



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato alla Delib.G.R. n. 21/25 del 22.6.2023

Linee di indirizzo per la definizione del modello regionale per la telemedicina



Sommario

1. Introduzione	3
2. Telemedicina	15
2.1. Televisita.....	17
2.2. Modalità di erogazione.....	19
2.3. Teleconsulto/ Teleconsulenza	20
2.4. Teleassistenza.....	22
2.5. Telemonitoraggio	25
2.6. Telecontrollo.....	26
3. Modalità di erogazione dei servizi di telemedicina	27
3.1. Matrice degli attori e delle responsabilità	28
4. Progetto regionale di telemedicina	31
4.1. Patologie inserite nel piano operativo territoriale.....	31
4.2. Modalità di implementazione della telemedicina.....	50
4.3. Progetti attuativi regionali di telemedicina.....	52
5. Informazione e formazione	54
5.1. Informazione	54
5.2. Formazione.....	54
6. Monitoraggio.....	55
7. Cronoprogramma delle attività	55



1. Introduzione

La riorganizzazione che prevede il rafforzamento della sanità del territorio, basa le sue radici nella profonda revisione della struttura organizzativa del sistema sanitario regionale così come disegnata dalla legge regionale 11 settembre 2020, n. 24 “Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materi. Abrogazione della legge regionale n. 10 del 2006, della legge regionale n. 23 del 2014 e della legge regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore”.

Alla luce di questo, la Regione Sardegna, attraverso la deliberazione di giunta regionale n. 9/22 del 24.03.2022 “Piano regionale dei servizi sanitari 2022-2024. Legge regionale 11 settembre 2020, n. 24, art. 32” ha inteso potenziare la strategicità dei sistemi di assistenza primaria e delle strutture territoriali, per garantire una più efficace presa in carico dei nuovi bisogni di salute ed assistenza, sviluppando i servizi erogati sul territorio e i sistemi di assistenza primaria, con percorsi di cura e assistenza organizzati all’interno della rete dei servizi, anche attraverso l’ausilio della telemedicina.

Le principali direttrici su cui si basa la programmazione socio-sanitaria regionale, e attraverso le quali si è sviluppato il suddetto Piano regionale dei servizi sanitari (PRSS), sono le seguenti:

- l’implementazione della visione “paziente-centrica” dei servizi socio sanitari;
- la riorganizzazione della sanità territoriale e dell’offerta sanitaria proposta all’utente, attraverso lo sviluppo della rete assistenziale basata sulla Medicina di prossimità e sulla Sanità di iniziativa anche attraverso l’utilizzo della telemedicina, che miri a superare le disomogeneità nell’offerta servizi sanitari tra le aree territoriali della regione, garantendo a tutti gli assistiti un equo accesso alle prestazioni e ai servizi assistenziali;
- il potenziamento del distretto socio-sanitario, quale punto di riferimento per il cittadino rispetto alla complessità della rete dei servizi;
- il potenziamento delle strutture territoriali del Servizio sanitario regionale, quali le Case della comunità e gli Ospedali di comunità e la promozione e potenziamento dell’assistenza domiciliare anche attraverso l’utilizzo delle nuove tecnologie come la telemedicina, la digitalizzazione e la domotica;
- il superamento del retaggio di una cultura sanitaria ospedale-centrica, poco orientata all’integrazione dei servizi sulla persona, che qualificava l’ospedale come unico luogo di cura qualificato presente sul territorio

Con l’emanazione della deliberazione della giunta regionale n. 37/24 del 14.12.2022 “Provvedimento generale di programmazione dell’assistenza territoriale ai sensi del Decreto 23 maggio 2022, n. 77”, recante



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, si è maggiormente delineata una forte connotazione territorio-centrica (distretti, ospedali di comunità, case della comunità, centrali operative territoriali, Unità di continuità assistenziale (UCA), assistenza domiciliare, ecc.) a sostegno di un rafforzamento di una sanità più vicina al vissuto quotidiano dei cittadini, con la cura erogata in prossimità del paziente e meno incentrata sull'ospedale.

Il modello regionale prevede la costruzione di adeguati percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione, che possano coinvolgere trasversalmente più strutture organizzative e consentire la collaborazione di molteplici figure professionali, sia in ambito sanitario che sociosanitario. Il potenziamento dell'assistenza integrata territoriale rappresenta la priorità della programmazione sanitaria regionale.

L'innovazione tecnologica contribuisce alla riorganizzazione della assistenza sanitaria, in particolare sostenendo lo spostamento del fulcro dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio, attraverso modelli assistenziali innovativi incentrati sul cittadino e facilitando l'accesso alle prestazioni sul territorio regionale.

La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria consentendo l'erogazione a distanza di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione (es. bul, 5g), e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti, servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari ed il monitoraggio dei parametri a distanza. Viste le caratteristiche orografiche del territorio regionale e la bassa densità abitativa con l'ausilio della telemedicina sarà possibile, soprattutto nelle realtà non urbane, garantire le prestazioni sanitarie senza che il paziente si rechi fisicamente presso i presidi.

Considerato inoltre che nel 2022 la popolazione anziana, over 65, ha rappresentato in Sardegna una percentuale superiore (25,8%) a quella nazionale (23,8%) e che nel 2021 la percentuale di persone con almeno una malattia cronica era pari a 42,9, mentre quella delle persone con almeno due malattie croniche è pari 24,5, le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie abilitate dalla telemedicina sono fondamentali in tal senso, contribuendo ad assicurare equità nell'accesso alle cure nei territori remoti, un supporto alla gestione delle cronicità, un canale di accesso all'alta specializzazione, una migliore continuità della cura attraverso il confronto multidisciplinare e un fondamentale ausilio per i servizi di emergenza-urgenza.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

Occorre adottare una visione olistica del processo di diagnosi e cura con cui affrontare la distanza attraverso la telemedicina, attivare il paziente sull'auto-cura assicurare l'interoperabilità delle tecnologie, far maturare la cooperazione tra attori, ottenere dati di qualità riusabili.

