

Modello di continuum assistenziale per la presa in cura del paziente con Mieloma Multiplo



**Revisione e innovazione dei percorsi
aziendali di cura del paziente con
Mieloma Multiplo**

Indice

1. Introduzione	3
1.1 Contesto organizzativo dell'ASL Salerno	3
1.2 Focus sull'attività delle Botteghe della Comunità.....	6
2. Obiettivo e metodologia per la revisione e l'innovazione dei percorsi di cura del paziente con Mieloma Multiplo nell'ASL Salerno	8
2.1 Gli obiettivi e le priorità strategiche	8
2.2 Analisi, revisione ed innovazione dei percorsi di cura del paziente affetto da Mieloma Multiplo.....	8
2.3 Definizione scenari evolutivi	9
2.4 Panel KPI.....	10
2.5 Punti di forza e di attenzione della gestione del paziente con Mieloma Multiplo	10
Punti di forza:	10
Punti di attenzione:	10
3. Scenario di evoluzione del percorso di cura del paziente con Mieloma Multiplo	12
3.1 Modello di continuum assistenziale per la presa in carico	12
3.1.1 Benefici attesi	12
3.2 Il processo di presa in cura della ASL: le dimensioni operative	15
4. Indicatori: panel di KPI a supporto del modello di continuum assistenziale per la presa in cura del paziente con Mieloma Multiplo	19
5. Gruppo di lavoro	21
6. Allegati	21

1. Introduzione

1.1 Contesto organizzativo dell'ASL Salerno

L'**Azienda Sanitaria Locale (ASL) della provincia di Salerno** è una azienda pubblica di carattere sanitario, inserita nel contesto del Sistema Sanitario Regionale della Campania. Il contesto della provincia di Salerno presenta una **varietà geografica e culturale**, con particolare complessità nelle **aree meridionali**.

La presenza di **158 comuni**, alcuni dei quali situati in zone disagiate e **remote**, rende fondamentale la creazione di soluzioni prossime al paziente. Il territorio dell'ASL è caratterizzato da una **elevata età demografica** e quindi da un significativo tasso di pazienti con **malattie croniche**.

L'ASL, inoltre, si trova ad affrontare sfide legate alla necessità di garantire cure di qualità anche nei centri ospedalieri **meno attrattivi per i professionisti sanitari**.

L'Azienda Sanitaria Locale di Salerno comprende l'intera area della provincia di Salerno, che si estende su una superficie di 4.917,17 Km² che rappresenta il 36,0% della superficie regionale. La popolazione residente è di 1.101.763, di cui il 52% circa è rappresentato dalle donne e il 48% dagli uomini. La provincia di Salerno, quindi, è la prima per popolazione di tutta la regione rappresentando circa il 19% della popolazione regionale.



Figura 1: Popolazione residente in ASL Salerno e distribuzione per età (PIAO ASL Salerno 2025)

Nella provincia di Salerno insistono 158 comuni (**Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**):

- 21 con un elevato grado di urbanizzazione e una popolazione residente pari al 56% del totale;
- 40 con un livello medio di urbanizzazione e una popolazione residente pari al 23%;
- 97 con un basso livello di urbanizzazione (al di sotto dei 5mila abitanti) e una popolazione residente pari al 21%.



L'area ad elevato grado di urbanizzazione o metropolitana della provincia di Salerno è costituita soprattutto dai comuni compresi nella fascia di territorio che va dall'Agro nocerino-sarnese a nord fino a Pontecagnano e Battipaglia a sud. L'area con livello medio di urbanizzazione è localizzata a ridosso di quella metropolitana, lungo la costa cilentana e del Vallo di Diano. L'area a basso livello di urbanizzazione è localizzata prevalentemente nelle zone della collina e della montagna interna, area Cratere, Cilento Interno e Vallo di Diano.

Focus sulla popolazione over 60 provincia di Salerno (valori percentuali)

Età	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100 +
%	7,1%	6,0%	5,5%	3,9%	3,3%	2,1%	1,0%	0,2%	0,1%

tra gli over 65 e la popolazione di età 0-14 anni – Fonte: ISTAT

L'Azienda è organizzata in Distretti Sanitari e Presidi Ospedalieri, così come individuati nella normativa di riferimento nazionale e regionale e nell'Atto Aziendale. Sono 13 i Distretti Sanitari, cui fanno riferimento 10 Ambiti sociali definiti in ragione della necessaria integrazione socio-sanitaria.

L'organizzazione dei servizi, inoltre, si struttura anche attraverso il Dipartimento Farmaceutico, il Dipartimento di Prevenzione, il Dipartimento Salute Mentale, il Dipartimento delle Dipendenze, il Dipartimento Integrato dell'Emergenza e i Dipartimenti funzionali.

Il Distretto Sanitario è il punto focale per l'orientamento dell'assistenza verso la promozione attiva della salute e il rafforzamento delle risorse personali, familiari e sociali dell'individuo, lasciando all'Ospedale l'adozione del cosiddetto *paradigma dell'attesa*, ovvero quel modello di assistenza ad elevata standardizzazione ed intensività che si attiva in presenza

di un nuovo evento acuto, consentendo all'Ospedale di perdere le attuali caratteristiche generaliste e diventare invece sempre più specializzato e tecnologicamente dotato per la cura delle acuzie, delle urgenze e delle emergenze.

Tuttavia, la necessaria ricerca dell'appropriatezza dell'ambito di cura, attraverso l'elaborazione di linee guida diagnostico-terapeutiche e di percorsi assistenziali condivisi per macro-patologie, impone che la rete di offerta dei servizi sia configurata quale insieme fortemente integrato Ospedale-Territorio, con una modalità di produzione dell'offerta individuata come una piattaforma unica, a valenza sia territoriale che ospedaliera, avulsa da elementi di divisione ma articolata su una linea continua di gradienti di intensità della risposta socio-assistenziale-sanitaria, calibrata sul reale bisogno di salute.

Da qui, l'esigenza di realizzare un modello di continuum assistenziale per la presa in cura del paziente con Mieloma Multiplo attraverso la revisione e l'innovazione dei percorsi che attualmente sono in funzione nell'ASL della provincia di Salerno.

Nell'ambito delle attività distrettuali, pertanto, si concretizzano anche i rapporti con gli Ambiti sociali individuati per lo stesso territorio, al fine di favorire le integrazioni delle prestazioni sociali ad alto contenuto sanitario, in una logica di interazione che porta ad individuare e soddisfare i bisogni dei cittadini anche nel campo delle valutazioni socio-sanitarie (PIAO Salerno 2023-2025).

In linea con le indicazioni del DM77, presso l'ASL Salerno saranno inoltre attivate n. 33 Case della Comunità, n. 13 Centrali operative territoriali (COT) e n. 8 Ospedali di Comunità.

L'ASL Salerno, beneficiando di alcuni finanziamenti inerenti alla Missione 6 e Missione 5 del PNRR e della strategia nazionale per le Aree Interne (SNAI), ha inoltre istituito alcuni ambulatori multispecialistici e ambulatori infermieristici (denominati "Botteghe della Comunità") a supporto dell'Assistenza sanitaria di base nei Distretti Sanitari 69 e 70 (area del Cilento Interno) per favorire la gestione integrata dei pazienti cronici e per rispondere ai bisogni connessi alle caratteristiche demografiche, orografiche e socio-culturali del territorio. La sperimentazione sarà presto estesa anche ad altre aree interne della provincia.

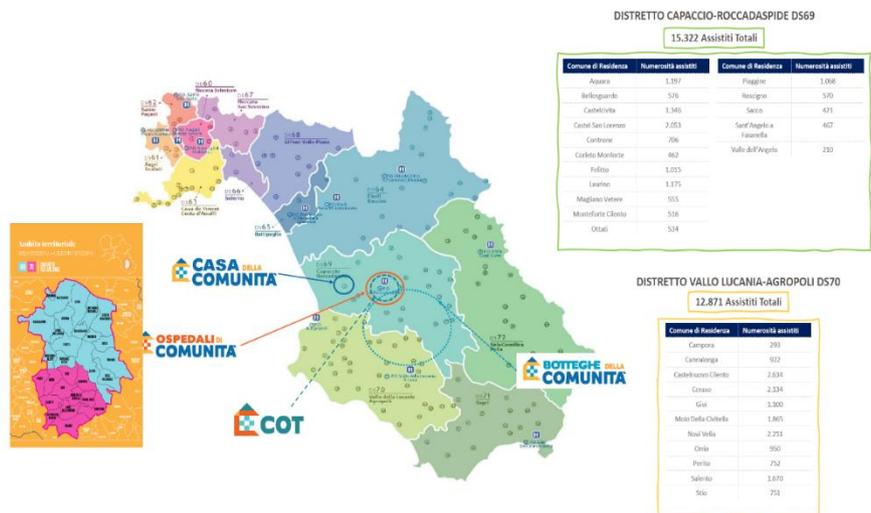
In particolare, il modello organizzativo delle Botteghe della Comunità è costituito da 27 ambulatori infermieristici presenti in tutti i 27 Comuni coinvolti che funzionano da "spoke" e da un ambulatorio multispecialistico nel Comune di Valle dell'Angelo che funziona da "hub" all'interno del quale, oltre al servizio infermieristico, è attivo un servizio medico specialistico per la gestione delle malattie croniche maggiormente rappresentate nella popolazione di interesse quali diabete e sue complicanze, malattie cardiovascolari, malattie croniche dell'apparato respiratorio e patologie cerebro-vascolari (compreso demenze).

L'obiettivo di questo servizio è quello di poter offrire una "sanità di prossimità" e contrasto alla fragilità, basata su un approccio proattivo al paziente per la prevenzione e promozione della salute, attraverso servizi infermieristici e specialistici dedicati (anche a distanza) anche con la collaborazione della rete di farmacie dei servizi presenti sul territorio.

1.2 Focus sull'attività delle Botteghe della Comunità

Al fine d'implementare la rete territoriale di assistenza sociosanitaria nelle aree interne della provincia, l'Asl Salerno ha avviato una sperimentazione nell'area interna del Cilento che coinvolge direttamente 29 Amministrazioni comunali.

L'ASL ha attivato la sperimentazione gestionale, integrando le risorse della Missione 6, della Missione 5 del PNRR e della Strategia delle Aree Interne (SNAI) progettando, con l'ausilio dei 29 Comuni, delle cure primarie e delle farmacie pubbliche e private convenzionate che insistono nell'area interna, un modello diffuso di strutture di prossimità sociosanitarie definito Botteghe della Comunità per un bacino di 28 mila cittadini serviti.



Un modello "sartoriale" - uniforme anche nell'immagine con cui si presenta al cittadino con combinazioni di colori e con i percorsi di way finding - disegnato sulle esigenze epidemiologiche, sociali e sanitarie del territorio, tale da accompagnare il percorso assistenziale e di cura nell'arco di tutta la vita della persona. Una visione olistica che aumenta l'attenzione al paziente delle Aree Interne, caratterizzate dalla distanza dai punti sanitari di erogazione.

Si pensi al target fissato dal DM 77/2022 per la realizzazione di una Casa di Comunità. In territori come l'interno del Cilento, quel bacino è irraggiungibile per via del ridotto numero di abitanti e di popolazione dei Comuni che lo compongono. La negazione del concetto di prossimità, dunque, poiché una sola Struttura sarebbe fisicamente prossima ad uno solo di quei Comuni, ma distante dagli altri 49. Il framework delle Botteghe della Salute rafforza quindi il modello aziendale scaturito dal DM 77. L'ASL conta di realizzare la presa in carico della persona con patologie croniche direttamente a domicilio, o nel luogo in cui questa vive, senza bisogno che si debba spostare per ricevere prestazioni di controllo e/o di bassa intensità.

Le Botteghe della Comunità afferiscono ai Distretti n. 69 e 70, e sono funzionalmente collegate all'Ospedale di Comunità di Roccadaspide e alle COT dei due Distretti, oltre che all'Ospedale per acuti di Vallo della Lucania.

Nello specifico, sono attivate le Botteghe nei seguenti Comuni:

1.	Aquara	14.	Magliano Vetere
2.	Bellosguardo	15.	Moio della Civitella
3.	Campora	16.	Monteforte Cilento
4.	Cannalonga	17.	Novi Velia
5.	Castelcivita	18.	Orria
6.	Castelnuovo Cilento	19.	Ottati
7.	Castel San Lorenzo	20.	Perito
8.	Ceraso	21.	Piaggine
9.	Controne	22.	Roscigno
10.	Corleto Monforte	23.	Sacco
11.	Felitto	24.	Salento
12.	Gioi	25.	Sant'Angelo a Fasanella
13.	Laurino	26.	Stio
		27.	Valle dell'Angelo (Bottega HUB)
Al modello partecipano anche:			
28.	Vallo della Lucania		
29.	Roccadaspide		
<i>(non rientranti direttamente nell'area interna ma nodi cruciali del modello poiché Comuni con presenza dell'Ospedale di Comunità e Ospedale per acuti)</i>			

La Bottega è un presidio di prossimità sociosanitaria all'interno del quale lavora un infermiere, coadiuvato dagli altri professionisti territoriali (professionisti dei servizi sociali del Comune e/o dell'Ambito Sociale, assistenti sociali e farmacisti convenzionati dei paesi coinvolti) e dal volontariato con il servizio civile.

Il servizio, nello specifico, è svolto tramite specialisti per 5 giorni settimanali (ogni giorno è dedicato a una specifica branca), dal lunedì al venerdì. Le ore previste in presenza (4 ore complessivamente) sono effettuate presso la Bottega HUB e per 8 ore settimanali per ciascuna branca specialistica da remoto.

Alla tecnologia è poi deputato il compito di collegare le Botteghe, tramite l'utilizzo diffuso della telemedicina. Oltre al servizio infermieristico di prossimità, in ognuna delle Botteghe è attivo un servizio specialistico in presenza e in telemedicina per la gestione delle malattie croniche a maggior prevalenza (diabete, malattie cardiovascolari, malattie croniche dell'apparato respiratorio, patologie cerebro-vascolari compreso demenze e polipatologie dell'anziano fragile).

Le Botteghe, oltre ad essere funzionalmente integrate con le farmacie pubbliche e private convenzionate che erogano le prestazioni previste nella "Farmacia dei Servizi" per ogni paese coinvolto, ospitano anche i Medici di Medicina Generale e le Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT della zona, che ruotano su più sedi coprendo i propri assistiti o anche altri in caso di non copertura. Alcune delle Botteghe, poi, ospitano i servizi di continuità assistenziale (ore notturne e giorni pre-festivi e festivi) oggi ospitati in altri locali. La loro centralità è data, sul lato del governo della domanda, dalle funzioni di sanità di iniziativa, di presa in carico, di accesso unitario, di filtro di accesso e indirizzo dei pazienti.

2. Obiettivo e metodologia per la revisione e l'innovazione dei percorsi di cura del paziente con Mieloma Multiplo nell'ASL Salerno

2.1 Gli obiettivi e le priorità strategiche

Con l'obiettivo di affrontare la sfida associata alla gestione del paziente con mieloma multiplo, in considerazione delle dimensioni epidemiologiche e dell'impatto organizzativo ed economico associato, l'ASL Salerno ha ritenuto necessaria e prioritaria la revisione e l'innovazione dei percorsi per la presa in carico della popolazione affetta da Mieloma Multiplo nell'intero perimetro provinciale afferente alla ASL Salerno.

Struttura progettuale

Le **attività progettuali**, si sono articolate nelle seguenti **3 macro-fasi**:



2.2 Analisi, revisione ed innovazione dei percorsi di cura del paziente affetto da Mieloma Multiplo

L'obiettivo è quello di analizzare i processi organizzativo/gestionali della gestione del paziente con Mieloma Multiplo presso l'ASL di Salerno, identificando attori coinvolti, attività svolte, modalità di erogazione dei servizi e soluzioni digitali adottate.

Il percorso di lavoro avviato dall'ASL per la stesura del documento si è avvalso della collaborazione di un Gruppo di Lavoro dedicato, caratterizzato dalla presenza di profili multidisciplinari e multiprofessionali (vedi Capitolo Gruppo di Lavoro) supportato dalla POLIMI School of Management di Milano.

Il documento è stato redatto in conformità alle indicazioni e le priorità strategiche delineate nei vari documenti regionali e nazionali.

Il contenuto del documento è inoltre allineato alle linee guida scientifiche di riferimento per la patologia del mieloma multiplo alla data di stesura del presente documento.

In questa fase sono state svolte analisi del contesto attuale tramite interviste con i principali referenti coinvolti. Dalle interviste è emersa una mappatura as-is del percorso di cura del paziente con Mieloma Multiplo. Il percorso di cura del paziente con mieloma multiplo è articolato in quattro fasi principali:

1. Accesso al percorso
2. Inquadramento diagnostico
3. Trattamento della malattia
4. Fase di mantenimento

Per ognuna di queste fasi, sono state mappate le attività svolte, gli attori coinvolti, le tempistiche e le soluzioni digitali a supporto. Dall'analisi effettuata sono emersi punti di forza e di attenzione relativi all'attuale organizzazione del percorso.

2.3 Definizione scenari evolutivi

L'obiettivo di questa fase è stato quello di migliorare il percorso di gestione del paziente con Mieloma Multiplo presso l'ASL di Salerno attraverso la ridefinizione dei processi organizzativo-gestionali e dei ruoli del personale coinvolto, e l'integrazione di soluzioni digitali.

È stata avviata la descrizione dello scenario evolutivo e delle azioni consigliate per l'implementazione oltre che la revisione del percorso di cura del paziente con Mieloma Multiplo in ottica to-be.

A partire dalle evidenze raccolte nell'analisi dei processi attuali e dal confronto con i referenti aziendali, è stato definito uno scenario evolutivo e le relative azioni consigliate per la sua implementazione, suddivise nelle seguenti dimensioni operative:

- Organizzazione;
- Processo;
- Soluzioni digitali;

Inoltre, è stata aggiornata la mappatura del percorso del paziente con Mieloma Multiplo, secondo una logica «to-be».

2.4 Panel KPI

In questa fase sono stati definiti e applicati un panel di Key Performance Indicator (KPI) per misurare lo scenario attuale (AS-IS) dell'ASL di Salerno e stimare i potenziali impatti delle nuove soluzioni organizzative e digitali introdotte.

La definizione di un panel di KPI per monitorare l'efficacia dello scenario to-be descritto.

