Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento

CONVEGNO CARD TRIVENETO
LE CURE DOMICILIARI E RESIDENZIALI
AD ALTA COMPLESSITÀ

Innovazione organizzativa e tecnologica per la gestione del diabete: ti prescrivo un'APP

Mestre, 12 ottobre 2018

Michela Monterosso
Servizio Governance clinica

L’ Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

Territorio
6.233 kmq (2,06% dell’Italia) di cui:
- 20% sopra 2.000 metri
- 10% sotto 500 metri
- 65% foreste

177 comuni
15 comunità di Valle

Abitanti
560.000
- 65 anni: 20%
- Stranieri: 6,93%

Movimenti Turistici
Oltre 3.500.000 di arrivi
Oltre 15.500.000 presenze

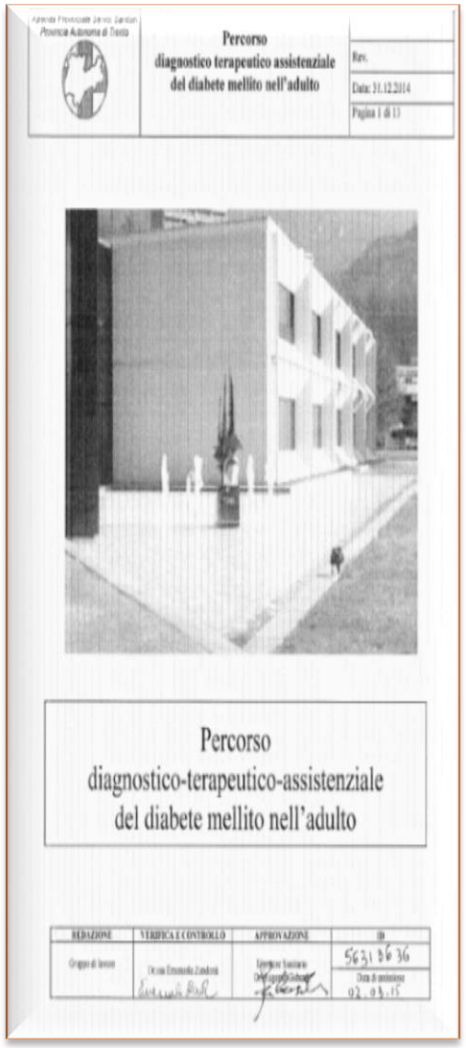
- 7 strutture ospedaliere pubbliche (circa 1.450 p.l.)
- 6 case di cura private accreditate
- 27 strutture ambulatoriali private accreditate
- 29 studi odontoiatrici privati accreditati
- 58 RSA con circa 4.500 p. l.
- Oltre 8.000 dipendenti
- Oltre 750 medici convenzionati (MMG, PLS, continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali)

Il diabete in Trentino

Popolazione Trentina	circa 560.000
% prevalenza diabete mellito	5,0% v.s 6,34% nazionale
Diabetici in Trentino	**28.000**
- Diabete Melllito tipo 2 (circa 90% diabetici)	25.000
- Diabete Mellito tipo 1	3.000

Fonte: Dati Osservatorio Arno Diabete in Trentino. Rapporto 2016

La gestione del paziente diabetico in Trentino



Percorso diagnostico terapeutico assistenziale del diabete mellito nell'adulto

Allegati:

1 manuale RAO (visita diabetologia)

2 raccomandazioni per **appropriatezza prescrittiva dispositivi** per diabetici

3 **indicatori** per il monitoraggio del diabete

LA RETE

Tre livelli :

- ambulatori dei **medici di medicina generale**
- **centri e ambulatori diabetologici**
- **centri di riferimento per specifiche attività** :

- centro diabetologico **dell'ospedale di Trento** per la gestione di:
  - gravidanza in diabetica e diabete gestazionale in terapia insulinica
  - pazienti in terapia con microinfusori
- centro diabetologico dell'**ospedale di Rovereto** per la gestione integrata del piede diabetico
- centro **diabetologico pediatrico**

UNICO strumento di comunicazione (Mystar Connect)

