53°
CONGRESSO NAZIONALE SIE
Società Italiana di Ematologia



ROMA, 20 settembre 2026
Hilton EUR La Lama

L'evoluzione dell'assistenza infermieristica in ematologia tra umanizzazione e tecnologia

Michela Piredda

Professore Associato, Università Campus Bio-Medico di Roma

Sessione Infermieristica

Disclosures of Michela PIredda

Dichiaro assenza di conflitti di interesse

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



Cosa significa oggi assistere in ematologia?

Alta innovazione terapeutica
Terapie cellulari e geniche, anticorpi bispecifici, formulazioni sottocutanee trattamenti personalizzati.

Decentralizzazione della cura
Ospedale, day hospital, ambulatorio, domicilio.

Digitalizzazione crescente
Telemonitoraggio, alert, patient-reported outcomes, cartelle digitali, AI e strumenti predittivi.

Crescita dei dati
Non solo rilevare parametri ma riconoscere segnali, interpretarli, stabilirne la priorità, attivare precocemente il percorso appropriato.

Fragilità e cronicità
Malattia cronica, andamento variabile con remissioni e recidive; pazienti anziani, comorbilità, caregiver coinvolti.

La complessità non è solo terapeutica

Complessità della persona in un **sistema di cura** sempre più articolato

Clinica

Nuove terapie, tossicità, comorbidità, fragilità

Tecnologica

Strumenti digitali, dispositivi, monitoraggio dati, intelligenza artificiale

Organizzativa

Coordinamento tra setting, continuità assistenziale, gestione dei percorsi.

Relazionale ed emotiva

Incertezza, paura: ascolto, comunicazione, riconoscimento della vulnerabilità della persona.

Educativa

Health literacy, empowerment, supporto al caregiver, self-care.

Etica

Dignità, equità, responsabilità delle decisioni, limiti della delega tecnologica.

Perimetro professionale ampliato: all'infermiere sono richieste **competenze e responsabilità diverse.**



Tecnologia e umanizzazione: due poli opposti?

Tecnologia non nemica della persona: dipende da orientamento, controllo e impatto su **dignità umana e bene comune**.

Paradigma tecnocratico: logica di efficienza e profitto governa le scelte. Se tecnica è **criterio invece di strumento dell'uomo**, stabilisce ciò che conta e ciò che va scartato, **riducendo le persone a ingranaggi** di sistema sempre più performante.

Nuovo o più potente non significa necessariamente migliore.

Il progresso rende più umana la vita umana, più degna dell'uomo?

La tecnologia può…

- Identificare precocemente una tossicità o la progressione della malattia
- Monitorare in sicurezza a distanza, ridurre ricoveri o accessi
- Connettere paziente, team e domicilio
- Portare la cura più vicino alla vita quotidiana
- Liberare tempo: tutto ciò può essere umanizzante

La stessa trasformazione può produrre…

- Distanza relazionale e frammentazione della cura
- Sovraccarico informativo e perdita di senso
- Esclusione digitale dei più fragili
- Riduzione della persona a parametri e score

Non: più tecnologia o più umanità? ma:
Quale tecnologia, per quale persona e per quale obiettivo di cura?

Magnifica Humanitas, Enciclica di Leone XIV sulla custodia della persona umana nel tempo dell'intelligenza artificiale.

Che cosa intendiamo per "umanizzazione"?

Custodia contro la deriva di una VISIONE ANTIUMANA che punta al superamento di ciò che è umano, ritenuto insufficiente, se non dannoso per lo stesso pianeta

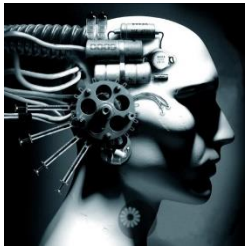
Transumanesimo

Potenziamento dell'essere umano attraverso le tecnologie (biomedicina, ingegneria del corpo, dispositivi, algoritmi), per incrementare prestazioni e capacità.

