



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

Progetto “PON GOV
Sostenere la sfida alla cronicità con
il supporto dell’ICT”

Think Tank «Fragilità»
Il caso Friuli Venezia Giulia

Beatrice Delfrate

Direttore Sistemi informativi e privacy

Direzione centrale Salute, Politiche sociali e
Disabilità

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia





PROGETTO



Obiettivo - Implementare un modello di assistenza domiciliare efficace, integrata e sostenibile per l'utente anziano, ricoverato per una o più patologie croniche ad elevato impatto clinico e sul consumo di risorse utilizzando strumenti di ICT

Ambito di sperimentazione – Insufficienza cardiaca cronica (scompenso cardiaco con criteri che tengono conto anche di diabete e BPCO)

Destinatari - **200 utenti fragili** con necessità di un'assistenza integrata socio-sanitaria da parte di un team multiprofessionale, selezionati in base ai seguenti **criteri di inclusione**:

- età >50 anni**
- almeno **una patologia cronica con gradi di severità moderata o severa**;
- bisogni sociali identificati per la **mancaza di almeno 1 BADL** (*scala di valutazione dell'autonomia nelle attività di base*);
- arruolamento nel programma di **assistenza domiciliare integrata**;
- firma del **consenso informato**.

Criteri di esclusione: incapacità di partecipazione attiva e consapevole al programma (anche con supporto di caregiver); patologia terminale con aspettativa di vita ≤ 3 mesi; mancaza/difficoltà di supporto tecnico per l'utilizzo della piattaforma



PROGETTO



Tipologia di studio - Studio di coorte sperimentale, prospettico, randomizzato e controllato con il coinvolgimento **di tutti i 20 Distretti Sanitari della regione Friuli Venezia Giulia**

Randomizzazione (rapporto di allocazione 1:1) al braccio **«Telemonitoraggio (TM) domiciliare integrato supportato da piattaforma ICT»** vs **“usual care” (UC)**

Il disegno dello studio e la sperimentazione hanno previsto due percorsi di cura e di analisi, uno di breve termine (3-6 mesi, persone in fase di post-dimissioni e post-acuta) e uno di lungo termine (6-12 mesi, persone affette da condizioni croniche).

Risorse umane coinvolte – Team multiprofessionali composti da infermieri, MMG, medici di distretto, specialisti, utenti e caregivers

Stato di avanzamento - Lo studio è iniziato nel 2013 ed è stato portato a termine nel 2016



PROGETTO



Processi assistenziali

- ❑ **PDTA a breve termine «post-acuto» (6 mesi, minimo 3 mesi)**: paziente, ospedalizzato per una patologia cronica riacutizzata (SC, DM, BPCO), segnalato alla dimissione all'infermiere referente distrettuale che si recava in ospedale e raccoglieva le informazioni pertinenti.
- ❑ **PDTA a lungo termine «cronico» (12 mesi, minimo 9 mesi)**: paziente, affetto a domicilio da almeno una patologia cronica (SC, DM, BPCO), segnalato al Punto Unico Assistenza (PUA) dall'infermiere dell'assistenza domiciliare, dal medico di medicina generale o dai servizi sociali.
- ❑ Valutazione congiunta con il **Team assistenziale SmartCare**, elaborazione di un **Piano assistenziale individuale (PAI)**, nomina di un **case manager** responsabile dell'attuazione del piano e del suo aggiornamento periodico.
- ❑ Per tutti gli utenti raccolta di un identico **minimum data set di variabili cliniche ed assistenziali**.

