



**PNRR- M6**

**Televisita, Teleconsulto e  
Teleconsuena**

**Telemonitoraggio**

**Teleassistenza**

*Regione Calabria*

*Dipartimento Tutela  
della Salute*

***Modello  
organizzativo di  
Telemedicina***

## Sommario

INTRODUZIONE (DM 77) .....	4
Descrizione generale del servizio di telemedicina.....	5
Descrizione delle strutture coinvolte .....	6
La riorganizzazione sociosanitaria del territorio a favore della continuità delle cure .....	7
Il Distretto .....	7
Case della Comunità .....	8
Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC) .....	8
Punto Unico di Accesso (PUA) .....	9
Centrali Operative Territoriali (COT).....	9
Unità di Continuità Assistenziale (UCA) .....	10
Assistenza domiciliare.....	11
Ospedali di Comunità.....	11
Descrizione degli attori dei servizi di telemedicina (Linee guida 2022).....	12
Modalità di applicazione del modello digitale.....	13
Televisita .....	14
Il Teleconsulto medico .....	14
La Teleconsulenza medico-sanitaria .....	15
La Teleassistenza.....	15
Il Telemonitoraggio .....	16
Il Telecontrollo .....	16
Descrizione del modello organizzativo .....	17
Televisita, Teleconsulto/Teleconsulenza e Teleassistenza nell'assistenza sanitaria territoriale .....	17
Televisita e teleconsulto/teleconsulenza .....	17
Supporti tecnici ed informazioni da condividere televisita .....	19
Supporti tecnici ed informazioni da condividere teleconsulto/teleconsulenza .....	19
Teleassistenza nell'assistenza sanitaria territoriale.....	19
Supporti tecnici ed informazioni disponibili .....	20
Telemonitoraggio e Telecontrollo nell'assistenza Sanitaria Territoriale.....	20
Richiedente (Telemonitoraggio) .....	20
Attivazione ed erogazione (Telemonitoraggio) .....	20
Supporti tecnici ed informazioni disponibili (Telemonitoraggio).....	21
Richiedente (Telecontrollo) .....	21
Attivazione ed erogazione (Telecontrollo).....	21
Supporti tecnici ed informazioni disponibili (Telecontrollo).....	21
Telemonitoraggio e Telecontrollo nel paziente con Diabete.....	22
Telemonitoraggio e Telecontrollo nel paziente con patologie respiratorie .....	23

Telemonitoraggio e Telecontrollo nel paziente con patologie cardiologiche.....	24
Telemonitoraggio e Telecontrollo nel paziente Oncologico .....	26
Telemonitoraggio e Telecontrollo nel paziente Neurologico .....	27
Formazione degli operatori.....	30
Cronoprogramma di attività componente 1 investimento 1.2. casa come primo luogo di cura e telemedicina.....	30
COT Interconnessione.....	30
COT Device.....	31
Telemedicina .....	31

## INTRODUZIONE (DM 77)

La telemedicina è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario – assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario – professionista sanitario).

La telemedicina supporta l'interazione dei diversi professionisti sanitari con l'assistito nelle diverse fasi di valutazione del bisogno assistenziale, di erogazione delle prestazioni e di monitoraggio delle cure.

Facilita inoltre lo scambio di informazioni tra professionisti e la collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare sui singoli casi clinici. Implica il trasferimento di dati e informazioni, anche personali e relativi alla salute, in diversi formati (numerici, testuali, grafici, multimediali, etc.) e modalità di interazione (sincrona o asincrona).

Le diverse prestazioni e servizi di telemedicina, quali la televisita specialistica, la teleassistenza, il telemonitoraggio, la telerabilitazione, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico sanitaria, o la telerefertazione, costituiscono un'opportunità e un fattore abilitante in grado di rispondere sia alle necessità dei sistemi sanitari, con particolare riferimento alla gestione della cronicità, sia, in un'ottica di medicina personalizzata, a quelle individuali del singolo assistito, così come previsto anche dal "Patto per la Salute 2019-2021".

L'importanza del ruolo della sanità digitale e della telemedicina nel favorire i processi di presa in carico del paziente cronico, consentendo una migliore gestione domiciliare della persona, è riconosciuta anche nel Piano Nazionale della Cronicità del 2016.

Lo sviluppo della telemedicina va considerato come un elemento abilitante per l'attuazione della riorganizzazione dell'assistenza territoriale, poiché può favorire:

- la riduzione delle distanze tra operatori sanitari e pazienti e tra operatori sanitari stessi;
- il tempestivo intervento per pazienti cronici trattati a domicilio in occasione di episodi di acuzie;
- la diagnosi precoce dell'evento acuto e il tempestivo intervento per pazienti trattati a domicilio e/o in condizioni di emergenza;
- l'efficientamento delle prestazioni assistenziali erogate in zone interne e/o disagiate con una ottimizzazione delle risorse, offrendo servizi di prossimità che aumentino l'appropriatezza e l'aderenza terapeutica;
- la correlazione degli interventi per una presa in carico integrata tra ospedale e territorio, anche assicurando processi di deospedalizzazione, quali ad esempio le dimissioni protette;
- la collaborazione tra gli operatori appartenenti alle diverse reti assistenziali ospedaliere territoriali, consentendo una più efficace ed efficiente operatività dei gruppi di lavoro, in particolare per tutti quei contesti nei quali la multidisciplinarietà è elemento essenziale per una corretta presa in carico e gestione dell'assistito.

La telemedicina è dunque l'insieme di tecnologia e organizzazione che, se inclusa in una rete di cure coordinate, contribuisce in modo rilevante a migliorare la capacità di risposta del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel disegno di riorganizzazione dell'assistenza territoriale calabrese, la telemedicina diviene parte integrante del progetto di salute, sia esso semplice o complesso, definito per il singolo assistito in base ai propri bisogni di salute.

Le esperienze sinora condotte dimostrano che nella presa in carico continuativa e di lungo periodo del paziente multi-patologico e/o fragile le modalità di adozione di modelli di servizio innovativi supportati dalla telemedicina sono legate strettamente alla maturità e capacità dei contesti locali e possono implicare importanti modifiche dell'operatività e delle competenze dei professionisti.

Tale visione è coerente con quanto richiamato nelle "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina", approvate in Conferenza Stato-Regioni il 17 dicembre 2020, in base alle quali le prestazioni ed i servizi di telemedicina sono assimilati a qualunque altra prestazione o servizio diagnostico/terapeutico/assistenziale/riabilitativo, e come tali devono sempre rispettare tutti i diritti e gli obblighi propri di qualsiasi atto sanitario.

Anche se, per quel che concerne il rapporto personale medico-paziente, le prestazioni di telemedicina non sostituiscono completamente le prestazioni assistenziali tradizionali, ma le integrano per migliorarne efficacia, efficienza, appropriatezza e sostenibilità.

In coerenza con l'obiettivo di aumentare l'accessibilità e ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle cure e garantire un approccio quanto più omogeneo possibile sul territorio, e in considerazione delle potenzialità delle moderne tecnologie ICT, i sistemi che erogano prestazioni di telemedicina, che operino a qualsiasi livello aziendale, regionale, interregionale e/o nazionale, devono:

- interoperare con i diversi sistemi nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, etc.) e regionali (FSE, CUP, etc.) a supporto dell'assistenza sanitaria, garantendo il rispetto degli standard di interoperabilità nei dati;
- supportare la convergenza di processi e strutture organizzative, seppur con la necessaria flessibilità in base alle esigenze specifiche, anche superando la frammentazione tecnologica;
- uniformare le interfacce e le architetture per la fruizione delle prestazioni di telemedicina, sia per l'utente che per il professionista, in un'ottica di semplificazione, fruibilità e riduzione del rischio clinico, assicurando anche l'integrazione con i sistemi di profilazione regionali/nazionali (es. SPID);
- mettere a disposizione servizi strutturati in modo uniforme e con elevati livelli di sicurezza, sull'intero territorio, sviluppati con approccio modulare e che garantiscono il rispetto delle vigenti indicazioni nazionali

### Responsabilità professionale

La responsabilità professionale nel determinare l'idoneità dell'assistito alla fruizione di prestazioni di telemedicina e di teleassistenza è in capo ai medici o per le attività di teleassistenza agli altri professionisti sanitari che, opportunamente formati all'uso delle tecnologie, operativamente erogano le prestazioni a distanza, in quanto deputati a individuare gli strumenti più idonei per il singolo paziente, in un'ottica di proporzionalità, appropriatezza, efficacia e sicurezza, nel pieno rispetto dei diritti della persona.

D'altro canto, affinché le prestazioni di telemedicina possano essere attivate, è necessaria una preventiva adesione da parte dell'assistito, che si rende disponibile al contatto telematico, all'interazione documentale e informativa con il professionista sanitario e a utilizzare i previsti sistemi di comunicazione remota, secondo le normative vigenti in tema di privacy e sicurezza.

In questo contesto, se il paziente è disponibile a ricevere la prestazione in telemedicina dal domicilio, il suo "profilo tecnologico", ovvero la sua conoscenza e capacità d'uso degli strumenti informatici, deve diventare parte dell'anamnesi. Al variare del tipo di prestazione di telemedicina erogata, e dei relativi requisiti minimi e dispositivi accessori associati, per il singolo assistito dovrebbero essere valutati i seguenti aspetti:

1. se sa usare o è in grado di imparare ad usare gli strumenti digitali di comunicazione (es. smartphone, tablet, computer con webcam);
2. se può usare autonomamente tali strumenti (disabilità fisica e cognitiva potrebbero limitarne la possibilità);
3. se può essere aiutato da un familiare o un caregiver nell'uso di tali strumenti;
4. l'idoneità al domicilio della rete internet, degli impianti (elettrici, idraulici, ecc), degli ambienti e delle condizioni igienico-sanitarie.

#### **Descrizione dei servizi da implementare per le singole patologie e setting assistenziali, specificando se già attivo o da attivare.**

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), attraverso la Missione 6 "Salute", intende rendere le strutture italiane più moderne, digitali e inclusive, favorendo equità di accesso ai migliori servizi sanitari del nostro Paese per tutti i cittadini.

In questo piano, la trasformazione digitale si pone come un tassello fondamentale per uniformare opportunità e standard su tutto il territorio.

La Componente 1 «Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale» ha l'obiettivo di potenziare il Servizio sanitario nazionale (SSN) allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti, rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari, sviluppare la telemedicina e superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio, sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare.

Nell'ambito della Missione 6 Componente 1 (M6C1) del PNRR e dell'intervento 1.2 «Casa come primo luogo di cura e telemedicina», il sub-investimento 1.2.3 «Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici» ha l'obiettivo di promuovere e rendere strutturali nel SSN servizi e prestazioni di telemedicina, a supporto dei pazienti con malattie croniche.

A tale sub-investimento è destinato un miliardo di euro per il finanziamento di progetti che consentano interazioni medico-paziente a distanza e di iniziative di ricerca ad hoc sulle tecnologie digitali in materia di telemedicina. Il decreto del Ministro della salute del 1° aprile 2022 nella ripartizione analitica dei diversi sub -investimenti ha definito la seguente sub -codifica al sub -investimento 1.2.3 «Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici»: 1.2.3.1 per la Piattaforma di telemedicina, per un importo pari a 250 milioni di euro, e 1.2.3.2 per i Servizi di telemedicina, per un importo pari a 750 milioni di euro.

I servizi di telemedicina possono rappresentare, in questo senso, una parte integrante del ridisegno strutturale ed organizzativo della rete di assistenza della Regione Calabria.

In particolare, la telemedicina è la chiave di volta per affrontare le principali sfide che interessano il SSN.

Essa persegue tre obiettivi concomitanti:

- (i) contribuire a colmare i divari geografici del sistema sanitario grazie all'armonizzazione degli standard di cura garantiti dalla tecnologia;
- (ii) migliorare i risultati dell'assistenza sanitaria e il percorso dei pazienti;
- (iii) aumentare l'efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di monitoraggio da remoto

La Regione Calabria intende riprogettare la rete dei servizi territoriali, introducendo strumenti di teleassistenza e di telemedicina, ridisegnando il modello della salute complessiva delle persone e delle nostre comunità regionali: non solo quindi prestazione sanitaria ospedaliera ma una nuova sanità territoriale più vicina, più capace di proteggere, più capace di provvedere ai bisogni.

La missione Salute del PNRR si articola in due componenti di cui la principale riguarda le Reti di Prossimità.

Per Reti di prossimità si intendono strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: gli interventi intendono infatti rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

Il PNRR individua nella telemedicina uno strumento fondamentale per abilitare una più efficace copertura territoriale dei servizi sanitari per gli assistiti. La telemedicina, quindi, evolverà da ambito sperimentale promosso solo da alcune realtà locali a componente integrante del sistema sanitario regionale e nazionale.

L'infrastruttura regionale Calabrese di telemedicina sarà unica a livello regionale e interoperabile con quelle delle altre regioni grazie all'integrazione con la piattaforma nazionale di telemedicina.

La Regione Calabria ha previsto di acquisire tutti i servizi minimi, specifici e opzionali riportati nel DM del 21 settembre 2022 e nel documento "Indicazioni metodologiche per la perimetrazione delle proposte di Partnership Pubblico Privato (PPP) per la Piattaforma Nazionale di Telemedicina", pubblicate da Agenas in allegato all'avviso di PPP per la realizzazione dei servizi abilitanti della piattaforma nazionale di telemedicina in data 18 marzo 2022 (e aggiornate in data 4 maggio 2022).

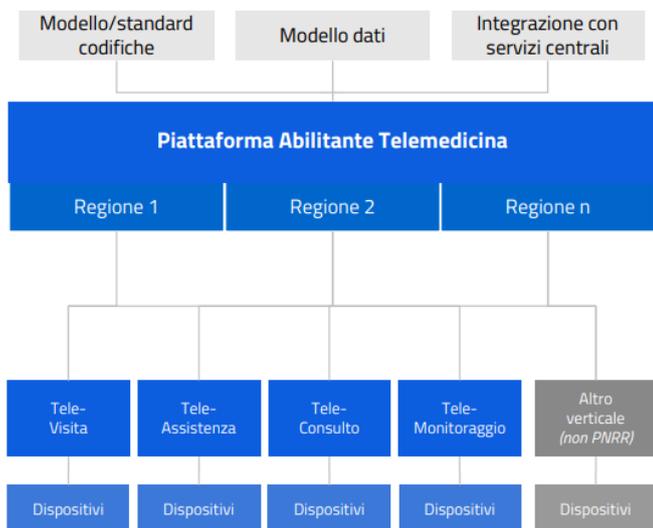
Queste soluzioni saranno individuate tramite le gare promosse dalle Regioni Capofila (Lombardia e Puglia), come stabilito tramite verbale del CITD del 15 dicembre 2021 e dal decreto interministeriale con cui il presente format viene approvato.

