



Cure connesse: vicini anche a distanza

Roberta Trapletti, ASST Valtellina e Alto Lario
Paola Giossi, ASST Valtellina e Alto Lario
Stefania Casati, ASST Valtellina e Alto Lario
Elena Bongiascia, ASST Valtellina e Alto Lario

Roberto Scaramellini, Medico di Medicina Primaria Chiavenna
Paolo Pozzi, ASST Valtellina e Alto Lario
Cosimino Russo, ASST Valtellina e Alto Lario
Massimo Tarantola, ASST Valtellina e Alto Lario



Contesto e problema

Il **Distretto di Chiavenna**, individuato dall'ASST Valtellina e Alto Lario come ambito pilota, è un territorio montano con **bassa densità abitativa**, **indice di vecchiaia elevato** e **viabilità complessa**, fattori che rendono difficile l'accesso ai servizi sanitari e la continuità assistenziale.

La distanza dai centri erogativi e la carenza di risorse specialistiche generano disuguaglianze e frammentazione dei percorsi di cura.

In risposta, è stato avviato il progetto "MVH - Ospedale Virtuale Montano", volto a rafforzare prossimità e continuità assistenziale mediante strumenti digitali e modelli organizzativi integrati tra territorio e ospedale.



Obiettivi e metodologia di lavoro

Obiettivi

- Integrare **Medici di Assistenza Primaria (MAP)** e **specialisti ospedalieri** nella **Casa di Comunità**, favorendo la presa in carico proattiva dei pazienti cronici e fragili;
- Sviluppare un **modello operativo integrato** che migliori comunicazione e continuità delle cure;
- Ridefinire modalità di erogazione per **ridurre liste d'attesa** e **accessi impropri al PS**;
- Implementare **televisite**, **teleconsulti** e **telerefertazioni**, riducendo spostamenti e tempi di risposta;
- Promuovere **aderenza terapeutica** e **monitoraggio personalizzato** a distanza.

Metodologia

L'intervento si fonda su una **piattaforma tecnologica dedicata** che connette MAP, Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC) e specialisti.

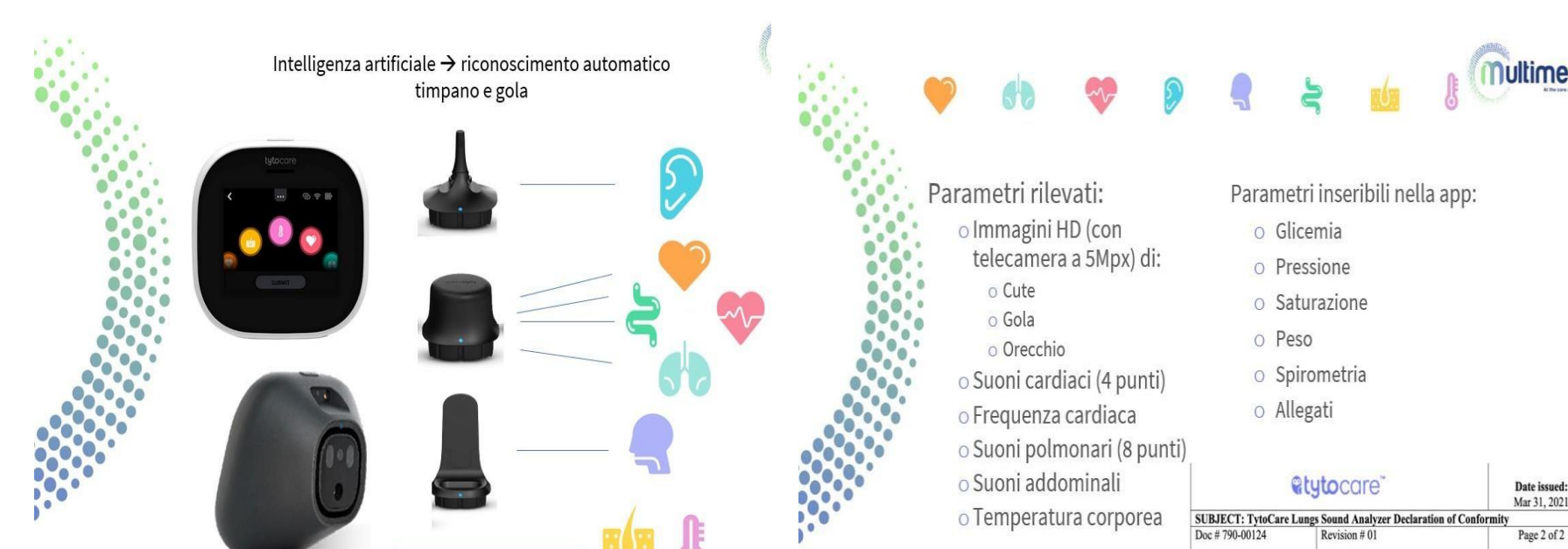
Sono previsti **percorsi formativi** per gli operatori, **televisite prescrivibili direttamente dai MAP**, e una **valutazione sistematica della qualità percepita** da pazienti e professionisti.