Postumanesimo

Critica antropocentrismo e prospetta ibridazione tra essere umano, macchina e ambiente, fino a un passaggio di soglia in cui l'umanità supererà se stessa entrando in un nuovo stadio evolutivo.







Se l'**essere umano** è materiale da **perfezionare** o da **oltrepassare**, ne consegue che alcuni siano considerati **meno utili, meno desiderabili, meno degni (sacrificio di alcuni per l'ottimizzazione della specie)**

La qualità di una civiltà si misura non dalla potenza dei suoi mezzi, ma **dalla capacità di prendersi cura dei più fragili**

Che cosa intendiamo per "umanizzazione"?

Non semplicemente gentilezza, empatia o comfort,
ma custodia di ciò che è propriamente umano

La persona non coincide con i suoi dati

Emocromo, temperatura, alert e score di rischio sono indispensabili.
Ma non dicono chi è quella persona, che cosa teme, che cosa considera tollerabile, quali risorse possiede, quale significato attribuisce alla propria malattia, come vive l'isolamento protettivo, la dipendenza dalle cure infermieristiche.

Dignità che non dipende dalla performance

La dignità del paziente non dipende da efficienza, autonomia o capacità di utilizzare le tecnologie (persona anziana, fragile, con deficit cognitivi o scarsa alfabetizzazione digitale).
La tecnologia non deve selezionare il "paziente ideale" capace di usarla.

Storia, preferenze, relazioni

Ogni paziente porta con sé una storia, un sistema di valori, legami familiari, paure e aspettative.
L'assistenza umanizzata le riconosce e le integra nel piano di cura, rendendole parte del giudizio professionale.



Nessun linguaggio digitale può tradurre «il mistero della persona in dati e prestazioni» (MH, 10)



Limite, fragilità, vulnerabilità

*MH: n*on interpretare malattia, sofferenza e vulnerabilità solo come difetti da correggere: il **limite è dimensione costitutiva dell'esperienza umana,** in cui possono emergere **relazione autentica, compassione e solidarietà**

L'umano non fiorisce **malgrado il limite**, ma spesso **attraverso il limite**.

La medicina combatte la malattia. L'assistenza infermieristica si prende cura della **persona che vive l'esperienza della malattia**.

Non tutto può essere risolto nella cura: incertezza, perdita di autonomia, cambiamento dei ruoli famigliari, fatica, tempo dell'attesa, solitudine, paura della possible recidiva.

Accompagnare, riconoscere la vulnerabilità senza trasformarla in incapacità. Proteggere senza sostituirsi. Promuovere autonomia senza abbandonare.



La relazione nasce soprattutto dal limite condiviso

La dipendenza causa sofferenza

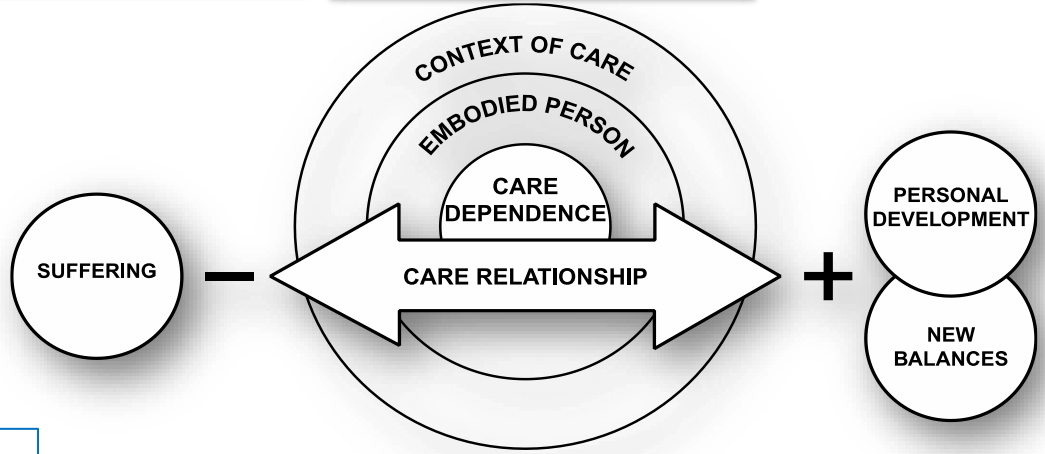
L'esperienza di dipendenza rivela la realtà della persona incarnata

