

PIEMONTE

Un progetto in aiuto dei pazienti cronici 'in remoto'

Bartolomeo Ficoli¹ e Giuseppe Salietti²

¹Direttore Distretto di Omegna ASL VCO, Responsabile Progetto Telemedicina, Omegna (VB)

²Direttore SOC Diabetologia ASL VCO, Omegna (VB)

Il progetto 'Telemedicina VCO' nasce per merito di un finanziamento dell'Assessorato Innovazione e Ricerca della Regione Piemonte per lo sviluppo della cosiddetta 'banda larga' sul territorio. L'ASL VCO, in considerazione del proprio contesto territoriale (area prevalentemente montana a popolazione sparsa), demografico (circa 174.000 abitanti con 84 comuni, di cui 47 con popolazione inferiore ai 1000 abitanti) ed epidemiologico, che si riassume nella tabella in basso, ha valutato la possibilità della presa in carico di pazienti con patologie croniche e difficoltà di accesso alle strutture ambulatoriali attraverso il monitoraggio in telemedicina.

INQUADRAMENTO

Il progetto di telemedicina si propone di realizzare un servizio di monitoraggio e assistenza specialistica per utenti con bisogni cronici o comunque stabilizzati che si trovano 'in remoto' (al di fuori dell'ospedale), a domicilio, presso una struttura sociosanitaria di ricovero o assistenza temporanea. Rispetto a questi utenti, la telemedicina consente la connessione a distanza tra specialisti, medici di medicina generale, e personale infermieristico.

Il progetto di telemedicina si pone come area di servizio supplementare, e non meramente sostitutiva, dei servizi specialistici e dell'ospedalizzazione, che mira a rafforzare la presa in carico continua e integrata dei bisogni del paziente in funzione della specifica patologia attraverso le tecnologie ICT e dispositivi medici specifici.

OBIETTIVI

- Migliorare i servizi sanitari soprattutto nelle aree remote (lontane dai centri di cura e assistenza).
- Offrire servizi sanitari sempre più personalizzati, cioè adeguati al livello di cura necessario al cittadino.
- Ottimizzare risorse e processi.
- Ridurre gli accessi al Pronto Soccorso e agli ambulatori rafforzando la presa in carico del paziente.
- Ridurre i ricoveri impropri.

IL MODELLO

L'analisi di alcune esperienze italiane evidenzia come la scelta della creazione di un 'contact-center' o 'centrale operativa' per la gestione del contatto con l'utente rappresenta una scelta cruciale per l'impostazione organizzativa e tecnologica del servizio.

Il 'Contact center'/Centro servizi è costituito da personale sanitario (infermiere professionale) operativo, una piattaforma informatica in grado di ricevere i dati del monitoraggio dei pazienti, validarli e restituirli ad un repository dell'Azienda Sanitaria nel quale sono contenute tutte le informazioni cliniche del paziente.

Il Centro servizi rappresenta un punto di competenza tecnica che in linea di massima ha il compito di:

- 1 verificare costantemente dalla propria postazione ('in remoto') l'andamento dei dati clinici inviati dai pazienti stessi e trasmessi telematicamente (per esempio, glicemia per i diabetici);
- 2 allertare il medico assegnato al paziente in caso in cui il sistema rilevi la presenza di misurazioni di dati clinici fuori range inviati dal paziente;
- 3 interagire attraverso la videochiamata con il paziente sia routinariamente sia in casi di emergenza.

Le responsabilità cliniche e specialistiche sul monitoraggio del paziente sono in carico al personale medico specialistico e/o generalista (MMG) della ASL, a cui sono preposte:

- la definizione del protocollo di monitoraggio personalizzato e

Contesto epidemiologico della ASL VCO in relazione alle patologie croniche

Distretto	Anziani non autosufficienti	Cardiopatici	Diabetici	Insufficienza respiratoria cronica
Verbania	1765	4742	2757	396
Omegna	1488	2358	1862	367
Domodossola	1721	2602	2002	319
Totale complessivo	4974	9702	6621	1082

Fonte dei dati: archivio "scelta/revoca". Esenzioni ticket per patologia.

dei valori di soglia per ogni parametro fisiologico misurato per ciascun paziente in carico;

- il monitoraggio periodico dello stato di salute dei pazienti che partecipano al programma accedendo al sistema di gestione dei dati del paziente (mediante anamnesi, misure di telemonitoraggio, referti, note);
- la valutazione delle risposte dei pazienti ai questionari personalizzati rispetto ai dati misurati, al fine di elaborare suggerimenti terapeutici e indicazioni sugli stili di vita più adeguati.

