



Strategie, esperienze e punti di
attenzione per il funzionamento dei
servizi di telemedicina nella LTC

Direttore Generale
Giorgio Casati



Strategie, esperienze e punti di
attenzione per l'implementazione
della medicina digitale nella LTC

Direttore Generale
Giorgio Casati



1. POPULATION MANAGEMENT



EIMAS - EXECUTIVE INFORMATION MANAGEMENT SYSTEM

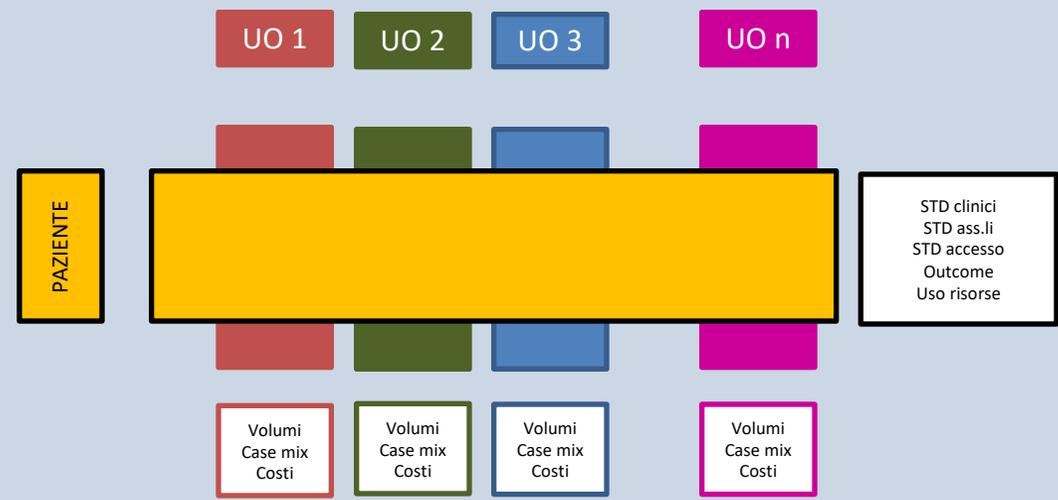
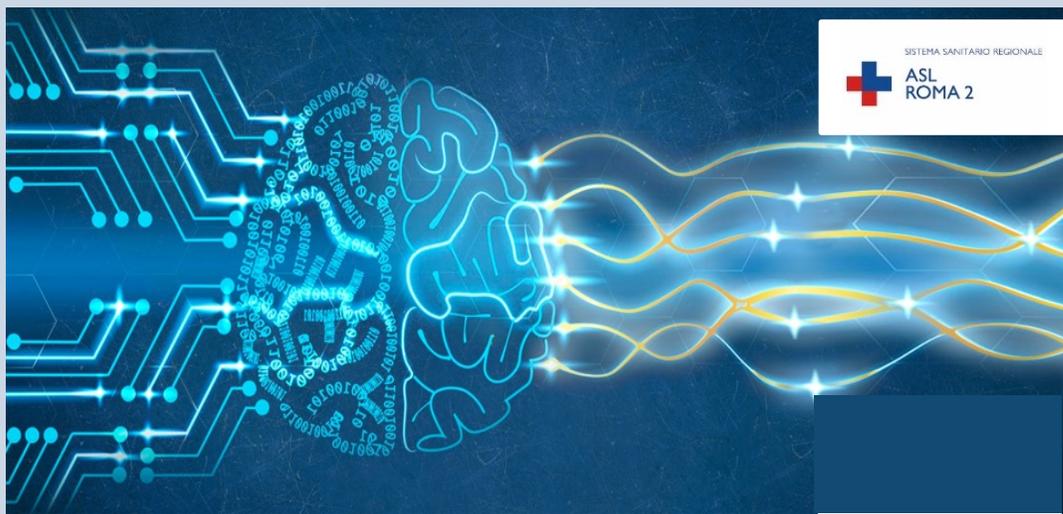
SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 2

▶ Ricoveri		N Ricoveri* 761.230
▶ Specialistica		N Prestazioni* 82.513.045
▶ Emergenza		N Accessi PS* 1.302.601
▶ Farmaceutica Convenzionata		Numero ricette 45.629.678
▶ Riabilitazione		Numero ricoveri 30.347

Cronicità e PDTA

*Valore comprensivo di prestazioni su residenti e mobilità

Ultimo caricamento dati: 13/10/2022 16:12:55





Pazienti con Diabete ASL Roma 2 (2019-22)