Con il PRSS è stato stabilito il percorso di presa in carico che nei prossimi anni le Aziende sanitarie dovranno intraprendere per soddisfare le esigenze di cura quanto più vicino possibile al domicilio dei pazienti. La presa in carico del paziente deve avvenire attraverso la costruzione di reti cliniche integrate costituite da professionalità e centri di erogazione riconoscibili, nelle quali il paziente possa muoversi avendo riferimenti stabili, dei quali deve poter percepire il valore e la differenza all'interno del disegno unitario della rete.

Il PRSS promuove un modello organizzativo maggiormente centrato sul territorio promuovendo un approccio multidimensionale, multiprofessionale e multidisciplinare, al fine di dare centralità al paziente valorizzando pienamente le sue potenzialità nell'autogestione della patologia. Il Distretto, rappresenta il centro propulsore di tale modello con una capacità di governo in primis infradistrettuale, sviluppando una gestione integrata tra i diversi servizi e tra le componenti sanitarie e quelle sociali, e, attraverso percorsi assistenziali integrati, deve costruire, assieme alle componenti ospedaliere, un più ampio ruolo di governo clinico-assistenziale.

I capisaldi di questo processo innovativo sono rappresentati dalla gestione integrata e dai percorsi assistenziali; per arrivare a ciò è necessario un lavoro sul versante culturale, professionale, organizzativo ed operativo, che tenda a superare progressivamente l'autoreferenzialità che caratterizza ogni attore assistenziale, sia esso ospedaliero sia territoriale. Il superamento della contrapposizione dualistica ospedale-territorio implica, pertanto, la costruzione di "ponti" culturali organizzativi, operativi e tecnologici, che fungano da integrazione del territorio con l'ospedale.

Oltre alle dimissioni protette rivolte ai pazienti non autosufficienti da inviare in regime di assistenza domiciliare o residenziale, è molto utile attivare le dimissioni facilitate per tutti i pazienti cronici dimessi dall'ospedale, anche in condizioni di piena autosufficienza, al fine di "agganciare" tali pazienti alla rete territoriale per evitare la perdita del paziente (drop out) dopo un episodio di crisi che ha generato il ricovero, spesso legata alla mancanza di percorsi assistenziali integrati ospedale-territorio che dovrebbero essere concordati con la pianificazione della dimissione all'interno della rete territoriale anche attraverso l'ausilio della telemedicina.

Una delle aree attraverso le quali deve essere sviluppata l'integrazione tra ospedale e territorio, è quella della specialistica ambulatoriale, che deve essere riorganizzata e resa funzionale secondo un'ottica di unitarietà e



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

di continuità ospedale-territorio, sperimentando formule di coordinamento unitario. Molto utili, sono gli ambulatori dedicati inseriti nelle reti di cura, organizzati per patologia (ad esempio ambulatorio scompenso cardiaco, ambulatorio diabete, ecc.), raccordati tra ospedale e territorio sulla base di un disegno a rete di tipo hub and spoke, anche attraverso l'ausilio della telemedicina. Tale modello è caratterizzato dalla gestione dei casi, in ragione della loro maggiore o minore complessità, in centri con diversi gradi di specializzazione, collegati tra loro funzionalmente. La differenziazione tra hub e spoke va valutata non soltanto sulle competenze e sull'esperienza dei professionisti ma anche, e principalmente, sulle potenzialità complessive, strutturali, tecnologiche e professionali, della struttura.

È pertanto necessario diversificare l'offerta ambulatoriale in rapporto alle effettive potenzialità di gestione della casistica più o meno complessa:

- ambulatorio di specialistica che offra una risposta semplice ad una domanda di cure integrate per i casi con minore complessità clinica (spoke);

- ambulatorio di specialistica indirizzato prioritariamente verso un'offerta più specializzata in ragione delle potenzialità maggiori, in termini tecnologici (hub).

È necessario potenziare il suddetto modello di tipo Hub e Spoke, anche al fine della gestione delle cronicità attraverso una riorganizzazione nella quale alcune strutture specialistiche ad elevata specializzazione (Hub), gestiscono in telemedicina i pazienti inviati dalle altre (Spoke) afferenti allo stesso territorio. La realizzazione di sinergie tra più strutture all'interno della medesima area geografica, oltre a migliorare la qualità del servizio reso, permetterà una più razionale allocazione delle risorse.

Tale modello organizzativo costituisce la base per la condivisione di percorsi assistenziali integrati territorio-ospedale, ma allo stesso tempo diversificati, che siano in grado di generare risultati di maggiore efficacia ed efficienza e di decongestionare l'ospedale dalla casistica impropria. In tal modo il paziente potrà trovare le risposte nel territorio e, solo in caso di elevata complessità nell'ospedale, disegnando una presa in carico personalizzata. La presa in carico potrà essere pertanto supportata da servizi di telemedicina qualora si ravvisasse la possibilità di prosecuzione delle cure attraverso interventi domiciliari.\

La presa in carico è diretta alle seguenti fasce di popolazione, differenziate in base ai bisogni di salute:

1. la popolazione sana la quale, pur non manifestando alcun bisogno di salute, è destinataria di interventi di prevenzione e promozione della salute messi in atto dagli attori istituzionali della rete, quali i dipartimenti di



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

prevenzione, le case della comunità, specialmente in relazione ai professionisti delle cure primarie, i nodi extra sanitari della rete quali la scuola, i comuni, i soggetti del terzo settore.

2. la popolazione con bisogni prevedibili, per la quale, quando il bisogno è correttamente codificato, è possibile non solo programmare gli accessi al sistema sanitario, ma anche anticiparli, realizzando così la transizione dalla medicina di attesa a quella di iniziativa. In questo ambito di lavoro la partecipazione alla rete del SSR si esprime tipicamente attraverso le strutture di base, o di assistenza primaria e quelle di livello specialistico.