LE PATOLOGIE

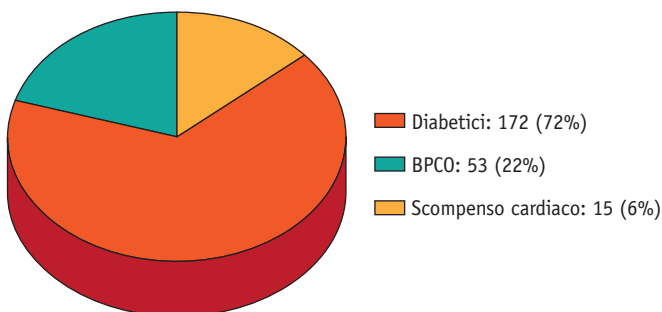
- Pazienti con scompenso cardiaco.
- Pazienti diabetici Tipo 'A': diabetici di Tipo 1 in terapia insulinica intensiva con diabete instabile (*brittle diabetes*).
- Pazienti diabetici Tipo 'B': pazienti anziani con diabete di Tipo 2 pluricomplicati, con qualsiasi tipo di terapia.
- Anziani non autosufficienti con diabete.
- Diabete gestazionale.
- Pazienti con insufficienza respiratoria cronica (BPCO) in ossigenoterapia domiciliare.

Per il monitoraggio delle patologie individuate, il servizio prevede l'acquisizione di informazioni su:

- Pressione arteriosa.
- Tracciato ECG.
- Frequenza cardiaca.
- Peso.
- Numero atti respiratori.
- Saturazione ossigeno nel sangue.
- Glicemia.
- Valutazione della sintomatologia generale e monitoraggio visivo del paziente.

Totale dei pazienti presi in carico: 240

- Diabetici: 172 (72%)
- BPCO: 53 (22%)
- Scompenso cardiaco: 15 (6%)



RISULTATI

Indicatori di efficienza

È stato misurato il consumo di risorse di pazienti nell'anno precedente alla presa in carico in telemedicina nei confronti dell'anno nel quale sono stati monitorati da domicilio.

Sono stati valutati gli accessi al DEA/PS, i ricoveri e le visite ambulatoriali.

	Anno precedente	Anno di monitoraggio	Differenza %
Accessi DEA/PS	124	10	-80,77
Ricoveri	64	28	-56,25
Visite ambulatoriali	1140	414	-63,68

Indicatori di efficacia

Ai pazienti diabetici sono state misurate le variazioni di alcuni parametri biochimici e a tutti i pazienti è stato somministrato un questionario di customer satisfaction con i risultati illustrati nel riquadro a fianco.

CONCLUSIONI

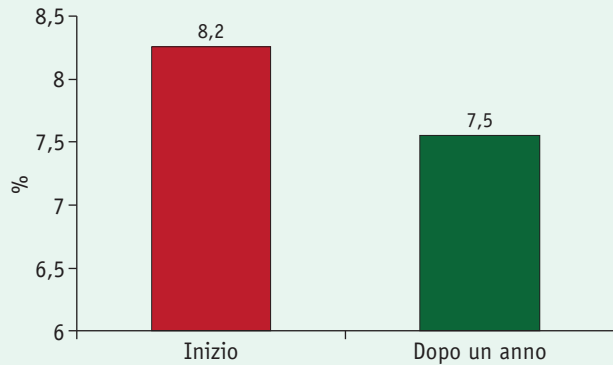
La telemedicina si presta efficacemente a raffigurare una modalità di gestione del paziente cronico in remoto, con indubbi vantaggi rappresentati dalla capacità di migliorare gli outcome clinici dei pazienti, di garantire una maggiore compliance da parte dei pazienti nel seguire i protocolli terapeutici, di effettuare una taratura puntuale e una valutazione dell'efficacia dei programmi di cura, di applicare protocolli e percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali definiti. Risulta così più facile raggiungere l'obiettivo di una stabilizzazione della patologia con diminuzione degli episodi di scompenso e minor ricorso alle strutture di secondo livello.

