

Company name	Research support	Employee	Consultant	Stockholder	Speakers bureau	Advisory board	Other

IL CASO

Per le prossime settantadue ore la persona che le sta più vicino non è un ematologo.

È un infermiere. Anzi: sono cinque infermieri diversi, in tre setting diversi, e almeno uno di loro non lavora in ematologia.

Vediamo cosa stiamo chiedendo a ciascuno di loro.

DIAGNOSI
Mieloma multiplo recidivato/refrattario

LINEA DI TERAPIA
Quarta

TRATTAMENTO
Anticorpo bispecifico anti-BCMA, con step-up dosing

SETTING
Ambulatoriale, con rientro a domicilio fra le dosi

CAREGIVER
Il marito, 71 anni. Abitano a 40 minuti dal centro.

Caso composito, costruito su linee guida e casistiche pubblicate. Nessun dato di un paziente reale. Ogni passaggio che segue è documentato in letteratura.

ORA –24: IL GIORNO PRIMA

Prima ancora della prima dose, qualcuno deve stabilire se questa coppia può stare a casa. Non è una domanda burocratica: è la domanda che decide se la terapia si fa in ambulatorio o in degenza.

La competenza in gioco

Valutare l'idoneità del sistema paziente-caregiver al setting ambulatoriale.

Significa verificare che il marito sappia misurare la temperatura e riconoscere un brivido, che sappia chi chiamare alle tre di notte, e che abbia capito davvero — con il teach-back, non con «ha capito?».

È una valutazione clinica, e la firma chi la fa.

Cosa dice la letteratura

La roadmap internazionale del 2025 sulla somministrazione ambulatoriale dei bispecifici elenca quattro prerequisiti espliciti:

- caregiver affidabile
- accesso rapido all'ospedale
- comorbidità controllate
- assenza di infezioni attive

Tre su quattro li accerta un infermiere.

Garfall AL, Banerjee R, Frenzel L, et al. A roadmap to implementing outpatient administration of bispecific antibodies in multiple myeloma. Front Oncol 2025.

ORA +14: LA PRIMA NOTTE

Il marito chiama. Ha misurato la temperatura perché gliel'avete insegnato ieri. Non c'è nient'altro: la signora sta bene, è solo calda. Chi risponde al telefono ha due minuti per decidere se questa è una febbre o è l'inizio di una sindrome da rilascio citochinico.

La competenza in gioco

Triage telefonico strutturato e attribuzione del grado a distanza.
Le domande sono fisse e vanno fatte tutte: pressione, saturazione, stato di coscienza, tempo trascorso dall'ultima dose, presenza di brividi.

Poi la decisione: osservazione a domicilio, rientro immediato, o 118. E la documentazione della chiamata, che è parte dell'atto.

Il riferimento: scala ASTCT

Grado 1 — febbre ≥ 38 °C non attribuibile ad altra causa, senza ipotensione né ipossia.

Grado 2 — febbre con ipotensione che non richiede vasopressori, e/o ipossia che richiede ossigeno a basso flusso.

Qui siamo al grado 1. Ma il grado 1 delle ore 14 può essere il grado 2 delle ore 17.

Tabella 5: Classificazione della sindrome da rilascio di citochine dell'American Society for Transplantation and Cellular Therapy (ASTCT), [13]

Parametri	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4	Grado 5
Febbre (Temperatura ≥ 38°C)	Temperatura ≥ 38°C	Temperatura ≥ 38°C	Temperatura ≥ 38°C	Temperatura ≥ 38°C	Morte
Con potensione	No	Non richiede vasopressori	Un vasopressore con o senza vasopressina	Vasopressori multipli (esclusa la vasopressina)	Morte
E/O Ipossia	No	Cannula nasale a basso flusso o blow-by	Cannula nasale ad alto flusso, maschera facciale, maschera non rebreather o maschera Venturi	Pressione positiva (ad es. CPAP, BIPAP, intubazione e ventilazione meccanica)	

Lee DW et al. ASTCT Consensus Grading for Cytokine Release Syndrome and Neurologic Toxicity. Biol Blood Marrow Transplant 2019;25:625-38 · Progetto di miglioramento su linea guida infermieristica per step-up ambulatoriale con follow-up telefonico integrato, 2026 (PMID 41949342).