Saranno erogati grazie a tali soluzioni realizzate e attivate a livello regionale,

- **Televisita, Teleconsulto e Teleconsulenza Servizi di televisita e teleconsulto:** atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più professionisti sanitari o con il paziente
- **Telemonitoraggio** di determinati target di pazienti:
  - Pazienti con patologia cardiovascolare
  - Pazienti con patologia pneumologica

- Pazienti con diabete
- Pazienti oncologici
- Pazienti neurologici
- **Teleassistenza:** Atti professionali di professionisti sanitari basati sull'interazione a distanza tra il professionista e paziente/caregiver in modo da agevolare il corretto svolgimento di attività assistenziali eseguibili prevalentemente a domicilio.

#### Ecosistema di Telemedicina: Piattaforma Nazionale e Verticali Regionali



#### Piattaforma abilitante Telemedicina PNRR Attuazione Centrale

- Piattaforma di telemedicina nazionale
- Contiene i servizi abilitanti all'adozione della telemedicina (modello dati, codifiche, integrazione con piattaforme nazionali come PagoPA, SPID/CIE)

#### Soluzioni verticali di telemedicina PNRR Attuazione Regionale

- Applicazioni che abilitano servizi specifici PNRR di telemedicina: televisita, telecontrollo, teleconsulto, telemonitoraggio;
- Individuate con le Regioni
- Adottate a livello regionale
- Seguono requisiti tecnici/di integrazione nazionali

#### Soluzioni verticali di telemedicina Regionali Attuazione Regionale

- Sviluppate dalle Regioni in autonomia
- Seguono requisiti tecnici/di integrazione nazionali
- Riuso per altre Regioni attraverso la Piattaforma Nazionale

Assegnate le risorse con decreto del Ministro della salute (di concerto con il Ministro delegato per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale), la regione potrà attivare le soluzioni individuate nel proprio Piano operativo e acquisire i servizi di telemedicina, nonché le forniture inerenti alle postazioni, attraverso l'adesione agli Accordi Quadro sottoscritti dalle regioni Lombardia e Puglia, che sono state individuate, con decreto 30.09.2022, quali regioni capofila con il compito di provvedere, anche avvalendosi delle proprie centrali di committenza, alle procedure di approvvigionamento.

La procedura di acquisizione dei dispositivi funzionali al servizio di tele monitoraggio (il cui finanziamento trova copertura nelle risorse PNRR assegnate con decreto del Ministero della salute del 20.01.2022, nell'ambito dell'investimento M6C1 1.2.2.3 'COT device') sarà espletata dalle singole ASP del SSR

#### Descrizione delle strutture coinvolte

La Riforma dell'assistenza territoriale definisce un nuovo modello organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale che mira a una sanità più vicina alle persone e al superamento delle disuguaglianze.

Il nuovo assetto istituzionale e organizzativo dell'assistenza territoriale, sanitaria e socioassistenziale nella Regione Calabria consentirà di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con le migliori prassi europee.

Una moderna organizzazione sanitaria deve assegnare al territorio ed ai servizi territoriali sanitari e socioassistenziali un ruolo preminente nella efficiente gestione della domanda di salute dei pazienti cronici e con multi cronicità, riservando alle interazioni con le strutture ospedaliere, spoke ed hub, la gestione delle acuzie, dei livelli complessi internistici e chirurgici.

La diffusione delle malattie croniche e di quelle neurodegenerative impone un approccio culturale diverso da quello della nostra tradizione, che ha sempre privilegiato l'assistenza familiare. Cambiamenti di contesto e sociali hanno portato alla necessità di strutturare i servizi sanitari e socioassistenziali in maniera articolata prevedendo un minore impegno familiare e un maggiore apporto della sanità.

Ciò in quanto, mentre una persona affetta da acuzie rimane in ospedale per un tempo limitato, i pazienti con multicronicità necessitano di assistenza continua (h24 per 365 giorni), con conseguente enorme carico assistenziale per i familiari (caregiver) che divengono, essi stessi, cittadini fragili con elevato rischio di sviluppare patologie cronico-degenerative.

L'emergenza COVID-19, inoltre, ha evidenziato debolezze di sistema e la conseguente necessità di rinnovare alcuni elementi chiave del Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Oltre alla pandemia, la sfida futura vede come elemento cardine l'andamento demografico di crescente invecchiamento della popolazione, con stime che vedono aumentare progressivamente la popolazione anziana e conseguentemente la domanda di salute con esigenze sempre più complesse

Per questi motivi, occorre puntare sullo sviluppo della sanità territoriale, comunque strettamente correlata con il livello ospedaliero di assistenza e fortemente integrata con le azioni socio tutelari delegate (ex Legge 328/2000) ai comuni. Investire sulla sanità territoriale significa ridurre la spesa ospedaliera inappropriata e migliorare, attraverso un sempre maggiore ricorso alla domiciliarità e all'innovazione

tecnologica, la compliance dei cittadini di fronte alle condizioni di patologia cronico-degenerativa. Analogamente, se non addirittura in maggiore misura, se si “investe” in prevenzione si riduce la spesa sanitaria tout-court, ospedaliera e territoriale.

Ovviamente ogni Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) deve sapere governare l'intero processo “Prevenzione, Territorio-Ospedale-Territorio” con grande avvedutezza, onde evitare il proliferare di costi da un lato, senza analogo o, ancor meglio maggiore, riduzione dall'altro. A tal fine, come peraltro per i percorsi assistenziali, il management aziendale deve dotarsi di adeguati strumenti organizzativi. In particolare, appare necessario ricomporre i complessivi processi assistenziali, garantendo continuità tra livello territoriale e livello ospedaliero.

#### La riorganizzazione sociosanitaria del territorio a favore della continuità delle cure

Il Decreto di ripartizione delle risorse firmato dal Ministero della Salute il 20 gennaio 2022 contiene il dettaglio della ripartizione del finanziamento PNRR per i diversi sub-investimenti contenuti nella Missione 6 Salute.

La Regione Calabria, in ottemperanza alle scadenze del PNRR, ha presentato il Piano Operativo comprendente le azioni per portare a termine ciascun sub-investimento per il quale la Regione si configura come soggetto attuatore.

La localizzazione degli interventi previsti dal PNRR segue come principio generale quello di favorire la ristrutturazione e riqualificazione di edifici pubblici, di proprietà o comunque nella disponibilità delle Aziende Sanitarie.

Per l'individuazione dei siti da destinare a tali fini, la Regione Calabria ha dovuto tener conto di alcuni fattori di criticità.

La presenza di oltre 400 comuni, molti dei quali con meno di 5.000 abitanti e l'ubicazione in zone montane e periferiche, determina problemi di accesso ai servizi sanitari. Ciò è dato dal fatto che le distanze per raggiungere presidi ospedalieri e strutture sanitarie territoriali sono mediamente elevate, la rete assistenziale territoriale e l'assistenza domiciliare risultano ad oggi carenti, la rete stradale non è sempre agevolmente percorribile con manutenzione insufficiente a cui spesso si aggiungono criticità legate a fenomeni naturali (frane, dissesto idrogeologico e sismico).

Il PNRR ha previsto per la regione Calabria la realizzazione di 57 Case della Comunità (CdC), 19 Centrali Operative Territoriali (COT) e 15 Ospedali di Comunità (OdC) ma, date le sopracitate difficoltà per assicurare una migliore copertura assistenziale nel territorio calabrese, si è definito nel Decreto di ripartizione delle risorse del 20 gennaio 2022 di programmare ulteriori 4 CdC, 2 COT e 5 OdC, a valere su risorse regionali.

#### Il Distretto

Il Distretto è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale sul territorio e si riferisce ad una popolazione di 100.000 abitanti, con variabilità dipendente da densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.

Costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali e sovrintende all'integrazione tra le strutture sanitarie, per assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, uniformità dei livelli di assistenza e pluralità dell'offerta.

Contribuisce a migliorare lo stato di salute della comunità attraverso il governo e la gestione di una rete integrata di servizi sociosanitari assicurando competenza, disponibilità e prontezza di risposta, nel più ampio rispetto della dignità della persona umana e dei suoi primari diritti di salute. I principi base che guidano le attività del Distretto sono:

- salute intesa come “processo”: condizione cui si perviene attraverso un percorso, influenzato da molteplici determinanti (individuali, sociali ed ambientali);
- dall'individuo alla comunità: la salute è il risultato del rapporto tra persona e collettività;
- dalla prevenzione della malattia alla promozione della salute: promozione del benessere in ragione dei diversi determinanti di salute attraverso una visione multisettoriale e multidisciplinare.

Il Distretto produce servizi mediante erogazione diretta o indiretta dei servizi sanitari e sociosanitari per garantire i livelli essenziali di assistenza propri del livello distrettuale.

I Distretti coordinano la medicina convenzionata (medicina generale, continuità assistenziale, pediatria di libera scelta, specialistica ambulatoriale) assicurandone integrazione nell'organizzazione distrettuale; erogano l'assistenza domiciliare; garantiscono l'erogazione dell'assistenza semiresidenziale e residenziale; erogano servizi e interventi che rientrano nel livello di assistenza distrettuale, avvalendosi di operatori e di unità operative proprie, oppure attraverso rapporti contrattuali (ex art. 8 quinquies d.lgs. 502/92 e s.m.i.) con gli erogatori accreditati; garantiscono la tutela della salute in ambito penitenziario (DPCM 1 aprile 2008); garantiscono l'integrazione con i servizi afferenti all'età evolutiva e all'area materno infantile

Provincia	Popolazione (al 1° Gennaio 2022)	Numerocomuni	NumeroDistretti
Cosenza	674.543	150	6
Crotone	163.553	27	1
Catanzaro	343.673	80	3
ViboValentia	151.558	50	1
ReggiodiCalabria	522.127	97	3
Calabria	1.855.454	404	14

## Case della Comunità

Oltre 1350 Case della Comunità finanziate con le risorse del PNRR, diffuse in tutto il territorio nazionale, come definita nel DM 77/2022 sono il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria e aperte fino a 24h su 24 e 7 giorni su 7. Rappresentano il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione. Il modello organizzativo è improntato all'integrazione e alla multidisciplinarietà, al fine di rendere concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.

*Nelle CdC, il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali, mediante un approccio orizzontale 20 e trasversale ai bisogni che tiene conto anche della dimensione personale dell'assistito.*

L'assistito, inoltre, non rappresenta solo il destinatario dei servizi ma è parte attiva nella valorizzazione delle competenze presenti all'interno della comunità stessa.

L'attività multidisciplinare conta sulla presenza di una équipe composta di Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni (anche nelle loro forme organizzative), Infermieri di Famiglia o Comunità, altri professionisti della salute quali ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali. Tale équipe opera attraverso un approccio di sanità di iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento.

La CdC può garantire l'erogazione dei servizi, anche mediante modalità di telemedicina e tele assistenza e relative competenze professionali.

Per definire la localizzazione delle CdC in Regione Calabria sono state effettuate analisi preliminari secondo due scale di lettura, strettamente interrelate per conformare le conseguenti scelte operative:

1. a scala territoriale sono stati analizzati:
  - a) la rete ospedaliera esistente e programmata;
  - b) la rete dei servizi sanitari complementari esistenti e programmati;
  - c) il bacino d'utenza attuale e potenziale;
  - d) il sistema infrastrutturale esistente e programmato;
  - e) il sistema ambientale in tutta la sua complessità
2. a scala locale sono stati considerati:
  - a) la disponibilità, la conformazione oro-geografica, le caratteristiche e le dimensioni dell'area;
  - b) la posizione ottimale rispetto ai flussi e al bacino d'utenza;
  - c) il grado di accessibilità attraverso le principali infrastrutture viarie e di trasporto pubblico;
  - d) le caratteristiche e la localizzazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali esistenti; e. le caratteristiche del manufatto architettonico, se esistente.

Il modello Hub e Spoke, previsto per le CdC, risponde alle differenti esigenze territoriali e garantisce equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio.

Al fine di tenere conto di una serie di variabili e, in particolare, delle esigenze determinate dalle caratteristiche orografiche del territorio e dalla presenza di strutture riconvertibili allo scopo, le CdC sono distribuite secondo il modello Hub e Spoke.

Nella Case di Comunità a media/alta complessità assistenziale (Hub) viene garantito l'accesso H24 alle seguenti funzioni: accoglienza e orientamento (punto informativo); amministrativa (Centro Unico di Prenotazione); valutazione del bisogno (punto unico di accesso sociale e sanitario, unità valutazione multidimensionale, sportello sociale); di supporto (punto prelievi, distribuzione ausili protesici, distribuzione farmaci); prevenzione collettiva e sanità pubblica (es. vaccinazioni, screening); ambulatorio infermieristico per la gestione integrata della cronicità e ambulatorio prestazionale; assistenza consultoriale; assistenza per problemi di salute mentale e di dipendenze patologiche; centro per i disturbi cognitivi e le demenze; assistenza specialistica; diagnostica strumentale ecografica e radiologica; chirurgia ambulatoriale; recupero e rieducazione funzionale; assistenza domiciliare; rete cure palliative.

Nella Casa di Comunità a bassa complessità assistenziale (Spoke) viene garantito l'accesso alle seguenti funzioni: accoglienza; amministrativa; valutazione del bisogno; assistenza del medico di medicina generale; assistenza del pediatra di libera scelta; assistenza infermieristica; assistenza specialistica a supporto dei percorsi; assistenza ostetrica e assistenza sociale.

Sulla base dello standard previsto dal DM 77 (1 Casa Hub/50.000 abitanti) le strutture programmate sono quelle di seguito elencate; si rappresenta che il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS), sottoscritto in data 30/05/2022, finanzia il seguente numero di Case di Comunità (CdC): - CdC HUB n° 14 – CdC Spoke n° 47 per un totale di 61 Case di Comunità.

## Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC)

La figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) è stata introdotta dal DL 34/2020, convertito in L. 77 del 17 luglio 2020 art. 1 comma 5, come risposta emergenziale al rafforzamento dell'assistenza territoriale per potenziare la presa in carico territoriale dei pazienti positivi al COVID-19.

L'IFoC è stato quindi inserito nel DM 77/2022, ampliandone le competenze e funzioni, diventando parte integrante e professionista fondamentale della équipe multiprofessionale distrettuale. 33 L'IFoC, come definito dal DM 77, è il professionista sanitario di riferimento che assicura assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutte le risorse, formali e informali, della comunità in cui opera, in maniera proattiva e ponendo al centro la persona.

