



# RISULTATI PRELIMINARI DEL PROGETTO DIABETE/TELEMEDICINA

Salvatore Endrio Oleandri, Graziella Menardi, Stefania Bertello,  
Elide Boglio.

## Cosa ci dice il SSN...

### PIANO SANITARIO NAZIONALE 2006-2008

tratta della telemedicina nei capitoli

#### Capitolo 3 "L'evoluzione del SSN: le strategie per lo sviluppo"

■ par. 3.4 "La prevenzione sanitaria e la promozione della salute" così recita:

"Nelle aree non urbane, nelle zone montane nelle isole minori, o comunque caratterizzate da popolazione sparsa, nelle quali non sia ipotizzabile l'uso di sedi uniche è necessario promuovere l'uso dell'informatica medica, del telesoccorso e della telemedicina per i quali vanno definiti standard qualitativi, quantitativi e di accreditamento. Va inoltre ricordato il sistema delle cure primarie con quello delle cure ospedaliere completando l'offerta dei servizi di cure intermedie (*in-*

- par. 3.7 "L'integrazione tra i diversi livelli di assistenza" richiama che:

"La rete è finalizzata all'integrazione tra la prevenzione, l'assistenza di base (MMG e PLS), i servizi distrettuali, la specialistica territoriale, l'assistenza ospedaliera, per assicurare appropriatezza, coordinamento e continuità dell'assistenza sanitaria e dei servizi sociali, e facilitare l'accesso e l'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, contenere i costi, permettere il monitoraggio degli assistiti e delle prestazioni procedendo alla valutazione dei risultati clinici e organizzativi, e migliorando la *compliance* del paziente, educandolo e responsabilizzandolo, al tempo stesso, alla gestione della malattia. Uno strumento validissimo per l'integrazione della rete viene dallo sviluppo della telemedicina che, portata al domicilio, facilita la deospedalizzazione dei pazienti cronici e costituisce parte della rete socio sanitaria."

## Cosa ci dice il SSN...

### Capitolo 4 "Le strategie del sistema"

- par. 4.1 "Promuovere innovazione, ricerca e sviluppo"

### Capitolo 5 "Gli obiettivi di salute del SSN"

- par. 5.2 "Le grandi patologie: tumori, malattie cardiovascolari, diabete e malattie"

**Tali obiettivi di integrazione, innovazione,  
presa in carico continua delle patologie croniche,  
trovano tutti sbocco nella telemedicina**

# Classificazione dei servizi della telemedicina

Tabella 2.1 Classificazione dei servizi di Telemedicina

TELEMEDICINA					
CLASSIFICAZIONE		AMBITO	PAZIENTI		RELAZIONE
TELEMEDICINA SPECIALISTICA	TELE VISITA	sanitario	Può essere rivolta a patologie acute, croniche, a situazioni di post-acuzie	Presenza attiva del Paziente	B2C B2B2C
	TELE CONSULTO			Assenza del Paziente	B2B
	TELE COOPERAZIONE SANITARIA			Presenza del Paziente, <i>in tempo reale</i>	B2B2C
TELE SALUTE		sanitario	E' prevalentemente rivolta a patologie croniche	Presenza attiva del Paziente	B2C B2B2C
TELE ASSISTENZA		socio-assistenziale	Può essere rivolta ad anziani e fragili e diversamente abili		

\* B2B: individua la relazione tra medici

B2B2C: individua la relazione tra un medico e un paziente mediata attraverso un operatore sanitario