HOME - Diabete

Coorte di Pazienti

73.035 Seleziona

Selez. Assistiti

Selez. Residenti

Anno Cronicità

Genere

Fascia Età

Patologia

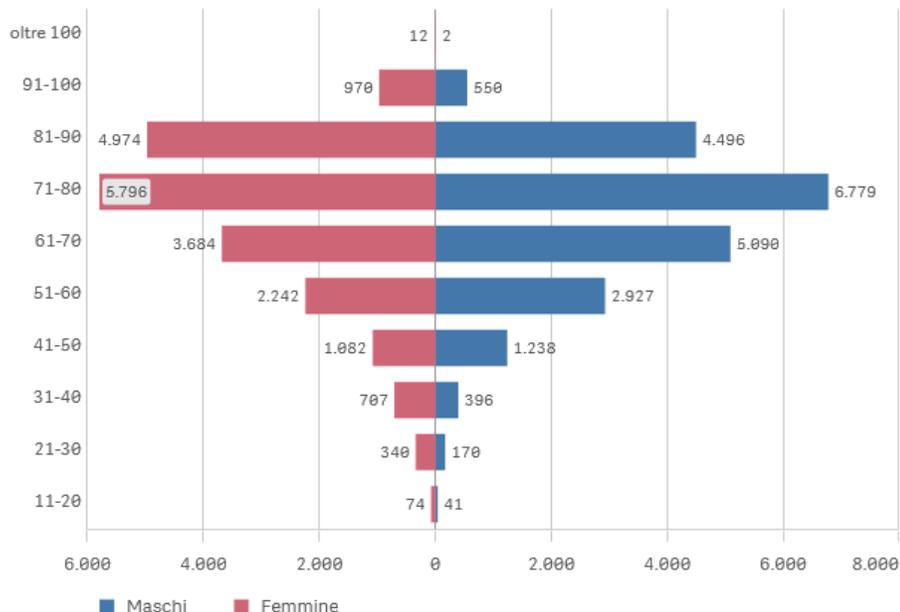
Distretto

N° pazienti *

73.035

* Pazienti con diagnosi di Diabete ai sensi del NUOVO SISTEMA DI GARANZIA

Coorte per fascia d'età e genere*



* Età calcolata alla data del singolo evento

N° Accessi Pronto Soccorso

81.536

Pro-Capite

1,12

N° Ricoveri

19.282

Pro-Capite

0,27

N° Farmaci erogati (ATC A10*)

1.770.341

Pro-Capite

24,24

N Visite di Controllo

Emoglobina Glicata

247.805

Pro-Capite

3,39

Microalbuminuria

88.771

Pro-Capite

1,22

Oculista

35.138

Pro-Capite

0,48

Filtrato

363.583

Pro-Capite

4,98

Profilo Lipidico

507.075

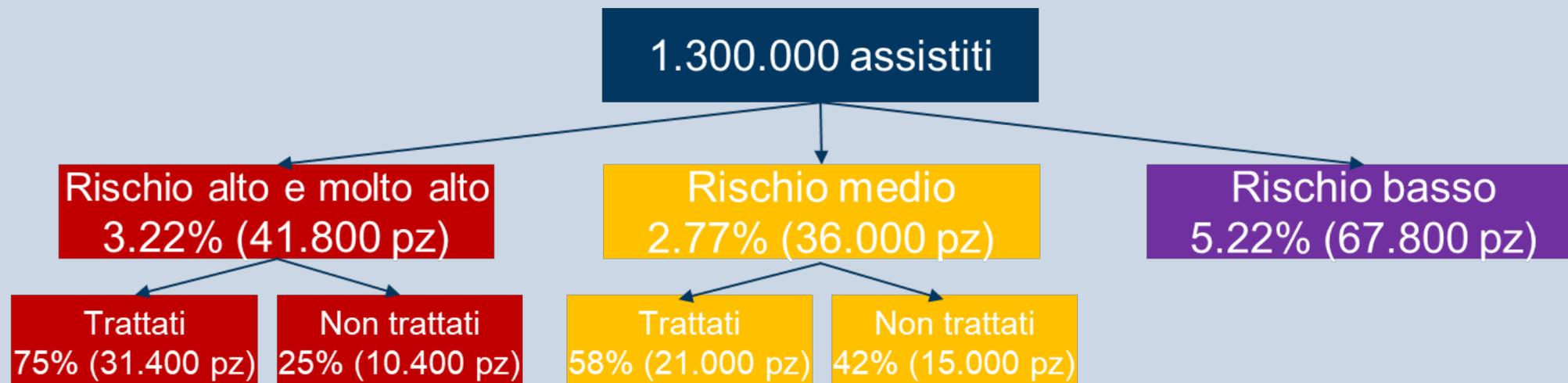
Pro-Capite

6,94





Stratificazione popolazione a rischio cardiovascolare



- Secondo la stratificazione, circa 150.000 assistiti dell'ASL Roma 2 rischiano di sviluppare una malattia cardiovascolare aterosclerotica
- Il 25% dei pazienti a più alto rischio non sono trattati, percentuale che aumenta nel rischio medio
- Solo il 49% dei pazienti è aderente alle statine*

* Quantificazione dell'aderenza terapeutica attualmente work in progress



Burden dei pazienti a rischio alto/molto alto

I pazienti a rischio più alto presentano peggiori condizioni di salute e richiedono un superiore assorbimento di risorse al SSN...