L'obiettivo dell'IFoC è garantire l'integrazione interdisciplinare (sanitaria e sociale) dei servizi e dei professionisti e la risposta assistenziale ai nuovi bisogni sanitari, anche potenziali, della comunità. Nel dettaglio le funzioni attribuite all'IFoC sono le seguenti:

- collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'età;

- contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche;
- favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita;
- svolge attività di counseling infermieristico e contribuisce ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva;
- valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver;
- lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie a valenza sanitaria e con le risorse della comunità (associazioni, volontariato, ecc.), e collabora in team con i MMG, i PLS e gli altri professionisti sanitari;
- utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.

Lo standard previsto dal DM 77/2022 prevede 1 IFoC ogni 3.000 abitanti, da intendersi come numero complessivo di IFoC impiegati nei diversi setting assistenziali, in cui l'assistenza territoriale si articola.

### Punto Unico di Accesso (PUA)

Il comma 163 dell'art. 1 della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024), pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 310 del 31 dicembre 2021, così recita: "Il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso Punti Unici di Accesso (PUA), che rappresentano i punti di accesso all'ADI ed hanno la sede operativa, oggi c/o i Distretti Sanitari, e potranno essere, in futuro, ubicati presso le articolazioni del servizio sanitario territoriale denominate Case della Comunità o Centrali Operative Territoriali".

Presso i PUA operano équipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS.

Tali équipe integrate, nel rispetto di quanto previsto dal citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone, assicurano la funzionalità delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie.

Sulla base della valutazione dell'UVM, con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'équipe integrata procede alla definizione del Progetto di Assistenza Individuale Integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione.

### Centrali Operative Territoriali (COT)

Come definito dal DM 77/2022, la COT è un modello organizzativo della sanità territoriale che ha funzione di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali (territoriali sanitari e sociosanitari, ospedalieri e della rete dell'emergenza-urgenza) e coordinamento della presa in carico della persona.

L'obiettivo è assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza e viene perseguito mediante:

- a) coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
- b) coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- c) tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- d) supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFoC, ecc.), riguardo alle attività e ai servizi distrettuali;
- e) raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

La COT infatti è dotata di infrastrutture informatiche connesse e integrate con i principali applicativi aziendali, con il Fascicolo Sanitario Elettronico e con la piattaforma di telemedicina, nonché con i sistemi operativi della Centrale Operativa Regionale 116117 e PUA.

La COT, oltre a interfacciarsi con il PUA e il NEA 116117, deve stabilire modalità formalizzate di comunicazione e i relativi strumenti tecnologici a supporto con i professionisti della salute che operano nelle Case della Comunità (CdC), nelle Unità di Continuità Assistenziale (UCA), nelle Cure Domiciliari Integrate (ADI), nelle residenze/centri diurni, nelle strutture ospedaliere, nelle altre strutture territoriali (es. SERD, Alcologia) e con gli MMG/PLS, oltre che con i servizi sociali dei Comuni.

Per assicurare il supporto informativo, organizzativo e logistico delle transizioni dei pazienti da un setting di assistenza all'altro, la COT deve farsi carico delle necessità espresse dal professionista del setting di provenienza responsabile del caso, contattando e attivando il servizio/i necessario/i alla definizione del setting di destinazione, dando supporto ai processi necessari (tra cui anche il processo di valutazione del setting) e tracciando, monitorando e registrando la transizione e il suo esito. In questo caso, la COT coordina le transizioni che coinvolgono i diversi setting per i casi gestiti nel proprio ambito territoriale.

La COT garantisce il coordinamento e l'ottimizzazione degli interventi, attraverso l'attivazione di tutte le risorse socio-sanitarie presenti sul territorio di riferimento, anche mediante l'utilizzo dei sistemi di Telemedicina. Nello specifico, la COT assicura il collegamento di professionisti che operano in setting e servizi differenti, favorendo la tempestività e l'appropriatezza delle prestazioni erogate al cittadino. Nel supportare i processi, provvede a tracciarli, verificando al contempo, la corretta e completa alimentazione dei flussi informativi necessari. Per svolgere le proprie funzioni basilari la COT deve godere di un patrimonio informativo pertinente e non eccedente rispetto alle finalità attribuite alla stessa dalla norma.

La COT deve raccordare le informazioni tra i professionisti che operano nei diversi servizi, supportandoli nell'accesso e nell'inserimento di tutte le informazioni utili a soddisfare lo specifico bisogno

Lo standard territoriale previsto da DM 77/2022 per le Centrali Operative Territoriali è di 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore. Il numero di COT da realizzare entro il 2026 previsto è di 21 strutture, di cui 19 a valere su fondi PNRR. In particolare, nella Tabella si rappresenta il numero di COT per ASP.

La distribuzione delle Centrali Operative Territoriali sul territorio della regione Calabria è avvenuta sulla base del bacino di utenza di livello distrettuale o sovra distrettuale quando questo non raggiunge i 100.000 abitanti.

Provincia	Popolazione(al 1° gennaio 2022)	N. comuni	N. Distretti	COT
<b>Cosenza</b>	674.543	150	6	7
<b>Crotone</b>	163.553	27	1	2
<b>Catanzaro</b>	343.673	80	3	4
<b>Vibo Valentia</b>	151.558	50	1	2
<b>Reggio di Calabria</b>	522.127	97	3	6
<b>Calabria</b>	1.855.454	404	14	21

#### Unità di Continuità Assistenziale (UCA)

L'UCA è un'équipe mobile distrettuale che ha il compito di gestire e supportare la presa in carico di individui o comunità le cui condizioni clinico-assistenziali riscontrate siano di particolare complessità, determinando una comprovata difficoltà operativa.

L'UCA opera sul territorio di riferimento anche attraverso l'utilizzo della telemedicina, ha come sede operativa la CdChub e supporta, non sostituendoli, i professionisti responsabili della presa in carico del paziente.

L'UCA, come previsto dal DM 77/2022, può essere attivata in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico:

- Dimissione difficile del paziente non altrimenti ricoverabile in OdC o dimissibile al domicilio in Assistenza Domiciliare;
- Supporto all'Assistenza Domiciliare in particolari situazioni di instabilità clinica o emergenti necessità diagnostiche/terapeutiche;
- Presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante focolai epidemici, garantendo una risposta rapida e flessibile effettuando accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici;
- Programmi di prevenzione territoriale, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, quali ad esempio, ondate di calore, vaccinazioni domiciliari e presso le RSA/Case di Riposo per pazienti "fragili" (COVID, influenza, pneumococco, meningococco, epatiti virali, herpes zoster ecc.);
- Programmi di prevenzione ed interventi mirati nelle scuole, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, nelle comunità difficili da raggiungere, ecc.

Al fine di svolgere la propria attività l'UCA può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri. Lo standard territoriale come da DM 77/2022 è: - 1 Unità di Continuità Assistenziale ogni 100.000 abitanti.

Utilizzando lo standard di cui sopra, si riporta la quantificazione delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA) per ASP calabresi.

Ambitoterritoriale	Popolazione residente (ISTAT2022)	UCA
ASPCS	674.543	7
ASPCZ	343.673	4
ASPKR	163.553	2
ASPVV	151.558	2
ASPRC	522.127	6
TOTALE	1.855.454	21

### Assistenza domiciliare

L'assistenza domiciliare è un servizio distrettuale che ha il fine di erogare al domicilio interventi di intensità e complessità assistenziale di livello variabile nell'ambito di percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza.

Le risposte assistenziali sono programmate a seguito della Valutazione Multidimensionale da parte di un'unità valutativa dedicata e scaturiscono nella formulazione di un Progetto di assistenza individuale integrato (PAI).

La programmazione sanitaria regionale si pone l'obiettivo di identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari, anche quando il domicilio è di tipo comunitario e non privato (strutture integrate per non autosufficienti) e che sfrutti anche le possibilità offerte dalle nuove tecnologie come la domotica, la telemedicina e la digitalizzazione.

Pertanto, il potenziamento dell'assistenza integrata territoriale risulta essere una priorità della programmazione regionale, intensificando le prestazioni domiciliari e diminuendo contestualmente il ricorso a forme di assistenza e cura istituzionalizzate.

Le risposte assistenziali previste nell'ambito dell'assistenza domiciliare vengono individuate a seguito della valutazione multidisciplinare e multidimensionale delle condizioni del paziente, da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

La presa in carico dell'assistito avviene attraverso il coinvolgimento dell'équipe multidimensionale della UVM, che si avvale di figure professionali con competenze sociosanitarie, convocate a seconda del caso in esame, ed anche di un team specializzato per i servizi delle Cure Domiciliari Integrate e delle Cure Domiciliari Palliative.

A seguito della valutazione del caso, la UVM specializzata per le cure domiciliari e palliative, elabora un'offerta di servizi all'assistito, attraverso la redazione del Progetto assistenziale personalizzato (PAI).

L'integrazione funzionale tra l'assistenza domiciliare con gli altri servizi assistenziali distrettuali avviene grazie al coordinamento e raccordo delle COT. 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.

Le forme di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) vanno tenute distinte dalle Cure Palliative Domiciliari definite come un livello essenziale specifico e denominate come Unità di Cure Palliative Domiciliari, nell'ambito delle reti locali di cure palliative per l'adulto e per il bambino.

Tale distinzione può non essere presente a livello organizzativo aziendale nella composizione dell'équipe purché i professionisti siano specificatamente formati in cure palliative come previsto dalla normativa vigente.

Le Cure Domiciliari si articolano in un livello Base e in Cure Domiciliari Integrate (ADI di I livello, ADI di II livello, ADI di III livello) e consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Le risposte assistenziali, differenziate per intensità e complessità, sono programmate a seguito della Valutazione Multidimensionale e della conseguente formulazione di un Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) che comprende, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI).

Tale valutazione multidimensionale è effettuata dall'unità valutativa che garantisce anche la rivalutazione periodica della persona assistita e definisce criteri di dimissione o passaggio ad altri setting assistenziali. Periodicamente deve essere effettuata la rivalutazione del PAI e dell'eventuale PRI.

Viene assicurato il coinvolgimento degli specialisti in relazione a quanto stabilito nel PAI con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta sanitaria, del paziente e del caregiver. Il responsabile clinico del paziente è il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta.

**CENTRALE OPERATIVA ADI** (ove presente): riceve tutte le richieste di attivazione di interventi domiciliari integrati e di continuità dell'assistenza, svolgendo funzione di supporto, collegamento e coordinamento delle prestazioni sanitarie e degli interventi domiciliari integrati. Le Centrali Operative ADI saranno armonizzate o integrate con le Centrali Operative Territoriali in fase di realizzino su tutto il territorio regionale.

La Regione Calabria con DCA n. 140 del 31/05/2023 ha redatto il Piano Operativo ADI, relativo all'intervento previsto dal PNRR M6Componente1-Investimento1.2:Casecasacomeprimoluogodicurae telemedicina- sub-investimento1.2.1-Assistenzadomiciliare.

### Ospedali di Comunità

L'OdC è la struttura territoriale di ricovero che svolge una funzione intermedia tra l'ospedale e il domicilio del paziente.

Il fine principale è di evitare ricoveri ospedalieri impropri o favorire dimissioni protette in strutture più prossime al domicilio.

Si rivolge a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche a prognosi breve (risoluzione del quadro entro i 30 giorni), necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica ovvero di assistenza/sorveglianza

sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e/o familiare).

Il numero di posti letto disponibili nell'OdC non deve essere superiore ai venti.

Oltre alla presa in carico della situazione clinica contingente, tra gli obiettivi del ricovero vi è il coinvolgimento attivo e l'aumento di consapevolezza, la capacità di auto-cura, la formazione e l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni e riconoscimento precoce di sintomi di instabilità, il tutto rivolto sia ai pazienti che ai familiari/caregiver. Il ricovero, di durata non superiore ai 30 giorni, può avvenire su proposta di MMG o PLS, medico di continuità assistenziale, medico specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero, medico del pronto soccorso. L'approccio alla gestione delle attività nell'OdC è di tipo multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale.

La responsabilità igienico-sanitaria è in capo ad un medico, sia esso dipendente o convenzionato con il SSN, mentre la responsabilità organizzativa è affidata ad un responsabile infermieristico, come previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2020.

L'assistenza infermieristica è garantita 24 ore su 24, 7 giorni su 7 con il supporto di Operatori Sociosanitari, persegue gli obiettivi del PAI e garantisce la presa in carico e la continuità assistenziale, anche gestendo le transizioni nei diversi setting interfacciandosi con la COT. L'assistenza medica è assicurata nel turno diurno (8-20) per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7, nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, da personale medico del ruolo unico a rapporto orario da medici operanti nella struttura (a seguito di specifici accordi locali), la pronta disponibilità potrà essere anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia. La localizzazione nel territorio della regione Calabria degli OdC ha seguito un criterio di collocazione in siti scarsamente assistiti da presidi sanitari, cercando di rispondere a necessità sia assistenziali della popolazione residente che orografiche.

Il numero di OdC da realizzare entro il 2026 previsto è di 20 strutture, di cui 15 a valere su fondi PNRR. Di seguito si rappresenta il numero di OdC per ASP, suddividendo gli stessi in base alle specifiche di realizzazione (da edificare o da riconvertire).

ASP	OdC da edificare	OdC da riconvertire
Cosenza	0	9
Crotone	0	1
Catanzaro	1	3
Vibo Valentia	0	2
Reggio Calabria	0	4
TOTALE	1	19

Negli OdC è garantita l'assistenza infermieristica nelle 24 ore 7 giorni su 7 con il supporto degli Operatori Sociosanitari, in coerenza con gli obiettivi del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e in stretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti sanitari e sociali coinvolti.

All'interno dell'équipe di cura è presente l'Infermiere che si occupa, in particolare, delle transizioni di cura dei pazienti assicurandone la presa in carico e la continuità assistenziale: tale infermiere si interfaccia con le Centrali Operative Territoriali e in modo da facilitare l'organizzazione dell'assistenza, e gli ausili eventualmente necessari, una volta che il paziente tornerà al domicilio. L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati, nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia. L'assistenza notturna è garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti nella struttura.

All'interno degli OdC dovranno, inoltre, essere garantite alcune attività di monitoraggio dei pazienti, in loco o in collegamento funzionale, anche attraverso servizi di telemedicina.

#### Descrizione degli attori dei servizi di telemedicina

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

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

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

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

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

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

Ogni attore che partecipa alla prestazione di telemedicina deve essere comunque identificabile attraverso opportuni sistemi digitali e deve essere rilevato il relativo impegno orario impiegato per ciascun assistito attraverso sistemi informatizzati, ai fini della rendicontazione automatizzata delle attività svolte.

