FONDAZIONE EFESTO

Ente per la cultura inclusiva

Telemedicina & Inclusività

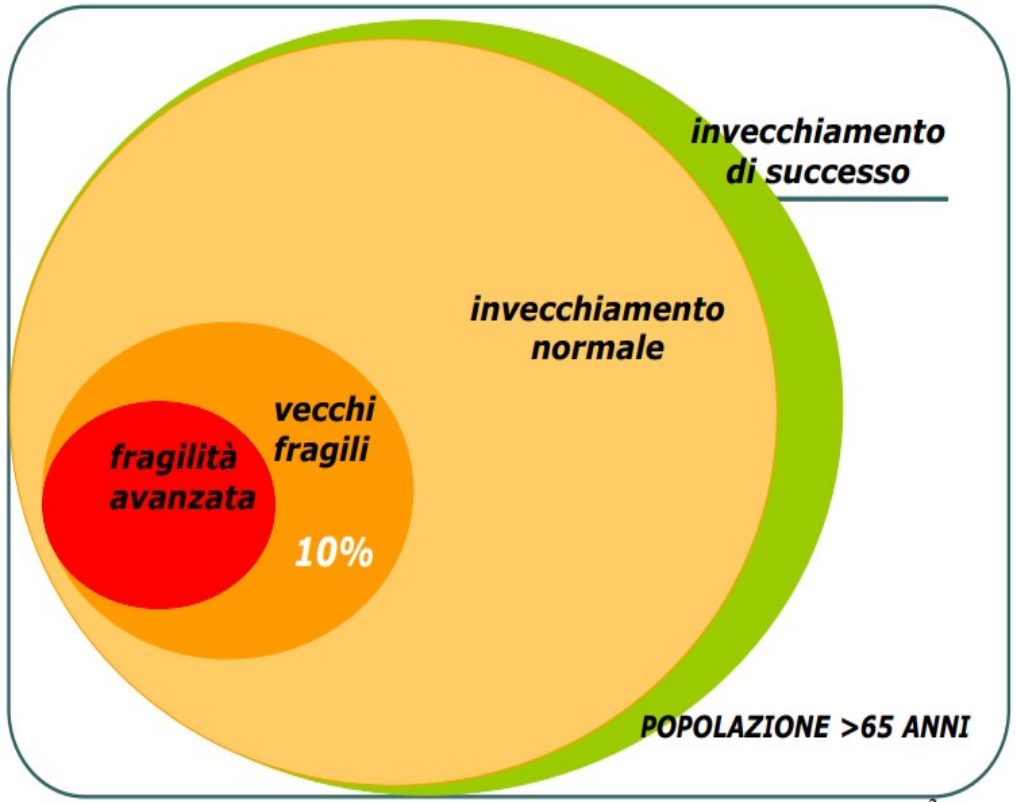
“Conversazioni inclusive in viaggio “

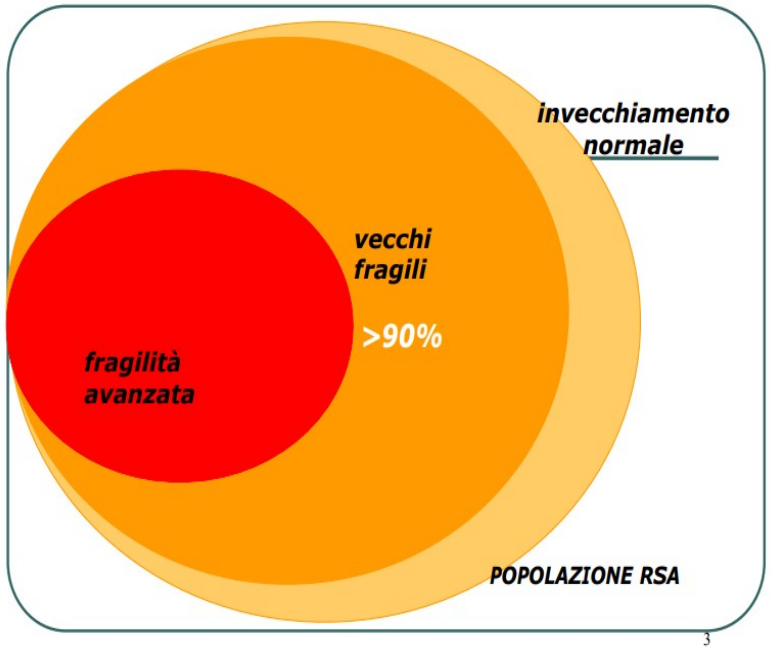
Dialoghi di medicina , cura del territorio , storia e storie

