

MALATTIE NON TRASMISSIBILI. CURE SICURE PER TUTTA LA VITA

a cura del Settore Assistenza Ospedaliera della Regione Emilia-Romagna

BOLOGNA – 16 SETTEMBRE 2026

Telemedicina nel follow-up nutrizionale-metabolico del paziente sottoposto a trapianto di fegato

**Michele Stecchi · Maria Cristina Morelli · Lucia Brodosi · Eleonora Capelli
Dorina Mita · Michelle Santoni · Gaia Tabanelli**

IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna – Policlinico di Sant'Orsola
SSD Nutrizione Clinica e Metabolismo – Centro Regionale di Riferimento IICB

Background/problema

Rischio metabolico elevato già prima del trapianto, in ulteriore aumento dopo il trapianto

**Sindrome
metabolica**

>50% entro 3 anni

**Diabete post-
trapianto**

fino al 40%

**Malattie
cardiovascolari**

**principale causa di
mortalità extraepatica**

1 Prognosi e prevalenza

Diabete, obesità, ipertensione e dislipidemia sono frequenti e possono aumentare dopo il trapianto. Il rischio cardiometabolico condiziona morbilità e sopravvivenza a lungo termine.

2 Distanza dal Centro e continuità assistenziale

Il Centro ha una dimensione sovraregionale/nazionale. Dopo il rientro al domicilio, la distanza e il coinvolgimento di più professionisti possono frammentare il follow-up.

3 Bisogni dinamici nel tempo e non programmabili

La frequenza del follow-up varia nel tempo: da controlli ogni pochi giorni nelle fasi iniziali a intervalli di mesi nel lungo termine. Modifiche dell'immunosoppressione, funzione renale, glicemie, peso o esami possono richiedere rivalutazioni non programmate.

4 Complessità del trapianto anche sul territorio

Problemi comuni assumono maggiore complessità nel paziente trapiantato: interazioni farmacologiche, graft, funzione renale e immunosoppressione pongono dubbi gestionali al territorio.

Bisogno: portare la competenza specialistica in modo capillare sul territorio, mantenendo un raccordo continuo tra Centro Trapianti, paziente/famiglia e medici del territorio.

Obiettivi/benefici attesi

Obiettivo: integrare la telemedicina come estensione della presa in carico specialistica, non come semplice alternativa alla visita in presenza.

Tempi, intensità e tipo di intervento modulati sul bisogno clinico

Continuità specialistica

Proseguire la presa in carico dal Centro al domicilio, mantenendo l'accesso all'équipe che conosce la storia clinica e trapiantologica.

Follow-up adattivo

Adattare il follow-up alla dinamica del percorso trapiantologico: da controlli ogni pochi giorni nelle fasi iniziali a intervalli di mesi nel lungo termine.

Prossimità e accessibilità

Raggiungere anche chi vive lontano dal Centro, riducendo spostamenti e accessi ospedalieri non indispensabili.

Coordinamento e appropriatezza

Connettere Centro Trapianti, Nutrizione Clinica, paziente/famiglia e medici del territorio, distinguendo ciò che può essere gestito da remoto da ciò che richiede presenza.

Beneficio atteso: una presa in carico più capillare, tempestiva e coordinata, nel rispetto dei tempi e delle esigenze del percorso trapiantologico.

Metodi/strumenti

Due modalità di attivazione, un unico percorso strutturato



Esiti/risultati

Nel I semestre 2026 la telemedicina è già una componente del follow-up

≈290 pazienti che hanno ricevuto un trapianto di fegato in carico per problematiche metaboliche o fattori di rischio nutrizionale-metabolico

≈600
visite mediche
in presenza

42
televisite
mediche

≈30
televisite
dietistiche

Televisite mediche

42 televisite

Programmate

36% · 15/42

Attivate al bisogno

64% · 27/42

Quasi 2 su 3: rivalutazioni attivate per un bisogno clinico, terapeutico o laboratoristico emerso tra i controlli programmati.