Rischio alto e
molto alto



Popolazione
complessiva

4,9%

**Decessi rispetto
ai ricoverati**

3%

2

**Ricoveri medi
pro-capite**

0,4

2,3

**Accessi PS
pro-capite**

0,8

2,4%

Accessi OBI

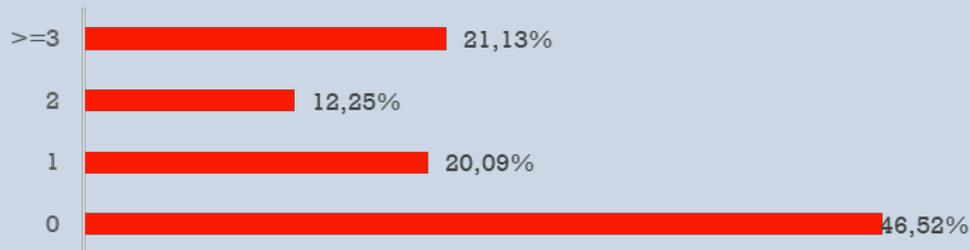
1,2%



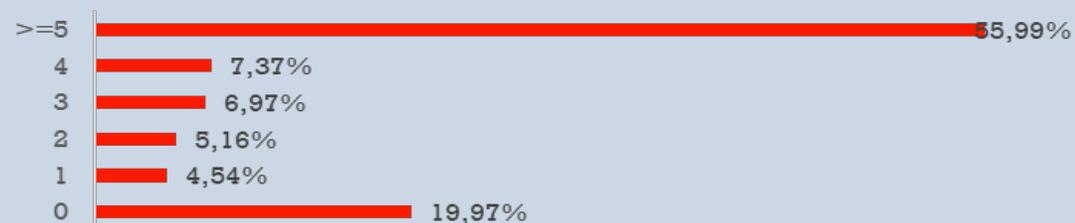
Monitoraggio pazienti a rischio alto/molto alto

... tuttavia solo un sottoinsieme di pazienti a rischio alto e molto alto è costantemente monitorato: quasi metà dei pazienti a rischio alto/molto alto non ha effettuato alcuna visita cardiologica negli ultimi 4 anni, ed uno su cinque non ha mai monitorato il colesterolo*

Visite cardiologiche effettuate dai
pazienti a rischio alto/molto alto tra il
2019 e il 2022



Esami per colesterolo e trigliceridi
effettuati dai pazienti a rischio alto/molto
alto tra il 2019 e il 2022



* Si consideri che una quota di pazienti si rivolge al settore privato (non tracciato dal sistema), così come alcuni potrebbero recarsi in strutture fuori dal perimetro dell'analisi (es. fuori regione Lazio)



Focalizzare i cluster di pazienti prioritari



«**No treatments**» Paziente ad alto rischio attualmente non trattato, e che ha svolto almeno un ricovero in ambito cardiovascolare nel 2022



«**Out of the loop**» Paziente ad alto rischio under 80, in trattamento con statine ed ezetimibe, che ha avuto un ricovero in ambito cardiovascolare nel 2022 e che non ha svolto alcuna visita ambulatoriale oppure alcun esame di colesterolo



«**In the loop**» Paziente ad alto rischio under 80, in trattamento con statine ed ezetimibe, che ha avuto un ricovero in ambito cardiovascolare nel 2022 e che ha svolto almeno una visita ambulatoriale e almeno un esame di colesterolo