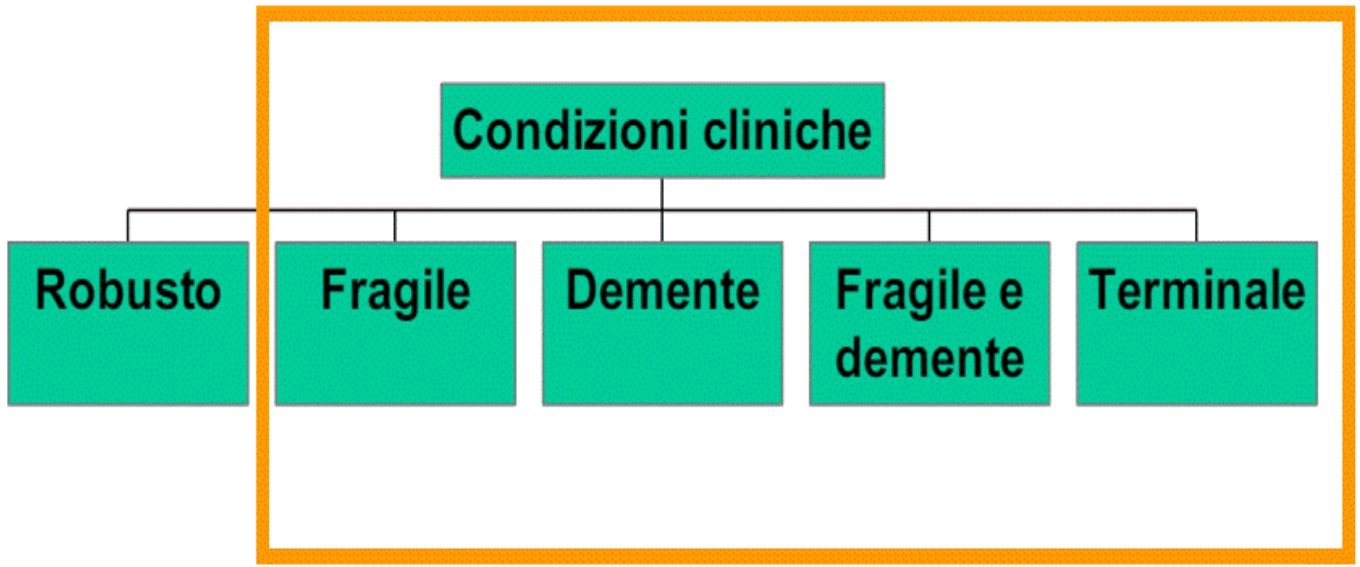
Feltre 17 settembre 2026




Cortina d'Ampezzo
Auronzo di Cadore
Comelico Superiore
San Pietro di Cadore
Santo Stefano di Cadore
Vigo di Cadore
Lozzo di Cadore
Calalzo di Cadore
San Vito di Cadore
Domegge di Cadore
Lorenzago di Cadore
Pieve di Cadore
Borca di Cadore
Vodo di Cadore
Valle di Cadore
Cibiana di Cadore
Perarolo di Cadore
Ospitale di Cadore
Livinallongo del Col di Lana
Selva di Cadore
Rocca Pietore
Alleghe
Falcade
Val di Zoldo
Taibon Agordino
Agordo
La Valle Agordina
Voltago Agordino
Gosaldo
Longarone
Sedico
Sospirolo
Belluno
Ponte nelle Alpi
Soverzene
Chies d'Alpago
Alpago
Tambre
Limana
Cesiomaggiore
Lamon
Sovramonte
Pedavena
Feltre
Fonzaso
Arsiè
Seren del Grappa
Setteville
Borgo Valbelluna
Santa Giustina


invecchiamento di successo
invecchiamento normale
vecchi fragili
fragilità avanzata
10%
POPOLAZIONE >65 ANNI


invecchiamento
normale
vecchi
fragili
>90%
fragilità
avanzata
POPOLAZIONE RSA


Condizioni cliniche
Robusto
Fragile
Demente
Fragile e demente
Terminale

Telemedicina & Inclusività

“Conversazioni inclusive in viaggio “

Dialoghi di medicina , cura del territorio , storia e storie







Multimorbilità
Politerapia

Età > 80 anni
-cadute
-incontinenza
-problemi nutrizionali
-disfagia
-anemia
-sarcopenia
-instabilità clinica
-patologia a cascata

Declino funzionale
-cognitivo
-fisico
-psichico
-socio-eonomico



“Instabilità clinica “
Sec. Criteri di Halm

Temp.corporea. >37.8 gradi
Freq.cardiaca >100 /min
Freq.respiratoria > 24/min
Saturazione 02 < 90%
Non alimentazione
Delirium
Dolore

Sono 3 milioni e mezzo gli anziani che assumono 10 farmaci al giorno

30 Dicembre 2022 - 12:45

Un decalogo messo a punto da "Italia longeva" aiuta a responsabilizzare i pazienti e i care giver

Gioia Locati

5



- occorre porsi un’altra domanda avendo a che fare con grandi numeri e con situazioni complesse e polifattoriali

COME ORGANIZZARSI per garantire questi servizi

- Il TERRITORIO con la sua RETE dei SERVIZI rappresenta il luogo più APPROPRIATO per la GESTIONE delle CRONICITA’

"La casa non è soltanto un tetto sotto cui ripararsi, ma l'intreccio invisibile di ricordi, affetti e silenzi che danno forma alla nostra identità"

Salute 24

Il Sole 24 ORE

L'analisi

LA MISSIONE (POSSIBILE) DELLE CURE A CASA

di **Roberto Bernabei**

Ci è voluta un'emergenza sanitaria globale per renderci conto che i fragili si curano sul territorio e che, grazie al supporto delle tecnologie digitali, riusciamo a prenderci cura di questi pazienti anche a distanza. La pandemia ha sfidato il Servizio sanitario laddove, per anni, erano state dedicate risorse e sforzi inadeguati: l'assistenza domiciliare integrata (Adi). Un paradosso, considerato che siamo il primo Paese in Europa per numero di anziani, oggi un quarto della popolazione, e tra gli ultimi per cure domiciliari. I dati del ministero della Salute, censiti da Italia Longeva, ci dicono che l'offerta di Adi, da anni pressoché invariata per numero di assistiti e giornate di presa in carico, è persino peggiorata nell'anno del Covid: nel 2020, poco più di 385mila over-65 (il 2,7% del totale) sono stati curati a domicilio, a fronte di almeno 2 milioni di anziani fragili, con multimorbidità e disabilità, che avrebbero bisogno di cure e monitoraggio continui. L'analisi conferma anche un'altra costante della sanità nostrana, quella delle disomogeneità territoriali, con Regioni in grado di garantire cure domiciliari a più del 3,5% degli anziani e altre che stentano a raggiungere tassi di copertura dell'1%, in molti casi offrendo prestazioni a basso livello di intensità assistenziale e a carattere episodico, come eseguire a domicilio un prelievo ematico. Ma l'Adi è un'altra cosa, prevede un programma di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi che rispondono a bisogni clinici specifici dell'anziano, volti a limitarne il declino funzionale e a migliorare la qualità di vita, e integrati con prestazioni di carattere sociale. Ed è questo che allontana il nostro fragile dall'ospedale posizionandolo nel contesto più favorevole e "curativo", la propria dimora.

