

# Regione Lazio

## DIREZIONE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Atti dirigenziali di Gestione

Determinazione 6 giugno 2022, n. G07238

**Adozione linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare di cui al DM 29 aprile 2022.**

Oggetto: Adozione linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare di cui al DM 29 aprile 2022.

IL DIRETTORE DELLA DIREZIONE REGIONALE  
SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

SU PROPOSTA del Dirigente dell'Area Rete integrata del territorio;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la legge 7 agosto 1990, n. 241 "Nuove norme sul procedimento amministrativo" e s.m.i.;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 "Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale" e s.m.i.;

VISTO il regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 "Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale" e s.m.i.;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 24 aprile 2018, n. 203 "Modifica al Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale e successive modificazioni" che ha istituito la Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 30 dicembre 2020, n. 1044, con la quale la Giunta regionale ha conferito l'incarico di Direttore della Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria al dr. Massimo Annicchiarico;

VISTI, per quanto riguarda la disciplina statale e regionale in materia sanitaria:

- la legge 27 dicembre 1978, n. 833 e s.m.i. "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale";
- il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
- il DPCM 14 gennaio 1997 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";
- il DPCM 12 gennaio 2017 recante l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- l'Intesa Stato-Regioni e Province autonome del 18 dicembre 2019, rep. N. 209/CSR concernente il Patto per la salute per gli anni 2019-2021;
- la legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i. "Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere";

VISTO il DCA 25 giugno 2020, n. U00081 "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021", nonché la successiva DGR 26 giugno 2020, n. 406 "Preso d'atto e recepimento del Piano di rientro denominato 'Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021', adottato con il Decreto del Commissario ad acta n. 81 del 25 giugno 2020 ai fini dell'uscita dal commissariamento";

VISTO il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), trasmesso dal Governo italiano alla Commissione Europea il 30 aprile 2021, che definisce un quadro di investimenti e riforme a livello nazionale, con corrispondenti obiettivi e traguardi cadenzati temporalmente, al cui conseguimento si lega l'assegnazione di risorse finanziarie messe a disposizione dall'Unione Europea;

VISTA la deliberazione del Consiglio Regionale 22 dicembre 2020, n. 13 "Un nuovo orizzonte di progresso socio-economico – Linee di indirizzo per lo sviluppo sostenibile e la riduzione delle diseguaglianze. Politiche pubbliche regionali ed europee 2021-2027";

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 30 dicembre 2020, n. 1051 "Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'art. 8 comma 6 della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025";

VISTO il regolamento (UE) 12 febbraio 2021, n. 2021/241, che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza;

VISTO il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) approvato con Decisione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021 e notificata all'Italia dal Segretariato generale del Consiglio con nota LT161/21, del 14 luglio 2021;

VISTO il regolamento (UE) 18 luglio 2018, n. 2018/1046, che stabilisce le regole finanziarie applicabili al bilancio generale dell'Unione, modifica i regolamenti (UE) n. 1296/2013, n. 1301/2013, n. 1303/2013, n. 1304/2013, n. 1309/2013, n. 1316/2013, n. 223/2014, n. 283/2014 e la decisione n. 541/2014/UE e abroga il regolamento (UE, Euratom) n. 966/2012;

VISTO il decreto-legge 6 maggio 2021, n. 59 convertito con modificazioni dalla legge 1 luglio 2021, n. 101, recante "Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti";

VISTO il decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2021, n. 108, recante: «Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure»;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute e del Ministro dell'Economia e delle Finanze, del 15/09/2021, concernente l'istituzione della struttura di missione PNRR, ai sensi dell'articolo 8 del citato Decreto-legge del 31 maggio 2021, n. 77;

VISTO il decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 «Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia»;

VISTO il decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 6 agosto 2021 "Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione";

VISTO il decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 23 novembre 2021 "Modifiche alla tabella A del decreto 6 agosto 2021 di assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione per la trasformazione digitale";

VISTO l'articolo 1, comma 1042 della legge 30 dicembre 2020, n. 178 ai sensi del quale con uno o più decreti del Ministro dell'economia e delle finanze sono stabilite le procedure amministrativo-contabili per la gestione delle risorse di cui ai commi da 1037 a 1050, nonché le modalità di rendicontazione della gestione del Fondo di cui al comma 1037;

VISTO l'articolo 1, comma 1043, secondo periodo della legge 30 dicembre 2020, n. 178, ai sensi del quale al fine di supportare le attività di gestione, di monitoraggio, di rendicontazione e di controllo delle componenti del Next Generation EU, il Ministero dell'economia e delle finanze -Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato sviluppa e rende disponibile un apposito sistema informatico;

VISTO l'articolo 17 del regolamento UE 2020/852, che definisce gli obiettivi ambientali, tra cui il principio di non arrecare un danno significativo (DNSH, "Do not significant harm"), e la Comunicazione della Commissione UE 2021/C 58/01 recante "Orientamenti tecnici sull'applicazione del principio «non arrecare un danno significativo» a norma del regolamento sul dispositivo per la ripresa e la resilienza";

VISTI i principi trasversali previsti dal PNRR, quali, tra l'altro, il principio del contributo all'obiettivo climatico e digitale (c.d. tagging), il principio di parità di genere e l'obbligo di protezione e valorizzazione dei giovani;

VISTI gli obblighi di assicurare il conseguimento di target e milestone e degli obiettivi finanziari stabiliti nel PNRR;

VISTO il decreto del Ministero della Salute del 29 aprile 2022 "Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare», ai fini del raggiungimento della Milestone EU M6C1-4, di cui all'Annex alla decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, recante l'approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e resilienza dell'Italia";

PRESO ATTO della Deliberazione di Giunta Regionale 24 maggio 2022, n. 332 "Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6: Salute – Componente M6C1 e M6C2– Approvazione Piano Operativo Regionale e Schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)" con la quale si procedeva ad approvare il Piano Operativo Regionale definitivo perfezionato secondo le indicazioni pervenute in fase di verifica da Agenas e dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria;

VISTI per quanto riguarda le norme in materia di Cure domiciliari – Assistenza Domiciliare Integrata (ADI):

- il decreto del Commissario ad acta 24 dicembre 2012, n. U00429 "Decreto del Commissario ad acta n. U00113 del 31.12.2010 "Programmi Operativi 2011-2012" - Assistenza Domiciliare - Approvazione dei documenti "Stima di prevalenza della popolazione eleggibile e dei posti per l'Assistenza Domiciliare Integrata nella Regione Lazio, per persone non autosufficienti, anche anziane" e "Omogeneizzazione delle Procedure e degli strumenti per l'ADI per persone non autosufficienti, anche anziane";
- il decreto del Commissario ad acta 24 dicembre 2012, n. U00431 "La Valutazione Multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale: dimensioni e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio";
- il decreto del Commissario ad acta 31 ottobre 2014, n. U00361 "DCA n. U00247 del 25.7.2014 - Programmi operativi regionali per il triennio 2013 - 2015. Adozione degli strumenti di valutazione multidimensionale della "SUITE InterRai" per l'area della non autosufficienza e per le cure palliative";

- il decreto del Commissario ad acta 26 aprile 2016, n. U00134 “Avvio del percorso di accreditamento istituzionale per le attività di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per persone non autosufficienti, anche anziane e di Cure palliative domiciliari”;
- il decreto del Commissario ad acta 5 luglio 2017, n. U00256 “Cure domiciliari di cui all’art. 22 del DPCM 12.01.2017 – Criteri di eleggibilità e livelli di intensità assistenziale”;
- il decreto del Commissario ad acta 7 luglio 2017, n. U00283 “Adozione dei “Requisiti di accreditamento per le attività di cure domiciliari ex art. 22 DPCM 12 gennaio 2017”, proposta di determinazione delle tariffe, determinazione del percorso di accreditamento e linee guida per la selezione del contraente, individuazione del fabbisogno di assistenza e disposizioni conseguenti”;
- la determinazione dirigenziale 11 ottobre 2017, n. G13782: Linee guida operative per l’accreditamento per l’assistenza domiciliare integrata – ADI. Elenco degli operatori ammessi e disposizioni conseguenti;
- il decreto del Commissario ad acta 22 marzo 2018, n. U00095 “Approvazione delle tariffe per le attività di cure domiciliari ex art. 22 DPCM 12 gennaio 2017. Valutazione dell’impatto economico pluriennale. Determinazione delle Linee guida per la selezione del contraente: fasce di qualificazione e pesi ponderali; regole di assegnazione sulla base del principio di rotazione e modello esemplificativo per la valutazione delle performance a supporto della par condicio e della concorrenza”;
- il decreto del Commissario ad acta 4 luglio 2019, n. U00258 “Regione Lazio: Piano per il potenziamento delle reti territoriali. Adozione documento tecnico”;
- il decreto del Commissario ad acta 30 dicembre 2019, n. U00525 “DPCM 12.1.2017 Art. 22. Percorso di riorganizzazione e riqualificazione delle Cure domiciliari - ADI. Regolamentazione periodo transitorio. Adozione documento tecnico”;
- il decreto del Commissario ad acta 14 gennaio 2020, n. U00012 “Riorganizzazione delle cure domiciliari – Assistenza Domiciliare Integrata – Adozione tariffe anno 2020;
- il decreto del Commissario ad acta 17 febbraio 2020, n. U00036 “DCA n. U00525/2019 “DPCM 12.1.2017 Art. 22. Percorso di riorganizzazione e riqualificazione delle Cure domiciliari – ADI. Regolamentazione periodo transitorio. Adozione documento tecnico”. Parziale modifica ed istituzione tavolo tecnico”;
- il decreto del Commissario ad acta 18 marzo 2020, n. U00047 “Percorso di riorganizzazione e riqualificazione delle cure domiciliari – ADI. Pazienti ad alta complessità ed elevata intensità assistenziale. Modifiche ed integrazioni al DCA n. U00036 del 17.2.2020”;
- il decreto del Commissario ad acta 24 marzo 2020, n. U00048 Approvazione dello schema Accordo/Contratto Quadro ex art. 8 quinquies D.Lgs n. 502/1992 e ss.mm.ii. per le prestazioni di assistenza domiciliare integrata (ADI)”;
- la determinazione dirigenziale n. G07597 del 26 giugno 2020 “Gara comunitaria a procedura aperta, ai sensi dell’art. 60 del d. lgs.n.50/2016 e ss.mm.ii., per l’affidamento dei servizi di realizzazione di un sistema di valutazione multidimensionale per persone fragili, non autosufficienti e persone necessitanti di cure palliative ed integrazione della soluzione con il sistema informativo di assistenza territoriale SIAT. Provvedimento di aggiudicazione definitiva per un importo complessivo di € 1.244.400,00 i.i. 22%. CIG 7678202CB9”;
- la deliberazione della Giunta regionale 13 luglio 2021, n. 447 “DCA n. U00525/2019. Percorso di riorganizzazione e riqualificazione delle Cure domiciliari – Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Proroga del periodo transitorio e modifica del tavolo tecnico di cui al DCA n. U00036/2020”;
- la determinazione dirigenziale 11 ottobre 2021, n. G12268 “DCA U00283/2017: aggiornamento della determinazione n.G12926 del 04.11.2020: elenco soggetti qualificati ai sensi del DCA n. U00095/2018 per le attività di cure domiciliari della Regione Lazio ex art. 22 DPCM 12 gennaio 2017”;

- la nota prot. n. 370772 del 13 aprile u.s. con la quale si dà avvio all'implementazione del nuovo Sistema informativo SIATeSS nel Lazio, già operativo presso tre ASL pilota (Roma 2, Roma 4 e Viterbo);

RILEVATO che

- la Missione 6. Salute del PNRR si pone come obiettivi principali sia il potenziamento della capacità di prevenzione e cura del sistema sanitario nazionale a beneficio di tutti i cittadini, garantendo un accesso equo e capillare alle cure, sia la promozione dell'utilizzo di tecnologie innovative nella medicina;
- le riforme e gli investimenti proposti con il Piano in quest'area si rivolgono
  - da un lato alle Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale (M6C1), prevedendo il potenziamento e la creazione di strutture e presidi territoriali (Case della Comunità, Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare (con l'obiettivo di raggiungere il 10 per cento della popolazione con più di 65 anni), lo sviluppo della telemedicina e l'assistenza remota (attivazione di 602 Centrali Operative Territoriali) e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari;
  - dall'altro all'innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN (M6C2) mirando al rinnovamento e ammodernamento del parco tecnologico e delle attrezzature per diagnosi e cura, con l'acquisto di 3.133 nuove grandi attrezzature, e delle infrastrutture ospedaliere, ad esempio con interventi di adeguamento antisismico; per il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico; per una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza;

PRESO ATTO del "Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare" definito dalle linee guida organizzative di cui al DM 29 aprile 2022;

RITENUTO necessario adottare le linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare, di cui all'allegato A del presente provvedimento, del quale costituiscono parte integrante e implementare tale modello sul territorio regionale;

CONSIDERATO che dal presente provvedimento non derivano oneri a carico del bilancio regionale

### **DETERMINA**

Per le motivazioni richiamate in premessa, che costituiscono parte integrante del presente provvedimento, di:

- adottare le linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare», di cui all'allegato A del presente provvedimento, del quale costituiscono parte integrante e implementare tale modello sul territorio regionale.

Avverso il presente atto è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo del Lazio nel termine di sessanta giorni, ovvero, ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di centoventi giorni, decorrenti dalla data di notifica.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e sul sito istituzionale.