È stato quindi definito un panel di KPI finalizzati a misurare gli esiti dell'implementazione dello scenario evolutivo delineato. In relazione all'implementazione delle azioni di miglioramento proposte, sono state individuate le seguenti dimensioni di beneficio:

- Beneficio per il paziente in termini di accessibilità e prossimità delle cure;
- Riduzione della pressione sul presidio ospedaliero;
- Potenziamento delle soluzioni di telemedicina e digitalizzazione delle attività;
- Promozione della formazione e coinvolgimento degli attori sanitari;

Per ciascuna dimensione è stato definito un set di indicatori finalizzato a monitorare e misurare il loro effettivo conseguimento, per i quali sono stati dettagliati la rispettiva metrica, il rationale e l'andamento atteso.

2.5 Punti di forza e di attenzione della gestione del paziente con Mieloma Multiplo

Punti di forza:

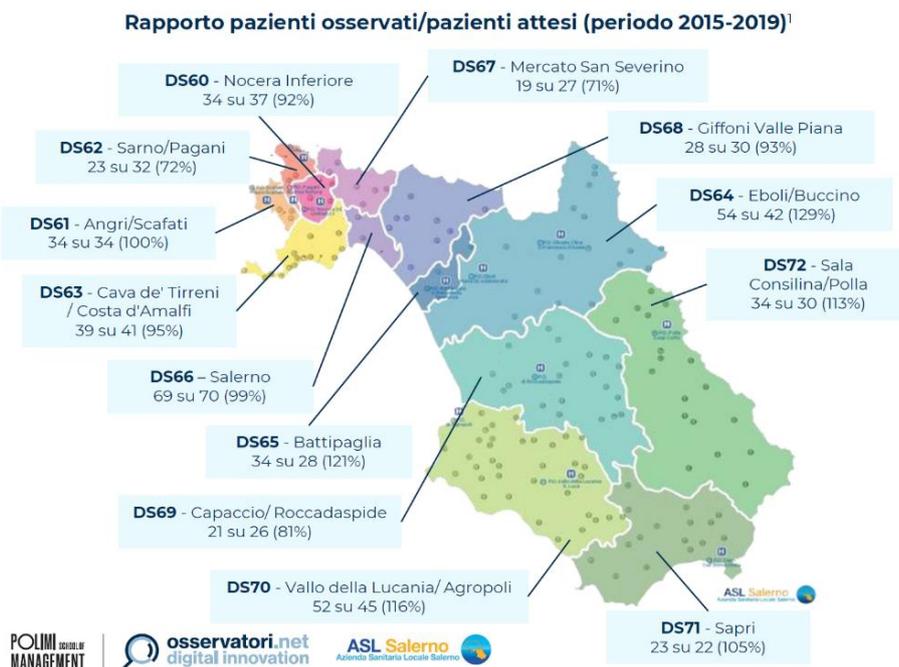
- Offerta di cure per il Mieloma omogenea e capillare in risposta alla domanda di salute del territorio della ASL;
- Tempestiva presa in carico del paziente, sin dalla fase di accesso, grazie alla presenza di un team di data manager che supporta il reparto nella gestione delle liste ambulatoriali e nell'inserimento in slot dedicati dei pazienti in urgenza;
- Formulazione della diagnosi in tempi rapidi, con conseguente avvio immediato del trattamento;
- Vicinanza e attenzione nel rapporto con il paziente, sia da parte dei medici sia da parte dei farmacisti territoriali in fase di trattamento.

Punti di attenzione:

- Presenza di una sola Unità Operativa Complessa di Ematologia all'interno della ASL, localizzata in un unico presidio ospedaliero, con conseguente carico di lavoro elevato per il personale sanitario coinvolto
- Assenza di un PDTA per la gestione del paziente con diagnosi di Mieloma Multiplo
- Risorse limitate in termini di spazi presso il P.O. Tortora di Pagani (es. poltrone per la somministrazione)
- Perfezionare l'integrazione e l'interoperabilità degli strumenti digitali per molteplici attività, come comunicazione fra specialisti, invio dei piani terapeutici, verifica dell'aderenza terapeutica, prescrizione dei farmaci

- Rafforzare il supporto da parte di specialisti psicologi in fase di comunicazione della diagnosi e di un percorso educativo per il paziente ed i suoi caregiver
- Scarso monitoraggio di indicatori di performance gestionali (es. tempi di attesa) e di indicatori sulla qualità della vita del paziente (es. questionari)

Mieloma Multiplo nell'ASL di Salerno



Pazienti con Mieloma Multiplo osservati nell'ASL di Salerno¹ (periodo 2015-2019)

Ogni anno, nei distretti dell'ASL di Salerno, vengono diagnosticati circa **90 nuovi casi** di Mieloma Multiplo

✓ Totale pazienti osservati nel periodo 2015-2019: **464**

📅 Media annua: **93**



L'ASL di Salerno garantisce una presa in carico efficace, identificando la quasi totalità dei pazienti con Mieloma Multiplo e rispondendo adeguatamente ai bisogni di salute del territorio

¹Rapporto sui Tumori ASL Salerno 2024

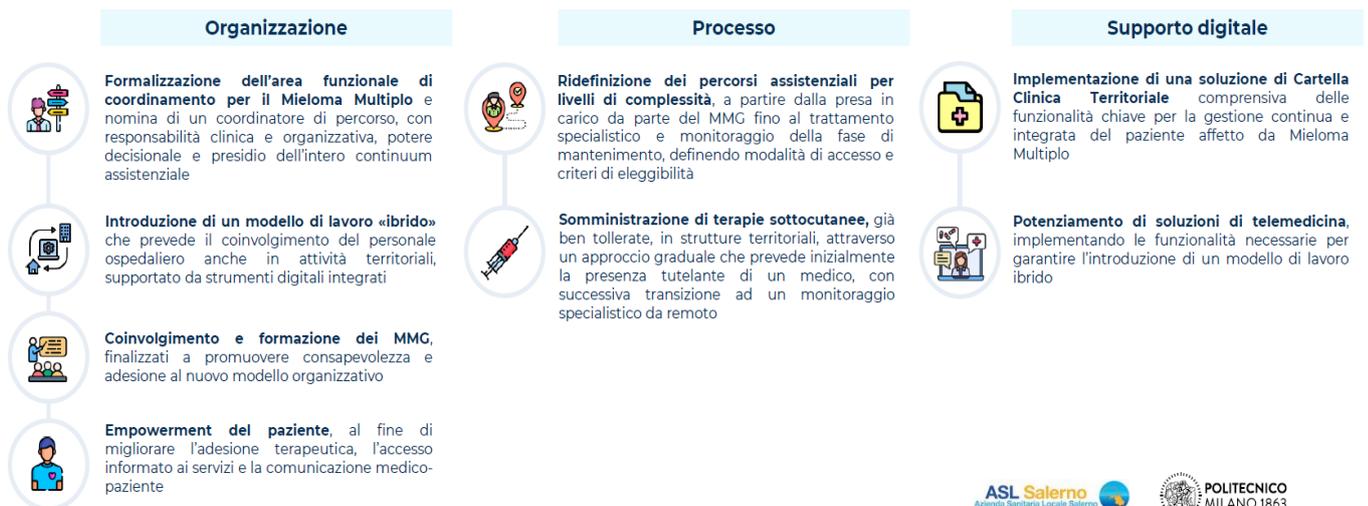
3. Scenario di evoluzione del percorso di cura del paziente con Mieloma Multiplo

3.1 Modello di continuum assistenziale per la presa in carico

Riorganizzare il percorso di cura del paziente affetto da Mieloma Multiplo, adottando un modello assistenziale strutturato per livelli di complessità. Il modello si basa su una governance unitaria e trasversale, capace di superare la tradizionale divisione tra ospedale e territorio, e orientata a garantire una presa in carico continua e personalizzata del paziente, assicurando prossimità e coordinamento dell'assistenza lungo l'intero percorso di cura.

La proposta di riorganizzazione del percorso di cura del paziente con Mieloma Multiplo si fonda sul concetto innovativo delle aree funzionali interdipartimentali (Art. 48 Atto Aziendale ASL Salerno), che rappresenta un modello organizzativo in grado di integrare e coordinare le attività svolte da strutture cliniche, amministrative e tecniche, per garantire un sistema assistenziale unico, continuo e integrato.

Le azioni previste per l'implementazione del modello sono state articolate in tre dimensioni operative, illustrate nel dettaglio:



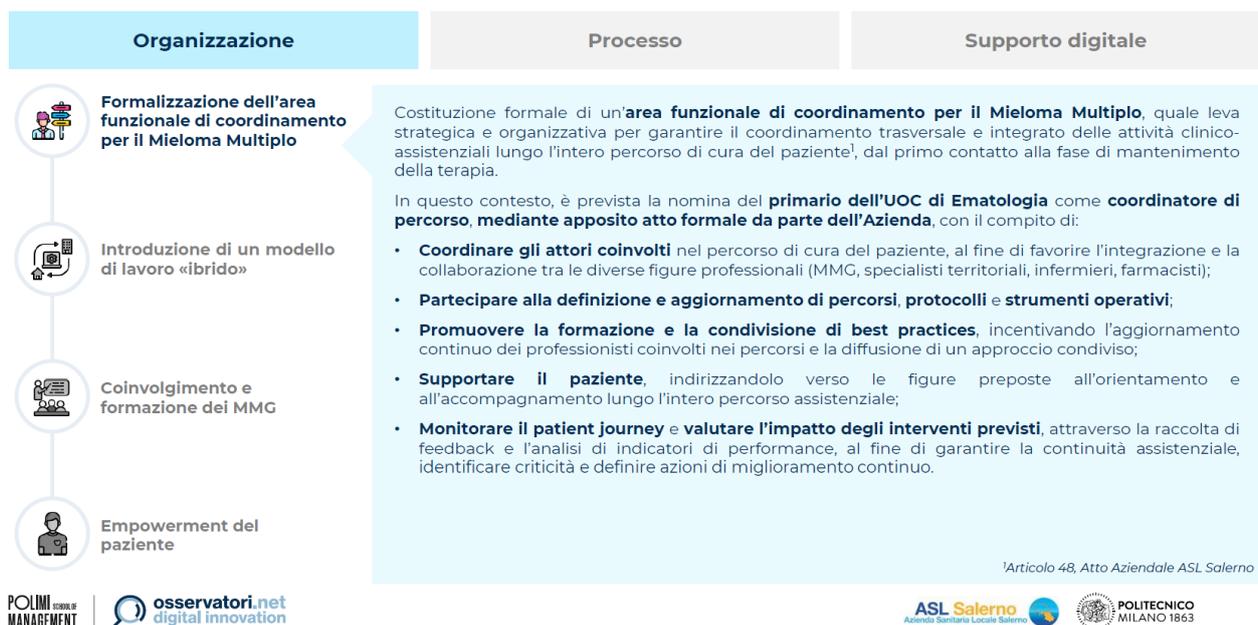
3.1.1 Benefici attesi

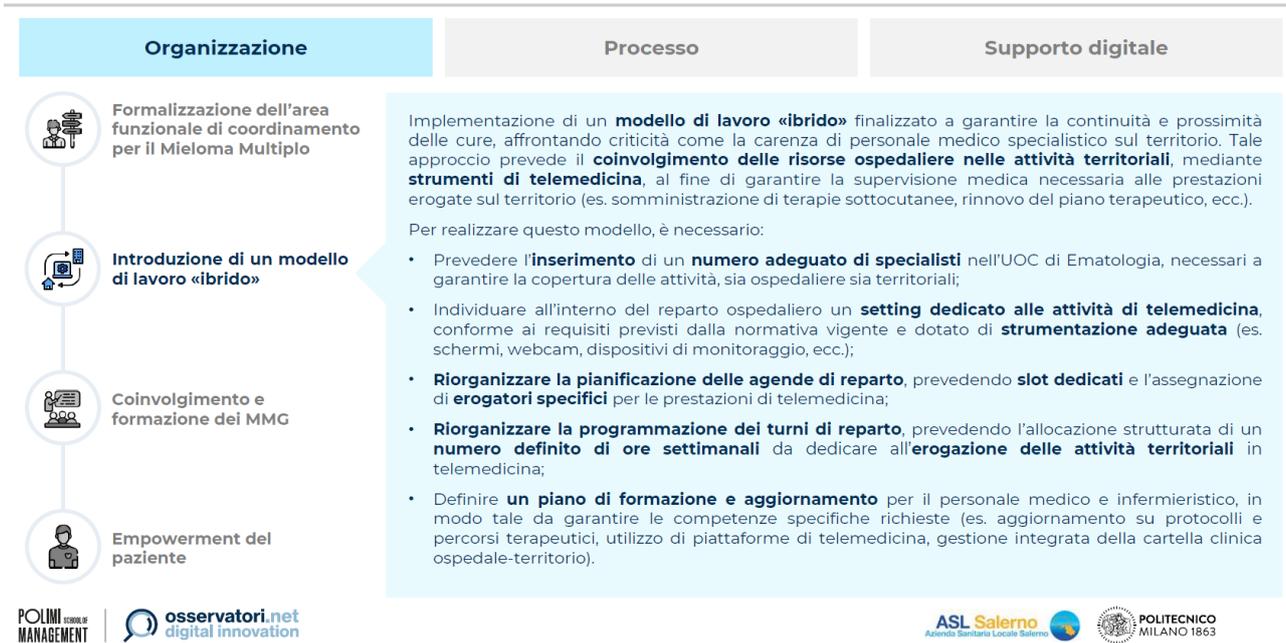
- Valorizzazione delle risorse esistenti, attraverso un utilizzo più efficiente delle strutture e del personale già presente sul territorio e in ambito ospedaliero;
- Migliore accessibilità alle cure, con una riduzione degli spostamenti per i pazienti e un incremento della prossimità e della personalizzazione dell'assistenza;
- Riduzione della pressione sulle strutture ospedaliere e riduzione dei tempi di attesa per il paziente, grazie alla distribuzione appropriata delle attività nei diversi setting di cura;

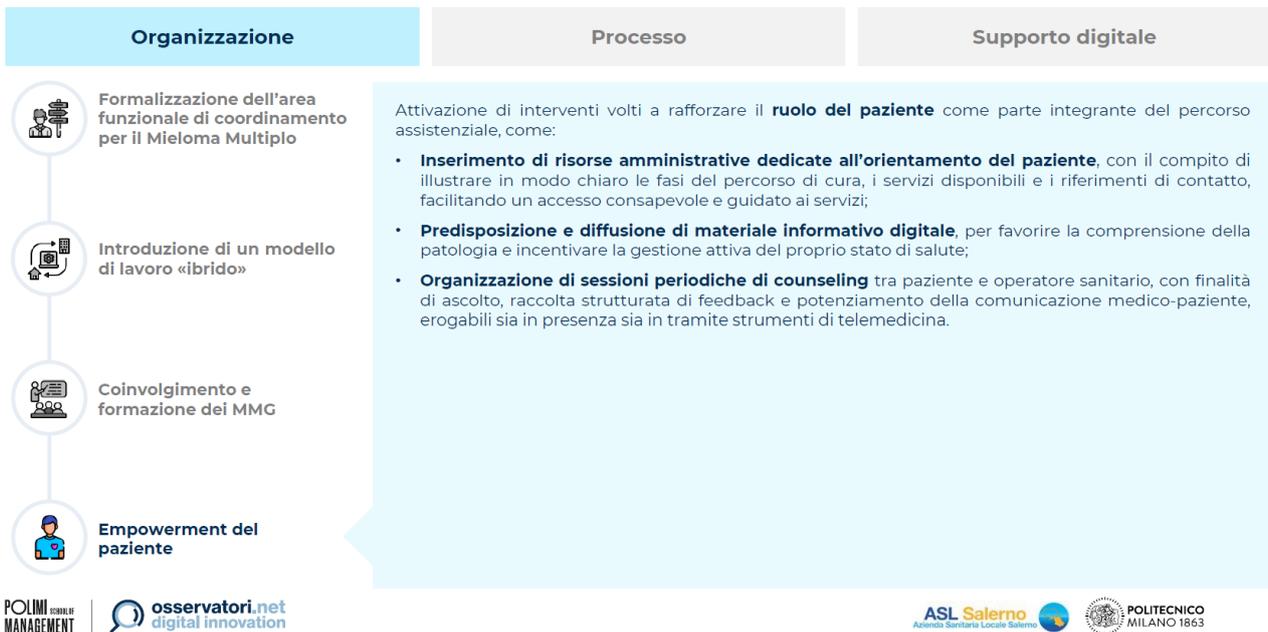
- Aumento dell'appropriatezza clinica e organizzativa, tramite percorsi codificati per livelli di complessità, che assicurano interventi proporzionati ai bisogni del paziente;
- Monitoraggio delle performance, con rilevazione tempestiva di eventuali criticità e attivazione di azioni correttive, a supporto di un ciclo di miglioramento continuo.

Le dimensioni operative e l'organizzazione del percorso di cura sono state poi raggruppate secondo i seguenti cluster:

- Formalizzazione dell'area funzionale di coordinamento per il Mieloma Multiplo
- Introduzione di un modello di lavoro «ibrido»
- Coinvolgimento e formazione dei MMG
- Empowerment del paziente







3.2 Il processo di presa in cura della ASL: le dimensioni operative

3.2.1 Ridefinizione dei percorsi assistenziali per livelli di complessità

L'implementazione di step operativi propedeutici alla ridefinizione dei percorsi assistenziali per livelli di complessità, articolati come segue:

- Mappatura dei bisogni clinico-assistenziali, attraverso la definizione di una checklist standardizzata che includa bisogni clinici, tipologia di terapia e condizioni generali di salute del paziente;
- Clusterizzazione dei pazienti per profili di rischio e complessità, mediante l'elaborazione di algoritmi finalizzati alla classificazione dei pazienti secondo diversi livelli di complessità assistenziale;
- Mappatura e classificazione delle strutture esistenti, considerando l'intera rete dei presidi ospedalieri, ambulatori, ospedali di comunità, case di comunità, e botteghe della comunità, in relazione ai bisogni assistenziali previsti dai percorsi;
- Definizione di criteri oggettivi per l'eleggibilità ai percorsi assistenziali, basati sulla valutazione dei requisiti strutturali, organizzativi e delle capacità del setting assistenziale di gestire le diverse complessità.