Relativamente alla presa in carico per i bisogni occasionali-episodici che necessitano di una risposta semplice ad una domanda acuta di cura, la stessa avverrà pianificando il percorso sanitario attraverso l'organizzazione della prenotazione e dell'accesso alle prestazioni secondo criteri clinici e in base alle singole necessità. Si tratta di una riorganizzazione delle attività legate alla diagnosi, al trattamento e al controllo periodico dei pazienti, effettuata mediante procedure informatizzate per garantire la prenotazione delle principali visite e indagini diagnostiche. La presa in carico avverrà pertanto con l'inserimento del paziente in un percorso assistenziale con l'indicazione delle prestazioni che l'assistito dovrà svolgere con cadenze temporali definite. In pratica, i pazienti non dovranno più prenotare autonomamente gli accertamenti prescritti dallo specialista, ma sarà lo specialista stesso a programmare e prenotare, in base a percorsi interni, tutte le prestazioni sanitarie necessarie nei giusti tempi e secondo un percorso di cura personalizzato. Al fine di facilitare l'accesso per il paziente, la prenotazione verrà inserita direttamente sul sistema CUP nelle agende dedicate agli accessi successivi, se non diversamente richiesto dal paziente, senza che questi sia rimandato al MMG o al PLS per la prescrizione, e Aziende del SSR implementano, o potenziano laddove esistenti, percorsi condivisi in ambiti disciplinari trasversali, per migliorare la qualità del servizio, la garanzia della continuità assistenziale e la riduzione dei tempi di attesa delle attività ambulatoriali.

Per quanto riguarda le patologie croniche, il Piano Nazionale della Cronicità (PNC), approvato in Conferenza Stato-Regioni il 15 settembre 2016 recepito dalla Regione Sardegna con la DGR 36/44 del 31.08.2021, evidenzia che le patologie croniche richiedono un approccio assistenziale diverso dalla gestione dell'acuto, perché necessitano di interventi per periodi di lunga durata e prevedono una forte integrazione tra SSN e servizi sociali: questo comporta la necessità di ricorrere a servizi residenziali e territoriali.

A tal fine uno strumento fondamentale viene identificato nel Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) che deve essere sviluppato in modo tale da prendere in carico il paziente integrando tutti gli attori



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

dell'assistenza: le cure primarie, la specialistica ambulatoriale, l'assistenza territoriale e quella ospedaliera, la comunità.

La natura del PDTA, prevalentemente orientata a specifiche patologie, ne evidenzia, tuttavia, alcuni limiti nei pazienti multi-cronici e complessi, su cui le modalità di presa in carico devono necessariamente adattarsi al profilo e al contesto sociale dell'assistito. Sarà pertanto necessaria una valutazione multidimensionale del caso da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale territoriale (UVT) distrettuale. La UVT rappresenta infatti l'organismo deputato all'attivazione della rete dei servizi territoriali a seguito della valutazione multidimensionale e multidisciplinare delle condizioni del paziente, sulla base delle misurazioni pregresse effettuate dai professionisti che hanno avuto in cura il paziente, eventualmente integrate dalle misurazioni dei professionisti della stessa UVT. A seguito della valutazione multidimensionale del caso, l'UVT elabora un'offerta di servizi all'assistito, attraverso la redazione del Progetto di assistenza individuale integrata (PAI) che può anche includere uno o più PDTA. Lo strumento di lavoro per i pazienti multi-cronici e complessi in questi casi è pertanto il PAI.

3. la popolazione con bisogni imprevisti, la quale manifesta improvvisamente il proprio bisogno con un accesso al sistema sanitario a seguito di un evento acuto. In questa modalità di attivazione, la rete opera prevalentemente attraverso le Case della comunità ove vi sono i MMG/PLS ed i Medici di continuità assistenziale per i casi che necessitano di un minore livello di assistenza e, solo nei casi ad elevato livello assistenziale, attraverso il Servizio di emergenza urgenza. Per i casi di elevata gravità ed urgenza, l'accesso potrà avvenire tramite il Pronto Soccorso (PS). In quest'ultimo caso il PS effettua la presa in carico inviando il paziente alla struttura specialistica più appropriata, o all'attivazione di un percorso di cura e/o presa in carico da parte dei servizi territoriali al livello più appropriato.

La presa in carico del paziente con bisogno semplice: PDTA

Il PDTA è una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, integrate con le attività di Telemedicina, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o anche l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita, assicurando al cittadino affetto da patologie croniche, un'assistenza sanitaria personalizzata e un più facile accesso alle cure.

Interventi assistenziali per il bisogno semplice, anche limitati nel tempo e non rientranti nel PDTA, possono essere integrati con occasionali interventi di telemedicina (es. teleconsulto o teleconsulenza).



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

La presa in carico del paziente con bisogno complesso: PAI

Ai sensi dell'art. 21 del DPCM dei LEA il progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'UVT, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia. Il coordinamento dell'attività clinica rientra tra i compiti del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato". L'UVT potrà anche essere realizzata coinvolgendo da remoto i professionisti, qualora siano già disponibili informaticamente tutte le informazioni e le valutazioni.

Il Progetto di Assistenza Individuale (PAI) deve definire esplicitamente e in maniera analitica: gli obiettivi di assistenza, il livello di assistenza, la data di avvio e la durata del progetto, con la previsione di una verifica intermedia e finale, la continuità delle cure, la tipologia di servizi sociali e sanitari da erogare, il consenso al trattamento dei dati personali nel rispetto della normativa sulla privacy (D.lgs 196/2003), il consenso informato relativo al percorso di cura personalizzato individuato. Il PAI presenterà, oltre agli elementi tradizionalmente costitutivi suddetti, gli eventuali servizi e prestazioni che potranno essere erogati in telemedicina.

Per trovare risposte ai propri bisogni di cura, l'assistito accede al Servizio sanitario regionale attraverso il MMG/PLS, attraverso i servizi territoriali o distrettuali oppure anche attraverso l'ospedale. A prescindere dalla porta d'accesso al sistema, la programmazione dell'assistenza territoriale deve essere ricondotta al distretto, potenziando la sua funzione di facilitatore dei processi di integrazione tra i diversi nodi della rete dei servizi per assicurare una risposta continua e coordinata ai bisogni della popolazione.

Il Punto unico d'accesso (PUA), rappresenta il modello d'assistenza basato sulla presa in carico globale del paziente, frutto del passaggio dal concetto del "curare" a quello del "prendersi cura" della persona nella complessità e globalità dei bisogni, con un'attenzione particolare anche alla famiglia e al contesto sociale di riferimento. Il PUA è il luogo dove ogni cittadino può rivolgersi per ottenere informazioni relative ai servizi territoriali socio-sanitari, quali le prestazioni erogate, le modalità ed i tempi di accesso.