**IL DIRETTORE REGIONALE**  
Massimo Annicchiarico



**PNRR**  
MISSIONE 6 - SALUTE

**Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza**

**Missione 6: Salute Componente 1 (M6C1): Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale**

*Investimento 1.2.1 Assistenza Domiciliare*

***LINEE GUIDA ORGANIZZATIVE CONTENENTI IL MODELLO DIGITALE  
PER L'ATTUAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE  
(Milestone EU M6C1-4)***

**Elenco degli acronimi**

<b>Acronimo</b>	<b>Definizione</b>
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
APP	Applicazione
ASL	Azienda Sanitaria Locale
CDC	Case della Comunità
COT	Centrale Operativa Territoriale
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico
IFOC	Infermiere di Famiglia o di Comunità
MCA	Medico di Continuità Assistenziale
MMG	Medico di Medicina Generale
PAI	Piano Assistenziale Individualizzato
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PGHD	Patient-Generated Health Data
PIC	Presa In Carico
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PRI	Piano Riabilitativo Individuale
SIAD	Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare
TS	Tessera Sanitaria
UCA	Unità di Continuità Assistenziale
UCP	Unità di Cure Palliative
UVM	Unità di Valutazione Multidimensionale



## Sommario

<b>1. PREMESSA.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Contesto e obiettivo.....</b>	<b>3</b>
<b>1.2 Metodologia di lavoro.....</b>	<b>5</b>
<b>2. LA TELEMEDICINA NELLE CURE DOMICILIARI.....</b>	<b>6</b>
<b>2.1 Elementi caratterizzanti del modello digitale.....</b>	<b>6</b>
<i>2.1.1 Modalità di accesso al servizio.....</i>	<i>6</i>
<i>2.1.2 Presa in carico a domicilio.....</i>	<i>8</i>
<i>2.1.3 Piattaforma tecnologica.....</i>	<i>9</i>
<i>2.1.4 Matrice degli attori e delle responsabilità.....</i>	<i>10</i>
<i>2.1.5 Personalizzazione della presa in carico.....</i>	<i>11</i>
<i>2.1.6 Formazione degli operatori.....</i>	<i>12</i>
<b>2.2 Modalità di applicazione del modello digitale.....</b>	<b>13</b>
<i>2.2.1 La Televisita.....</i>	<i>21</i>
<i>2.2.2 Il Teleconsulto medico.....</i>	<i>25</i>
<i>2.2.3 La Teleconsulenza medico-sanitaria.....</i>	<i>29</i>
<i>2.2.4 La Teleassistenza.....</i>	<i>32</i>
<i>2.2.5 Il Telemonitoraggio.....</i>	<i>35</i>
<i>2.2.6 Il Telecontrollo.....</i>	<i>39</i>
<i>2.2.7 La Teleriabilitazione.....</i>	<i>43</i>
<b>GLOSSARIO.....</b>	<b>47</b>
<b>RIFERIMENTI PRINCIPALI.....</b>	<b>50</b>





## 1. PREMESSA

### 1.1 Contesto e obiettivo

Le presenti linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare, che si configurano come linee di indirizzo, costituiscono la milestone "EU M6C1 - 4" della Missione 6 Componente 1 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (M6C1 - PNRR). Tale documento si inserisce, pertanto, nel contesto degli interventi previsti nel suddetto Piano anche in coerenza con la riforma dell'assistenza territoriale, anch'essa milestone del PNRR.

Tutti gli interventi della M6C1 sono volti al potenziamento dell'assistenza territoriale, in particolare alla finalizzazione del principio di "casa come primo luogo di cura".

Gli elementi fondamentali della riorganizzazione dell'assistenza territoriale, volti a perseguire tale principio e quindi con un impatto sull'organizzazione delle cure domiciliari, sono principalmente:

- la *Casa della Comunità* (CdC) che consente di contare sulla presenza medica h24 o h12 e di altri professionisti sanitari a seconda della connotazione *hub&spoke*. Nella casa di comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n. 234, subordinatamente alla sottoscrizione della relativa Intesa ivi prevista e alla sottoscrizione dell'accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, anche al fine di definire gli ambiti delle competenze del Servizio sanitario nazionale da un lato e dei comuni dall'altro, mediante l'impiego delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza disponibili a legislazione vigente;
- il *Medico di Medicina Generale – Pediatra di Libera scelta* (MMG/PLS), che nel nuovo assetto organizzativo delle cure primarie consolida il rapporto fiduciario con l'assistito, svolgendo il ruolo di responsabile clinico del rapporto di cura;
- la *Centrale Operativa Territoriale* (COT) quale modello organizzativo di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali;
- l'*Infermiere di Famiglia o di Comunità* (IFoC)<sup>1</sup> che facilita e monitora i percorsi di presa in carico e di continuità dell'assistenza in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio, utilizzando anche strumenti digitali e di telemedicina;

<sup>1</sup> Articolo 1, comma 5 del decreto legge n. 34/2020

Al fine di rafforzare i servizi infermieristici, con l'introduzione altresì dell'*infermiere di famiglia o di comunità*, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2 identificati come affetti da COVID-19, anche coadiuvando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, nonché di tutti i soggetti di cui al comma 4, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, possono, in relazione ai modelli organizzativi regionali, utilizzare forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, con decorrenza dal 15 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020, con infermieri che non si trovino in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, in numero non superiore a otto unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti. Per le attività assistenziali svolte è riconosciuto agli infermieri un compenso lordo di 30 euro ad ora, inclusivo degli oneri



- l'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) che supporta i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità, e opera sul territorio di riferimento anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina;
- la rete di Cure palliative in cui è inserito, quale nodo della rete, anche il setting domiciliare.

Le presenti linee guida organizzative, che si evidenzia non rientrano nella fattispecie di cui all'articolo 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24, si propongono di definire nel contesto descritto il modello organizzativo per l'implementazione dei diversi servizi di telemedicina nel setting domiciliare, attraverso la razionalizzazione dei processi di presa in carico e la definizione dei relativi aspetti operativi, consentendo di erogare servizi attraverso team multiprofessionali secondo quanto previsto a legislazione vigente anche a distanza.

Le componenti fondamentali del modello organizzativo domiciliare, a cui fanno riferimento le presenti linee, sono:

- a) il servizio di assistenza domiciliare, che garantisce la continuità dell'assistenza nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente;
- b) la pianificazione degli accessi domiciliari, sviluppata nell'arco dell'intera settimana secondo quanto previsto dalla predetta normativa tenendo conto della complessità clinico-assistenziale dei pazienti;
- c) il servizio di cure domiciliari integrato con prestazioni di telemedicina da remoto;

Coerentemente con l'attivazione e la fruizione del modello che viene di seguito descritto, il presente documento si propone di contribuire al raggiungimento dei seguenti obiettivi di sistema:

- incrementare il numero di pazienti presi in carico a domicilio, quale obiettivo macro proposto dal PNRR, consentendo di raggiungere il valore soglia del 10% degli assistiti ultrasessantacinquenni;
- garantire a tutta la popolazione lo stesso livello assistenziale e qualità delle cure erogate migliorando l'efficienza organizzativa anche in contesti geograficamente svantaggiati;
- fornire al paziente un'assistenza che comprenda risposte a bisogni clinico-assistenziali, e psicologici anche per ridurre l'impatto negativo del vissuto di malattia del paziente
- ridurre gli accessi al pronto soccorso, l'ospedalizzazione e l'esposizione ai rischi legati ad essa, nonché il ricorso all'istituzionalizzazione;
- permettere una dimissione protetta dalle strutture di ricovero potendo assicurare a domicilio la continuità di assistenza e cure di pari efficacia;
- ridurre gli accessi in *day hospital* sviluppando risposte alternative a domicilio;

---

*riflessi, per un monte ore settimanale massimo di 35 ore. Per le medesime finalità, a decorrere dal 1° gennaio 2021, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, possono procedere al reclutamento di infermieri in numero non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti, attraverso assunzioni a tempo indeterminato e comunque nei limiti di cui al comma 10.*



- ridurre gli accessi, da parte degli assistiti, in luoghi di cura non appropriati per la patologia;
- prendere in carico il paziente a domicilio, coordinandone la gestione e assicurando il costante monitoraggio di parametri clinici, al fine di ridurre il rischio d'insorgenza di complicazioni in persone a rischio o affette da patologie croniche;
- fornire alla famiglia educazione terapeutica nel proprio contesto di vita, migliorando l'uso di risorse e di servizi, favorendo le attività di sorveglianza in ambito sanitario;
- accrescere l'utilizzo appropriato dei servizi a distanza finalizzato ad una più efficace risposta ai bisogni assistenziali;
- migliorare la qualità di vita percepita del paziente, delle famiglie e dei *caregiver*;
- migliorare le transizioni tra *setting* grazie all'informatizzazione e all'interoperabilità dei sistemi e favorire la continuità informativa nelle transizioni tra *setting*.

Inoltre, analogamente ad ogni altra prestazione erogata nel *setting* domiciliare, anche i servizi attivati in telemedicina dovranno essere opportunamente registrati e rendicontati nell'ambito dell'alimentazione del flusso SIAD, oltre a garantire apertura/chiusura della cartella domiciliare con i dati necessari alla continuità clinico/assistenziale ospedale-territorio.

Infine, in relazione a quanto previsto dalla Missione 5 (M5C2.1 - PNRR), che prevede nello specifico il rafforzamento dei servizi sociali a domicilio al fine di garantire la dimissione protetta e prevenire il ricovero in ospedale, si ritiene che alcuni strumenti di telemedicina, quali la teleassistenza, possano essere integrati ed utilizzati anche per attività svolte da professionisti del sociale appartenenti ai Comuni, specie in un'ottica di integrazione sociosanitaria. Al riguardo considerato che le prestazioni sociali che integrano le cure domiciliari in esito alla valutazione multidimensionale, sono erogate dai Comuni anche con modalità di compartecipazione alla spesa, spesso correlate all'ISEE degli assistiti, è necessario tenere distinte le attività di teleassistenza sanitaria in ADI garantite dal SSN, da quelle sociali.

Per la rendicontazione delle prestazioni di telemedicina, nelle more della definizione di specifiche tariffe nazionali, si precisa che si applicano le attuali modalità utilizzate per erogare le medesime attività assistenziali erogate in modalità tradizionale.

Gli strumenti di telemedicina tra l'altro dovranno essere integrati con i sistemi informativi aziendali (CCE, repository, ecc.)

## 1.2 Metodologia di lavoro

Le presenti linee guida sono state redatte dall'apposito gruppo di lavoro e potrebbero necessitare di taluni coordinamenti in relazione al testo definitivo della riforma relativa alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale in corso di adozione.

Si è ritenuto di corredare il testo di rappresentazioni grafiche dei processi al fine di rendere il testo maggiormente comprensibile e nello stesso tempo offrire una base di partenza, già allineata di massima agli *standard* di riferimento in corso di definizione, per la rappresentazione definitiva dei processi che verranno adottati nelle singole realtà locali.



## 2. LA TELEMEDICINA NELLE CURE DOMICILIARI

### 2.1 Elementi caratterizzanti del modello digitale

#### 2.1.1 Modalità di accesso al servizio

L'attivazione di un "percorso di telemedicina" potrà avvenire:

- dal setting domiciliare: tutti gli attori dell'assistenza territoriale (ognuno per le proprie competenze) possono individuare e proporre il paziente per il quale l'utilizzo di strumenti di telemedicina sia adeguato e utile all'integrazione delle cure domiciliari, e possono farlo in modo diretto oppure, qualora necessario, previa valutazione in sede di Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), anche avvalendosi a seconda del modello organizzativo locale, della Centrale Operativa dell'ADI, ove presente, e della COT; quest'ultima modalità è opportuna quando si renda necessario l'intervento di diversi operatori ed il raccordo tra più servizi e *setting*;
- dal setting di ricovero: è il personale della struttura, il medico in raccordo con il *case manager* della procedura di dimissione che ravvedono la possibilità di prosecuzione delle cure attraverso interventi domiciliari anche supportati da servizi di telemedicina; in questo caso segnala le proprie indicazioni e proposte al momento della richiesta di presa in carico di dimissione "protetta" alla COT, che provvede all'organizzazione ed attivazione dei servizi e professionisti preposti alla valutazione, ove non già attivati dalla struttura di ricovero, e, in caso positivo, alla successiva garanzia della presa in carico.

Ogni qualvolta la presa in carico dal *setting* di ricovero o domiciliare prospetti interventi complessi ed in team multidisciplinare e/o multiprofessionale si procede alla valutazione del caso in sede di UVM ed alla definizione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) in stretta collaborazione con il MMG/PLS dell'assistito e, quando necessario, anche il Piano Riabilitativo Individuale (PRI). L'UVM potrà anche essere realizzata coinvolgendo da remoto i professionisti, qualora siano già disponibili informaticamente tutte le informazioni e le valutazioni. Inoltre è opportuno prevedere che l'idoneità del paziente a poter fruire di prestazioni e servizi in telemedicina sia oggetto di rivalutazione periodica, con cadenza adeguata al relativo percorso di cura e alle prospettive di evoluzione delle condizioni di fragilità dell'assistito.

Il PAI presenterà, oltre agli elementi tradizionalmente costitutivi (es. équipe coinvolta, obiettivi di assistenza clinica-infermieristica-riabilitativa, tempistiche, ecc.), gli eventuali servizi e prestazioni che potranno essere erogati in telemedicina.

Interventi assistenziali più semplici, anche limitati nel tempo (es. la prosecuzione a domicilio di breve terapia infusione, medicazioni di ferite chirurgiche, ecc.), che non richiedono normalmente



L'intervento dell'UVM, potrebbero essere utilmente integrati con occasionali interventi di telemedicina (es. teleconsulenza medico-sanitaria) per decisioni cliniche contingenti coordinate tra professionisti.

Nel complesso i sistemi informativi devono consentire l'incontro dei professionisti in modo virtuale e la possibilità di generare i diversi piani di cura in formato digitale, in modo che possano essere inseriti, condivisi, consultati e aggiornati nel FSE dell'assistito.

Un ruolo strategico sarà assicurato dalla domotica quale uso intelligente delle tecnologie e delle strumentazioni mediche presso l'assistito.

L'idoneità del paziente/*caregiver* a poter fruire di prestazioni e servizi in telemedicina dovrà essere stabilita caso per caso, valutando per la singola tipologia di servizio:

- la possibilità per il paziente/*caregiver* di accedere a sistemi ed infrastrutture tecnologiche che soddisfino almeno i requisiti minimi tecnici per una corretta e sicura fruizione della prestazione o servizio;
- le competenze e le abilità minime che il paziente deve possedere, per poter utilizzare in modo appropriato le piattaforme tecnologiche, tenendo anche conto dell'eventuale supporto aggiuntivo che può ricevere dal *caregiver*.

In generale sono requisiti essenziali per l'attivazione del percorso di cure domiciliari supportate da strumenti di telemedicina:

- l'adesione da parte dell'interessato al percorso domiciliare e all'attivazione della prestazione in telemedicina in cui possono operare più figure professionali;
- l'individuazione, idoneità e formazione del paziente e/o del/i *caregiver*;
- l'adeguatezza degli aspetti sociali del contesto familiare, dell'ambiente domestico e della rete di sostegno;
- l'idoneità strutturale del contesto abitativo correlato al quadro clinico anche in relazione all'utilizzo di apparecchiature.

Per autorizzare l'adesione al trattamento domiciliare anche con servizi di telemedicina il paziente è quindi tenuto a compilare la modulistica necessaria, che comprende il consenso informato che il paziente esprime a seguito di opportuna informativa ricevuta che sarà predisposta dal Ministero della Salute in collaborazione con l'Autorità garante per la protezione dei dati personali e con le Regioni/PA, autorizzando a detto trattamento tutte le figure professionali coinvolte.

Si precisa, inoltre, che per gli eventi di telemedicina che necessitano del coinvolgimento occasionale di altri professionisti sanitari che non sono usualmente coinvolti nel processo di cura (in particolare il teleconsulto medico e la teleconsulenza medico-sanitaria), poiché si possono svolgere anche senza la presenza remota o fisica del paziente, è fondamentale descrivere, nell'informativa privacy fornita al paziente durante l'attivazione della presa in carico, tali modalità di modo che l'interessato possa conoscerle a priori.



