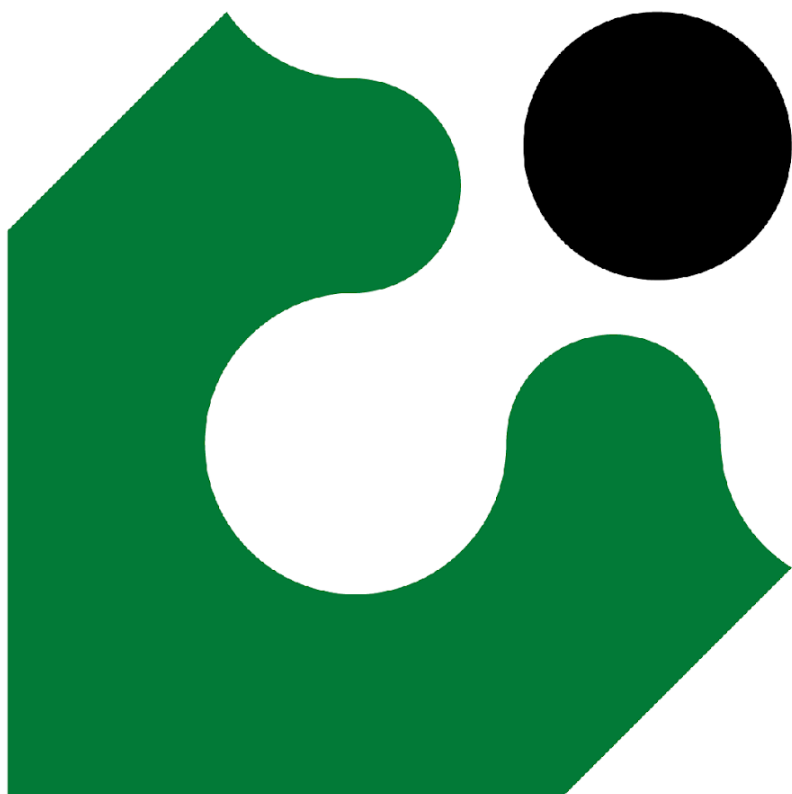


Impiego della telemedicina nell'ambito delle Cure Palliative

Chiara Gandini

**Corso di formazione manageriale per
Dirigenti di Struttura Complessa
anno 2024**



Corso di formazione manageriale per Dirigente di struttura complessa

Codice edizione: UNIMI DSC 2401/BE

Ente erogatore : Università degli Studi di Milano

L'AUTORE :

Chiara Gandini, Dirigente Medico, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo-Pavia

IL DOCENTE DI PROGETTO :

*Marta Marsilio, Professore Associato Dipartimento di Economia, Management e Metodi Quantitativi,
Università degli Studi di Milano*

IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO :

*Federico Lega, , Professore ordinario Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute e Presidente Del
Collegio Didattico - Collegio Didattico del Corso di Laurea Magistrale in Management delle Aziende
Sanitarie e del Settore Salute, Università degli Studi di Milano*

Publicazione non in vendita.
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.
Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano
www.polis.lombardia.it

INDICE

INDICE	3
INTRODUZIONE	4
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO	6
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO	9
METODOLOGIA ADOTTATA	10
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE	11
ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE	18
RISULTATI ATTESI	19
CONCLUSIONI	21
RIFERIMENTI NORMATIVI	22
BIBLIOGRAFIA	22
SITOGRAFIA	23

INTRODUZIONE

Le cure palliative (CP), come definito dell'art. 1 della Legge 38 del 15 marzo 2010¹, sono l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici, assistenziali, rivolti sia alla persona malata che al nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici. L'Assemblea Mondiale della Sanità (AMS) ha stabilito che le CP sono una responsabilità etica dei sistemi sanitari e una componente chiave della Copertura Sanitaria Universale (UHC)¹³.

Nel 2014 l'OMS ha adottato una risoluzione sulle cure palliative precoci, affermando che le cure palliative dovrebbero essere prese in considerazione fin dal momento della diagnosi e integrate nel processo di cura dei pazienti affetti da patologie potenzialmente letali⁹. L'identificazione tempestiva del peggioramento dello stato di salute, la valutazione olistica dei bisogni, la gestione del dolore e di altri disturbi (fisici, psicosociali e spirituali) possono migliorare la qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie, ridurre l'aggressività delle cure, contenere i costi e potenzialmente persino allungare la sopravvivenza⁹.

Secondo l'Atlante Globale di Cure Palliative, nel 2017 sono stati registrati 55 945 730 decessi nei 195 Paesi dichiaranti in tutto il mondo⁷. Le Cure Palliative sono state necessarie per il 45,3% di tutti i decessi, con necessità assistenziali che mutano durante il percorso delle differenti malattie⁸. Nel 2021 in Regione Lombardia circa 25.000 pazienti sono stati presi in carico in Hospice o in Unità di Cure Palliative Domiciliari⁸⁻¹⁴. Dagli studi sul fabbisogno potenziale tuttavia emerge che 30.000-50.000 persone ogni anno sfuggono alla Rete Regionale di Cure Palliative (CP) ed il tasso di copertura dei bisogni assistenziali della popolazione generale è attualmente stimato tra il 19% ed il 28%¹⁰.

A seguito della DGR X/5918², nel 2016 è stata istituita in Lombardia la Rete delle Cure Palliative, che si articola in tre nodi principali:

- Residenziale-Hospice
- Cure Palliative Domiciliari (UCP-Dom)
- Ambulatorio/Day Hospice e consulenze

Nei pazienti con malattia in fase iniziale, paucisintomatica è possibile valutare un'iniziale presa in carico ambulatoriale, onde pianificare in maniera proattiva e condivisa con il paziente e la famiglia gli obiettivi di cura. Nei pazienti con malattia più avanzata e bisogni complessi è invece risultata essere più efficace l'attivazione dell'assistenza domiciliare o il ricovero in Hospice, ove è possibile garantire una maggiore intensità assistenziale ed una continuità di cura. E' possibile nei pazienti a lunga prognosi, prevedere il passaggio da una intensità assistenziale ad un'altra, attraverso uno stretto monitoraggio dei bisogni del paziente e dei caregivers ed una condivisione delle scelte terapeutiche; a tale scopo potrebbe risultare utile l'impiego della telemedicina. Questo tipo di assistenza è stata largamente impiegata durante la pandemia Covid-19 e negli stati esteri trova il suo bacino di applicazione nei paesi rurali, ove il follow-up dei pazienti è risultato più difficoltoso; attualmente in Italia in ambito di CP la telemedicina trova scarsa applicazione¹¹⁻¹².