A livello regionale, la L.R. 24/2020 prevede che le Case della comunità garantiscano, tra le altre, la funzione di Sportello unico di accesso e orientamento all'insieme delle prestazioni ad integrazione socio-sanitaria (SUA), con possibilità di accedere alla prenotazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero (CUP).



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

All'interno di ciascuna Casa della comunità, il SUA rappresenta il luogo fisico al quale il cittadino può rivolgersi per trovare risposte ai propri bisogni di salute, in maniera più capillare rispetto al PUA che, sebbene continui ad essere un punto di riferimento importante per l'accesso ai servizi socio-sanitari, risulta meno diffuso sul territorio, essendo l'unico a valenza distrettuale.

La figura n. 1 mostra gli accessi al sistema assistenziale e la loro collocazione all'interno della rete territoriale.

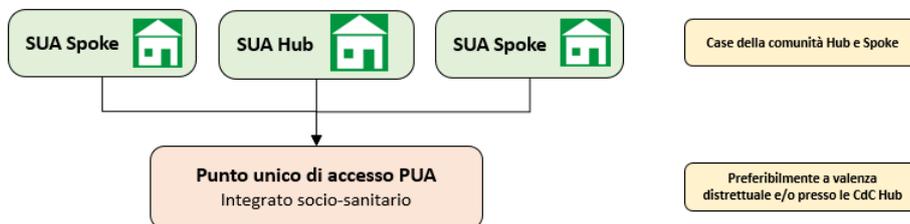


Figura 1 Porte d'accesso al sistema assistenziale regionale

Il sistema SUA/PUA individua le priorità socio-assistenziali e indirizza gli ingressi al sistema in funzione della complessità assistenziale, offrendo risposte personalizzate e proporzionali all'intensità di cura e indirizzando l'assistito direttamente verso i servizi sanitari appropriati o, nel caso di bisogno complesso, verso la valutazione multidimensionale in UVT, le quali garantiscono la presa in carico, l'appropriatezza ed il monitoraggio degli esiti degli inserimenti.

Questo modello di assistenza focalizzato sulla presa in carico globale della persona, e sulla personalizzazione degli interventi, dedica particolare attenzione nei confronti delle persone con bisogni complessi, soprattutto anziane e con disabilità. Il PRSS, pertanto, prevede un potenziamento ed una specializzazione delle UVT, che valorizzi l'esperienza ed il know-how maturati nei quindici anni trascorsi dalla loro formale istituzione. In particolare, come illustrato nella figura n. 2, si prevede che la UVT si specializzi nella progettazione di percorsi dedicati a: le cure domiciliari e cure palliative, in linea con la centralità della cura domiciliare del citato PNRR, la riabilitazione e la non autosufficienza.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

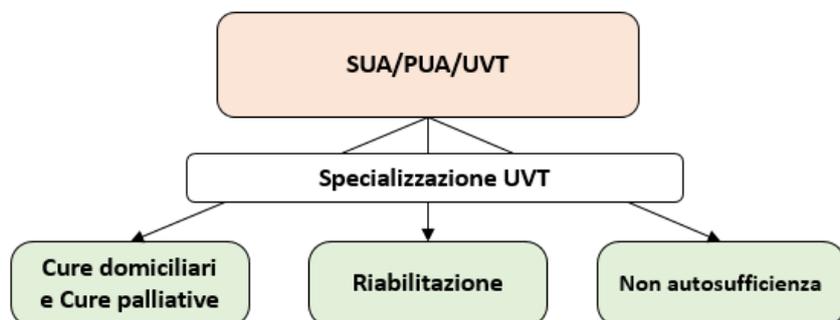


Figura 2 Specializzazione UVT

In base alla tipologia di bisogno da soddisfare si ha una diversa presa in carico dell'assistito, personalizzando l'assistenza in base al bisogno di salute, semplice o complesso.

La successiva figura n. 3 mostra l'iter assistenziale dell'assistito sulla base della tipologia di bisogno socio-sanitario.