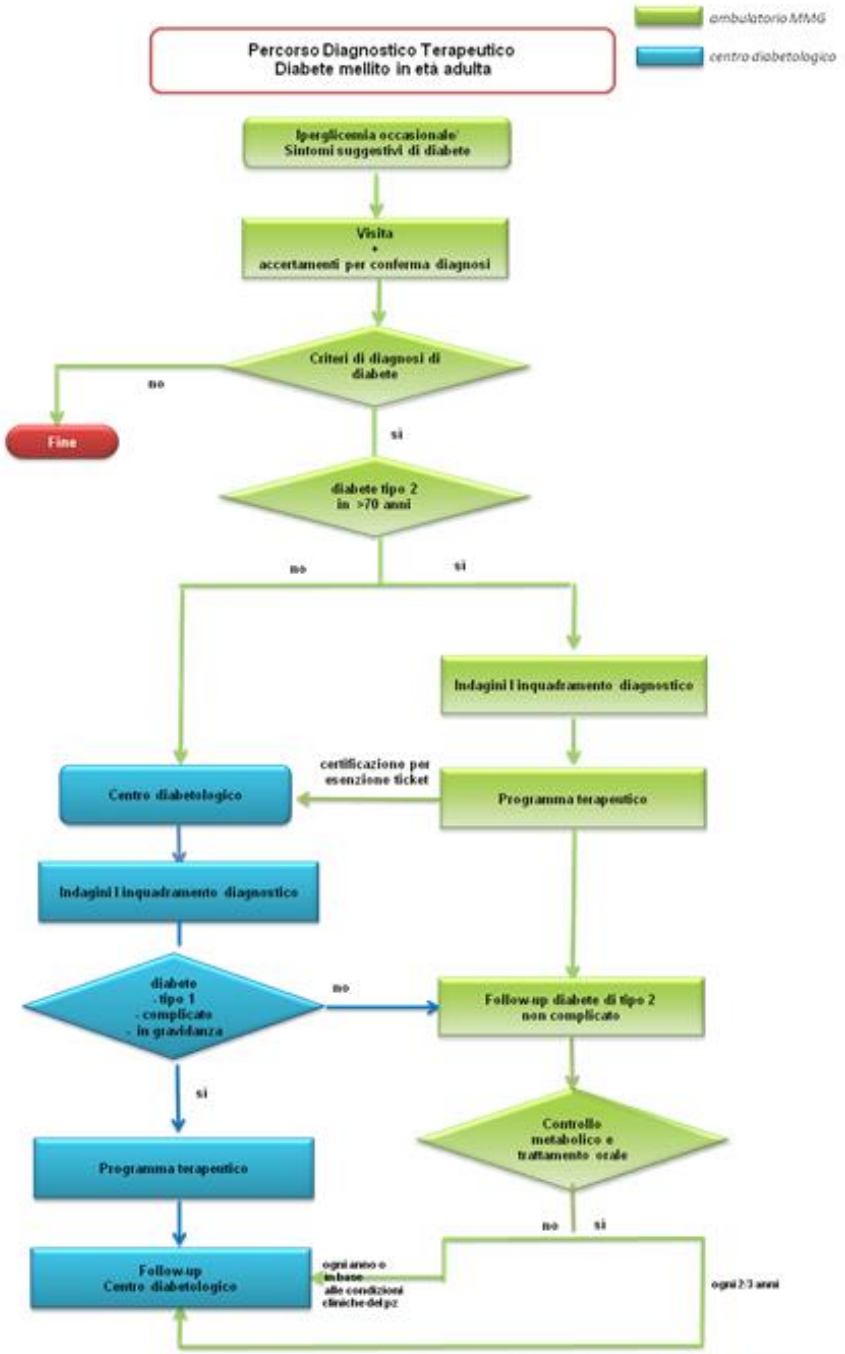


Fig. 1. Diagramma di flusso "percorso diabete mellito dell'adulto"

Iniziative per il miglioramento della gestione del paziente diabetico

ASSOCIAZIONI

MMG SPECIALISTI

Revisione e aggiornamento PDTA

Revisione dei processi

Aggiornamento NT e LEA

Miglioramento nella gestione del Paziente diabetico

Farmacia di servizi

Messa a regime indicatori PDTA

Introduzione nuove tecnologie

PAT – TRENTINO SALUTE 4.0

Introduzione nuove tecnologie

DM PER IL MONITORAGGIO FLASH DEL GLUCOSIO

“Indagine clinica post market:
valutazione dell’impatto clinico/economico dell’introduzione di un DM per il **monitoraggio flash del glucosio**.” Durata 1anno.