E' inoltre infine noto che ad oggi in Italia mancano più del 50% dei medici palliativisti e del 66% degli infermieri necessari per l'assistenza¹⁵.

Lo scopo del presente progetto è quello di valutare l'impiego della telemedicina nei pazienti candidati ad un percorso di CP seguiti in regime ambulatoriale; tale assistenza consentirebbe di monitorarne in

maniera puntuale i sintomi, adeguare la terapia di supporto e ridurre il distress correlato alla malattia dei pazienti candidati ad un percorso di CP e dei loro familiari.

Verrà inoltre valutato l'impiego del teleconsulto a supporto dei medici territoriali (medici di medicina generale o RSA) nei pazienti di CP valutati in precedenza in regime ambulatoriale o di consulenza e non candidati ad un percorso Hospice/UCPdom ; tale servizio avrebbe allo scopo di fornire un adeguato supporto ai medici/infermieri del territorio per la gestione condivisa dei pazienti con malattia avanzata.

OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

Obiettivi Strategici:

Il presente progetto si propone di migliorare l'efficacia della presa in carico dei pazienti con un basso livello assistenziale attraverso la creazione di un ambulatorio di telemedicina dedicato alle cure palliative. Gli obiettivi strategici includono:

- **migliorare il monitoraggio e l'assistenza del paziente:** aumentare la frequenza dei contatti con i pazienti e i loro caregiver per adeguare in maniera puntuale la terapia di supporto ed identificare precocemente eventuali segni di declino funzionale o cambiamenti nelle necessità assistenziali. Questo approccio mira a migliorare la qualità della vita del paziente e a ridurre il distress del paziente e dei caregivers correlato alla malattia.
- **ridurre i pazienti persi al follow-up:** diminuire il numero di pazienti che, dopo un primo contatto con la Rete Locale di Cure Palliative, risultano persi nel follow-up e giungono nuovamente nei reparti ospedalieri al peggioramento delle condizioni
- **potenziare la comunicazione tra ospedale e territorio:** facilitare la comunicazione tra l'ospedale e il territorio creando momenti di discussione multidisciplinare con i medici curanti, inclusi i medici di medicina generale (mmg) e i medici delle residenze sanitarie assistenziali (RSA).
- **ridurre gli accessi inappropriati agli ospedali per acuti:** minimizzare il numero di accessi inappropriati agli ospedali per acuti da parte di pazienti con aspettativa di vita limitata.

Obiettivi Specifici:

Per raggiungere gli obiettivi strategici sopra definiti, sono stati individuati i seguenti obiettivi specifici del progetto:

- **implementazione della strumentazione e creazione del team:**
 - dotare l'ambulatorio di telemedicina delle necessarie risorse tecnologiche e informatiche.
 - formare un team dedicato, composto da un medico e un infermiere, specificamente dedicato al progetto di telemedicina.
- **creazione dell'ambulatorio di telemedicina:**
 - istituire un ambulatorio di telemedicina in cure palliative con la cadenza di due volte alla settimana, responsabile della gestione del follow-up e della risposta in tempo reale ai bisogni di salute del paziente.
- **organizzazione di discussioni multidisciplinari:**
 - stabilire momenti di discussione multidisciplinare (teleconsulto) tra specialisti in cure palliative e medici del territorio (mmg e medici delle RSA).
 - promuovere attivamente questo servizio per garantire un'efficace integrazione e collaborazione.

Questi obiettivi specifici sono progettati per supportare la realizzazione degli obiettivi strategici, migliorando l'efficacia dell'assistenza e la qualità del percorso di cura per i pazienti con esigenze di cure palliative.

INDICATORI DI PERFORMANCE:

Per monitorare l'efficacia del progetto di telemedicina in ambito di cure palliative, sono stati definiti i seguenti indicatori di Performance:

1. frequenza dei contatti con pazienti e caregiver: numero medio di contatti settimanali/mensili per paziente.

- **obiettivo:** aumentare la frequenza dei contatti per identificare precocemente il declino funzionale e i cambiamenti nelle necessità assistenziali.
- **metodo di misurazione:** monitoraggio dei dati di contatto attraverso il sistema di telemedicina.

2. tasso di perdita al follow-up: percentuale di pazienti persi al follow-up dopo il primo contatto.

- **obiettivo:** ridurre la percentuale di pazienti che non proseguono con il follow-up.
- **metodo di misurazione:** analisi delle registrazioni di follow-up e report sui pazienti non raggiunti.

3. efficacia della comunicazione tra ospedale e territorio: numero di teleconsultazioni effettuate e questionari di gradimento da inviare ai medici curanti

- **obiettivo:** potenziare la comunicazione tra ospedale e territorio attraverso discussioni multidisciplinari.
- **metodo di misurazione:** registrazione del numero delle teleconsultazioni effettuate, in rapporto anche agli inviti inviati ad i medici del territorio, e feedback dei partecipanti attraverso questionari di gradimento.

4. riduzione degli accessi inappropriati agli ospedali per acuti: numero di accessi ospedalieri per acuti evitati grazie alla telemedicina.

- **obiettivo:** ridurre il numero di accessi impropri agli ospedali per acuti.
- **metodo di misurazione:** analisi dei dati di accesso ospedaliero e confronto con le statistiche precedenti all'implementazione del progetto.