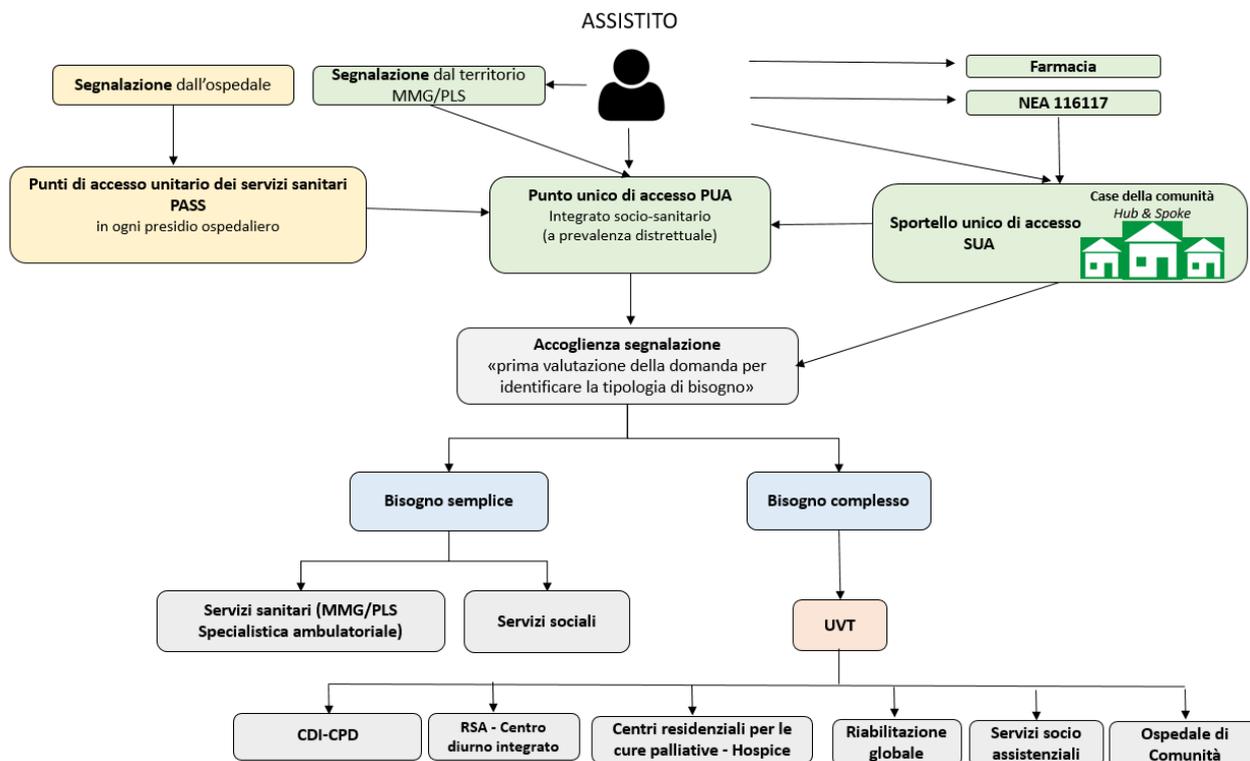


Figura 3 PUA - Iter assistenziale "personalizzato" dell'assistito in base alla tipologia di bisogno socio-sanitario



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

Al fine di trovare risposte ai propri bisogni di salute, l'assistito può rivolgersi, anche tramite una segnalazione dal territorio (MMG/PLS), al SUA presente all'interno di una delle Casa della comunità, hub e spoke, presenti capillarmente sul territorio, oppure può rivolgersi al PUA, unico a livello distrettuale.

Inoltre, presso ogni presidio ospedaliero è attivo un Punto di accesso unitario dei servizi sanitari ospedalieri (PASS) composto dai responsabili del percorso clinico, in diretta relazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta. I PASS, previsti dall'Atto aziendale in ogni presidio ospedaliero, sono orientati a garantire la presa in carico globale del paziente, nella complessità dei suoi bisogni socio-sanitari, con particolare attenzione alla famiglia e anche al contesto di riferimento, con il compito di facilitare, sulla base dei bisogni sociosanitari rilevati, i rapporti tra le strutture operative di assistenza degli stabilimenti ospedalieri e la rete territoriale costituita dal sistema SUA/PUA/UVT, in modo da garantire la continuità comunicativa (informazioni cliniche, terapeutiche e socioassistenziali) tra i vari setting assistenziali.

Per la lettura del bisogno di salute, le strutture si avvalgono di figure professionali con competenze socio-sanitarie, convocate a seconda del caso in esame. A seguito della valutazione preliminare viene distinto il bisogno semplice dal bisogno complesso, solo quest'ultimo presuppone la valutazione multidimensionale e la presa in carico globale della persona da parte dell'équipe multiprofessionale dell'UVT.

La UVT è una struttura operativa distrettuale che persegue l'obiettivo di garantire una valutazione multidimensionale del bisogno complesso secondo il modello bio-psico-sociale di salute. La UVT lavora in équipe multidisciplinare e multiprofessionale e prende in carico il paziente con bisogno complesso nel passaggio dall'ospedale al territorio e tra i servizi sociali e sanitari.

La UVT rappresenta l'organismo deputato all'attivazione della rete dei servizi territoriali a seguito della valutazione multidimensionale e multidisciplinare delle condizioni del paziente, sulla base delle misurazioni pregresse effettuate dai professionisti che hanno avuto in cura il paziente, eventualmente integrate dalle misurazioni dei professionisti della stessa UVT. A seguito della valutazione del caso, la UVT elabora un'offerta di servizi all'assistito, attraverso la redazione del Progetto assistenziale personalizzato (PAI), il quale rappresenta lo strumento che contiene la programmazione e la pianificazione personalizzata del percorso di cura di ciascun paziente cronico. Al suo interno sono dettagliate le prestazioni che il paziente deve ricevere. La presa in carico dell'assistito è facilitata, oltre che dal lavoro del PASS/PUA/SUA, anche dalla figura del case manager, un professionista che opera come riferimento e "facilitatore" per la persona con bisogni sociosanitari complessi, con il compito di seguire il paziente durante tutto il percorso assistenziale. Il ruolo di case manager è assunto da figure assistenziali diverse a seconda della complessità del paziente, può essere



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

una figura sia sanitaria sia sociale, individuata in base ai bisogni prevalenti del soggetto e alle esigenze organizzative, integra il lavoro dell'UVT e favorisce l'integrazione, facilitando i processi di comunicazione tra i soggetti coinvolti e verificando che gli interventi assistenziali sul singolo caso siano effettuati in maniera coordinata, senza sovrapposizioni né vuoti di assistenza.

Il sistema SUA/PUA rappresenta la porta di accoglienza alle esigenze del cittadino e la priorità nell'organizzazione dell'attività distrettuale. Questo modello di assistenza focalizzato sulla presa in carico globale della persona e sulla personalizzazione degli interventi, dedica particolare attenzione nei confronti delle persone con bisogni complessi, soprattutto anziane e con disabilità.

La principale direttrice su cui si basa la programmazione socio-sanitaria della Regione Sardegna è volta all'implementazione della visione paziente-centrica dei servizi socio-sanitari da erogare sul territorio. Il distretto è inteso come il luogo di integrazione dei processi a favore del paziente, all'interno del quale costruire la rete dei servizi socio-sanitari. Quest'ultima è organizzata attorno ai bisogni sociali e sanitari dell'assistito, il quale si trova in posizione centrale rispetto al complesso sistema organizzativo dei servizi

La figura n. 4 mostra l'organizzazione del distretto socio-sanitario e la rete dei servizi che la Regione Sardegna intende promuovere e attivare sul territorio. Al fine di trovare risposte ai propri bisogni di salute, il cittadino può: 1) contattare il proprio MMG/PLS, oppure il medico di continuità assistenziale e/o il medico specialista; 2) contattare telefonicamente il numero 116117 per le cure mediche non urgenti. La centrale operativa 116117 sede del Numero europeo armonizzato per le cure mediche non urgenti, offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24h e 7 giorni la settimana, in grado di garantire al cittadino informazioni sull'offerta dei servizi territoriali, nonché sulle modalità di accesso ad essi; 3) contattare telefonicamente il 118, in caso di emergenze sanitarie, oppure recarsi fisicamente presso un Pronto soccorso; 4) recarsi fisicamente presso il SUA, lo sportello di accesso ai servizi, sito presso una delle Case della comunità dislocate sul territorio, oppure presso il PUA, collocato preferibilmente a livello distrettuale e/o presso le Case della comunità Hub.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