Si riporta di seguito un esempio:

Cluster	Setting di Cura
<p>Terapia orale di mantenimento: Pazienti in trattamento con farmaci orali, gestibili a domicilio con supporto del MMG e monitoraggio territoriale;</p>	<p>Domicilio per somministrazione e Casa di Comunità o Bottega della Comunità per supporto all'aderenza terapeutica e monitoraggio (es. parametri vitali, esami ematochimici)</p>
<p>Terapia infusionale a basso impatto: Pazienti candidati a terapie sottocutanee, già somministrate in ambiente ospedaliero senza effetti collaterali, idonei al trattamento in setting territoriale;</p>	<p>Ambulatori territoriali, Casa di Comunità, Bottega della Comunità con supervisione specialistica, per somministrazione e monitoraggio (es. parametri vitali, esami ematochimici)</p>
<p>Terapia infusionale ad alta complessità: Pazienti candidati a terapie infusionali che necessitano di supervisione specialistica ospedaliera, per rischio di reazioni avverse o complessità del trattamento;</p>	<p>Presidio ospedaliero con risorse per la gestione degli eventi critici</p>

3.2.2 Somministrazione delle terapie sottocutanee

Nel quadro delle azioni abilitanti all'implementazione del modello, si colloca la somministrazione di terapie sottocutanee H-OSP in setting assimilabili a quelli ospedalieri. Il modello prevede la somministrazione da parte di personale infermieristico adeguatamente addestrato, con la presenza tutelante di un medico specialista in loco, e la possibilità di sorveglianza successiva in teleassistenza.

I contesti individuati per l'erogazione delle terapie includono:

- Case di Comunità;
- Botteghe della Comunità;
- Ambulatori territoriali.

Aspetti da definire per formalizzare l'implementazione del modello:

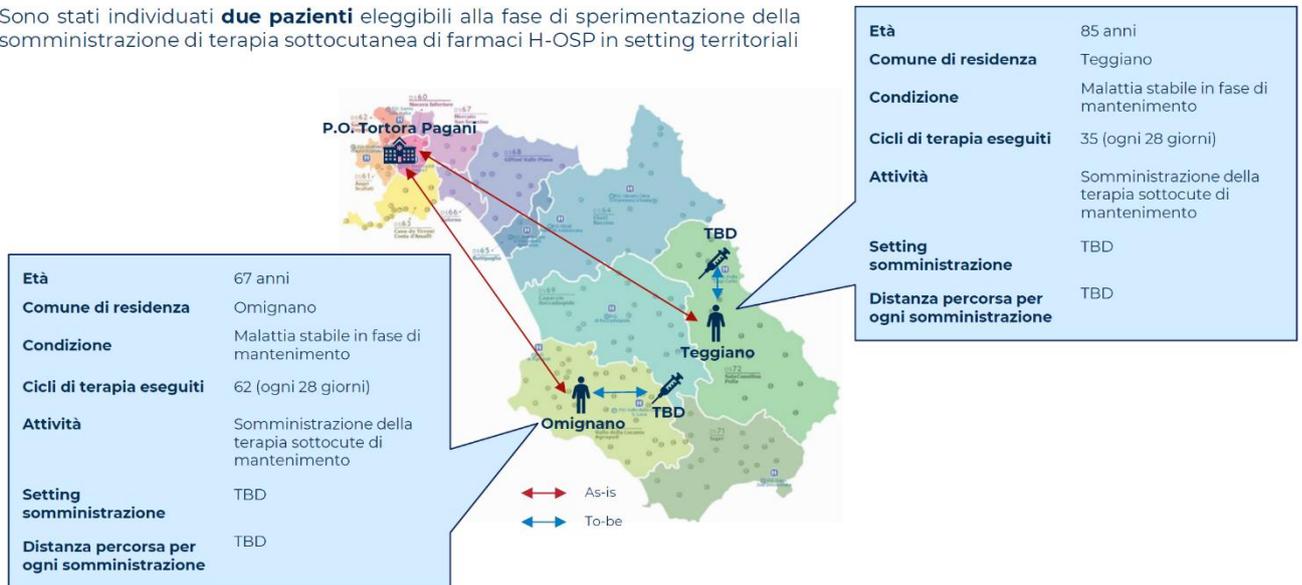
- Definizione di un meccanismo codificato per il trasporto del farmaco verso la sede periferica, garantendo sicurezza e tracciabilità lungo tutta la filiera logistica: l'ASL Salerno dispone già del servizio di trasporto di chemioterapici, utile a questa sperimentazione;
- Coerenza normativa con quanto previsto dalle Determinazioni AIFA e dai provvedimenti nazionali/regionali;
- Formalizzazione di un protocollo condiviso che includa la definizione puntuale di ruoli, responsabilità e condizioni operative;
- Attivazione di un sistema di monitoraggio continuo dell'esperienza dei pazienti e della sicurezza clinica della somministrazione in sede periferica.

Si prevede una fase di sperimentazione del modello, per cui sono stati arruolati alcuni pazienti, selezionati in base ai seguenti criteri:

- Stabilità clinica accertata;
- Buona tolleranza alla terapia, senza effetti collaterali nelle prime somministrazioni in setting ospedaliero;

Sperimentazione somministrazione di terapie sottocutanee H-OSP in setting territoriali

Sono stati individuati **due pazienti** eleggibili alla fase di sperimentazione della somministrazione di terapia sottocutanea di farmaci H-OSP in setting territoriali



3.2.3 Implementazione della soluzione della CCT: Cartella Clinica Territoriale della ASL Salerno

Per garantire la continuità del percorso di cura del paziente, si propone di consolidare e sviluppare la soluzione prevista di Cartella Clinica Territoriale attraverso l'evoluzione del software attualmente utilizzato per l'ADI. In questo contesto, sono state previste le seguenti azioni operative:

- Coinvolgimento del coordinatore di percorso e del personale medico, infermieristico, farmaceutico e amministrativo, al fine di identificare le funzionalità chiave per una gestione integrata, e continuativa del paziente, quali ad esempio: monitoraggio clinico del paziente tramite accesso condiviso da parte di tutti gli attori coinvolti, interoperabilità con i sistemi ospedalieri per garantire uno scambio informativo continuo, coordinamento tra professionisti attraverso strumenti per la pianificazione, diario condiviso, notifiche o promemoria per scadenze terapeutiche, ecc.;
- Integrazione applicativa e funzionale con la Cartella Clinica Elettronica ospedaliera, attualmente in fase pilota presso il presidio ospedaliero di Sarno e con previsione di estensione a tutti i presidi ospedalieri dell'ASL, con l'obiettivo di garantire un flusso informativo continuo tra i sistemi territoriali e ospedalieri;

- Configurazione di un modulo dedicato al Mieloma Multiplo, comprensivo delle voci necessarie per la raccolta delle informazioni cliniche specifiche della patologia, e definizione di ruoli e permessi per l'accesso, al fine di garantire un utilizzo sicuro e mirato da parte di tutti gli operatori coinvolti;
- Organizzazione di corsi di formazione sull'utilizzo della soluzione per gli operatori coinvolti, prevedendo l'erogazione di materiale didattico come manuali e video tutorial per facilitare l'apprendimento e garantire supporto continuo nel tempo.

3.2.4 Potenziamento delle soluzioni di telemedicina

L'ASL Salerno è tra le prime organizzazioni sanitarie ad aver attivato una Struttura Complessa esclusivamente dedicata alla telemedicina e all'intelligenza artificiale. Tramite la funzione attivata dalla *U.O.C. Governance dei processi di telemedicina e IA*, l'Azienda vuole potenziare tutte le possibili soluzioni operative (soprattutto quelle per le aree interne e per le zone disagiate, oltre che per il rinnovo dei piani terapeutici) per favorire l'utilizzo della telemedicina.

Potenziamento delle soluzioni di telemedicina esistenti e identificazione di eventuali funzionalità aggiuntive a supporto dello svolgimento delle attività clinico-assistenziali previste. In particolare, si procederà con:

- Mappatura delle attività erogabili in telemedicina, quali ad esempio: Consulenze specialistiche in fase di inquadramento diagnostico, tramite teleconsulto;
- Sorveglianza specialistica durante la somministrazione di terapie sottocutanee in setting territoriali, tramite teleassistenza;
- Rinnovo dei piani terapeutici, tramite televisita;
- Comunicazione tra MMG e specialista ematologo per la gestione di eventuali tossicità in fase di monitoraggio della terapia di mantenimento, tramite teleconsulto;
- Servizi di supporto psicologico dedicati al paziente, tramite televista;
- Analisi degli strumenti attualmente disponibili per l'esecuzione delle attività previste, con identificazione di eventuali funzionalità mancanti o da migliorare.
- Organizzazione di corsi di formazione sull'utilizzo della soluzione per gli operatori coinvolti, prevedendo l'erogazione di materiale didattico come manuali e video tutorial per facilitare l'apprendimento e garantire supporto continuo nel tempo.

4. Indicatori: panel di KPI a supporto del modello di continuum assistenziale per la presa in cura del paziente con Mieloma Multiplo

Di seguito si rappresenta una sintesi delle principali tipologie di benefici attesi in relazione all'implementazione delle azioni proposte, e un set di indicatori finalizzato a monitorare e misurare il loro effettivo conseguimento e l'andamento del modello:

Tipologia di beneficio atteso	KPI	Andamento atteso
Beneficio per il paziente in termini di accessibilità e prossimità delle cure	Distanza media percorsa dal paziente	↓
	% di somministrazioni nel distretto di residenza	↑
	Tempo di attesa per la somministrazione	↓
	Indice di soddisfazione paziente	↑
Riduzione della pressione sul Presidio Ospedaliero	% di accessi inappropriati al PS	↓
	% di contatti paziente - presidio ospedaliero	↓
	% di somministrazioni ospedaliere	↓
Potenziamento delle soluzioni di telemedicina e digitalizzazione delle attività	% di controlli gestiti in ospedale	↓
	% di consulenze diagnostiche in teleconsulto	↑
	% di somministrazioni con sorveglianza in teleassistenza	↑
	% di televisite per il rinnovo del piano terapeutico	↑
	% di teleconsulti per gestione tossicità	↑
Promozione della formazione e coinvolgimento degli attori sanitari	% di sedute supporto psicologico in televisita	↑
	Numero di corsi erogati	↑
	Numero di partecipanti ai corsi	↑

La riorganizzazione dei servizi in un'ottica orientata alla centralità del paziente – come la somministrazione della terapia sottocutanea in setting territoriali prossimi al domicilio del paziente, la flessibilità operativa e l'impiego della telemedicina – consente di rispondere in modo più tempestivo, efficace e personalizzato ai bisogni di cura, garantendo migliore accessibilità e prossimità delle cure.

Per valutarle, quindi, sono stati sviluppati una serie di KPI utili, in prima battuta, a rappresentare le evoluzioni del modello proposto:

- **Distanza media percorsa dal paziente**
- **% di somministrazioni nel distretto di residenza**
- **Tempo medio di attesa per la somministrazione**
- **Indice di soddisfazione paziente**

Tra le azioni proposte, si specificano quelle il cui focus, e quindi la somministrazione di terapie sottocutanee in setting territoriali oltre che l'introduzione di una modalità di lavoro «ibrida» che preveda il coinvolgimento diffuso del personale ospedaliero anche in attività territoriali. A queste si aggiunge poi il potenziamento delle soluzioni di telemedicina per la sorveglianza specialistica delle somministrazioni erogate sul territorio.

Ciò, in ottica di consolidamento del modello verticale applicato al mieloma multiplo, dovrebbe generare benefici sulla migliore accessibilità alle cure, sulla valorizzazione delle

risorse umane e fisiche esistenti e permettere una riduzione della pressione sui Presidi Ospedalieri.

Sperimentalmente, il Gruppo di Lavoro ha poi definito **un indicatore utile a calcolare la distanza media percorsa dai pazienti**. Questo KPI misura la distanza media percorsa, sia all'andata che al ritorno, tra il comune di residenza del paziente e il punto di erogazione della terapia.



Distanza media percorsa dal paziente

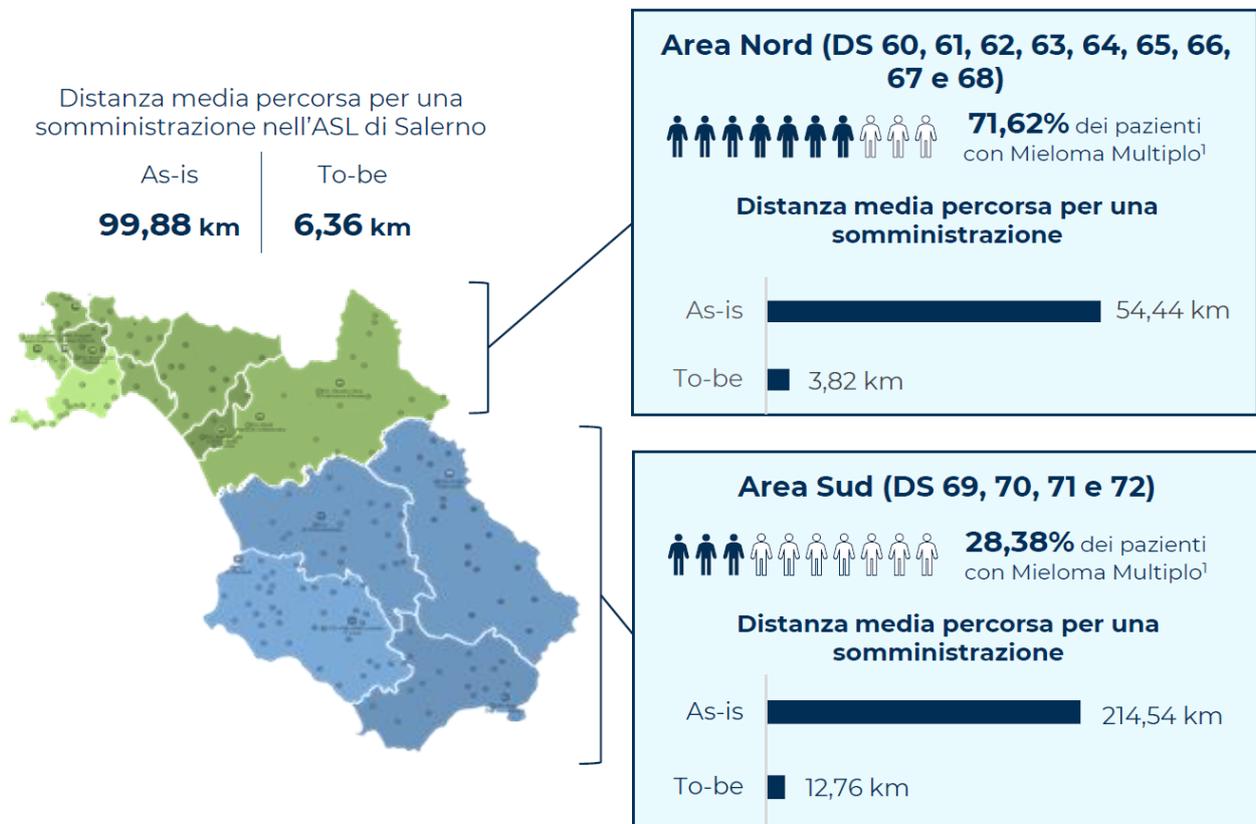
$$\frac{\sum_{i=1}^n (\text{distanza andata-ritorno tra il comune di residenza e il punto di erogazione})_i}{n}$$

n

n = numero totale di pazienti in trattamento sottocutaneo

L'indicatore consente di valutare la **prossimità geografica dell'offerta terapeutica rispetto al comune di residenza del paziente**, monitorando quanto i servizi sanitari siano effettivamente accessibili e distribuiti in modo omogeneo, senza richiedere spostamenti eccessivi, soprattutto per pazienti fragili o residenti in aree geograficamente disagiate.

Nella costruzione dell'indicatore il GdL ha tenuto conto dello scenario evolutivo, calcolando la distanza considerando i Presidi Ospedalieri e le strutture previste dal PNRR (Ospedali di Comunità, Case di Comunità e Botteghe della Comunità).



5. Gruppo di lavoro

La Direzione Generale dell'ASL Salerno ha promosso la redazione del seguente documento che ha visto coinvolti i membri del Gruppo di Lavoro (GdL) insieme ai referenti della POLIMI School of Management del Politecnico di Milano. Il GdL si occuperà anche della fase implementativa del modello.

Il gruppo di lavoro è così composto:

- Gennaro Sosto (Direttore Generale – ASL Salerno)
- Primo Sergianni (Direttore Sanitario – ASL Salerno)
- Mariarosaria Cillo (Direttore Dipartimento Farmaceutico – ASL Salerno)
- Catello Califano (Direttore UOC Ematologia – P.O. Pagani – ASL Salerno)
- Francesco Colavita (Direttore ff UOC Sviluppo Strategico, Innovazione Organizzativa & Comunicazione – ASL Salerno)
- Marco Paparella (POLIMI School of Management - Politecnico di Milano)
- Vittoria Claudia Schiavone (POLIMI School of Management - Politecnico di Milano)
- Paolo Zanatto (POLIMI School of Management - Politecnico di Milano)

Per il Gruppo Mieloma della UOC Ematologia del PO Pagani dell'ASL Salerno:

- Carmela Trezza (Coordinatrice infermieristica, UOC Ematologia – P.O. Pagani – ASL Salerno)
- Carmelina Modella – (infermiere, UOC Ematologia – PO Pagani – ASL Salerno)
- Pasquale Ruggiero – (infermiere, UOC Ematologia – PO Pagani – ASL Salerno)
- Alfonso Fiumarella (dirigente medico, UOC Ematologia – PO Pagani – ASL Salerno)
- Katia Ferrara (dirigente medico, UOC Ematologia – PO Pagani – ASL Salerno)
- Maria Lucia Barone (dirigente medico, UOC Ematologia – PO Pagani – ASL Salerno)

Per il Dipartimento Farmaceutico aziendale:

- Regina Visiello, Daniela Scolaro, Rosa Salvati (Farmacia PO Pagani – ASL Salerno)
- Clelia Incollingo, Maria Rosaria Vesta, Chiara Meoli (Farmacia DS 69 – ASL Salerno)
- Silvana Arena (Farmacia DS 70 – ASL Salerno)

6. Allegati

- Allegato A
Analisi del contesto attuale e mappatura del percorso di cura del paziente con Mieloma Multiplo
- Allegato B
Revisione della mappatura del percorso di cura del paziente con Mieloma Multiplo in logica evolutiva
- Allegato C
Panel KPI



ALLEGATO A

**Analisi del contesto attuale e
mappatura del percorso di cura del
paziente con Mieloma Multiplo**



🔍 Notazione utilizzata per la mappatura di processo

 **Inizio del processo**
Rappresenta il punto di inizio del processo

 **Fine del processo**
Rappresenta il punto di fine del processo



 **Inizio della fase**
Rappresentano il punto di inizio della fase del percorso considerata



 **Fine della fase**
Rappresentano il punto di fine della fase del percorso considerata

 **Sequenza di flusso**
Rappresenta l'ordine in cui le attività vengono eseguite



Box attività

Riassume le attività svolte da un attore specifico all'interno del processo



Box punti di attenzione

Rappresenta un box informativo per sottolineare i principali punti di attenzione del flusso di processo