5. valutazione di PREMS e PROMS correlati al percorso in CP: variazione nei punteggi delle scale di valutazione della qualità della vita (es. QoL (Quality Of Life) e dei sintomi (es. attraverso la scala IPOS- Integrated Palliative Outcome Scale, ..). In particolare il questionario IPOS consente di valutare anche la percezione che il malato ha del proprio percorso di malattia (nello specifico domanda Q8-9); verranno inoltre sottoposte al paziente e caregiver scale di gradimento del servizio.

- **obiettivo:** migliorare la qualità della vita dei pazienti attraverso un'assistenza più continua e personalizzata; ridurre il distress ed il senso di abbandono.
- **metodo di misurazione:** somministrazione periodica di questionari sulla qualità della vita, sul distress e sui sintomi presenti ai pazienti.

6. tempo di risposta ai bisogni di salute del paziente: tempo medio di risposta ai bisogni di salute del paziente durante le teleconsultazioni.

- **obiettivo:** garantire una risposta tempestiva ai bisogni di salute dei pazienti.
- **metodo di misurazione:** monitoraggio dei tempi di risposta tra la segnalazione di un problema ed il tempo intercorso per la teleconsulenza

7. implementazione della strumentazione e team di telemedicina: percentuale di completamento della strumentazione informatica e formazione del team.

- **obiettivo:** completare l'implementazione della strumentazione e la formazione del team entro i tempi previsti.
- **metodo di misurazione:** report di avanzamento del progetto e verifica della formazione del team.

DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

Il progetto è rivolto a diversi gruppi di destinatari all'interno della provincia di Pavia, dove attualmente risiedono 536.406 persone. Considerando che circa l'1% della popolazione potrebbe necessitare di cure palliative (CP) nell'ultimo anno di vita, si stima che circa 5.300 pazienti potrebbero avere bisogno di tali servizi.

1. I pazienti

I principali destinatari del progetto sono i pazienti che vengono avviati a un percorso di cure palliative (CP). In particolare:

- **pazienti avviati a un percorso di CP a bassa assistenza:** si tratta di pazienti con un quadro clinico stabile che necessitano di supporto palliativo meno intensivo. Attraverso la telemedicina potrebbero essere sottoposti ad un monitoraggio frequente a domicilio
- **pazienti in transizione da alta a bassa assistenza o viceversa:** la fase di transizione nelle intensità assistenziali è spesso gravata da un forte distress da parte del paziente. La possibilità di eseguire un monitoraggio costante attraverso la telemedicina, durante la fase di transizione, potrebbe ridurre il senso di abbandono.

2. I medici Curanti

Il progetto si rivolge anche ai medici curanti, inclusi i medici di medicina generale (MMG) e i medici operanti nelle RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) non specialisti in cure palliative, che si trovano ad assistere pazienti con malattie in fase avanzata e con necessità di CP. L'obiettivo è fornire a questi professionisti gli strumenti, le conoscenze e il supporto necessari per offrire cure adeguate e per integrare al meglio i percorsi di CP nel loro lavoro quotidiano.

3. I caregivers

Un ulteriore gruppo di destinatari indiretti è rappresentato dai caregivers. Essi, infatti, beneficeranno del miglioramento della gestione clinica e del supporto continuativo offerto dal progetto, che mira non solo a migliorare la qualità di vita dei pazienti ma anche a ridurre il distress correlato al percorso di malattia dei loro caregivers.

4. L'azienda:

Lo scopo del presente progetto è quello di ridurre, attraverso uno stretto monitoraggio, il numero di accessi impropri presso i reparti per acuti (es Pronto Soccorso, reparti di Medicina Interna, ...) per i pazienti avviati ad un percorso di CP. Ha inoltre lo scopo di fornire una tracciabilità, attraverso il Fascicolo Sanitario, dei follow-up dei pazienti di CP seguiti ambulatorialmente, attualmente solo telefonici, e delle eventuali successive modifiche della terapia di supporto; vuole inoltre fornire una maggiore continuità tra l'ospedale. Il progetto offre infine la possibilità di una maggiore raccolta dei dati clinici, impiegabili in potenziali nuovi protocolli di ricerca.

METODOLOGIA ADOTTATA

Value based/modello di servizio/business modelling

Il progetto si basa sull'adozione di un modello di servizio incentrato sul valore (Value-Based Healthcare), una metodologia che mira a migliorare i risultati clinici, ottimizzando al contempo le risorse disponibili. Questo approccio è particolarmente rilevante nel contesto delle cure palliative, dove la qualità della vita dei pazienti e la gestione efficace delle risorse sono di primaria importanza.

1. Value-Based Healthcare (VBHC): Il modello di Value-Based Healthcare si focalizza sulla creazione di valore per i pazienti, misurato attraverso i risultati di salute ottenuti rispetto ai costi sostenuti per raggiungere tali risultati. Nel contesto delle cure palliative, questo significa garantire un miglioramento della qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie, riducendo al minimo i costi inutili o inefficaci. Il progetto prevede l'adozione di strumenti di telemedicina per monitorare più da vicino i pazienti, identificando precocemente eventuali declini funzionali e rispondendo prontamente ai cambiamenti nelle esigenze assistenziali.

2. Modello di servizio: Il progetto sarà implementato seguendo un modello di servizio che prevede la creazione di un ambulatorio di telemedicina dedicato alle cure palliative. Questo ambulatorio funzionerà su base settimanale e avrà due funzioni principali:

- **monitoraggio e follow-up dei pazienti:** l'ambulatorio garantirà un monitoraggio continuo dei pazienti attraverso strumenti di telemedicina, consentendo un'analisi tempestiva delle loro condizioni cliniche e un intervento rapido in caso di necessità.
- **risposta in tempo reale ai bisogni dei pazienti e dei sanitari che si occupano di pazienti con bisogno di CP :** Il team di telemedicina sarà composto da un medico e un infermiere che si occuperanno di gestire le richieste di assistenza in tempo reale, migliorando così la tempestività e l'efficacia degli interventi assistenziali.