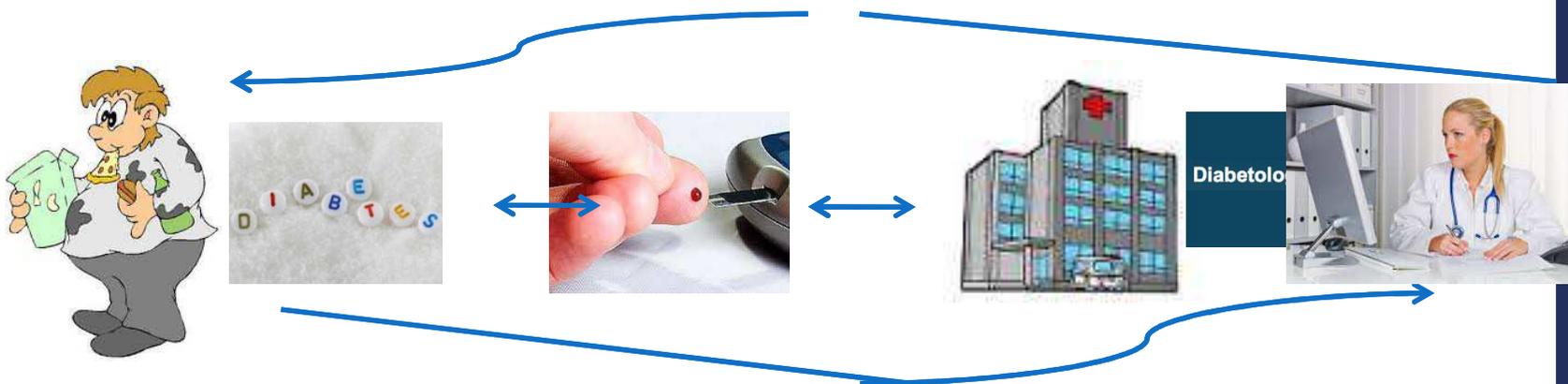
B2C: individua la relazione tra medico e paziente

insieme di tecniche mediche ed informatiche che permettono di fornire servizi sanitari a distanza



si spostano le informazioni mediche e non le persone  
si colmano le distanze  
(operatore-paziente; operatore-operatore)

gestione monitoraggio e assistenza specialistica degli utenti  
DM mediante TELMONITORAGGIO



- servizio supplementare, non sostitutivo
- rafforzare la presa in carico continuativa ed integrata dei bisogni

# Il progetto: Azienda Sanitaria Locale Cuneo 1 - Distretto di Dronero



### FASE 1 : ( FORMAZIONE )

- a) Incontro con MMG , S.C. di Diabetologia e Distretto di Dronero per condivisione e attuazione progetto telemedicina
- b) Formazione degli operatori coinvolti e del personale delle strutture residenziali

### FASE 2 (OPERATIVA)

- c) Presa in carico con inserimento dei dati clinici ed anamnestici del paziente assistito nella cartella informatizzata MyStar.
- d) Integrazione dei profili glicemici domiciliari dei pazienti assistiti nel data management della cartella informatizzata, con successiva risposta del diabetologo al medico di medicina generale

## A) Formazione presso le strutture

CREAZIONE DI TEAM  
MULTIDISCIPLINARE  
(medico, dietista, infermiera, supporto  
informatico, amministrativo)