13% High-Risk



15% High-Risk



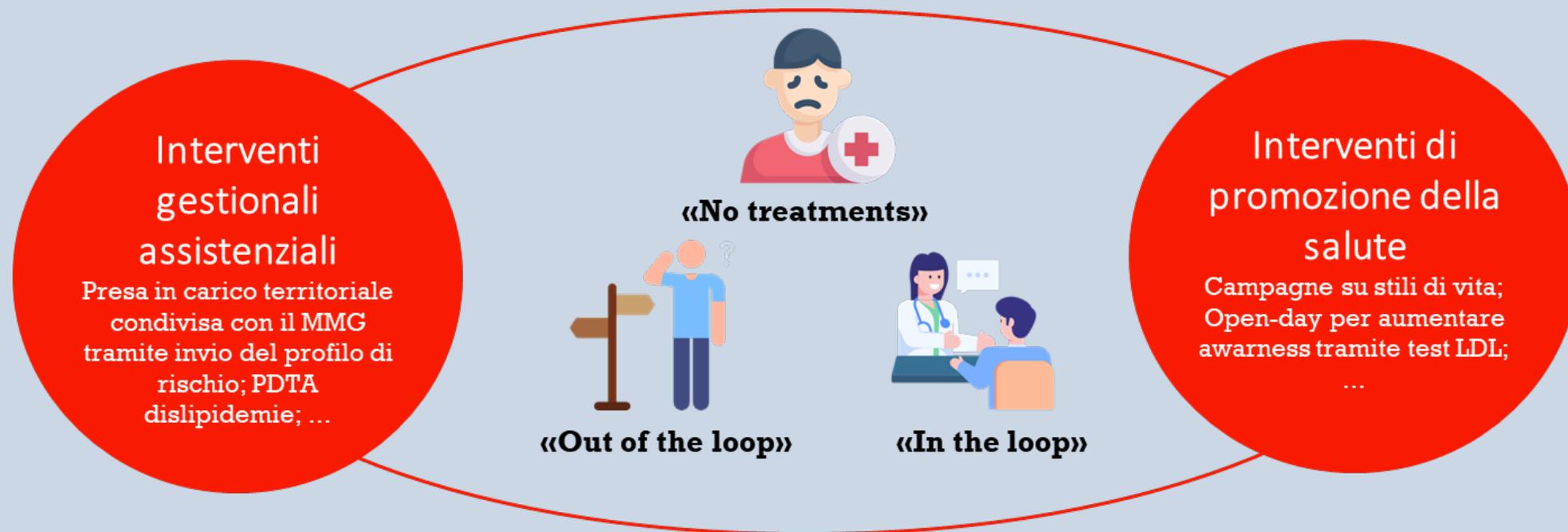
18% High-Risk





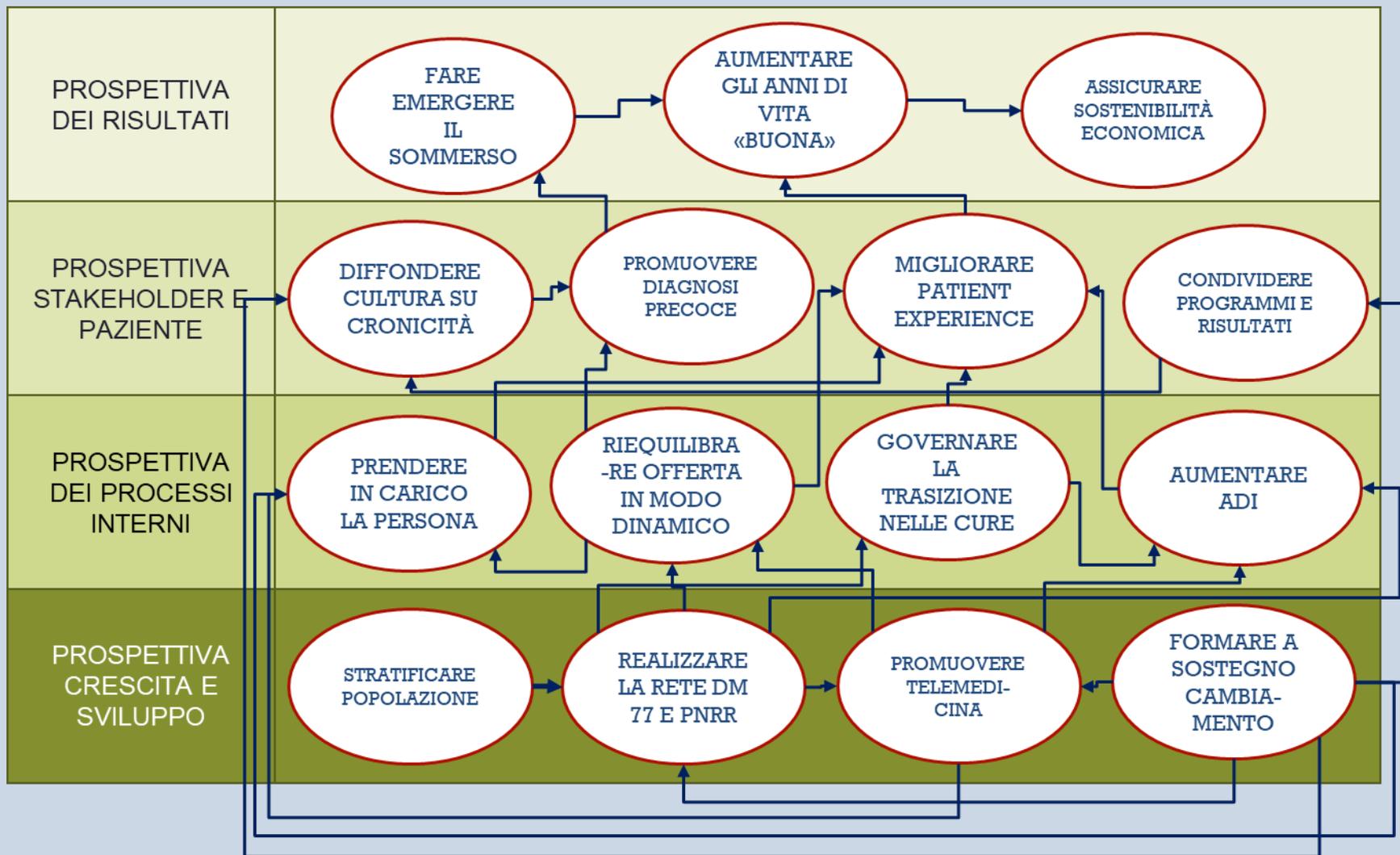
2. Elaborare le strategie

Con le informazioni raccolte sarà possibile individuare strategie di intervento mirate per ciascun cluster di pazienti