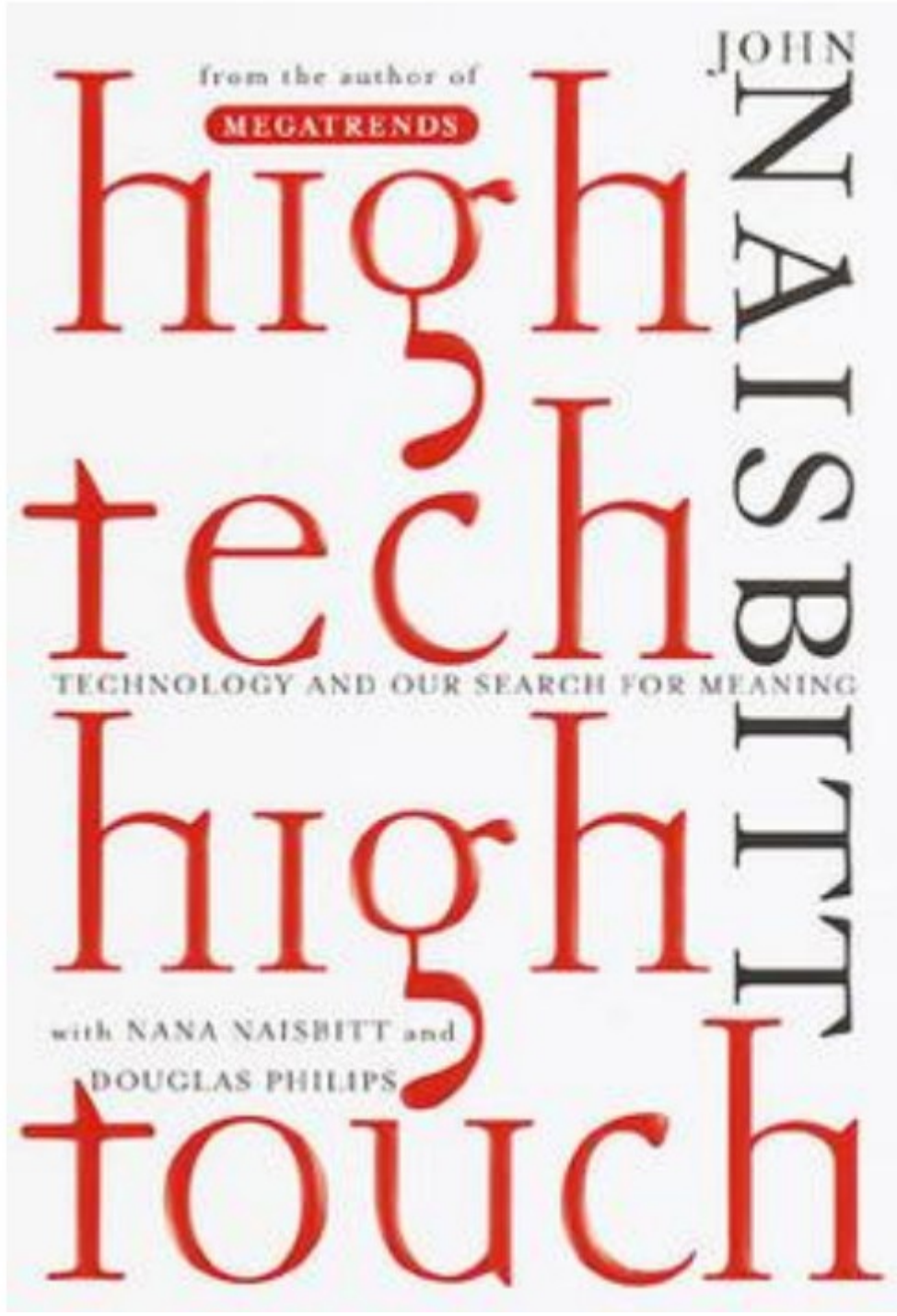
Se è vero che la pandemia ci ha sfidato, ci ha anche preparato alla ricostruzione, dando una forte accelerazione al potenziamento delle "cure a casa", uno dei pilastri della long-term care. Negli ultimi mesi l'Adi è rientrata prepotentemente nell'attenzione dell'istituzioni sanitarie che ne hanno compreso l'urgenza di sostenerla e rilanciarla con finanziamenti adeguati. Il Piano nazionale ripresa e resilienza (Pnrr) getta le basi per la costruzione dei servizi domiciliari di cui l'Italia ha bisogno, con l'obiettivo, nei prossimi 5 anni, di prendere in carico il 10% di over-65, in linea con le migliori prassi europee che, come emerge dall'analisi di Italia Longeva, toccano punte del 13% in Germania e dove quasi un ultra-ottantenne su tre è assistito a domicilio.

La disponibilità di risorse - che questa volta non mancano - da sola non basta per costruire un sistema in grado di gestire in maniera efficace la multimorbidità e la fragilità dell'anziano moderno. Affinché l'obiettivo del Pnrr non diventi una «missione impossibile», serve compiere un passaggio culturale e un salto organizzativo che vadano nella direzione di uniformare il sistema ispirandosi ai migliori standard di valutazione del bisogno per permettere il migliore management clinico, assistito dalla più moderna tecnologia. Dobbiamo infatti ricordarci che l'assistenza domiciliare è un'operazione precisa e complessa e, come tale, bisogna essere educati a farla, implicando un'attenta valutazione dei bisogni multidimensionali e l'intervento sul paziente a domicilio, in stretta e continua collaborazione tra medico di medicina generale, infermiere, terapista della riabilitazione. Anche per sfruttare appieno le opportunità offerte dalle nuove tecnologie, dalla telemedicina alle terapie digitali, si rendono necessarie nuove competenze per il personale sanitario. È un'ipotesi percorribile, non si tratta di essere utopisti: se saremo capaci di investire e mettere insieme questi due mondi, quello della tecnologia e quello della formazione, riusciremo a vincere la sfida di una long-term care matura e moderna.

Si devono mettere insieme il mondo della tecnologia e quello della formazione per la sfida delle long term care

Presidente Italia Longeva

© RIPRODUZIONE RISERVATA



J. Naisbitt, *Megatrends*, 1982

Al crescere della tecnologia cresce il bisogno di contatto umano, di personalizzazione delle cure, di spiritualità

- Mentre sta aumentando la richiesta di risposte ai bisogni delle patologie cronico-degenerative, il sistema assistenziale nel suo complesso da sostanzialmente una risposta ancora di tipo ospedalocentrico più attrezzata per il trattamento delle patologie acute.

Esigenza di dare risposta alla cronicità

- Individuare un modello socio-assistenziale flessibile e a costi sostenibili
- Aumentare l'attenzione alla QUALITA' della vita
- Costruire e migliorare la rete assistenziali del territorio al fine di individuare percorsi alternativi alla ospedalizzazione
- Rideterminare un nuovo equilibrio tra il sociale e il sanitario

Nelle forme di cronicità, specie le più avanzate anche la medicina specialistico-tecnologica ha pochi strumenti, mentre una medicina basata sulla persona appare più adeguata ed esaustiva nei confronti dei bisogni che si creano in tale situazione e più appropriata nelle risposte

“Instabilità clinica” sec. criteri di Halm

temperatura corporea > 37,8 gradi;
frequenza cardiaca > 100/minuto;
frequenza respiratoria > 24/minuto;
saturazione di ossigeno: SO2 < 90% ;
incapacità ad alimentarsi in modo autonomo;
delirium;
dolore.

Instabilità clinica:
Presenza di almeno un indicatore tra i primi 5,
oppure gli ultimi 2 indicatori associati ad almeno 1 dei primi 5 indicatori.

L'Instabilità clinica è correlata all'alterazione dei parametri fisiologici (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea, livello di coscienza, saturazione dell'Ossigeno) e permette di identificare il rischio di un rapido peggioramento clinico o di morte.

Viene in genere valutata con gli ***Early warning scores***.

scala **MEWS** (*MODIFIED EARLY WARNING SCORE)* in cui i pazienti vengono stratificati in:

- **BASSO/STABILE (score 0-2)**
- **MEDIO/INSTABILE (score 3-4)**
- **ALTO RISCHIO/CRITICO (score 5).**