Il progetto è parte della **Strategia Nazionale per le Aree Interne**, promossa in sinergia con i Comuni della Valchiavenna.

Il progetto

Il progetto prevede:

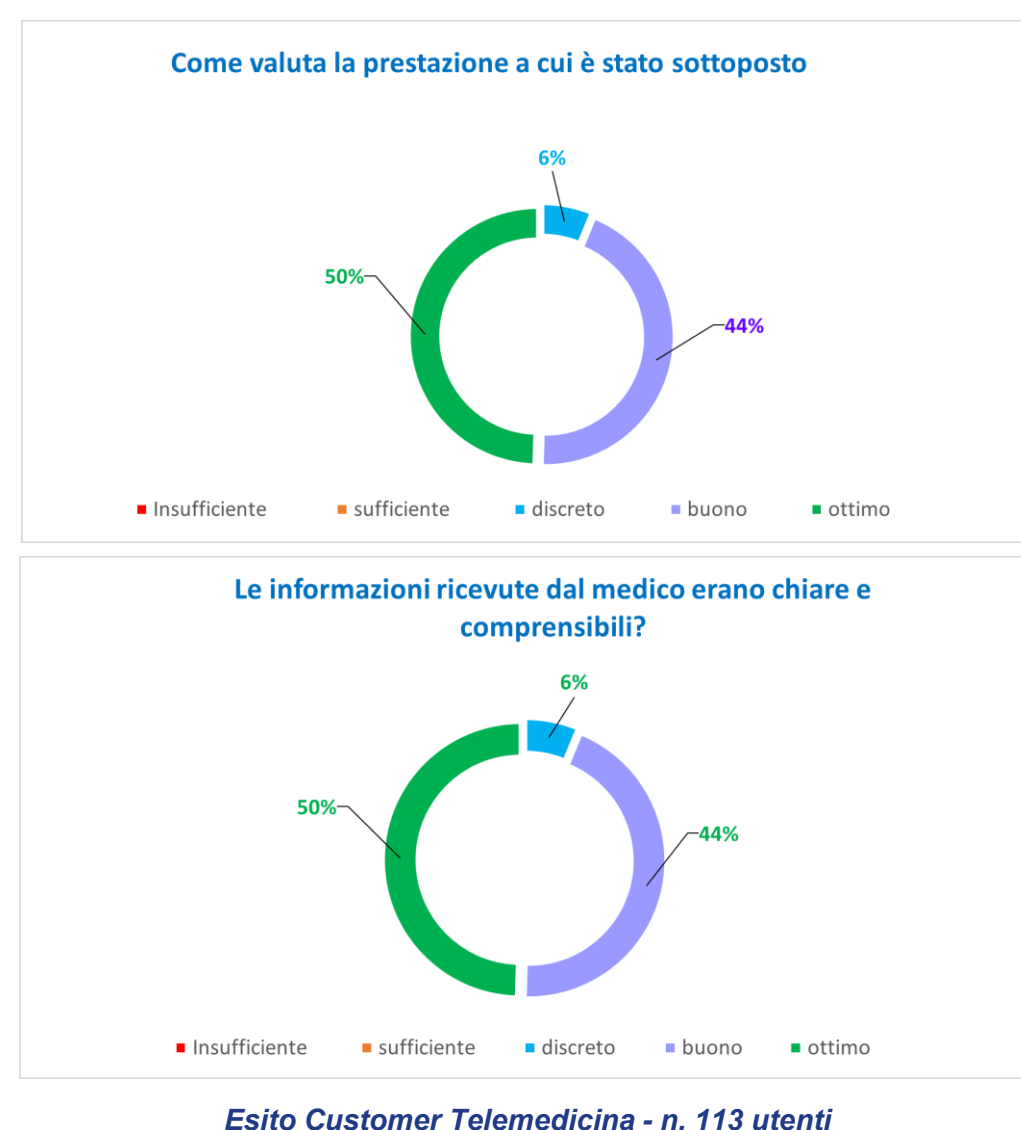
- la reingegnerizzazione del **processo di presa in carico del paziente cronico**, coinvolgendo MAP, infermieri di Famiglia e Comunità e specialisti di Pneumologia, Cardiologia, Diabetologia e Reumatologia;
- la **formazione** degli operatori;
- l'arruolamento dei pazienti con **prescrizione e prenotazione diretta da parte del MAP**;
- l'effettuazione in **Casa di Comunità**, nella stessa giornata, di tutti gli esami propedeutici alla visita specialistica;
- l'erogazione della visita medica e dell'esame obiettivo tramite l'**innovativo dispositivo TytoCare**;
- la **valutazione della qualità** del servizio e della **soddisfazione** dei pazienti.