3. Business Modelling: Per garantire la sostenibilità del progetto, sarà adottato un business model che prevede:

- **valutazione delle risorse necessarie:** identificazione delle risorse tecnologiche e umane richieste per l'implementazione del progetto, inclusa la formazione del personale medico e infermieristico coinvolto.
- **analisi dei costi e dei benefici:** una valutazione economica del progetto sarà condotta per garantire che l'investimento nelle tecnologie di telemedicina e nella formazione del team dedicato sia giustificato dai benefici clinici ed economici ottenuti.
- **pianificazione della sostenibilità a lungo termine:** lo sviluppo del progetto sarà monitorato attraverso indicatori di performance che misureranno l'efficacia del servizio in termini di miglioramento della qualità di vita dei pazienti, riduzione delle ospedalizzazioni inappropriate e ottimizzazione dei costi sanitari.

Attraverso l'adozione di queste metodologie, il progetto mira non solo a migliorare la qualità della vita dei pazienti in CP ma anche a fornire un modello replicabile di assistenza che può essere esteso ad altre aziende operanti nella Rete di Cure Palliative.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE

Rispetto agli obiettivi specifici sopra indicati, si declinano le fasi intermedie con relative tempistiche ed indicatori.

1 Implementazione delle risorse:

1.1 Implementazione dell'infrastruttura tecnologica

La Televisita nella Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia trova applicazione nella continuità assistenziale di pazienti che necessitano di prestazioni ambulatoriali che non richiedano esame obiettivo, in particolare, nell'ambito di percorsi dedicati a pazienti cronici e/o fragili per l'erogazione di visite di controllo e follow-up, nell'ambito di PDTA e in tutti quegli ambiti previsti dalle indicazioni regionali (DGR 3528, DGR 2989, DGR 3264)³⁻⁵. I pazienti ai quali viene offerta tale possibilità hanno una posizione anagrafica già censita nei sistemi di refertazione aziendale, sono stati sottoposti ad una precedente valutazione ambulatoriale/in regime di ricovero e, previa firma del consenso informato, potrà essere loro prenotato un nuovo controllo con la modalità di Televisita. (secondo Istruzione Operativa Interna n.060.08). Allo scopo di garantire un momento dedicato alle televisite di CP, verrà creata un'agenda apposita all'interno dei programmi di prenotazione ambulatoriali vigenti presso la Fondazione (CUPWeb); la prenotazione in tale agenda verrà programmata e monitorata dall'equipe dedicata di CP. *(tempo previsto 2 mesi)*

In Fondazione, all'interno dei percorsi oncologici, sono previste valutazioni multidisciplinari che prevedono il coinvolgimento di vari specialisti operanti all'interno del territorio pavese, allo scopo di creare un omogeneo e ottimale percorso di cura. Attualmente tali incontri si svolgono in presenza ma è in corso di acquisizione una piattaforma informatica che agevolerà il confronto con le strutture operanti all'interno del territorio pavese. Verrà richiesta ai servizi informatici l'applicazione di tale piattaforma anche per il teleconsulto in ambito di CP e la possibilità di emettere un referto informatizzato attraverso i sistemi informatici attualmente in essere in Fondazione (FenixAmb). *(tempo previsto 6 mesi)*.

Al fine di garantire una postazione dedicata alla telemedicina, verrà richiesta l'implementazione delle risorse esistenti con un ulteriore PC dotato di stampante.

1.2 Implementazione delle risorse umane

Sono attualmente operativi all'interno della S.S.D. Cure Palliative 3 medici full time, 12 infermieri, 8 operatori socio sanitari, 1 coordinatore infermieristico, 1 psicologo ed 1 assistente sociale. Tale personale si occupa attualmente dell'assistenza presso reparto Hospice, delle valutazioni ambulatoriali presso il Day Hospice situato nel presidio di Belgioioso e dell'ambulatorio di Cure Palliative, che viene svolto quotidianamente all'interno del Day Hospital di Oncologia con sede a Pavia. Il numero dei pazienti ricoverati presso l'Hospice è 110/anno per 10 posti letti, le prestazioni eseguite nel Day Hospice sono state 750/anno (tra visite, medicazioni, ..), mentre le visite effettuate all'interno del Day Hospital sono circa 450/anno. A tali servizi si aggiungono inoltre l'attività di consulenza presso tutta la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, che attualmente è stimata in circa 450 prestazioni/anno.

Stante l'attuale numerosità delle prestazioni effettuate e l'esiguità del personale coinvolto, per la creazione del presente progetto e per migliorare il benessere lavorativo dell'intera équipe, verrà richiesta alla Direzione Medica la possibilità di ottenere delle risorse aggiuntive, nello specifico un medico ed un infermiere esperti di CP, da destinare al progetto di telemedicina (*tempo previsto 6 mesi*). Tale équipe provvederà al follow-up di circa 135 pazienti visti in 1 visita, 30 pazienti valutati in consulenza/anno.

Verranno inoltre previsti training specifici per medici ed infermieri sull'utilizzo dei programmi specifici di televisita, teleconsulto e refertazione corrispondente (*tempo previsto 2 mesi*).

2 Diffusione della conoscenza di tali servizi

Durante la visita di presa in carico del paziente in regime ambulatoriale o di consulenza, verrà proposto al paziente ed ai caregivers la possibilità di effettuare periodiche televisite, allo scopo di monitorare l'andamento clinico e gli eventuali bisogni assistenziali. Qualora il paziente accettasse tale possibilità, verrà programmata la visita all'interno dell'ambulatorio dedicato con l'emissione della corrispettiva impegnativa dematerializzata. Durante la prima visita, prima di accedere alla virtuale room, verrà richiesta al paziente la compilazione delle sezioni relative al consenso per il trattamento dati (privacy), dopo aver preso visione dell'informativa. Al termine di tale visita verrà redatto il referto che verrà automaticamente caricato all'interno del Fascicolo Sanitario Elettronico.

Per ogni paziente valutato in regime ambulatoriale o in consulenza, verrà inoltre informato il medico operante sul territorio, mmg o medico dell'RSA, della presenza di un ambulatorio di televisita ed inoltre della possibilità di eseguire un teleconsulto per ogni necessità assistenziale.