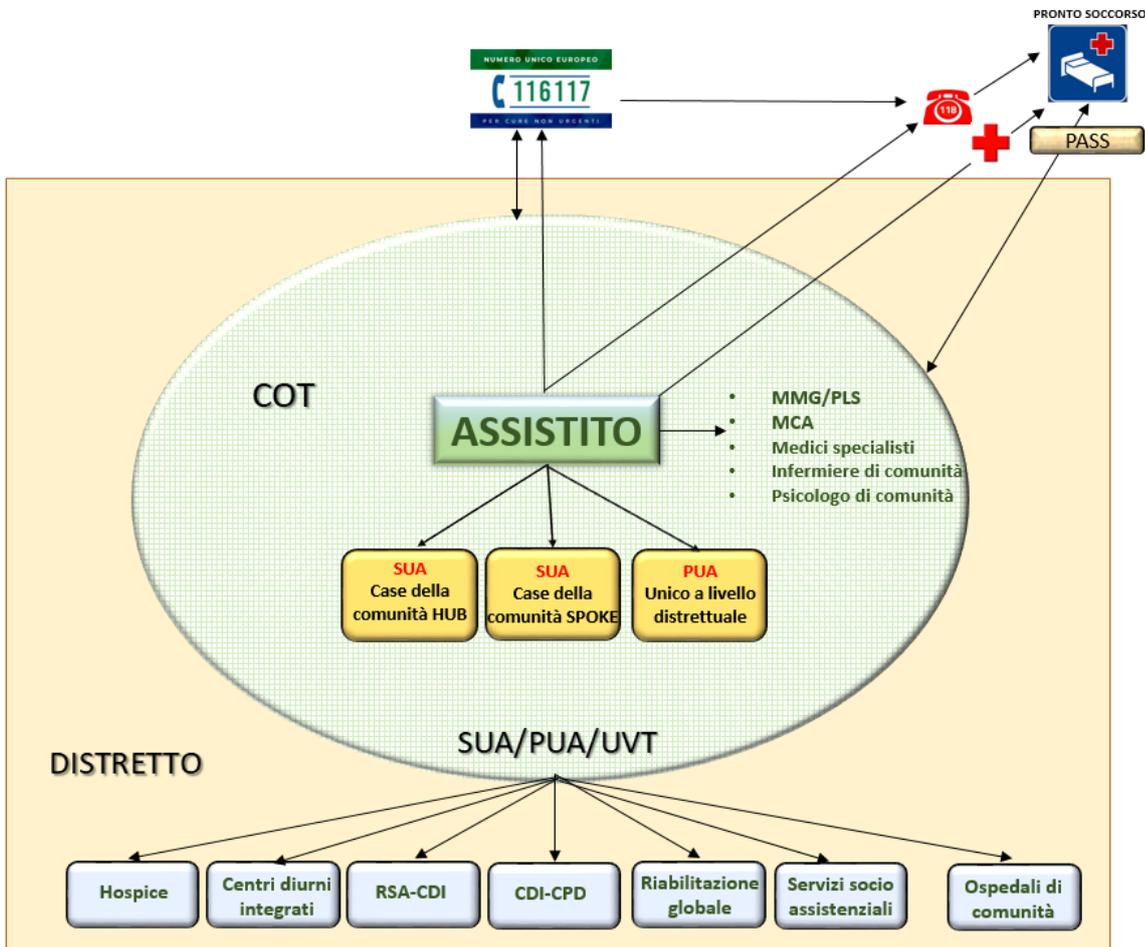


Figura 4 Il distretto socio-sanitario e la rete territoriale dei servizi

All'interno della rete dei servizi territoriali, le Case della comunità rivestono un ruolo centrale in quanto offrono, da un lato, la funzione di filtro di accesso e di indirizzo dei pazienti ai servizi offerti sul territorio e, dall'altro lato, assicurano l'integrazione e l'interconnessione delle varie figure professionali, attraverso la promozione del lavoro di équipe.

Lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento della rete territoriale è rappresentato dalla Centrale operativa territoriale (COT) che funge da raccordo tra i servizi offerti e i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali. La COT quindi, facilita ed ottimizza la presa in carico della persona, attivando i vari professionisti coinvolti e le risorse della rete assistenziale più idonee al soddisfacimento del bisogno socio-sanitario. Il sistema SUA/PUA rappresenta la porta d'accesso al sistema, che accoglie ed ascolta le esigenze dell'assistito e attraverso la lettura del bisogno di salute, offre risposte assistenziali personalizzate e proporzionali all'intensità di cura.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

2. Telemedicina

Il sub-investimento 1.2.3 “Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici”, all’interno della misura 1.2 “Casa come primo luogo di cura e telemedicina”, della Missione 6 Componente 1 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), individua nella telemedicina uno strumento importante per abilitare una più efficace copertura territoriale dei servizi sanitari per gli assistiti.

La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria, già consolidato in diversi ambiti sanitari, consentendo - se inclusa in una rete di cure coordinate – l’erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, attraverso l’uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione. Viene utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari.

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 de-ospedalizzazione, quali ad esempio le dimissioni protette;
- la collaborazione tra gli operatori appartenenti alle diverse reti assistenziali ospedaliere e 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.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

Nel disegno di riorganizzazione dell'assistenza territoriale delineato dal DM 77/2022, 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.