Piani d'azione condivisi con i professionisti





3. Implementare in modo diffuso le innovazioni sperimentate

Piattaforma gestionale



Overview Funzionalità

PIENA IN CARICO PAZIENTI IN PDTA: A seguito della fase di stadiazione, il paziente è inserito in uno o più PDTA e profilato in funzione del livello di complessità del problema di salute (ad esempio basso, medio e alto).
TIME-LINE PERCORSO: In funzione dei problemi di salute e del livello di complessità (basso, medio, alto), viene proposto PAI di base e la visualizzazione della time-line dei controlli routinari e della terapia farmacologica da seguire.
PERSONALIZZAZIONI PAI: Adattamento del Piano alle caratteristiche soggettive del singolo paziente.
PROGRAMMAZIONE PRESTAZIONI: Gestione delle prestazioni inserite nel PAI mediante liste di programmazione dedicate e senza orizzonte temporale.
PRESCRIZIONI PRESTAZIONI: Il medico può redigere ricette dematerializzate.
PRENOTAZIONI CUP REGIONALE: Prenotazione prestazioni su CUP regionale mediante agende dedicate da parte dell'ASL Roma 2.
REMINDER: Compilazione delle ricette e prenotazione degli appuntamenti necessari, prima dello scadere dei tempi previsti da percorso.
MESSAGGERIA: tra professionisti coinvolti nella gestione del percorso del paziente.
TRACCIATURA EVENTI: Nel profilo del paziente dovranno essere presenti tutti i referti, analisi, lettere di dimissioni e altra documentazione clinica prodotta durante il percorso (sia relativa al PAI, che non direttamente associabile).
REGISTRAZIONI PRESTAZIONI EXTRA-FLUSSO: Registratori delle attività svolte dall'infermiere di famiglia e dalla COT.





Per Te: la piattaforma digitale MMG- specialista

Piattaforma gestionale

The screenshot displays the 'Prescrizioni' (Prescriptions) section of the platform. It shows a list of planned activities for October 2022. A patient profile for 'ADANI OSVALDO' is visible, with tabs for 'Comandi FSE', 'Scheda Paziente', 'Piano di Cura', 'Dati Generali', and 'Comunicazioni'. Below this, there's a table of prescriptions with columns for NRE, Codice, Descrizione, Esenzione, Banca, Data compilazione, Azione, and Stato. A detailed view of a prescription is shown in a pop-up window, including patient information, a barcode, and a table for 'PRESCRIZIONE' with columns for 'QTA' and 'NOTA'.

Overview Funzionalità

PRESA IN CARICO PAZIENTE IN PDTA: A seguito della fase di stadiazione, il paziente è inserito in uno o più PDTA e profilato in funzione del livello di complessità del problema di salute (ad esempio basso, medio e alto).

TIME-LINE PERCORSO In funzione dei problemi di salute e del livello di complessità (basso, medio, alto), viene proposto PAI di base e la visualizzazione della time-line dei controlli routinari e della terapia farmacologica da seguire.

PERSONALIZZAZIONE PAI Adattamento del Piano alle caratteristiche soggettive del singolo paziente

PROGRAMMAZIONE PRESTAZIONI Gestione delle prestazioni inserite nel PAI mediante liste di programmazione dedicate e senza orizzonte temporale

PRESCRIZIONE PRESTAZIONI Il medico può redigere ricette dematerializzate

PRENOTAZIONE CUP REGIONALE Prenotazione prestazioni su CUP regionale mediante agende dedicate da parte dell'ASL Roma 2

REMINDER Compilazione delle ricette e prenotazione degli appuntamenti necessari, prima dello scadere dei tempi previsti da percorso

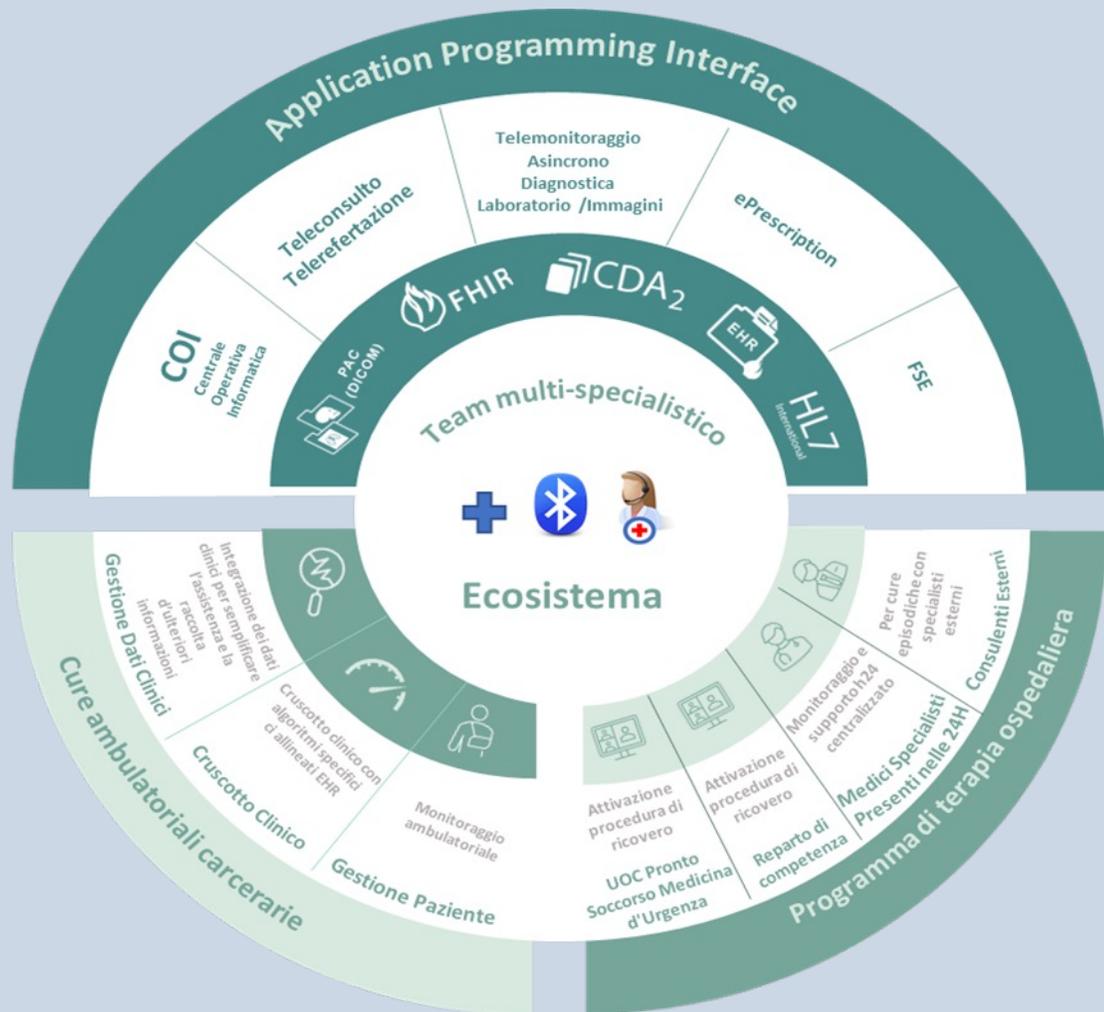
MESSAGGISTICA tra professionisti coinvolti nella gestione del percorso del paziente