### 2.1.2 Presa in carico a domicilio

I servizi in telemedicina si inseriscono a pieno titolo nel percorso di presa in carico a domicilio, sia che si tratti di una attività erogata a *tantum*, sia che si sviluppino come cicli di prestazioni (es. la teleriabilitazione) o in modalità continuativa (es. il telemonitoraggio).

In tale contesto la domotica consente di incrementare le prestazioni e l'assistenza domiciliare con particolare attenzione verso i pazienti anziani e con disabilità.

Gli strumenti di domotica concorrono ad aumentare l'efficacia dell'intervento sanitario oltre che sociale e a ridurre il rischio di istituzionalizzazione.

Nel percorso di presa in carico a domicilio intervengono:

- il MMG/PLS al quale è in capo la responsabilità clinica dell'assistito nel percorso generale di presa in carico;
- l'infermiere quale componente dell'équipe multiprofessionale, che funge da punto di riferimento per la famiglia e per gli altri attori (PLS/MMG, specialisti, MCA, altri professionisti) nella presa in carico del paziente. È figura di collegamento e facilitatore organizzativo e del coinvolgimento della persona, della famiglia e dei *caregiver* nella definizione ed attuazione del PAI. Può svolgere, attività di *case manager* in relazione al piano di cura domiciliare agevolando il percorso assistenziale assicurandone così la continuità;
- la COT e la Centrale Operativa dell'ADI ove presente, che possono trovare sede presso le Case della Comunità adeguatamente collegate alle piattaforme integrate agli applicativi aziendali, hanno la responsabilità dell'organizzazione, del tracciamento della presa in carico e delle eventuali transizioni tra *setting* che dovessero rendersi necessarie, provvedendo al raccordo tra i diversi soggetti e livelli assistenziali. In ogni caso la Centrale Operativa dell'ADI, ove presente, deve interagire con la COT e può eventualmente anche essere funzionalmente integrata ad essa.

Costituiscono elementi fondamentali:

- la programmazione e la realizzazione delle attività e il perseguimento degli obiettivi definiti nel PAI, laddove previsto, in accordo con il paziente e la famiglia;
- il collegamento a piattaforme tecnologiche di supporto alla presa in carico da parte dell'équipe multiprofessionale o del singolo professionista;
- la circolarità delle informazioni tra tutti gli attori coinvolti nella presa in carico al fine di garantire in tempo reale i dati aggiornati. Più in generale si rende necessario sviluppare l'integrazione tra il sistema informativo territoriale e ospedaliero finalizzato a garantire la continuità della presa in carico.

Si sottolinea che alcuni dei servizi di telemedicina richiedono per essere applicati documenti di riferimento (es. linee guida, protocolli, PDTA) che definiscano: tipologia di paziente e patologie eleggibili, prestazioni e servizi di telemedicina disponibili, set di parametri oggetto di eventuale monitoraggio e valori soglia di riferimento, indicatori appropriati (in particolare di esito); i parametri e i valori soglia possono essere personalizzati.



### 2.1.3 Piattaforma tecnologica

Per piattaforma tecnologica si intende l'infrastruttura informatica deputata all'erogazione dei servizi di telemedicina, integrata con l'ecosistema di sanità digitale (es. FSE) e che si interfaccia con la Piattaforma Nazionale per la Governance e Diffusione della Telemedicina per fornire dati utili per il monitoraggio dell'utilizzo della telemedicina su tutto il territorio nazionale nonché verificare l'utilizzo di soluzioni inserite nel catalogo nazionale telemedicina

Per i servizi di telemedicina è auspicabile un'organizzazione tecnica locale, quale, ad esempio, ove esistente, il Centro Servizi o un Centro Erogatore per la telemedicina o entrambi se non operano congiuntamente, presente nella sede operativa ADI (di cui all'Intesa Stato-Regioni del 4 agosto 2021), che intervenga quando necessario, anche in modo proattivo, da remoto o direttamente al domicilio, per le manutenzioni periodiche e per la risoluzione tempestiva di malfunzionamenti dei dispositivi tecnologici e della strumentazione messa a disposizione del paziente. Il Centro Servizi ha la funzione di gestione e manutenzione del sistema informativo, attraverso il quale il Centro Erogatore svolge la prestazione in telemedicina, l'installazione e la manutenzione degli strumenti nei siti remoti (casa del paziente o siti appositamente predisposti), la fornitura, la gestione e la manutenzione dei mezzi di comunicazione (compresa la gestione dei messaggi di allerta) tra pazienti e medici o altri operatori sanitari, l'addestramento di pazienti e familiari all'uso degli strumenti. Nel caso in cui non sia presente un Centro Servizi, le funzioni del Centro Servizi sono assolte dal Centro Erogatore o dall'articolazione aziendale deputata allo svolgimento delle funzioni sopra descritte. Il Centro Servizi non interviene a livello di responsabilità clinica, risponde al Centro Erogatore per quanto riguarda lo svolgimento efficace di tutti i suoi compiti, in particolare per gli aspetti di integrità e sicurezza delle informazioni sanitarie e sociosanitarie a valenza sanitaria trasmesse durante le attività di telemedicina. Come ogni sistema informatico che tratta dati sensibili deve rispondere alle prescrizioni normative in materia di trattamento dei dati personali<sup>2</sup>. Il Centro Servizi, laddove necessario, può svolgere anche funzioni di sportello di assistenza (*help desk*) per i professionisti e per i pazienti. L'organizzazione di tali funzioni è comunque demandata ad ogni singola realtà locale nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente.

La strumentazione necessaria all'attivazione e al mantenimento dei servizi di telemedicina nell'assistenza domiciliare si configura, in generale, come segue: dispositivi per la registrazione, archiviazione e scambio di immagini, di video e di dati, dispositivi mobili, dispositivi medici e sensori per la rilevazione dei parametri, possibilità di collegamento e consultazione di informazioni tra i servizi che contribuiscono al processo di telemedicina. La raccolta, l'archiviazione e la consultazione delle informazioni sanitarie e sociosanitarie a valenza sanitaria necessarie alla presa in carico integrata a domicilio si realizzano attraverso l'utilizzo della cartella domiciliare e del profilo sanitario sintetico del FSE predisposto dal MMG/PLS.

L'accesso alla piattaforma dei servizi e ai dati contenuti nella documentazione clinica (inseriti dai vari professionisti o dagli assistiti/*caregiver* stessi) è consentito all'équipe assistenziale che ha in cura la persona.

<sup>2</sup> Telemedicina: linee di indirizzo nazionali, Rep. Atti n. 16/CSR



#### 2.1.4 Matrice degli attori e delle responsabilità

Nell'ambito specifico di fruizione di servizi di telemedicina gli attori sono:

- *Paziente a domicilio*, eventualmente supportato dal *caregiver* adeguatamente formato, utilizza la strumentazione messa a disposizione (es. eseguendo la rilevazione dei parametri, aggiornando la APP, compilando questionari o caricando foto/video di medicazioni/ferite, ecc.);
- *MMG/PLS/Medico del Distretto/Specialista* in qualità di responsabile clinico del percorso assistenziale (*clinical manager*) richiede, prescrive o attiva direttamente la prestazione in telemedicina e, in alcuni casi, la eroga;
- *Équipe delle cure domiciliari o il professionista sanitario* provvede alla formazione della persona assistita/*caregiver* all'uso della piattaforma, eroga la prestazione da remoto, valuta il livello di raggiungimento degli obiettivi, valuta lo stato generale e di salute della persona e del *caregiver*, gestisce il piano di lavoro (agende dedicate), attiva servizi necessari in caso di urgenza;
- *Centrale Operativa dell'ADI*, ove esistente funge da raccordo dell'équipe delle cure domiciliari, provvede all'attivazione dei servizi di telemedicina per i pazienti in carico e coordina i piani di lavoro in agende dedicate;
- *COT* garantisce la continuità dell'assistenza tra un *setting* e l'altro in caso di transizioni necessarie, attivandone opportunamente i servizi;
- *Centro Servizi per la telemedicina*, ove esistente, garantisce, sulla base dei diversi modelli organizzativi implementati, le manutenzioni periodiche e per la risoluzione tempestiva di malfunzionamenti dei dispositivi tecnologici e della strumentazione messa a disposizione del paziente.

Sempre con riferimento alla fruizione di servizi di telemedicina, vengono declinate le seguenti responsabilità:

- la responsabilità della erogazione della prestazione è in capo al professionista sanitario erogante la prestazione;
- la valutazione sul livello di raggiungimento degli obiettivi prefissati può essere in capo alla équipe delle cure domiciliari che ha in carico il paziente o al singolo professionista a seconda dei casi.

A tutte le attività che vengono erogate con servizi e in regime di telemedicina, si applicano le norme deontologiche proprie delle professioni sanitarie, legislative, tenendo in considerazione gli indirizzi dettati dalla bioetica.

Eventuali aspetti tecnici, riconducibili ad esempio al malfunzionamento dell'attrezzatura, e che possono inficiare l'erogazione della prestazione sono in capo, per gli aspetti di competenza, al Centro Servizi per la telemedicina.

Ogni attore che partecipa alla prestazione di telemedicina deve essere comunque identificabile attraverso opportuni sistemi digitali e deve essere rilevato il relativo impegno orario impiegato per





ciascun assistito attraverso sistemi informatizzati, ai fini della rendicontazione automatizzata delle attività svolte.

Lo schema a matrice seguente costituisce una sintesi degli attori coinvolti nei diversi processi e delle relative responsabilità, che saranno successivamente descritti.

TIPOLOGIA DI SERVIZIO DI TELEMEDICINA	ATTORI				
	MMG/PLS/ Medico del Distretto/ Specialista	Equipe delle cure domiciliari o Professionista sanitario	COT/Centrale operativa ADI ove esistente	Centro Servizi per la telemedicina ove esistente	Paziente a domicilio
<i>Televisita</i>	R - P - E	<i>Non necessariamente C</i>	A	C	C
<i>Teleconsulto medico</i>	R - P - A - E	<i>Non necessariamente C</i>	A	C	<i>Non necessariamente C</i>
<i>Teleconsulenza medico - sanitaria</i>	R - P - A - E	R - A - E	A	C	<i>Non necessariamente C</i>
<i>Teleassistenza</i>	<i>Non necessariamente R - P</i>	R - A - E	A	C	C
<i>Telemonitoraggio</i>	R - P	S	A	C - E	C
<i>Telecontrollo</i>	R - P	S	A	C - E	C
<i>Teleriabilitazione</i>	R - P	R - A - E	A	C	C

**Legenda:**

A = Attivatore C = Coinvolto E = Erogatore P = Prescrittore R = Richiedente S = Supporto

### 2.1.5 Personalizzazione della presa in carico

In relazione al singolo paziente le attività possono essere svolte dai diversi professionisti sanitari in base alle proprie competenze ed al ruolo assunto nella presa in carico oppure dall'equipe multidisciplinare e possono essere compresi all'interno del PAI/PRI, laddove le condizioni del paziente lo richiedano.

Così come nel caso della prestazione tradizionale, occorre che la tipologia di ogni servizio di telemedicina sia inserita ed erogata efficacemente all'interno del percorso individuale più appropriato per ogni persona e sia condivisa in modo partecipativo con il paziente/famiglia, orientandola alla migliore cura possibile attraverso il raggiungimento di obiettivi ben definiti. A seconda delle diverse situazioni e per ciascuna tipologia di servizio, andrà valutata la necessità del coinvolgimento attivo di un *caregiver* opportunamente formato, che possa supportare il paziente.

Inoltre, l'erogazione di ogni servizio dovrà essere programmata, prevedendo modi e tempi adeguati.



Pertanto, le prestazioni che fanno capo ai servizi di telemedicina, erogate nell'ambito delle cure domiciliari, devono essere progettate a partire dalle esigenze specifiche degli assistiti ai quali essi si rivolgono. Esse comprendono attività quali: la richiesta, l'esecuzione, il monitoraggio, il controllo, la supervisione, la modifica o la sostituzione di prestazione e/o di servizi in coerenza con la revisione dei contenuti del PAI/PRI, la valutazione. Tali prestazioni sono erogate anche a distanza per mezzo dell'utilizzo di servizi digitali. Ove le prestazioni di telemedicina non siano ritenute efficaci e idonee l'erogatore è tenuto ad erogare la prestazione in modalità tradizionale.

È indispensabile un'attenta analisi e una chiara definizione delle esigenze degli assistiti verso i quali ci si rivolge, dei criteri di attivazione (o di accesso), di pertinenza e di interruzione del servizio da remoto, comprendenti anche gli elementi caratteristici dell'ambiente familiare e sociale. Laddove possibile, va considerato il coinvolgimento, se necessario, del mediatore culturale. Prima dell'attivazione del servizio di telemedicina, va esplicitamente richiesta e ottenuta l'adesione consapevole, da parte di soggetti coinvolti, all'utilizzo del servizio.

#### *Domotica assistiva*

Un elemento qualificante nella modalità di applicazione del modello digitale è rappresentato dalla domotica assistiva che può contribuire a migliorare l'accessibilità e la fruibilità dell'ambiente domestico, estendendo le abilità della persona e migliorandone la sicurezza. La domotica è una soluzione tecnologica che permette di automatizzare e facilitare l'esecuzione di operazioni svolte in un ambiente domestico mediante l'utilizzo di tecnologie hardware e software che insieme permettono di controllare e gestire applicazioni e dispositivi al fine di: ottimizzare la funzionalità, la sicurezza e aumentare la confortevolezza dell'abitazione. L'introduzione della telemedicina e della domotica possono rappresentare utili strumenti per permettere di raggiungere un maggior livello di autonomia e indipendenza della persona presso la propria abitazione anche in condizione di fragilità o disabilità. Gli strumenti della domotica, che non sono ricompresi nei livelli essenziali di assistenza, pertanto, possono essere a supporto delle attività di telemonitoraggio e telecontrollo della telemedicina al fine di ridurre incidenti domestici, ad esempio cadute, e promuovendo in maniera indiretta il mantenimento di un migliore stato di salute. Le soluzioni domotiche richiedono una partecipazione attiva dell'utente che dovrà essere formato all'utilizzo del sistema che a sua volta dovrà essere personalizzato per rispondere all'esigenza del singolo.

#### *2.1.6 Formazione degli operatori*

E' opportuno prevedere nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente, come obbligatori per tutto il personale impegnato nell'erogazione di prestazioni in telemedicina in ambito domiciliare, programmi di formazione di base/avanzati in ambito digitale e programmi di aggiornamento specifico, anche con riferimento all'utilizzo degli strumenti e applicativi di telemedicina scelti dall'organizzazione per l'erogazione dell'ADI, assegnando la relativa responsabilità organizzativa in capo al Centro Servizi, se presente, o al Centro Erogatore di cui al documento.



