

# MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 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. (22A03098)

(GU n.120 del 24-5-2022)

## IL MINISTRO DELLA SALUTE

Vista la legge 7 agosto 1990, n. 241, recante «Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi»;

Visto il decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, recante «Codice dei contratti pubblici»;

Visto il regolamento (UE) 2020/2094 del Consiglio, del 14 dicembre 2020, che istituisce uno strumento dell'Unione europea per la ripresa, a sostegno alla ripresa dell'economia dopo la crisi COVID-19;

Vista la legge 30 dicembre 2020, n. 178, recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023», che, all'art. 1, comma 1043, prevede l'istituzione del sistema informatico di registrazione e conservazione di supporto dalle attività di gestione, monitoraggio, rendicontazione e controllo delle componenti del PNRR;

Visto il regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 febbraio 2021, che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza (regolamento RRF) con l'obiettivo specifico di fornire agli Stati membri il sostegno finanziario al fine di conseguire le tappe intermedie e gli obiettivi delle riforme e degli investimenti stabiliti nei loro piani di ripresa e resilienza;

Tenuto conto che l'art. 5, comma 2, del regolamento (UE) 2021/241, prevede, tra i principi orizzontali ivi previsti, che «Il dispositivo finanzia unicamente le misure che rispettano il principio "non arrecare un danno significativo"»;

Considerato che il principio di «non arrecare un danno significativo» e' definito, ai sensi dell'art. 2, punto 6), del regolamento (UE) 2021/241, come segue: «non sostenere o svolgere attivita' economiche che arrecano un danno significativo all'obiettivo ambientale, ai sensi, ove pertinente, dell'art. 17 del regolamento (UE) 2020/852»;

Visto l'art. 17 del regolamento (UE) 2020/852 del Parlamento europeo e del Consiglio del 18 giugno 2020 relativo all'istituzione di un quadro che favorisce gli investimenti sostenibili e recante modifica del regolamento (UE) 2019/2088;

Vista la decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, recante l'approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e resilienza dell'Italia e notificata all'Italia dal Segretariato generale del Consiglio con nota LT161/21, del 14 luglio 2021;

Visto il regolamento (UE) 2020/2221 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 dicembre 2020 che modifica il regolamento (UE) n. 1303/2013 per quanto riguarda le risorse aggiuntive e le modalita' di attuazione per fornire assistenza allo scopo di promuovere il superamento degli effetti della crisi nel contesto della pandemia di COVID-19 e delle sue conseguenze sociali e preparare una ripresa verde, digitale e resiliente dell'economia (REACT-EU);

Visto il regolamento (UE) 2020/2220 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 dicembre 2020 che stabilisce alcune disposizioni transitorie relative al sostegno da parte del Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale (FEASR) e del Fondo europeo agricolo di garanzia (FEAGA) negli anni 2021 e 2022 e che modifica i regolamenti (UE) n. 1305/2013, (UE) n. 1306/2013 e (UE) n. 1307/2013 per quanto riguarda le risorse e l'applicazione negli anni 2021 e 2022 e il regolamento (UE) n. 1308/2013 per quanto riguarda le risorse e la distribuzione di tale sostegno in relazione agli anni 2021 e 2022;

Visti i regolamenti (UE) numeri 2021/1056, 2021/1057, 2021/1058, 2021/1059, 2021/1060 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 24 giugno 2021;

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 delle prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure»;

Visto l'art. 47 del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, relativo a «Pari opportunita' e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC»;

Visto il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 6

agosto 2021, recante «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 Ministro dell'economia e delle finanze del 23 novembre 2021, recante modifiche alla tabella A del decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 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;

Tenuto conto che, ai sensi dell'art. 2, comma 6-bis, del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, «le amministrazioni centrali titolari di interventi previsti dal PNRR assicurano che, in sede di definizione delle procedure di attuazione degli interventi del PNRR, almeno il 40 per cento delle risorse allocabili territorialmente, anche attraverso bandi, indipendentemente dalla fonte finanziaria di provenienza, sia destinato alle regioni del Mezzogiorno, salve le specifiche allocazioni territoriali già previste nel PNRR. Il Dipartimento per le politiche di coesione della Presidenza del Consiglio dei ministri, attraverso i dati rilevati dal sistema di monitoraggio attivato dal Servizio centrale per il PNRR verifica il rispetto del predetto obiettivo e, laddove necessario, sottopone gli eventuali casi di scostamento alla Cabina di regia, che adotta le occorrenti misure correttive e propone eventuali misure compensative»;