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

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

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

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

**Legenda:**

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

**Modalità di applicazione del modello digitale**

Con riferimento all'Accordo Stato-Regioni del 17 dicembre 2020 (Rep. Atti 215/CSR) "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina", vengono declinate di seguito le diverse tipologie di servizi di telemedicina.

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.

A seguire, è riportato il quadro sinottico, che mette a sistema gli elementi del processo operativo del modello digitale - finalità, richiedente/prescrittore, necessità di UVM, necessità di definizione di un PAI, attivatore, erogatore, soggetti coinvolti, supporti

tecnici/set di informazioni disponibili, documentazione a corredo - con gli interventi di telemedicina realizzabili (televisita, teleconsulto medico, teleconsulenza medico-sanitaria, teleassistenza, telemonitoraggio, telecontrollo, teleriabilitazione).

### Televisita

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

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

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

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

### Il Teleconsulto medico

Tipologia di servizio	Finalità	Richiedente/prescrittore	UVM	PAI	Attivatore	Erogatore	Soggetti Coinvolti	Supporti Tecnici e Set di informazioni disponibili
Tele consulto medico Atto medico, anche asincrono	Dialogo tra medici riguardo la situazione e clinica del paziente	Medico del Distretto MMG/PLS/MCA/ Specialista	Non necessario	Non necessario	COT, Centrale operativa ADI, Medico direttamente tramite agende di disponibilità condivise tra professionisti	MMG/PLS/MCA/ specialista Medico del Distretto	Interazione tra più medici Possibile presenza del paziente e di servizi per la telemedicina	Videochiamata + eventuale Chat APP/servizi applicativi che consentano la consultazione e di referti, immagini, altre informazioni clinico-sanitarie (FSE)

Si tratta di un'attività di consulenza a distanza fra medici che permette ad un medico di chiedere il consiglio di uno o più medici riguardo la situazione clinica di un paziente. Il teleconsulto tra professionisti si può anche svolgere in modo asincrono, ossia senza che il medico richiedente sia connesso in attesa di ricevere un riscontro da parte del/i medico/medici a cui ha richiesto il consulto.

Inoltre, il teleconsulto può svolgersi anche con la presenza del paziente ossia si svolge in tempo reale utilizzando modalità operative analoghe a quelle della televisita e si configura come una visita multidisciplinare.

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

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

### La Teleconsulenza medico-sanitaria

Tipologia di servizio	Finalità	Richiedente/ prescrittore	UVM	PAI	Attivatore	Erogatore	Soggetti Coinvolti	Supporti Tecnici e Set di informazioni disponibili
Teleconsulenza medica sanitaria Atto non necessariamente medico, può essere anche asincrono	Supporto durante lo svolgimento di attività sanitaria a domicilio	Professionista sanitario (anche medico)	Non necessario	Non necessario	COT, Centrale operativa ADI, Professionista sanitario direttamente tramite agende di disponibilità condivise tra professionisti	Professionisti sanitari (anche medico quando il richiedente è altro professionista)	Pazienti caregiver infermiere altro professionista sanitario a domicilio Possibile presenza del paziente Centrale di servizi per la telemedicina	Videochiamata + eventuale Chat APP/ servizi applicativi che consentono la consultazione di referti, immagini, altre informazioni clinico-sanitarie (FSE)

È una consultazione tra professionisti sanitari, o tra medico e professionista sanitario, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più professionisti che hanno differenti ruoli rispetto al caso specifico, o intervengono su aspetti e competenze diverse della presa in carico del paziente. Ha lo scopo di rispondere ad una richiesta di supporto durante un percorso di cura e assistenza, e viene espletata attraverso una videochiamata in cui il professionista sanitario interpellato fornisce all'altro, o agli altri, indicazioni per una decisione clinica e/o per la corretta esecuzione di azioni assistenziali rivolte al paziente.

La teleconsulenza può essere svolta in presenza del paziente, oppure in sua assenza; in quest'ultimo caso è anche possibile che i professionisti si consultino in modo asincrono. Pur essendo preminente l'interazione diretta tramite la videochiamata, è sempre necessario garantire all'occorrenza la possibilità di condividere i dati clinici, i referti e le immagini riguardanti il caso specifico, anche quando la teleconsulenza si realizza in asincrono.

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

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

### La Teleassistenza

Tipologia di servizio	Finalità	Richiedente/ prescrittore	UVM	PAI	Attivatore	Erogatore	Soggetti Coinvolti	Supporti Tecnici e Set di informazioni disponibili
Teleassistenza Prevede l'interazione con il paziente in tempo reale	Interazione a distanza per agevolare il corretto svolgimento di attività assistenziali	Professionista sanitario	Possibile, non necessario	Possibile, non necessario	COT, Centrale operativa ADI, Professionista sanitario direttamente tramite agende	Professionisti	Pazienti e caregiver Centrale di servizi per la telemedicina	Videochiamata + Chat (per scambio messaggi) APP/ servizi applicativi che consentano la consultazione di referti, immagini, altre informazioni clinico-sanitarie

					di disponibilità condivisa tra professionisti			(FSE)APP di condivisione con il paziente di strumenti (es. test, questionari, ecc.)
--	--	--	--	--	---	--	--	---

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

Le attività di teleassistenza possono integrarsi con altre attività di prestazioni medico-sanitarie erogate da remoto o in presenza, all'interno di servizi sanitari basati su sistemi di telemedicina, nei quali vengano svolti percorsi diagnostici e terapeutici.

### Il Telemonitoraggio

Tipologia di servizio	Finalità	Richiedente/prescrittore	UVM	PAI	Attivatore	Erogatore	Soggetti Coinvolti	Supporti Tecnici e Set di informazioni disponibili
Telemonitoraggio	Rilevamento e trasmissione e automatizzati continui di parametri clinici a domicilio	Medico del Distretto MMG/PLS/MCA/ specialista	Possibile, non necessario	Necessario	COT Centrale operativa ADI	Medico Infermiere	Pazienti e caregiver Centrale di servizi per la telemedicina	Set di tecnologie collegate ad una centrale Piattaforma di rilevazione dei dati, consultabile, eventualmente integrabile nella cartella

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

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

### Il Telecontrollo

Tipologia di servizio	Finalità	Richiedente/prescrittore	UVM	PAI	Attivatore	Erogatore	Soggetti Coinvolti	Supporti Tecnici e Set di informazioni disponibili
Telecontrollo (medico)	Rilevamento parametri periodico e interattivo a domicilio attraverso una serie cadenzata di contatti con il medico	Medico del Distretto MMG/PLS/MCA/ specialista	Possibile, non necessario	Necessario	COT Centrale operativa ADI	Medico Infermiere	Pazienti e caregiver Centrale di servizi per la telemedicina	Videochiamate e eventuale tecnologie collegate ad una centrale Piattaforma di rilevazione dei dati, consultabile, eventualmente integrabile nella cartella

Obiettivo del telecontrollo è la valutazione nel tempo del percorso clinico attraverso momenti di contatto con il paziente per la verifica delle rilevazioni attivate dallo stesso (es. parametri, stato di benessere, questionari). Il telecontrollo può essere richiesto a seguito di una prima valutazione in presenza o da remoto, deve essere richiesto da un medico per un periodo definito di tempo, consentire il controllo a distanza di dati raccolti e condivisi periodicamente dal paziente o dal suo caregiver, prevedere l'utilizzo di dispositivi (digitali e non) anche di proprietà del paziente ed essere caratterizzato da momenti di confronto attraverso video-chat con il medico (almeno una videochat nel periodo del telecontrollo), che pone sotto controllo il quadro clinico del paziente e che si conclude con un referto o una relazione. Il

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

### Descrizione del modello organizzativo

I servizi di telemedicina possono essere svolti in favore di qualsiasi paziente e prima dell'attivazione del servizio, va esplicitamente richiesto e ottenuto il consenso informato all'utilizzo del servizio e dei dati.

I limiti dei servizi dipendono dalle risorse hardware, software e di telecomunicazione e all'adeguata formazione sulla pratica in telemedicina del personale sanitario coinvolto e del paziente/caregiver al momento in cui la prestazione si svolge.

Le soluzioni tecnologiche devono tenere conto delle possibili limitazioni fisiche tipiche delle età avanzata, condizioni cliniche, condizioni sociali ed economiche.

Affinché un assistito possa usufruire dei servizi di telemedicina implementati a livello regionale, quest'ultimo deve risultare eleggibile dal punto di vista clinico, tecnologico, culturale e di autonomia o disponibilità di un caregiver, qualora necessario, nella fruizione dei servizi di telemedicina.

Infatti, essendo la telemedicina un servizio da remoto sono necessarie determinate capacità e dotazioni tecnologiche nonché condizioni cliniche compatibili per la prestazione, quindi è necessario valutare se l'assistito è «arruolabile» per questa tipologia di prestazioni.

L'eleggibilità clinica è a giudizio insindacabile del medico, che, in base alle condizioni cliniche e sociali del paziente, valuta se proporre al paziente i servizi di telemedicina (ad esempio, una visita di controllo in modalità televisita).

Saranno, inoltre, valutate sia l'idoneità che la dotazione tecnologica di cui il paziente dispone (es. smartphone con caratteristiche adeguate all'installazione di specifiche app per la televisita), e la capacità di utilizzo degli appositi kit per la telemedicina. In quest'ultimo caso può anche essere necessario un sopralluogo per verificare le caratteristiche fisiche, impiantistiche ed igieniche del domicilio del paziente. Contestualmente andranno verificati gli aspetti connessi con la digital literacy del paziente e/o del caregiver al fine di valutare l'appropriatezza dei dispositivi e il grado di autonomia nell'uso.

Il presente documento riporta indicazioni di carattere clinico-assistenziale (popolazione di riferimento, modalità di erogazione della prestazione, professionisti coinvolti, finalità della prestazione e benefici attesi) sulle seguenti prestazioni suddivise per i target di pazienti individuati:

- Televisita, teleconsulto/teleconsulenza e teleassistenza;
- Telemonitoraggio e telecontrollo del paziente con diabete;
- Telemonitoraggio e telecontrollo del paziente con patologie respiratorie;
- Telemonitoraggio e telecontrollo del paziente con patologie cardiologiche;
- Telemonitoraggio e telecontrollo del paziente oncologico;
- Telemonitoraggio e telecontrollo del paziente neurologico.

### Televisita, Teleconsulto/Teleconsulenza e Teleassistenza nell'assistenza sanitaria territoriale

#### Televisita e teleconsulto/teleconsulenza

La televisita e il teleconsulto/teleconsulenza sono servizi di assistenza sanitaria, effettuati tramite il ricorso a tecnologie innovative, in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non hanno la possibilità di interagire fisicamente nello stesso luogo al fine di prevenire, diagnosticare, trattare e fissare il successivo controllo. Di seguito le finalità per cui si attivano le diverse tipologie di prestazione.

- Televisita per paziente con patologia cronica/malattia rara: conferma diagnostica, prognosi, decisione terapeutica, verifica del trattamento, modifica del trattamento, prevenzione terziaria, follow-up.
- Televisita per paziente con patologia acuta ma non in urgenza/emergenza: conferma diagnostica, prognosi, decisione terapeutica, verifica del trattamento, modifica del trattamento, prevenzione terziaria, controlli in convalescenza, follow-up.
- Televisita per paziente in urgenza/emergenza: non è suggeribile in quanto non deve costituire ragione per ritardare interventi in presenza nei casi in cui questi garantiscono maggiore efficacia o sicurezza rispetto all'intervento da remoto.
- Televisita per paziente con disabilità/fragilità (indipendentemente dalla patologia):
  - Disabili – le stesse finalità di cui sopra ma solo se mediate da caregiver;
  - Età pediatrica – le stesse finalità di cui sopra ma solo se mediate da caregiver;
  - Età evolutiva – le stesse finalità di cui sopra per patologie acute a cui aggiungere supporto psicologico per le patologie croniche;
  - Gestanti – priorità alla continuità assistenziale, sempre con personale dedicato e supporto psicologico (specialmente nel puerperio)
  - Anziani – le stesse finalità di cui sopra per patologie acute, finalità mediate da caregiver per le croniche.
- Teleconsulto/Teleconsulenza: condivisione delle scelte diagnostiche, degli orientamenti prognostici e del/dei trattamento/i; è eseguibile anche in situazioni di urgenza o emergenza.

#### Popolazione

La televisita è potenzialmente fruibile da chiunque. Ci sono tuttavia alcuni accorgimenti da prendere in considerazione delle eventuali caratteristiche dei pazienti, come ad esempio:

- Anziani – il sistema di accesso alla videochiamata per la tele visita deve essere fruibile in autonomia (o anche supportati dal caregiver) anche da persone anziane;
- Bambini – il sistema di videochiamata per l'esecuzione della tele visita deve essere utilizzabile dagli esercenti la patria potestà con modalità che facilitino il contemporaneo accudimento del minore, specie se malato;
- Adolescenti minorenni – il sistema di videochiamata deve essere indirizzato a dare priorità all'uso in prima persona di tali pazienti, ma in presenza o con autorizzazione dell'esercente la patria potestà;
- Disabili – il sistema di videochiamata deve essere tale da consentirne l'uso da parte di qualsiasi tipo di caregiver e con dispositivi digitali e software adatti a facilitarne l'uso mentre egli prosegue ad accudire il disabile;
- Disabilità uditive – occorrono sistemi di comunicazione scritta in sovrapposizione all'immagine video e di condivisione schermo;
- Cecità totale o parziale – occorrono sistemi che facilitino l'assistenza dal caregiver durante la tele visita e occorre lasciare la possibilità di uso di altri eventuali supporti tecnologici

Il Teleconsulto/Teleconsulenza può essere svolto in favore di qualsiasi paziente.

### Modalità di erogazione

L'attivazione della tele visita è di competenza delle COT o, in base all'organizzazione locale, della Centrale Operativa dell'ADI, ove presente, mentre, trattandosi di un'interazione tra professionisti, l'attivazione del teleconsulto/teleconsulenza può avvenire in forma diretta (anche attraverso agende interattive e condivise tra gli stessi professionisti) quando esistono percorsi già condivisi o attraverso la Centrale Operativa dell'ADI ove presente. Tuttavia, qualora sia necessario fare interagire e raccordare professionisti afferenti ad ambiti e setting differenti o in caso di presenza del paziente è opportuna l'attivazione della COT.

La tele visita viene prescritta e il teleconsulto/teleconsulenza viene richiesto dal medico/dai medici del SSN o dai medici delle strutture private convenzionate con il SSN che ha/hanno in carico il paziente.

La prescrizione della tele visita non è necessaria qualora venga programmata ed erogata direttamente dal MMG o dal PLS e sono erogabili in qualsiasi tipo di PDTA.