## 2.2 Modalità di applicazione del modello digitale

Con riferimento all'Accordo Stato-Regioni del 17 dicembre 2020 (Rep. Atti 215/CSR) "*Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina*", vengono declinate di seguito le diverse tipologie di servizi di telemedicina che possono concorrere a potenziare l'assistenza nel *setting* domiciliare.

Ciascuna tipologia di servizio erogato a distanza per mezzo di sistemi digitali richiede di essere contestualizzato nel processo di presa in carico che va dalla richiesta, alla attivazione, alla erogazione. La richiesta di cure domiciliari deve essere attivata in modalità digitale, anche attraverso le procedure della ricetta dematerializzata, e, in coerenza con le disposizioni del DPCM n. 178 del 2015, le azioni di apertura, aggiornamento e chiusura della cartella domiciliare descritte nelle pagine seguenti devono prevedere l'invio e la consultazione dei dati clinici e assistenziali e dei referti nel FSE.

Tutti i documenti che alimentano il FSE sono in formato digitale secondo le indicazioni delle Linee Guida di cui all'articolo 12, comma 15-bis, del decreto legge n. 179 del 2012 e successive modifiche.

A seguire, è riportato il quadro sinottico, che mette a sistema gli elementi del processo operativo del modello digitale - finalità, richiedente/prescrittore, necessità di UVM, necessità di definizione di un PAI, attivatore, erogatore, soggetti coinvolti, supporti tecnici/set di informazioni disponibili, documentazione a corredo - con gli interventi di telemedicina realizzabili nell'ambito dell'assistenza domiciliare (televisita, teleconsulto medico, teleconsulenza medico-sanitaria, teleassistenza, telemonitoraggio, telecontrollo, teleriabilitazione).



Tipologia di servizio	Finalità	Richiedente/ prescrittore	UVM	PAI	Attivatore	Erogatore	Soggetti Coinvolti	Supporti Tecnici e Set di informazioni disponibili	Documentazione a corredo
<b>Televisita</b>  <i>Atto medico con interazione con il paziente in tempo reale</i>	<i>Follow up, Aggiustamento terapia in corso, Prescrizione di esami, Verifica degli esiti di esami e/o terapia</i>	Medico del Distretto, MMG/PLS/ MCA/ Specialista	Non necessario	Non necessario	COT Centrale operativa ADI  MMG/PLS/ Specialista	MMG/PLS/ Specialista	Pazienti e <i>caregiver</i>  Eventuale infermiere a domicilio o altro professionista sanitario  Centrale di servizi per la telemedicina	Videochiamata + <i>Chat</i> (per scambio messaggi)  APP/servizi applicativi che consentano la consultazione di referti, immagini, altre informazioni clinico-sanitarie (FSE)  Ricetta dematerializzata	Adesione al trattamento domiciliare  Cartella domiciliare  Esita in un referto strutturato della televisita qualora sia erogata dallo specialista



Tipologia di servizio	Finalità	Richiedente/ prescrittore	UVM	PAI	Attivatore	Erogatore	Soggetti Coinvolti	Supporti Tecnici e Set di informazioni disponibili	Documentazione a corredo
<b>Tele consulto medico</b> <i>Atto medico, anche asincrono</i>	Dialogo tra medici riguardo la situazione clinica del paziente	Medico del Distretto MMG/PLS/ MCA/ Specialista	Non necessario	Non necessario	COT, Centrale operativa ADI, Medico direttamente tramite agende di disponibilità condivise tra professionisti	MMG/PLS/ MCA/ specialista Medico del Distretto	Interazione tra più medici  Possibile presenza del paziente  Centrale di servizi per la telemedicina	Videochiamata + eventuale <i>Chat</i>  APP/servizi applicativi che consentano la consultazione di referti, immagini, altre informazioni clinico-sanitarie (FSE)	Adesione al trattamento domiciliare o fare riferimento a quanto previsto nel paragrafo 2.1.1  Quesito diagnostico  Esita una "Relazione collaborativa" o in annotazioni riportate in cartella domiciliare.



Tipologia di servizio	Finalità	Richiedente/ prescrittore	UVM	PAI	Attivatore	Erogatore	Soggetti Coinvolti	Supporti Tecnici e Set di informazioni disponibili	Documentazione a corredo
<b>Tele consulenza medico-sanitaria</b> <i>Atto non necessariamente medico, può essere anche asincrono</i>	Supporto durante lo svolgimento di attività sanitaria a domicilio	Professionista sanitario (anche medico)	Non necessario	Non necessario	COT, Centrale operativa ADI, Professionista sanitario direttamente tramite agende di disponibilità condivise tra professionisti	Professionisti sanitari (anche medico quando il richiedente è altro professionista)	Pazienti e <i>caregiver</i> Infermiere o altro professionista sanitario a domicilio  Possibile presenza del paziente  Centrale di servizi per la telemedicina	Videochiamata + eventuale <i>Chat</i>  APP/servizi applicativi che consentano la consultazione di referti, immagini, altre informazioni clinico-sanitarie (FSE)	Adesione al trattamento domiciliare o fare riferimento a quanto previsto nel paragrafo 2.1.1  "Quesito di ingresso"  Esita in una relazione o annotazioni riportate nella cartella domiciliare



Tipologia di servizio	Finalità	Richiedente/ prescrittore	UVM	PAI	Attivatore	Erogatore	Soggetti Coinvolti	Supporti Tecnici e Set di informazioni disponibili	Documentazione a corredo
<b>Teleassistenza</b> <i>Prevede l'interazione con il paziente in tempo reale</i>	Interazione a distanza per agevolare il corretto svolgimento di attività assistenziali	Professionisti Sanitarie	Possibile, non necessario	Possibile, non necessario	COT, Centrale operativa ADI, Professionisti Sanitari direttamente tramite agende di disponibilità condivise tra professionisti	Professionisti sanitari	Pazienti e <i>caregiver</i>  Centrale di servizi per la telemedicina	Videochiamata + <i>Chat</i> (per scambio messaggi)  APP/servizi applicativi che consentano la consultazione di referti, immagini, altre informazioni clinico-sanitarie (FSE)  APP di condivisione con il paziente di strumenti (es. test, questionari, ecc.)	Adesione al trattamento domiciliare  Cartella domiciliare  Esita in una relazione o annotazioni riportate nella cartella domiciliare



Tipologia di servizio	Finalità	Richiedente/ prescrittore	UVM	PAI	Attivatore	Erogatore	Soggetti Coinvolti	Supporti Tecnici e Set di informazioni disponibili	Documentazione a corredo
<b>Tele monitoraggio</b>	Rilevamento e trasmissione automatizzati continuativi di parametri clinici a domicilio	Medico del Distretto MMG/PLS/MCA/ specialista	Possibile, non necessario	Necessario	COT Centrale operativa ADI	Medico Infermiere	Pazienti e <i>caregiver</i>  Centrale di servizi per la telemedicina	Set di tecnologie collegate ad una centrale Piattaforma di rilevazione dei dati, consultabile, eventualmente integrabile nella cartella	Adesione al trattamento domiciliare  PDTA e Protocollo in cui siano esplicitati criteri di eleggibilità, percorso per la gestione degli allarmi  Monitoraggio anche attraverso la compilazione di scale/schede informatizzate  Esita in una relazione o annotazioni riportate nella cartella domiciliare





Tipologia di servizio	Finalità	Richiedente/ prescrittore	UVM	PAI	Attivatore	Erogatore	Soggetti Coinvolti	Supporti Tecnici e Set di informazioni disponibili	Documentazione a corredo
<b>Tele Controllo (medico)</b>	Rilevamento parametri periodico e interattivo a domicilio attraverso una serie cadenzata di contatti con il medico	Medico del Distretto MMG/PLS/MCA/ specialista	Possibile, non necessario	Necessario	COT Centrale operativa ADI	Medico  Potrebbe essere coinvolto il professionista sanitario	Pazienti e caregiver  Centrale di servizi per la telemedicina	Videochiamata + eventuale Set di tecnologie collegate ad una centrale Piattaforma di rilevazione dei dati, consultabile, eventualmente integrabile nella cartella	Adesione al trattamento domiciliare  PDTA e Protocollo in cui siano esplicitati criteri di eleggibilità, percorso per la gestione degli allarmi  Esita in una relazione o annotazioni riportate nella cartella domiciliare



Tipologia di servizio	Finalità	Richiedente/ prescrittore	UVM	PAI	Attivatore	Erogatore	Soggetti Coinvolti	Supporti Tecnici e Set di informazioni disponibili	Documentazione a corredo
<b>Tele riabilitazione</b> <i>Prevede l'interazione con il paziente</i>  <i>Può avere carattere multi Disciplinare</i>	Servizi intesi ad abilitare, ripristinare il funzionamento psicofisico  Valutazione a distanza del corretto utilizzo di ausili, ortesi e protesi all'interno del PRI	Professionista sanitario e medico	Necessaria UVM in presenza del paziente per le opportune valutazioni	Necessario PRI/PAI	COT Centrale operativa ADI Professionisti Sanitari direttamente tramite agende condivise	Professionista singolo équipe multi professionale	Pazienti e <i>caregiver</i>  Centrale di servizi per la Telemedicina	Dispositivi per la gestione e lo scambio di dati e immagini, dispositivi mobili, dispositivi medici, anche indossabili, sensori, robotica, <i>serious games</i> <sup>3</sup>	Adesione al trattamento domiciliare  Cartella domiciliare  Esita in una relazione o annotazioni riportate nella cartella domiciliare

<sup>3</sup> Si fa riferimento alle Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie, Rep. Atti n. 231/CSR.



### 2.2.1 La Televisita

#### Definizione e finalità

È un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un *caregiver*. La televisita, come previsto anche dal codice di deontologia medica, non può essere mai considerata l'unico mezzo per condurre la relazione medico-paziente, né può essere considerata in modo automatico sostitutiva della prima visita medica in presenza. Il medico è deputato a decidere in quali situazioni e in che misura la televisita può essere impiegata in favore del paziente, utilizzando anche gli strumenti di telemedicina per le attività di rilevazione, o monitoraggio a distanza, dei parametri biologici e di sorveglianza clinica. La televisita è da intendersi limitata alle attività di controllo di pazienti la cui diagnosi sia già stata formulata nel corso di visita in presenza.<sup>4</sup>

L'attività di televisita è un atto sanitario in cui **il medico interagisce a distanza con il paziente** e può dar luogo alla prescrizione di farmaci, o di ulteriori approfondimenti clinici. Tale atto permette pertanto di trasferire informazioni sanitarie senza far muovere il paziente garantendo così la continuità delle cure e consentendo di valutare di volta in volta le scelte terapeutiche e l'andamento del quadro clinico.

In ambito domiciliare le prestazioni erogate con la televisita mirano:

- al *follow up* di patologia nota;
- alla conferma, aggiustamento o cambiamento delle terapie in corso;
- alla valutazione anamnestica per la prescrizione di esami di diagnosi, o di stadiazione di patologia nota, o sospetta;
- alla verifica da parte del medico degli esiti di esami effettuati ai quali può seguire la prescrizione di eventuali approfondimenti, oppure di una terapia.

Il medico durante la televisita interagisce a distanza, in tempo reale, con il paziente anche con il supporto di un *caregiver* o di un operatore sanitario che può assistere/aiutare il paziente.

La televisita<sup>5</sup> è da intendersi limitata alle attività di controllo di pazienti la cui diagnosi sia già stata formulata nel corso di una visita in presenza. Prima della televisita, il medico può richiedere al paziente la condivisione di dati, informazioni, misurazioni o questionari.

<sup>4</sup> Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, Rep. Atti n. 215/CSR.

<sup>5</sup> La visita di primo accesso deve essere erogata in presenza, mentre le visite di controllo successive possono essere effettuate tramite la televisita, come riportato nelle indicazioni nazionali (Accordo Stato-Regioni del 17 dicembre 2020, sul documento recante "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina". Rep. atti n. 215/CSR).



### ***Richiedente/Prescrittore***

Nell'ambito dell'assistenza domiciliare può richiedere la prestazione di televisita il MMG/PLS, il MCA o del Distretto, il medico specialista.

La prescrizione (attraverso la ricetta dematerializzata) è necessaria qualora la televisita sia erogata da uno specialista esterno all'équipe domiciliare finalizzata ad erogare prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Tale prestazione, che può essere erogata anche a pazienti con una presa in carico non complessa, non necessita di valutazione da parte dell'UVM così come non è necessario sia presente un PAI.

### ***Attivazione ed erogazione***

L'attivazione è di competenza delle COT o, in base all'organizzazione locale, della Centrale Operativa dell'ADI, ove presente. Potranno essere attivati automatismi per la prenotazione della televisita su agende dedicate.

La televisita è erogata dal medico specialista. Tuttavia, in una accezione più ampia rispetto a quanto previsto dalle indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina (Rep. Atti n. 215/CSR), si ritiene utile, per le finalità del presente documento, considerare in questo contesto anche la possibilità che la televisita sia erogata direttamente dal MMG/PLS o MCA o dal medico del Distretto che fa parte dell'équipe domiciliare. In questo caso il medico farà delle annotazioni sull'esito della televisita che saranno disponibili nella cartella domiciliare del paziente, utilizzando le procedure della ricetta dematerializzata (fase di erogazione). Qualora sia erogata da uno specialista, esterno all'équipe domiciliare, l'atto della televisita si conclude con un **referto** che andrà inserito nella cartella domiciliare.

### ***Supporti tecnici ed informazioni da condividere***

È necessaria una dotazione tecnologica di base per la videochiamata integrata da strumenti che consentano di consultare la documentazione clinica (referti, immagini, ecc.).

Prima della televisita e durante la stessa deve essere sempre garantita la possibilità di scambiare in tempo reale dati clinici, referti medici, immagini audio e video.

Le informazioni del paziente devono essere disponibili nella cartella domiciliare alla quale devono poter accedere il medico e i professionisti sanitari che intervengono, e tutta l'équipe laddove presente. La cartella domiciliare conterrà anche il referto della televisita, qualora il medico erogatore sia lo specialista, o le annotazioni dell'esito, qualora gli erogatori siano MMG/PLS, MCA o medico del Distretto. È necessario che la cartella domiciliare interagisca con gli applicativi in uso dal MMG/PLS e con la ricetta dematerializzata e il FSE.