Televisite dietistiche

≈30 televisite

Counselling e rinforzo dell'aderenza. Uno degli utilizzi principali è mantenere il follow-up quando vincoli geografici o incompatibilità di agenda rendono difficile l'accesso in presenza.

Cosa documentano i dati

Fattibilità e utilizzo effettivo per bisogni differenti, non sostituzione indiscriminata della presenza.

Limite attuale

Outcome clinici longitudinali non ancora raccolti in modo prospettico e strutturato.

Coinvolgimento pazienti

Paziente e caregiver sono parte attiva della rivalutazione a distanza

La televisita si prepara da entrambe le parti: équipe e paziente/caregiver condividono dati, obiettivi e criticità prima del collegamento.

Prima della televisita

- Familiarizzare con piattaforma, dispositivo e modalità di collegamento
- Preparare, lato paziente/caregiver, peso, glicemie, terapia assunta, documenti e dubbi
- Rivedere, lato équipe, esami/referti, storia clinico-terapeutica e motivo della rivalutazione
- Condividere l'obiettivo della televisita

Durante la televisita

- Condividere andamento, difficoltà e dubbi
- Rivedere aderenza e gestione della terapia
- Definire insieme il passo successivo

Dopo la televisita

- Condividere indicazioni e piano concordato
- Programmare una nuova televisita o una visita in presenza
- Attivare il raccordo con Centro Trapianti e territorio, se necessario

Valore per paziente e caregiver

- Ridurre l'impatto della distanza dal Centro, soprattutto per chi vive lontano
- Limitare spostamenti non indispensabili e carico logistico per paziente e caregiver
- Mantenere continuità con professionisti che conoscono la storia trapiantologica

Una preparazione che crea alleanza

- Paziente e caregiver parte attiva della rivalutazione
- Facilitare partecipazione e televisite successive grazie alla familiarizzazione iniziale

Trasferibilità/replicabilità

La telemedicina è una modalità assistenziale trasversale, non specifica del trapianto

Il modello è già utilizzato nella pratica clinica per rispondere a barriere ricorrenti di distanza, complessità e continuità assistenziale.

1. Integrazione nella pratica clinica

La televisita è integrata nell'attività clinica della Nutrizione Clinica e utilizzata, quando appropriata, anche in percorsi diversi dal trapianto.

2. Barriere assistenziali ricorrenti

Distanza dal centro, complessità clinica, incompatibilità di agenda e bisogni non programmabili ricorrono in molti percorsi.

3. Modello assistenziale condiviso

Presenza e remoto si alternano in base al bisogno, mantenendo continuità con paziente, caregiver e professionisti coinvolti.

4. Adattamento al percorso clinico

Cambiano contenuti e intensità del follow-up; resta lo stesso principio: portare la competenza specialistica dove serve, senza creare un canale parallelo.

Il percorso post-trapianto rappresenta un'applicazione ad alta complessità di un modello già utilizzato trasversalmente nella pratica clinica.

Conclusioni

Punti di forza e principali sfide di implementazione

Punti di forza

Continuità e flessibilità Follow-up modulabile nel tempo e attivabile anche al bisogno.

Accessibilità Riduce distanza, spostamenti e incompatibilità di agenda.

Appropriatezza Integra remoto e presenza in base al bisogno clinico.

Tracciabilità interna Rivalutazioni e decisioni diventano refertate e condivisibili nell'équipe.

Limiti e sfide

1

Barriera digitale Connessione, dispositivi e competenze digitali di paziente e caregiver.

2

Integrazione organizzativa Richiede di rimodulare le agende cliniche per integrare le televisite.

3

Tempo clinico e refertazione Una valutazione strutturata e documentata può richiedere più tempo di un contatto informale.

Telemedicina come strumento di sostenibilità organizzativa, sociale e ambientale

Competenze specialistiche condivise · meno tempo e spostamenti · minore impatto ambientale

Grazie a tutti per l'attenzione