Risultati raggiunti/attesi

Disciplina	Pazienti presi in carico	Prestazioni erogate	km risparmiati Chiavenna-Sondalo/Sondrio	Ore di viaggio evitate
Pneumologia	64	192	6976	264
Cardiologia	48	96	3552	60
Reumatologia	22	22	1628	27,5
Diabetologia	6	6	444	7,5

L'esperienza ha evidenziato una **progressiva riduzione dei tempi di attesa** e un **miglioramento della gestione territoriale** dei pazienti, con un incremento della comunicazione tra professionisti e una maggiore appropriatezza degli invii ai servizi specialistici.



Implicazioni per il paziente e il sistema

Per il paziente

- Riduzione dei tempi d'attesa** grazie all'effettuazione nella stessa giornata di esami preliminari e televisita;
- Miglioramento della qualità della vita**;
- Maggiore accessibilità e continuità assistenziale**: il servizio di telemedicina riduce le disuguaglianze territoriali e garantisce la continuità di cura.

Per il sistema

- Creazione di reti collaborative** tra MAP, MSO e IFeC, con la **Casa di Comunità** come luogo di integrazione ospedale-territorio, ottimizzando le risorse professionali;
- Diminuzione degli accessi impropri** ai servizi specialistici e al Pronto Soccorso;
- Accesso uniforme** a visite e consulti specialistici, indipendentemente dalla residenza del paziente;
- Riduzione dell'impatto ambientale e sociale**, grazie a minori spostamenti, tempi e costi di trasporto.

Conclusioni e sviluppi futuri

Il progetto prosegue con l'estensione della presa in carico e il monitoraggio continuo dei pazienti cronici, a supporto della gestione territoriale della cronicità.

I **Medici di Assistenza Primaria (MAP)** saranno coinvolti nella **diagnostica di primo livello** presso la **Casa di Comunità**, attraverso **ecografi palmari** e altra strumentazione elettromedicale, per una **valutazione tempestiva** e un **invio appropriato** agli specialisti ospedalieri.

Sono inoltre previste **agende di teleconsulto** dedicate ai MAP e il rinnovo dei piani terapeutici specialistici tramite modalità digitali di presa in carico.

Queste evoluzioni consentiranno di **ridurre le liste d'attesa** e gli **accessi impropri al Pronto Soccorso**, consolidando un **modello di sanità di prossimità integrata**, replicabile anche in altri contesti territoriali.