Considerato che, ai sensi dell'art. 12, comma 1, del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77 « In caso di mancato rispetto da parte delle regioni, delle Province autonome di Trento e di Bolzano, delle città metropolitane, delle province e dei comuni degli obblighi e impegni finalizzati all'attuazione del PNRR e assunti in qualità di soggetti attuatori, consistenti anche nella mancata adozione di atti e provvedimenti necessari all'avvio dei progetti del Piano, ovvero nel ritardo, inerzia o difformita' nell'esecuzione dei progetti, il Presidente del Consiglio dei ministri, ove sia messo a rischio il conseguimento degli obiettivi intermedi e finali del PNRR e su proposta della Cabina di regia o del Ministro competente, assegna al soggetto attuatore interessato un termine per provvedere non superiore a trenta giorni. In caso di perdurante inerzia, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri o del Ministro competente, sentito il soggetto attuatore, il Consiglio dei ministri individua l'amministrazione, l'ente, l'organo o l'ufficio, ovvero in alternativa nomina uno o più commissari ad acta, ai quali attribuisce, in via sostitutiva, il potere di adottare gli atti o provvedimenti necessari ovvero di provvedere all'esecuzione dei progetti, anche avvalendosi di società di cui all'art. 2 del decreto legislativo 19 agosto 2016, n. 175 o di altre amministrazioni

specificamente indicate»;

Visto il decreto del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze del 15 settembre 2021 di istituzione dell'Unita' di missione per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza a titolarita' del Ministero della salute;

Visto il decreto del Ministro della salute 11 maggio 2017, e successive modificazioni e integrazioni, con il quale e' stata ricostituita la Cabina di regia per lo sviluppo del Nuovo sistema informativo sanitario nazionale (NSIS);

Visto il decreto-legge 10 settembre 2021, n. 121, recante «Disposizioni urgenti in materia di investimenti e sicurezza delle infrastrutture, dei trasporti e della circolazione stradale, per la funzionalita' del Ministero delle infrastrutture e della mobilita' sostenibili, del Consiglio superiore dei lavori pubblici e dell'Agenzia nazionale per la sicurezza delle infrastrutture stradali e autostradali»;

Visto, in particolare, l'art. 10, comma 2, del menzionato decreto-legge 10 settembre 2021, n. 121, il quale prevede che «Il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze con cui sono state individuate le risorse finanziarie, come determinate nella decisione di esecuzione del Consiglio UE - ECOFIN recante «Approvazione della valutazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza dell'Italia», viene aggiornato sulla base di eventuali riprogrammazioni del PNRR adottate secondo quanto previsto dalla normativa dell'Unione. Le risorse del Fondo per lo sviluppo e la coesione necessarie all'attuazione del Piano sono assegnate annualmente sulla base del cronoprogramma finanziario degli interventi cui esse sono destinate»;

Visto, altresì, l'art. 10, comma 3, del menzionato decreto-legge 10 settembre 2021, n. 121, il quale prevede che «La notifica della citata decisione di esecuzione del consiglio UE - ECOFIN recante «Approvazione della valutazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza dell'Italia», unitamente al decreto del Ministro dell'economia e delle finanze di cui al comma 2, costituiscono la base giuridica di riferimento per l'attivazione, da parte delle amministrazioni responsabili, delle procedure di attuazione dei singoli interventi previsti dal PNRR, secondo quanto disposto dalla vigente normativa nazionale ed europea, ivi compresa l'assunzione dei corrispondenti impegni di spesa, nei limiti delle risorse assegnate ai sensi del decreto di cui al comma 2»;

Visto l'accordo stipulato in data 31 dicembre 2021, ai sensi dell'art. 15, della legge 7 agosto 1990, n. 241, dal Ministero della salute - Unita' di missione per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza, dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e dalla Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per la trasformazione digitale (DTD), per la realizzazione degli investimenti della Component 1 della Missione