Modified Early Warning Score

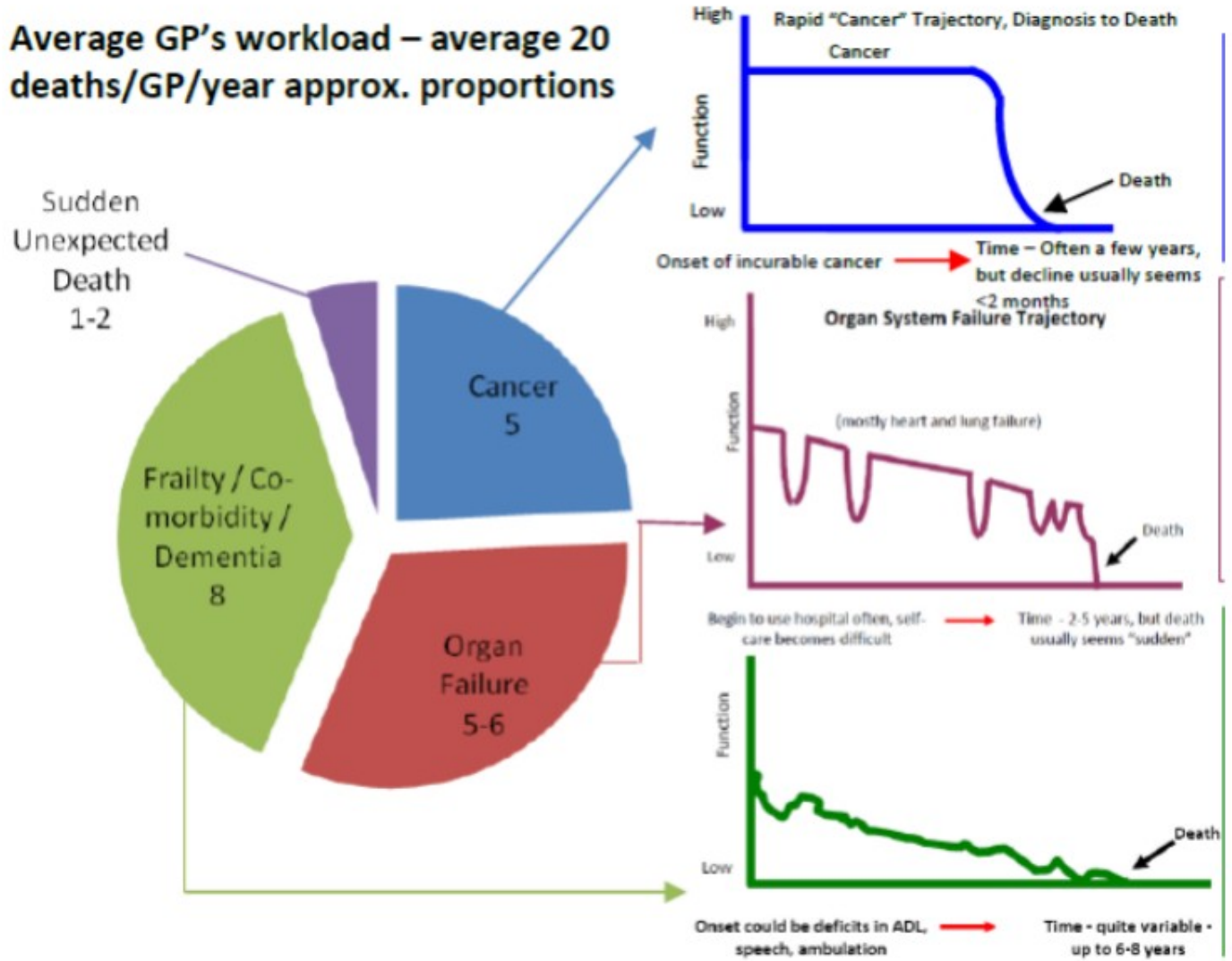
Cognome ..... Nome ..... Data di nascita ..... Luogo di nascita ..... Età .....

	3	2	1	0	1	2	3	Valore
Frequenza Respiratoria		< 9		9 - 14	15 - 20	21 - 29	> 30	.....
Frequenza Cardiaca		< 40	41 - 50	51 - 100	101 - 110	111 - 129	> 130	.....
Pressione Arteriosa Sistolica	< 70	71 - 80	81 - 100	101 - 199		> 200		.....
Livello di Coscienza				Vigile	Risponde alla voce	Risponde al dolore	Non risponde	.....
Temperatura corporea (°C)		< 35		35 - 38,4		> 38,5		.....

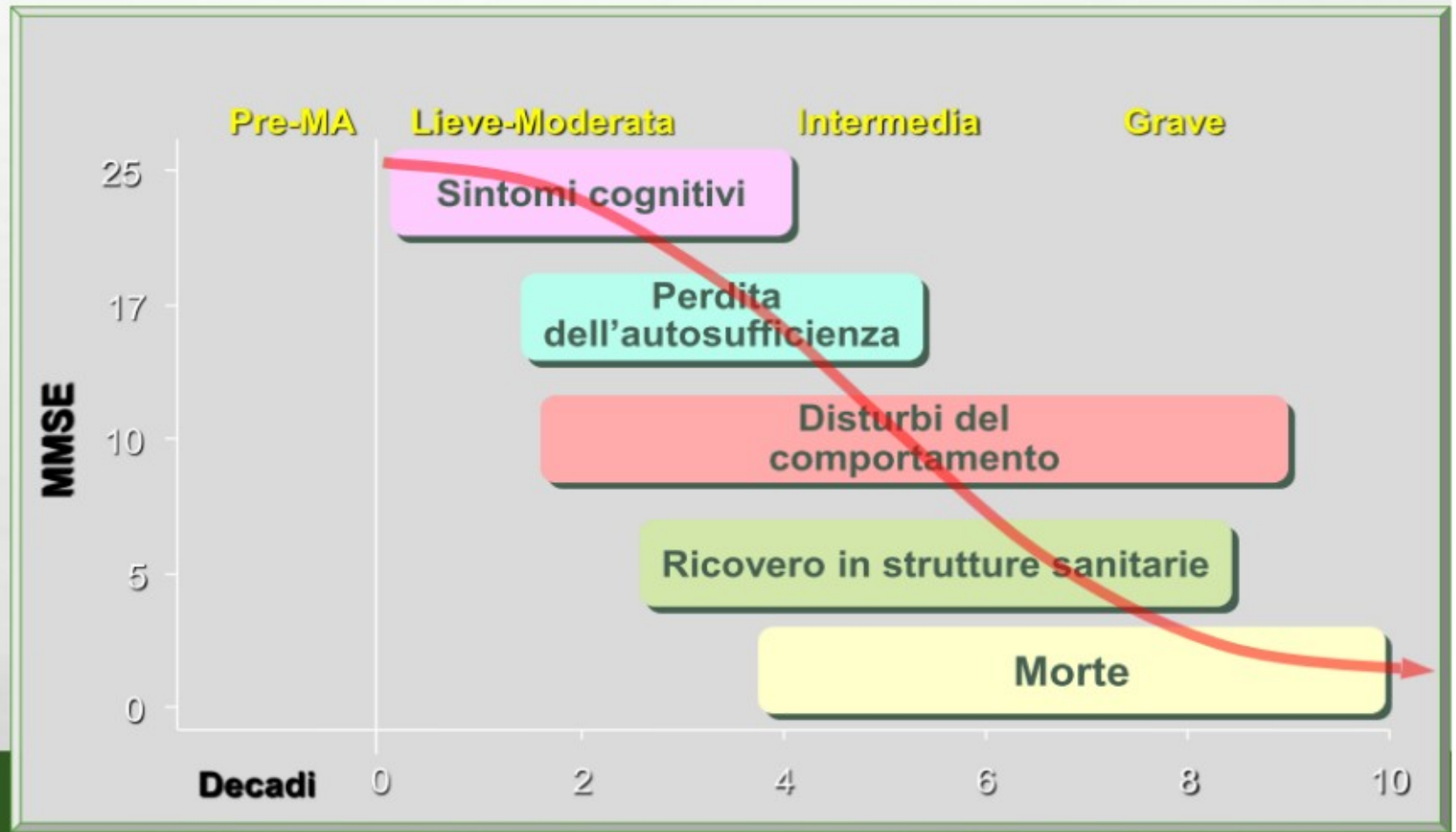
Comorbidità

Totale .....