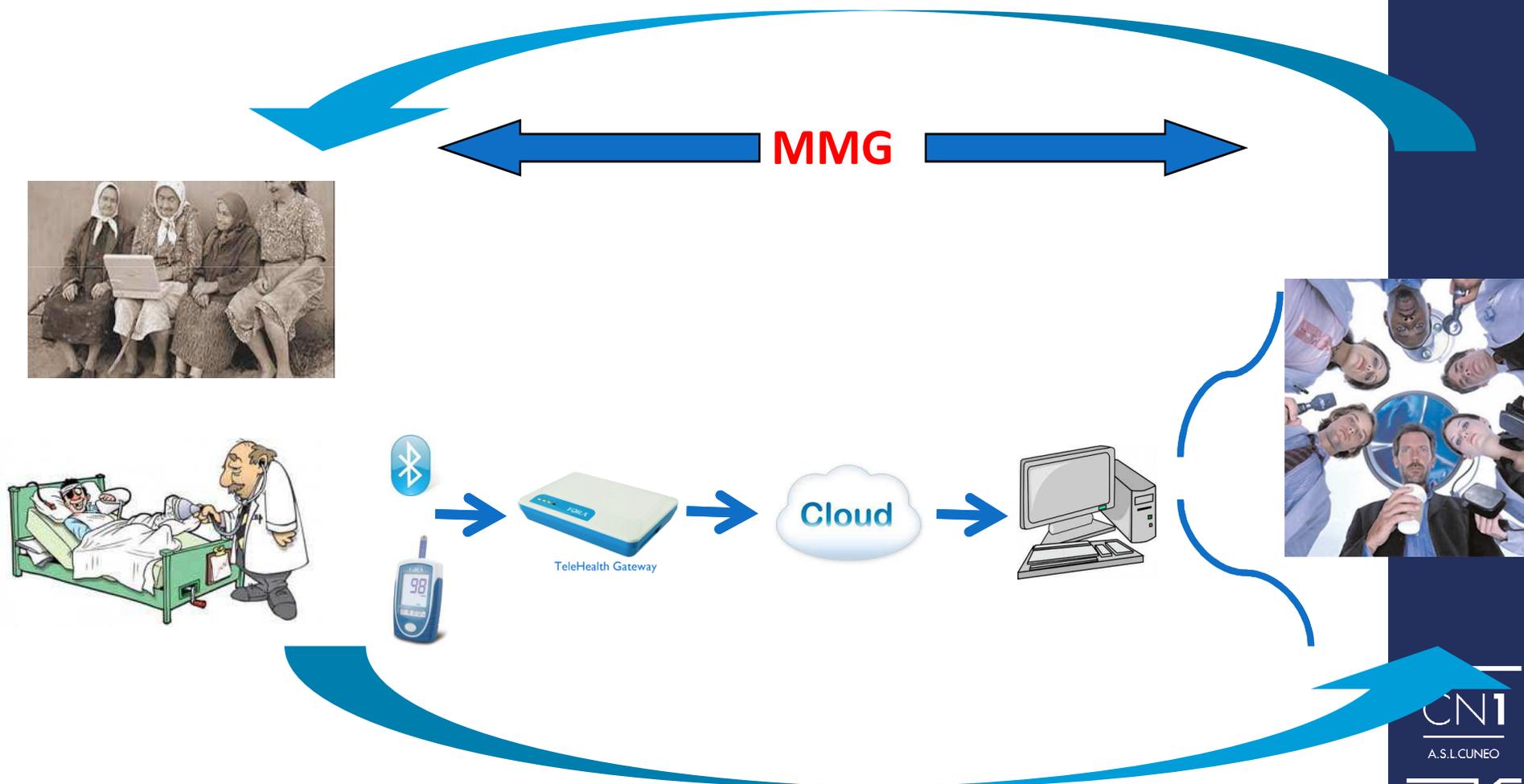


- Tecnologica (supporto informatico)
- Infermieristica (Infermiera Diabetologia)
- Dietistica (Dietista Diabetologia)



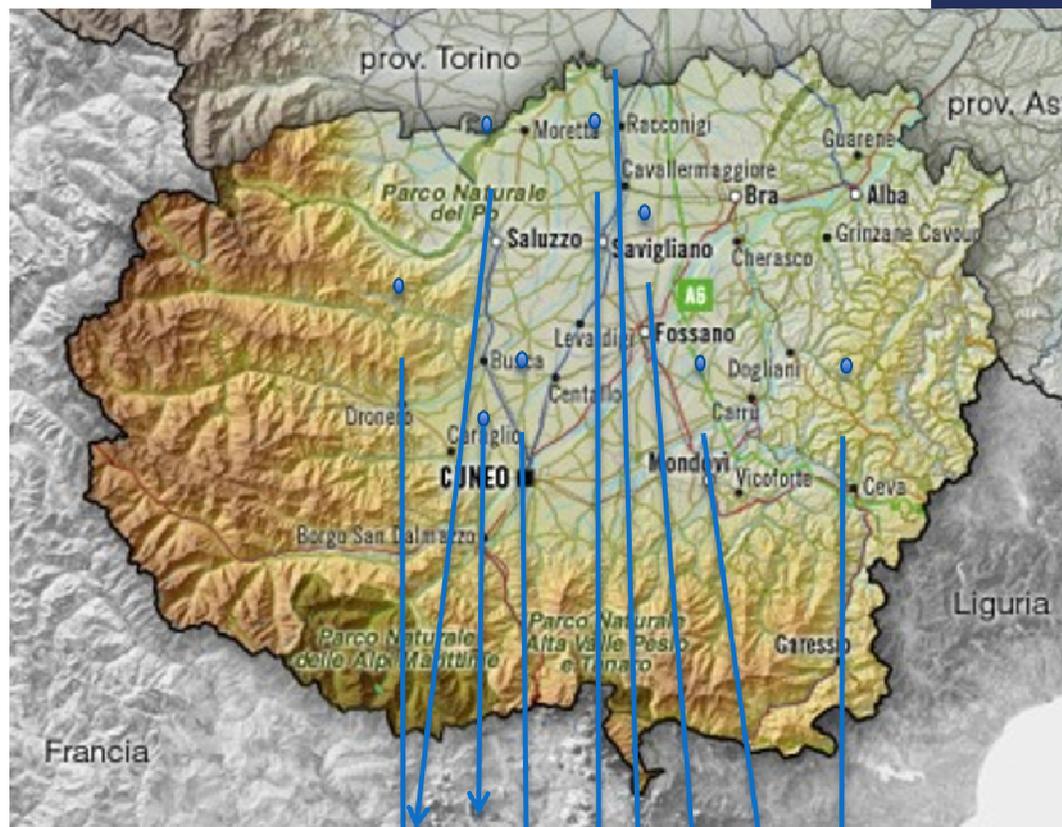
DESTINATARI  
(medico, infermiera, oss, responsabile di  
struttura, responsabile di cucina,)