6 del PNRR;

Tenuto conto che AGENAS, ai sensi del suddetto accordo, garantisce il supporto tecnico operativo, tra l'altro, per l'investimento M6-C1 1.2 «Casa come primo luogo di cura e telemedicina»;

Considerato l'investimento del PNRR M6-C1 1.2 «Casa come primo luogo di cura e telemedicina» e, in particolare, la milestone EU M6C1-4 che prevede entro il Q2 2022 la «Approvazione delle linee guida contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare»;

Vista la deliberazione direttoriale AGENAS n. 367 del 30 settembre 2021, con la quale e' stato costituito il Gruppo tecnico di lavoro «Telemedicina» e la successiva attivazione del sottogruppo di lavoro per la definizione delle linee guida contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare;

Sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 28 aprile 2022;

Decreta:

Art. 1

1. Si approvano le 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, che, allegate al presente provvedimento, ne costituiscono parte integrante e sostanziale.

2. Le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano provvedono ad adottare le linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare», tenendo conto delle specificita' regionali.

Il presente decreto viene trasmesso ai competenti organi di controllo e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, 29 aprile 2022

Il Ministro: Speranza

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

Parte di provvedimento in formato grafico

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'art. 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'art. 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) (1) 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;

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 e' inserito, quale nodo della rete, anche il setting domiciliare.

Le presenti linee guida organizzative, che si evidenzia non rientrano nella fattispecie di cui all'art. 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 continuita' dell'assistenza nelle modalita' 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 complessita' 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 qualita' 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, nonche' il ricorso all'istituzionalizzazione;

permettere una dimissione protetta dalle strutture di ricovero potendo assicurare a domicilio la continuita' di assistenza e cure di pari efficacia;

ridurre gli accessi in day hospital sviluppando risposte alternative a domicilio;

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 - PNR), 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 Modalita' di accesso al servizio

L'attivazione di un «percorso di telemedicina» potra' 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 Unita' di valutazione multidimensionale (UVM), anche avvalendosi a seconda del modello organizzativo locale, della Centrale operativa dell'ADI, ove presente, e della COT; quest'ultima modalita' e' opportuna quando si renda necessario l'intervento di diversi operatori ed il raccordo tra piu' servizi e setting;

dal setting di ricovero: e' il personale della struttura, il medico in raccordo con il case manager della procedura di dimissione che ravvedono la possibilita' 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 gia' 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 potra' anche essere realizzata coinvolgendo da remoto i professionisti, qualora siano gia' disponibili informaticamente tutte le informazioni e le valutazioni. Inoltre e' opportuno prevedere che l'idoneita' 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 fragilita' dell'assistito.

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

Interventi assistenziali piu' 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 modalita' 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 attivita' erogata a tantum, sia che si sviluppino come cicli di prestazioni (es. la teleriabilitazione) o in modalita' 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 disabilita'.

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 e' in capo la responsabilita' clinica dell'assistito nel percorso generale di presa in carico;

l'infermiere quale componente dell'equipe 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. E' figura di collegamento e facilitatore organizzativo e del coinvolgimento della persona, della famiglia e dei caregiver nella definizione ed attuazione del PAI. Puo' svolgere, attivita' di case manager in relazione al piano di cura domiciliare agevolando il percorso assistenziale assicurandone cosi' la continuita';

la COT e la Centrale operativa dell'ADI ove presente, che possono trovare sede presso le case della Comunita' adeguatamente collegate alle piattaforme integrate agli applicativi aziendali, hanno la responsabilita' 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 puo' eventualmente anche essere funzionalmente integrata ad essa.

Costituiscono elementi fondamentali:

la programmazione e la realizzazione delle attivita' 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'equipe multiprofessionale o del singolo professionista;

la circolarita' delle informazioni tra tutti gli attori coinvolti nella presa in carico al fine di garantire in tempo reale i dati aggiornati. Piu' in generale si rende necessario sviluppare l'integrazione tra il sistema informativo territoriale e ospedaliero

finalizzato a garantire la continuita' 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 sanita' 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 nonche' verificare l'utilizzo di soluzioni inserite nel catalogo nazionale telemedicina.

