

Capitolo 5

Formazione del personale medico

Michele Vitacca

Divisione di Pneumologia, Fondazione Salvatore Maugeri, IRCCS, Istituto di Lumezzane, Brescia

La telepneumologia, nell'ambito della telemedicina, ha assunto un ruolo di primo piano come possibile risposta da affiancare a sistemi classici nel rapporto costo-beneficio in termini di risparmio di risorse economiche, di qualità della assistenza e di qualità della vita del paziente.

L'avvio di un servizio di telesorveglianza è in genere caratterizzato dalla mancanza di risorse umane dedicate^(1,2). Pertanto il percorso organizzativo è secondario a una redistribuzione di risorse provenienti da altri percorsi da dedicare alla telemedicina per un tempo parziale. Altre situazioni vedono un finanziamento a tempo di progetti scientifici che non trovano poi sbocco nella routine. Il processo di rimodulazione, ri-organizzazione, ripensamento delle proprie risorse necessita quindi di:

- identificare e formare le risorse umane esistenti
- creare nuove risorse umane proporzionali alla crescita del servizio
- inserire sviluppo e formazione di risorse umane possibilmente multidisciplinari senza perdere in specificità e qualità^(1,2).

Il presente capitolo tenterà di identificare barriere e possibili strumenti di aiuto per iniziare e sviluppare modelli di "decision-making" in campo di sorveglianza a distanza, descrivendo le strategie di apprendimento per assistere colleghi medici sul come utilizzare un "triage e un servizio di allerta telefonico".

La prospettiva del medico

Lo sviluppo della ICT "Information Communication Technology" è spesso vista solo come una questione di tecnologia, una complessità organizzativa che richiede elevata responsabilità professionale⁽³⁻⁵⁾. Alcuni medici ritengono che la ICT, e la Telemedicina siano nuovi giocattoli per i giovani medici, nonché un'occasione di rischio di perdere la gestione del personale non medico e il contatto con i propri pazienti⁽⁵⁾. Il risultato è un divario tra le soluzioni tecnologiche emergenti e le loro potenzialità. Anche se i medici utilizzano regolarmente la tecnologia per le esigenze personali, in realtà sono esitanti ad adottare questo approccio tecnologico come parte della pratica del flusso di lavoro forse anche per la possibile mancanza di tutela dei pazienti, di riservatezza e di privacy⁽³⁾. È verosimile che medici giovani siano più empatici con questo nuovo tipo di approccio per ovvi motivi, ad esempio, per le competenze tecniche già sviluppate nella loro vita quotidiana, mentre il medico abituato ad uno stile più tradizionale è in qualche modo riluttante a rinunciare alla applicazione degli approcci classici nella propria pratica clinica. Inoltre, alcuni medici hanno la percezione che tale modalità porti ad un maggiore carico di lavoro senza alcun ritorno retributivo e organizzativo corrispondente⁽³⁻⁴⁾.

Conoscenze e attitudini generali richieste⁽⁵⁾:

- 1 Cosa è un triage e un *advice* telefonico (implementazione della capacità di ascolto e sintesi, non ostilità, ottima capacità relazionale con il paziente/caregiver)
- 2 Come avviene un *assessment* telefonico (sintomi, contesto,

tipo umano, predisposizione e capacità all'uso di score e scale cliniche)

- 3 Capacità di identificare le urgenze reali
- 4 Capacità prescrittiva telefonica (elasticità a modificare scelte farmacologiche)
- 5 Capacità di interazione con programmi e software dedicati al "decision-support" (predisposizione ad uso di cartelle informatizzate)
- 6 Verifica delle esperienze e degli strumenti operativi: PC, ADSL con numero telefonico aggiuntivo, conoscenza dei principali sistemi operativi informatici, FAX di emergenza
- 7 Grande capacità di autonomia
- 8 Capacità al lavoro in nuovi spazi e tempi (spazi fisici non routinari, grande varietà di richieste anche non sanitarie, isolamento e limitata possibilità di feedback)
- 9 Capacità di lavoro sotto stress e pressione (carichi lavorativi improvvisi, esposizione della propria credibilità, professionalità con rischio di vulnerabilità)
- 10 Ottima conoscenza dell'accessibilità sanitaria del territorio dove si opera (geografia, servizi etc)
- 11 Capacità di sintesi (evitando di farsi soffocare dall'interlocutore)
- 12 Capacità di cogliere e rispettare i criteri di ingresso e di esclusione al percorso (non eccessivo entusiasmo)
- 13 Disponibilità alla capacità a lavorare in equipe discutendo strategie per un lavoro di gruppo
- 14 Disponibilità al coinvolgimento del MMG
- 15 Attitudine ad audit per rivalutazione dei casi trattati

Conoscenze e attitudini specifiche richieste

- 1 Medici specialisti in pneumologia
- 2 Esperienza nel campo della insufficienza respiratoria cronica e acuta, ventilazione meccanica non invasiva, tracheostomia, malattie neuromuscolari, ossigenoterapia, Unità di terapia intensiva respiratoria (UTIR), BPCO, asma
- 3 Esperienza lavorativa diretta in UTIR
- 4 Esperienze di comorbidità e di paziente geriatrico
- 5 Esperienza lavorativa in Pronto soccorso
- 6 Conoscenze e predisposizione alla tecnologia informatica
- 7 Ottima conoscenza clinica generale
- 8 Formazione sulle principali flow-chart operative concernenti i sintomi principali (dispnea, espettorazione, febbre, desaturazione, peggioramento neurologico etc.)