La tele visita può essere prenotata con sistemi digitali sia dal medico nel momento in cui la prescrive, oppure direttamente dal paziente o da chi abbia titolo a rappresentarlo.

La tele visita è sempre in tempo reale; il teleconsulto/teleconsulenza possono essere in tempo reale oppure in differita, in base alla maggiore utilità per il paziente e per l'operatore.

La tele visita e il teleconsulto/teleconsulenza possono essere eseguiti a qualsiasi orario e la durata della singola prestazione dipende dal caso specifico.

La tele visita può prevedere scambio di documentazione clinica prima o durante la prestazione tra il paziente e lo specialista.

Durante la tele visita il medico può consultare la documentazione clinica già presente nei database associati alla piattaforma di appoggio, per i quali il paziente ha già dato consenso d'uso a fini di cura.

La tele visita si conclude sempre con un referto (ad eccezione nei casi in cui la tele visita sia effettuata dal MMG/PLS) che deve essere inviato al FSE.

Tuttavia, qualora il paziente abbia difficoltà ad accedere al proprio FSE, su richiesta, il referto potrà essere inviato anche in modalità sicura, con doppia autenticazione.

### Professionista/i e branche specialistiche coinvolti

Per la tele visita: MMG, PLS, medico specialista. Il Centro Servizi garantisce il funzionamento del sistema di telemedicina, e interviene al bisogno e in modo proattivo. Ha funzioni di help desk per il paziente e/o per il medico.

Vi può essere anche il coinvolgimento di personale amministrativo.

Per il teleconsulto/teleconsulenza: MMG, PLS, medico specialista e professionista sanitario. Il Centro Servizi garantisce il funzionamento del sistema di telemedicina ed ha funzioni di help desk per i soggetti coinvolti.

Per la tele visita e il teleconsulto/teleconsulenza sono potenzialmente coinvolte tutte le branche specialistiche.

Tuttavia, nella tele visita, le specialità mediche che hanno maggiormente necessità di eseguire manovre semeiotiche non eseguibili a distanza con le attuali tecnologie, avranno maggiori limiti nell'esecuzione della stessa, fatte salve ulteriori innovazioni tecnologiche.

Per quanto riguarda la tele visita i medici sono responsabili della valutazione delle indicazioni e delle controindicazioni mediche alla sua esecuzione, in considerazione della condizione clinica del singolo paziente e secondo deontologia medica, fatti salvi i contesti in cui le decisioni spettino per legge alla autorità di sanità pubblica, che sarà comunque tenuta a valutare le eventuali proposte dei medici che hanno in cura il singolo malato. Nell'eseguire una tele visita, si possono presentare fattori limitanti al suo compimento. Anche la valutazione di tali limitazioni è responsabilità medica e dipende dalla valutazione del rapporto tra la condizione clinica del paziente e la disponibilità oggettiva al momento.

Per quanto riguarda il teleconsulto/teleconsulenza le indicazioni sono decise dal medico/professionista sanitario che in un dato momento ha/hanno la responsabilità clinica del paziente. Il teleconsulto/teleconsulenza non ha controindicazioni per la sicurezza del paziente, se presente, e può essere eseguito anche in condizioni di urgenza o emergenza.

Il teleconsulto/teleconsulenza può essere particolarmente utile nei casi in cui è impossibile trasportare il paziente o risulta difficile la mobilità per cause cliniche o ambientali, oppure in condizioni di limitata libertà personale. In tali circostanze il teleconsulto/teleconsulenza e, in generale il ricorso alle prestazioni in telemedicina, sono da considerare preferibili ad altre modalità di consulto o di altre prestazioni sanitarie (es. limitazioni degli spostamenti a causa di epidemia o pandemia).

Pertanto, i soggetti coinvolti possono essere diversi, in ragione della linea di attività a domicilio il cui intervento richiede il supporto consenziale.

La co-presenza del paziente avviene nella consultazione in modalità sincrona durante l'intervento a domicilio

Sia per la televisita che per il teleconsulto/teleconsulenza, l'organizzazione sanitaria è responsabile della corretta dotazione delle risorse hardware, software e di telecomunicazione e della loro conformità alle leggi, ai regolamenti e alle norme tecniche di riferimento in Italia, a quanto stabilito al momento della messa a disposizione del servizio.

#### Supporti tecnici ed informazioni da condividere televisita

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

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

È necessario interagire con gli applicativi in uso dal MMG/PLS e con la ricetta dematerializzata e il FSE

#### Supporti tecnici ed informazioni da condividere teleconsulto/teleconsulenza

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

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

#### Teleassistenza nell'assistenza sanitaria territoriale

##### Popolazione

L'attività di Teleassistenza, di pertinenza delle professioni sanitarie, è rivolta a tutte le persone assistite e loro famiglie/caregiver, in condizioni di fragilità generate da patologia cronica o post-acuzie.

Il servizio può essere erogato ad un'ampia platea di soggetti in diversi livelli assistenziali, e in particolare in quello delle cure domiciliari e delle situazioni ad esso assimilabili, ad esempio case-famiglia, comunità residenziali, dormitori, centri diurni e strutture protette per emarginati, strutture di accoglienza per i minori non accompagnati. In casi particolari i servizi di teleassistenza possono essere attivati, integrati o condivisi anche con le forme di assistenza previste per ospedali, IRCCS, Ospedale di Comunità, Case di Comunità, Residenza Sanitaria Assistenziale, casa di riposo e, con gli opportuni adeguamenti, per gli istituti di formazione e gli istituti penitenziari.

##### Modalità di erogazione

Le prestazioni sanitarie di Teleassistenza devono essere progettate a partire dalle esigenze specifiche delle persone assistite a cui essi si rivolgono, analizzando anche le caratteristiche del territorio nel quale la prestazione verrà svolta. Possono essere erogate a cittadini in regime d'assistenza interregionale previo accordo con l'azienda che ha in carico il paziente.

Resta in capo al professionista sanitario, la valutazione, al termine della prestazione, del grado di raggiungimento degli obiettivi definiti. In caso di insufficienza del risultato per qualsiasi motivo (tecnico, legato alle condizioni della persona assistita o altro) vi è l'obbligo della riprogrammazione in presenza.

La tipologia dell'intervento comprende la richiesta, l'esecuzione, il controllo, il monitoraggio, la supervisione, la modifica, la sostituzione di prestazione e/o di servizi, di valutazione, abilitazione, erogati a distanza per mezzo dell'utilizzo di servizi digitali.

Prima della attivazione del servizio, va esplicitamente richiesto e ottenuto il consenso informato all'utilizzo del servizio.

Ad esempio, ma non rappresenta un elenco esaustivo, possono essere previste attività di rilevazione e valutazione di:

- Segni legati alla patologia, con anche utilizzo di strumenti di telemonitoraggio del paziente e/o di tipo ambientale;
- Sintomi dovuti alla patologia, con valutazione del professionista sulla gravità degli stessi e con attivazione del servizio del medico di medicina generale/specialista o del servizio di emergenza sul territorio;
- Stato della ferita chirurgica e medicazione con caregiver;
- Ferite di difficile guarigione.

L'ingaggio al percorso di Teleassistenza potrà avvenire:

- Dal setting domiciliare: il MMG o l'Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC) individua la persona candidata da assistere da remoto, e propone l'attivazione di cure supportate dalla Teleassistenza;
- Dal setting ospedaliero: a seguito di ricovero è il medico ospedaliero (o il case manager) che ravvede la possibilità di dimissione con prosecuzione delle cure supportate dalla Teleassistenza;
- Da altro setting territoriale: a seguito di accesso al PUA, e/o di VMD e/o visita specialistica, i medici o i professionisti sanitari individuano la persona candidata da assistere in remoto proponendo l'attivazione di cure supportate dal servizio di Teleassistenza.

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

La durata del servizio è in capo ad ogni singola ASP, mentre la tempistica di attivazione può essere delineata nell'ambito dei documenti previsti a livello locale per la definizione degli aspetti organizzativi (es. PAI).

#### **Professionista/i e branche specialistiche coinvolte**

La responsabilità clinica della persona assistita rimane in capo al MMG o al medico specialista ambulatoriale o al medico ospedaliero. L'infermiere è componente fondamentale delle équipe multiprofessionali/multidisciplinari che operano nelle Casa della Comunità e negli altri livelli assistenziali in cui si articola l'organizzazione territoriale, divenendo punto di riferimento e di raccordo tra la famiglia e gli altri professionisti, della presa in carico della persona assistita, assume anche il ruolo di facilitatore organizzativo e del coinvolgimento della persona, della famiglia/caregiver nella definizione ed attuazione del PAI. Funge anche da case manager, in relazione al piano di cura domiciliare, agevola e coordina il percorso assistenziale, assicurandone la continuità sia in presenza sia da remoto con attività di Teleassistenza. Per garantire il monitoraggio, anche attraverso strumenti di Teleassistenza, dei pazienti in assistenza domiciliare, l'infermiere dovrà avere accesso alla piattaforma tecnologica di supporto

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

La strumentazione prevista per la teleassistenza è costituita da dispositivi per la registrazione, archiviazioni dei dati e delle immagini, supporti per lo scambio dei dati e delle immagini, video e parametri vitali, dispositivi fissi e/o mobili che prevedano un facile utilizzo, dispositivi medici e sensori di rilevamento; inoltre è prevista la fruizione di APP, video e materiali informativi/formativi accessibili per l'assistito e/o caregiver. Ulteriori possibilità sono date dal collegamento e consultazione di dati o informazioni rilevate durante il servizio stesso. Le informazioni presenti in piattaforma di teleassistenza sono: • dati periodicamente rilevati dal professionista; • dati periodicamente auto-rilevati e inseriti dall'assistito/caregiver; • documenti: referti e note delle varie visite/interventi eseguiti, valutazioni da parte dei professionisti sanitari, o da parte del medico che ha in gestione il caso e delle azioni intraprese (aggiornamento dieta, aggiornamento terapie farmacologiche o altro, in base alle variazioni dello stato di salute dovuto alla patologia); • dati periodicamente rilevati dal telemonitoraggio (ove previsto).

#### **Telemonitoraggio e Telecontrollo nell'assistenza Sanitaria Territoriale**

Il telemonitoraggio permette il monitoraggio a distanza di parametri, attraverso l'utilizzo di appositi dispositivi medici che, a seconda delle loro caratteristiche, sono in grado di rilevare determinate informazioni.

Il telemonitoraggio prevede una misurazione continua di parametri clinici a differenza del telecontrollo che prevede delle misurazioni di parametri ad orari o al bisogno dei pazienti. Lo scopo è il controllo dei parametri, rilevati in un arco temporale, al fine di determinare una minore necessità per il paziente di eseguire controlli ambulatoriali di persona.

Di seguito vengono riportati i telemonitoraggi e telecontrolli relativi agli ambiti previsti.

#### **Richiedente (Telemonitoraggio)**

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

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

In ogni caso, indipendentemente dalla attivazione della UVM, la prestazione del telemonitoraggio con la personalizzazione dei valori soglia deve essere inserita all'interno del PAI per permettere l'armonizzazione degli interventi, degli strumenti e degli obiettivi attivati per/con il paziente e caregiver. Il ricorso al telemonitoraggio prevede sempre un documento di riferimento (PDTA o protocollo) che definisca: il target di pazienti candidabili, strumenti di telemonitoraggio disponibili, set minimo di parametri oggetto di monitoraggio, valori soglia, selezione di dati da riportare nella documentazione clinica, livello e possibilità di personalizzazione nonché le azioni di intervento in relazione ai livelli rilevati e quindi il percorso per la gestione degli allarmi, ivi compresi i professionisti per la gestione degli interventi (chiamata dell'infermiere di riferimento o del medico, accesso a domicilio dell'infermiere di riferimento o del medico, tele visita, attivazione del 118, ecc.). Lo specialista definisce la eleggibilità del paziente al telemonitoraggio, secondo i criteri previsti nel protocollo di riferimento, in particolare la complessità clinica, i parametri da monitorare e la relativa personalizzazione dei valori soglia con i relativi allarmi.

#### **Attivazione ed erogazione (Telemonitoraggio)**

Nel caso di pazienti che sono già a domicilio (già in carico alle cure domiciliari) l'attivatore è la Centrale Operativa dell'ADI, ove presente, mentre nel caso di pazienti che transitano fra setting di cura diversi, ove è necessario il coordinamento di professionisti e competenze, l'attivatore è la COT.

La consegna dei dispositivi prescritti e la formazione di paziente e/o caregiver è in carico al personale sanitario che segue il paziente, eventualmente coadiuvato da personale tecnico per l'installazione e l'avvio dei dispositivi. 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 (Telemonitoraggio)

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

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

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

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

### Richiedente (Telecontrollo)

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

La richiesta non necessita di UVM, ma deve essere inserita comunque all'interno di un PAI per permettere l'armonizzazione degli interventi, degli strumenti e degli obiettivi attivati per/con il paziente e caregiver. Il ricorso al telecontrollo prevede sempre un documento di riferimento (PDTA o protocollo) che definisca: il profilo (target) dei pazienti candidabili, strumenti di telecontrollo disponibili, set minimo di parametri oggetto di monitoraggio, valori soglia, selezione di dati da riportare nella documentazione clinica, livello e possibilità di personalizzazione nonché le azioni di intervento in relazione ai livelli rilevati e quindi il percorso per la gestione degli allarmi, ivi compresi i professionisti per la gestione degli interventi (chiamata dell'infermiere di riferimento o del medico, accesso a domicilio dell'infermiere di riferimento o del medico, televisita, attivazione del 118, ecc.). Il medico definisce l'eleggibilità del paziente al telecontrollo, secondo i criteri previsti nel protocollo di riferimento, in particolare la complessità clinica, i parametri da rilevare e la relativa personalizzazione dei valori soglia con i relativi allarmi.

### Attivazione ed erogazione (Telecontrollo)

Nel caso di pazienti che sono già a domicilio (già in carico alle cure domiciliari) l'attivatore è la Centrale Operativa dell'ADI, ove presente, mentre nel caso di pazienti che transitano fra setting di cura diversi, ove è necessario il coordinamento di professionisti e competenze, l'attivatore è la COT.

La consegna dei dispositivi prescritti e la formazione di paziente e/o caregiver è in carico al personale sanitario che segue il paziente, eventualmente coadiuvato da personale tecnico per l'installazione e l'avvio dei dispositivi. Infatti, elemento centrale del telecontrollo è proprio il coinvolgimento del paziente, che, tramite la produzione di dati, somministrazione questionari attraverso APP, ecc., mette a disposizione un insieme di informazioni che possono poi attivare la valutazione e l'eventuale intervento del medico. I contatti con il paziente (es. videochiamata più eventuali contatti telefonici, ecc.) devono essere eseguiti dal medico a seconda del caso e così come pianificato nel PAI.