Verranno inoltre previste delle campagne informative con i mmg ed i medici delle RSA (*tempo previsto 12 mesi*).

3 Modalità di svolgimento dell'attività :

3.1 Televisita

L'ambulatorio di telemedicina, si svolgerà in fase iniziale, due giorni alla settimana presso l'ambulatorio di Cure Palliative, che ha attualmente sede presso il Day Hospital Oncologico (Pad 32 Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo). Una giornata sarà destinata ai follow-up ordinari (denominata agenda « ordinaria ») ed una ai pazienti che richiedono una visita prima del tempo programmato, per nuove problematiche emergenti (denominata « agenda straordinaria »)

La gestione dell'agenda verrà, in fase iniziale, affidata completamente all'équipe di CP e la prenotazione avverrà previa emissione dell'apposita impegnativa dematerializzata. E' prevista in fase iniziale la creazione di 8 posti di televisita alla settimana (5 per l'agenda ordinaria, 3 per quella straordinaria), con slot dedicati di 30 minuti.

I pazienti candidati a tale visita saranno :

- pazienti valutati precedentemente nell'ambulatorio di CP, per un percorso oncologico di *simultaneous care* (cure simultanee ai trattamenti oncologici attivi), che necessitano di uno stretto monitoraggio della terapia di supporto (es. dopo mutamento della terapia antalgica, per tossicità dai trattamenti attivi, ..)
- pazienti valutati precedentemente nell'ambulatorio di CP, non più candidati ad un trattamento attivo, che necessitano di uno stretto monitoraggio della terapia di supporto o presentino

fragilità sociali (es. pz senza caregivers, con disabilità severa, ...) che limitino gli accessi ambulatoriali frequenti

- pazienti valutati precedentemente in consulenza, che presentano al momento basse necessità assistenziali e pertanto non candidati all'inserimento in lista Hospice o attivazione dell'assistenza domiciliare di cure palliative.

Durante la televisita potranno essere condivisi i risultati di indagini strumentali o visite specialistiche, e potrà essere richiesto al paziente/caregiver la compilazione di questionari.

3.2 Teleconsulto

Gli incontri di teleconsulto verranno organizzati 2 volte al mese, con possibilità di valutazione inizialmente di 4 pazienti ad incontro, con slot di 30 min per ciascun pazienti.

I pazienti candidati al teleconsulto saranno :

- paziente valutati durante le consulenze ospedaliere e non candidati ad un percorso di alta assistenza e riaffidati ai medici del territorio
- pazienti seguiti ambulatorialmente che presentano fragilità sociali/cliniche, che richiedono una stretta collaborazione tra ospedale-territorio
- pazienti valutati dai medici del territorio, a bassa intensità assistenziale, che necessitano di una valutazione di CP

Verranno informati i medici del territorio tramite informativa inviata dall'Ordine e dall'ATS Pavia della possibilità di accedere a tale servizio ; con cadenza trimestrale verranno inoltre inviate delle mail di recap. Inoltre verranno contattati telefonicamente i medici territoriali di ogni paziente valutato durante le consulenze e non candidato all'avvio da subito di un percorso di alta assistenza, onde offrire successivamente la possibilità di discutere lo stesso caso in teleconsulenza alla modifica dei bisogni assistenziali e/o insorgenza di sintomi non controllati. Le segnalazione da parte dei medici del territorio, previa consenso da parte del paziente, dovranno essere inviate via mail ad un opportuno indirizzo. Gli incontri di teleconsulto verranno programmate dall'equipe di cure palliative e la data verrà comunicata via mail ai referenti territoriali del paziente.

Ad oggi le prestazioni di teleconsulto non sono tariffati nel nomenclatore, pertanto non sarà possibile emettere un ticket.

Durante il consulto potranno essere condivisi dati clinici e referti tramite l'opportuna piattaforma e verrà emesso dal medico un referto online (telereferto) dove si formalizza la telediagnosi e i potenziali suggerimenti terapeutici.

4 Trattamento dei dati personali e privacy:

Prima dell'accesso alla piattaforma di Televisita, verrà richiesto al paziente la lettura l'informativa in merito alla privacy e la firma del consenso informato apposito già predisposto in Fondazione. Analogo consenso informato verrà richiesto ai pazienti che verranno discussi durante il Teleconsulto e verrà fatto firmare dai medici del territorio o dall'equipe di cure palliative. Copia di tale documento verrà conservato presso l'unità operativa di Oncologia, per il tempo in cui resta in vigore, sotto la responsabilità del Referente Qualità e Rischio.