TELEMEDICINA

Sviluppo di una APP per supportare il **piano di assistenza/cura individuale del paziente.**

OBIETTIVO PAT: ESTRATTO DGP 429 16.03.2018

Sperimentare

nuovo modello organizzativo

per la gestione dei pazienti con ***diabete di Tipo II***

nel rispetto del PDTA

*supportato dal modulo di telemonitoraggio (****TreC_diabete****)*

con il coinvolgimento delle ***AFT*** *e della* ***medicina di base***

Progetto di presa in carico del paziente cronico diabetico in Provincia di Trento

---

"Ti prescrivo un'APP"

CENTRO DI COMPETENZA 4.0 TRENTINOSALUTE

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO
Assessorato alla Salute e politiche sociali

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento

FONDAZIONE BRUNO KESSLER

Obiettivi generali del progetto

Obiettivo generale	Interlocutore privilegiato	Indicatore di successo
Integrazione della piattaforma TreC Diabete nel modello organizzativo di presa in carico del paziente cronico	- Specialisti diabetologi - Medici di medicina generale - Infermieri	- Aderenza al piano di cura
- Patient empowerment - Patient self-management	- Pazienti con patologia diabetica	- Soddisfazione dei pazienti - Miglioramento stili di vita
Consolidamento del modello organizzativo di presa in carico	- Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari	- Miglioramento del profilo costo/beneficio presa in carico dei pazienti diabetici

Criteri di inclusione dei pazienti

Tipo di diabete	Setting	Criteri di inclusione
2	**MMG**	- Diagnosi di DM tipo 2, indipendentemente dalla data di insorgenza e dalla terapia in atto (controllo dietetico, terapia con ipoglicemizzanti orali o insulina) - Assenza di disturmi cognitivi (in assenza di validato network familiare) - Disponibilità di strumentazione digitale (smartphone o tablet) e competenza medio-alta

Moduli funzionali della APP

Moduli web (cruscotto clinico)
Prescrizione APP: -profilazione (socio-economica, clinica, farmacologica, stili di vita) iniziale del paziente - definizione del piano di cura - definizione dei goal terapeuticl
Visualizzazione Report - periodici (trimestrali) - straordinari
Interazione con il paziente

Moduli funzionali della APP

Moduli mobile (APP paziente)
Log (self-reporting): diario personalizzato
Visualizzazione - grafici - messaggi - immagini
Educazione - moduli educativi contestuali e on-demand - moduli aggiuntivi
Feedback personalizzati - messaggi/dialoghi di promemoria - messaggi/dialoghi motivazionali
Comunicazione: chat tra medico-paziente con attivazione modulo interazione

Moduli funzionali della APP

La piattaforma **non** prevede:

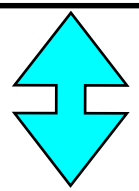
- raccomandazioni al paziente (patient decision support system) per cambi di terapia farmacologica (es. insuline, altri farmaci orali) basate su algoritmi
- raccomandazioni dirette al medico (DSS – clinical decision support system) di diagnosi e terapia, basate solo su algoritmi
- collegamento e passaggio dati con dispositivi impiantabili e non (esempio: glucometri) già in possesso del paziente

Piattaforma informatico-organizzativa

Incontro di prescrizione APP
- Proposta ed accettazione del "patto di cura"
- Raccolta consenso informato
- Prescrizione app e configurazione

Gestione ordinaria
- Gestione paziente da parte del medico curante
- Supporto alla self-care
- Disponibilità di moduli educazionali

Valutazione in itinere
- RE straordinario
- RE automatico trimestrale

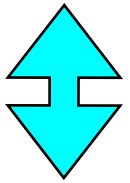


Episodi di iper-ipoglicemia:
Attivazione di una chat bot con indicazioni al paziente

Valutazione di fine periodo
- Chiusura modulo interazione (se attivato)
- Rivalutazione del piano di cura e degli obiettivi personali
- Condivisione con il/la paziente

- EVENTUALE attivazione di un periodo interazione (4 settimane)

Episodio di Crisi
- Segnalazione attraverso il RE



Rivalutazione del piano di cura

Parametri di valutazione

Accettabilità e usabilità piattaforma informatica

Utilizzatori pazienti

- Numero di arruolati e drop-out
- Profilo socio-economico-stili di vita degli arruolati
- N. inserimento dati/paziente e n. accessi APP/paziente
- Adesione al piano di cura
- Miglioramento del self-management del paziente

Utilizzatori medico e infermieristico

- Accettabilità e usabilità del cruscotto
- Facilità e completezza nel seguire i pazienti diabetici
- Parametri clinici
- Numero e stato di completezza dei RE prodotti
- Tempo e tipologia di risorse usate per i RE
- Numero di attivazione modulo di interazione