Box approfondimento

Rappresenta un box informativo con informazioni aggiuntive al flusso di processo



Uscita

Rappresenta un punto di uscita dal flusso di processo



Soluzioni digitali

Rappresentano i sistemi informativi a supporto della attività



Tempo

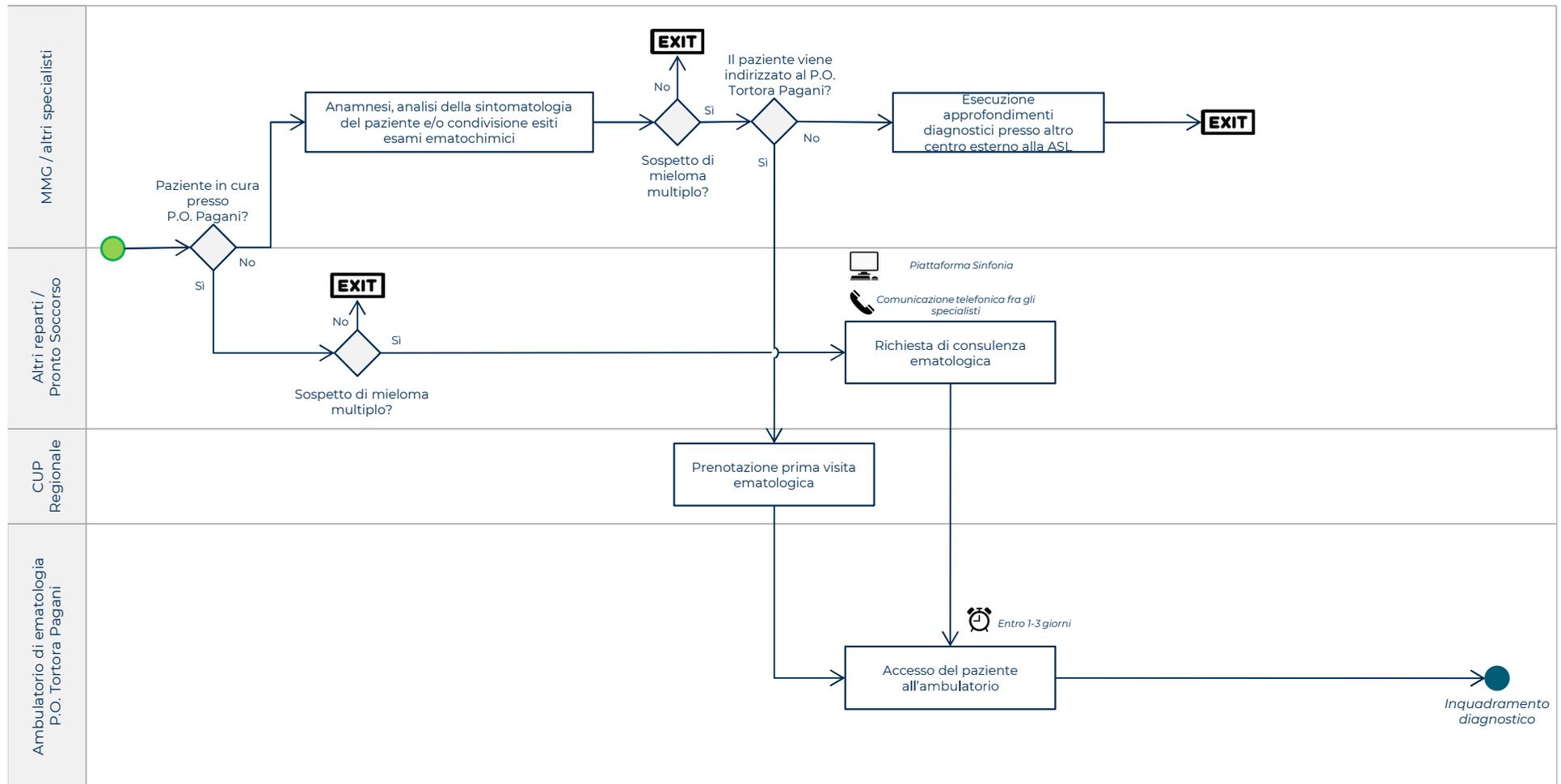
Rappresenta la tempistica/frequenza relativa all'attività



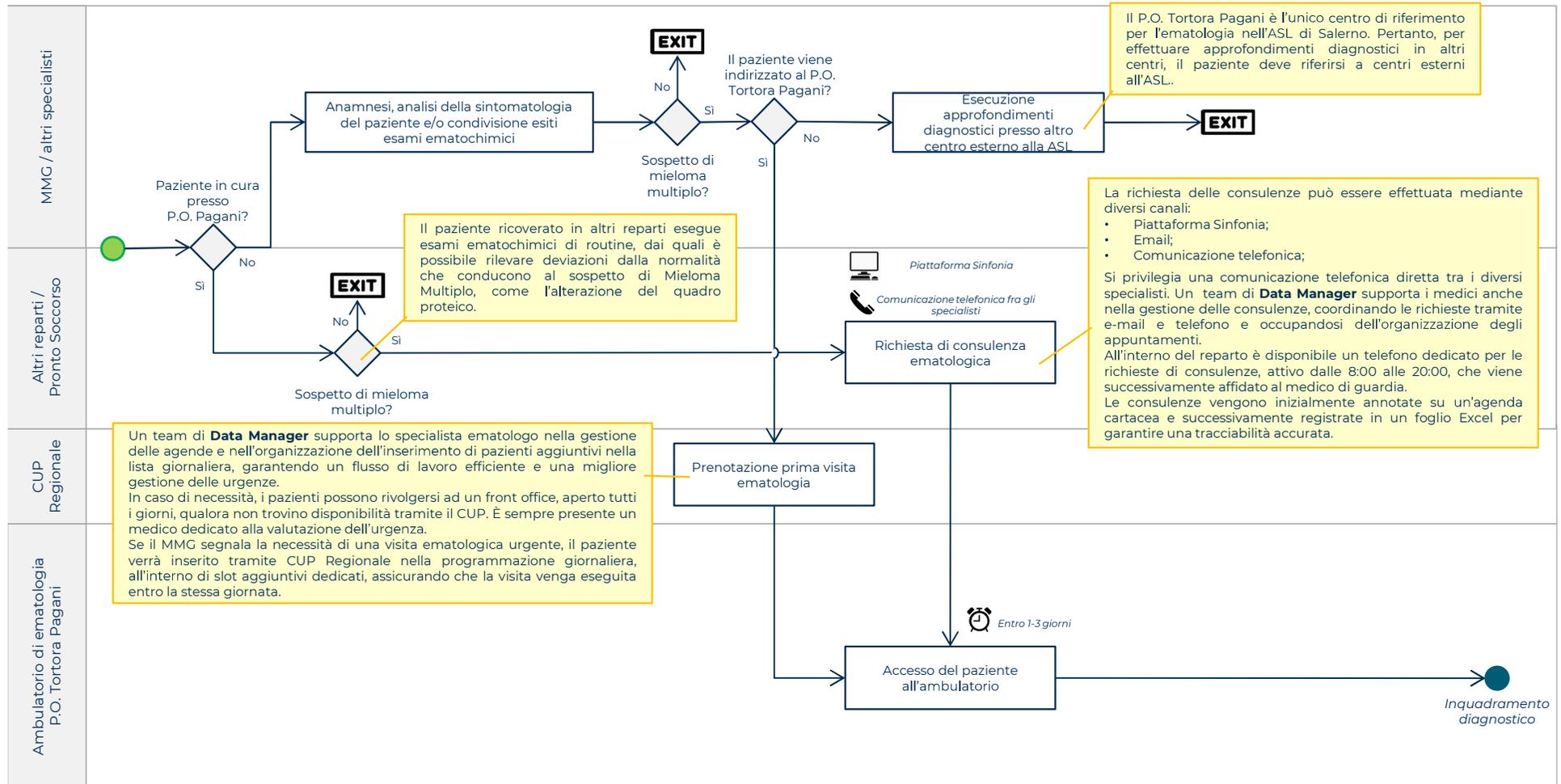
Chiamata

Rappresenta le attività svolte telefonicamente

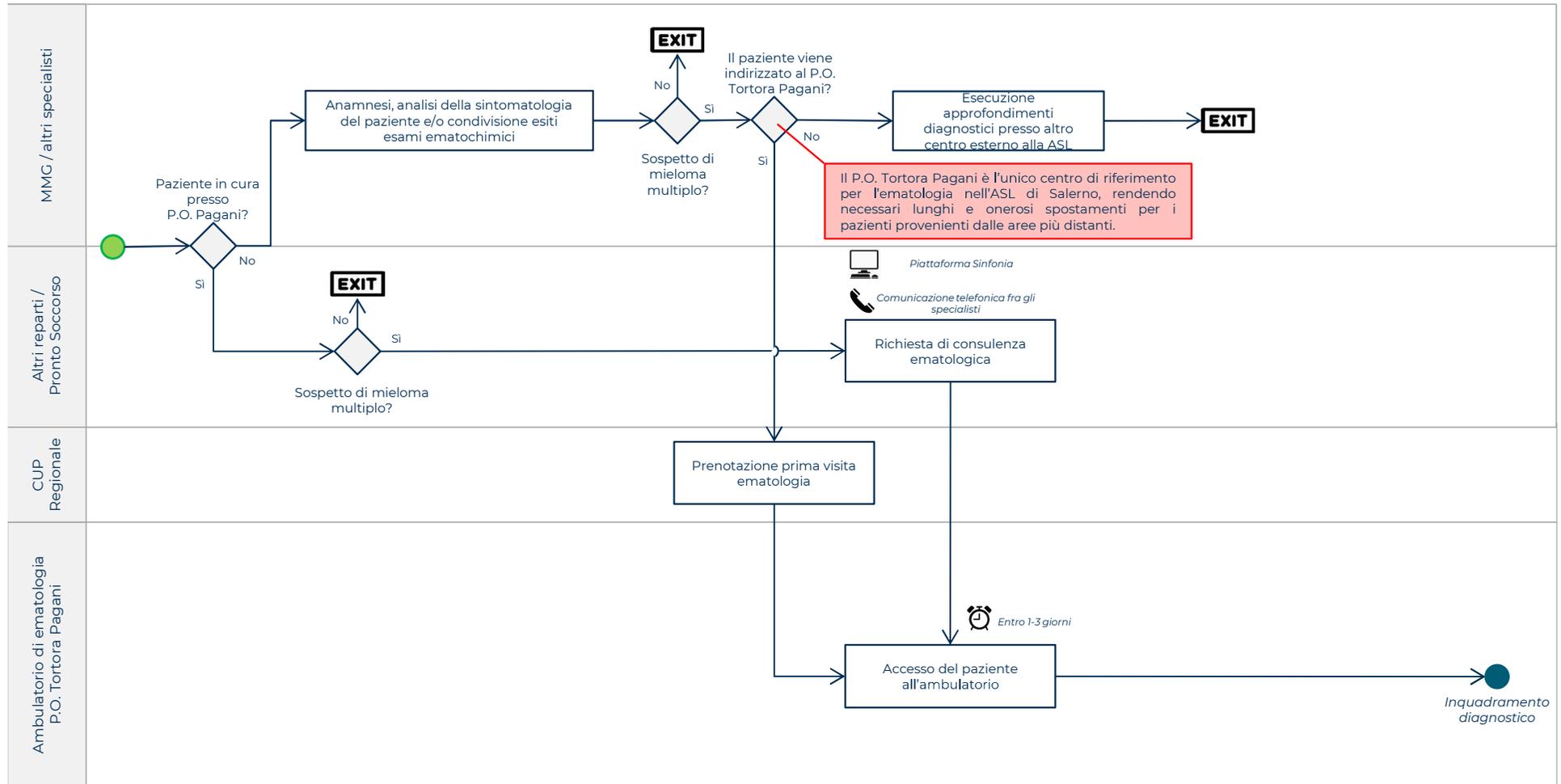
Accesso del paziente al percorso: da sospetto mieloma multiplo a prima visita



Accesso del paziente al percorso: da sospetto mieloma multiplo a prima visita

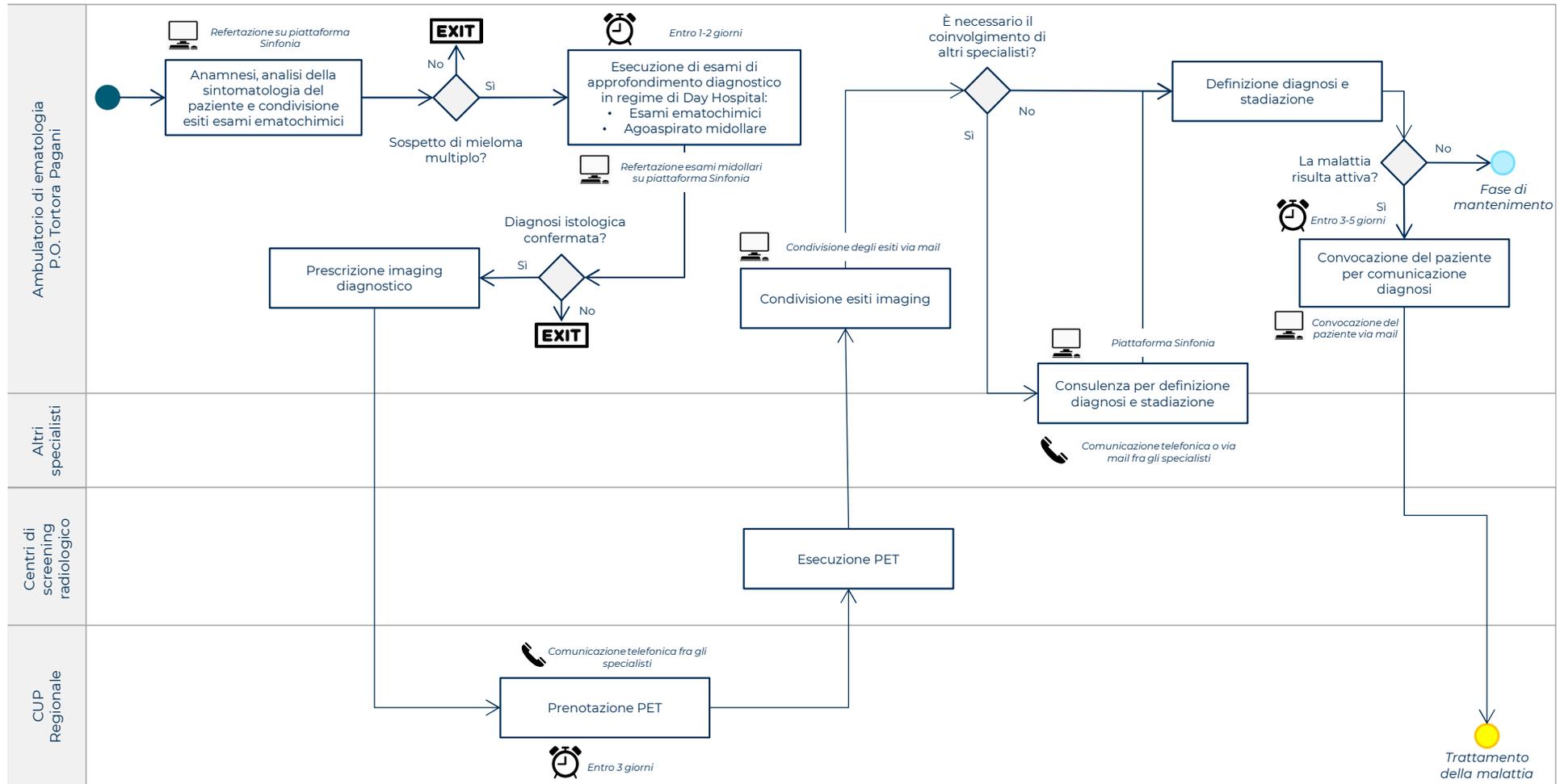


Accesso del paziente al percorso: da sospetto mieloma multiplo a prima visita



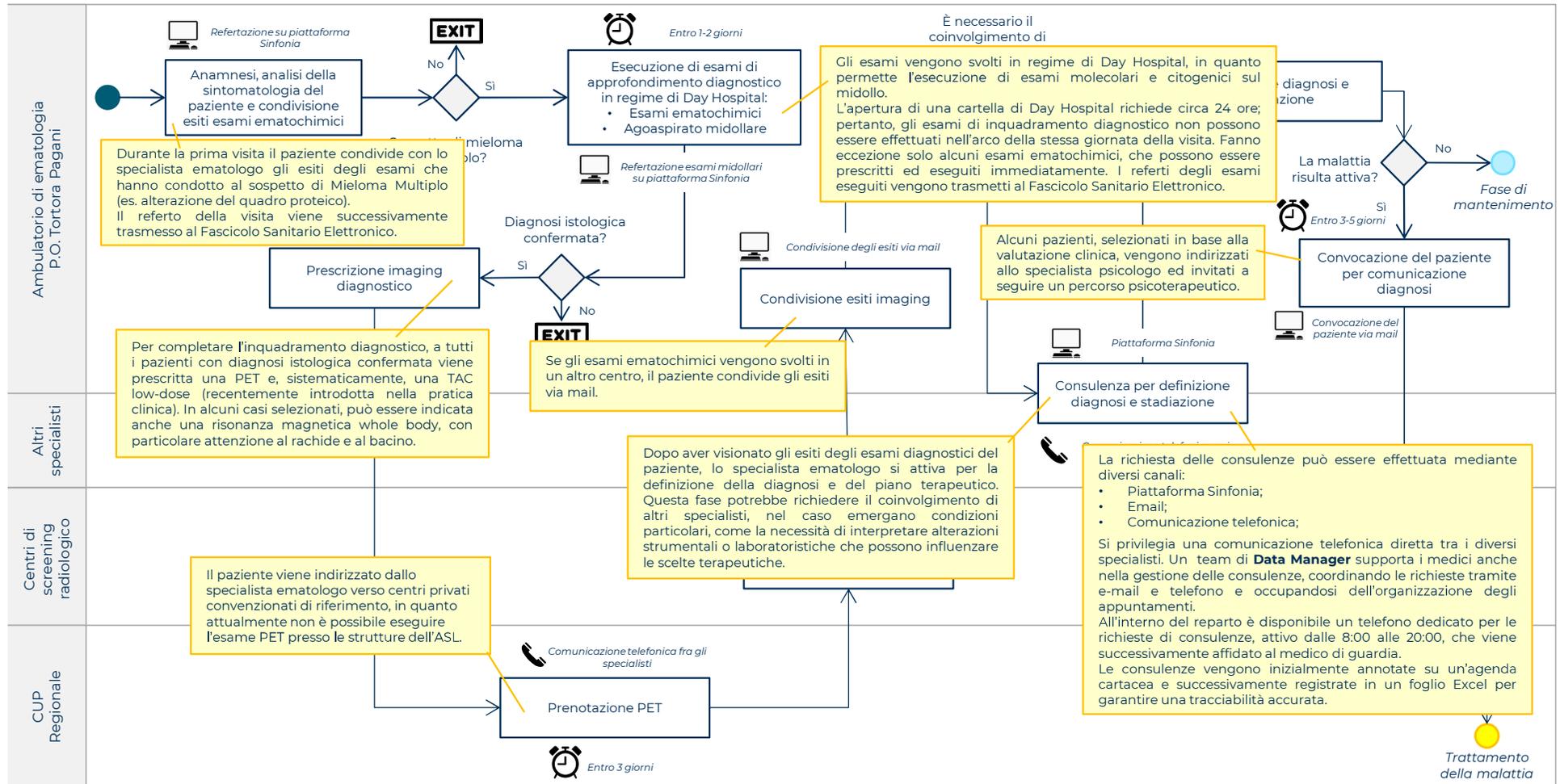


Inquadramento diagnostico del paziente: da prima visita presso P.O. Tortora Pagani a comunicazione piano terapeutico