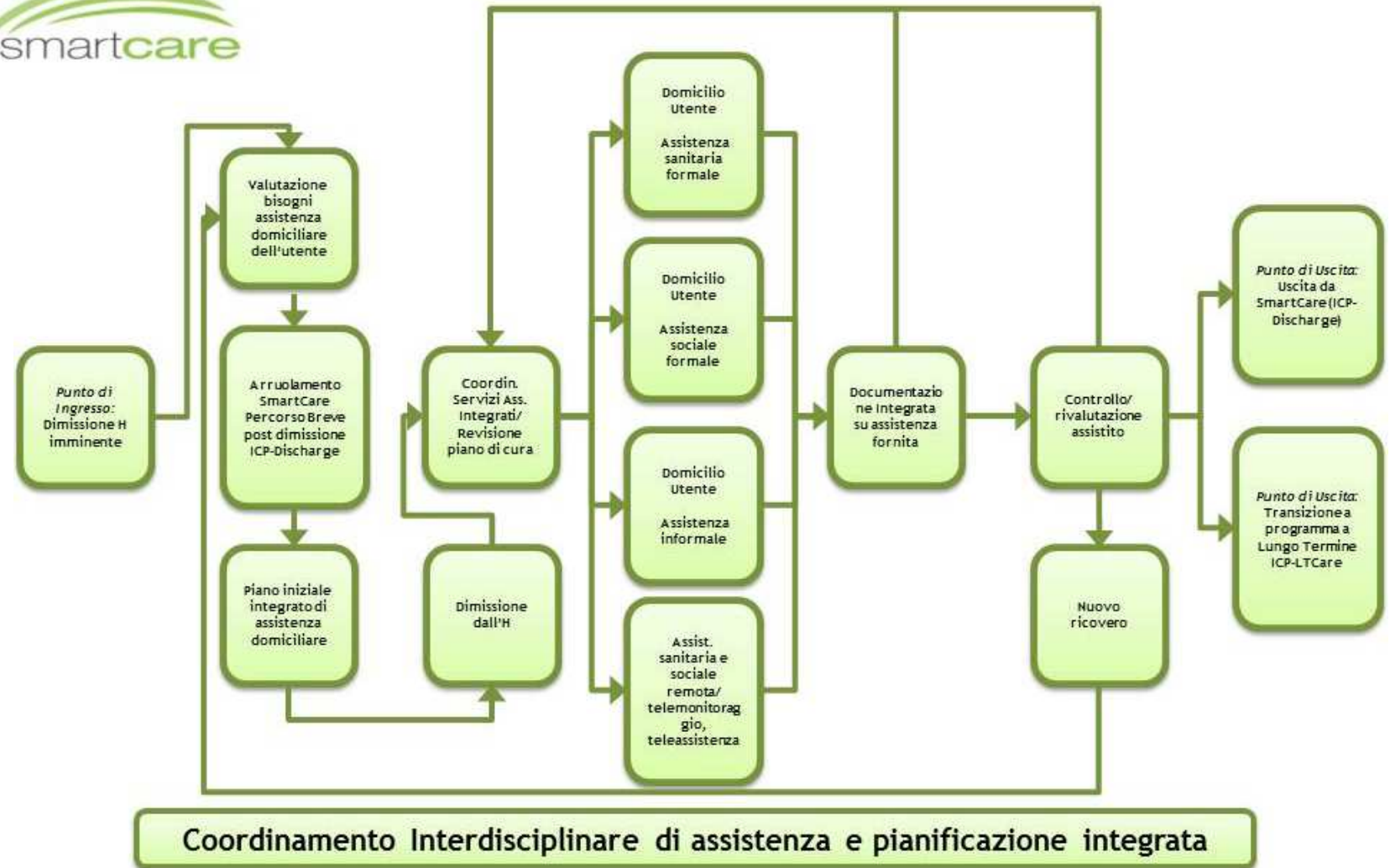




PROGETTO



Assistenza domiciliare integrata post dimissione





PROGETTO



Servizi e prestazioni offerte

- ❑ **Piattaforma ICT: cartella clinica** per la raccolta dei dati accessibile a tutti gli operatori ed ai partecipanti in base al proprio ruolo;
- ❑ **Telemonitoraggio domiciliare:** dati clinici e ambientali (pressione arteriosa, peso corporeo, frequenza cardiaca, ECG e SO2, sensore di cadute, parametri ambientali: fumo, acqua, gas, temperatura).
- ❑ **Hub domiciliare** per collegamento tra apparecchiature e piattaforma integrata e comunicazioni tra partecipanti e operatori
- ❑ **Centro Operativo di Monitoraggio e Supporto (COMES)**
(23.5 contatti/mese-paziente)
 - installazione ed attivazione del TM domiciliare, controllo del funzionamento ed assistenza in caso di disfunzioni, controllo sui flussi di dati.
 - specifica flow-chart operativa, contattando il case manager del paziente, in caso di parametro clinico fuori soglia di sicurezza (predefinita)
 - In caso di emergenza o nelle ore notturne/festive, supporto al paziente o ai suoi familiari/badante nell'attivazione del 112 o della guardia medica



