

Presentazione Linee di Indirizzo Operative

Background e rationale

Obiettivi del progetto

Team multidisciplinare

Popolazione target

Arruolamento pazienti

Monitoraggio pazienti

Raccolta dati paziente

Monitoraggio del progetto

Formazione degli operatori



TEAM MULTIDISCIPLINARE DI PROGETTO

Individuazione del team multidisciplinare della Casa della Salute:

- Infermieri dell'ambulatorio della cronicità
- MMG
- Specialisti di riferimento
- Assistente sociale

COMUNICAZIONE A INIZIO SETTEMBRE NOMINATIVI



POPOLAZIONE TARGET

Pazienti ad alto/molto alto rischio di ospedalizzazione presenti nelle liste di stratificazione del rischio **RiskER** con:

- **scompenso cardiaco e/o**
- **broncopneumopatia cronica ostruttiva e/o**
- **diabete mellito**

Nelle linee di indirizzo, sono presenti **criteri clinici di preferibilità** in quanto indicativi di severità della patologia/maggiore beneficio dal monitoraggio

COMUNICAZIONE A INIZIO SETTEMBRE NUMERO PAZIENTI IDENTIFICATI

ARRUOLAMENTO PAZIENTI

Da ottobre 2019, chiamata attiva dei pazienti

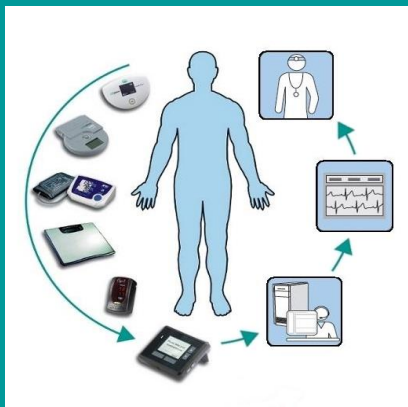
Presentazione del progetto

Arruolamento e presa in carico secondo il Piano Assistenziale Individuale (PAI)

Consenso al patto di cura ed al trattamento dati

Consegna dei dispositivi (smartphone/tablet, sfigmomanometro, ECG, bilancia, pulsiossimetro, rilevatore attività fisica)

Formazione all'utilizzo del dispositivo



MONITORAGGIO PAZIENTI

Con la periodicità stabilita dal Piano Assistenziale Individuale (PAI), l'infermiere Case Manager verificherà i seguenti parametri:

Frequenza cardiaca/Saturazione ossigeno/Pressione arteriosa/Peso/Attività fisica/ECG)

In caso di alterazioni rispetto ai valori di arruolamento, il sistema genererà un ALERT

L'infermiere Case Manager contatterà MMG per le azioni del caso

In caso di necessità, verrà contattato lo specialista/ospedale di riferimento per tele-consulto

In caso di marcato peggioramento dei sintomi/insorgenza nuova sintomatologia, i pazienti dovranno attivare le comuni modalità di emergenza/urgenza

RACCOLTA DATI PAZIENTE

Informazioni raccolte all'arruolamento (socio-anagrafiche, parametri fisiologici, livello di autonomia, comorbidità, informazioni cliniche specifiche per diabete/scompenso/BPCO)

Informazioni raccolte al domicilio (FC, SaO₂, peso, PA, attività fisica, tracciato ECG)

Informazioni raccolte durante il follow up (accessi in PS, ospedalizzazioni, accessi ambulatorio della cronicità, accessi al domicilio, teleconsulti)

RACCOLTA DATI: INTEGRAZIONE SISTEMI DI RACCOLTA DATI GIA' IN USO CON INFORMAZIONI RILEVATE DAI DISPOSITIVI DI TELEMONITORAGGIO

MONITORAGGIO DEL PROGETTO

Incontri del Gruppo Operativo di Progetto con referenti aziendali (a progetto avviato ottobre/novembre ed a gennaio 2020)

Indicatori di processo

- Caratteristiche della popolazione target che ha ricevuto l'intervento
- Tipologia del monitoraggio effettuati (bassa, media, alta intensità)
- Workflow del percorso implementato a livello di singola Casa della Salute

Indicatori di Esito:

- Numero totale utenti di ciascuna Casa della Salute che hanno ricevuto un dispositivo di telemedicina;
- Numero eventi gestiti con consulto in Telemedicina non esitati in trasferimento
- Accettabilità/gradimento di utenti ed operatori (questionario)

FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

Tra la metà di settembre e fine settembre, nelle sedi della Regione Emilia-Romagna, verranno realizzate specifiche sessioni formative per:

- **Operatori sanitari (infermieri, MMG, specialisti)**
- **Operatori tecnici (ingegneri clinici, informatici)**

Assistenza tecnica

Manualistica scaricabile