Per i servizi di telemedicina e' 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 responsabilita' clinica, risponde al Centro erogatore per quanto riguarda lo svolgimento efficace di tutti i suoi compiti, in particolare per gli aspetti di integrita' e sicurezza delle informazioni sanitarie e socio-sanitarie a valenza sanitaria trasmesse durante le attivita' di telemedicina. Come ogni sistema informatico che tratta dati sensibili deve rispondere alle prescrizioni normative in materia di trattamento dei dati personali (2) Il Centro servizi, laddove necessario, puo' svolgere anche funzioni di sportello di assistenza (help desk) per i professionisti e per i pazienti. L'organizzazione di tali funzioni e' comunque demandata ad ogni

singola realta' 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, possibilita' 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) e' consentito all'equipe assistenziale che ha in cura la persona.

#### 2.1.4 Matrice degli attori e delle responsabilita'

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 qualita' di responsabile clinico del percorso assistenziale (clinical manager) richiede, prescrive o attiva direttamente la prestazione in telemedicina e, in alcuni casi, la eroga;

equipe 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'equipe 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 continuita' 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 responsabilita':

la responsabilita' della erogazione della prestazione e' in capo al professionista sanitario erogante la prestazione;

la valutazione sul livello di raggiungimento degli obiettivi prefissati puo' essere in capo alla equipe delle cure domiciliari che ha in carico il paziente o al singolo professionista a seconda dei casi.

A tutte le attivita' 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 attivita' svolte.

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

#### Parte di provvedimento in formato grafico

##### 2.1.5 Personalizzazione della presa in carico

In relazione al singolo paziente le attivita' 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 necessita' 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

È 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 responsabilita' organizzativa in capo al Centro Servizi, se presente, o al Centro erogatore di cui al documento.

## 2.2 Modalita' 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 modalita' digitale, anche attraverso le procedure della ricetta dematerializzata, e, in coerenza con le disposizioni del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 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'art. 12, comma 15-bis, del decreto-legge n. 179 del 2012 e successive modifiche.

A seguire, e' riportato il quadro sinottico, che mette a sistema gli elementi del processo operativo del modello digitale - finalita', richiedente/prescrittore, necessita' di UVM, necessita' 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).

Parte di provvedimento in formato grafico

### 2.2.1 La Televisita

#### Definizione e finalita'

E' 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 puo' essere mai considerata l'unico mezzo per condurre la relazione medico-paziente, ne' puo' essere considerata in



modo automatico sostitutiva della prima visita medica in presenza. Il medico e' deputato a decidere in quali situazioni e in che misura la televisita puo' essere impiegata in favore del paziente, utilizzando anche gli strumenti di telemedicina per le attivita' di rilevazione, o monitoraggio a distanza, dei parametri biologici e di sorveglianza clinica. La televisita e' da intendersi limitata alle attivita' di controllo di pazienti la cui diagnosi sia gia' stata formulata nel corso di visita in presenza.(3) (4)

L'attivita' di televisita e' un atto sanitario in cui il medico interagisce a distanza con il paziente e puo' 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 cosi' la continuita' 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 puo' 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 puo' assistere/aiutare il paziente.

La televisita (5) e' da intendersi limitata alle attivita' di controllo di pazienti la cui diagnosi sia gia' stata formulata nel corso di una visita in presenza. Prima della televisita, il medico puo' richiedere al paziente la condivisione di dati, informazioni, misurazioni o questionari.

Richiedente/Prescrittore

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

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

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

Attivazione ed erogazione

L'attivazione e' 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 e' erogata dal medico specialista. Tuttavia, in una accezione piu' 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 finalita' del presente documento, considerare in questo contesto anche la possibilita' che la televisita sia erogata direttamente dal MMG/PLS o MCA o dal medico del Distretto che fa parte dell'equipe domiciliare. In questo caso il medico fara' 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'equipe domiciliare, l'atto della televisita si conclude con un referto che andra' inserito nella cartella domiciliare.

Supporti tecnici ed informazioni da condividere

E' 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 possibilita' 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'equipe laddove presente. La cartella domiciliare conterra' 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. E' 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 verra' effettuata in modalita' tradizionale.

