

SIMPOSIO

Telemedicina e COVID-19: un esempio di gestione presso una diabetologia territoriale

Telemedicine and COVID-19: an example of management in a territorial diabetology

F. Romeo¹, M. Doglio¹, C.B. Giorda¹

¹SC Diabetologia Territoriale ASLTO5.

Corresponding author: romeo.francesco@aslto5.piemonte.it

Abstract

The health emergency linked to the spread of COVID-19 has made it necessary to avoid travel and contact between people, forcing us to revolutionize the way we provide assistance to the chronically ill. In this short communication we report a telemedicine experience of a Piedmont territorial diabetology.

KEY WORDS telemedicine; diabetes mellitus; health organization.

Riassunto

L'emergenza sanitaria legata alla diffusione del COVID-19 ha reso necessario evitare gli spostamenti e i contatti fra le persone costringendoci a rivoluzionare il nostro modo di apportare assistenza ai malati cronici. In questa breve comunicazione viene riportata un'esperienza di telemedicina di una diabetologia territoriale piemontese.

PAROLE CHIAVE telemedicina; diabete mellito; organizzazione sanitaria.

Introduzione

L'emergenza sanitaria legata alla diffusione del COVID-19 ha reso necessario evitare gli spostamenti e i contatti fra le persone, cambiando radicalmente le nostre abitudini e mettendo in seria difficoltà il sistema sanitario nazionale.

La maggior parte delle risorse, sia umane che economiche, sono state destinate alla cura degli acuti ma si è cercato, nel contempo, di non dimenticare i cronici che rappresentano la maggior parte degli utenti che afferiscono ai servizi sanitari. La SC di Diabetologia Territoriale dell'ASL Torino 5 dispone di 4 sedi (Chieri, Moncalieri, Nichelino e Carmagnola) ed ha in carico circa 19.000 pazienti. Il servizio di diabetologia, nonostante l'emergenza, è rimasto sempre aperto e operativo su tutte le sedi attivando prontamente un sistema di telemedicina volto a far afferire in presenza solo i casi urgenti.



OPEN
ACCESS



PEER-
REVIEWED

Citation F. Romeo, M. Doglio, C.B. Giorda (2021) Telemedicina e COVID-19: un esempio di gestione presso una diabetologia territoriale. JAMD Vol. 23/4

DOI 10.36171/jamd.20.23.4.7

Editor Luca Monge, Associazione Medici Diabetologi, Italy

Received December, 2020

Accepted January, 2021

Published February, 2021

Copyright © 2021 Romeo. This is an open access article edited by [AMD](#), published by [Idelson Gnocchi](#), distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](#), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

Funding The Authors received no specific funding for this work.

Competing interest The Authors declare no competing interests.

Metodo

Nel PDTA messo a punto dalla nostra Struttura il personale infermieristico ha contattato telefonicamente i pazienti prenotati a visita diabetologica ordinaria e ne ha valutato, se necessario di concerto col diabetologo, la candidabilità e la disponibilità a eseguire la visita in telemedicina. Al paziente è stato richiesto l'invio via mail degli esami ematochimici qualora non fossero stati eseguiti presso il laboratorio dell'ASL TO5 (poichè in tal caso gli esami sono caricati direttamente sulla cartella elettronica diabetologica Smart Digital Clinic di Meteda S.r.l.), referti esami diagnostici, profili glicemici, elenco farmaci assunti, parametri antropometrici e altra documentazione sanitaria ritenuta rilevante.

Nei casi in cui il paziente non fosse stato telematicamente autonomo poteva avvalersi dell'assistenza di un familiare, di un caregiver o del medico di medicina generale (MMG).

La documentazione pervenuta è stata poi allegata in cartella informatizzata dal personale infermieristico e successivamente valutata dal medico. Il diabetologo ha effettuato la videochiamata attraverso un tablet aziendale o, nel caso di un utente telematicamente non abilitato, ha contattato telefonicamente il paziente per discutere della sua condizione clinica, condividere le possibili modifiche terapeutiche e chiarire eventuali dubbi sulla documentazione ricevuta. Infine, ha redatto la visita firmandola digitalmente.

L'applicativo utilizzato per la televisita è stato WhatsApp in quanto dotato di sistema di crittografia ed-to-end oltre ad essere ampiamente diffuso e di semplice utilizzo.

Qualora fosse stato necessario alla televisita poteva partecipare la dietista.

Una volta terminata questa fase le infermiere hanno trasmesso digitalmente in modalità protetta il documento comprensivo dei successivi appuntamenti e dell'eventuale rinforzo educativo al paziente o al caregiver, fornendo all'utente una password per l'apertura dei documenti.