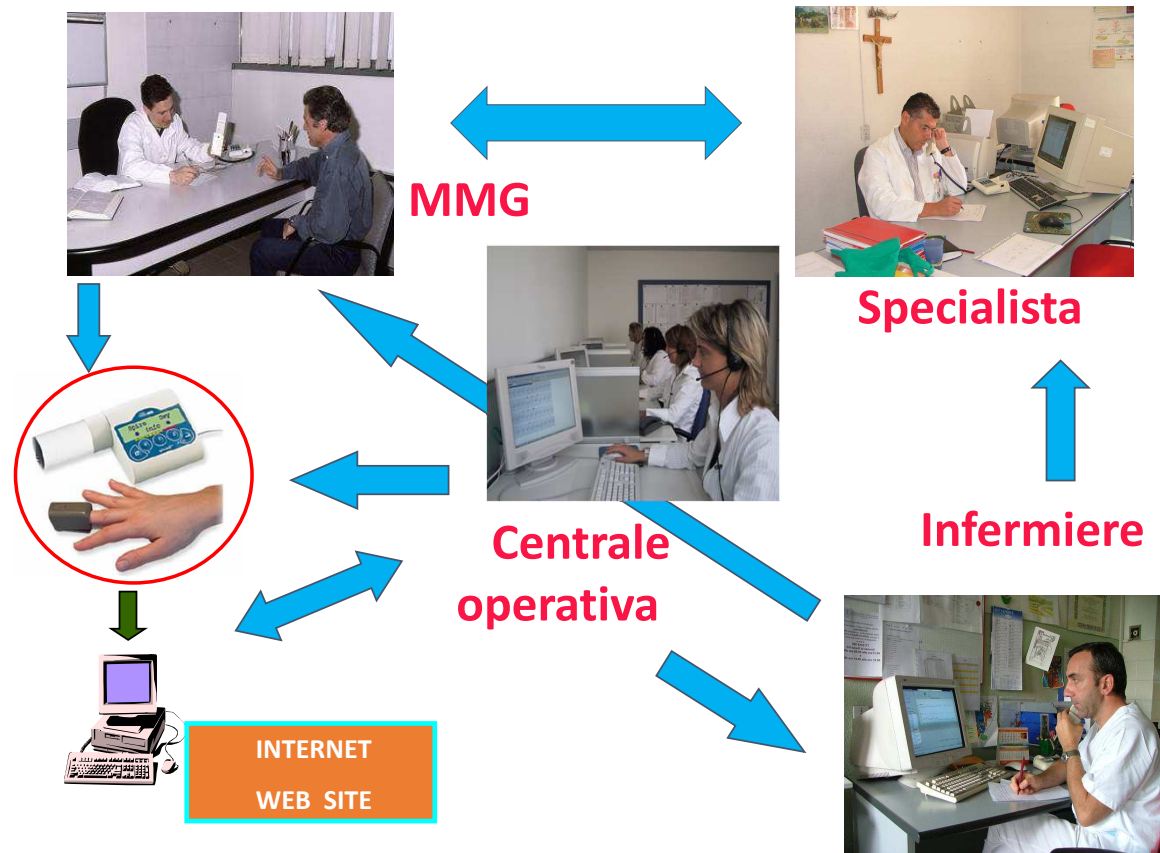
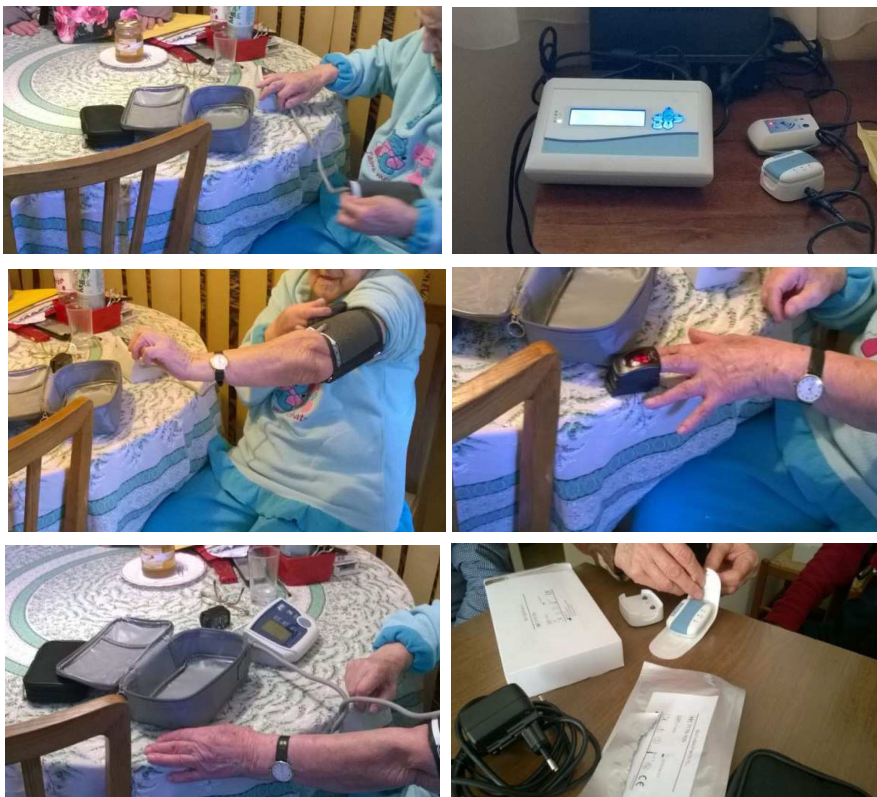


REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

PROGETTO



Servizi e prestazioni offerte





PROGETTO

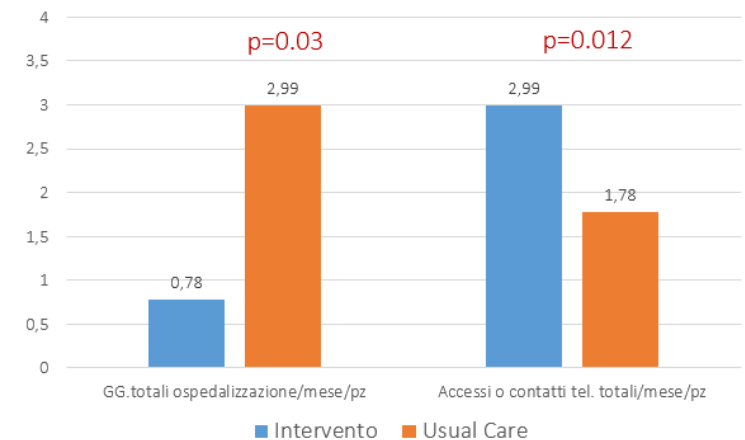


Punti di forza ed aspetti innovativi

- ❑ Telemedicina **a supporto (mai alternativa)** ad una consolidata rete assistenziale ospedale-territorio
- ❑ Passaggio da una strategia assistenziale reattiva ad una **pro-attiva**
- ❑ Scelta del **«giusto» paziente** con approccio **«personalizzato»** e importante focus su **«empowerment»** di paziente/caregiver
- ❑ **Competenza ed esperienza** di parte del personale coinvolto
- ❑ **Strumentazione ICT pratica ed efficiente**, ben accettata dai pazienti
- ❑ **Call center pronto ed attivo**

- ❑ **Riduzione dei giorni di ricovero** nel braccio dei pazienti «post-acuti» con aumento dell'attività infermieristica «sostenibile»