## B) Condivisione dati clinici (telemonitoraggio)



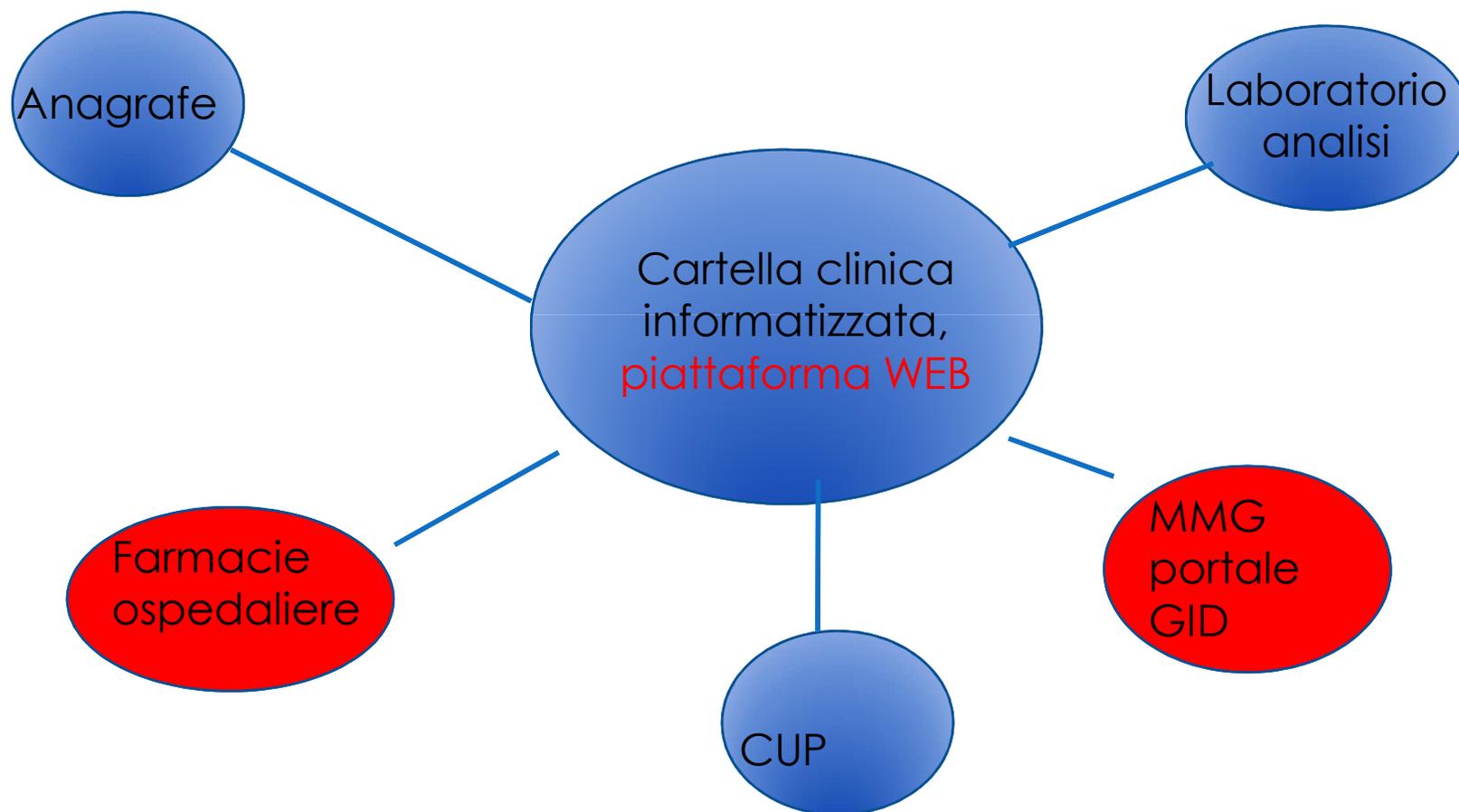
## C) utilizzo della rete dei servizi integrati a livello di Distretto

cartella clinica  
elettronica  
mediante  
piattaforma web  
condivisa



**INTRANET AZIENDALE**

# Integrazione della cartella clinica elettronica



# Caratteristiche geografiche ed abitative

- 23 comuni estesi su 872,43 Km<sup>2</sup>
- Territorio prevalentemente montano
- Bassa densità abitativa (47 abitanti/Km<sup>2</sup>)
- Ridotta copertura di attività ambulatoriale specialistica
- 40.802 residenti: il 21% ha più di 65 anni e di questi 4.260 (50%) più di 75