ORA +20: IL RIENTRO

La signora rientra, ma non nel vostro reparto: arriva in pronto soccorso. Lì «febbre in paziente oncologico» attiva un percorso. «Sospetto CRS entro 24 ore da uno step-up con bispecifico» ne attiva un altro, molto diverso e molto più rapido. La differenza fra i due percorsi la fa chi trasmette l'informazione.

La competenza in gioco

Handover clinico specialistico verso professionisti non specialisti.

Non è cortesia organizzativa: è la competenza che determina quanto tempo passa prima che qualcuno pensi al tocilizumab.

Richiede di saper spiegare in novanta secondi, a un collega che non ha mai visto un bispecifico, perché quella febbre non è una febbre qualsiasi.

Cosa dice la letteratura

Le linee guida infermieristiche EBMT sulle immune effector cell sono scritte esplicitamente anche per gli infermieri che incontrano questi pazienti in modo indiretto: al momento dell'invio, dopo la dimissione, al rientro nel centro di prossimità.

È un riconoscimento formale che la competenza deve viaggiare fuori dal centro trapianti.

Ellard R, Kenyon M, Hutt D, et al. The EBMT Immune Effector Cell Nursing Guidelines on CAR-T Therapy. Clin Hematol Int 2022.

ORA +38: IL SECONDO GIORNO

Il turno del mattino. La paziente è sfebbrata, i parametri sono normali, l'aria è tranquilla. Durante il giro, all'infermiera che le chiede di nominare tre oggetti, la signora esita su uno. Nessun esame di laboratorio fa questa diagnosi. La fa chi ha valutato la stessa paziente sei ore prima e si accorge della differenza.

La competenza in gioco

Valutazione neurologica seriata e riconoscimento dello scostamento dal basale.

Richiede due cose che nessun corso frontale trasmette: aver rilevato il basale prima che servisse, e avere la libertà professionale di dire «qui qualcosa è cambiato» prima che ci sia un numero a dimostrarlo.

Il riferimento: ICE score

Dieci punti in quattro minuti:

- orientamento — anno, mese, città, ospedale (4)
- denominazione di tre oggetti (3)
- esecuzione di un comando (1)
- scrittura di una frase standard (1)
- attenzione — contare da 100 a ritroso di 10 (1)

ICE 8 su 10 significa ICANS di grado 1.

Lee DW et al. Biol Blood Marrow Transplant 2019;25:625-38. Le linee guida EBMT ricordano che segni e sintomi sfumati non riconosciuti possono precipitare rapidamente in un quadro cardiorespiratorio o neurologico grave.

ORA + 72

La signora M. torna a casa

Il CRS era di grado 1. L'ICANS di grado 1. Entrambi risolti. Non è successo niente.
Ed è esattamente il punto: «non è successo niente» è il prodotto di cinque competenze che nessuno ha formalmente certificato.