5 Possibili criticità:

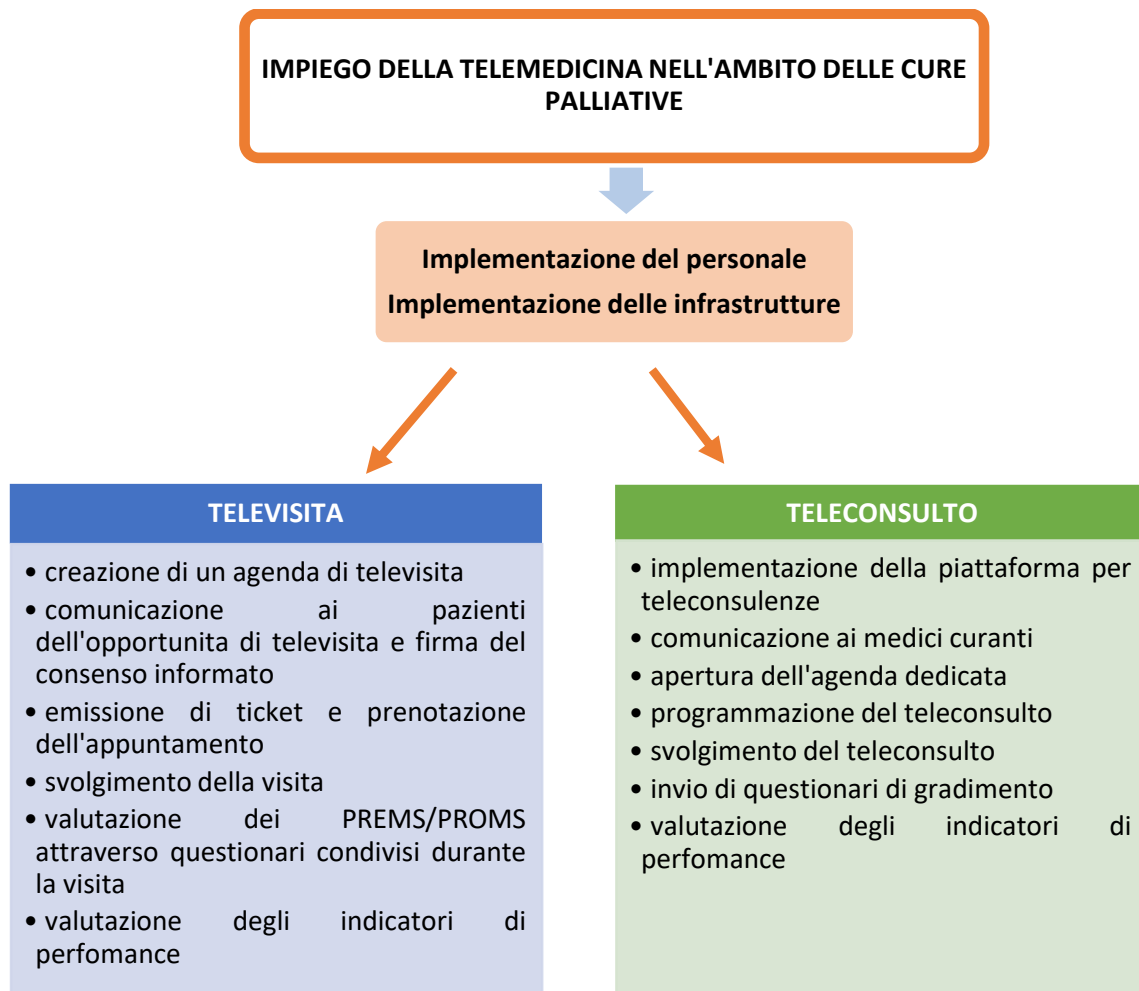
Le possibili criticità identificate sono le seguenti:

- **scarsa familiarità dell'utenza con la tecnologia informatica:** molti pazienti, in particolare quelli anziani, potrebbero non essere familiari con l'uso delle tecnologie digitali necessarie per

accedere ai servizi di telemedicina. Ciò può limitare la loro capacità di partecipare attivamente al processo di cura a distanza. Questa difficoltà potrebbe richiedere interventi educativi e supporto tecnico continuo, che a loro volta potrebbero incrementare i costi e il tempo di attivazione del servizio.

- **sicurezza informatica:** l'implementazione di un sistema di telemedicina solleva preoccupazioni riguardanti la protezione dei dati sensibili dei pazienti. È essenziale garantire che le piattaforme utilizzate siano sicure, conformi alle normative sulla privacy, e protette da eventuali attacchi informatici
- **impossibilità di eseguire la visita fisica:** la telemedicina non consente la realizzazione di visite fisiche, limitando così la capacità di eseguire esami clinici approfonditi che potrebbero essere essenziali per una diagnosi accurata. Tuttavia, una possibile soluzione è la collaborazione stretta con i medici di medicina generale (MMG), che possono svolgere visite in presenza quando necessario e collaborare con il team di telemedicina per integrare le informazioni raccolte a distanza con osservazioni cliniche dirette.

PROJECT BREAKDOWN STRUCTURE :



MATRICE DI RESPONSABILITÀ:

Attività	Professionalità coinvolte	UO coinvolte	Responsabile
1. Implementazione del personale	<ul style="list-style-type: none"> • Direttore Amministrativo • Direttore Dipartimento Oncologia 	<ul style="list-style-type: none"> • SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane • S.S.D. Cure Palliative • S.C. Oncologia 	<ul style="list-style-type: none"> • Direttore Dipartimento Oncologia
2. Implementazione delle infrastrutture	<ul style="list-style-type: none"> • Direttore Amministrativo • Direttore Dipartimento Oncologia 	<ul style="list-style-type: none"> • S.C. Oncologia • Sistemi Informativi – SIA 	<ul style="list-style-type: none"> • Direttore Dipartimento Oncologia

TELEVISITA

Attività	Professionalità coinvolte	UO coinvolte	Responsabile
1. Creazione dell'agenda di televisita	<ul style="list-style-type: none"> • Personale amministrativo • Tecnico informatico • Medico 	<ul style="list-style-type: none"> • SS Gestione Operativa - Next Generation EU • Sistemi Informativi – SIA • S.S.D. Cure Palliative • S.C. Oncologia 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemi Informativi – SIA
2. Comunicazione ai pazienti dell'opportunità di televisita e firma del consenso informato 3. Emissione di ticket e prenotazione dell'appuntamento 4. Svolgimento della visita 5. Valutazione dei PREMS/PROMS attraverso questionari dedicati	<ul style="list-style-type: none"> • Medico • Infermiere 	<ul style="list-style-type: none"> • S.S.D. Cure Palliative • S.C. Oncologia 	<ul style="list-style-type: none"> • Medico CP
6. Valutazione degli indicatori di performance	<ul style="list-style-type: none"> • Medico • Infermiere • Personale amministrativo 	<ul style="list-style-type: none"> • S.S.D. Cure Palliative • S.C. Oncologia 	<ul style="list-style-type: none"> • Medico CP

		<ul style="list-style-type: none"> • SS Gestione Operativa - Next Generation EU 	
--	--	--	--