PDTA paziente post acuto





PROGETTO

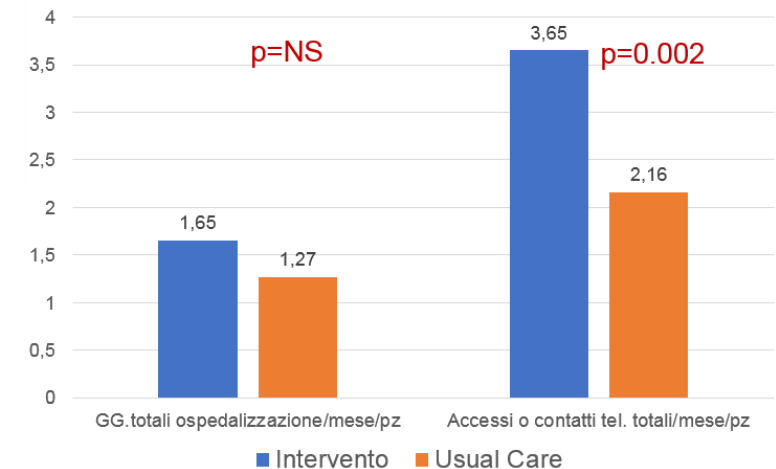


Elementi critici

- Partecipazione dei Distretti variabile**, con una organizzazione in alcune aree non «pronta» alla gestione del sistema Telemedicina **a supporto (mai alternativa)** ad una consolidata rete assistenziale ospedale-territorio
- Buona partecipazione infermieristica, resa talora difficile per la **rotazione del personale**, con ricadute sull'esperienza dello stesso
- Partecipazione variabile (spesso difficile) della **medicina generale**
- Difficile **l'integrazione socio sanitaria**

- Non effetto sui giorni di ricovero nel braccio dei **pazienti «cronici» domiciliari**

PDTA paziente cronico





SVILUPPI FUTURI

INSIEL - Informatica per il Sistema degli Enti Locali S.p.A. con socio unico

Sede Legale – Trieste, Via San Francesco d'Assisi n. 43

ID XXXX

TENDER_XXXXX

**PROCEDURA APERTA AI SENSI DELL'ART 60 DEL D.LGS. 50/2016,
PER LA FORNITURA DI UNA PIATTAFORMA SOFTWARE PER LA
TELEMEDICINA APPLICATA AL SERVIZIO SANITARIO DEL FRIULI**

VENEZIA GIULIA

CIG XXXXXXXX

ALLEGATO X - CAPITOLATO TECNICO

INSIEL - Informatica per il Sistema degli Enti Locali S.p.A. con socio unico

Sede Legale – Trieste, Via San Francesco d'Assisi n. 43

ID XXXX

TENDER_XXXXX

**PROCEDURA APERTA AI SENSI DELL'ART 60 DEL D.LGS. 50/2016,
PER LA FORNITURA DI UN SERVIZIO A SUPPORTO DELL'ATTIVITÀ
DI TELEMEDICINA SVOLTA DALLE STRUTTURE SANITARIE
REGIONALI A SUPPORTO DEI PAZIENTI**