- I diabetici stimabili nel Distretto sono circa 2000.
- All'interno delle 11 strutture residenziali, IL 20% DEGLI OSPITI PRESENTA DM
- La gestione del DM è affidata sostanzialmente al MMG, con il supporto del Diabetologo competente per territorio
- In caso di scompenso acuto in genere si ricorre al Pronto Soccorso o a visita diabetologica urgente

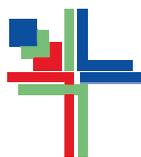
# Caratteristiche pazienti

- Numero pazienti arruolati da ottobre 2013 ad oggi: 130
- Numero pazienti attualmente seguiti: 67
  - Maschi: 24 (35%)
  - Femmine: 43(65%)
  - Età media: 82,8
  - Numero young old+ old: 38  
(fino a 85 anni)
  - Numero old- old: 29  
(>85 anni)

- Tipo di diabete mellito
  - DM1: n°1
  - DM2: n°66

TRATTAMENTO	N° PAZIENTI
DIETA	3 (4,5%)
IPOGLICEMIZZANTI ORALI	22 (33%)
IPOGLICEMIZZANTI + INSULINA LENTA	10 (15%)
INSULINA	4 (5,5%)
OTTIMIZZANTE	28 (42%)

- Complicanze: 80% DEI PAZIENTI ( 53 SU 67),  
20% NO COMPLICANZE O NON NOTE
  - Complicanze del diabete ACCERTATE: 26 su su 67 (39%)  
Complicanze Cardiovascolari (IMA, ictus, TIA..): n°40 su 67  
(60%)
    - Pazienti autosufficienti: n°14 su 67 = 21%
- Pazienti parz autosufficienti o non autosufficienti: n° 53 su 67  
=79%



**A.S.L. CN1**  
*Azienda Sanitaria Locale  
di Corso, Mondovì e Savigliano*

# Filmato



**NI**

A.S.L. CUNEO



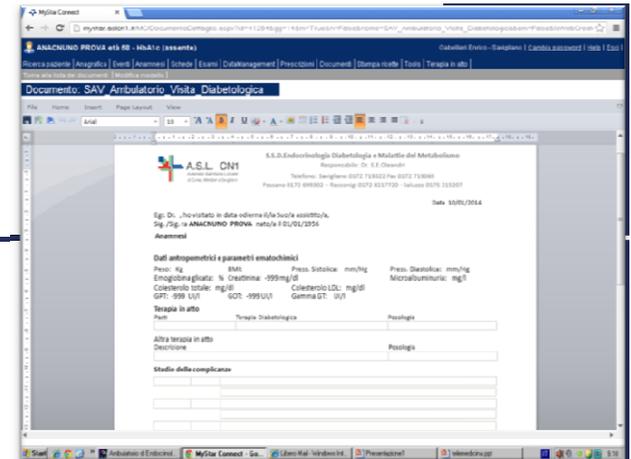
# RISULTATI ATTESI (1):

- Uniformare l'assistenza diabetologica nonostante la disomogeneità del territorio
- Implementare la collaborazione fra il servizio di diabetologia e i MMG, con estensione della cartella clinica elettronica ai MMG

## RISULTATI ATTESI (2):

- Migliorare la continuità assistenziale monitorando i principali indicatori di efficacia terapeutica (riduzione HbA<sub>1c</sub>, riduzione numero accessi in Pronto Soccorso per ipoglicemie o coma iperosmolare)
- Ridurre i disagi per i pazienti determinati dagli spostamenti per visite specialistiche

# Risultati-1



- Numero risposte da inizio percorso: 302 su paz attualmente in carico (esclusione di lettere di paz arruolati, ma deceduti)
- Modifiche del TIPO di terapia proposte: 28 su 67 (42%)
- Quanti hanno eseguito una visita a livello ambulatoriale negli ultimi 2 anni 25 su 67 (37%)