La dipendenza è definita dalla rete di relazioni che circondano la persona e dal contesto dell'assistenza

La dipendenza porta a trovare nuovi equilibri

La dipendenza è una strada per lo sviluppo della persona

DIPENDENZA DALLE CURE INFERMIERISTICHE



Copyright © 2019 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

Michela Piredda, PhD, RN
Maria L. Candela, MNS, RN
Chiara Mastroianni, PhD, RN
Anna Marchetti, PhD, RN
Daniela D'Angelo, PhD, RN
Maura Lusignani, MNS, RN
Maria G. De Marinis, MEd, MNS, RN
Maria Matarese, MNS, RN

"Beyond the Boundaries of Care Dependence"

A Phenomenological Study of the Experiences of Palliative Care Nurses

Supportive Care in Cancer (2020) 28:4493–4499
https://doi.org/10.1007/s00520-020-05300-8

ORIGINAL ARTICLE

Finding meaning in life: an exploration on the experiences with dependence on care of patients with advanced cancer and nurses caring for them

Maria Luigia Candela[1] · Michela Piredda[2] · Anna Marchetti[2] · Gabriella Facchinetti[2] · Laura Iacorossi[3] · Maria Teresa Capuzzo[4] · Daniela Mecugni[4] · Laura Rasero[5] · Maria Matarese[2] · Maria Grazia De Marinis[2]

JOURNAL OF NURSING SCHOLARSHIP

CLINICAL SCHOLARSHIP

Adult Patients' Experiences of Nursing Care Dependence

Michela Piredda, PhD, BSc, MSN, RN[1], Maria Matarese, MSN, RN[2], Chiara Mastroianni, MSN, RN[3], Daniela D'Angelo, PhD, MSN, RN[4], Marilyn J. Hammer, PhD, DC, RN[5], & Maria Grazia De Marinis, Med, RN[6]

European Journal of Oncology Nursing 20 (2016) 125–132
Contents lists available at ScienceDirect
European Journal of Oncology Nursing
journal homepage: www.elsevier.com/locate/ejon

Nursing care dependence in the experiences of advanced cancer inpatients

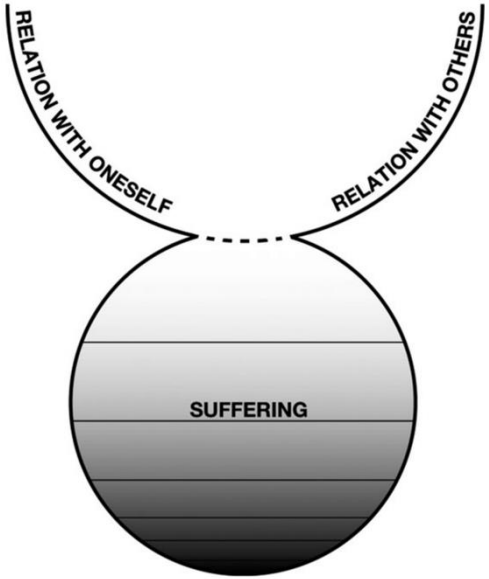
Michela Piredda [a, b, *], Chiara Bartiromo [c], Maria Teresa Capuzzo [b], Maria Matarese [b], Maria Grazia De Marinis [b]