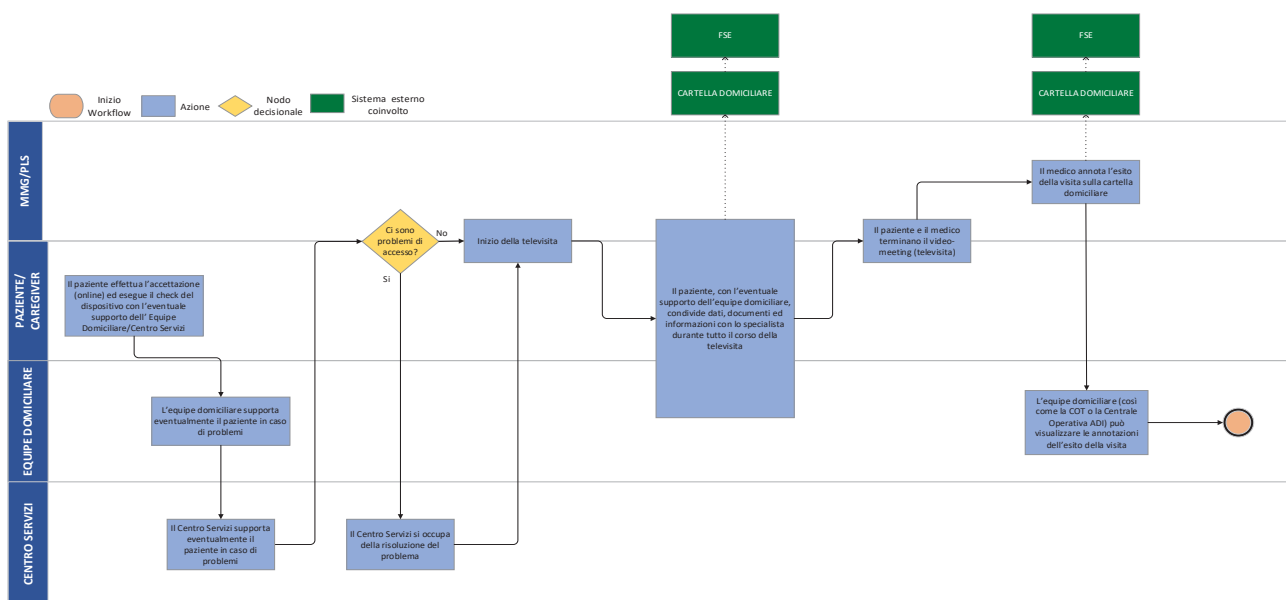
Nei seguenti schemi (*flowchart*) si riportano due distinti scenari di televisita: erogata dal MMG/PLS (Figura 1); erogata dal medico specialista (Figura 2) che, laddove previsto, si attivano tramite ricetta dematerializzata.

Si specifica che, **qualora il paziente non risponda ai requisiti di *compliance* clinica e/o tecnica per lo svolgimento della televisita, la visita verrà effettuata in modalità tradizionale.**



## Workflow Televisita – MMG/PLS

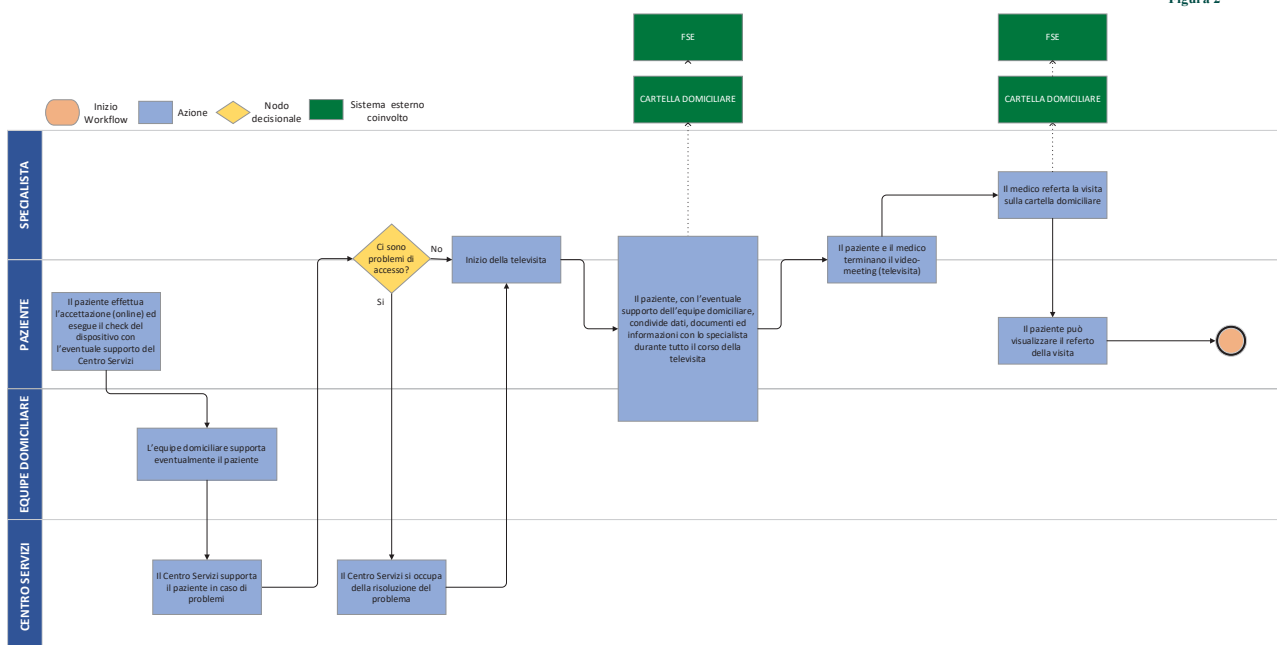
Figura 1





## Workflow Televisita – Specialista

Figura 2





### 2.2.2 Il Teleconsulto medico

#### **Definizione e finalità**

È un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite una videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audio-video riguardanti il caso specifico. Tutti i suddetti elementi sono condivisi per via telematica sottoforma di *file* digitali idonei per il lavoro che i medici in teleconsulto ritengono necessari per l'adeguato svolgimento del loro lavoro. Il teleconsulto tra professionisti può svolgersi anche in modalità asincrona, quando la situazione del paziente lo permette in sicurezza. Quando il paziente è presente al teleconsulto, allora si svolge in tempo reale utilizzando le modalità operative analoghe a quelle di una televisita e si configura come una visita multidisciplinare.<sup>6</sup>

Si tratta di un'attività di consulenza a distanza fra medici che permette ad un medico di chiedere il consiglio di uno o più medici riguardo la situazione clinica di un paziente. Il teleconsulto tra professionisti si può anche svolgere in modo asincrono, ossia senza che il medico richiedente sia connesso in attesa di ricevere un riscontro da parte del/i medico/medici a cui ha richiesto il consulto. Inoltre, il teleconsulto può svolgersi anche con la presenza del paziente ossia si svolge in tempo reale utilizzando modalità operative analoghe a quelle della televisita e si configura come una visita multidisciplinare.

Le finalità del teleconsulto sono quelle di condividere le scelte mediche esso rappresenta anche anche una modalità efficace per fornire la “seconda opinione” specialistica.

Il teleconsulto contribuisce alla definizione del referto che viene redatto al termine della visita erogata al paziente, ma non dà luogo ad un referto a sé stante quanto piuttosto ad una “relazione collaborativa”.

#### **Richiedente**

Nell'ambito dell'assistenza domiciliare può richiedere la prestazione di teleconsulto medico il MMG/PLS, il MCA o del Distretto, il medico specialista. Tale prestazione, che può essere erogata anche a pazienti con una presa in carico non complessa, non necessita di valutazione in sede di UVM così come non è necessario sia definito un PAI.

#### **Attivazione ed erogazione**

Trattandosi di un'interazione tra professionisti, l'attivazione può avvenire in forma diretta (anche attraverso agende interattive e condivise tra gli stessi professionisti) quando esistono percorsi già condivisi o attraverso la Centrale Operativa dell'ADI ove presente. Tuttavia, qualora sia necessario

<sup>6</sup> Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, Rep. Atti n. 215/CSR.



fare interagire e raccordare professionisti afferenti ad ambiti e *setting* differenti o in caso di presenza del paziente è opportuna l'attivazione della COT.

***Supporti tecnici ed informazioni da condividere***

È necessaria una dotazione tecnologica di base per la videochiamata integrata da strumenti che consentano di consultare ed inviare la documentazione clinica (referti, immagini, ecc.). Le informazioni del paziente devono essere disponibili nella cartella domiciliare.

Di seguito, si riportano in figura due tipologie di processo (*workflow*):

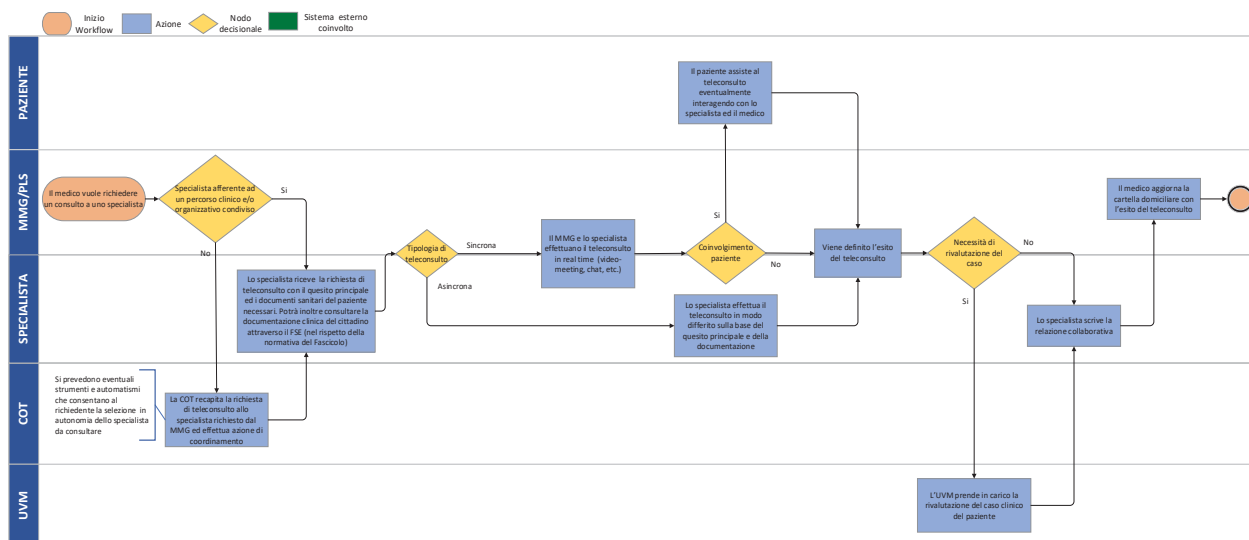
- uno relativo ad uno scenario di teleconsulto richiesto dal MMG/PLS ed erogato dal medico specialista, raffigurante gli attori coinvolti nel processo e le relative azioni (Figura 3);
- uno relativo ad uno scenario di teleconsulto tra due medici specialisti, raffigurante gli attori coinvolti nel processo e le relative azioni (Figura 4).





### Workflow Teleconsulto – MMG/PLS

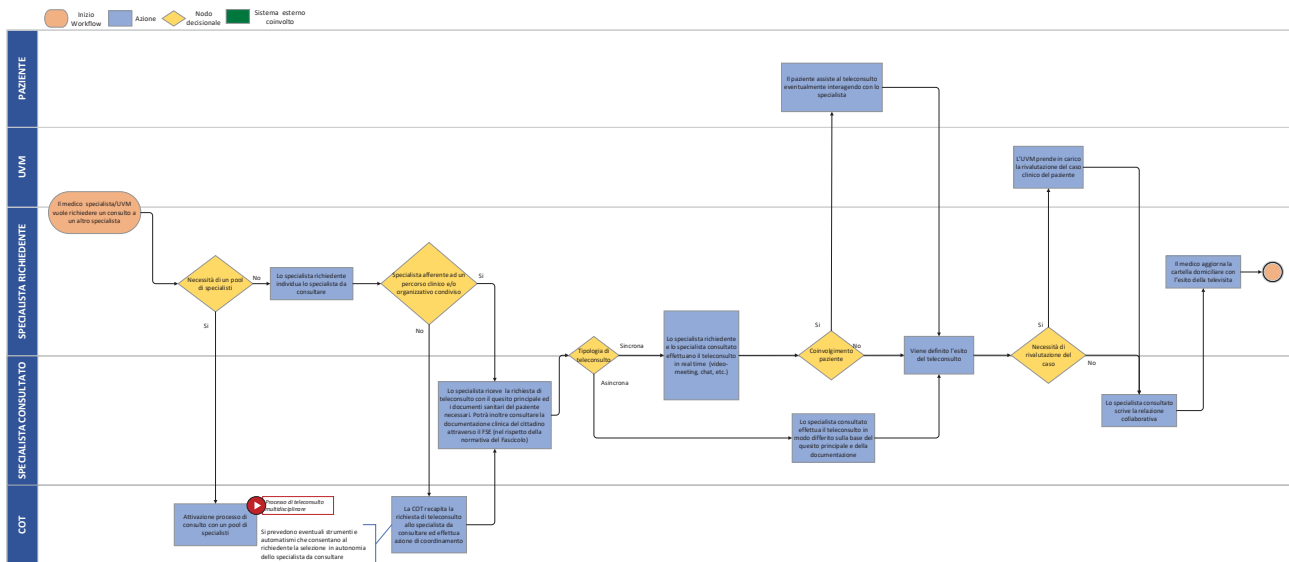
Figura 3





# Workflow Teleconsulto – Specialista

Figura 4





### 2.2.3 La Teleconsulenza medico-sanitaria

#### **Definizione e finalità**

È un'attività sanitaria, non necessariamente medica ma comunque specifica delle professioni sanitarie, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più persone che hanno differenti responsabilità rispetto al caso specifico. Essa consiste nella richiesta di supporto durante lo svolgimento di attività sanitarie, a cui segue una videochiamata in cui il professionista sanitario interpellato fornisce all'altro, o agli altri, indicazioni per la presa di decisione e/o per la corretta esecuzione di azioni assistenziali rivolte al paziente. La teleconsulenza può essere svolta in presenza del paziente, oppure in maniera differita. In questa attività è preminente l'interazione diretta tramite la videochiamata, ma è sempre necessario garantire all'occorrenza la possibilità di condividere almeno tutti i dati clinici, i referti le immagini riguardanti il caso specifico. È un'attività su richiesta ma sempre programmata e non può essere utilizzata per surrogare le attività di soccorso.<sup>7</sup>

È una consultazione tra professionisti sanitari, o tra medico e professionista sanitario, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più professionisti che hanno differenti ruoli rispetto al caso specifico, o intervengono su aspetti e competenze diverse della presa in carico del paziente.

Ha lo scopo di rispondere ad una richiesta di supporto durante un percorso di cura e assistenza, e viene espletata attraverso una videochiamata in cui il professionista sanitario interpellato fornisce all'altro, o agli altri, indicazioni per una decisione clinica e/o per la corretta esecuzione di azioni assistenziali rivolte al paziente.

La teleconsulenza può essere svolta in presenza del paziente, oppure in sua assenza; in quest'ultimo caso è anche possibile che i professionisti si consultino in modo asincrono.

Pur essendo preminente l'interazione diretta tramite la videochiamata, è sempre necessario garantire all'occorrenza la possibilità di condividere i dati clinici, i referti e le immagini riguardanti il caso specifico, anche quando la teleconsulenza si realizza in asincrono.