Coerentemente con le indicazioni contenute nel Decreto 29 aprile 2022 "Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare», ai fini del raggiungimento della Milestone EU M6C1-4, di cui all'Annex alla decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, recante l'approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e resilienza dell'Italia" e con l'attivazione e la fruizione del modello regionale, l'implementazione della telemedicina si propone di contribuire al raggiungimento dei seguenti obiettivi di sistema:

- incrementare il numero di pazienti presi in carico a domicilio, quale obiettivo macro proposto dal PNRR, consentendo di raggiungere il valore soglia del 10% degli assistiti ultrasessantacinquenni;
- garantire a tutta la popolazione lo stesso livello assistenziale e qualità delle cure erogate migliorando l'efficienza organizzativa anche in contesti geograficamente svantaggiati;
- fornire al paziente un'assistenza che comprenda risposte a bisogni clinico-assistenziali, e psicologici anche per ridurre l'impatto negativo del vissuto di malattia del paziente;
- ridurre gli accessi al pronto soccorso, l'ospedalizzazione e l'esposizione ai rischi legati ad essa, nonché il ricorso all'istituzionalizzazione;
- permettere una dimissione protetta dalle strutture di ricovero potendo assicurare a domicilio la continuità di assistenza e cure di pari efficacia;
- ridurre gli accessi in day hospital sviluppando risposte alternative a domicilio;
- ridurre gli accessi, da parte degli assistiti, in luoghi di cura non appropriati per la patologia;
- prendere in carico il paziente a domicilio, coordinandone la gestione e assicurando il costante monitoraggio di parametri clinici, al fine di ridurre il rischio d'insorgenza di complicazioni in persone a rischio o affette da patologie croniche;
- fornire alla famiglia educazione terapeutica nel proprio contesto di vita, migliorando l'uso di risorse e di servizi, favorendo le attività di sorveglianza in ambito sanitario;
- accrescere l'utilizzo appropriato dei servizi a distanza finalizzato ad una più efficace risposta ai bisogni assistenziali;
- migliorare la qualità di vita percepita del paziente, delle famiglie e dei caregiver;
- migliorare le transizioni tra setting grazie all'informatizzazione e all'interoperabilità dei sistemi e favorire la continuità informativa nelle transizioni tra setting.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

Le prestazioni ed i servizi di telemedicina sono assimilati a qualunque altra prestazione o servizio diagnostico, terapeutico, assistenziale e 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.

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

Le prestazioni di telemedicina da implementare nel contesto organizzativo della rete delle strutture territoriali quali CdC, COT, OdC, UCA ed ADI sono quelli riportati nel decreto 21 settembre 2022 “Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina. Requisiti funzionali e livelli di servizio” che fa riferimento alle definizioni contenute nell’Accordo della conferenza Stato regioni del 17 dicembre 2020 “indicazioni nazionali per l’erogazione di prestazioni di telemedicina” sono di seguito riportate.

2.1. Televisita

È un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un caregiver. Tuttavia, la televisita, come previsto anche dal codice di deontologia medica, non può essere mai considerata il mezzo per condurre la relazione medico-paziente esclusivamente a distanza, né può essere considerata in modo automatico sostitutiva della prima visita medica in presenza. Il medico è deputato a decidere in quali situazioni e in che misura la televisita può essere impiegata in favore del paziente, utilizzando anche gli strumenti di telemedicina per le attività di rilevazione, o monitoraggio a distanza, dei parametri biologici e di sorveglianza clinica. La televisita è da intendersi limitata alle attività di controllo di pazienti la cui diagnosi sia già stata formulata nel corso di visita in presenza. Durante la televisita un operatore sanitario che si trovi vicino al paziente può assistere il medico e/o aiutare il paziente. Deve sempre essere garantita la possibilità di scambiare anche in tempo reale dati clinici, referti medici, immagini, audio-video, relativi al paziente. L'anamnesi può essere raccolta per mezzo della videochiamata. Con le attuali tecnologie l'esame obiettivo è realizzabile con significative limitazioni. Il medico è titolato a decidere in che misura l'esame obiettivo a distanza possa essere sufficiente nel caso specifico o se il completamento dello stesso debba essere svolto in presenza.

Di seguito le finalità per cui si attivano le diverse tipologie di prestazione.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

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 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.

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 televisita deve essere fruibile in autonomia (o anche supportati dal caregiver) anche da persone anziane;
- Bambini – il sistema di videochiamata per l'esecuzione della televisita 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;



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

- Cecità totale o parziale – occorrono sistemi che facilitino l'assistenza dal caregiver durante la televisita e occorre lasciare la possibilità di uso di altri eventuali supporti tecnologici

2.2. Modalità di erogazione

La televisita viene richiesta dal medico del SSN o da medici delle strutture private convenzionate con il SSN che hanno in carico il paziente. Viene prescritta dal medico del SSN (MMG/PLS, specialista); la prescrizione della televisita non è necessaria qualora venga programmata ed erogata direttamente MMG/PLS ed è erogabile in qualsiasi tipo di PDTA. Può essere prenotata con i sistemi digitali sia dal medico nel momento in cui la prescrive, oppure dal paziente o da chi abbia titolo a rappresentarlo.

La televisita è sempre in tempo reale; può essere eseguita a qualsiasi orario e la durata della singola prestazione dipende dal caso specifico. La televisita può prevedere scambio di documentazione clinica prima o durante la prestazione tra il paziente e lo specialista. Durante la televisita 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 televisita si conclude sempre con un referto (ad eccezione nei casi in cui la televisita 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.

I professionisti e le branche coinvolti:

MMG/PLS, medico specialista. Per gli specialisti sono potenzialmente coinvolte tutte le branche specialistiche; tuttavia 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.

Il Centro servizi garantisce il funzionamento del sistema di telemedicina e interviene al bisogno in modo proattivo; ha funzioni di help desk per il paziente e per il medico. Vi può essere anche coinvolgimento di personale amministrativo.

La COT può fungere da attivatore del Servizio.

Per quanto riguarda la televisita i medici sono responsabili della valutazione delle indicazioni e delle controindicazioni mediche alla sua esecuzione, in considerazione della condizione clinica del singolo paziente



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

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 televisita, 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 la televisita 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.

TIPOLOGIA DI SERVIZIO DI TELEMEDICINA	ATTORI				
	MMG/PLS/ Medico del Distretto/Specialista	Professionista sanitario o Equipe delle cure domiciliari	COT/Centrale operativa ADI	Centro Servizi per la telemedicina	Paziente a domicilio
Televisita	R - P - E	Non necessariamente C	A	C	C

Leggenda:

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

2.3. Teleconsulto/ Teleconsulenza

Teleconsulto

È un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audio-video riguardanti il caso specifico.

Può essere utilizzato per la condivisione delle scelte diagnostiche, degli orientamenti prognostici e del trattamento.