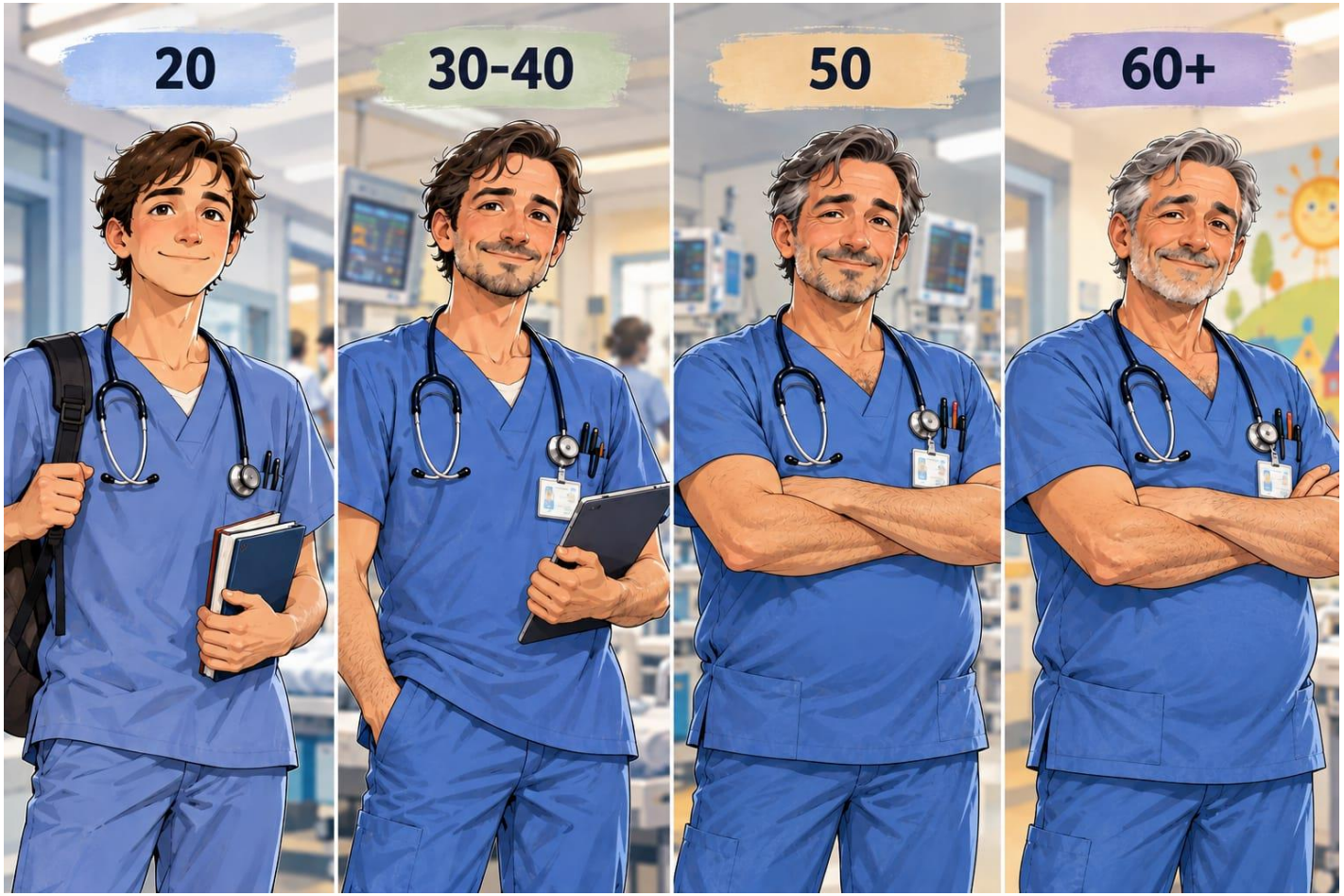
1. In ematologia la competenza documentata è già un requisito di sistema, prima ancora che un'aspirazione professionale.

2. Serve una cosa che oggi non abbiamo: dati italiani. Finché non misuriamo nulla nei nostri centri, quello che sosteniamo resta un'opinione ben argomentata.

Cinque competenze in settantadue ore

1. Valutare l'idoneità del sistema paziente-caregiver al setting ambulatoriale
2. Condurre un triage telefonico strutturato e attribuire un grado a distanza
3. Applicare le scale ASTCT per CRS e le scale ICE per ICANS
4. Trasferire informazione clinica specialistica a colleghi non specialisti
5. Eseguire una valutazione neurologica seriata e riconoscere lo scostamento


LIVELLO 1
Forza 1
Abilità 1
Resistenza 1
Intelligenza 1
Saggezza 1
Carisma 1
LIVELLO 8
Forza 8
Abilità 7
Resistenza 7
Intelligenza 5
Saggezza 6
Carisma 6
LIVELLO 15
Forza 15
Abilità 14
Resistenza 13
Intelligenza 10
Saggezza 12
Carisma 13
LIVELLO 20
Forza 20
Abilità 18
Resistenza 19
Intelligenza 14
Saggezza 16
Carisma 18


20
30-40
50
60+

E IN ITALIA?

Che cosa è successo

- **DM 159 del 6 febbraio 2026 e DM 177 del 25 febbraio 2026**

  Revisione della classe di laurea magistrale infermieristica e istituzione dei profili infermieristici specialistici.

- **Avvio dal prossimo anno accademico**

  Si apre per la prima volta un percorso di carriera clinica, non solo manageriale.