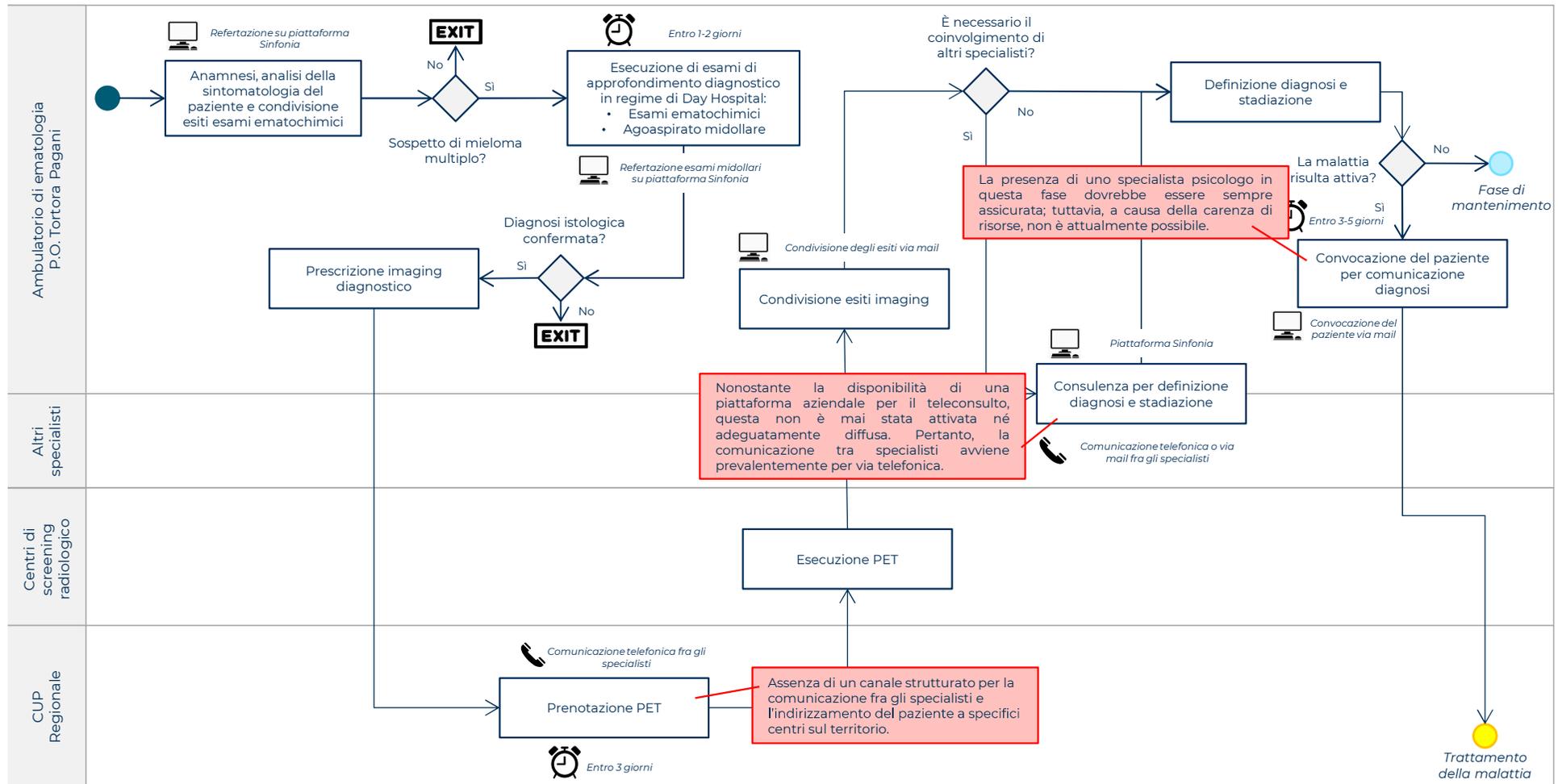


Inquadramento diagnostico del paziente: da prima visita presso P.O. Tortora Pagani a comunicazione piano terapeutico

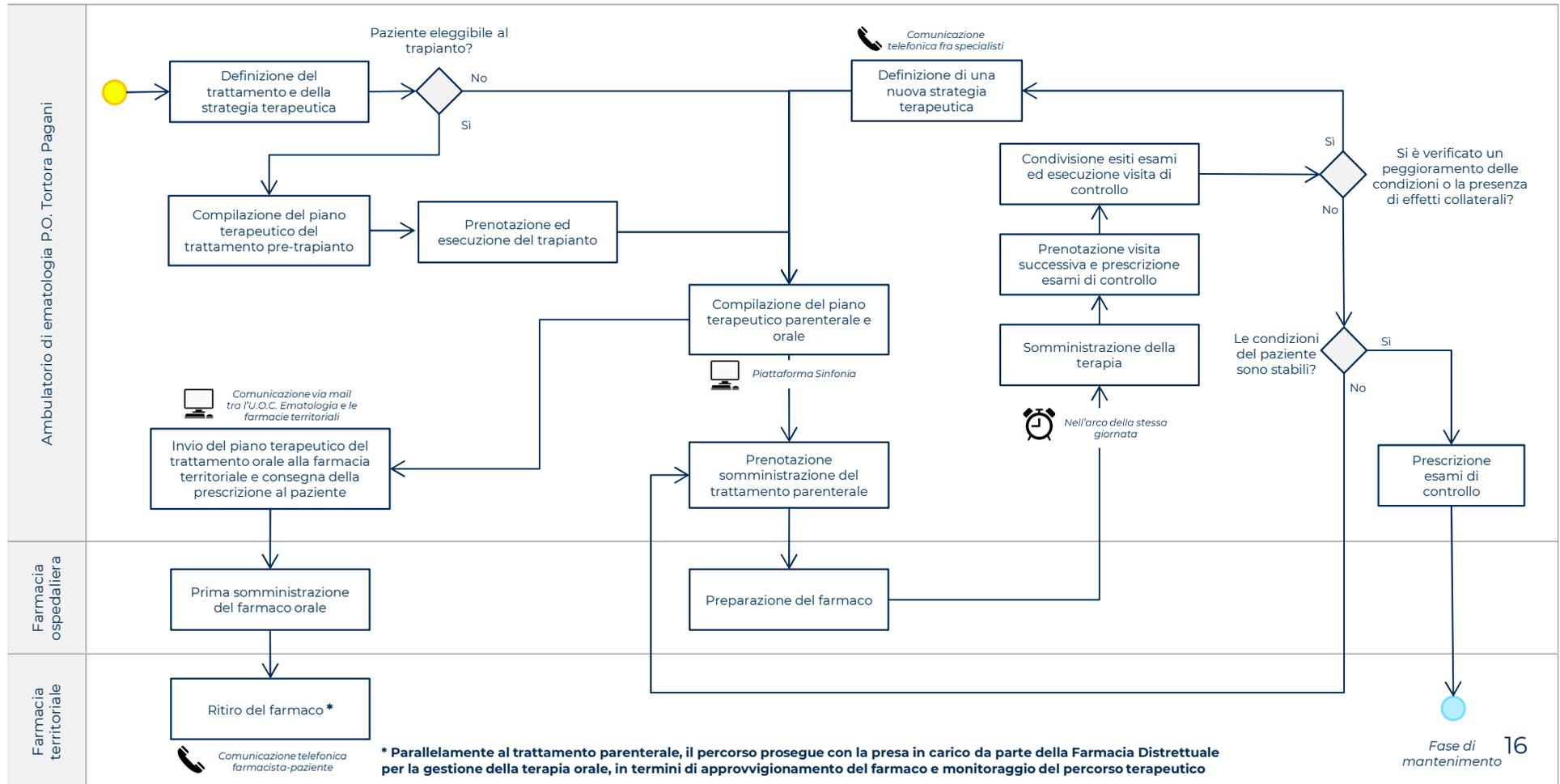




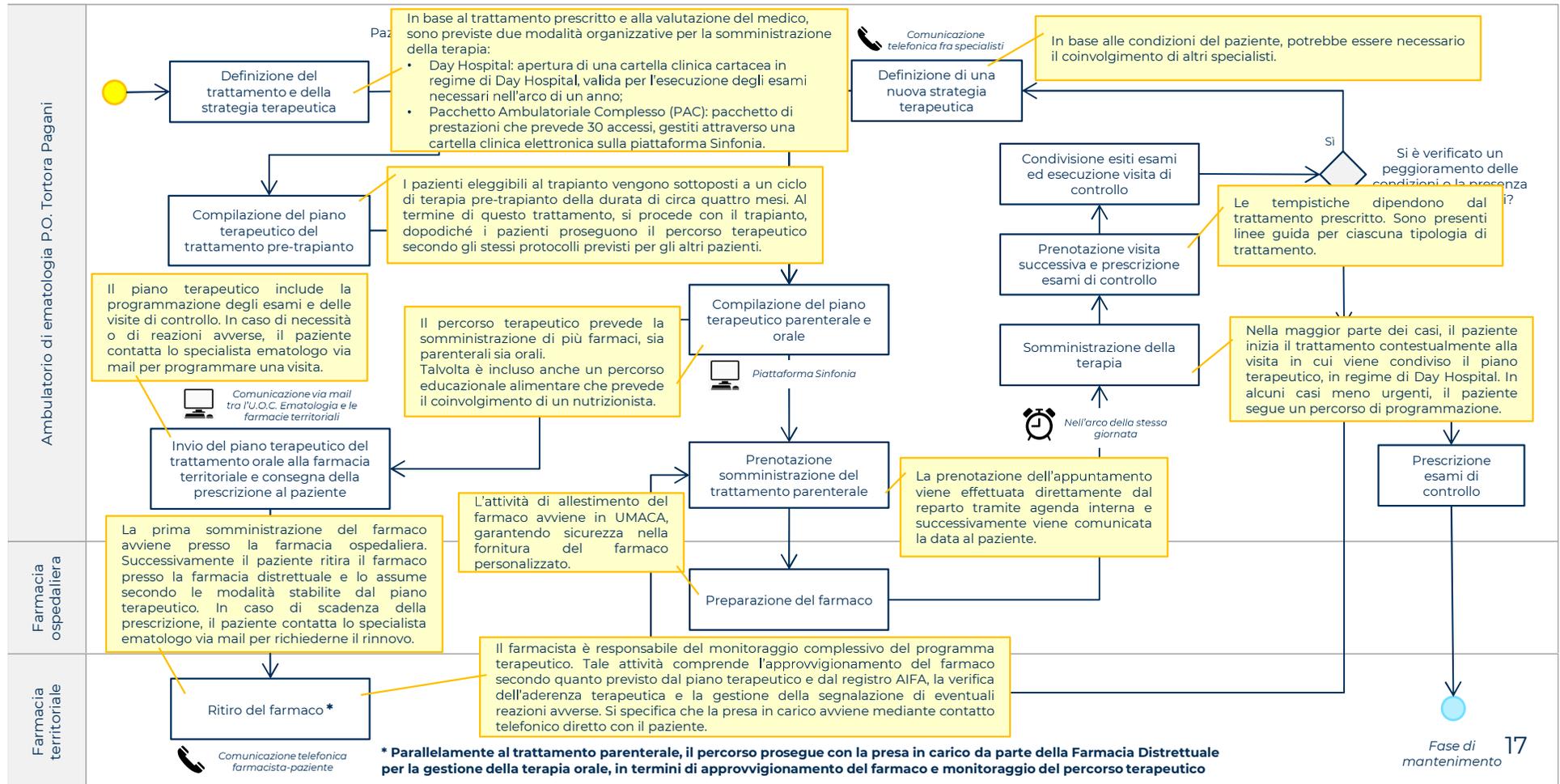
Inquadramento diagnostico del paziente: da prima visita presso P.O. Tortora Pagani a comunicazione piano terapeutico