Parte di provvedimento in formato grafico

### 2.2.2 Il Teleconsulto medico Definizione e finalita'

E' un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o piu' 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 puo' svolgersi anche in modalita' asincrona, quando la situazione del paziente lo permette in sicurezza. Quando il paziente e' presente al teleconsulto, allora si svolge in tempo reale utilizzando le modalita' operative analoghe a quelle di una televisita e si configura come una visita multidisciplinare. (6) Si tratta di un'attivita' di consulenza a distanza fra medici che permette ad un medico di chiedere il consiglio di uno o piu' medici riguardo la situazione clinica di un paziente. Il teleconsulto tra professionisti si puo' 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 puo' svolgersi anche con la presenza del paziente ossia si svolge in tempo reale utilizzando modalita' operative analoghe a quelle della televisita e si configura come una visita multidisciplinare.

Le finalita' del teleconsulto sono quelle di condividere le scelte mediche esso rappresenta anche una modalita' 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 da' luogo ad un referto a se' stante quanto piuttosto ad una «relazione collaborativa».

#### Richiedente

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

#### Attivazione ed erogazione

Trattandosi di un'interazione tra professionisti, l'attivazione puo' avvenire in forma diretta (anche attraverso agende interattive e condivise tra gli stessi professionisti) quando esistono percorsi gia' condivisi o attraverso la Centrale Operativa dell'ADI ove presente. Tuttavia, qualora sia necessario fare interagire e raccordare professionisti afferenti ad ambiti e setting differenti o in caso di presenza del paziente e' opportuna l'attivazione della COT.

#### Supporti tecnici ed informazioni da condividere

E' 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).

#### Parte di provvedimento in formato grafico

##### 2.2.3 La Teleconsulenza medico-sanitaria

###### Definizione e finalita'

E' un'attivita' sanitaria, non necessariamente medica ma comunque specifica delle professioni sanitarie, che si svolge a distanza ed e' eseguita da due o piu' persone che hanno differenti responsabilita' rispetto al caso specifico. Essa consiste nella richiesta di supporto durante lo svolgimento di attivita' 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 puo' essere svolta in presenza del paziente, oppure in maniera differita. In questa attivita' e' preminente l'interazione diretta tramite la videochiamata, ma e' sempre necessario garantire all'occorrenza la possibilita' di condividere almeno tutti i dati clinici, i referti le immagini riguardanti il caso specifico. E' un'attivita' su richiesta ma sempre programmata e non puo' essere utilizzata per surrogare le attivita' di soccorso. (7) E' una consultazione tra professionisti sanitari, o tra medico e professionista sanitario, che si svolge a distanza ed e' eseguita da due o piu' 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 puo' essere svolta in presenza del paziente, oppure in sua assenza; in quest'ultimo caso e' anche possibile che i professionisti si consultino in modo asincrono.

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

E' un'attivita' su richiesta, sempre programmata e non puo' essere utilizzata per surrogare le attivita' di soccorso.

La teleconsulenza puo' essere utilizzata anche in pazienti che necessitano di sola attivita' 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. Puo' essere sia il medico sia il professionista sanitario che formula un quesito o una richiesta di valutazione.

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

Attivazione ed erogazione

La richiesta di teleconsulenza puo' 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 gia' in atto, o con processi di lavoro comuni, lo strumento idoneo e' costituito da agende dedicate e condivise tra i professionisti.

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

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

Supporti tecnici ed informazioni da condividere

La dotazione base che consente la videochiamata e' 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, cosi' come, laddove presente, a tutta l'equipe 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).

## Parte di provvedimento in formato grafico

### 2.2.4 La Teleassistenza

#### Definizione e finalita'

E' 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 puo' all'occorrenza aggiungere la condivisione di dati referti o immagini. Il professionista che svolge l'attivita' di teleassistenza puo' anche utilizzare idonee APP per somministrare questionari, condividere immagini o video tutorial su attivita' specifiche. Lo scopo della teleassistenza e' quello di agevolare il corretto svolgimento di attivita' assistenziali, eseguibili prevalentemente a domicilio. La teleassistenza e' prevalentemente programmata e ripetibile in base a specifici programmi di accompagnamento al paziente. (8)

Il servizio prevede l'interazione con la persona assistita e la sua famiglia/caregiver in tempo reale. La necessita' del coinvolgimento attivo di un caregiver formale o informale opportunamente formato, che possa supportare la persona assistita, sara' valutata per ogni singolo caso. Il carattere della prestazione puo' assumere note di multidisciplinarieta'/multiprofessionalita'.