Il piano terapeutico per l'autocontrollo è stato inviato direttamente in farmacia attraverso il Registro Regionale Diabete e il paziente ha potuto ritirare il materiale in farmacia già a partire dal giorno successivo. I piani terapeutici relativi ai farmaci e a eventuali altri documenti amministrativi, compresa copia del referto della visita, sono stati inviati direttamente al Medico di Medicina generale che nella nostra ASL è dotato di mail aziendale inserita in intranet e quindi protetta.

Nel caso di prima visita diabetologica o invio anticipato per peggioramento del compenso e/o di una complicanza è stato il MMG curante a inviare direttamente la mail con esami e impegnativa dematerializzata al Servizio di diabetologia che successivamente ha contattato il paziente e programmato una visita in presenza.

Per quanto concerne i pazienti con diabete tipo 1 dotati di sistema di monitoraggio flash o in continuo del glucosio (CGM) è stato potenziato notevolmente il sistema di scarico dati da remoto attraverso appositi software superando barriere burocratiche fino a qualche mese prima ritenute invalicabili.

Per le donne con diabete gestazionale è stata programmata una visita in presenza, preferibilmente unica, in cui la paziente è stata avviata all'autocontrollo, è stata imposta una dieta specifica e ed eseguita la prima visita medica. È stato programmato quindi l'invio via e-mail ogni 7-15 giorni di profili glicemici, registrazioni di peso, pressione ed eventuale documentazione ginecologica. La paziente è stata riconvocata in presenza solo in caso di assoluta necessità.

Il numero di prestazioni eseguite con questa modalità è stato di 4.546 nel periodo compreso fra il 1° giugno e il 16 novembre 2020.

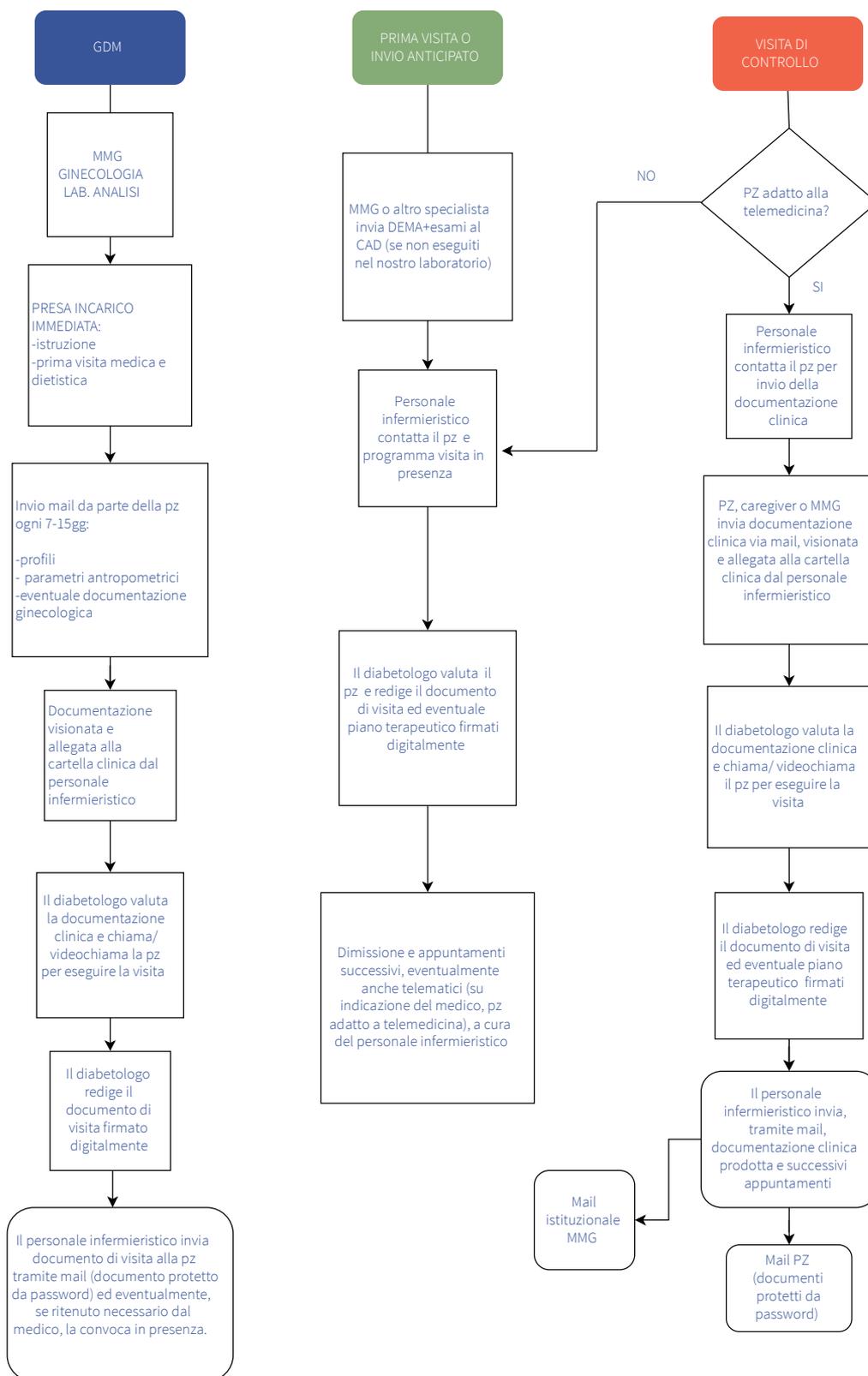
Nella figura 1 viene presentata la flow-chart dell'attività di telemedicina della SC di Diabetologia Territoriale dell'ASL TO5 nelle tre tipologie di visite considerate: Prima visita o Invio anticipato; Visita di controllo; Diabete gestazionale.