È un'attività su richiesta, sempre programmata e non può essere utilizzata per surrogare le attività di soccorso.

La teleconsulenza può essere utilizzata anche in pazienti che necessitano di sola attività prestazionale, non sottoposta al processo di valutazione della UVM e a PAI; oppure anche in pazienti con presa in carico proattiva da parte dell'IFoC.

#### **Richiedente**

Il richiedente varia in relazione alla tipologia di intervento. Può essere sia il medico sia il professionista sanitario che formula un quesito o una richiesta di valutazione.

<sup>7</sup> Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, Rep. Atti n. 215/CSR.



Pur trattandosi spesso di pazienti già valutati da UVM con PAI e Presa In Carico (PIC) aperta, la richiesta di teleconsulenza viene dall'operatore che ne ravvisa la necessità sul campo durante le attività di cura, senza necessità di rivalutazione attraverso UVM e modifica del PAI.

#### ***Attivazione ed erogazione***

La richiesta di teleconsulenza può essere presentata attraverso la COT, la Centrale Operativa dell'ADI ove presente oppure in maniera diretta. Il primo caso si rende necessario specialmente quando deve essere sviluppato il raccordo tra servizi diversi, per esempio tra ospedale e territorio. Quando si tratta di interazione tra operatori di servizi con procedure già in atto, o con processi di lavoro comuni, lo strumento idoneo è costituito da agende dedicate e condivise tra i professionisti.

L'erogatore può essere il medico o un professionista sanitario.

Pertanto, i soggetti coinvolti possono essere diversi, in ragione della linea di attività a domicilio il cui intervento richiede il supporto consulenziale. La co-presenza del paziente avviene nella consultazione in modalità sincrona durante l'intervento a domicilio.

#### ***Supporti tecnici ed informazioni da condividere***

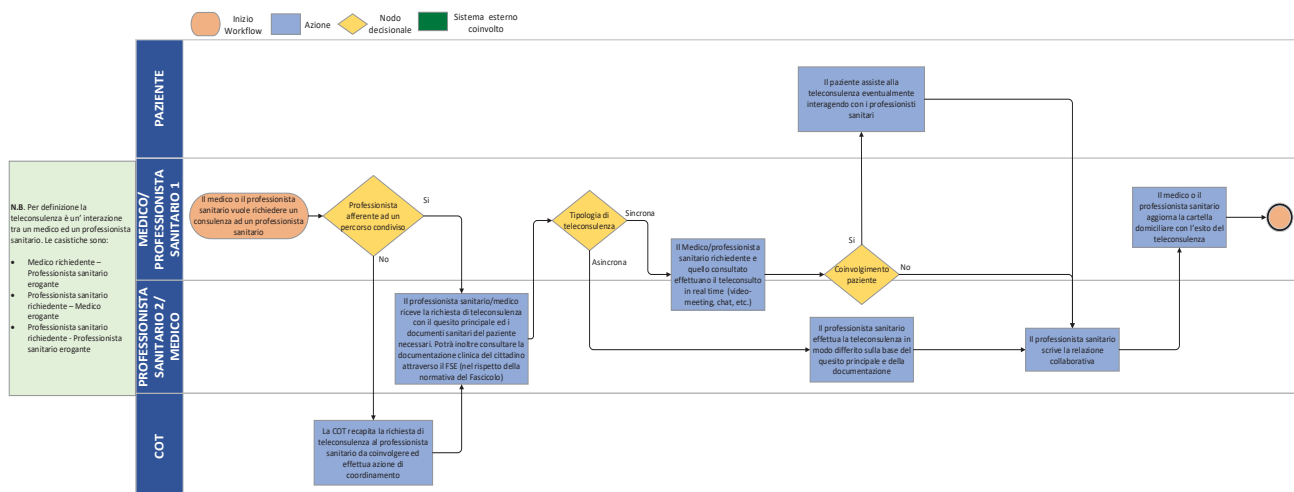
La dotazione base che consente la videochiamata è integrata dagli strumenti che servono a documentare le condizioni cliniche che sono fonte del quesito di consultazione: dispositivi per la gestione e lo scambio di dati e immagini, dispositivi per il monitoraggio, per la riabilitazione, ecc. Le informazioni relative alla presa in carico domiciliare, essenzialmente contenute nella cartella domiciliare, devono essere disponibili al medico e ai professionisti sanitari, tra cui si realizza la teleconsulenza, così come, laddove presente, a tutta l'équipe domiciliare referente della PIC del paziente. Inoltre, devono essere documentati il "quesito d'ingresso" che ha generato la richiesta di consultazione e la relazione di valutazione che ne consegue, oppure devono essere riportate in cartella le considerazioni clinico-assistenziali e le indicazioni che ne derivano.

Di seguito, si riporta in figura il processo (*workflow*) relativo ad uno scenario di teleconsulenza medico-sanitaria, raffigurante gli attori coinvolti nel processo e le relative azioni (Figura 5).



## Workflow Teleconsulenza Medico-Sanitaria

Figura 5





#### 2.2.4 La Teleassistenza

##### **Definizione e finalità**

È un atto professionale di pertinenza della relativa professione sanitaria (infermiere, fisioterapista, logopedista/ecc.) e si basa sull'interazione a distanza tra il professionista e paziente/caregiver per mezzo di una videochiamata, alla quale si può all'occorrenza aggiungere la condivisione di dati referti o immagini. Il professionista che svolge l'attività di teleassistenza può anche utilizzare idonee APP per somministrare questionari, condividere immagini o video *tutorial* su attività specifiche. Lo scopo della teleassistenza è quello di agevolare il corretto svolgimento di attività assistenziali, eseguibili prevalentemente a domicilio. La teleassistenza è prevalentemente programmata e ripetibile in base a specifici programmi di accompagnamento al paziente.<sup>8</sup>

Il servizio prevede l'interazione con la persona assistita e la sua famiglia/caregiver in tempo reale. La necessità del coinvolgimento attivo di un *caregiver* formale o informale opportunamente formato, che possa supportare la persona assistita, sarà valutata per ogni singolo caso. Il carattere della prestazione può assumere note di multidisciplinarietà/multiprofessionalità. Le attività di teleassistenza possono integrarsi con altre attività di prestazioni medico-sanitarie erogate da remoto o in presenza, all'interno di servizi sanitari basati su sistemi di telemedicina, nei quali vengano svolti percorsi diagnostici e terapeutici.

##### **Richiedente**

La teleassistenza può essere richiesta dai citati professionisti sanitari che ritengano necessario assistere da remoto la persona nel suo domicilio.

Se previsto prima della dimissione da altro *setting* di cura, il medico o l'infermiere che svolga le attività di *case manager* (in ospedale) richiede il servizio mettendosi in relazione con la COT.

La richiesta non è seguita necessariamente dalla UVM e la prestazione può essere inserita o meno all'interno del PAI.

##### **Attivazione ed erogazione**

I soggetti attivatori del servizio di teleassistenza sono: i citati professionisti sanitari, la COT, la Centrale Operativa dell'ADI ove presente.

L'attivazione del servizio dovrà essere pianificata opportunamente sulla base di agende di prenotazione condivise con i professionisti sanitari coinvolti e gestite direttamente dagli stessi o anche dalla Centrale Operativa dell'ADI ove presente o COT. Gli erogatori sono comunque i professionisti sanitari.

<sup>8</sup> Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, Rep. Atti n. 215/CSR.



### ***Supporti tecnici ed informazioni disponibili***

La strumentazione prevista per la teleassistenza è costituita da dispositivi per la registrazione, archiviazioni dei dati e delle immagini, supporti per lo scambio dei dati e delle immagini, video e parametri vitali, dispositivi fissi e/o mobili che prevedano un facile utilizzo, dispositivi medici e sensori di rilevamento; inoltre è prevista la fruizione di APP, video e materiali informativi/formativi accessibili per l'assistito e/o caregiver. Ulteriori possibilità sono date dal collegamento e consultazione di dati o informazioni rilevate durante il servizio stesso.

Le informazioni presenti in piattaforma di teleassistenza sono:

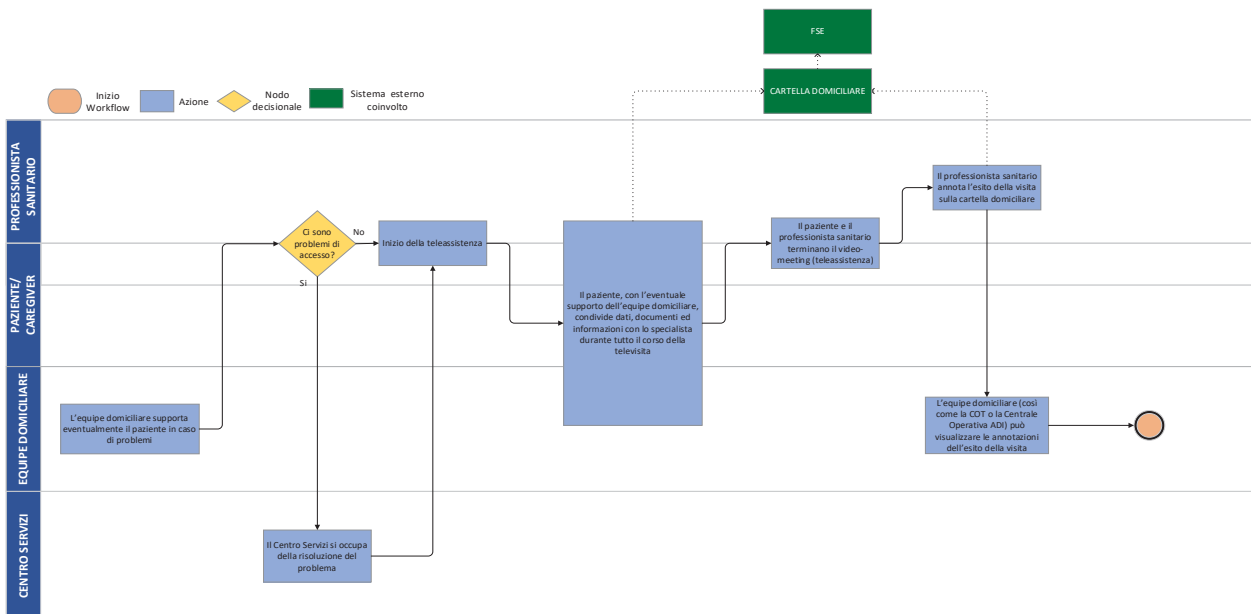
- dati periodicamente rilevati dal professionista;
- dati periodicamente auto-rilevati e inseriti dall'assistito/caregiver;
- documenti: referti e note delle varie visite/interventi eseguiti, valutazioni da parte dei professionisti sanitari, o da parte del medico che ha in gestione il caso e delle azioni intraprese (aggiornamento dieta, aggiornamento terapie farmacologiche o altro, in base alle variazioni dello stato di salute dovuto alla patologia);
- dati periodicamente rilevati dal telemonitoraggio (ove previsto).

Di seguito, si riporta in figura il processo (*workflow*) relativo ad uno scenario di teleassistenza erogata da un professionista sanitario, raffigurante gli attori coinvolti nel processo e le relative azioni (Figura 6).



## Workflow Teleassistenza

Figura 6







### 2.2.5 Il Telemonitoraggio

#### **Definizione e finalità**

Permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici in modo continuo, per mezzo di sensori che interagiscono con il paziente (tecnologie biometriche con o senza parti applicate). Il set di tecnologie a domicilio, personalizzato in base alle indicazioni fornite dal medico, deve essere connesso costantemente al sistema *software* che raccoglie i dati dei sensori, li integra se necessario con altri dati sanitari e li mette a disposizione degli operatori del servizio di telemedicina in base alle modalità organizzative stabilite. I dati devono sempre comunque essere registrati in locale presso il paziente e resi disponibili all'occorrenza, per maggiore garanzia di sicurezza. Il sistema di telemonitoraggio, che può essere integrato dal telecontrollo medico e affiancato dal teleconsulto specialistico, è sempre inserito all'interno del sistema di telemedicina che garantisce comunque l'erogazione delle prestazioni sanitarie necessarie al paziente. Obiettivo del telemonitoraggio è il controllo nel tempo dell'andamento dei parametri rilevati, permettendo sia il rilevamento di parametri con maggiore frequenza e uniformità di quanto possibile in precedenza, sia la minore necessità per il paziente di eseguire controlli ambulatoriali di persona.<sup>9</sup>

Il telemonitoraggio permette la rilevazione a distanza e la trasmissione di parametri vitali e clinici, per mezzo di sensori e dispositivi medici (es. impiantabili) forniti dall'Azienda sanitaria che vengono inviati in modo continuativo e automatico alla piattaforma di telemedicina, e vengono messi a disposizione degli operatori del servizio di telemedicina in base alle modalità organizzative stabilite. Il set di tecnologie a domicilio, personalizzabile in base alle necessità cliniche, può essere integrato se necessario con altri dati sanitari.

Inoltre, il telemonitoraggio può integrarsi al bisogno con altre prestazioni di telemedicina come la televisita.

Obiettivo del telemonitoraggio è il controllo nel tempo dell'andamento del quadro clinico e della sua evoluzione attraverso parametri individuali, permettendo un rilevamento più frequente che integra le misurazioni effettuate nel corso di accessi domiciliari, anche al fine di verificare l'aderenza alla terapia.

#### **Richiedente**

Nell'ambito dell'assistenza territoriale il telemonitoraggio può essere richiesto da un medico (MMG/PLS, specialista) che ravvede la necessità di monitorare da remoto, in maniera continuativa ed automatica i parametri del paziente tramite dispositivi e sensori certificati forniti dall'Azienda sanitaria.

<sup>9</sup> Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, Rep. Atti n. 215/CSR



Nei casi in cui è ravvisata la necessità di coordinare obiettivi, *setting* e professionisti, la richiesta di telemonitoraggio deve essere valutata in UVM.

In ogni caso, indipendentemente dalla attivazione della UVM, la prestazione del telemonitoraggio con la personalizzazione dei valori soglia deve essere inserita all'interno del PAI per permettere l'armonizzazione degli interventi, degli strumenti e degli obiettivi attivati per/con il paziente e *caregiver*.

Il ricorso al telemonitoraggio prevede sempre un documento di riferimento (PDTA o protocollo) che definisca: il target di pazienti candidabili, strumenti di telemonitoraggio disponibili, set minimo di parametri oggetto di monitoraggio, valori soglia, selezione di dati da riportare nella documentazione clinica, livello e possibilità di personalizzazione nonché le azioni di intervento in relazione ai livelli rilevati e quindi il percorso per la gestione degli allarmi, ivi compresi i professionisti per la gestione degli interventi (chiamata dell'infermiere di riferimento o del medico, accesso a domicilio dell'infermiere di riferimento o del medico, televisita, attivazione del 118, ecc.).