European Journal of Cancer Care

Feature and Review Paper

BIAGIOLI V., PIREDDA M., ALVARO R. & DE MARINIS M.G. (2017) *European Journal of Cancer Care* **26**, e12461, doi: 10.1111/ecc.12461

The experiences of protective isolation in patients undergoing bone marrow or haematopoietic stem cell transplantation: systematic review and metasynthesis



ISOLAMENTO PROTETTIVO

Supporto emotivo da parte degli infermieri

Protettivo rispetto alla sofferenza causata dell'isolamento

European Journal of Oncology Nursing 24 (2016) 79–86

Contents lists available at ScienceDirect

European Journal of Oncology Nursing

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ejon

The lived experience of patients in protective isolation during their hospital stay for allogeneic haematopoietic stem cell transplantation

Valentina Biagioli [a, *], Michela Piredda [b], Maria Rita Mauroni [c], Rosaria Alvaro [a], Maria Grazia De Marinis [b]

Received: 14 March 2019 | Revised: 4 May 2019 | Accepted: 1 August 2019

DOI: 10.1111/ecc.13148

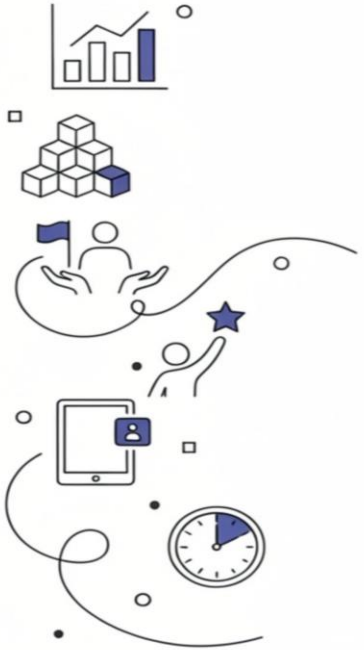
ORIGINAL ARTICLE

European Journal of Cancer Care WILEY

Factors influencing the perception of protective isolation in patients undergoing haematopoietic stem cell transplantation: A multicentre prospective study

Valentina Biagioli[1] | Michela Piredda[2] | Ombretta Annibali[3] | Maria Cristina Tirindelli[3] | Adriana Pignatelli[4] | Francesco Marchesi[5] | Maria Rita Mauroni[6] | Sonia Soave[7] | Elisabetta Del Giudice[8] | Elena Ponticelli[9] | Marco Clari[10] | Sandra Cavallero[11] | Pierina Monni[12] | Laura Ottani[13] | Simona Sica[14] | Marco Cioce[15] | Lorella Cappucciati[16] | Francesca Bonifazi[17] | Rosaria Alvaro[1] | Maria Grazia De Marinis[2] | Gianpaolo Gargiulo[18]

Le tensioni da governare nell'assistenza in ematologia



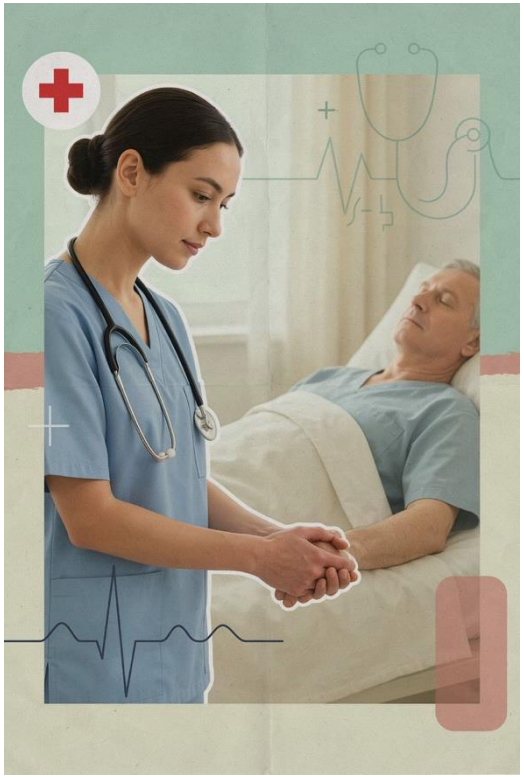
Dato	>	Persona
Standardizzazione	vs	Personalizzazione
Autonomia	>	Sicurezza
Empowerment	vs	Protezione dalla delega eccessiva
Tecnologia	vs	Relazione
Efficienza	vs	Tempo della cura
Algoritmo	vs	Giudizio professionale