- **Tre indirizzi istituiti**

  - Cure primarie e infermieristica di famiglia e comunità

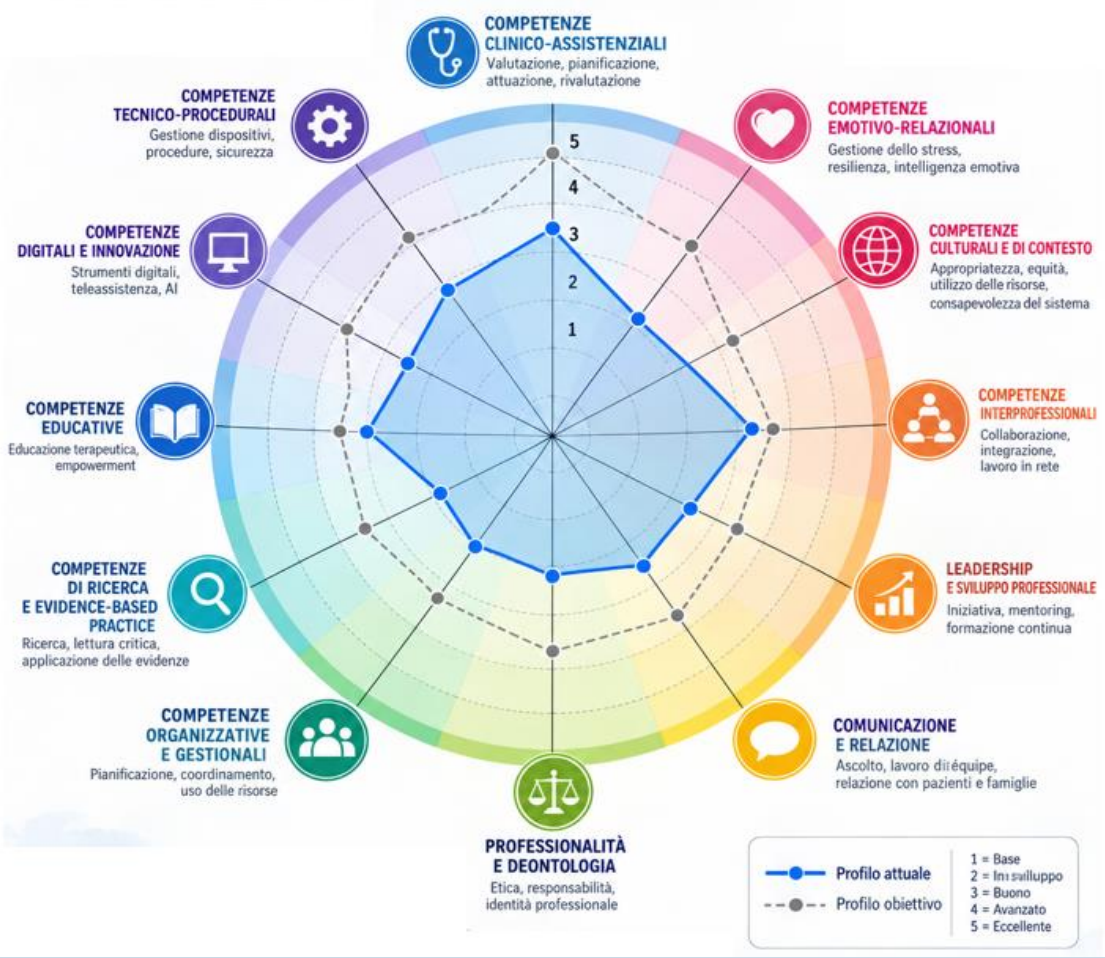
  · Cure neonatali e pediatriche
  · Cure intensive e dell'emergenza.

L'area onco-ematologica non è fra gli indirizzi istituiti.

Le cinque competenze che abbiamo appena contato non troveranno un profilo che le riconosca nei prossimi anni.

Quindi il percorso lo costruiamo noi, dentro i centri, con gli strumenti in dotazione.

FNOPI, comunicazione del 25 marzo 2026 sulla registrazione dei decreti · Chiappinotto S. et al., L'Infermiere (FNOPI) 2025;62(1), mappatura internazionale dei profili specialistici e avanzati.