Lo specialista definisce la eleggibilità del paziente al telemonitoraggio, secondo i criteri previsti nel protocollo di riferimento, in particolare la complessità clinica, i parametri da monitorare e la relativa personalizzazione dei valori soglia con i relativi allarmi.

#### ***Attivazione ed erogazione***

Nel caso di pazienti che sono già a domicilio (già in carico alle cure domiciliari) l'attivatore è la Centrale Operativa dell'ADI, ove presente, mentre nel caso di pazienti che transitano fra *setting* di cura diversi, ove è necessario il coordinamento di professionisti e competenze, l'attivatore è la COT. In entrambi i casi sarà necessario coordinare le attività del Centro Servizi per la telemedicina considerato che anche in riferimento a tale Centro nella matrice (paragrafo 2.1.4).

La consegna dei dispositivi prescritti e la formazione di paziente e/o *caregiver* è in carico al personale sanitario che segue il paziente, eventualmente coadiuvato da personale tecnico per l'installazione e l'avvio dei dispositivi. In caso di necessità, il personale sanitario rappresenta il primo riferimento per il paziente/*caregiver* per la gestione del telemonitoraggio. Il servizio di telemonitoraggio, inteso come l'accesso alla piattaforma, il settaggio dei valori soglia, ecc., è erogato dal Centro Servizi per la telemedicina, che si occupa anche di fornire assistenza tecnica e servizio di *help desk* di secondo livello (supporto tecnico) in caso di necessità (attraverso canali, orari e giornate definiti).

#### ***Supporti tecnici ed informazioni disponibili***

Il telemonitoraggio avviene attraverso un set di dispositivi tecnologici certificati e collegati ad una piattaforma centrale per la ricezione e la conservazione dei dati raccolti.

L'accesso alla piattaforma di telemonitoraggio e ai dati raccolti dai dispositivi deve essere consentito al medico che ha richiesto il telemonitoraggio e all'équipe individuata nel PAI.

La gestione degli allarmi generati dalla piattaforma, così come personalizzati in sede di PAI, è affidata agli attori che, a seconda della complessità del caso, ne hanno valutato l'applicabilità e la



personalizzazione, quindi alla équipe assistenziale, alla Centrale Operativa dell'ADI ove presente, alla COT e qualora previsto, direttamente alla rete dell'emergenza in linea con il protocollo di gestione personalizzata degli allarmi inserito nel PAI.

La funzionalità di telemonitoraggio può essere integrata all'interno di piattaforme per la telemedicina e con la cartella domiciliare.

Le informazioni presenti in piattaforma di telemonitoraggio utili alla presa in carico domiciliare sono:

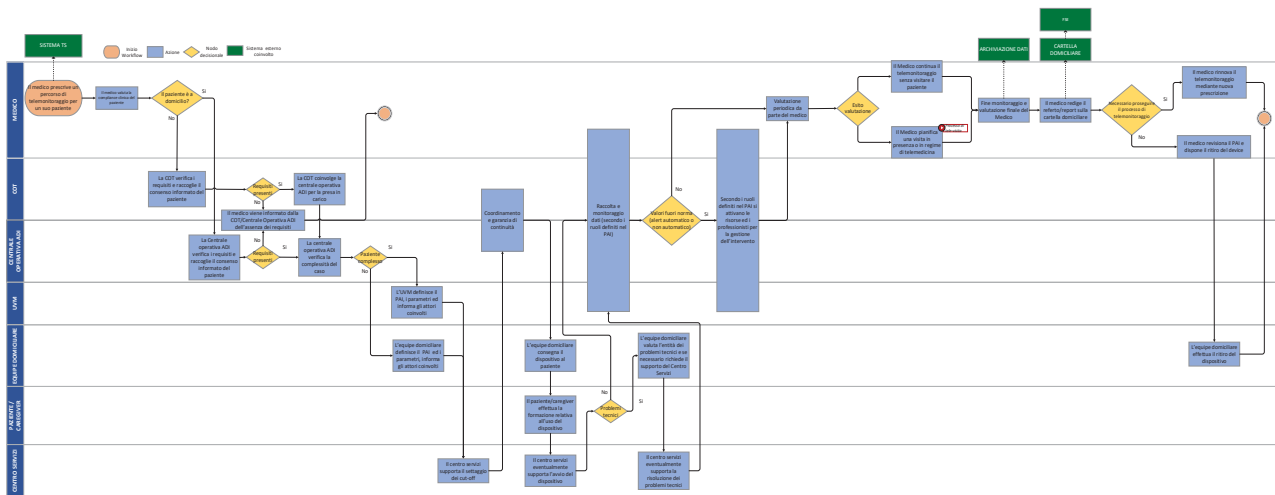
- dati periodicamente rilevati dal sistema di telemonitoraggio, Al fine di garantire la continuità informativa nella presa in carico del paziente, una parte di essi può anche essere riportata nella cartella domiciliare prevedendone l'importazione automatica (es. quando si manifesti un significativo cambiamento dello stato clinico del paziente);
- valutazioni periodiche del telemonitoraggio elaborate dal MMG/PLS/specialista che ha in gestione il caso ed azioni intraprese (es. a seguito degli allarmi).

Di seguito, si riporta in figura il processo (*workflow*) relativo ad uno scenario di telemonitoraggio, raffigurante gli attori coinvolti nel processo e le relative azioni (Figura 7).



# Workflow Telemonitoraggio

Figura 7





### 2.2.6 Il Telecontrollo

#### **Definizione e finalità**

Il telecontrollo medico consente il controllo a distanza del paziente. Tale attività è caratterizzata da una serie cadenzata di contatti con il medico, che pone sotto controllo l'andamento del quadro clinico, per mezzo della videochiamata in associazione con la condivisione di dati clinici raccolti presso il paziente, sia prima che durante la stessa videochiamata. Questo per patologie già diagnosticate, in situazioni che consentano, comunque, la conversione verso la visita di controllo tradizionale in tempi consoni a garantire la sicurezza del paziente e in ogni caso sempre sotto responsabilità del medico che esegue la procedura.<sup>10</sup>

Obiettivo del telecontrollo è la valutazione nel tempo del percorso clinico attraverso momenti di contatto con il paziente per la verifica delle rilevazioni attivate dallo stesso (es. parametri, stato di benessere, questionari).

Il telecontrollo può essere richiesto a seguito di una prima valutazione in presenza o da remoto, deve essere richiesto da un medico per un periodo definito di tempo, consentire il controllo a distanza di dati raccolti e condivisi periodicamente dal paziente o dal suo *caregiver* (*Patient Generated Health Data - PGHD*), prevedere l'utilizzo di dispositivi (digitali e non) anche di proprietà del paziente ed essere caratterizzato da momenti di confronto attraverso *video-chat* con il medico (almeno una *video-chat* nel periodo del telecontrollo), che pone sotto controllo il quadro clinico del paziente e che si conclude con un referto o una relazione.

Il telecontrollo può essere integrato con prestazioni di teleassistenza effettuate da operatori sanitari che, in caso di necessità, possono attivare interventi di supporto al telecontrollo (es. di tipo educativo e motivazionale).

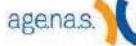
#### **Richiedente**

Il telecontrollo può essere richiesto da un medico (MMG/PLS, specialista) che ravvede la necessità di monitorare da remoto ed in maniera periodica il paziente nel tempo.

La richiesta non necessita di UVM, ma deve essere inserita comunque all'interno di un PAI per permettere l'armonizzazione degli interventi, degli strumenti e degli obiettivi attivati per/con il paziente e *caregiver*.

Il ricorso al telecontrollo prevede sempre un documento di riferimento (PDTA o protocollo) che definisca: il profilo (*target*) dei pazienti candidabili, strumenti di telecontrollo disponibili, set minimo di parametri oggetto di monitoraggio, valori soglia, selezione di dati da riportare nella documentazione clinica, livello e possibilità di personalizzazione nonché le azioni di intervento in

<sup>10</sup> Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, Rep. Atti n. 215/CSR.



relazione ai livelli rilevati e quindi il percorso per la gestione degli allarmi, ivi compresi i professionisti per la gestione degli interventi (chiamata dell'infermiere di riferimento o del medico, accesso a domicilio dell'infermiere di riferimento o del medico, televisita, attivazione del 118, ecc.).

Il medico definisce l'eleggibilità del paziente al telecontrollo, secondo i criteri previsti nel protocollo di riferimento, in particolare la complessità clinica, i parametri da rilevare e la relativa personalizzazione dei valori soglia con i relativi allarmi.

#### ***Attivazione ed erogazione***

Nel caso di pazienti che sono già a domicilio (già in carico alle cure domiciliari) l'attivatore è la Centrale Operativa dell'ADI, ove presente, mentre nel caso di pazienti che transitano fra *setting* di cura diversi, ove è necessario il coordinamento di professionisti e competenze, l'attivatore è la COT. La consegna dei dispositivi prescritti e la formazione di paziente e/o *caregiver* è in carico al personale sanitario che segue il paziente, eventualmente coadiuvato da personale tecnico per l'installazione e l'avvio dei dispositivi. Infatti, elemento centrale del telecontrollo è proprio il coinvolgimento del paziente, che, tramite la produzione di dati (PGHD), somministrazione questionari attraverso APP, ecc., mette a disposizione un insieme di informazioni che possono poi attivare la valutazione e l'eventuale intervento del medico.

I contatti con il paziente (es. videochiamata più eventuali contatti telefonici, ecc.) devono essere eseguiti dal medico a seconda del caso e così come pianificato nel PAI. Il servizio di telecontrollo, inteso come l'accesso alla piattaforma, il settaggio dei valori soglia, è erogato dal Centro Servizi per la telemedicina, che si occupa anche di fornire assistenza tecnica e servizio di *help desk* di secondo livello (supporto tecnico) in caso di necessità (attraverso canali, orari e giornate definiti).

Il telecontrollo avviene attraverso il contributo attivo del paziente/*caregiver* che fornisce dati relativi al proprio stato di salute (es. questionari, sintomi, parametri fisiologici, esercizio fisico, alimentazione, aderenza alla terapia farmacologica, ecc.) agli operatori tramite una piattaforma digitale, oltre ad una centrale per la ricezione e la conservazione dei dati raccolti con il telecontrollo.

#### ***Supporti tecnici ed informazioni disponibili***

Il telecontrollo avviene attraverso un set di dispositivi tecnologici certificati e collegati ad una piattaforma centrale per la ricezione e la conservazione dei dati raccolti.

L'accesso alla piattaforma di telecontrollo e la valutazione dei dati raccolti/trasmessi dal paziente (PGHD) devono essere consentiti al medico che ha richiesto il telecontrollo e all'équipe individuata dal PAI.

La gestione degli allarmi generati dalla piattaforma, così come personalizzati in sede di PAI, è affidata agli attori che, a seconda della complessità del caso, ne hanno valutato l'applicabilità e la personalizzazione, quindi alla équipe assistenziale, alla Centrale Operativa dell'ADI ove presente, alla COT e qualora direttamente alla rete dell'emergenza in linea con il protocollo di gestione personalizzata degli allarmi inserito nel PAI.



La funzionalità di telecontrollo può essere integrata all'interno di piattaforme per la telemedicina e con la cartella domiciliare.

Le informazioni raccolte in telecontrollo utili alla presa in carico domiciliare sono:

- dati periodicamente condivisi dal paziente e/o *caregiver*. Al fine di garantire la continuità informativa nella presa in carico del paziente, una parte di essi può anche essere riportata nella cartella domiciliare a discrezione del professionista o dell'équipe che ha in carico il paziente;
- valutazioni periodiche del telecontrollo elaborate dal MMG/PLS/specialista, eventuali schede/relazioni conseguenti ad interventi di teleassistenza (es. interventi educativi e loro esiti).

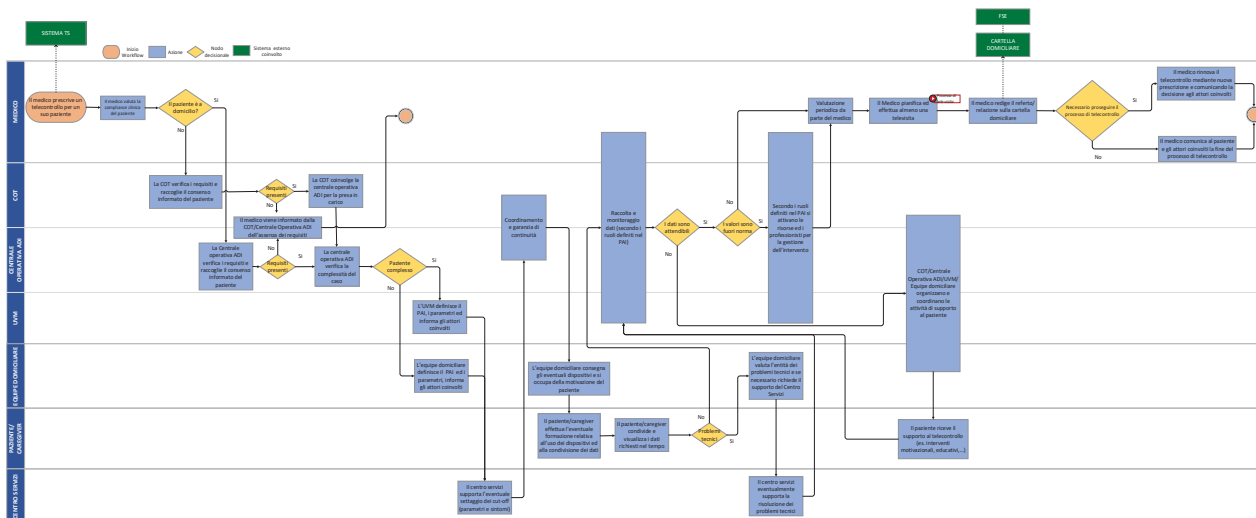
Le informazioni raccolte in telecontrollo – in un'ottica di coinvolgimento del paziente – devono essere messe a disposizione anche al paziente e/o al *caregiver*.

Di seguito, si riporta in figura il processo (*workflow*) relativo ad uno scenario di telecontrollo, raffigurante gli attori coinvolti nel processo e le relative azioni (Figura 8).