TRACCIATURA EVENTI Nel profilo del paziente dovranno essere presenti tutti i referti, analisi, lettere di dimissioni e altra documentazione clinica prodotta durante il percorso (sia relativa al PAI, che non direttamente associabile).

REGISTRAZIONE PRESTAZIONI EXTRA-FLUSSO RegISTRAZIONI delle attività svolte dell'infermiere di famiglia e dalla COT



Il progetto «Liberi@mo la salute»



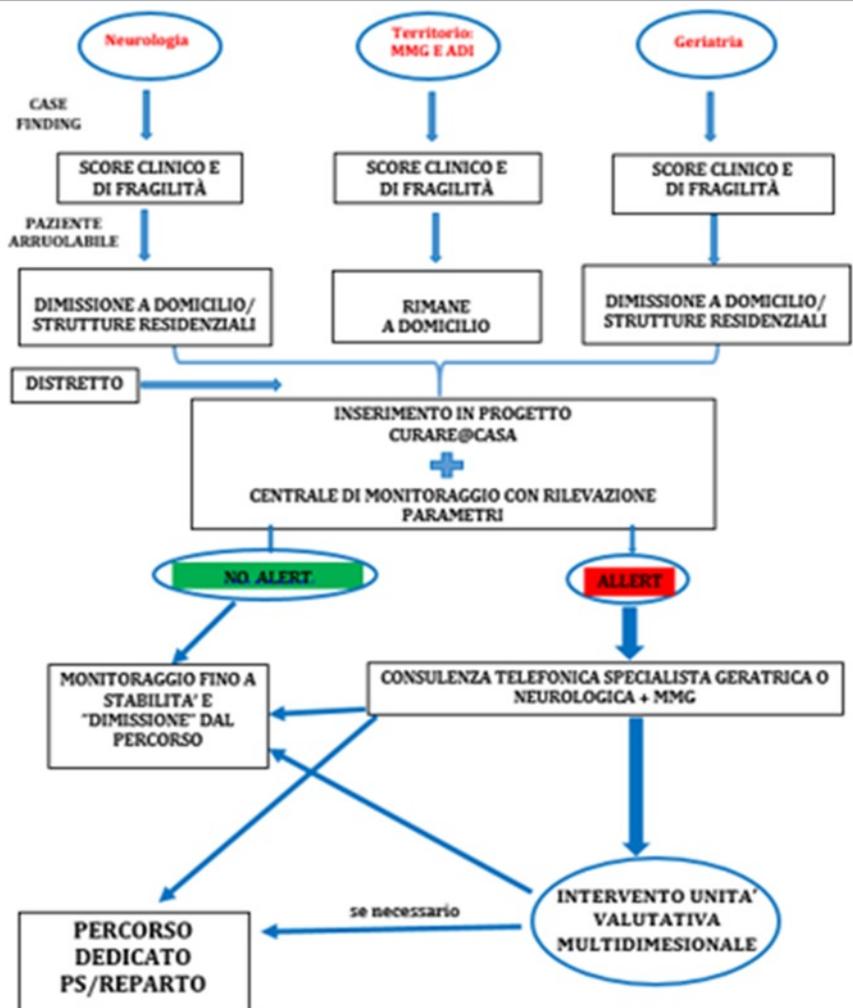
In collaborazione con
 gli Istituti Penitenziari
 di Rebibbia:
 4 Istituti;
 2200 Detenuti.