Traiettoria della malattia



STORIA NATURALE DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER



Adattata da Gauthier S. ed. Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer's Disease. 1996.

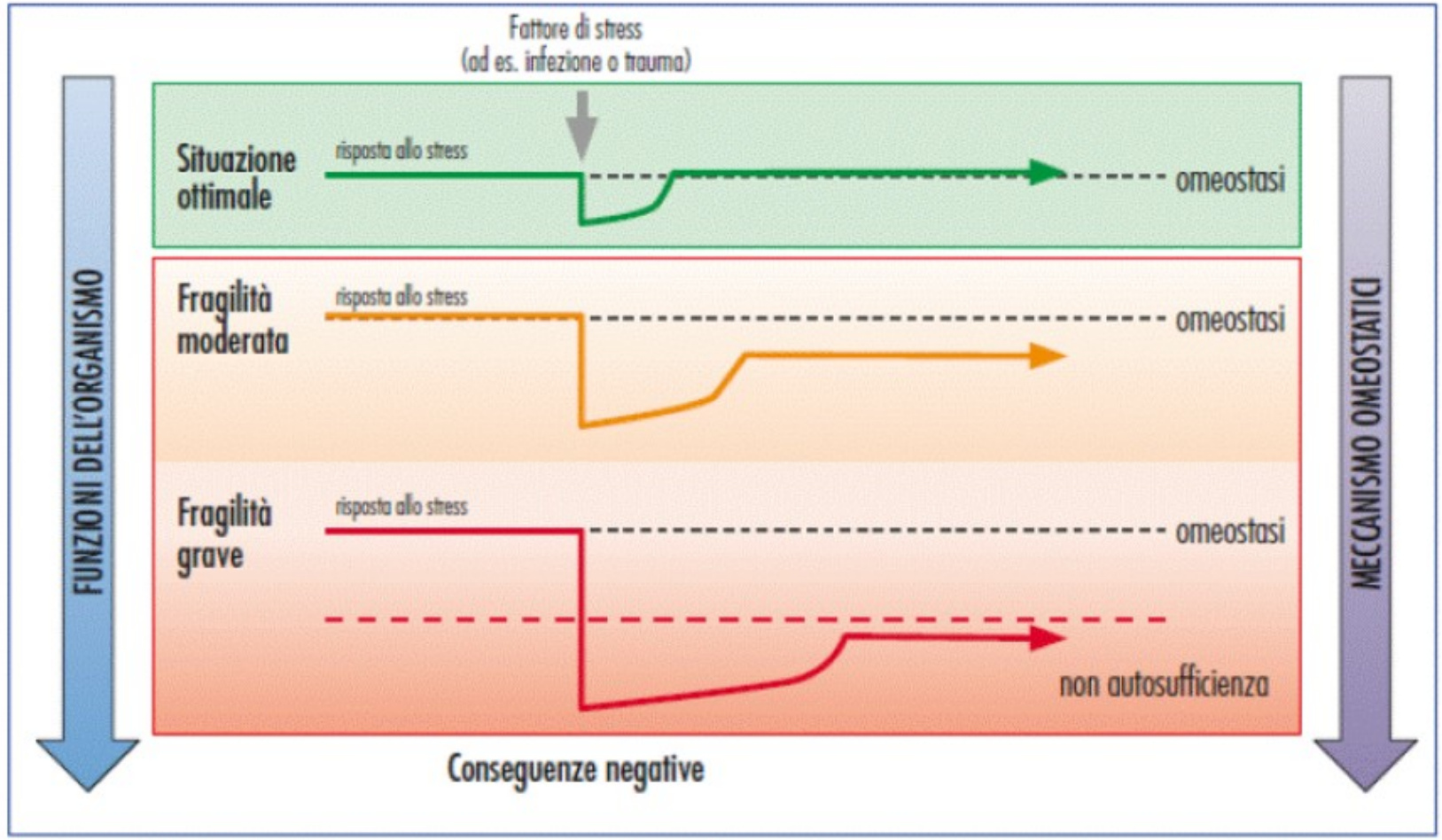
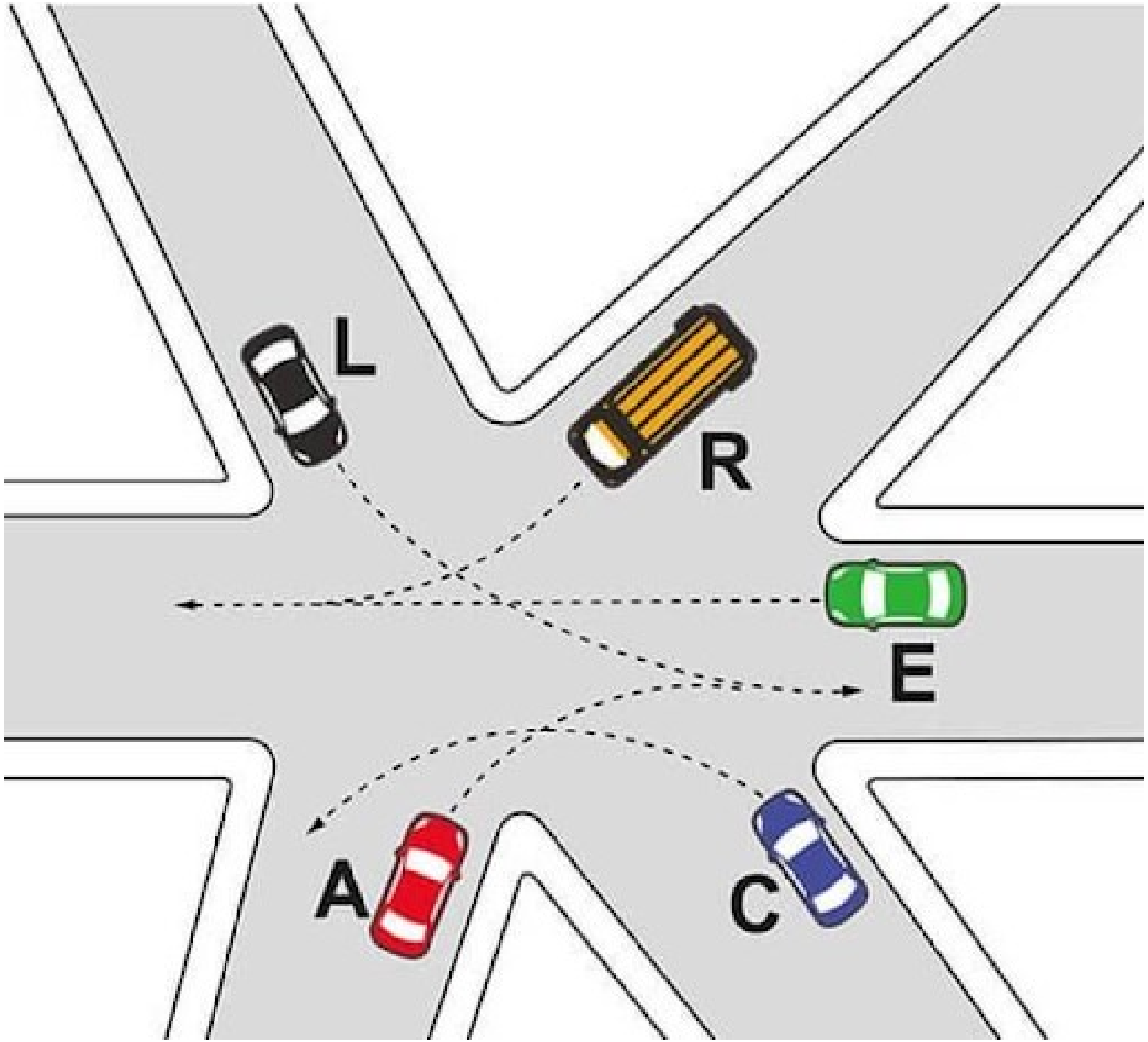