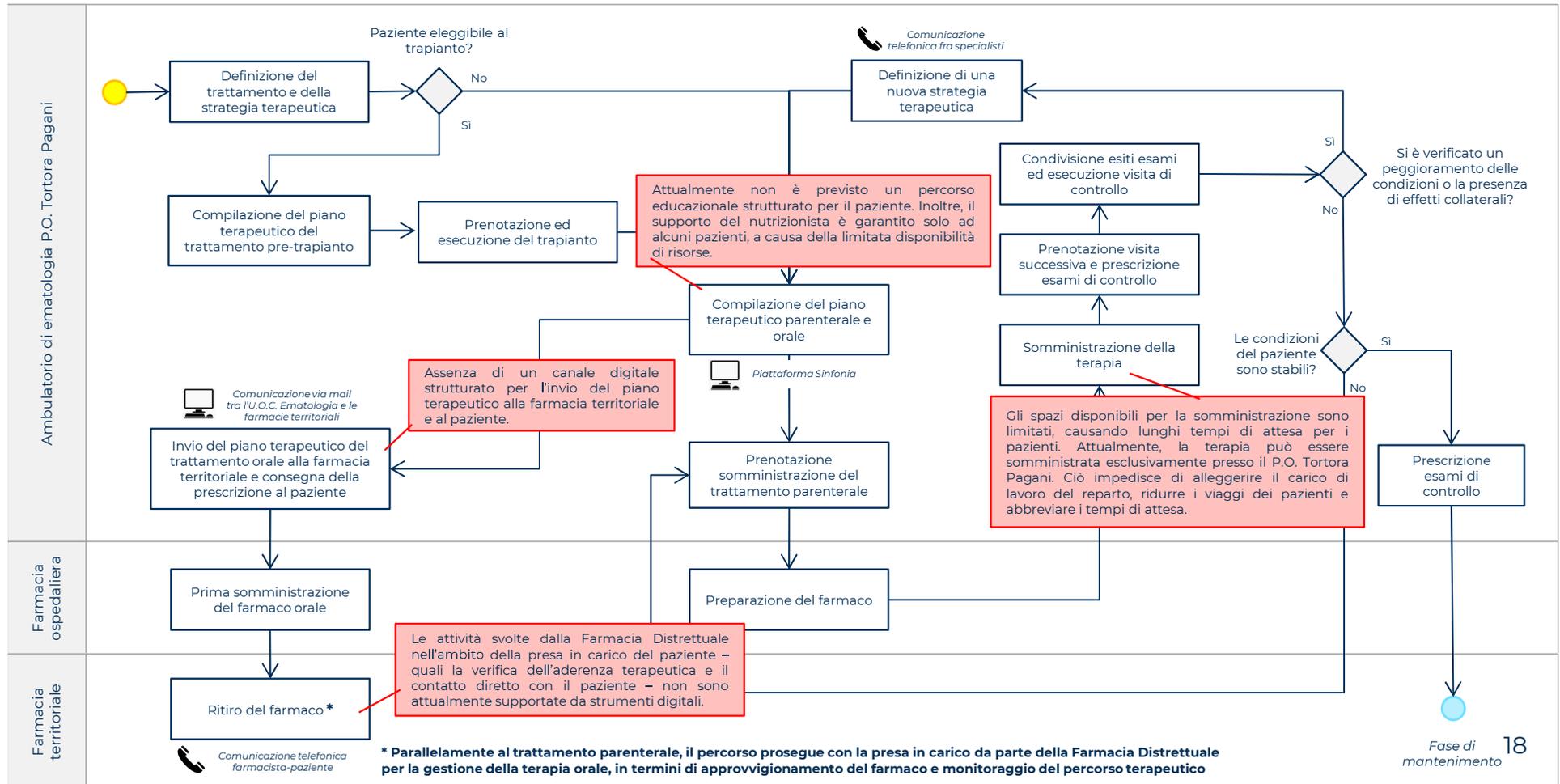
Trattamento della malattia



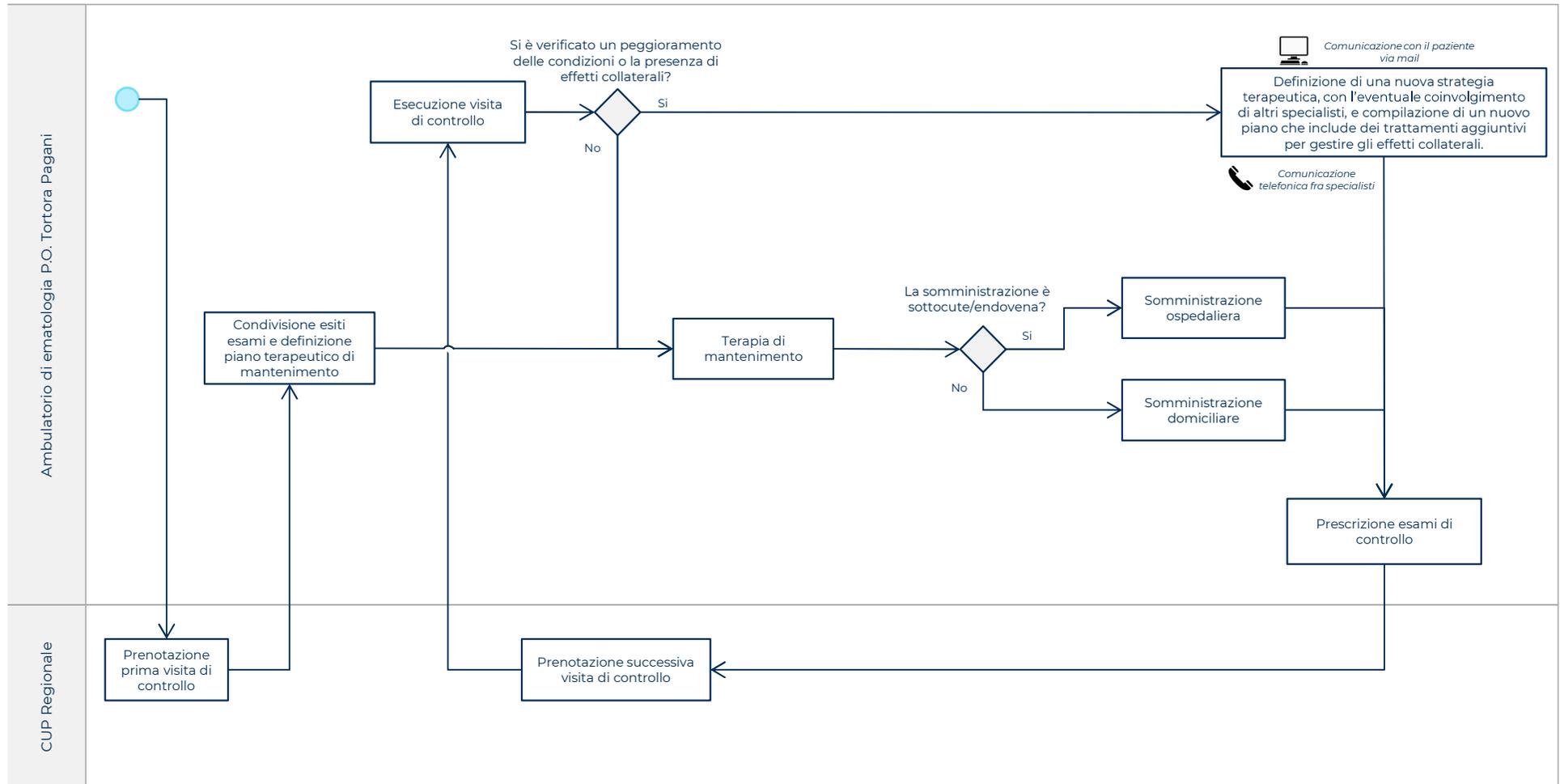
Trattamento della malattia



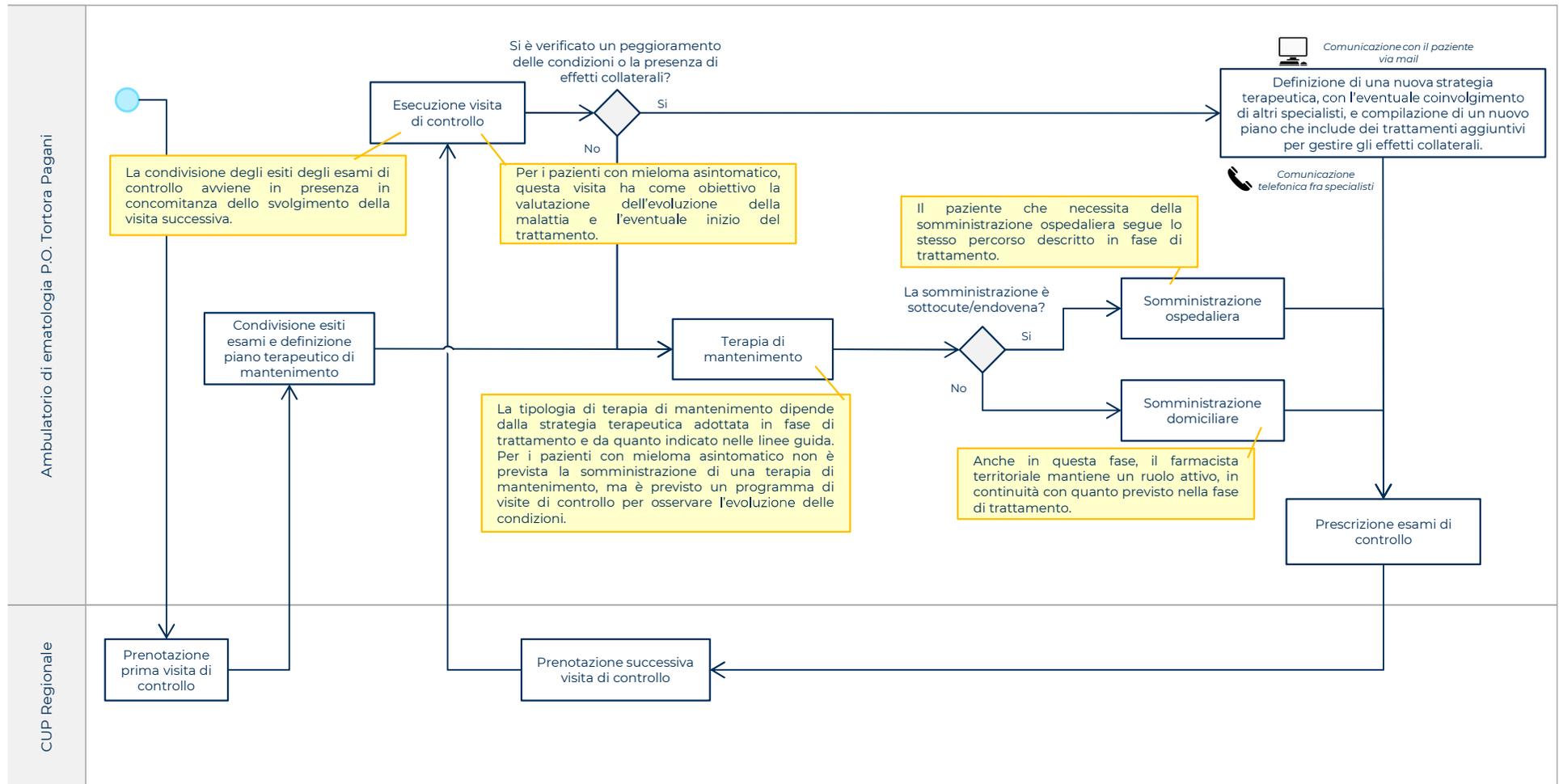
Trattamento della malattia



Fase di mantenimento



Fase di mantenimento





ALLEGATO B

**Revisione della mappatura del
percorso di cura del paziente con
Mieloma Multiplo in logica evolutiva**



🔍 Notazione utilizzata per la mappatura di processo

 **Inizio del processo**
Rappresenta il punto di inizio del processo

 **Fine del processo**
Rappresenta il punto di fine del processo

 **Inizio della fase**
 Rappresentano il punto di inizio della fase del percorso considerata

 fase del percorso considerata

 **Fine della fase**
 Rappresentano il punto di fine della fase del percorso considerata



 **Sequenza di flusso**
Rappresenta l'ordine in cui le attività vengono eseguite



Box attività

Riassume le attività svolte da un attore specifico all'interno del processo



Box approfondimento to-be

Rappresenta un box informativo con informazioni aggiuntive al flusso di processo to-be



Uscita

Rappresenta un punto di uscita dal flusso di processo



Soluzioni digitali

Rappresentano i sistemi informativi a supporto della attività



Tempo

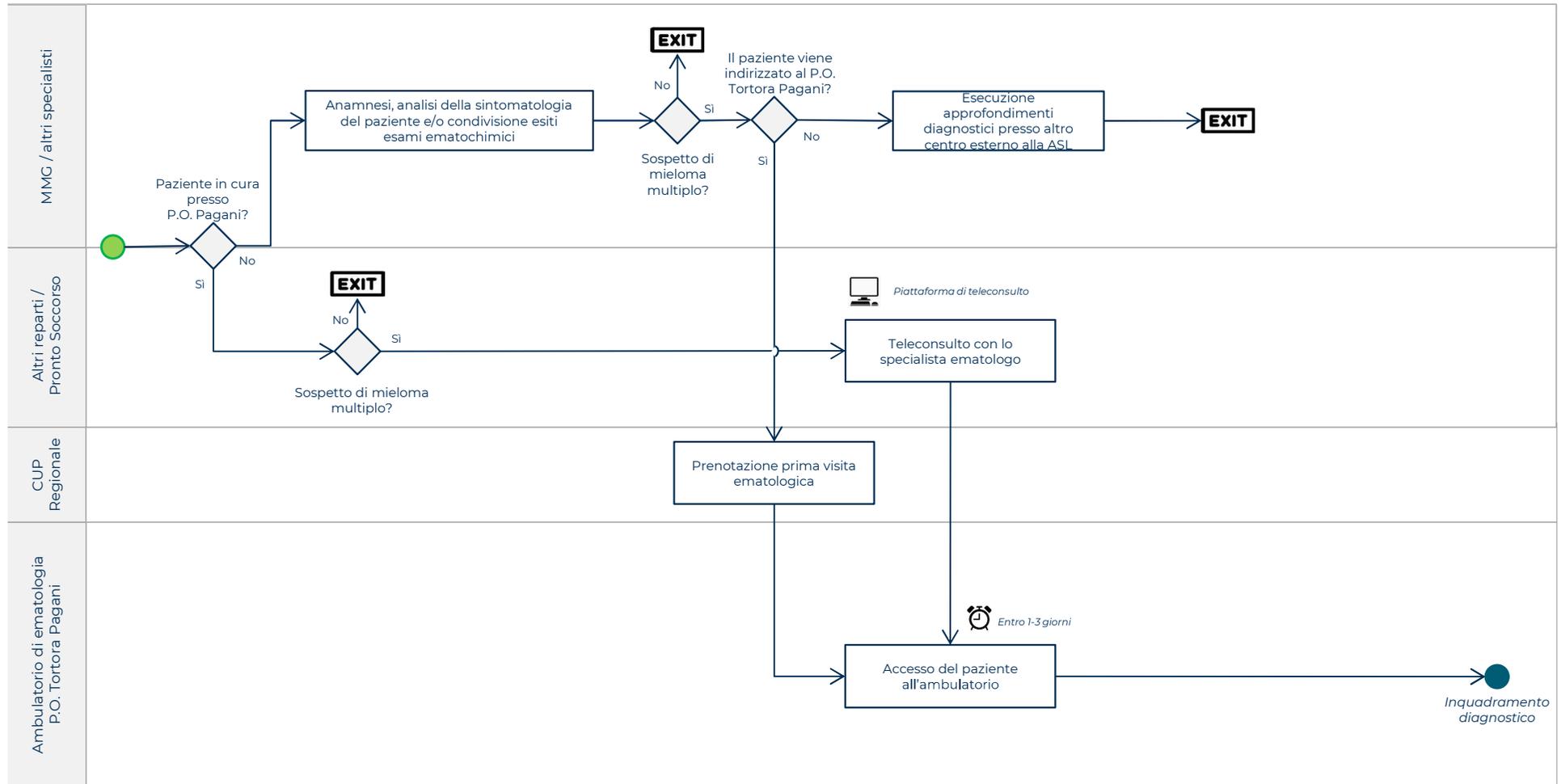
Rappresenta la tempistica/frequenza relativa all'attività



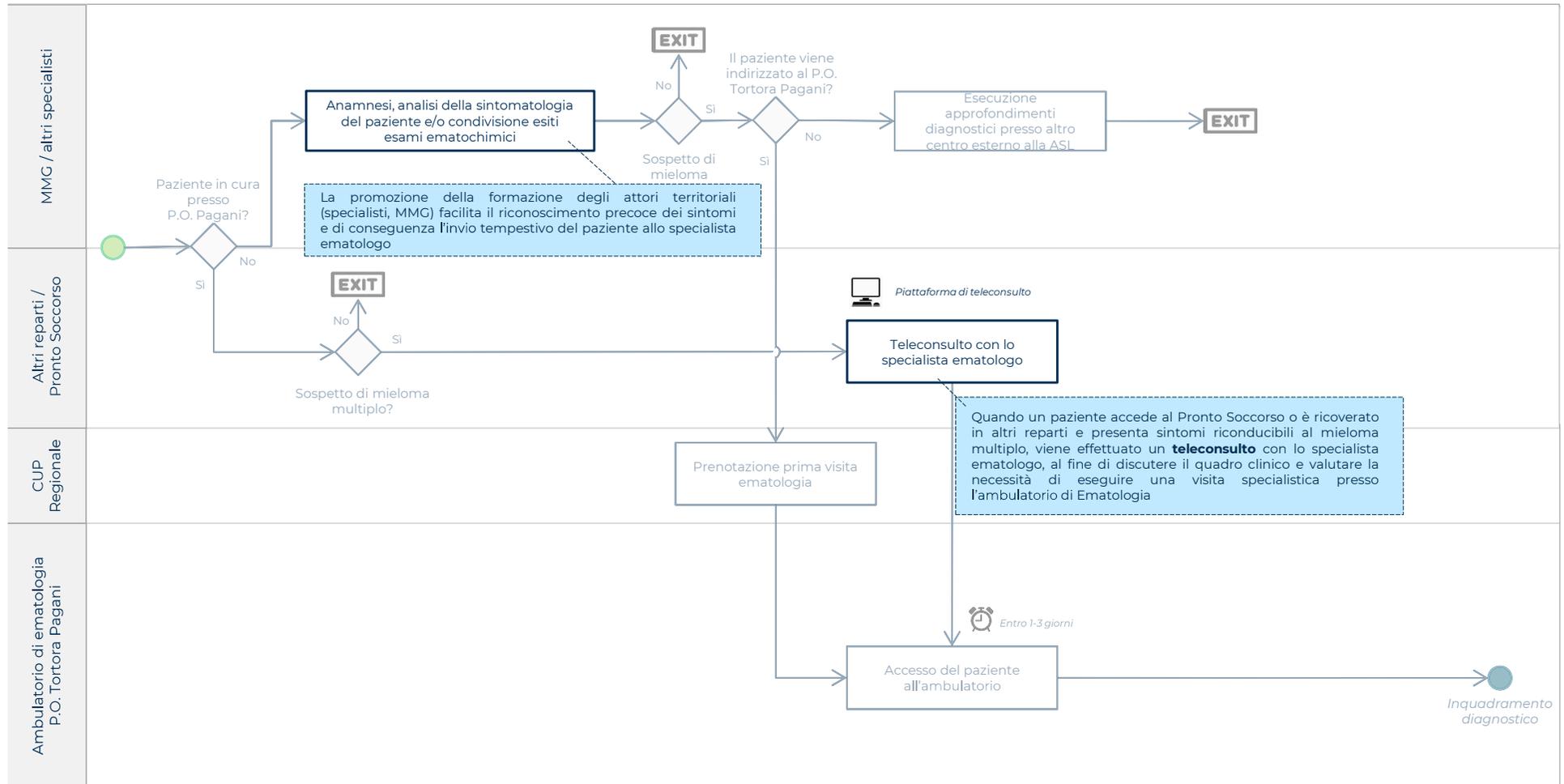
Chiamata

Rappresenta le attività svolte telefonicamente

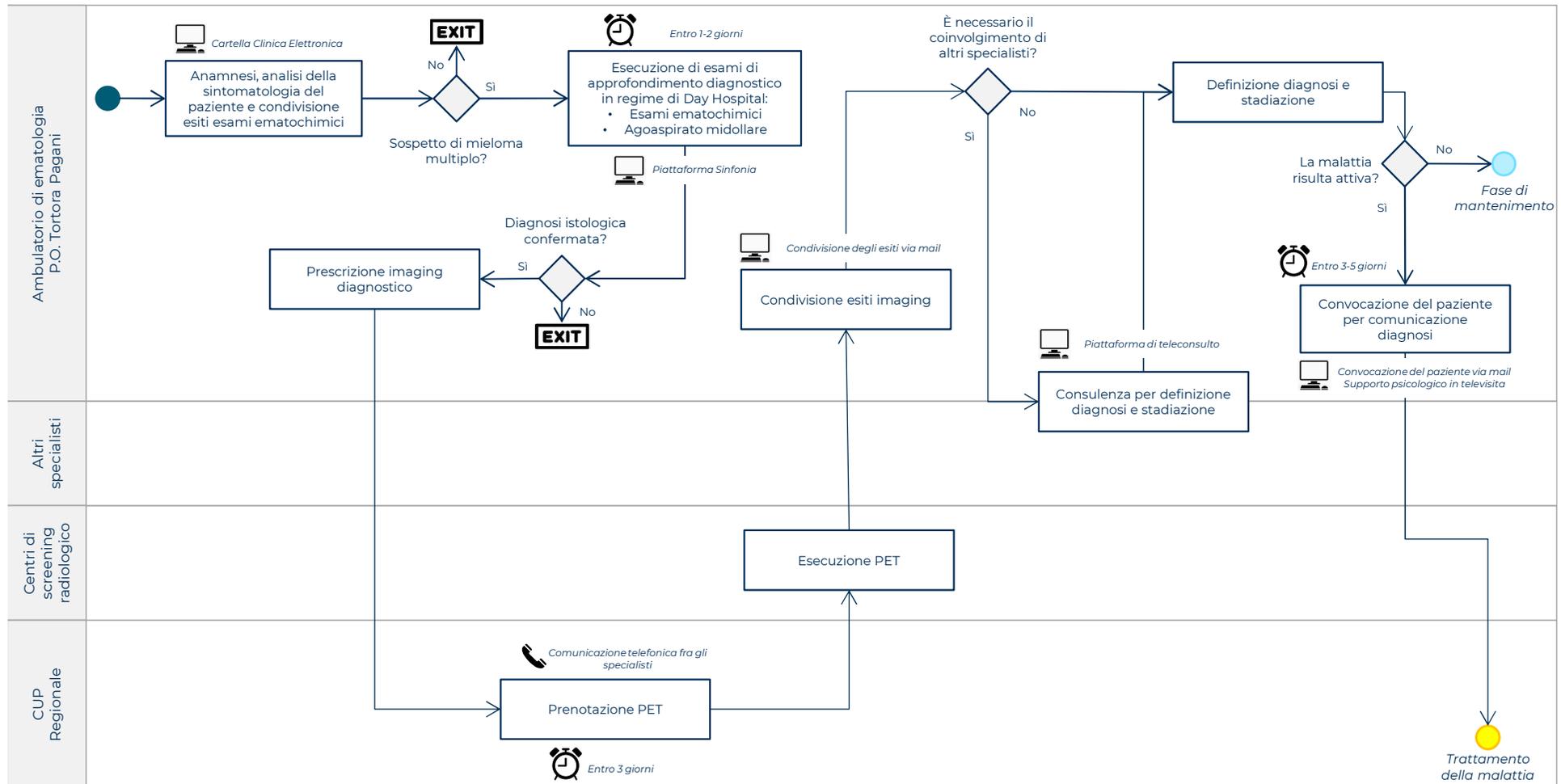
Accesso del paziente al percorso – to be