Il servizio di telecontrollo, inteso come l'accesso alla piattaforma, il settaggio dei valori soglia, è erogato dal Centro Servizi per la telemedicina, che si occupa anche di fornire assistenza tecnica e servizio di help desk di secondo livello (supporto tecnico) in caso di necessità (attraverso canali, orari e giornate definiti). Il telecontrollo avviene attraverso il contributo attivo del paziente/caregiver che fornisce dati relativi al proprio stato di salute (es. questionari, sintomi, parametri fisiologici, esercizio fisico, alimentazione, aderenza alla terapia farmacologica, ecc.) agli operatori tramite una piattaforma digitale, oltre ad una centrale per la ricezione e la conservazione dei dati raccolti con il telecontrollo.

### Supporti tecnici ed informazioni disponibili (Telecontrollo)

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 devono essere consentiti al medico che ha richiesto il telecontrollo e all'équipe individuata dal PAI.

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

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

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

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

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

## Telemonitoraggio e Telecontrollo nel paziente con Diabete

### Popolazione

La popolazione target del servizio è composta da:

- Pazienti con diabete mellito di tipo 2, neo-diagnosticato o già diagnosticato, con/senza complicanze (es. SIRD-diabete con grave insulino-resistenza, MOD-diabete lieve correlato all'obesità, MARD-diabete lieve correlato all'età), in scarso compenso glicemico, in trattamento ipoglicemizzante orale, insulinico e/o con nuovi antidiabetici di ultima generazione (sottoposti a piano terapeutico o a specifiche note) possono rappresentare la categoria elettiva per il telemonitoraggio;
- Le altre categorie di pazienti diabetici (diabete mellito di tipo 1, LADA-diabete autoimmune latente nell'adulto, MODY- diabete giovanile a esordio nell'età adulta, e/o diabete mellito gestazionale e diabete mellito neonatale, SAID-diabete grave autoimmune, SIDD-diabete con deficit severo di insulina) possono essere inclusi in sistemi di telemonitoraggio fatte salve le specificità correlate ad età, sesso o alla presenza di stati parafisiologici che ne consentano l'agevole accesso al servizio ed il successivo follow-up.

Il diverso grado di rischio del paziente con diabete mellito impone scelte diagnostiche, gestionali e terapeutiche individualizzate. Inoltre, l'ampio spettro di complicanze della malattia diabetica, che interessano diversi organi ed apparati, necessita di un approccio multidisciplinare supportato da figure professionali esperte nella gestione della prevenzione cardiovascolare.

Il telemonitoraggio, pertanto, del paziente diabetico va sempre integrato con quello delle altre complicanze o comorbidità presenti e deve necessariamente prevedere il controllo dei fattori di rischio associati (es. iperlipidemia, ipertensione) anche quando finalizzato principalmente al controllo glicemico, al fine di garantire migliori esiti clinici.

Il telemonitoraggio di parametri attinenti al diabete non può essere disgiunto dal controllo e monitoraggio delle abitudini alimentari (dieta), dello stile di vita (attività fisica, fumo, ecc.) e dell'uso di farmaci: i dati relativi devono essere opportunamente integrati.

### Modalità di erogazione

I professionisti coinvolti nella prestazione possono essere: MMG, PLS, medico specialista, infermiere e altro personale sanitario che svolge attività assistenziale presso il paziente, mentre il Centro Servizi garantisce il funzionamento del sistema infrastrutturale di telemedicina.

Al momento dell'arruolamento, o ai fini della proposta di attivazione del servizio di telemonitoraggio, il medico definisce l'opportunità di seguire il paziente in telemonitoraggio per la valutazione clinico-strumentale e per il follow-up della persona con diabete e ne prescrive/propone l'attivazione.

La prestazione è erogata da:

- Medici specialisti, MMG
- Professionisti sanitari (infermiere specializzato, dietista, fisioterapista, ecc.);
- Altri professionisti non sanitari (es. psicologo).

### Parametri da monitorare/controllare

I parametri generali da rilevare in telemedicina o in modalità mista sono rappresentati da:

- Parametri finalizzati alla formulazione/identificazione della diagnosi della malattia diabetica ed al livello di controllo nel tempo della malattia;
- Parametri finalizzati alla identificazione ed al controllo nel tempo dei fattori di rischio che accompagnano la malattia diabetica;
- Parametri di appropriatezza d'uso dei servizi del SSN;
- Parametri finalizzati alla rilevazione della presenza ed evoluzione del danno d'organo associato alla malattia diabetica;
- Stratificazione globale del rischio della malattia diabetica.

Esempi di parametri e misure di frequente utilizzazione del paziente diabetico che possono essere acquisiti in remoto e/o in presenza a seconda del caso specifico:

- Anamnesi personale e familiare, fisiologica e patologica, farmacologica;
- Sintomi e segni clinici di malattia diabetica e/o delle complicanze (es. poliuria, polidipsia, polifagia, manifestazioni specifiche di ischemia d'organo, lesioni cutanee, claudicatio, disfunzione erettile, alterazioni stato di vigilanza/coscienza, disturbi della marcia);
- Parametri antropometrici (es. peso, altezza, BMI, circonferenza vita);
- Parametri dietetico-nutrizionali;
- Parametri glucosio-relati (es. glicemia a digiuno);
- Parametri lipidici (es. colesterolo totale, LDL non-HDL, HDL, trigliceridi - valutabili anche attraverso stick da sangue capillare);
- Parametri pressori (es. PAS, PAD, ABPM);
- Parametri vitali generici (es. FC, TC, FR, SpO2);
- Stratificazione del rischio globale, sulla base dei dati anamnestici, clinici, laboratoristici, strumentali, raccolti in precedenza nelle diverse modalità di rilevazione;
- Parametri indicativi di necessità di ricovero od accesso in presenza a strutture sanitarie.

La copertura oraria del telemonitoraggio può raggiungere le 24 ore 7 giorni su 7, in base alle condizioni cliniche del paziente e sulla base di quanto stabilito dal medico curante.

### Professionista/i e branche specialistiche coinvolti

I professionisti coinvolti nel processo sono:

- Di I livello: MMG, PLS, diabetologo, professionisti sanitari dell'area delle scienze infermieristiche;

- Di II livello: specialisti (malattie del metabolismo, endocrinologia, medicina interna, cardiologia, chirurgia vascolare, neurologia, nefrologia, oculistica, urologia, ecc.), professionisti sanitari della prevenzione cardiovascolare, professionisti sanitari dell'area delle scienze infermieristiche, professionisti della riabilitazione, professionisti sanitari dell'area tecnico-diagnostica e dell'area tecnico-assistenziale, caregiver, personale di supporto territoriale Telemonitoraggio e Telecontrollo nel paziente con patologie respiratorie.

## Telemonitoraggio e Telecontrollo nel paziente con patologie respiratorie

### Popolazione target

Le condizioni cliniche a cui si fa riferimento nell'ambito del telemonitoraggio dei pazienti con patologie respiratorie sono quelle di tipo cronico: Sindrome apnee ostruttive nel sonno (OSAS); Insufficienza respiratoria cronica ipossiémica ed ipossiémico-ipercapnica; broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO); asma bronchiale; fibrosi polmonare; bronchiectasie; fibrosi cistica; patologie respiratorie infettive (es. CoronaVirusDisease 2019) ed esiti polmonari.

### Modalità di erogazione

I professionisti coinvolti nella prestazione possono essere: MMG, PLS, medico specialista, infermiere e altro personale sanitario che svolge attività assistenziale presso il paziente, mentre il Centro Servizi garantisce il funzionamento del sistema infrastrutturale di telemedicina.

Al momento dell'arruolamento, o ai fini della proposta di attivazione del servizio di telemonitoraggio, il medico definisce l'opportunità di seguire il paziente in telemonitoraggio per la valutazione clinico-strumentale e per il follow-up della persona con malattia respiratoria e ne prescrive/propone l'attivazione.

La prestazione è erogata da:

- Medici specialisti, MMG (es. in malattie dell'apparato respiratorio);
- Professionisti sanitari (infermiere specializzato, dietista, fisioterapista, ecc.);
- Altri professionisti non sanitari (es. psicologo).

### Parametri da monitorare/controllare

I parametri da monitorare/controllare sono sia di tipo clinico strumentali, normativi e legati alla comorbidità.

Per i parametri clinici strumentali, a titolo di esempio, si evidenziano:

- Instabilità clinica definita a seguito della valutazione medica; riacutizzazioni con indicazioni della frequenza e gravità; antibioticoresistenza;
- Finalità diagnostica o di monitoraggio: prove funzionali respiratorie; ossimetria transcutanea (SpO<sub>2</sub>) e misura biossido di carbonio in transcutaneo; emogasanalisi arteriosa; 6-minute walking test; polisonnografia e monitoraggio cardiorespiratorio (documentazione diretta o indiretta degli eventi); ossido nitrico nell'esalato (FeNO); diagnostica per immagini torace (Rx, TC, PET); broncoscopia; biopsia (percutanea eco o TC guidata) con citologia e istologia del campione; esami ematochimici; pannello allergologico; pannello anticorpale; valutazione psicologica; • Finalità terapeutica: O<sub>2</sub>-terapia, terapia con dispositivi a pressione positiva (continuous positive airway pressure-CPAP, autoadjusting positive airway pressure-APAP, ventilazione meccanica invasiva e non invasiva-VM).

Rappresenta un parametro di tipo clinico-normativo la valutazione da realizzare ai fini dell'idoneità psicofisica alla guida e dell'attribuzione/revisione mansione lavorativa.

Per le comorbidità, infine, si fa riferimento a quanto richiesto per l'inquadramento ed il monitoraggio clinico-strumentale in ambito cardiovascolare, metabolico, gastroenterologico, reumatologico, immunologico, neurologico, otorinolaringoiatrico, maxillo-facciale, odontoiatrico.

La trasmissione dei dati clinici e strumentali è:

- In tempo reale se il quadro clinico è a rischio di instabilità;
- In tempo reale o in differita in caso di quadro clinico stabile.

La copertura oraria del telemonitoraggio può raggiungere 24 ore 7 giorni su 7, in base alle condizioni cliniche del paziente e sulla base di quanto stabilito dal medico curante

### Professionista/i e branche specialistiche coinvolti

Tutti gli operatori sanitari coinvolti nella gestione del percorso di cura della persona con malattia respiratoria cronica interagiscono e condividono dati, valutazioni e decisioni avvalendosi delle opportunità fornite dalla telemedicina coerentemente alle specifiche reti assistenziali presenti nei diversi contesti: MMG, PLS, medico specialista in malattie dell'apparato respiratorio, un qualunque altro specialista in ambito medico o chirurgico coinvolto nella gestione del percorso di cura di persona con malattia respiratoria cronica, odontoiatra (prescrizione di terapia odontoiatrica dell'OSAS e gestione del follow-up della persona in trattamento con tale terapia), biologo (analisi campioni di liquidi biologici e citologici con finalità diagnostica), psicologo (supporto nella gestione della persona con malattia respiratoria cronica), infermiere (assistenza alla persona anche con utilizzo di dispositivi terapeutici meccanici), fisioterapista (realizzazione della terapia riabilitativa anche con utilizzo di dispositivi terapeutici meccanici), logopedista (valutazione e trattamento dei disturbi della deglutizione, articolazione e fonazione nel malato respiratorio cronico), tecnico di neurofisiopatologia (montaggio e gestione dei sistemi di monitoraggio multiparametrici, analisi dei dati registrati), tecnico di radiologia (realizzazione diagnostica per immagini), tecnico di anatomia patologica (analisi campioni tissutali per diagnosi citologica ed istologica), tecnico di laboratorio (gestione campioni di liquidi biologici per diagnosi di laboratorio). Ognuna di queste figure, nel rispetto dei diversi ruoli e per quanto di sua competenza nei diversi momenti del percorso di cura della persona con malattia respiratoria cronica, si avvale della telemedicina.

Il medico prescrive le modifiche dei parametri dei dispositivi terapeutici meccanici (CPAP, APAP, VM, O2-terapia) già oggi realizzabili in remoto.

## Telemonitoraggio e Telecontrollo nel paziente con patologie cardiologiche

### Popolazione

Lo scompenso cardiaco (SC) è oggi la prima causa di ricovero ospedaliero in Italia e larga parte dell'Europa. Lo scompenso è il punto evolutivo finale di cardiopatie assai diverse dal punto di vista fisiopatologico sviluppano infarto, valvulopatie, chemioterapia, forme virali, congenite, ipertensione, aritmie, miocardiopatie e per questa ragione interessa non solo gli anziani.

Si segnalano inoltre due tipologie di pazienti con malattia cardiovascolare di particolare impatto sul SSN e di specifico interesse per il telemonitoraggio cardiologico:

- o pazienti GUCH (Grown-Up CongenitalHeart) o ACH (AdultCongenitalHeart); il cui costo di gestione per il SSN (in termini di risorse, organizzazione e personale) è proporzionalmente elevato sia in ospedale che in gestione domiciliare;
- o pazienti portatori di pacemaker (PM) (+65mila/anno) che dovranno essere inseriti nel progetto in particolare quando coesista o subentri scompenso cardiaco;

Analoghe considerazioni possono essere formulate per pazienti con dispositivi impiantabili. Per entrambe queste tipologie (GUCH, PM) come per lo scompenso cardiaco, esistono reti strutturate nazionali di eccellenza che consentono di gestire i malati attraverso la telemedicina:

- o Controllo dei portatori di dispositivi;
- o Pazienti con defibrillatori impiantabili;
- o Pazienti con pacemaker;
- o Pazienti con looprecorder;
- o Pazienti con ICD (defibrillatore cardioverter impiantabile);
- o controllo post-ablazione;
- o Telesorveglianza adulti con patologie congenite;
- o Sorveglianza domiciliare;
- o Sorveglianza scuola/lavoro;
- o Sorveglianza durante attività sportive.

È suggeribile adottare criteri ad hoc per i pazienti con scompenso cardiaco e con specifiche fragilità; come, ad esempio, quelli particolarmente gravi o con valvulopatia severa o cardiomiopatia ipertrofica, portatori di dispositivi di assistenza ventricolare, in lista d'attesa per trapianto cardiaco, affetti da scompenso cardiaco cronico con scarsa compliance o privi di supporto familiare e altri.

È opportuno stratificare i pazienti in funzione della gravità e delle diverse esigenze organizzative, meglio se con strumenti che tengano conto delle peculiarità dei singoli casi clinici e della etiologia dello scompenso.