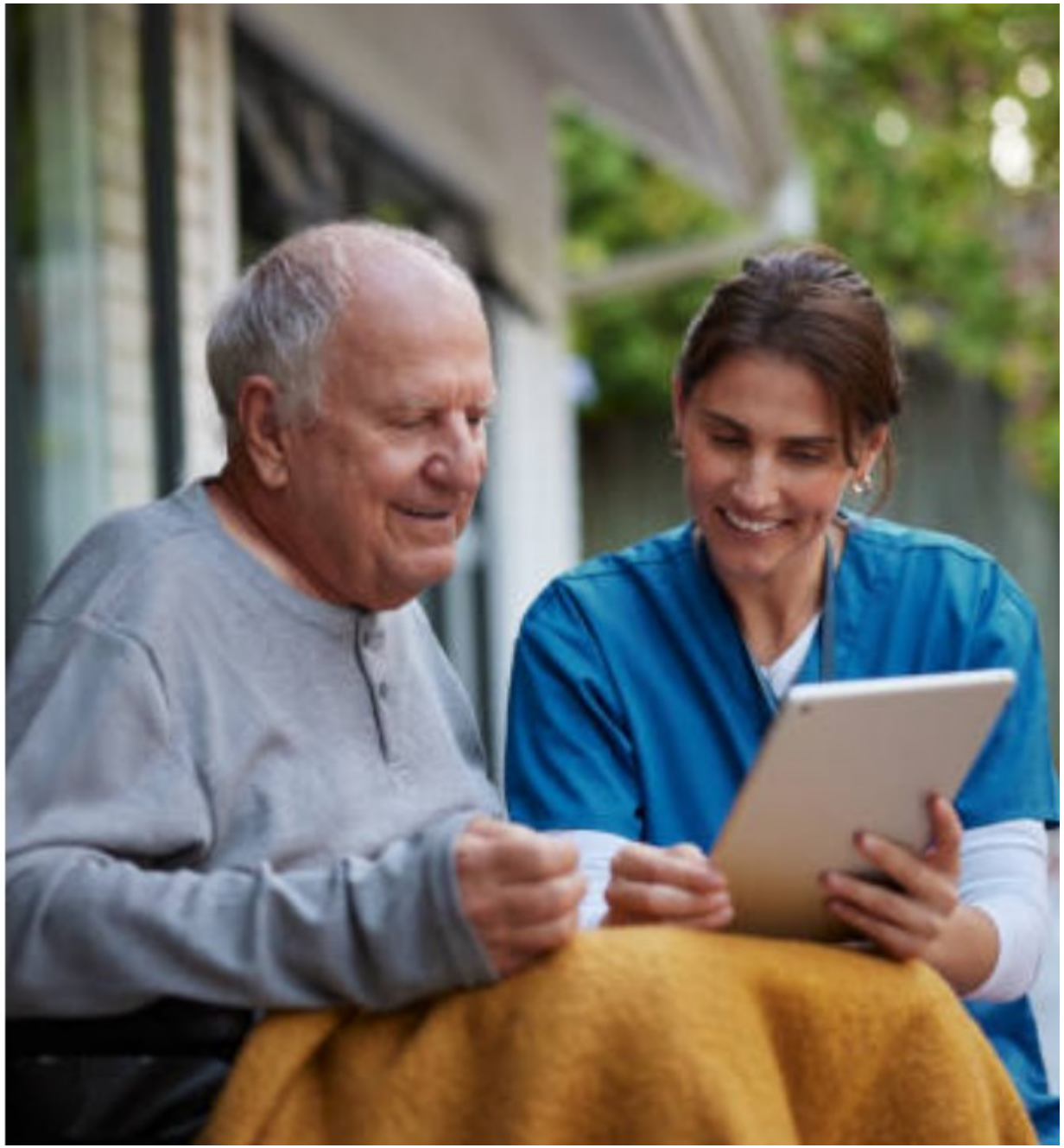
Figura 4. Vulnerabilità dei soggetti anziani fragili ai fattori di stress (da British Columbia Guideline, 2017, mod.).


L
R
E
A
C

L'Umano al Centro

Tecnologia e Relazione

La telemedicina non sostituisce il fattore umano, ma potenzia l'assistenza personalizzata e la vicinanza medico-paziente.
L'integrazione di caregiver formati garantisce serenità ed efficacia anche nell'uso quotidiano degli strumenti digitali da parte degli anziani.



Benefici per i Fragili

- **Abbattimento barriere fisiche:** Riduzione drastica dei tempi e dei costi di trasporto per pazienti a ridotta mobilità.
- **Monitoraggio continuo:** Il telemonitoraggio dei parametri vitali protegge i pazienti anziani direttamente nel loro ambiente familiare.
- **Supporto ai Caregiver:** Semplificazione della gestione degli appuntamenti e della comunicazione con lo staff medico.
- **Riduzione dello stress:** Accesso a consulti specialistici evitando l'impatto psicologico delle frequentazioni ospedaliere.



Accessibilità Geografica e Spaziale

Cure oltre i confini fisici

La telemedicina garantisce l'accesso alle consulenze specialistiche a chi risiede in zone rurali, montane o isole minori, riducendo drasticamente tempi e costi di spostamento.