Le attivita' di teleassistenza possono integrarsi con altre attivita' 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 puo' essere richiesta dai citati professionisti sanitari che ritengono 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 attivita' di case manager (in ospedale) richiede il servizio mettendosi in relazione con la COT.

La richiesta non e' seguita necessariamente dalla UVM e la prestazione puo' 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 dovra' 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.

#### Supporti tecnici ed informazioni disponibili

La strumentazione prevista per la teleassistenza e' 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 e' prevista la fruizione di APP, video e materiali informativi/formativi accessibili per l'assistito e/o caregiver. Ulteriori possibilita' 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).

#### Parte di provvedimento in formato grafico

##### 2.2.5 Il Telemonitoraggio

###### Definizione e finalita'

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 modalita' 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 puo' essere integrato dal telecontrollo medico e affiancato dal teleconsulto specialistico, e' sempre inserito all'interno del sistema di telemedicina che garantisce comunque l'erogazione delle prestazioni sanitarie necessarie al paziente. Obiettivo del telemonitoraggio e' il controllo nel tempo dell'andamento dei parametri rilevati, permettendo sia il rilevamento di parametri con maggiore frequenza e uniformita' di quanto possibile

in precedenza, sia la minore necessita' per il paziente di eseguire controlli ambulatoriali di persona. (9) 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 modalita' organizzative stabilite. Il set di tecnologie a domicilio, personalizzabile in base alle necessita' cliniche, puo' essere integrato se necessario con altri dati sanitari.

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

Obiettivo del telemonitoraggio e' il controllo nel tempo dell'andamento del quadro clinico e della sua evoluzione attraverso parametri individuali, permettendo un rilevamento piu' 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 puo' essere richiesto da un medico (MMG/PLS, specialista) che ravvede la necessita' di monitorare da remoto, in maniera continuativa ed automatica i parametri del paziente tramite dispositivi e sensori certificati forniti dall'Azienda sanitaria.

Nei casi in cui e' ravvisata la necessita' 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 possibilita' di personalizzazione nonche' 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 eleggibilita' del paziente al telemonitoraggio, secondo i criteri previsti nel protocollo di riferimento, in particolare la complessita' 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'equipe 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 equipe 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).

Parte di provvedimento in formato grafico

#### 2.2.6 Il Telecontrollo

##### Definizione e finalita'

Il telecontrollo medico consente il controllo a distanza del paziente. Tale attivita' e' 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 gia' 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 responsabilita' del medico che esegue la procedura. (10)

Obiettivo del telecontrollo e' 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 puo' 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 proprieta' 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 puo' essere integrato con prestazioni di teleassistenza effettuate da operatori sanitari che, in caso di necessita', possono attivare interventi di supporto al telecontrollo (es. di tipo educativo e motivazionale).

##### Richiedente

Il telecontrollo puo' essere richiesto da un medico (MMG/PLS, specialista) che ravvede la necessita' 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 possibilita' di personalizzazione nonche' 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.).

Il medico definisce l'eleggibilita' del paziente al telecontrollo, secondo i criteri previsti nel protocollo di riferimento, in particolare la complessita' 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 gia' a domicilio (gia' in carico alle cure domiciliari) l'attivatore e' la Centrale operativa dell'ADI, ove presente, mentre nel caso di pazienti che transitano fra setting di cura diversi, ove e' necessario il coordinamento di professionisti e competenze, l'attivatore e' la COT. La consegna dei dispositivi prescritti e la formazione di paziente e/o caregiver e' 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 e' 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 piu' eventuali contatti telefonici, ecc.) devono essere eseguiti dal medico a seconda del caso e cosi' come pianificato nel PAI. Il servizio di telecontrollo, inteso come l'accesso alla piattaforma, il settaggio dei valori soglia, e' 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 necessita' (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'equipe 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 equipe 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'equipe 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).