**Piena trasferibilità
 esperienza c/o
 Ambulatori di
 continuità
 assistenziale della
 Casa della
 Comunità**



CURARE @ CASA – L'OSPEDALE VIRTUALE



Carta 1: National Early Warning Score (NEWS)

PARAMETRI FISIOLGICI	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza del respiro	≤8		9 - 11	12 - 20		21 - 24	≥25
Saturazione d'ossigeno	≤91	92 - 93	94 - 95	≥96			
Ossigeno supplementare		Si		No			
Temperatura corporea	≤35,0		35,1 - 36,0	36,1 - 38,0	38,1 - 39,0	≥39,1	
Frequenza cardiaca	≤40		41 - 50	51 - 90	91 - 110	111 - 130	≥131
Stato di coscienza				Vigile			Richiamo verbale, dolore provocato, coma

1 – MOLTO IN FORMA 0

Persona forte, attiva, energica e motivata. Pratica regolare esercizio fisico e appartiene alla categoria di persone più in forma fra la propria fascia di età.

2 – IN FORMA 0

Persone che non hanno sintomi di malattia attivi, ma che sono meno in forma rispetto alle persone della categoria 1. Praticano spesso esercizio fisico e sono a volte molto attive, a seconda della stagione.

3 – SE LA CAVA BENE 1

Persone i cui problemi medici sono ben monitorati, ma non sono però regolarmente attive al di fuori della normale deambulazione quotidiana esterna.

4 – SE LA CAVA ABBASTANZA BENE 1.5

Anche se non dipendenti dall'aiuto degli altri nella vita quotidiana, queste persone sono spesso limitate nelle loro attività a causa di sintomi di malattia. Spesso lamentano di sentirsi «rallentati» e/o stanchi durante il giorno.

5 – LEGGERMENTE FRAGILE 2

Persone spesso evidentemente rallentate nei movimenti e nelle attività più impegnative della vita quotidiana (es. gestione delle finanze, gestione dei farmaci) e hanno bisogno di aiuto. Sono in genere sempre più limitate nello shopping, nella deambulazione autonoma, nella preparazione dei pasti e nei lavori domestici.

6 – MODERATAMENTE FRAGILE 3

Queste persone hanno bisogno di assistenza in tutte le attività esterne alla casa e nella gestione delle finanze. Spesso hanno difficoltà a salire le scale, hanno bisogno di aiuto per lavarsi e possono avere bisogno di aiuto per vestirsi.

7 – MOLTO FRAGILE 4

Completamente dipendenti per la cura personale, per qualunque tipo di causa (fisica o cognitiva). Tuttavia, sembrano stabili e non ad alto rischio di morte (entro ~6 mesi).

8 – FRAGILITÀ MOLTO GRAVE 8

Queste persone si avvicinano al decesso e sono completamente dipendenti dagli altri. Se si ammalassero di qualsiasi malattia, molto probabilmente non riuscirebbero a riprendersi.

9 – MALATO TERMINALE 10

Queste persone hanno un'aspettativa di vita <6 mesi e si avvicinano alla fine della vita, anche se la loro condizione non è così marcatamente visibile.



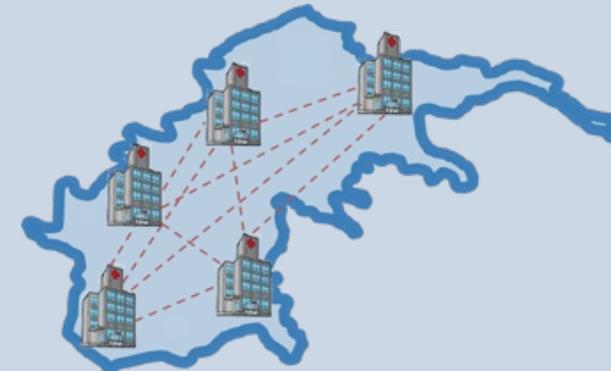
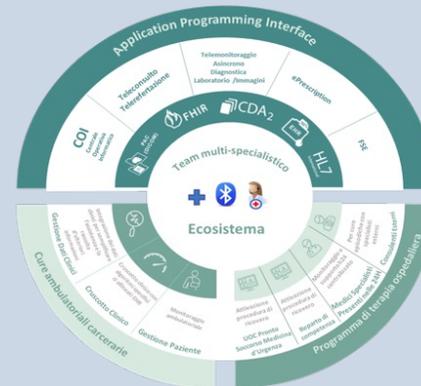
3. Implementare in modo diffuso le innovazioni sperimentate