- **Equità territoriale:** Standard di cura identici indipendentemente dal luogo di residenza.
- **Continuità assistenziale:** Monitoraggio costante da remoto per i pazienti nelle aree interne.



Opportunità e Sfide

Fabbisogno Inclusivo

La telemedicina azzera le distanze per chi vive in comunità isolate, facilita l'assistenza domiciliare dei malati cronici e consente consulti medici senza la necessità di complessi trasferimenti fisici.

Rischio di Esclusione

Senza una progettazione mirata, le piattaforme digitali rischiano di creare nuove barriere d'accesso per anziani, persone con disabilità sensoriali o cittadini con limitate competenze informatiche.

Pazienti

Accedi alla lista dei pazienti, monitora i loro progressi e gestisci i percorsi di cura.

Vai →

Kit

Visualizza e gestisci i kit da dare ai pazienti

Vai →

Etichette

Visualizza e gestisci le etichette per raggruppare i pazienti

Vai →

Documentazione

Documentazione varia, manuali d'uso e certificazioni CE.

Esame del **03/04/2025**

Domanda	*Risposta*
Mental status	Lucido (0-3)
Alimentazione	No
Disfagia liquidi	Si
Disfagia solidi	Si
Deambulazione	Instabilità motoria
Cadute	-
Decubito	Si, glutei
Grado decubito	2
Diuresi	> 1000 cc
Alvo	Stipsi
Idratazione via	Sottocute
Idratazione quantità	> 1000 cc
Dispnea	No
Edemi	No
Notte	Sonno regolare
Glicemia	80-150 mg/dl
Dolore	-
Contenzione	Fisica

Parametro	*Valore*	*U.M*
SpO2	99	%
FC	52	bpm
PAS	115	mmHg
PAD	81	mmHg
Temperatura	25.9	°C

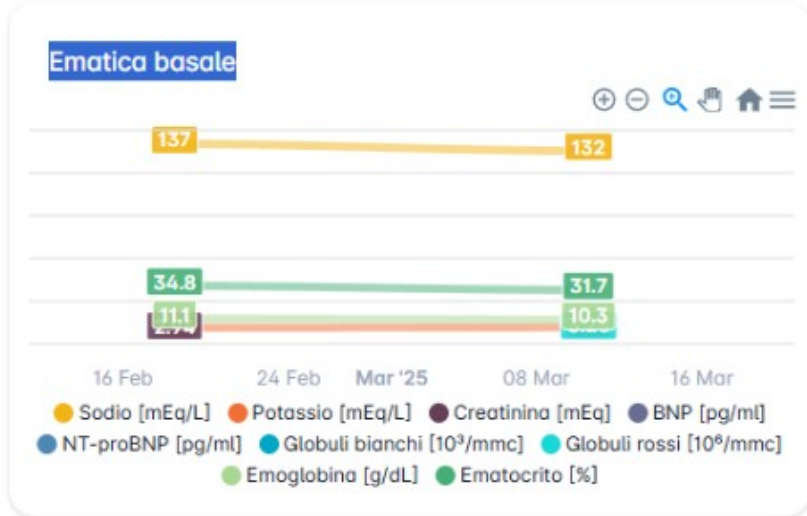

71 48 69 62 89 78 89 90 83 55 80 110 74 94 69 95 77 99 68 54 100
16 Feb
24 Feb
08 Mar
16 Mar
24 Mar
Apr '25


96 89 92 92 92 95 95 93 95 88 95 95 98 93 92 94 95 96 94 96 95 91 93 95 95
16 Feb
24 Feb
08 Mar
16 Mar
24 Mar
Apr '25


94 96 79 81 50 124 94 71 68 157 177 147 71 119 171 155 82 89 169 76 141 76 159 97 111 67 155 83 121 81 160 77 130 84 124 61 76
16 Feb
24 Feb
08 Mar
16 Mar
24 Mar
Apr '25
sys
dia

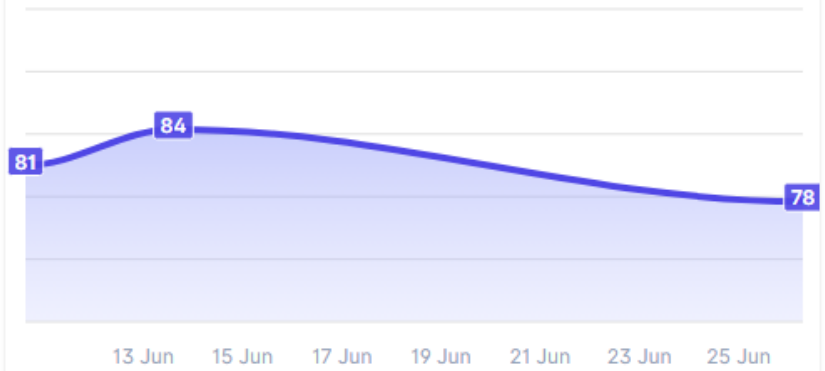

Peso


Ecografia basale
16 Feb
24 Feb
Mar '25
08 Mar
16 Mar
Volume atriale [ml]
TAPSE [mm]
VD-AD [mmHg]
LVEF [%]

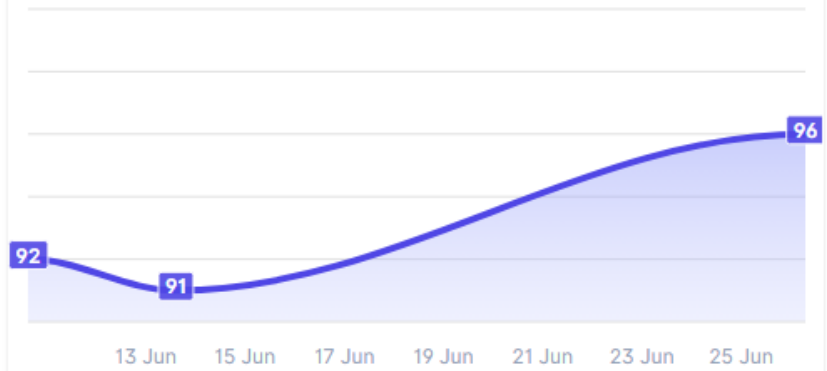

Ematica basale
137
132
34.8
31.7
11.1
10.3
16 Feb
24 Feb
Mar '25
08 Mar
16 Mar
Sodio [mEq/L]
Potassio [mEq/L]
Creatinina [mEq]
BNP [pg/ml]
NT-proBNP [pg/ml]
Globuli bianchi [10³/mmc]
Globuli rossi [10⁶/mmc]
Emoglobina [g/dL]
Ematocrito [%]