TELECONSULTO

Attività	Professionalità coinvolte	UO coinvolte	Responsabile
1. Implementazione della piattaforma per teleconsulenze	<ul style="list-style-type: none"> • Personale amministrativo • Tecnico informatico 	<ul style="list-style-type: none"> • SS Gestione Operativa - Next Generation EU • Sistemi Informativi – SIA 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemi Informativi – SIA
2. Comunicazione ai medici curanti	<ul style="list-style-type: none"> • Personale amministrativo • Medico • Infermiere 	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione Medica di Presidio • S.S.D. Cure Palliative • S.C. Oncologia • ATS Pavia 	<ul style="list-style-type: none"> • Medico CP
3. Apertura dell'agenda dedicata al teleconsulto	<ul style="list-style-type: none"> • Personale amministrativo • Tecnico informatico • Medico 	<ul style="list-style-type: none"> • SS Gestione Operativa - Next Generation EU • Sistemi Informativi – SIA • S.S.D. Cure Palliative • S.C. Oncologia 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemi Informativi – SIA
4. Svolgimento del teleconsulto	<ul style="list-style-type: none"> • Medico • Infermiere 	<ul style="list-style-type: none"> • S.S.D. Cure Palliative • S.C. Oncologia • Medici curanti territoriali (RSA, ATS, ..) 	<ul style="list-style-type: none"> • Medico CP
5. Invio di questionari di gradimento	<ul style="list-style-type: none"> • Medico • Infermiere 	<ul style="list-style-type: none"> • S.S.D. Cure Palliative • S.C. Oncologia 	<ul style="list-style-type: none"> • Medico CP

Impiego della telemedicina nell'ambito delle Cure Palliative

6. valutazione degli indicatori di performance	<ul style="list-style-type: none">• Medico• Infermiere• Personale amministrativo	<ul style="list-style-type: none">• S.S.D. Cure Palliative• S.C. Oncologia• SS Gestione Operativa - Next Generation EU	<ul style="list-style-type: none">• Medico CP

ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

Per l'implementazione del progetto di telemedicina nell'ambito delle Cure Palliative, i costi principali possono essere suddivisi nelle seguenti categorie:

1. costi per il personale:

- assunzione di un medico e un infermiere dedicati al progetto
- formazione del personale esistente: è necessario prevedere un budget per la formazione del personale attuale, inclusi medici e infermieri, sull'utilizzo delle piattaforme di telemedicina e sugli aspetti specifici della refertazione elettronica e della gestione dei teleconsulti

Per l'acquisizione di tali figure è stimato il seguente costo: 50.000 euro l'anno per il personale medico, 28.000 euro l'anno per il personale infermieristico.

2. costi per l'implementazione tecnologica:

- acquisto e configurazione delle piattaforme di telemedicina: è essenziale prevedere un investimento iniziale per lo sviluppo della piattaforma di teleconsulto, inclusi i costi di licenza e manutenzione.
- infrastruttura: potrebbero essere necessari aggiornamenti o potenziamenti dell'infrastruttura esistente per supportare il flusso di dati generato dal nuovo servizio, garantendo sicurezza, accessibilità e continuità del servizio.

Al fine dell'implementazione tecnologica è prevista l'acquisto di una postazione computer connessa alla rete aziendale, il cui costo stimato è di circa 2500 euro. Non è possibile al momento analizzare il costo inerente all'implementazione piattaforma informatica, in quanto la stessa è in corso di acquisizione.

3. costi operativi:

- costi di comunicazione e promozione: spese per la promozione del servizio tra i pazienti, i caregiver e i medici del territorio, inclusi materiali informativi e campagne di sensibilizzazione.
- costi amministrativi: gestione delle prenotazioni, monitoraggio delle prestazioni e gestione dei dati paziente.

I costi di comunicazione e promozione sul territorio sono stimabili in 7000 euro/anno.

- ### 4. costi di sicurezza e privacy:
- all'interno della Fondazione è già predisposto il supporto tecnico adeguato per l'implementazione delle misure di sicurezza informatica per proteggere i dati sensibili dei pazienti, in conformità con la normativa vigenti

A fronte di tali costi nascenti, è possibile stimare una riduzione dei costi correlati alla potenziale ospedalizzazione dei pazienti per eseguire terapia di supporto (costi cessante tra 1000 ed i 4000 euro per un ricovero di 7 giorni) e gli accessi in regime di Pronto Soccorso.

RISULTATI ATTESI

La realizzazione di un ambulatorio di **televisita** in ambito di cure palliative, potrà creare diversi vantaggi:

- monitoraggio più stretto dei bisogni e delle possibili evoluzioni cliniche dei pazienti avviati ad un percorso di CP
- riduzione degli accessi ospedalieri per il monitoraggio clinico, fonte spesso di disagio per il paziente stesso ed i caregivers
- tracciabilità dei follow-up che attualmente avvengono solo telefonicamente, con conseguente referto su cui sarà possibile riportare in maniera chiara le possibili modifiche terapeutiche
- riduzione del distress e del senso di abbandono per il paziente ed i caregivers
- riduzione degli accessi impropri presso i reparti per acuti (es Pronto Soccorso, reparti di Medicina Interna, ...)
- riduzione dei pazienti persi al follow-up
- possibilità di monitoraggio in maniera più puntuale dei dati clinici per potenziali nuovi protocolli di ricerca clinica, riducendo così i missing data

La realizzazione di un ambulatorio di **teleconsulto** in ambito di cure palliative, potrà inoltre portare i seguenti vantaggi :

- riduzione degli accessi ospedalieri per il monitoraggio clinico
- riduzione del distress e del senso di abbandono per il paziente ed i caregivers che, informati del teleconsulto, posso percepire la consulenza come parte di un percorso
- riduzione degli accessi impropri presso i reparti per acuti (es Pronto Soccorso, reparti di Medicina Interna, ...)
- riduzione dei pazienti persi al follow-up
- implementazione della continuità ospedale-territorio

Analisi SWOT



Strengths (punti di forza):

- la telemedicina è attualmente attiva presso il ns ospedale
- attraverso l'impiego della telemedicina potrà essere garantito un monitoraggio più stretto dei pazienti fragili
- grazie all'impiego del teleconsulto verrà potenziata la comunicazione tra ospedale-territorio



Weakness (punti di debolezza):