Piattaforma gestionale



Overview Funzionalità

PRENSA IN CARICO PAZIENTE IN PDTA: A seguito della fase di stadiazione, il paziente è inserito in uno o più PDTA e profilato in funzione del livello di complessità del problema di salute (ad esempio basso, medio e alto).
TIME-LINE PERCORSO: In funzione dei problemi di salute e del livello di complessità (basso, medio, alto), viene proposto PAI di base e la visualizzazione della time-line dei controlli routinari e della terapia farmacologica da seguire.
PERSONALIZZAZIONI PAI: Adattamento del Piano alle caratteristiche soggettive del singolo paziente.
PROGRAMMAZIONI PRESTAZIONI: Gestione delle prestazioni inserite nel PAI mediante liste di programmazione dedicate e senza orizzonte temporale.
PRESCRIZIONI PRESTAZIONI: Il medico può redigere ricette dematerializzate.
PRENOTAZIONI CUP REGIONALE: Prenotazione prestazioni su CUP regionale mediante agende dedicate da parte dell'ASL Roma 2.
REMINDER: Compilazione delle ricette e prenotazione degli appuntamenti necessari, prima dello scadere dei tempi previsti da percorso.
MESSAGGERIA: tra professionisti coinvolti nella gestione del percorso del paziente.
TRACCEAZIONE EVENTI: Nel profilo del paziente dovranno essere presenti tutti i referti, analisi, lettere di dimissioni e altra documentazione clinica prodotta durante il percorso (sia relativa al PAI, che non direttamente associabile).
REGISTRAZIONI PRESTAZIONI EXTRA-FLUSSO: Registratori delle attività svolte dall'infermiere di famiglia e dalla CDT.





Progetto MOVE digital: Modelli Organizzativi Verso l'Ecceellenza



Supportare l'ASL Roma 2, il PTV e il Campus Biomedico, nell'introduzione di nuovi modelli assistenziali abilitati dalla Telemedicina, coerenti con le linee di indirizzo regionali, affiancandoli dalla progettazione del servizio fino alla **declinazione operativa** in modo da garantire un'efficace **transizione organizzativa e digitale**.

Ingaggio e
analisi della
situazione
attuale

- Approfondimento principali iniziative;
- Coinvolgimento esperti privacy e security;
- Valutazione livello utilizzo e della struttura informatica.

Identificazione
delle esigenze di
evoluzione e
definizione KPI

- Panel KPI (Costi, Efficacia, supporti, vissuto del pz);
- Evoluzione modello org.vo;
- Nuovo processo di cura;
- Competenze necessarie per la gestione del servizio.

Stima degli
impatti e
diffusione dei
risultati

- Misurazione impatto su KPI;
- Piano sviluppo futuro;
- Replicabilità e esportabilità.



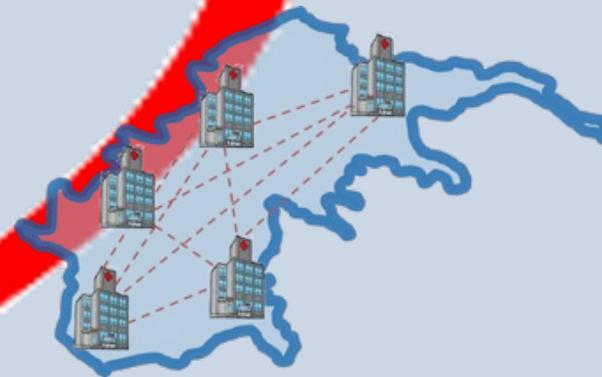
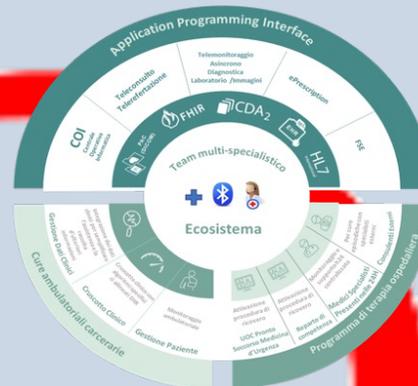
3. Implementare in modo diffuso le innovazioni sperimentate

Piattaforma gestionale



Overview Funzionalità

PRENSA IN CARICO PAZIENTE IN PDTA: A seguito della fase di stadiazione, il paziente è inserito in uno o più PDTA e profilato in funzione del livello di complessità del problema di salute (ad esempio basso, medio e alto).
TIME-LINE PERCORSO: In funzione dei problemi di salute e del livello di complessità (basso, medio, alto), viene proposto PAI di base e la visualizzazione della time-line dei controlli routinari e della terapia farmacologica da seguire.
PERSONALIZZAZIONI PAI: Adattamento del Piano alle caratteristiche soggettive del singolo paziente.
PROGRAMMAZIONE PRESTAZIONI: Gestione delle prestazioni inserite nel PAI mediante liste di programmazione dedicate e senza orizzonte temporale.
PRESCRIZIONI PRESTAZIONI: Il medico può redigere ricette dematerializzate.
PRENOTAZIONI CUP REGIONALE: Prenotazione prestazioni su CUP regionale mediante agende dedicate da parte dell'ASL Roma 2.
REMINDER: Compilazione delle ricette e prenotazione degli appuntamenti necessari, prima dello scadere dei tempi previsti da percorso.
MESSAGGERIA: tra professionisti coinvolti nella gestione del percorso del paziente.
TRACCEZZATURA EVENTI: Nel profilo del paziente dovranno essere presenti tutti i referti, analisi, lettere di dimissioni e altra documentazione clinica prodotta durante il percorso (sia relativa al PAI, che non direttamente associabile).
REGISTRAZIONI PRESTAZIONI EXTRA-PLURIMO: Registratori delle attività svolte dall'infermiere di famiglia e dalla CDT.







GRAZIE PER
L'ATTENZIONE ...