Ultima acquisizione dei parametri: 26/06/2024

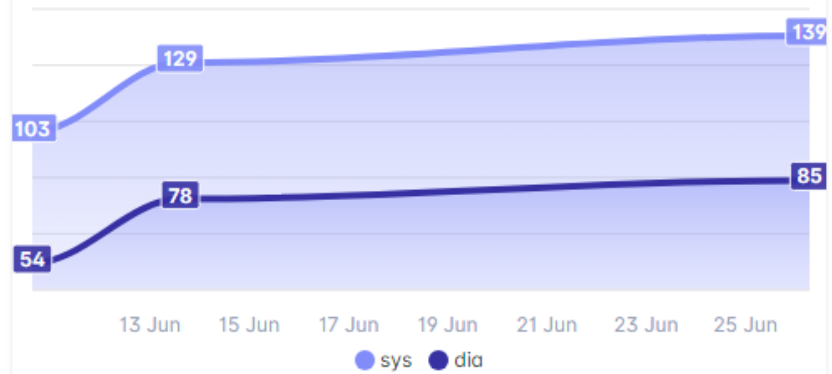
Frequenza cardiaca



Saturimetria



Pressione arteriosa



Visita di controllo

Mar 20, 1:24 PM

Vedi dettaglio

Inversione del trend di anemizzazione EEC 06/03/25 Hb 10.3, EEC 13/03/25 Hb 9.8. EEC 27/03/2025 Hb 11.1. EPO nella norma 15.3 IU/L, reticolociti ai limiti superiori di norma (lieve reticolocitosi in linea con il quadro anemico precedente). La paziente, nonostante la nuova terapia, continua a manifestare il disturbo del comportamento con ossessione per andare in bagno, che la espone a rischio di cadute in quanto il suo desiderio incoercibile di recarsi in bagno la spinge ad alzarsi in piedi autonomamente senza sorveglianza. Messa comoda vicino al letto per ridurre tragitto e rischio di caduta.

Televisita

Mar 10, 2:05 PM

Vedi dettaglio

Digossinemia del 06/3/25 a 0.6 ug/L. Presenza di disioniemia con iponatriemia e iperkaliemia. Permane il trend di anemizzazione ora Hb a 10.3 con macrocitosi . Risoluzione dell'IVU (Urinocoltura negativa). PA nella norma quando la paziente non è agitata, durante le crisi d'ansia crisi ipertensive. Attualmente Quetiapina 50mg 1 cp al mattino + 25mg 1 cp la sera. Talofen os gtt 4+6+8 gtt rispettivamente mattino, pomeriggio e sera Permane il disturbo comportamentale con ossessione per andare in bagno ad urinare (ha il panno) e se non riesce ad andare facendosi accompagnare si innesca la crisi d'ansia. Quadro clinico comunque migliorato rispetto alla settimana scorsa.



Esame del **06/03/2025**

Domanda	*Risposta*
Mental status	Lucido (0-3)
Alimentazione	Si
Disfagia liquidi	No
Disfagia solidi	No
Deambulazione	Con ausilio
Cadute	No
Decubito	No
Grado decubito	-
Allegati decubito	true
Diuresi	500-1000 cc
Alvo	Regolare
Idratazione via	Orale
Idratazione quantità	> 1000 cc
Dispnea	No
Edemi	No
Notte	Sonno regolare
Glicemia	151-200 mg/dl
Dolore	0
Contenzione	-
Allegati	true



Esame del **21/03/2025**

Domanda	*Risposta*
Mental status	Molto confuso/stuporoso/non somministratile (9-10)
Alimentazione	No
Disfagia liquidi	Si
Disfagia solidi	Si
Deambulazione	Instabilità motoria
Cadute	Negli ultimi sei mesi
Decubito	Si, talloni
Grado decubito	3
Diuresi	500-1000 cc
Alvo	-
Idratazione via	Orale
Idratazione quantità	tra 500-1000 cc
Dispnea	No
Edemi	No
Notte	Sonno regolare
Glicemia	-
Dolore	8
Contenzione	Fisica

Parametro	*Valore*	*U.M*
SpO2	-	%
FC	-	bpm
PAS	-	mmHg
PAD	-	mmHg
Temperatura	-	°C

Azioni Chiave per la Sanità

- **Promuovere la multicanalità:** Consentire l'accesso tramite app, portali web o supporto telefonico in base al livello di competenza del cittadino.
- **Integrazione dei dati clinici:** Connettere i dispositivi remoti direttamente al Fascicolo Sanitario Elettronico per risposte tempestive.
- **Sostegno ai Caregiver:** Creare guide brevi e assistenza tecnica dedicata per facilitare la gestione delle visite di familiari fragili.
- **Monitoraggio dell'accessibilità:** Effettuare audit periodici sugli standard WCAG e sull'usabilità reale delle piattaforme digitali.

Il Design Universale

Progettare sistemi sanitari digitali fruibili da chiunque, indipendentemente dalle abilità fisiche, cognitive o tecnologiche dell'utente.

Requisiti per un Design Universale

Accessibility by Design

Sviluppo nativo conforme alle linee guida internazionali WCAG 2.1 per garantire l'uso completo con tecnologie assistive e lettori di schermo.

Rete Socio-Sanitaria

Coinvolgimento attivo di Medici di Medicina Generale, Infermieri di Famiglia e Assistenti Sociali per facilitare l'uso delle piattaforme.

Modelli Ibridi di Cura

Libertà di scelta tra canale digitale e visita in presenza, evitando la digitalizzazione forzata per i pazienti con elevate fragilità.

Soluzioni Inclusive

Dimensione dell'Ostacolo	Rischio di Esclusione	Soluzione di Design Universale
Connettività e Hardware	Mancanza di banda larga o dispositivi idonei	Punti d'accesso intermedi nelle Case di Comunità e Farmacie
Alfabetizzazione Digitale	Difficoltà d'uso di interfacce mediche complesse	Piattaforme ad un solo clic con supporto dei caregiver
Barriere Linguistiche	Esclusione di pazienti stranieri o migranti	Interfacce multilingua e icone standardizzate OMS
Disabilità Sensoriali	Incompatibilità con lettori di schermo e ausili	Piena conformità con standard WCAG 2.1 e sottotitoli live

Principi Chiave (Parte 1)

1. Equità d'Uso

La piattaforma deve offrire le medesime garanzie di accesso e riservatezza a tutti gli utenti, evitando la stigmatizzazione.

2. Flessibilità

Adattamento alle diverse preferenze: opzioni audio, testo, comandi vocali e supporto multilingua integrato.

3. Semplicità

Navigazione intuitiva per consentire l'utilizzo immediato anche a chi non possiede un'elevata alfabetizzazione digitale.

Principi Chiave (Parte 2)

4. Percettibilità

Istruzioni e diagnosi veicolate su molteplici canali sensoriali (visivo, acustico e feedback tattile).

5. Tolleranza Errore

Sistemi di conferma per evitare l'invio o la cancellazione accidentale di dati sanitari sensibili.

6. Sforzo Ridotto

Interazioni veloci che richiedono una fatica fisica e cognitiva minima, adatte a pazienti affaticati.


Iniziare un nuovo cammino ci spaventa,
ma dopo ogni passo ci rendiamo conto
di quanto fosse pericoloso rimanere fermi
R. Benigni