Il DM 77 del 23 maggio 2022 nell'Allegato "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale" contiene riferimenti alla stratificazione dei pazienti in base alla gravità e ai bisogni di salute che in alcuni casi possono essere adottati come modello. Appare però opportuno, ai fini pratici, utilizzare anche sistemi di classificazione specifici per il telemonitoraggio cardiologico, come quello riportato a titolo meramente esemplificativo nella tabella sottostante o altri analoghi, purché adeguatamente documentati; in base a tali criteri si potrà definire ad es. scelta dei dispositivi, il livello di integrazione dei segnali, la tipologia e frequenza degli allarmi, la scansione temporale delle misure del telemonitoraggio, ecc.

La tabella è un esempio che include, a titolo esemplificativo, tipologie di pazienti in una scala crescente di gravità clinica (profilo 1, 2,3) fino ai pazienti candidati al trapianto cardiaco.

PROFILO UNO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Et� &gt;70 anni</li> <li>• FE &lt;40% oppure FE ≥ 40% e NT-pro BNP &gt;125 pg/ml (14,8 pmol/l) con diagnosi di cardiomiopatia ipertrofica, scompenso cardiaco diastolico, valvulopatie severe con indicazione a terapia medica</li> <li>• Classe NYHA II ad alto rischio di instabilizzazione</li> <li>• Classe NYHA III stabile</li> <li>• Difficolt� di accesso all' ambulatorio dello scompenso cardiaco</li> <li>• Plurime comorbidit�</li> <li>• Scarsa compliance/aderenza alla terapia</li> <li>• Scarsa presenza di caregiver</li> </ul>
PROFILO DUE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Et� ≤70 anni</li> <li>• FE &lt;40%</li> <li>• Classe NYHA III stabile</li> <li>• Portatori di LVAD con compenso stabile</li> <li>• Pazienti in lista per trapianto cardiaco con compenso stabile</li> </ul>
PROFILO TRE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Et� &gt;18 anni</li> <li>• Classe NYHA III labile</li> <li>• Classe NYHA IV</li> <li>• FE &lt;40%</li> <li>• Paziente con comorbidit� che controindicano trapianto cardiaco o impianto di LVAD</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricovero per scompenso cardiaco &lt;6 mesi</li> <li>• Valvulopatie non operabili</li> </ul>

#### Modalit  di erogazione

I pazienti diagnosticati a livello di medicina territoriale (es. MMG, ambulatori territoriali) o di ambulatori/centri dello scompenso o in fase di dimissione ospedaliera dovrebbero essere inseriti nel percorso di telemonitoraggio, avvalendosi delle funzionalit  definite per i singoli servizi di telemedicina.

I professionisti coinvolti nella prestazione possono essere: MMG, PLS, medico specialista, infermiere e altro personale sanitario che svolge attivit  assistenziale presso il paziente, mentre il Centro Servizi garantisce il funzionamento del sistema infrastrutturale di telemedicina.

Al momento dell'arruolamento, o ai fini della proposta di attivazione del servizio di telemonitoraggio, il medico definisce l'opportunit  di seguire il paziente in telemonitoraggio e ne prescrive/propone l'attivazione.

La prestazione   erogata da:

- o Medici specialisti (cardiologo, internista, ecc.);
- o Professionisti sanitari (infermiere specializzato, dietista, fisioterapista, ecc.);
- o Altri professionisti non sanitari (es psicologo).

#### Parametri da monitorare/controllare

I parametri da monitorare/controllare nell'ambito di un percorso di telemonitoraggio/telecontrollo sono sia di tipo clinico che strumentali.

Per quelli clinici vi sono alcuni parametri da rilevare attraverso un apposito questionario a cura del personale d'assistenza, dei caregiver, dei MMG o degli infermieri di cure domiciliari (sintomi oggettivi e soggettivi di andamento/evoluzione di malattia come astenia, dispnea da sforzo, a riposo, ortopnea, edemi declivi, angina); deve essere monitorato anche il consumo di farmaci.

Tra i parametri strumentali pi  frequentemente utilizzati in letteratura per il telemonitoraggio di pazienti con SCC annoveriamo:

- o Peso e controllo quantit  liquidi/die e diuresi;
- o Frequenza cardiaca;
- o Saturazione d'ossigeno;

- Frequenza respiratoria (misurata ove possibile in modo intervallare c con device
- ECG a una o più derivazioni, per monitoraggio continuo o per controlli periodici (in questo caso anche ECG 12D standard;
- Bioimpedenziometria
- Temperatura corporea.

Uno degli aspetti più rilevanti dell'uso di telemonitoraggio/telecontrollo è quello di rilevare detti parametri, utili anche per altre valutazioni nel contesto di malattie frequentemente associate allo scompenso.

La copertura oraria del servizio potrà dipendere dal tipo di prestazione erogata e dovrà essere formalizzato e comunicato al paziente tramite informativa al momento dell'attivazione.

La copertura oraria del telemonitoraggio può raggiungere le 24 ore 7 giorni su 7, in base alle condizioni cliniche del paziente e sulla base di quanto stabilito dal medico curante.

Devono essere previsti protocolli specifici per la gestione degli allarmi e per il percorso di presa in carico.

### Professionista/i e branche specialistiche coinvolti

I professionisti coinvolti sono: MMG, PLS, medici specialisti, professionisti sanitari della prevenzione cardiovascolare, professionisti sanitari dell'area delle scienze infermieristiche, professionisti della riabilitazione, professionisti sanitari dell'area tecnico-diagnostica e dell'area tecnico-assistenziale, personale di supporto territoriale:

- MMG (responsabile clinico);
- Cardiologo (individua i pazienti da inserire nel telemonitoraggio/telecontrollo);
- Infermiere della centrale ADI in caso di paziente in cure domiciliare (monitorizza i parametri ed avvisa il MMG);
- Medico delle cure primarie del distretto socio-sanitario (coopera con il responsabile clinico e coordina le diverse attività territoriali);
- Medico dell'unità di continuità assistenziale che affiancherà il MMG nell'assistenza al paziente nelle future Case della Comunità;
- Centro Servizi gestione, consegna, formazione sull'uso dei dispositivi da utilizzare per il telemonitoraggio;
- Assistente sociale.

Le branche specialistiche interessate sono: medicina interna, cardiologia, diabetologia e malattie del metabolismo, neurologia, nefrologia, pneumologia, geriatria, altre.

### Telemonitoraggio e Telecontrollo nel paziente Oncologico

#### Condizione clinica e carico di malattia

Le differenti prestazioni di telemedicina possono essere prescritte potenzialmente ad ogni paziente con diagnosi di tumore all'interno del proprio percorso di malattia, cura e assistenza.

Il telemonitoraggio e il telecontrollo, ma per estensione questo vale per tutti gli strumenti di telemedicina indicati, dovrebbero essere lasciati nella disponibilità degli operatori sanitari per poter essere utilizzati laddove ritenuti più adeguati a migliorare la qualità della cura, della relazione con il paziente e, non da ultimo, l'efficienza organizzativa all'interno di un paradigma di cura personalizzata. Le prestazioni di telemedicina possono essere di supporto non solo alla collaborazione tra operatori sanitari, alla relazione/comunicazione tra operatori sanitari e pazienti e alla comunicazione tra pazienti ma anche alla self-care del paziente/famigliari in una logica di patientempowerment. All'interno di questo contesto la piattaforma di telemedicina deve possedere quei requisiti di modularità e configurabilità che ne consentano un uso flessibile e personalizzato sulle caratteristiche del paziente.

#### Popolazione

L'utilizzo della telemedicina può riguardare la cura di tutti i pazienti con diagnosi di tumore all'interno delle seguenti fasi di malattia: prevenzione, trattamento chirurgico o sistemico (ormonoterapia, chemioterapia, immunoterapia, ecc.), radioterapia, follow-up, ADI, palliativa.

Lo spettro delle possibili progettualità in ambito oncologico, anche se molto ampio, dovrà riguardare quei gruppi di pazienti che siano riconosciuti "eleggibili", in base alla combinazione di caratteristiche cliniche, anagrafiche, socioeconomiche, organizzative.

Va sottolineato che ogni progettualità deve avere almeno le seguenti caratteristiche:

- riguardare la messa in opera di servizi escludendo progetti sperimentali;
- avere un obiettivo che mira al miglioramento dell'attuale contesto di cura e assistenza dei gruppi di pazienti eleggibili;
- riguardare una percentuale significativa del numero di pazienti eleggibili • prevedere la messa in opera di servizi di telemonitoraggio con un assetto organizzativo idoneo per renderli efficaci e sostenibili.

#### Modalità di erogazione

Prescrittore della prestazione è il personale medico (chirurgo, oncologo, radioterapista, dietologo, fisiatra, palliativista, MMG, PLS, ecc.) che ha in carico il paziente, mentre l'erogatore è:

- Il medico specialista (chirurgo, oncologo, oncologo esperto di tumori rari, radioterapista, dietologo, fisiatra, anatomopatologo, radio-oncologo, palliativista, MMG, PLS, ecc.);
- Professionisti sanitari (Infermiere specializzato, dietista, fisioterapista, ecc.);
- Altri professionisti non sanitari (es. psicologo).

#### Parametri da monitorare/controllare

##### Dati inseriti manualmente

Si presuppone che i pazienti abbiano a disposizione una applicazione web/mobile (es. diario) che consenta un inserimento manuale di alcuni dati soggettivi/oggettivi sia in forma strutturata che non-strutturata (es. immagini).

Di seguito una lista (non esaustiva) di dati di interesse in ambito oncologico:

- Assunzione terapia;
- Sintomatologia oggettiva e sintomatologia soggettiva;
- Stili di vita (alimentazione, movimento);
- Parametri da dispositivo (pressione, frequenza cardiaca, saturimetria, glicemia, frequenza respiratoria, ECG, peso corporeo, temperatura);
- Risposte a questionari.

#### **Dati rilevati automaticamente da dispositivo**

Una serie di dati può essere raccolta direttamente da dispositivi senza inserimento manuale da parte dell'utente. Occorre sottolineare che i dispositivi devono essere certificati. Di seguito una lista (non esaustiva) dei possibili dispositivi: misuratore di pressione e frequenza cardiaca, saturimetro, glucometro, ECG, bilancia. È da considerare che, il mondo dei dispositivi (indossabili e non) è in continua e rapida evoluzione e nel prossimo futuro entreranno in commercio dispositivi sempre più sensibili e orientati al loro utilizzo presso il domicilio dei pazienti (es. device che forniscono anche valori di emoglobina, pH, gittata cardiaca, controllo del bilancio idrico).

La copertura oraria del telemonitoraggio può raggiungere 24 ore 7 giorni su 7, in base alle condizioni cliniche del paziente e sulla base di quanto stabilito dal medico curante.

#### **Professionista/i e branche specialistiche**

I professionisti coinvolti sono:

- Medici (chirurgo, oncologo, pediatra oncologo, radioterapista, palliativista, fisiatra, MMG, PLS, ecc.);
- Professionisti sanitari (infermiere specializzato, dietologo/dietista, fisioterapista, counsellor, ecc.);
- Altri professionisti (es. psicologo).

#### **Telemonitoraggio e Telecontrollo nel paziente Neurologico**

##### **Condizione clinica e carico di malattia**

Le malattie neurologiche croniche sono caratterizzate da processi neuro-degenerativi, che, associati alla mancanza di validi processi riparativi locali, determinano un progressivo accumulo di disabilità fisica e cognitiva e perdita di autonomia. Le malattie neurodegenerative, tra queste la sclerosi multipla e le altre malattie infiammatorie del Sistema Nervoso Centrale, la malattia di Parkinson e le altre malattie del sistema extrapiramidale e le demenze, configurano, nella loro evoluzione clinica, setting assistenziali complessi, variabili nel tempo e particolarmente costosi per il SSN.

Il telemonitoraggio può essere quindi uno strumento digitale di grande supporto nella gestione dei pazienti neurologici 1) trattati con terapie che necessitano di costante o periodico monitoraggio dell'efficacia e degli effetti collaterali/eventi avversi, 2) con quadri clinici instabili e sintomi che possono intensificarsi/modificarsi e necessitano di una rapida verifica e costante monitoraggio, 3) con disabilità ingravescente e/o co-morbidità, che necessitano di un approccio multidisciplinare e che configurano setting assistenziali diversi e complessi, nonché politerapie sintomatiche e terapia riabilitativa.

##### **Popolazione**

La cronicità delle malattie neurodegenerative, la variabilità del loro decorso clinico e le diverse età nelle quali possono manifestarsi, rendono gli strumenti di e-health utili ad una differenziazione delle prestazioni che sono richieste dalle varie patologie.

Nella Tabella sottostante (Livelli di stratificazione del rischio) sono riportati i livelli assistenziali che possono accumulare le malattie neurologiche neurodegenerative e che richiedono simili approcci gestionali, anche con strumenti di Telemedicina.

Tuttavia, poiché la sintomatologia è diversa nelle diverse malattie, i parametri clinici da monitorare saranno necessariamente diversi, richiedendo quindi dispositivi di e-health specifici.

Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
I livello (H&Y 0) Paziente Prodromico senza segni motori ma portatore di mutazione genetica per PD o Paziente lieve tremore - Nessuna disabilità	Paziente autonomo in tutte le attività lavorative, familiari, sociali. Assenza di fragilità.	Utilizzo periodico dei servizi ospedalieri Ambulatoriali	Monitoraggio clinico
<b>Azione e-Health: Televisita, Telecontrollo, Telemonitoraggio</b>			
II livello H&Y 1-2 Disabilità minima.	Paziente autonomo, ma iniziali limitazioni nelle attività motorie con modesto impatto sulla QoL; Assenza di fragilità.	Terapia farmacologica sintomatica. Utilizzo periodico dei servizi ambulatoriali e occasionale della FKT	Monitoraggio clinico, e terapeutico della malattia. Supporto proattivo (e.g., stile di vita, alimentazione, attività sociale e sportiva).
<b>Azione e-Health: Televisita, Teleconsulto/Teleconsulenza, Telecontrollo, Telemonitoraggio</b>			
III livello H&Y 3 Disabilità moderata. Complessità assistenziale moderata.	Deambula autonomamente nei periodi di beneficio della terapia ma presenta instabilità posturale e limitazione nella marcia /disturbi vescicali e cognitivi/ parziale limitazione relazioni sociali,	Politerapia sintomatica; più intensa attività FKT. Team interdisciplinare (TID) per gestione complessità clinica.	Monitoraggio clinico, e terapeutico della malattia. Azioni coordinate semplici con Fisiatri e membri del TID;

### Modalità di erogazione

Le diagnosi neurologiche vengono usualmente acquisite in un livello assistenziale ospedaliero specialistico seguendo specifiche Linee Guida Diagnostiche Internazionali sulla base delle quali vengono avviate le relative terapie.