COMPETENZE CLINICO-ASSISTENZIALI
Valutazione, pianificazione, attuazione, rivalutazione
COMPETENZE EMOTIVO-RELAZIONALI
Gestione dello stress, resilienza, intelligenza emotiva
COMPETENZE CULTURALI E DI CONTESTO
Appropriatezza, equità, utilizzo delle risorse, consapevolezza del sistema
COMPETENZE INTERPROFESSIONALI
Collaborazione, integrazione, lavoro in rete
LEADERSHIP E SVILUPPO PROFESSIONALE
Iniziativa, mentoring, formazione continua
COMUNICAZIONE E RELAZIONE
Ascolto, lavoro di équipe, relazione con pazienti e famiglie
PROFESSIONALITÀ E DEONTOLOGIA
Etica, responsabilità, identità professionale
COMPETENZE ORGANIZZATIVE E GESTIONALI
Pianificazione, coordinamento, uso delle risorse
COMPETENZE DI RICERCA E EVIDENCE-BASED PRACTICE
Ricerca, lettura critica, applicazione delle evidenze
COMPETENZE EDUCATIVE
Educazione terapeutica, empowerment
COMPETENZE DIGITALI E INNOVAZIONE
Strumenti digitali, teleassistenza, AI
COMPETENZE TECNICO-PROCEDURALI
Gestione dispositivi, procedure, sicurezza
1
2
3
4
5
Profilo attuale
Profilo obiettivo
1 = Base
2 = In sviluppo
3 = Buono
4 = Avanzato
5 = Eccellente

PERCHÉ NON È SOLO ORGOGLIO PROFESSIONALE

–7%

odds di morte a 30 giorni

per ogni 10% in più di infermieri laureati. RN4CAST: 422.730 pazienti, 300 ospedali, 9 paesi europei.

+7%

odds di morte a 30 giorni

per ogni paziente in più assegnato in media a ciascun infermiere, nello stesso studio.

–9%

odds di mortalità a 30 giorni

per ogni 10 punti in più di infermieri laureati. Replica indipendente del 2025 su pazienti con danno renale acuto.

Nessuno ha mai misurato tutto questo in ematologia. Ma quello che è stato misurato altrove dice una cosa sola: quanto sa chi sta al letto è associato a quanti pazienti tornano a casa.

Aiken LH et al. Lancet 2014;383:1824-30 · Aiken LH et al. Med Care 2011 · Iroegbu C et al. Res Nurs Health 2025. Studi osservazionali su casistiche chirurgiche e di area medica generale: l'associazione è robusta e replicata, ma resta un'associazione.

COSA SI PUÒ FARE LUNEDÌ MATTINA

1

Mappare

Quali attività eroga il centro oggi e quali competenze richiedono. La job description si scrive sull'attività, non sull'anzianità.

2

Formare prima

Nessun avvio di una nuova terapia senza formazione completata e tracciata. È il punto su cui la survey EBMT è più esplicita.

3

Affiancare

Affiancamento pianificato e simulazione su CRS, ICANS e chiamate di triage. La simulazione è dove si sbaglia senza fare danno.