#### Parte di provvedimento in formato grafico

##### 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, comunita' residenziali, scuole, istituti di formazione, universita', contesti comunitari o luoghi di lavoro basati sulla comunita', domicilio). Per alcuni di essi e' inoltre possibile la fruizione in mobilita', ovvero da luoghi, non ordinariamente prestabiliti per la riabilitazione. Nelle attivita' di teleriabilitazione vanno comprese anche quelle volte alla valutazione a distanza del corretto utilizzo di ausili, ortesi e protesi durante le normali attivita' di vita condotte all'interno dell'ambiente domestico o lavorativo. (11)

Si tratta di servizi intesi ad abilitare, ripristinare il funzionamento psicofisico, nonche' 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 sara' necessario valutare la necessita' del coinvolgimento attivo di un caregiver opportunamente formato, che possa supportare il paziente.

La prestazione puo' anche avere carattere multidisciplinare/multiprofessionale.

In un'ottica di ulteriore sviluppo tecnologico dei servizi, puo' 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 necessita' 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 «dimissione protetta» e validate da parte della UVM, previa definizione del PRI che ne espliciti modalita', strumentazione necessaria a domicilio e tempi della presa in carico.

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

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

Per la valutazione di idoneita' 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 (12) 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 nn. 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. (13) 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.

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'equipe 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'equipe 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).

## Parte di provvedimento in formato grafico

## Glossario

Assistenza domiciliare: in questo documento intesa quale sinonimo di «cure domiciliari», e' un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensita' e complessita' 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 intensita', complessita' 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, decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017).

Centrale operativa ADI: riceve tutte le richieste di attivazione di interventi domiciliari integrati e di continuita' dell'assistenza, svolgendo funzione di supporto, collegamento e coordinamento delle prestazioni sanitarie e degli interventi domiciliari integrati.

Centrale operativa territoriale: e' 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: attivita' territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

Centro servizi: e' una struttura tecno-operativa, dislocata su una o piu' 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 attivita' da svolgere. Il Centro servizi e' un punto di riferimento affidabile e sempre disponibile per le varie necessita' dell'utente assistito con strumenti di sanita' digitale. Il Centro servizi e' sia un agente di presa in carico, che una struttura di mediazione e facilitazione. Al Centro servizi competono le attivita' di help desk e di assistenza tecnica volte a favorire continuita' nella fruizione del sistema di telemedicina.

Centro erogatore: puo' 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, decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 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. È 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'art. 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'art. 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 successive modificazioni;

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'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502»;

regolamento (UE) n. 2017/745 del Parlamento europeo e del Consiglio del 5 aprile 2017 relativo ai dispositivi medici, che modifica la direttiva n. 2001/83/CE, il regolamento (CE) n. 178/2002 e il regolamento (CE) n. 1223/2009 e che abroga le direttive nn. 90/385/CEE e 93/42/CEE del Consiglio;

regolamento (UE) n. 2017/746 del Parlamento europeo e del Consiglio del 5 aprile 2017 relativo ai dispositivi medico-diagnostici in vitro e che abroga la direttiva n. 98/79/CE e la decisione n. 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.

- (1) Art. 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'art. 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 sociosanitarie pubbliche e private accreditate, in numero non superiore a otto unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti. Per le attività assistenziali svolte e riconosciute agli infermieri un compenso lordo di 30 euro ad ora, inclusivo degli oneri riflessi, per un monte ore settimanale massimo di trentacinque 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 otto unità ogni 50.000 abitanti, attraverso assunzioni a tempo indeterminato e comunque nei limiti di cui al comma 10.

- (2) Telemedicina: linee di indirizzo nazionali, rep. atti n. 16/CSR.
- (3) 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.
- (4) Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, rep. atti n. 215/CSR
- (5) 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).
- (6) Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, Rep. Atti n. 215/CSR
- (7) Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, Rep. Atti n. 215/CSR.
- (8) Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, Rep. Atti n. 215/CSR.
- (9) Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, Rep. Atti n. 215/CSR
- (10) Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, Rep. Atti n. 215/CSR.
- (11) Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie, Rep. Atti n. 231/CSR.
- (12) Tecnologie che sfruttano gli elementi ludici per facilitare gli obiettivi di abilitazione e riabilitazione nel rispetto delle norme vigenti e in sicurezza
- (13) 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.