## RISULTATI - 2

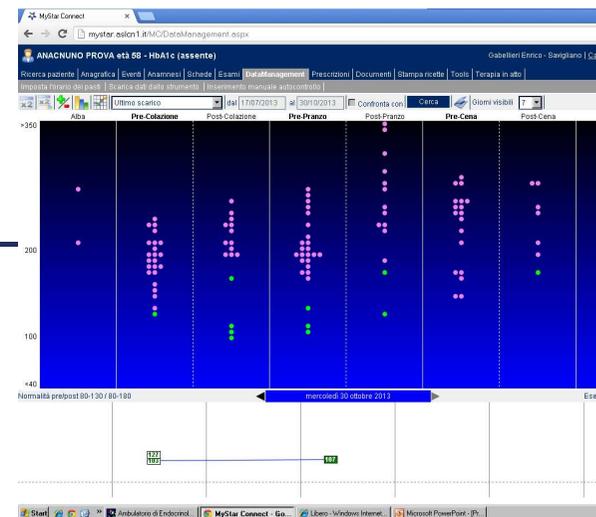
- Glicata Media Pre- reclutamento: 8%
- Glicata Media fine percorso: 7,3%

Numero episodi di ipoglicemia grave nell'ultimo anno:  
24 tot

Numero pazienti con ipoglicemie gravi nell'ultimo anno:  
10 su 67

Ipoglicemie ricontrollate correttamente: 18 su 24

- Numero di accessi in pronto soccorso nell'ultimo anno per ipoglicemie gravi: N°0; N° 2 chiamata al 118, N°1 episodio gestito da MMG



# CONCLUSIONI:

nel contesto di una patologia cronica quale il diabete, il servizio di telemedicina permette:

- l'integrazione tra Ospedale e Territorio
- portare la competenza specialistica al domicilio dell'assistito
- mantenere l'assistito al centro del sistema attraverso la figura del MMG
- collegare in modo interattivo gli operatori sanitari



- Consenso informato del paziente
- Responsabilità professionale specialista / MMG
- Affidabilità e uniformità dei dati raccolti
- Tutela della privacy



## Cosa dice l'Aress

### LINEE GUIDA PER LO SVILUPPO DI UN PROGETTO DI TELEMEDICINA

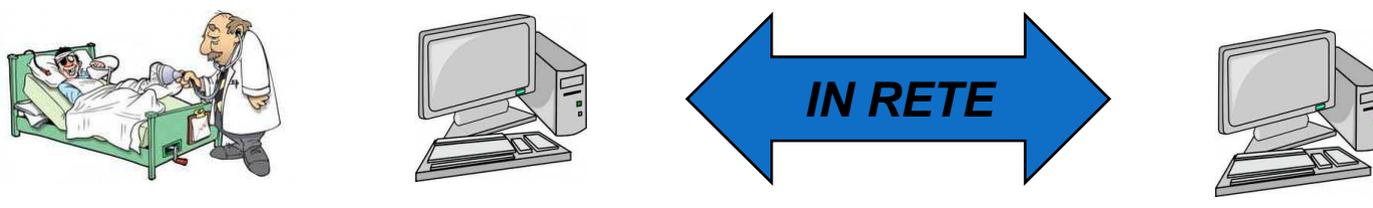
*Parole chiave: aree decentrate, telemonitoraggio  
domiciliare, pazienti cronici*

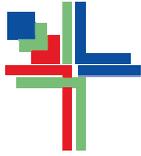
La Commissione permanente sull'Innovazione Tecnologica nelle Regioni e negli Enti Locali del Dipartimento Affari Regionali Presidenza Consiglio Ministri nel Tavolo lavoro Telemedicina definisce nel **Reference Book luglio 2007 "Bozza linee guida per l'erogazione servizi di telemedicina"** alcune raccomandazioni che riguardano:

- protezione delle informazioni dagli accessi non autorizzati (criptaggio);
- verifica della sorgente delle informazioni (autenticazione);
- garanzia integrità del dato durante la trasmissione e gestione;
- sistemi firma digitale e sistemi di archiviazione digitale;
- consenso informato acquisito per via telematica;

Come possiamo noi ridurre  
i rischi di violazione dei dati sensibili  
alla luce delle linee di indirizzo  
Nazionali e Regionali?

# Condivisione del dato sensibile attraverso la rete aziendale, protetta





**A.S.L. CN1**  
*Azienda Sanitaria Locale  
di Cuneo, Mondovì e Savigliano*



grazie per l'attenzione

CN1  
A.S.L. CUNEO