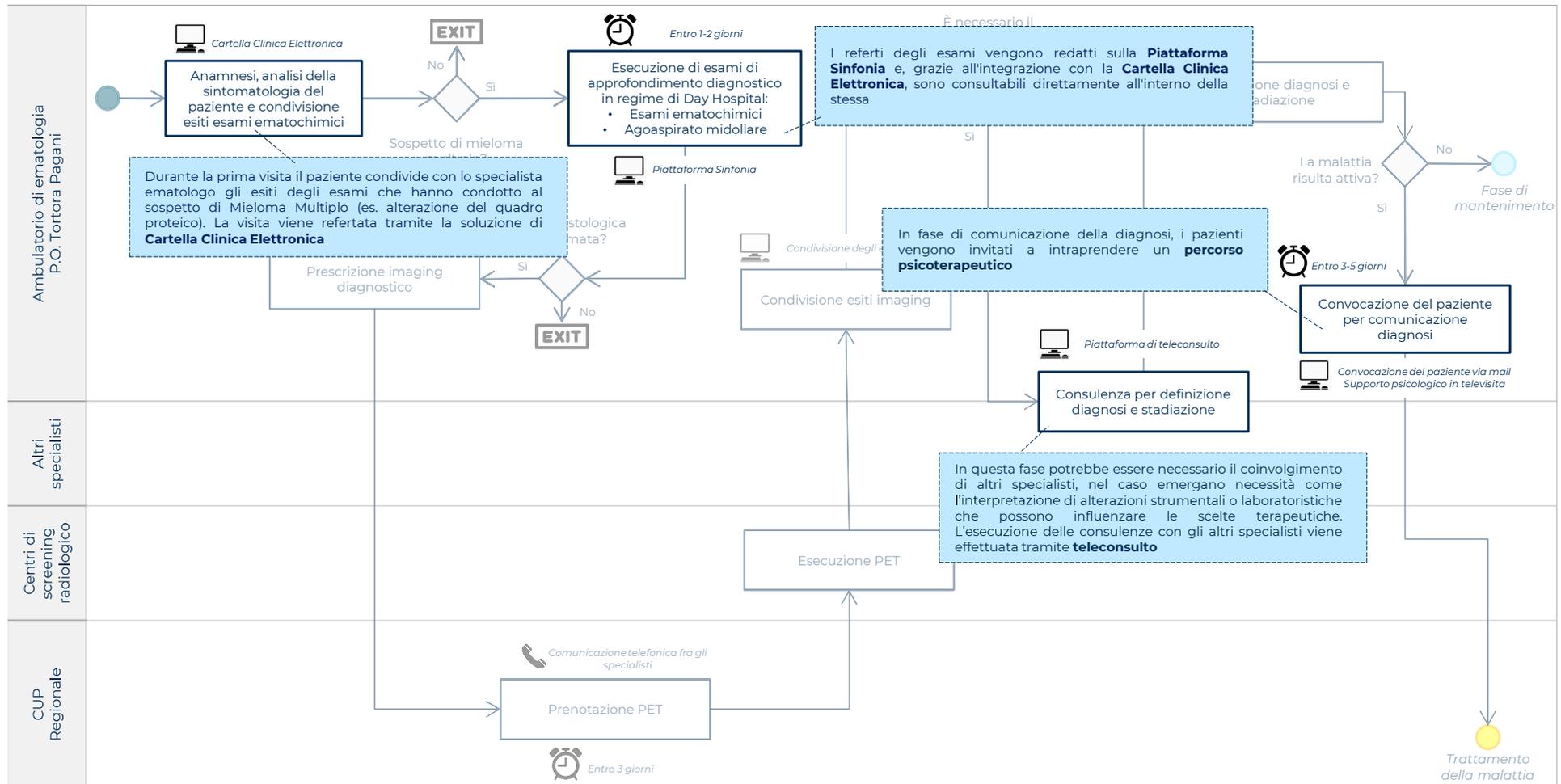
Accesso del paziente al percorso – to be



Inquadramento diagnostico del paziente – to be

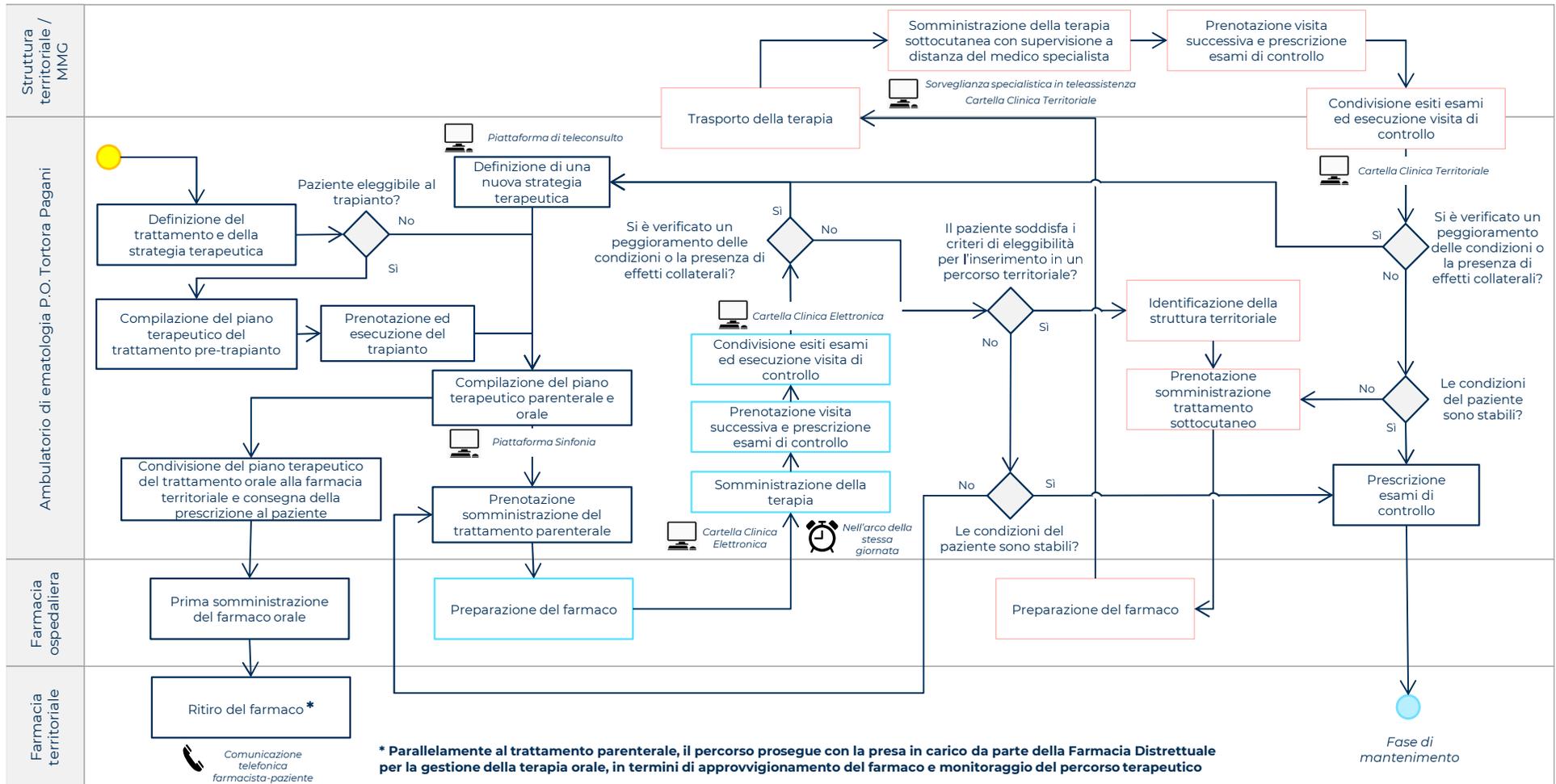


Inquadramento diagnostico del paziente – to be



Trattamento della malattia – to be

Percorso ospedaliero
Percorso territoriale



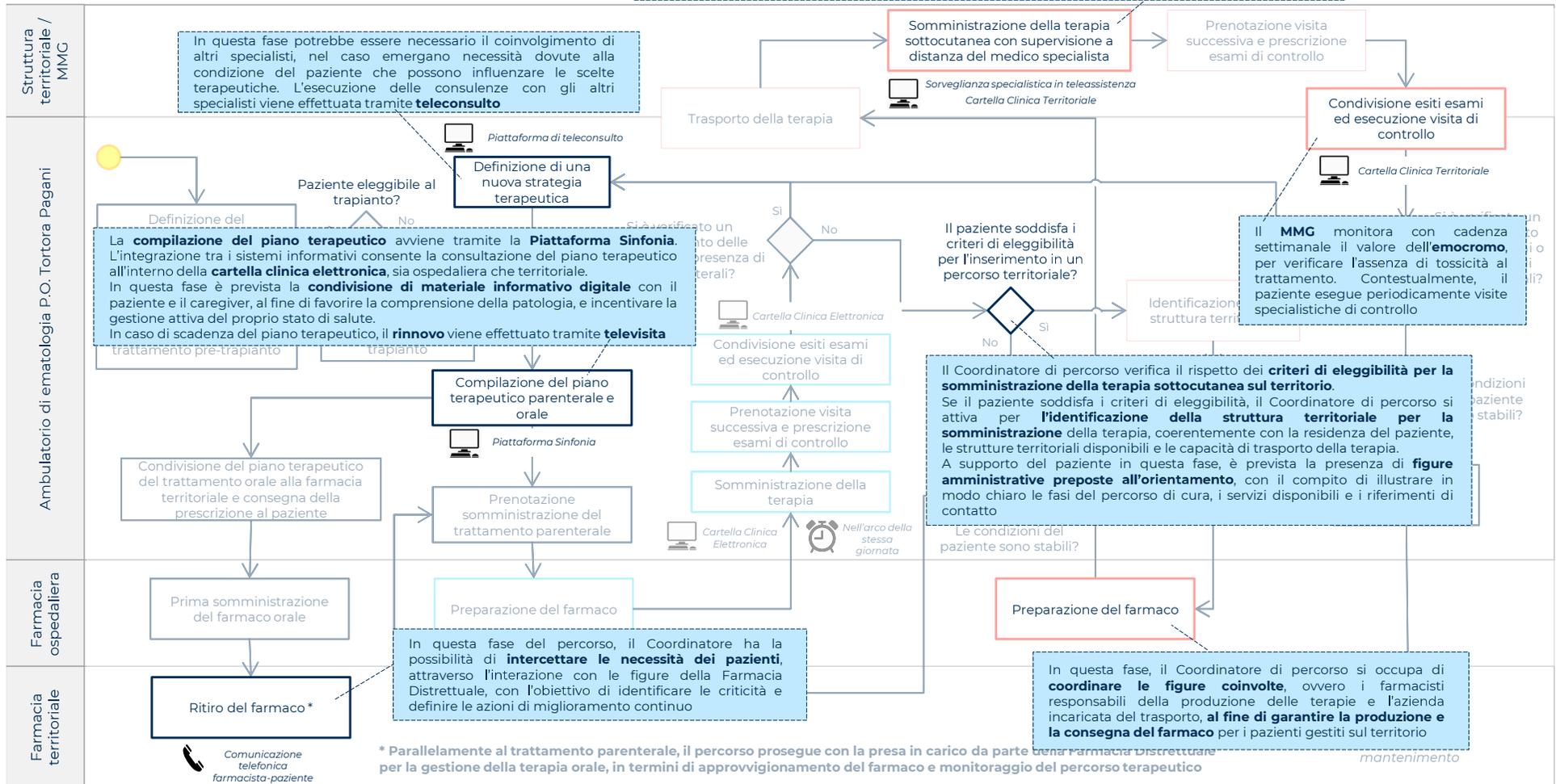
*** Parallelamente al trattamento parenterale, il percorso prosegue con la presa in carico da parte della Farmacia Distrettuale per la gestione della terapia orale, in termini di approvvigionamento del farmaco e monitoraggio del percorso terapeutico**



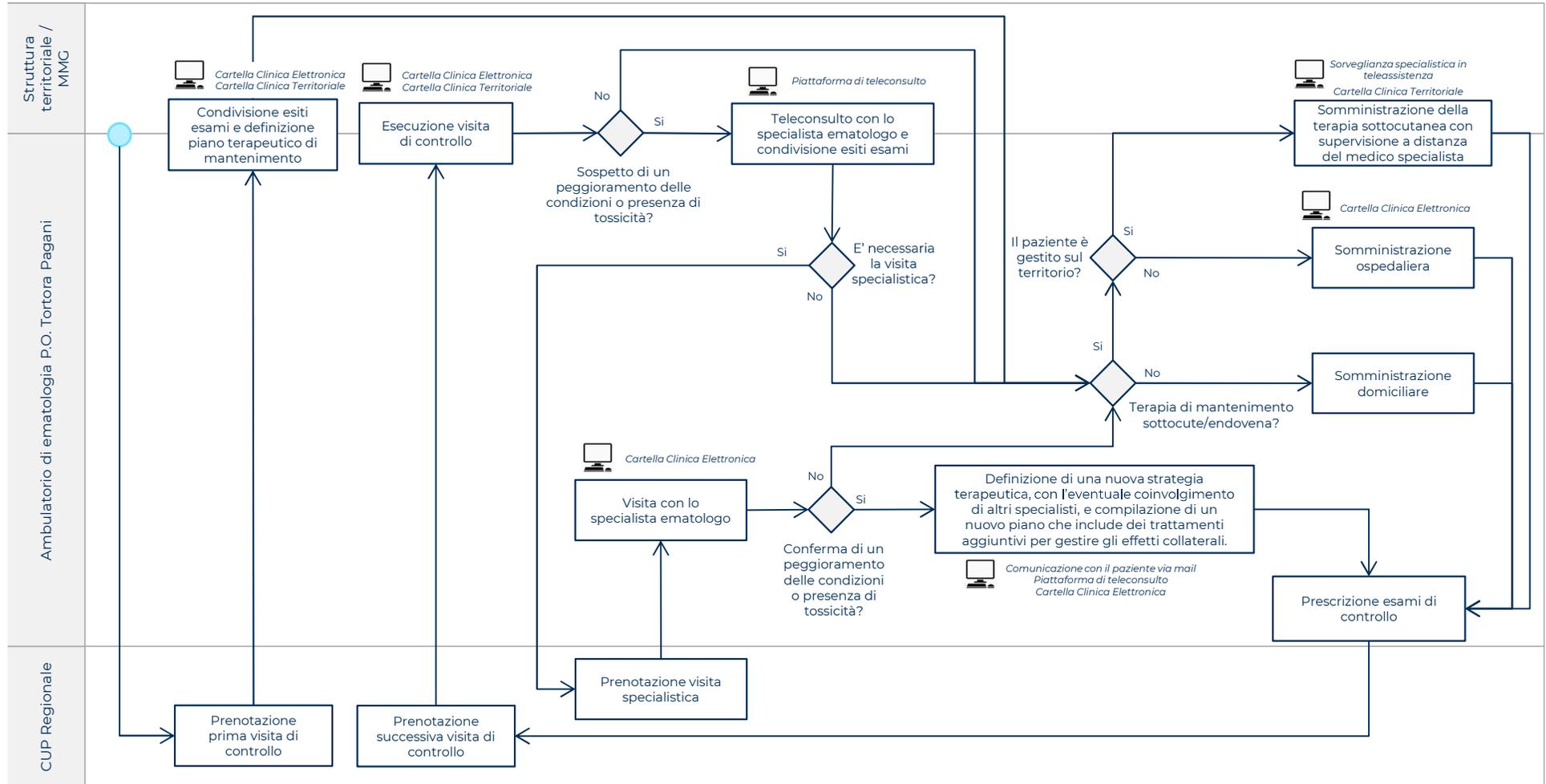
Trattamento della malattia – to be

Durante la somministrazione in setting territoriali è prevista la supervisione di un medico specialista in **teleassistenza**. Per lo svolgimento di queste attività è previsto l'utilizzo della soluzione di **Cartella Clinica Territoriale** e il coinvolgimento degli operatori in attività di **formazione e condivisione delle best practices** da parte del Coordinatore di percorso, con l'obiettivo di avere un approccio condiviso e un aggiornamento continuo

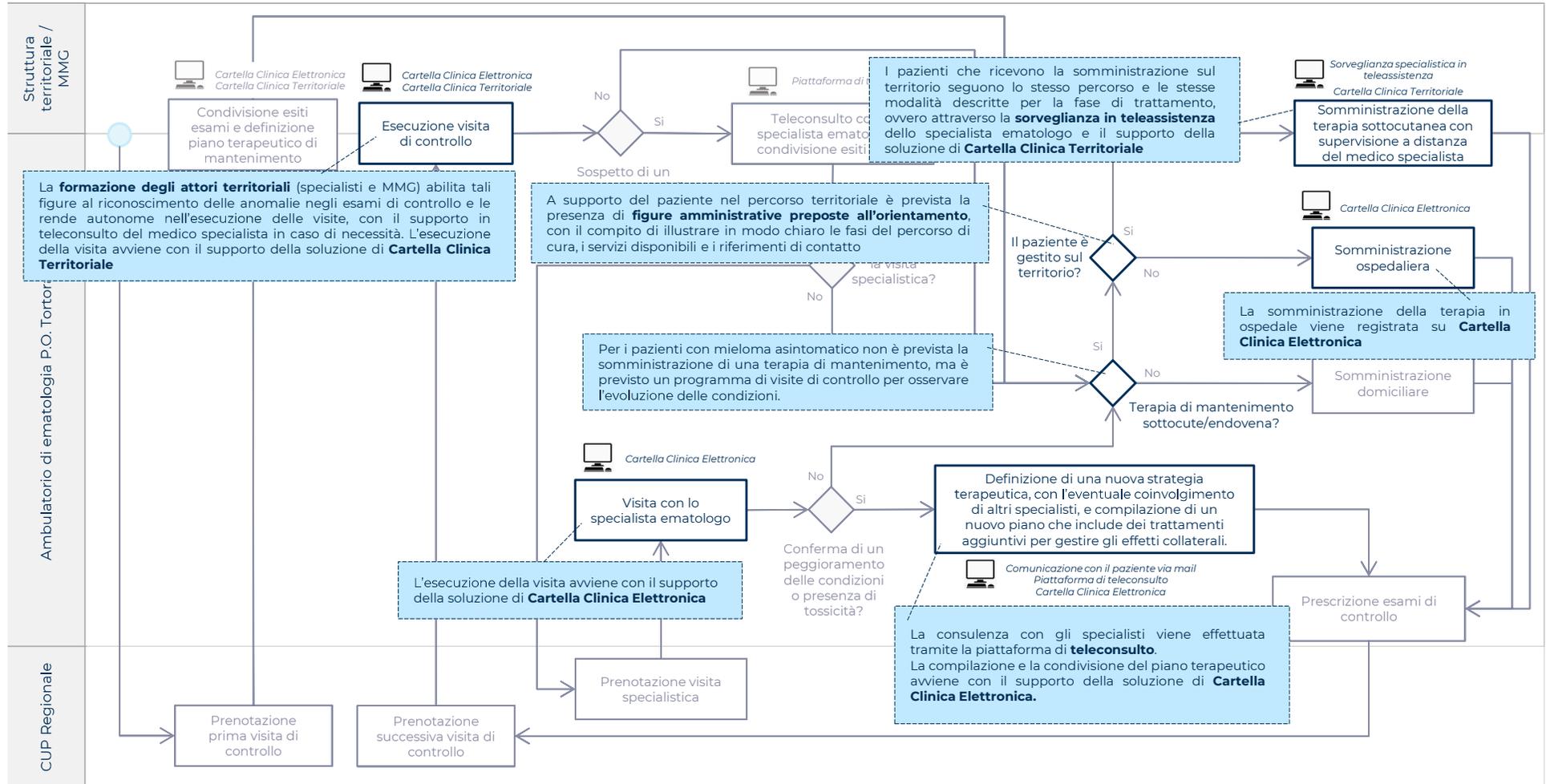
- Percorso ospedaliero
- Percorso territoriale



Fase di mantenimento – to be



Fase di mantenimento – to be





ALLEGATO C

Panel KPI



Beneficio per il paziente in termini di accessibilità e prossimità delle cure



% di somministrazioni nel distretto di residenza

numero di pazienti che esegue l'intero ciclo di somministrazioni di terapia sottocutanea nel setting territoriale all'interno del proprio distretto di residenza

numero totale di pazienti in trattamento sottocutaneo gestiti in setting territoriale



Tempo medio di attesa per la somministrazione

$\sum_{i=1}^n (\text{orario di somministrazione} - \text{orario di accettazione})_i$

n

n = numero totale di accessi rilevati



Indice di soddisfazione paziente

numero di pazienti che dichiarano un livello di soddisfazione elevato

numero totale di pazienti che rispondono alla survey

Razionale:

Questo indicatore misura la percentuale di pazienti che dichiarano un livello di soddisfazione elevato rispetto al percorso assistenziale ricevuto, rilevato tramite survey strutturate somministrate periodicamente durante il percorso di cura.