## Workflow Telecontrollo

Figura 8







### 2.2.7 La Teleriabilitazione

#### **Definizione e finalità**

Consiste nell'erogazione a distanza di prestazioni e servizi intesi ad abilitare, ripristinare, migliorare, o comunque mantenere il funzionamento psicofisico di persone di tutte le fasce d'età, con disabilità o disturbi, congeniti o acquisiti, transitori o permanenti, oppure a rischio di svilupparli. È un'attività sanitaria di pertinenza dei professionisti sanitari, può avere carattere multidisciplinare e, quando ciò costituisca un vantaggio per il paziente, può richiedere la collaborazione dei *caregiver*, familiari e non, e/o di insegnanti. Per il completamento dei trattamenti volti a tutelare la salute dei cittadini, come qualsiasi intervento riabilitativo “tradizionale”, le prestazioni di teleriabilitazione trovano complementarità con altre prestazioni di cura, riabilitazione, assistenza o prevenzione, attuate esse stesse in presenza o in telemedicina. Le prestazioni e i servizi di teleriabilitazione possono essere fruiti da qualsiasi luogo assistenziale e/o educativo in cui si trova il paziente (es. strutture sanitarie, residenze sanitarie o sociosanitarie, istituti penitenziari, case-famiglia, comunità residenziali, scuole, istituti di formazione, università, contesti comunitari o luoghi di lavoro basati sulla comunità, domicilio). Per alcuni di essi è inoltre possibile la fruizione in mobilità, ovvero da luoghi, non ordinariamente prestabiliti per la riabilitazione. Nelle attività di teleriabilitazione vanno comprese anche quelle volte alla valutazione a distanza del corretto utilizzo di ausili, ortesi e protesi durante le normali attività di vita condotte all'interno dell'ambiente domestico o lavorativo.<sup>11</sup>

Si tratta di servizi intesi ad abilitare, ripristinare il funzionamento psicofisico, nonché consentire una valutazione a distanza del corretto utilizzo di ausili, ortesi e protesi.

Il servizio, in ambito domiciliare, prevede sempre l'interazione con il paziente in tempo reale. Caso per caso sarà necessario valutare la necessità del coinvolgimento attivo di un *caregiver* opportunamente formato, che possa supportare il paziente.

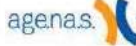
La prestazione può anche avere carattere multidisciplinare/multiprofessionale.

In un'ottica di ulteriore sviluppo tecnologico dei servizi, può essere ricondotta a questa fattispecie anche un servizio che preveda l'interazione tra paziente e un operatore virtuale, ipotizzando in futuro anche l'utilizzo dell'Intelligenza Artificiale.

#### **Richiedente**

Lo specialista, il MMG/PLS, il singolo professionista rileva la necessità di richiedere un servizio di teleriabilitazione a domicilio o di prosecuzione del percorso di riabilitazione a domicilio, in questo caso le indicazioni dovranno essere proposte al momento della richiesta di presa in carico di

<sup>11</sup> Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie, Rep. Atti n. 231/CSR .



“dimissione protetta” e validate da parte della UVM, previa definizione del PRI che ne espliciti modalità, strumentazione necessaria a domicilio e tempi della presa in carico.

In ogni caso l’accesso dovrà avvenire sempre previa UVM effettuata con il paziente in presenza in modo da poter adeguatamente valutare i bisogni.

La prestazione (o ciclo di prestazioni) dovrà essere compreso nel PRI, condiviso in modo partecipativo con il paziente/famiglia, stabilendo la programmazione e le modalità della erogazione/fruizione nonché definendo gli obiettivi da raggiungere.

Per la valutazione di idoneità del paziente ed i requisiti essenziali per l’attivazione della teleriabilitazione si rinvia a quanto indicato nel paragrafo 2.1.1.

#### ***Attivazione ed erogazione***

L’attivazione del servizio dovrà essere pianificata opportunamente sulla base di agende di prenotazione condivise con i professionisti sanitari coinvolti (es. fisioterapista, logopedista, ecc.) e gestite direttamente dagli stessi o anche dalla Centrale Operativa dell’ADI, ove presenti.

La COT può essere coinvolta a supporto degli aspetti organizzativi e qualora sia previsto l’intervento di diversi operatori ed il raccordo tra più servizi.

Il professionista sanitario (logopedista, fisioterapista, educatore, ecc.) provvede all’addestramento del paziente/*caregiver* all’uso della eventuale strumentazione, gestisce il piano di lavoro (agende dedicate) per la programmazione degli interventi ed eroga la prestazione da remoto.

#### ***Supporti tecnici ed informazioni da condividere***

La strumentazione base che consente la videochiamata viene integrata da dispositivi per la gestione e lo scambio di dati e immagini, principalmente attraverso l’uso di dispositivi medici con relativa marcatura CE, incluso quelli mobili e indossabili, sensori, robotica, *serious games*<sup>12</sup> e sarà fornita dall’Azienda sanitaria alla stessa stregua dei percorsi di presa in carico in presenza. Nelle attività di telemedicina l’uso delle tecnologie deve avvenire nel rispetto delle norme vigenti, quali ad esempio i Regolamenti UE 2017/745 e 2017/746, e in sicurezza (anche in relazione alla protezione dei dati personali) e in accordo con la destinazione d’uso dei dispositivi medici impiegati sia *hardware* che *software*. I contenuti e materiali educativi o di intervento, le tecniche, le attrezzature e l’ambiente fisico utilizzati devono essere adeguati. I dispositivi medici e le attrezzature devono rispondere a caratteristiche di efficacia e sicurezza dalle evidenze scientifiche, linee guida, rapporti di *health technology assessment*, buone pratiche, documenti di consenso, ecc.<sup>13</sup>

Al contempo dovrà essere assicurata adeguata assistenza tecnica da parte di un Centro Servizi per la telemedicina (qualora la strumentazione utilizzata lo necessiti) che possa intervenire, da remoto o direttamente al domicilio, per le manutenzioni periodiche e per la risoluzione tempestiva di malfunzionamenti.

<sup>12</sup> Tecnologie che sfruttano gli elementi ludici per facilitare gli obiettivi di abilitazione e riabilitazione nel rispetto delle norme vigenti e in sicurezza

<sup>13</sup> Indicazioni nazionali per l’erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie. Requisiti tecnici e organizzativi, Rep. Atti n. 231/CSR.



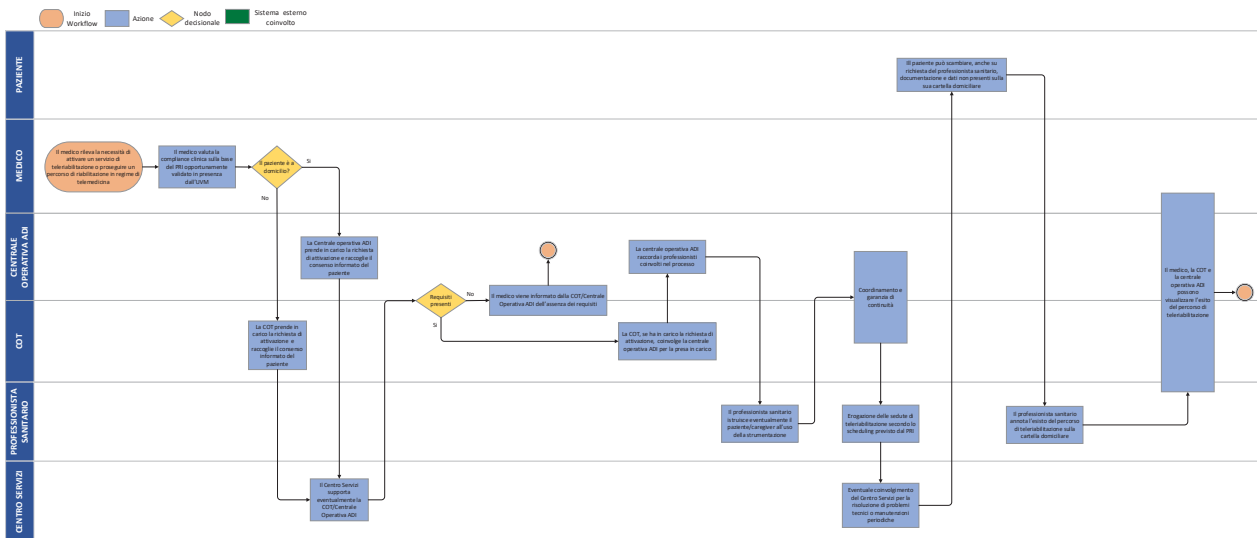
Inoltre, in particolare qualora la presa in carico del paziente sia multiprofessionale, sarà necessario prevedere dispositivi per lo scambio di dati ed immagini, per il monitoraggio al fine di consentire una condivisione delle informazioni tra tutta l'équipe dei professionisti. Le informazioni relative alla presa in carico domiciliare, contenute nella cartella domiciliare, devono essere disponibili al medico e ai professionisti sanitari che intervengono, e a tutta l'équipe laddove presente.

Di seguito, si riporta in figura il processo (*workflow*) relativo ad uno scenario di teleriabilitazione, raffigurante gli attori coinvolti nel processo e le relative azioni (Figura 9).



# Workflow Teleriabilitazione

Figura 9





## GLOSSARIO

**ASSISTENZA DOMICILIARE:** in questo documento intesa quale sinonimo di “cure domiciliari”, è un servizio a valenza distrettuale finalizzato all’erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell’ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. In relazione al bisogno di salute dell’assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell’intervento assistenziale, le cure domiciliari, si articolano nei seguenti livelli: cure domiciliari di livello base e cure domiciliari integrate (ADI) di I, II e III livello. Le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona. Le cure domiciliari sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale (*art. 22, DPCM 12/01/2017*).

**CENTRALE OPERATIVA ADI:** riceve tutte le richieste di attivazione di interventi domiciliari integrati e di continuità dell’assistenza, svolgendo funzione di supporto, collegamento e coordinamento delle prestazioni sanitarie e degli interventi domiciliari integrati.

**CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE:** è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell’emergenza-urgenza.

**CENTRO SERVIZI:** è una struttura tecno-operativa, dislocata su una o più sedi fisiche, attiva 24/24h, dotata delle adeguate infrastrutture e sistemi di comunicazione, informativi ed informatici, presidiata da operatori qualificati e formati rispetto alle specifiche attività da svolgere. Il Centro Servizi è un punto di riferimento affidabile e sempre disponibile per le varie necessità dell’utente assistito con strumenti di sanità digitale. Il Centro Servizi è sia un agente di presa in carico, che una struttura di mediazione e facilitazione. Al Centro Servizi competono le attività di *help desk* e di assistenza tecnica volte a favorire continuità nella fruizione del sistema di telemedicina.

**CENTRO EROGATORE:** può essere composto da strutture del SSN, autorizzate e accreditate, pubbliche o private, professionisti quali MMG/PLS, medici specialisti che erogano prestazioni sanitarie attraverso una rete di telecomunicazioni. Il Centro Erogatore riceve le informazioni sanitarie dall’utente e trasmette all’utente gli esiti della prestazione (*Telemedicina: linee di indirizzo nazionali, Rep. Atti n. 16/CSR*).

**CURE PALLIATIVE DOMICILIARI:** il SSN garantisce le cure domiciliari palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38, nell’ambito della rete di cure palliative a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Le cure sono erogate dalle Unità di Cure Palliative (UCP) sulla base di protocolli formalizzati nell’ambito della Rete (*art. 23, DPCM 12/01/2017*).



**DISTRETTO:** è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) sul territorio. Come previsto dalla normativa vigente, l'articolazione in distretti della ASL è disciplinata dalla legge regionale, garantendo comunque una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente. Il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali, centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi della ASL. È inoltre deputato al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, sociosanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta. Il Distretto garantisce, inoltre, una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento.

**HELP DESK:** è un servizio di ricezione e gestione delle richieste di assistenza e supporto tecnico da parte dei pazienti, *caregiver* e personale sanitario, relativamente all'uso dei dispositivi e della piattaforma informatica; fornisce inoltre assistenza ai pazienti nell'applicazione del protocollo di monitoraggio per assicurare la regolarità nelle misurazioni dei parametri *target*.

**INFERMIERE DI FAMIGLIA O DI COMUNITÀ:** è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'IFoC interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità formali e informali non è solo l'erogatore di cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità. È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute. E' coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale nei diversi *setting* assistenziali in cui essa si articola.

**PATIENT-GENERATED HEALTH DATA:** dati sanitari generati dal paziente. Sono dati relativi alla salute creati, registrati o raccolti dalla persona assistita e/o familiari/*caregiver*. Includono tra gli altri: storia della salute/malattia, trattamenti, sintomi, stili di vita.

**REFERTO:** è un atto ufficiale, a valenza legale, che si traduce con l'elaborazione di un documento scritto, dettagliato, rilasciato dal medico nell'esercizio della propria attività. L'implementazione delle presenti Linee Guida presuppone che il referto è sia formato esclusivamente in modalità digitale secondo quanto disposto dalle Linee Guida di cui all'articolo 12, comma 15-bis, del decreto legge n. 179/2012 e successive modificazioni.

**RELAZIONE COLLABORATIVA:** si intende l'elaborazione scritta di un documento condiviso rilasciato nella fase di teleconsulto da un professionista medico erogatore ad un altro professionista



medico richiedente, ai fini dell'espletamento del servizio in essere. Tale documento presuppone il riconoscimento ed il rispetto della competenza specifica di ciascun professionista nell'assistenza medica. Con tale modalità, i medici collaborano nella presa di decisioni che riguardano la persona assistita in telemedicina. La relazione collaborativa è caratterizzata da elementi di fiducia e di reciproca comunicazione.

**SERVIZIO DI TELEMEDICINA ASINCRONO:** non richiede il collegamento contemporaneo degli attori alla piattaforma.

**SERVIZIO DI TELEMEDICINA SINCRONO:** due o più attori sono collegati contemporaneamente alla piattaforma, interagendo tra loro.



## RIFERIMENTI PRINCIPALI

- Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2014 (Rep. Atti n. 16/CSR) sul documento, recante “*Telemedicina, linee d’indirizzo nazionali*”;
- Accordo Stato-Regioni del 17 dicembre 2020 (Rep. Atti n. 215/CSR), sul documento recante “*Indicazioni nazionali per l’erogazione di prestazioni in telemedicina*”;
- Accordo Stato-Regioni del 18 novembre 2021 (Rep. Atti n. 231/CSR), sul documento recante “*Indicazioni nazionali per l’erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie*”;
- Intesa Stato-Regioni del 4 agosto 2021 (Rep. Atti n. 151/CSR), sul documento recante “*Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l’autorizzazione all’esercizio e requisiti ulteriori per l’accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell’articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178*”;
- Decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, recante “*Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese*”, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, . e s.m.;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 settembre 2015, n. 178, recante “*Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico*”;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, recante “*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*”;
- Regolamento (UE) 2017/745 del Parlamento europeo e del Consiglio del 5 aprile 2017 relativo ai dispositivi medici, che modifica la direttiva 2001/83/CE, il regolamento (CE) n. 178/2002 e il regolamento (CE) n. 1223/2009 e che abroga le direttive 90/385/CEE e 93/42/CEE del Consiglio;
- Regolamento (UE) 2017/746 del Parlamento europeo e del Consiglio del 5 aprile 2017 relativo ai dispositivi medico-diagnostici in vitro e che abroga la direttiva 98/79/CE e la decisione 2010/227/UE della Commissione;
- Piano Nazionale per la Ripresa e Resilienza dell’Italia approvato con la decisione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021 e notificato con nota LT161/21, del 14 luglio 2021 dal Segretariato generale del Consiglio.