L'infermiere come professionista dell'integrazione

Competenze per governare la complessità

1	**Competenza clinica avanzata** Accertamento, riconoscimento precoce dei sintomi, gestione delle tossicità e del deterioramento clinico.
2	**Competenza tecnologica e digitale** Utilizzare, comprendere e valutare criticamente strumenti, dati e piattaforme; sapere quando non usarli.
3	**Competenza relazionale** Ascolto attivo, comunicazione efficace: **tempo di relazione è tempo di cura**.
4	**Competenza educativa** Health literacy, empowerment del paziente, supporto al caregiver, promozione del self-care.
5	**Competenza organizzativa** Coordinamento tra setting, gestione della continuità, governo dei nuovi modelli assistenziali.
6	**Competenza etica** **Discernimento**: equità di accesso alle tecnologie, tutela della dignità, limiti della delega tecnologica.



Il congresso racconta già questa trasformazione…

Nuove terapie e modelli organizzativi

Luspatercept, LMA e nuove terapie
innovazione, competenza e organizzazione

Cura che si sposta verso il domicilio

Bispecifici outpatient, monitoraggio domiciliare, SCIg
Tecnologia, autonomia, sicurezza e continuità delle cure

Centralità della persona e rete di relazioni

Advocacy, engagement, caregiver e supporto psicologico

Innovazione dei sistemi

Lean, ricerca clinica, sicurezza trasfusionale
Efficienza ed esperienza del paziente

Alta complessità clinica

Sepsi, urgenze, prime 72 ore
Riconoscimento precoce e giudizio professionale

Evoluzione professionale

Core competence

.. di una crescente complessità terapeutica e tecnologica in una cura realmente centrata sulla persona

Babele o Neemia?

Una metafora potente dall'enciclica *Magnifica Humanitas*.

Babele: uniformità, efficienza ad ogni costo, esclusione dei fragili: costruire una torre tecnologicamente perfetta attorno al paziente, senza ascoltarlo.

Neemia: costruire attraverso ascolto, responsabilità condivisa e partecipazione: ciascuno si assume il proprio tratto di muro.

Invece di costruire una torre attorno al paziente, costruire insieme a lui una cura nella quale ogni professionista, ogni caregiver, ogni persona si assume la propria parte.



Conclusione: Rimanere umani nell'alta tecnologia

Take home messaggi:

La tecnologia non è l'opposto dell'umanizzazione

La domanda è: al servizio di quale idea di persona la utilizziamo? L'orientamento è tutto.

Umanizzare è custodire ciò che il dato non esaurisce

Dignità, vulnerabilità, storia, relazioni, preferenze, significato dell'esperienza di malattia.

L'infermiere integra

Competenza e relazione, dato e persona, innovazione e sicurezza, ospedale e vita quotidiana.

La sfida dell'assistenza infermieristica nell'era dell'alta tecnologia non è diventare meno tecnologica per rimanere umana. È diventare capace di **governare la tecnologia** affinché ogni innovazione si traduca in una cura per quella persona, in quel momento, nel suo contesto di vita: una **cura più sicura, più giusta e più umana.**

Il progresso autentico nasce da apertura all'altro, ascolto e capacità di costruire legami, e invita a mantenere l'essere umano al centro delle scelte

Tecnologia al servizio della cura.
Competenza al servizio della persona.