Se la mission dell'ospedale è sempre più orientata alla presa in carico dell'acuzie con necessità di tempi di ospedalizzazione sempre più ridotti, mentre al territorio viene richiesta la presa in carico delle patologie croniche, esiste tuttavia una zona grigia, quella del paziente cronico non stabilizzato, per il quale l'ospedalizzazione è inappropriata, ma la presa in carico esclusivamente territoriale potrebbe essere insufficiente.

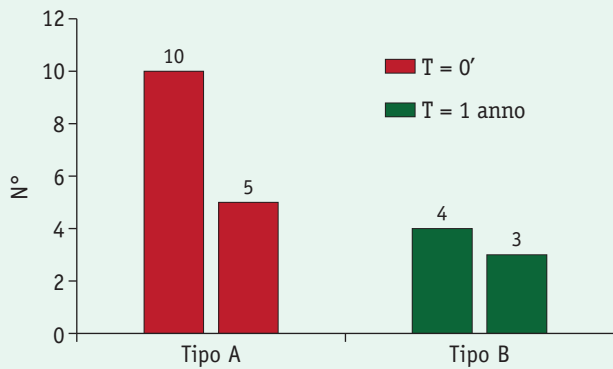
È in questa zona grigia che questo modello di telemedicina trova la sua naturale applicazione e contribuisce a realizzare l'integrazione tra ospedale e territorio, obiettivo della moderna medicina.

Variazione dei parametri biochimici nei diabetici

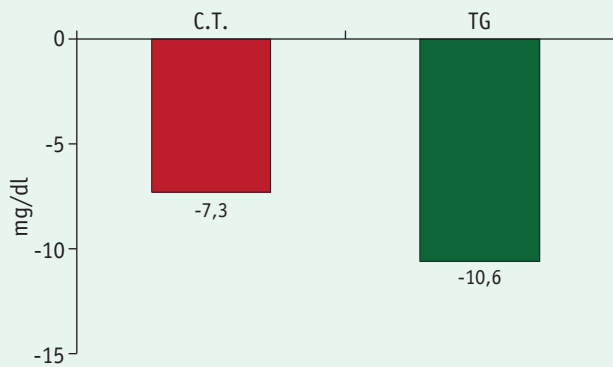
Emoglobina glicata



Frequenza delle ipoglicemie

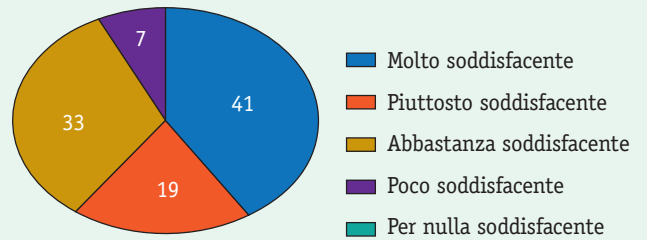


Modifiche del profilo lipidico dopo un anno di monitoraggio

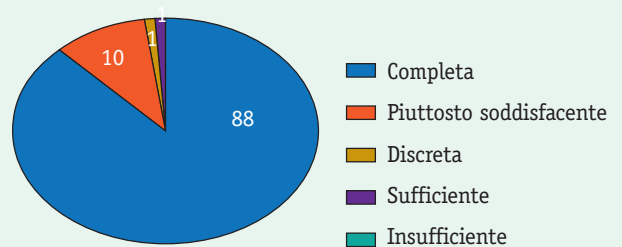


Risultati del questionario di customer satisfaction

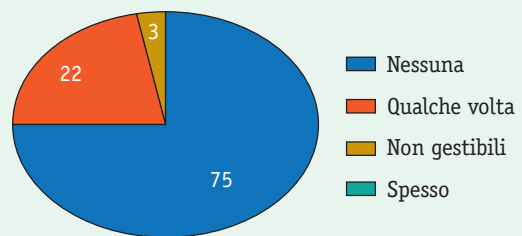
Il suo giudizio generale sul servizio



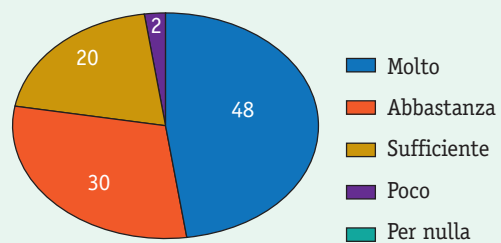
La formazione è stata completa ed esaustiva?



Difficoltà nell'utilizzo delle apparecchiature?



Ritiene di sentirsi 'più seguito'?



I suoi stili di vita (dieta, abitudini) sono migliorati?