L'indicatore consente di **valutare il livello complessivo di soddisfazione del paziente** in relazione all'esperienza di cura, attraverso la raccolta di feedback e indicazioni dirette sull'impatto delle azioni implementate nel modello assistenziale proposto.

Un **valore elevato** di questo KPI è indicativo di:

- **Migliore presa in carico;**
- **Maggiore facilità di accesso** ai servizi e alle cure;
- **Organizzazione dei servizi maggiormente allineata ai bisogni del paziente;**

Beneficio per il paziente in termini di accessibilità e prossimità delle cure

Razionale:

Questo indicatore misura la percentuale di pazienti che ricevono l'intero ciclo di somministrazioni di terapia sottocutanea presso setting territoriali situati all'interno del proprio distretto di residenza, rispetto al totale dei pazienti gestiti sul territorio.

L'indicatore valuta la **prossimità dell'offerta terapeutica e la sua reale copertura territoriale**, misurando quanto il sistema è in grado di «portare» la cura vicino al paziente.

Un **valore elevato** di questo KPI è indicativo di:

- **Buona capacità di erogare prestazioni in setting territoriali** prossimi al domicilio del paziente;
- **Efficace utilizzo delle strutture esistenti** (Case di Comunità e Botteghe della Comunità);
- **Maggiore accessibilità ai servizi** per i pazienti.

Razionale:

Questo indicatore misura il tempo medio (in minuti) trascorso dal paziente in attesa tra l'orario di accettazione e l'orario di erogazione della somministrazione presso il Presidio Ospedaliero Tortora - Pagani.

L'indicatore consente di valutare l'**efficienza del flusso operativo all'interno del Presidio Ospedaliero**, derivante dalla distribuzione dei pazienti fra i diversi setting assistenziali, che permette di rendere disponibili più rapidamente gli spazi per la somministrazione e ridurre i tempi di attesa intra-struttura.

Un **valore basso** di questo KPI è indicativo di:

- **Uso più efficiente delle risorse ospedaliere** (es. poltrone, ambulatori) **e territoriali**.

Riduzione della pressione sul presidio ospedaliero

Riduzione della pressione sul presidio ospedaliero

La **riorganizzazione dei percorsi di cura per livelli di complessità assistenziale** consente la presa in carico del paziente nel setting più idoneo, alleggerendo così la pressione sull'ospedale. Attraverso la valorizzazione delle risorse esistenti, la definizione di nuovi modelli organizzativi e il coinvolgimento degli attori chiave, è possibile **garantire una presa in carico più sostenibile ed efficiente**, evitando accessi inappropriati e visite non necessarie.

Azioni proposte



- Ridefinizione dei percorsi assistenziali per livelli di complessità
- Coinvolgimento e formazione del MMG e inserimento di risorse amministrative dedicate all'orientamento del paziente
- Empowerment del paziente mediante condivisione di materiale informativo e organizzazione di sessioni periodiche di counseling

Benefici generati



- Aumento dell'appropriatezza organizzativa
- Valorizzazione delle risorse esistenti
- Riduzione della pressione sul Presidio Ospedaliero

KPI



% di accessi inappropriati al Pronto Soccorso



% di contatti paziente-presidio ospedaliero



% di somministrazioni ospedaliere



% di controlli gestiti in ospedale

Riduzione della pressione sul presidio ospedaliero



% di accessi inappropriati al Pronto Soccorso

**numero di codici bianchi o verdi alla dimissione
relativi a pazienti con diagnosi confermata di
mieloma multiplo**

**numero totale di accessi al Pronto Soccorso
relativi a pazienti con diagnosi confermata di
mieloma multiplo**



% di contatti paziente – presidio ospedaliero

**numero di contatti (mail) paziente-presidio
ospedaliero**

numero totale di pazienti



Riduzione della pressione sul presidio ospedaliero

Razionale:

Questo indicatore rileva il numero di accessi al Pronto Soccorso con codice bianco o verde alla dimissione, effettuati da pazienti con diagnosi confermata di mieloma multiplo, rispetto al totale dei pazienti con diagnosi di mieloma multiplo che accedono al Pronto Soccorso.

L'indicatore consente di valutare la **capacità del sistema di gestire sul territorio gli eventi clinici minori**, limitando i ricorsi impropri al Pronto Soccorso, e valuta l'appropriatezza della presa in carico, la tempestività della risposta e il corretto indirizzamento del paziente verso il setting assistenziale più idoneo.

Un **valore basso** di questo KPI è indicativo di:

- **Gestione territoriale efficace** degli eventi clinici minori, con riduzione di accessi non necessari al PS;
- **Elevata competenza degli operatori territoriali**, formati a riconoscere e gestire le reazioni avverse;
- **Maggiore empowerment del paziente**, più consapevole della propria condizione clinica e in grado di attivarsi in modo appropriato nei percorsi di cura.

Razionale:

Questo indicatore misura la percentuale di contatti via mail intercorsi tra il paziente e il presidio ospedaliero, rispetto al numero totale di paziente serviti.

L'indicatore permette di valutare la **capacità del sistema di supportare il paziente sul territorio**, riducendo il ricorso a contatti diretti (via email), grazie alla **presenza di figure dedicate all'orientamento**, dalla **formazione degli attori territoriali** e dal loro progressivo riconoscimento come nuovo punto di riferimento per il paziente.

Un **valore basso** di questo KPI è indicativo di:

- **Capacità del sistema di garantire supporto amministrativo al paziente**, orientandolo all'interno della rete di servizi;
- **Riconoscimento degli attori territoriali come punto di riferimento** stabile per il paziente.

Riduzione della pressione sul presidio ospedaliero



% di somministrazioni ospedaliere

numero di somministrazioni erogate presso il Presidio Ospedaliero

numero totale di somministrazioni erogate

Razionale:

Questo indicatore misura la percentuale di somministrazioni effettuate presso una struttura ospedaliera rispetto al totale delle somministrazioni erogate.

L'indicatore consente di valutare la **capacità del sistema di erogare le terapie in setting territoriali**, riducendo il ricorso alla struttura ospedaliera e, di conseguenza, la pressione su di essa.

Un **valore basso** di questo KPI è indicativo di:

- **Buona capacità di erogare prestazioni in setting territoriali;**
- **Efficace utilizzo delle strutture esistenti** (Case di Comunità e Botteghe della Comunità);
- **Maggiore accessibilità ai servizi** per i pazienti.



% di controlli gestiti in ospedale

numero di visite di controllo svolte presso il Presidio Ospedaliero

(numero totale di pazienti*numero di visite di controllo previste per singolo paziente)

Razionale:

Questo indicatore misura la percentuale di pazienti che effettuano visite di controllo presso il presidio ospedaliero, rispetto al totale di pazienti seguiti e dei controlli programmati.

L'indicatore consente di valutare il **grado di «territorializzazione» della gestione del monitoraggio della terapia**. Esprime inoltre il livello di coinvolgimento degli attori territoriali (es. MMG e specialisti) nella continuità assistenziale.

Un **valore basso** di questo KPI è indicativo di:

- **Gestione efficace dei pazienti sul territorio**, senza necessità di ricorrere all'ospedale per le visite di controllo;
- **Elevata competenza degli operatori territoriali;**
- **Corretta allocazione delle risorse**, con valorizzazione delle strutture territoriali esistenti.

Potenziamento delle soluzioni di telemedicina e digitalizzazione delle attività

Potenziamento delle soluzioni di telemedicina e digitalizzazione delle attività

Il **potenziamento e l'adozione di strumenti digitali** nei processi diagnostico-terapeutici e di monitoraggio consentono di ridurre la necessità di accessi fisici, **ottimizzare le risorse disponibili e promuovere un modello di cura più organizzato, integrato e tempestivo**. L'operatività della componente digitale del modello assistenziale è fondamentale per supportare il lavoro ibrido degli operatori ospedalieri e territoriali e garantire continuità e prossimità della presa in carico tramite soluzioni di telemedicina, migliorando l'efficacia del monitoraggio e la qualità complessiva dell'assistenza.

Azioni proposte



- Consulenze specialistiche in fase di inquadramento diagnostico, tramite teleconsulto
- Sorveglianza specialistica durante la somministrazione di terapie sottocutanee in setting territoriali, tramite teleassistenza
- Rinnovo dei piani terapeutici, tramite televisita
- Comunicazione tra MMG e specialista ematologo per la gestione di eventuali tossicità in fase di monitoraggio della terapia di mantenimento, tramite teleconsulto
- Servizi di supporto psicologico dedicati al paziente, tramite televisita



Benefici generati

- Aumento dell'appropriatezza organizzativa
- Ottimizzazione delle risorse disponibili
- Riduzione della pressione sul Presidio Ospedaliero

KPI



% di consulenze specialistiche in teleconsulto



% di somministrazioni con sorveglianza in teleassistenza



% di televisite per il rinnovo del piano terapeutico



% di teleconsulti per gestione tossicità



% di sedute supporto psicologico in televisita

Potenziamento delle soluzioni di telemedicina e digitalizzazione delle attività



% di consulenze specialistiche in teleconsulto

numero di consulenze specialistiche effettuate in teleconsulto in fase di inquadramento diagnostico

numero totale di consulenze specialistiche effettuate in fase di inquadramento diagnostico



% di somministrazioni con sorveglianza in teleassistenza

numero di somministrazioni sottocutanee erogate in setting territoriali con sorveglianza specialistica in teleassistenza

numero di somministrazioni totali con indicazione di sorveglianza



% di televisite per il rinnovo del piano terapeutico

numero di rinnovi del piano terapeutico effettuati tramite televisita

numero totale di rinnovi del piano terapeutico

Razionale:

Questo indicatore misura la percentuale di rinnovi del piano terapeutico effettuati tramite televisita rispetto al totale dei rinnovi complessivamente eseguiti.

L'indicatore consente di **valutare il livello di digitalizzazione del processo di rinnovo dei piani terapeutici**, tipicamente ricorrente e ripetitivo, migliorando la tracciabilità delle prestazioni e riducendo gli accessi ospedalieri non necessari.

Un valore elevato di questo KPI è indicativo di:

- **Buona integrazione della telemedicina** nella fase di rinnovo del piano terapeutico.

Potenziamento delle soluzioni di telemedicina e digitalizzazione delle attività

Razionale:

Questo indicatore misura la percentuale di consulenze specialistiche effettuate in teleconsulto rispetto al totale delle consulenze specialistiche effettuate nella fase di inquadramento diagnostico.

L'indicatore consente di **valutare il grado di adozione della piattaforma di teleconsulto nella fase diagnostica**, che favorisce un accesso più rapido e sostenibile alla competenza specialistica, soprattutto nei casi in cui gli specialisti coinvolti operano in sedi differenti, consentendo una comunicazione formalizzata e documentata.

Una **valore elevato di questo KPI** è indicativo di:

- **Buona integrazione della telemedicina** nei processi diagnostici;
- **Utilizzo strutturato e consapevole** della piattaforma di teleconsulto;
- **Capacità del sistema di attivare canali digitali di collaborazione tra professionisti.**

Razionale:

Questo indicatore misura la percentuale di somministrazioni sottocutanee effettuate in setting territoriali con sorveglianza specialistica tramite teleassistenza, rispetto al totale delle somministrazioni che prevedono un'indicazione di sorveglianza clinica.

L'indicatore consente di **valutare l'efficacia e il livello di azione della teleassistenza come strumento per monitorare in sicurezza i pazienti durante la somministrazione terapeutica**, riducendo la necessità della presenza fisica dello specialista.

Un valore elevato di questo KPI è indicativo di:

- **Buona integrazione della telemedicina** nella fase di trattamento;
- **Capacità del sistema di garantire supervisione clinica a distanza** in modo strutturato.

Potenziamento delle soluzioni di telemedicina e digitalizzazione delle attività



% di teleconsulti per gestione tossicità

numero di interazioni tra attori territoriali e specialisti ospedalieri effettuate tramite teleconsulto in caso di eventi di sospetta tossicità

numero di eventi di sospetta tossicità segnalati

Razionale:

Questo indicatore misura la percentuale di interazioni tra attori territoriali (specialisti o MMG) e specialisti ospedalieri effettuate tramite teleconsulto, rispetto al numero totale di eventi di tossicità segnalati.

L'indicatore consente di valutare la **capacità del sistema di attivare un confronto clinico tempestivo e strutturato con lo specialista** nei casi in cui emergano segnali di sospetta tossicità, **evitando di ricorrere immediatamente all'invio dei pazienti in ospedale**, evitando accessi ospedalieri inappropriati e promuovendo una gestione tempestiva e di prossimità del paziente.

Un valore elevato di questo KPI è indicativo di:

- **Buona integrazione della telemedicina** nei processi di monitoraggio della fase di mantenimento;
- **Capacità del sistema di attivare canali digitali di collaborazione tra professionisti.**



% di sedute supporto psicologico in televisita

numero totale di sedute di supporto psicologico effettuate in televisita

(numero di sedute previste per paziente*numero totale di pazienti seguiti)

Razionale:

Questo indicatore misura la percentuale di sedute di supporto psicologico effettivamente erogate in modalità di televisita, rispetto al numero complessivo di sedute previste per tutti i pazienti presi in carico.

L'indicatore consente di **valutare la capacità del sistema di garantire continuità e prossimità dell'intervento psicologico attraverso modalità digitali**, che permettono di superare barriere logistiche, ottimizzare le risorse professionali disponibili e rispondere in modo più tempestivo ai bisogni del paziente. L'utilizzo della televisita consente inoltre di estendere il supporto anche nelle fasi più delicate, come quella della comunicazione della diagnosi, in cui attualmente non tutti i pazienti riescono ad avere accesso a una figura psicologica di riferimento.

Un **valore elevato** di questo KPI è indicativo di:

- **Buona integrazione della telemedicina** nel sostegno al paziente;
- **Capacità di offrire supporto psicologico strutturato**, accessibile e continuativo anche da remoto.

Promozione della formazione e coinvolgimento degli attori sanitari

Promozione della formazione e coinvolgimento degli attori sanitari

Il **potenziamento della formazione e del coinvolgimento degli attori sanitari** permette di incrementare l'efficacia e l'appropriatezza operativa. Attraverso un'offerta formativa mirata e diversificata per profilo professionale, vengono rafforzate le competenze e promosso un aggiornamento continuo del personale, **migliorando così la capacità di gestire nuove modalità operative**. Questo approccio consente inoltre una **maggiore integrazione delle soluzioni digitali**, come la telemedicina.

Azioni proposte



- Addestramento per la somministrazione da parte del personale infermieristico
- Coinvolgimento e formazione degli attori sul territorio (specialisti e MMG)
- Organizzazione di corsi di formazione sull'utilizzo della soluzione di Cartella Clinica Territoriale
- Organizzazione di corsi di formazione sull'utilizzo delle soluzioni di telemedicina



Benefici generati

- Aumento dell'appropriatezza organizzativa
- Migliore integrazione delle soluzioni digitali

KPI



Numero di corsi erogati



Numero di partecipanti ai corsi

Promozione della formazione e coinvolgimento degli attori sanitari



Numero di corsi erogati

numero totale di corsi erogati

Razionale:

Questo indicatore misura il numero totale di corsi erogati.

L'indicatore consente di **valutare l'ampiezza e la varietà dell'offerta formativa** predisposta. La sua analisi permette di comprendere quanto l'ente investe nella crescita delle competenze interne, assicurando un aggiornamento continuo del personale. **Disaggregando il dato per tipologia di corso e profilo professionale destinatario**, sarebbe poi possibile **monitorare la pertinenza dell'offerta** rispetto ai diversi bisogni professionali, evidenziando eventuali aree poco coperte e supportare la programmazione formativa strategica.

Un valore elevato di questo KPI è indicativo di:

- **Ampiezza e varietà dell'offerta formativa;**
- **Impegno dell'aggiornamento** delle competenze.



Numero di partecipanti ai corsi

numero di discenti che hanno fruito del corso

Razionale:

Questo indicatore misura il numero di discenti hanno partecipato ai percorsi formativi offerti dall'Azienda.

L'indicatore consente di **valutare il livello di aggiornamento e coinvolgimento effettivo del personale nei percorsi formativi** e nel processo di cambiamento introdotto dal modello proposto, riflettendo la capacità del sistema di valorizzare le competenze esistenti e garantir#allineamento alle nuove modalità operative.

Analizzando la partecipazione per singolo profilo professionale, è possibile **comprendere se la formazione raggiunge realmente i destinatari attesi**, individuando eventuali criticità nella fruizione (es. categorie professionali meno coinvolte).

Un valore elevato di questo KPI è indicativo di:

- **Forte coinvolgimento** del personale nei percorsi formativi;
- **Allineamento tra offerta formativa e bisogni** percepiti dal personale.