Analisi organizzativa

- Impiego di tempo/paziente
- Valutazione riduzione visite ambulatoriali
- Riduzione accessi in PS
- Riduzione numero di ricoveri ospedalieri
- Miglioramento dei parametri clinici rispetto al PDTA

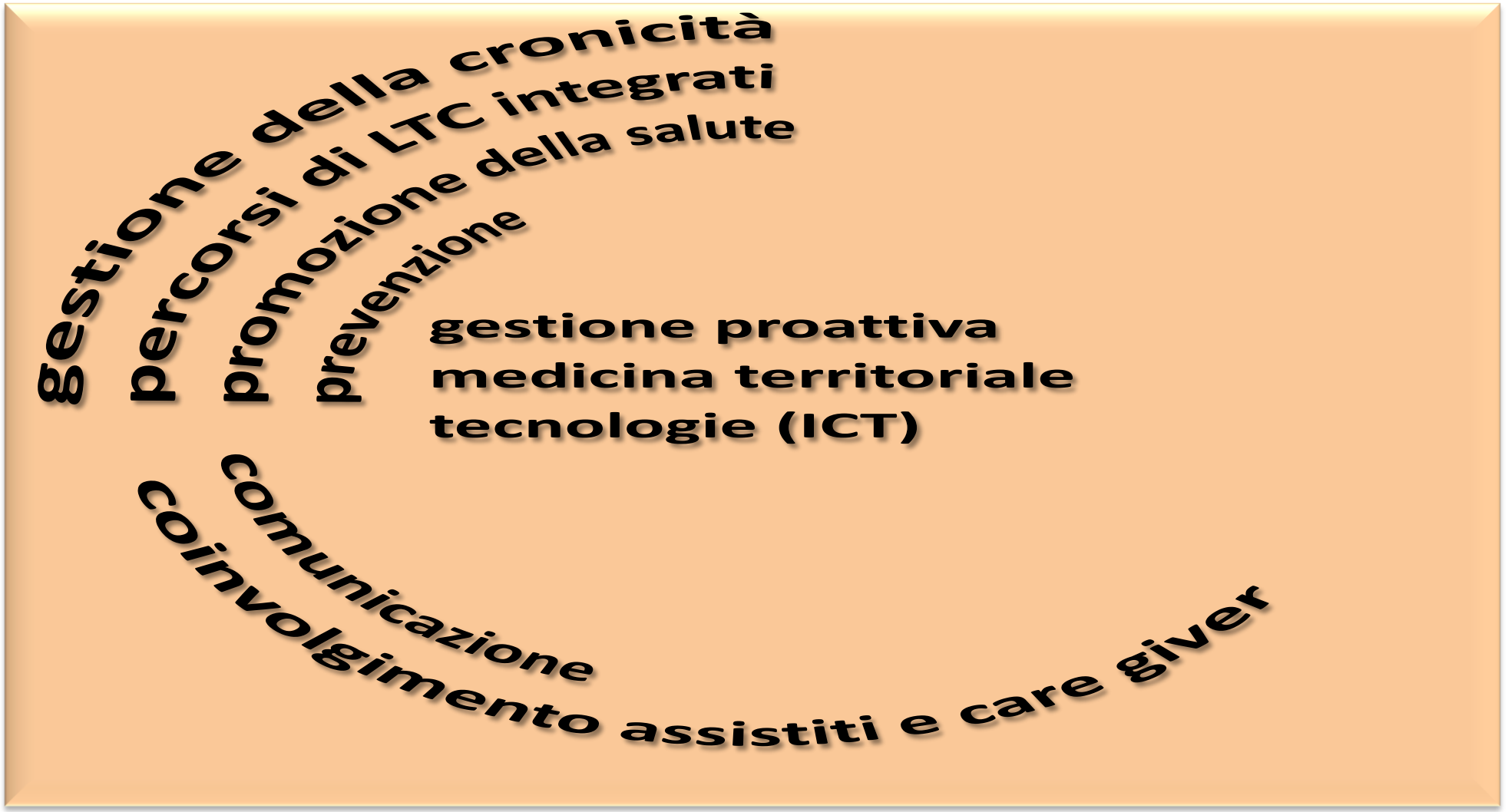
Ridisegno dei processi/percorsi

con l'introduzione della tecnologia digitale/informatica

e

possibilità di replicare i processi

per diversi ambiti e patologie croniche


gestione della cronicità
percorsi di LTC integrati
promozione della salute
prevenzione
gestione proattiva
medicina territoriale
tecnologie (ICT)
comunicazione
coinvolgimento assistiti e care giver

Grazie dell’attenzione