CIG XXXXXXXX

ALLEGATO X - CAPITOLATO TECNICO

LOTTO 2



SVILUPPI FUTURI

□ Piattaforma Telemedicina FVG

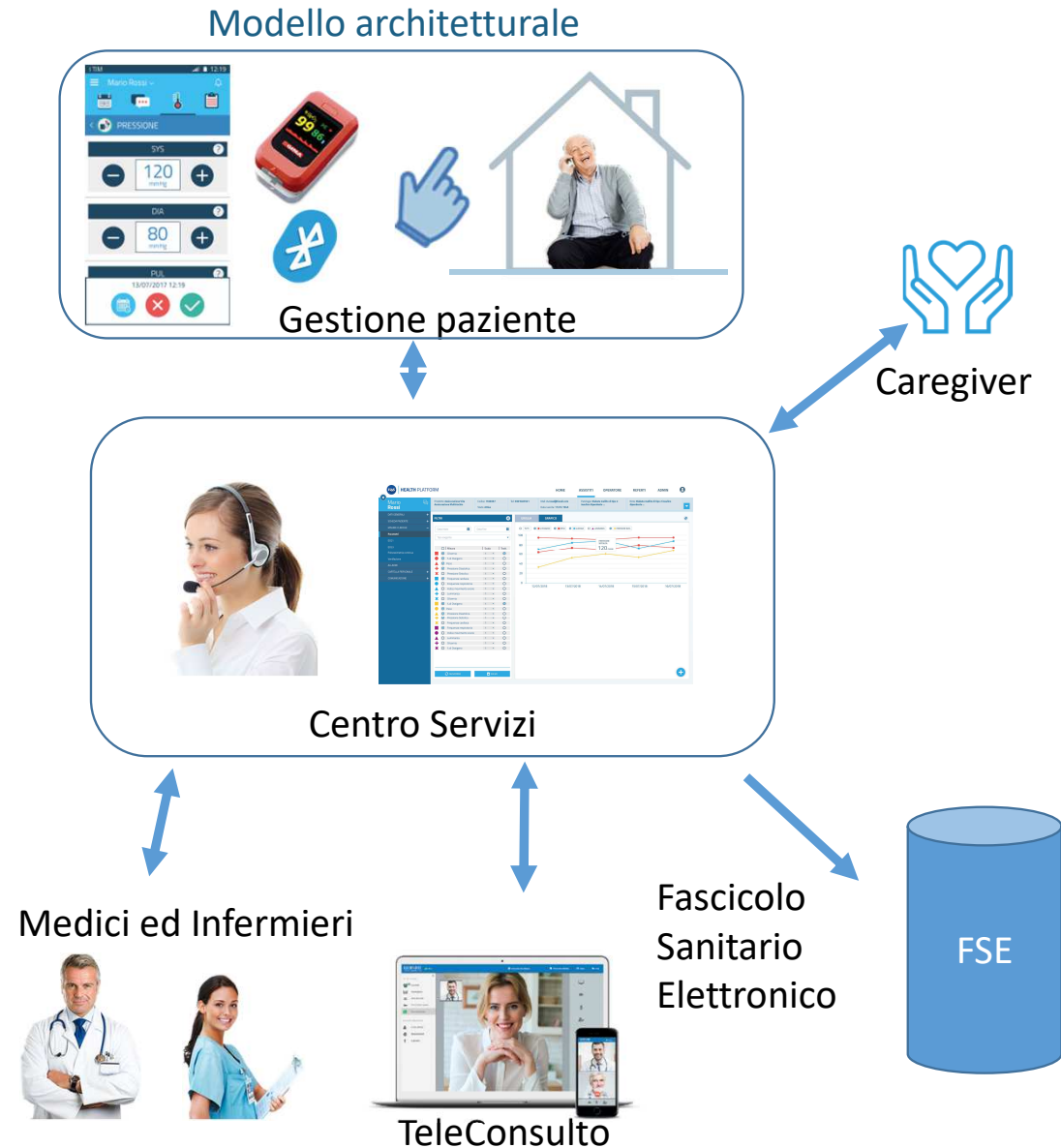
- **TELEVISITA** intesa come atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un *caregiver*;
- **TELECONSULTO** inteso come l'atto medico in cui i professionisti sanitari interagiscono a distanza tra loro per dialogare, anche tramite una videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audio/video riguardanti il caso specifico;
- **TELECOOPERAZIONE SANITARIA** inteso come l'atto consistente nell'assistenza fornita da un medico o altro operatore sanitario ad un altro medico o altro operatore sanitario impegnato in un atto sanitario. L'ambito è da considerarsi anche per consulenze fornite a quanti prestano un soccorso in un contesto di urgenza;
- **TELEMONITORAGGIO** inteso come l'invio, la raccolta e l'analisi di informazioni cliniche e parametri vitali collezionati da specifici dispositivi medici;
- **TELESALUTE** intesa come l'insieme degli strumenti in grado di mettere in collegamento i pazienti, in particolar modo i cronici, con i medici o altri operatori sanitari al fine di assisterli nell'ambito della diagnosi, monitoraggio, gestione e responsabilizzazione;
- **TELERIABILITAZIONE** intesa come il trattamento dei pazienti a distanza per mezzo di sistemi sincroni, asincroni o misti innovativi atti a potenziare l'efficacia dei servizi riabilitativi comunemente impiegati ed il mantenimento prolungato dei risultati





CENTRO SERVIZI

- ❖ **Telemonitoraggio** dei parametri e gestione di tutti gli allarmi
- ❖ **Telecontatto** verifica del funzionamento dei device; informazioni sul progetto, sui servizi, sulle risorse disponibili per prestazioni e interventi; favorire il rispetto della pianificazione delle misurazioni, ecc.;
- ❖ **help desk di primo livello**
- ❖ Help desk **assistenza e manutenzione piattaforma e device** (consegna e attivazione dei device e della strumentazione necessaria);
- ❖ Supporto e **formazione** di pazienti/utenti, familiari, caregiver o di operatori sanitari sul **corretto uso degli strumenti**;
- ❖ **Adeguamento, pianificazione e personalizzazione** del telemonitoraggio sulla base degli aggiornamenti attuati dal Servizio Sanitario Regionale.





REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

**Una gran parte di quello che i medici
sanno è insegnato loro dai pazienti.**

(Marcel Proust)

Beatrice Delfrate

Direttore Sistemi informativi e privacy

**Direzione centrale Salute, Politiche sociali e
Disabilità**

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