Il monitoraggio clinico e terapeutico viene eseguito secondo le più recenti linee guida e PDTA.

I professionisti coinvolti in tale prestazione possono essere: MMG, PLS, medico specialista, infermiere e altro personale sanitario che svolge attività assistenziale presso il paziente, mentre il Centro Servizi garantisce il funzionamento del sistema infrastrutturale di telemedicina.

Al momento dell'arruolamento, o ai fini della proposta di attivazione del servizio di telemonitoraggio, il medico definisce l'opportunità di seguire il paziente in telemonitoraggio per la valutazione clinico-strumentale e per il follow-up della persona con patologia neurologica e ne prescrive/propone l'attivazione.

La prestazione è erogata da:

- Medici specialisti, MMG;
- Professionisti sanitari (infermiere specializzato, dietista, fisioterapista, ecc.);
- Altri professionisti non sanitari (es. psicologo).

### Parametri da monitorare/controllare

Le malattie neurodegenerative producono invariabilmente quadri clinici costituiti da un mix di deficit fisici e cognitivi variabilmente intrecciati. Alcuni deficit, tuttavia, segnano tappe cruciali nell'accumulo di disabilità e richiedono quindi uno stretto monitoraggio, al fine di avviare/modificare le terapie diseases-modifying, sintomatiche e riabilitative.

Tra questi:

- Deambulazione/funzione motoria arti inferiori: la progressiva riduzione della capacità di deambulazione accomuna tutte le malattie neurodegenerative ed è scandito da tappe tracciabili e documentabili (flussi amministrativi) che scandiscono un significativo aumento delle difficoltà motorie associate a riduzione nell'autonomia, incremento dell'instabilità posturale e rischio cadute, perdita dei determinanti sociali e degli hobbies/attività sportivi/ricreativi. Il passaggio a stadi di disabilità maggiore determina, ad esempio l'uso di un appoggio monolaterale, di un deambulatore, della carrozzina come anche la richiesta di un caregiver ed interventi riabilitativi mirati;
- Funzionalità motoria degli arti superiori (forza, coordinazione, precisione nei movimenti, tremori posturali e intenzionali): la perdita della funzionalità degli arti superiori (che può derivare da danni piramidali, extrapiramidali, cerebellari o sensoriali) segna la perdita dell'autonomia nelle comuni attività di vita quotidiana e contribuisce ad aumentare la dipendenza da un caregiver (e.g., un paziente in carrozzina pesa sulla gestione sanitaria e assistenziale, anche familiare in modo radicalmente diverso se mantiene o perde la funzionalità degli arti superiori, per esempio negli spostamenti, nelle più semplici attività quotidiane come mangiare, bere, lavarsi, ecc.);
- Equilibrio: la perdita di equilibrio si associa ad i deficit nella deambulazione e riduce in modo drammatico la qualità della vita anche in assenza di importanti deficit motori, determinando un alto grado di disabilità, e.g. difficoltà nel salire e scendere le scale, perdita dell'uso delle due ruote (bicicletta, moto) per gli spostamenti, abbandono di attività sportive o lavorative;
- Tremori: sia i tremori cerebellari che quelli extrapiramidali determinano difficoltà nell'esecuzione dei fini movimenti delle dita delle mani; si tratta di un sintomo indipendente dai deficit motori che genera una disabilità fortemente impattante con tutte quelle attività che richiedono precisione e raffinatezza del movimento;

- Movimenti oculari: nelle scale di disabilità, la comparsa di oscillopsia (nistagmo), diplopia e limitazione nei movimenti oculari sul piano verticale ed orizzontale sono considerati sintomi di alto grado di disabilità e fortemente impattanti nella qualità della vita;
- Deficit cognitivi: come su accennato, tutte le malattie neurodegenerative presentano variabili gradi di compromissione delle funzioni cognitive che progressivamente evolvono determinando inizialmente deficit selettivi e poi più globali dei domini cognitivi. Questa condizione non riguarda solamente le demenze (la demenza di Alzheimer, la demenza a corpi di Lewy, le taupatie primarie inclusa la demenza fronto-temporale), ma anche la malattia di Parkinson, la sclerosi multipla e la sclerosi laterale amiotrofica.

In presenza di condizioni critiche/emergenti (rapido deterioramento delle condizioni cliniche) la copertura oraria del telemonitoraggio può raggiungere 24 ore 7 giorni su 7, in base alle condizioni cliniche del paziente e sulla base di quanto stabilito dal medico curante.

Si sottolinea che la scansione temporale e il numero delle misure dovranno anche considerare aspetti di carattere medico-legale ed etici, in funzione della prescrizione medica e accettata dal paziente (e.g. il telemonitoraggio finalizzato al controllo della possibile comparsa di eventi avversi terapeutici sarà inevitabilmente più stretto rispetto a quello relativo all'evoluzione di un sintomo o del beneficio a breve o medio termine di un farmaco).

### Professionisti e branche specialistiche coinvolti

I professionisti coinvolti nel percorso di cura del paziente con patologie di tipo neurologico sono:

- Neurologo;
- Medico di medicina generale;
- Pediatra di Libera Scelta (per le forme di patologia ad esordio pediatrico);
- Medici responsabili delle Residenze Sanitarie Assistite;
- Infermiere domiciliare.

Per quanto riguarda le branche specialistiche si fa riferimento ad un gruppo Inter(multi)-disciplinare per la gestione di condizioni (e.g., gravidanza), complicanze patologia-dipendenti (e.g., disfunzioni vescicali, deficit visivi, problemi articolari, sindromi psichiatriche) o comorbidità associate (e.g. cardiovascolari), verranno coinvolti nei processi di monitoraggio e-health gli specialisti di riferimento (ginecologo, urologo, psichiatra, ecc.).

È necessario che nelle fasi più territoriali della gestione del paziente il medico curante (MMG, medico della RSA, specialista dell'Ospedale di Comunità) si coordini con il Centro Specialistico Ospedaliero per facilitare e aggiornare le modalità con le quali vengono erogate le prestazioni di telemedicina, secondo le rispettive competenze e prestazioni, nonché i diversi livelli e diversi gradi di responsabilità.

## CENTRO SERVIZI DI TELEMEDICINA REGIONE CALABRIA

Il Centro servizi di Telemedicina, rappresenta il cuore della Governance e Gestione Operativa di tutta la Piattaforma di Telemedicina regionale da realizzare ed implementare nei tempi coerenti con l'attivazione dei Servizi di Telemedicina.

È una struttura tecno-operativa, attiva 24/24h, dotata delle adeguate infrastrutture e sistemi di comunicazione, informativi ed informatici, presidiata da operatori qualificati e formati rispetto alle specifiche attività da svolgere.

Si farà carico di tutti gli aspetti tecnologici quali la manutenzione della piattaforma, la gestione degli account, l'help desk per tutti gli utenti presi in carico, il monitoraggio del corretto funzionamento dei dispositivi medici.

**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 di Telemedicina; fornisce inoltre assistenza ai pazienti nell'applicazione del protocollo di monitoraggio per assicurare la regolarità nelle misurazioni dei parametri target.

**SERVIZIO DI LOGISTICA INTEGRATA DEI DISPOSITIVI MEDICI A SUPPORTO DEGLI OPERATORI SANITARI E DEL CITTADINO:** I dispositivi medici e DEVICE utilizzati nell'ambito della Telemedicina, dovranno essere compatibili ed integrati con la Piattaforma di Telemedicina Nazionale. In seguito all'assegnazione del dispositivo al paziente, il Fornitore, o l'ASP, attraverso la propria ingegneria Clinica, si occuperà della logistica e del trasporto del dispositivo, a partire dalla consegna, fino al ritiro e sanificazione al termine del servizio di Telemonitoraggio.

## POSTAZIONI DI TELEMEDICINA

Si prevede di allestire postazioni per l'erogazione di prestazioni di telemedicina in tal misura

- MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA NUMERO POSTAZIONI DI LAVORO DA ATTIVARE 1577
- A.S.P COSENZA NUMERO POSTAZIONI DI LAVORO DA ATTIVARE 846
- A.S.P. CROTONE NUMERO POSTAZIONI DI LAVORO DA ATTIVARE 224
- A.S.P. CATANZARO NUMERO POSTAZIONI DI LAVORO DA ATTIVARE 487
- A.S.P. VIBO VALENTIA NUMERO POSTAZIONI DI LAVORO DA ATTIVARE 255
- A.S.P. REGGIO CALABRIA NUMERO POSTAZIONI DI LAVORO 648

### Formazione degli operatori

E' opportuno prevedere nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente, come obbligatori per tutto il personale impegnato nell'erogazione di prestazioni in telemedicina in ambito domiciliare, programmi di formazione di base/avanzati in ambito digitale e programmi di aggiornamento specifico, anche con riferimento all'utilizzo degli strumenti e applicativi di telemedicina scelti.

Tra i moduli da acquistare relativi all'infrastruttura Regionale di Telemedicina indicati nel Po la regione Calabria ha indicato i seguenti

- Servizio di assistenza tecnica H24 a supporto degli operatori sociosanitari e dei cittadini
- Servizio di formazione iniziale e in itinere a supporto degli operatori sociosanitari e dei cittadini

### Cronoprogramma di attività componente 1 investimento 1.2. casa come primo luogo di cura e telemedicina

1.2.1 Assistenza domiciliare

1.2.2 Centrali operative territoriali (COT)

di cui: **implementazione COT**

di cui: **interconnessione aziendale**

di cui: **device**

di cui: **intelligenza artificiale**

di cui: **portale trasparenza**

1.2.3 Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici

Tali interventi collegati tra di loro concorrono insieme al raggiungimento di tutti gli obiettivi dipendendo gli uni dagli altri, motivo per il quale l'avanzamento temporale delle singole attività determina l'avvio delle altre

### COT Interconnessione

L'intervento mira alla realizzazione di un sistema di interconnessione aziendale che permetta ai dati, anche clinici (si pensi a quelli derivanti da dispositivi medici, ad esempio gli impiantabili, pacemaker) di essere disponibili in tempo reale.

L'intervento è finalizzato al collegamento e al coordinamento dei professionisti e dei servizi sanitari territoriali, sanitari e sociosanitari, ospedalieri, nonché quelli della rete dell'emergenza-urgenza. L'infrastruttura e gli applicativi - a disposizione dei professionisti nei diversi setting assistenziali - devono potersi integrare con i database aziendali, connettersi con la Centrale 116117, per l'accesso alla totalità dei servizi sul territorio, interconnettersi con i sistemi di telemedicina.

Traguardo/Obiettivo	2022 T1	2022 T2	2022 T3	2022 T4	2023 T1	2023 T2	2023 T3	2023 T4	2024 T1	2024 T2	2024 T3	2024 T4
T: Approvazione del contratto di sviluppo istituzionale per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali (COT)												
T: Assegnazione dei codici CUP per l'interconnessione aziendale												

<b>T:</b> Approvazione di progetti idonei per indizione della gara per l'interconnessione aziendale												
<b>T:</b> Assegnazione di codici CIG/provvedimento di convenzione per l'interconnessione aziendale												
<b>T:</b> Stipula di contratti per l'interconnessione aziendale												
<b>T:</b> Completamento degli interventi per l'interconnessione aziendale												
<b>T:</b> COT pienamente funzionanti												
<b>O:</b> Implementazione interconnessione aziendale												

#### COT Device

L'intervento mira al potenziamento di strumenti tecnologici nell'ambito delle Centrali Operative Territoriali, e che lo stesso concorrerà al raggiungimento degli obiettivi relativi all'intervento 1.2.3 Telemedicina, in coerenza con l'attivazione a livello regionale dei "servizi verticali di telemedicina" relativi al telemonitoraggio/telecontrollo e televisita/teleconsulto/teleassistenza

Traguardo/Obiettivo	2022 T1	2022 T2	2022 T3	2022 T4	2023 T1	2023 T2	2023 T3	2023 T4	2024 T1	2024 T2	2024 T3	2024 T4
<b>T:</b> Approvazione del contratto di sviluppo istituzionale per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali (COT)												
<b>T:</b> Stipula di almeno 600 contratti per la realizzazione delle COT												
<b>T:</b> Almeno un progetto di telemedicina per regione												
<b>O:</b> Acquisizione device												
<b>T:</b> COT pienamente funzionanti												

#### Telemedicina

Di seguito si riporta il quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione per i Servizi di telemedicina minimi da implementare

## Roadmap telemedicina



### Curve di adozione per la presa in carico/coinvolgimento di paziente e professionisti sanitari.

Saranno presi in carico assistibili tramite **Telemonitoraggio di livello 1** i pazienti con le seguenti condizioni cliniche In relazione all'obiettivo regionale indicato nel Piano Operativo di Telemedicina.

Effettueranno e saranno coinvolti nelle prestazioni di Televisita e Teleconsulto i professionisti sanitari e non delle seguenti categorie:

- MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA
- PEDIATRI DI LIBERA SCELTA
- MEDICI SPECIALISTI
- PERSONALE SANITARIO E SOCIOSANITARIO
- PERSONALE TECNICO E AMMINISTRATIVO

Effettueranno e saranno coinvolti nelle prestazioni di Teleassistenza i professionisti sanitari e non delle seguenti categorie:

- INFERMIERI
- PERSONALE SANITARIO E SOCIOSANITARIO
- PERSONALE TECNICO E AMMINISTRATIVO

Effettueranno e saranno coinvolti nelle prestazioni di Telemonitoraggio i medici delle seguenti specializzazioni:

- MEDICI SPECIALISTI IN ENDOCRINOLOGIA
- MEDICI SPECIALISTI IN PNEUMOLOGIA
- MEDICI SPECIALISTI IN CARDIOLOGIA 45
- MEDICI SPECIALISTI IN ONCOLOGIA
- MEDICI SPECIALISTI IN NEUROLOGIA
- MEDICI SPECIALISTI- ALTRE SPECIALISTICHE

CURVE DI ADOZIONE	2024				2025			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Infermieri/professionisti sanitarie		10%		25%		40%		100%
MMG/PLS e specialisti i		10%		25%		40%		100%
Pazienti		10%		25%		40%		100%

### DEFINIZIONE DELLE MODALITÀ DI MONITORAGGIO DELL'INVESTIMENTO E DELLA SUA ATTUAZIONE

Le attività di monitoraggio e attuazione dell'Investimento (in particolare, in relazione all'avanzamento procedurale, fisico e finanziario dello stesso) saranno eseguite sul sistema informativo ReGIS, nel rispetto delle istruzioni impartite da Agenas, nella sua qualità di Soggetto attuatore.

Verrà monitorato il rispetto dei target fissa nelle curve adozione per categoria specifica al 31/12/2024 e al 31/12/2025.