4

Verificare

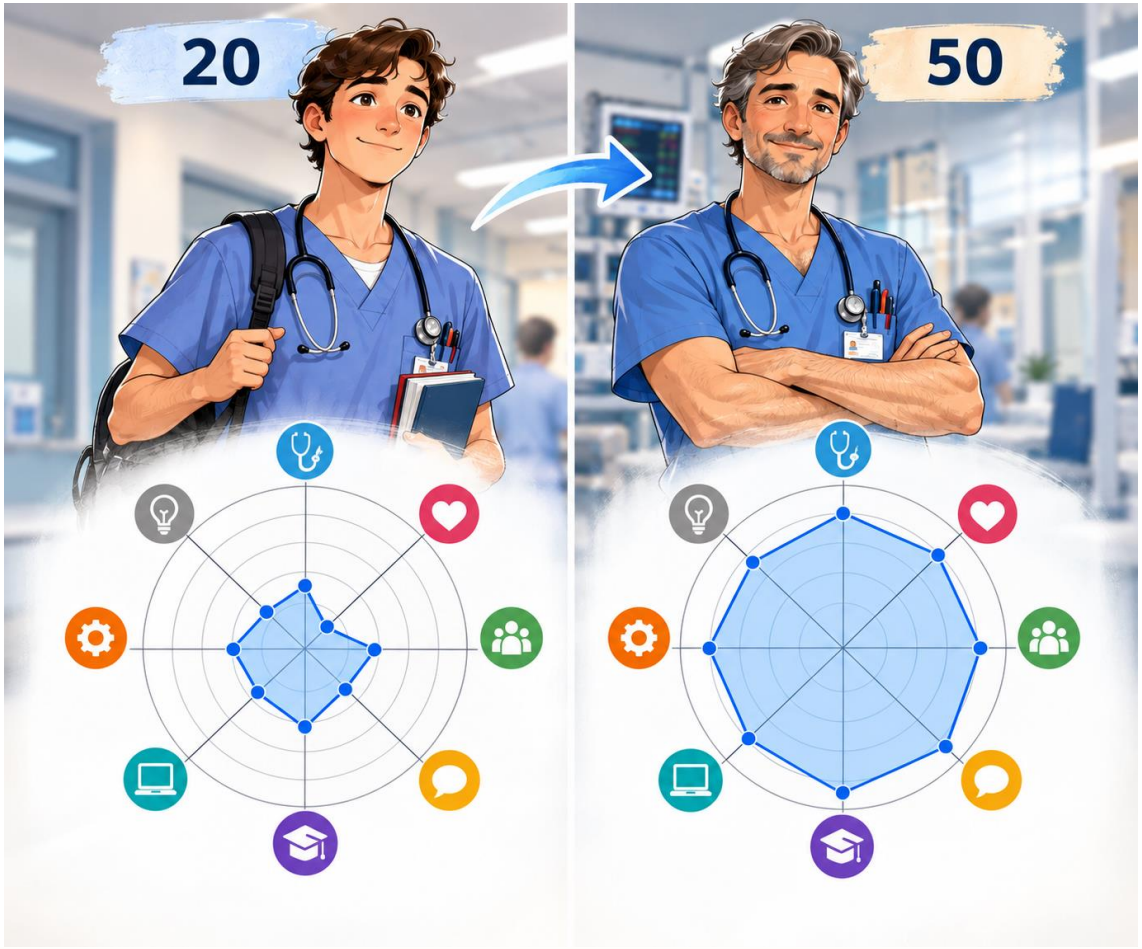
Valutazione documentata, con checklist e osservazione strutturata. L'attestato di presenza non è una verifica di competenza.

5

Mantenere

Volume minimo di attività, riverifica periodica, audit interno. È esattamente ciò che l'ispezione va a cercare.

Serve una decisione del centro e qualcuno che se ne assuma la titolarità. Nient'altro.


20
50

LA RISPOSTA CHE ESISTE GIÀ

1

EONS Cancer Nursing Education Framework

Quinta edizione, 2022. Otto moduli misurati in crediti ECTS, pensati per essere adattati al contesto nazionale e aziendale. È il documento con cui si costruisce un piano formativo e lo si porta in direzione con un'argomentazione, non con una richiesta generica.

2

Survey del Nurses Group EBMT, 2024

109 risposte da 86 centri di 24 paesi. Le priorità formative indicate sono introduzione agli ATMP, gestione delle tossicità, informazione prodotto-specifica e quadro regolatorio. La conclusione è una sola frase: la formazione va completata prima dell'implementazione, e poi mantenuta.

3

Standard FACT-JACIE, ottobre 2025

Nona edizione per il trapianto, terza per le immune effector cell. La competenza del personale, documentata e riverificata, è materia di ispezione. Non è un obiettivo di reparto: è una condizione di accreditamento del programma.

EONS Cancer Nursing Education Framework, 5ª ed., 2022 · Nurses' reported training needs for advanced cell therapies, EBMT Nurses Group, Clin Hematol Int 2024 · FACT-JACIE International Standards for HCT, 9ª ed., e FACT IEC Standards, 3ª ed., 29 ottobre 2025.

Quando nel lavoro di squadra, le competenze si sommano, le esperienze si condividono, si costruisce un sistema che sa far crescere le persone.