Verifica dei requisiti

Formazione

- 1 Consegna e spiegazione delle principali flow chart operative concernenti i sintomi principali
- 2 Consegna e spiegazione delle principali procedure di lavoro
- 3 Condivisione delle principali linee guida delle patologie respiratorie
- 4 Riunioni bimestrali di aggiornamento professionale
- 5 Sviluppo e mantenimento delle conoscenze (nella comunicazione, nella clinica)
- 6 Programmi di tutoraggio
- 7 Corso finalizzato ad accrescere la propria capacità di gestire le conversazioni telefoniche con efficacia
- 8 Formazione sul campo con l'ausilio di un Pneumologo tutor
- 9 Refertazione on-line del tracciato saturimetrico o spirometrico
- 10 Verifica dei tempi e modalità di colloquio.

Controlli di Qualità nell'ambito delle certificazioni ISO e/o Joint:

- 1 Registrazione di tutte le chiamate telefoniche
- 2 Valutazione di almeno 50 casi clinici attraverso l'ausilio di un CD-rom
- 3 Archiviazione di tutti i test eseguiti sulle chiamate (concordanza con le principali linee guida, etc...) ed analisi degli errori

- 4 Invio di dati trimestrali di aggiornamento (diagnosi di dimissione di tutti i pazienti inviati al Pronto Soccorso, in ospedale, segnalazione di pazienti che si sono recati ad un Pronto Soccorso dopo un teleconsulto che non lo richiedeva)
- 5 Invio dei tracciati saturimetrici, spirometrici in cui il referto non veniva ritenuto corretto distinguendo errori gravi da errori lievi
- 6 Valutazione annuale dei risultati.

Errori frequenti

- 1 Inadeguata scelta della popolazione target
- 2 Limitazione della valutazione dei problemi attivi ad una sola fase della malattia
- 3 Strumenti di valutazione inadeguati, ovvero non validati da evidenze scientifiche
- 4 Assenza di strumenti di comunicazione adeguati
- 5 Gestione spontaneistica ed individuale ovvero basata sulla volontà dei singoli professionisti
- 6 Eterogenea cultura e formazione dei professionisti coinvolti
- 7 Scarsa propensione al cambiamento degli attori coinvolti (es. barriere culturali, legate ai ruoli, generazionali, comunicative, etc)
- 8 Mancato supporto istituzionale.

In conclusione la Telemedicina non è una nuova specialità ma un nuovo modello multidisciplinare organizzativo con l'ausilio della tecnologia ^(3, 6-8).

I programmi di TM richiedono ^(3,8):

un team multidisciplinare
 un piano di lavoro condiviso
 con obiettivi semplici, misurabili,
 sostenibili e realizzabili
 uno stretto coordinamento e continuità
 tra i professionisti, facilitando la comunicazione

La tecnologia da sola non basta:

il valore aggiunto è nell'integrazione di

Tecnologia
 Strategia
 Organizzazione di risorse umane
 Formazione

Bibliografia

- 1) Giordano A. *La formazione delle figure sanitarie: il medico*. Monaldi Arch Chest Dis 2005; 64: 138-9.
- 2) Scalvini S. *Telecardiologia e medicina generale*. Monaldi Arch Chest Dis 2005; 64: 147-8.
- 3) Vitacca M, Mazzù M, Scalvini S. *Socio-technical and organisational challenges to wide e-health implementation*. Chronic Respiratory Disease 2009; 6:91-97.
- 4) American College of Physicians. *E-Health and Its Impact on Medical Practice*. Philadelphia American College of Physicians. 2008: Position Paper. Available from American College of Physicians, 190 N. Independence Mall West, Philadelphia, PA 19106.
- 5) Vitacca M, Scalvini S, Spanevello S, et al. *Telemedicine and home care: controversies and opportunities*. Breathe 2006; 3 (2):148-158.
- 6) Vitacca M, Bianchi L, Guerra A, et al. *Tele-assistance in chronic respiratory failure patients: a randomised clinical trial*. Eur Respir J 2009; 33: 411-418.
- 7) Vitacca M, Assoni G, Gilè S, et al. *Telemedicine to support end of life in severe chronic respiratory failure patients at home*. Journal of medicine and Person 2009; 7: 85-90.
- 8) Vitacca M, Bazza A, Bianchi L, et al. *Tele-assistance in chronic respiratory failure (CRF): patients' characterization and staff workload of five-year activity*. Telem and E-Health 2010; 16 (3): 299-305.