Discussione

Se ci avessero detto solo un anno fa che avremmo erogato un'assistenza diversa da quella in presenza non ci avremmo creduto. L'accesso dei pazienti ai nostri servizi e l'instaurarsi di un rapporto di fiducia e collaborazione, quasi familiare, è sempre stato alla base dell'assistenza alle patologie croniche e al diabete in particolare.

Sicuramente, quindi, quest'emergenza non solo ha creato grandi difficoltà organizzative e di cura, ma ha rappresentato anche un'opportunità per cambiare e per provare a erogare un'assistenza diversa ma non per questo di minore qualità e meno gravosa.

Diverse sono state le criticità: l'immane numero di mail cui dover dare risposta in tempi brevi (entro 48h), allegati non leggibili o incompleti, indirizzi mail sbagliati, mancata risposta al telefono da parte del paziente, linea telefonica perennemente occupata, esami di laboratorio non eseguiti causa emer-



GDM = Gravida con diabete gestazionale, MMG= Medico di Medicina Generale, PZ= Paziente.

Figura 1 | Diagramma di flusso dell'attività di telemedicina della SC di Diabetologia Territoriale dell'ASL TO5.

genza, personale insufficiente e non formato hanno richiesto un maggior impegno sia organizzativo che psicologico rispetto al precedente metodo “cotto e mangiato”.

A tutto questo, si è aggiunta la mancanza di tecnologia adeguata (cuffie, telecamera, programmi di televisita, dispositivi, rete internet) purtroppo non solo da parte dei pazienti. Senza scordare le carenze burocratiche come l'impossibilità di rendicontare le prestazioni in telemedicina, anche se in questo senso ci sono recenti aperture da parte della Regione Piemonte, e la necessità di sicurezza con il rispetto della normativa General Data Protection Regulation. Nella nostra riorganizzazione siamo stati senz'altro avvantaggiati da alcune condizioni già acquisite prima dell'emergenza, come le prenotazioni in autonomia senza dover ricorrere al Centro Unificato Prenotazioni, la firma digitale, la mail aziendale anche per i medici di medicina generale il cui contributo è stato fondamentale, figure mai escluse dal flusso informativo, ma anzi parte integrante dello stesso. Importante, ovviamente,

anche la disponibilità della Direzione aziendale che ha avallato le nostre proposte abilitando la protezione dei documenti, fornendoci un tablet aziendale con relativa applicazione per le videochiamate, dotandoci di una nuova linea telefonica e sbloccando alcuni programmi di scarico dati da remoto. Quindi come spesso accade, non solo in sanità ma in tutte le organizzazioni, è il lavoro di squadra con il coinvolgimento di tutti gli attori del sistema a rendere possibili nuove risposte alle esigenze degli utenti.

Il sistema descritto, come detto, presenta sicuramente dei limiti ed è senz'altro migliorabile. In questo senso la formazione e la disponibilità di personale dedicato, la creazione di un codice di rendicontazione e la possibilità, come già richiesto da alcuni servizi, di avere all'interno della cartella digitale un applicativo dedicato alla televisita e allo scambio dei documenti potrebbero essere le prime e fondamentali dotazioni per poter pensare a un sistema di telemedicina strutturato e permanente nel tempo ad integrazione della visita in presenza.