- scarsa familiarità dell'utenza con la tecnologia informatica da parte della popolazione anziana
- impossibilità di eseguire durante la televisita o il teleconsulto una visita fisica dei pazienti



Opportunities (opportunità):

- attraverso l'implementazione del personale, verrà migliorato il benessere lavorativo dell'equipe di CP
- grazie all'impiego di questionari somministrati in maniera puntuale, sarà possibile implementare le attività di ricerca clinica
- attraverso la creazione di un ambulatorio dedicato, sarà possibile dare una



Threats (minacce):

- sicurezza informatica
- difficoltà nella estensione del programma per le consulenze multidisciplinari ai medici del territorio

CONCLUSIONI

L'implementazione di un ambulatorio di televisita e teleconsulto nell'ambito delle cure palliative rappresenta un'importante innovazione nel panorama assistenziale della provincia di Pavia. I risultati attesi dalla realizzazione di questo progetto indicano un miglioramento significativo nella gestione dei pazienti affetti da patologie in fase avanzata, con un impatto positivo sia sul sistema sanitario che sulla qualità della vita dei pazienti e dei loro caregiver.

Attraverso un monitoraggio più stretto e costante sarà possibile individuare tempestivamente eventuali evoluzioni cliniche, consentendo interventi terapeutici più mirati e personalizzati. Questo approccio non solo ridurrà la necessità di accessi ospedalieri per il monitoraggio clinico, riducendo il disagio per i pazienti e i loro familiari, ma contribuirà anche a diminuire il senso di abbandono spesso percepito durante i periodi di follow-up.

Inoltre, l'introduzione della televisita garantirà una maggiore tracciabilità e documentazione dei follow-up, migliorando la comunicazione tra i diversi attori coinvolti nel percorso di cura e riducendo il rischio di pazienti persi al follow-up. La possibilità di produrre referti dettagliati durante le televisite offrirà ai medici curanti una base documentale solida per eventuali modifiche terapeutiche, assicurando continuità e coerenza nel trattamento.

Dal punto di vista del sistema sanitario, la riduzione degli accessi impropri ai reparti per acuti, come il Pronto Soccorso e i reparti di Medicina Interna, rappresenta un vantaggio significativo, contribuendo a una migliore allocazione delle risorse e a una diminuzione del sovraccarico dei servizi ospedalieri. Inoltre, la raccolta sistematica e puntuale dei dati clinici attraverso la televisita favorirà lo sviluppo di nuovi protocolli di ricerca clinica, riducendo il numero di dati mancanti e potenziando la qualità della ricerca in ambito palliativo.

Infine, l'integrazione della televisita e la possibilità di eseguire teleconsulto potenzierà la continuità ospedale-territorio, facilitando la collaborazione tra gli specialisti ospedalieri e i medici territoriali e rafforzando il supporto offerto ai pazienti nel loro contesto domiciliare.

In sintesi, l'attuazione di un ambulatorio di televisita e di teleconsulto per le cure palliative si prefigge di migliorare la qualità dell'assistenza, ridurre i costi sanitari, e garantire una cura più umana e vicina ai bisogni dei pazienti e dei loro familiari, contribuendo al contempo a una gestione più efficiente e sostenibile del sistema sanitario.

RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Legge 15 marzo 2010, n. 38: *“Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”*.
2. Deliberazione del Consiglio Regionale 28 Novembre 2016, n. X / 5918: *“Disposizioni in merito alla evoluzione del modello organizzativo della Rete delle Cure Palliative in Lombardia: integrazione dei modelli organizzativi sanitario e sociosanitario”*.
3. Deliberazione del Consiglio Regionale 05 Agosto 2020, n. XI/3528: *“Indicazioni per l'attivazione di servizi sanitari erogabili a distanza (televisita)”*.
4. Deliberazione del Consiglio Regionale 23 Dicembre 2014, n. X/2989: *“Determinazioni in ordine alla gestione del Servizi Sociosanitario per l'esercizio 2015”, con la quale sono state recepite le Linee di indirizzo nazionale sulla telemedicina”*.
5. Deliberazione del Consiglio Regionale 16 Giugno 2020, n. XI/3264: *“Piano di riordino della rete ospedaliera: attuazione dell'art. 2 del D.L. 34/2020”, allegato 1 paragrafo 6 “Telemedicina”*.

BIBLIOGRAFIA

6. Centeno C, Lynch T, Donea O, et al. *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019*. Vilvoorde: European Association for Palliative Care; 2019.
7. Connor S. *Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance*. 2020
8. Murtagh FE, Bausewein C, Verne J, et al. *How Many People Need Palliative Care? A Study Developing and Comparing Methods for Population-Based Estimates*. *Palliat Med*. 2014;28(1):49-58. doi: 10.1177/0269216313489367
9. Tassinari D, Drudi F, Monterubbianesi MC, et al. *Early Palliative Care in Advanced Oncologic and Non-Oncologic Chronic Diseases: A Systematic Review of Literature*. *Rev Recent Clin Trials*. 2016;11(1):63-71. doi:10.2174/1574887110666151014141650.
10. Corli O, Pizzuto M, Chiaruttini MV, et al *Le cure palliative in Lombardia: analisi dell'offerta assistenziale nel 2019*. *Recenti Prog Med* 2022 Nov;113(11):654-668. doi: 10.1701/3907.38893.
11. Imam SN, Braun UK, Garcia MA, et al, *Evolution of Telehealth—Its Impact on Palliative Care and Medication Management*. *Pharmacy* 2024; 12(61): 1-12. doi.org/10.3390/pharmacy12020061
12. Harris D, Taylor S, Naqvi I, et al. *The Role of Telemedicine in Palliative Care: A Practical Perspective*. *Palliat Care*. 2021;14:1-7. doi: 10.1177/11782242211013144.

SITOGRAFIA :

13. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
14. [OASI Report 2022 | Cergas \(unibocconi.eu\)](#)
15. <https://www.nurse24.it/specializzazioni/territorio-e-altro/cure-palliative-a-domicilio-servono-oltre-4500-infermieri.htm>