Tutti i suddetti elementi devono essere condivisi per via telematica sotto forma di file digitali idonei per il lavoro che i medici in teleconsulto ritengono necessario per l'adeguato svolgimento di esso. Il teleconsulto tra professionisti può svolgersi anche in modalità asincrona, quando la situazione del paziente lo permette in sicurezza. Quando il paziente è presente al teleconsulto, allora esso si svolge in tempo reale utilizzando le modalità operative analoghe a quelle di una televisita e si configura come una visita multidisciplinare.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

Teleconsulenza

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

Per quanto riguarda il teleconsulto/teleconsulenza tra le regioni da parte di un medico appartenente ad una regione diversa rispetto al medico che eroga la consulenza, dovranno essere definite le modalità organizzative ed economiche, per il tramite di opportune convenzioni, con le quali potranno essere erogati i teleconsulti interregionali. Dovrà inoltre essere prevista la raccolta delle disponibilità dei professionisti ingaggiabili (agende) nonché la mappatura delle skills che caratterizzano ciascun professionista, ad esempio tipologia di teleconsulti, specialità di appartenenza, patologie di interesse, etc.).

A tal fine tutte le Infrastrutture regionali di telemedicina pubblicheranno servizi minimi di telemedicina (televisita, telemonitoraggio e teleassistenza) fruibili anche da parte di assistiti non appartenenti alla regione che eroga il servizio. Ne consegue che le interfacce applicative (API) dei servizi minimi delle Infrastrutture regionali di telemedicina debbono essere uguali e direttamente accessibili alle varie infrastrutture regionali. Si ritiene importante che le Infrastrutture regionali di telemedicina individuino le modalità tecniche con cui sarà possibile istanziare un servizio di teleconsulto/teleconsulenza da parte di un medico appartenente ad una regione diversa rispetto al medico che eroga la consulenza.

Popolazione

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

Modalità di erogazione

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, le indicazioni sono decise dai medici che in un dato momento hanno la responsabilità clinica del paziente.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

Professionisti e branche specialistiche coinvolte

Per il teleconsulto/teleconsulenza: MMG, PLS, medico specialista e professionista sanitario. Sono potenzialmente coinvolte tutte le branche specialistiche.

Il Centro Servizi garantisce il funzionamento del sistema di telemedicina ed ha funzioni di help desk per i soggetti coinvolti.

La COT può fungere da attivatore del Servizio.

Il teleconsulto/teleconsulenza non ha controindicazioni per la sicurezza del paziente, se presente, e può essere eseguito anche in condizioni di urgenza o emergenza. 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 ricorso alle prestazioni in telemedicina, sono da considerare preferibili ad altre modalità di consulto o di altre prestazioni sanitarie.

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.

TIPOLOGIA DI SERVIZIO DI TELEMEDICINA	ATTORI				
	MMG/PLS/ Medico del Distretto/Specialista	Professionista sanitario o Equipe delle cure domiciliari	COT/Centrale operativa ADI	Centro Servizi per la telemedicina	Paziente a domicilio
Teleconsulto	R - P - A - E	Non necessariamente C	A	C	Non necessariamente C
Teleconsulenza	R - P - A - E	R - A - E	A	C	Non necessariamente C

Leggenda:

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

2.4. Teleassistenza

È un atto professionale di pertinenza della relativa professione sanitaria e si basa sull'interazione a distanza tra il professionista e paziente/caregiver per mezzo di una videochiamata, alla quale si può, all'occorrenza aggiungere la condivisione di dati, referti o immagini. Il professionista che svolge l'attività di Teleassistenza può anche utilizzare idonee app per somministrare questionari, condividere immagini o video tutorial su



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

attività specifiche. Lo scopo è quello di agevolare il corretto svolgimento di attività assistenziali, eseguibili prevalentemente a domicilio. La teleassistenza è prevalentemente programmata e ripetibile in base a specifici programmi di accompagnamento del paziente.

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. Le attività di Teleassistenza possono integrarsi con altre prestazioni medico-sanitarie erogate da remoto o in presenza, all'interno di servizi sanitari basati su sistemi di telemedicina, percorrendo percorsi diagnostici e terapeutici, costruiti su evidenze scientifiche e definiti dagli studi clinici e dalla pratica assistenziale. Le attività di Teleassistenza si integrano con il piano di cura, il PAI, Progetto personalizzato e tutti gli altri strumenti, in accordo con la persona assistita, ove possibile, e con la famiglia, oltre che con i referenti o responsabili del caso nel settore socio-sanitario.

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



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

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.

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

Professionisti 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



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

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.

TIPOLOGIA DI SERVIZIO DI TELEMEDICINA	ATTORI				
	MMG/PLS/ Medico del Distretto/Specialista	Professionista sanitario o Equipe delle cure domiciliari	COT/Centrale operativa ADI	Centro Servizi per la telemedicina	Paziente a domicilio
Teleassistenza	Non necessariamente R - P	R - A - E	A	C	C

Leggenda:

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

2.5. Telemonitoraggio

Modalità operativa della telemedicina che permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici in modo continuo, per mezzo di sensori che interagiscono con il paziente (tecnologie biomediche con o senza parti da applicare).

Il set di tecnologie a domicilio, personalizzato in base alle indicazioni fornite dal medico, deve essere connesso costantemente al sistema software che raccoglie i dati dei sensori, li integra se necessario con altri dati sanitari e li mette a disposizione degli operatori del servizio di Telemedicina in base alle modalità organizzative stabilite. I dati devono sempre comunque essere registrati in locale presso il paziente e resi disponibili all'occorrenza, per maggiore garanzia di sicurezza. Il sistema di telemonitoraggio, che può essere integrato dal telecontrollo medico e affiancato dal teleconsulto specialistico, è sempre inserito all'interno del sistema di Telemedicina che garantisce comunque l'erogazione delle prestazioni sanitarie necessarie al paziente.

Obiettivo del telemonitoraggio è il controllo nel tempo dell'andamento dei parametri rilevati, permettendo sia il rilevamento di parametri con maggiore frequenza e uniformità di quanto possibile in precedenza, sia la minore necessità per il paziente di eseguire controlli ambulatoriali di persona. Il telemonitoraggio prevede una misurazione continua di parametri clinici; lo scopo è il controllo dei parametri, rilevati in un arco



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

temporale, al fine di determinare una minore necessità per il paziente di eseguire controlli ambulatoriali di persona.

2.6. Telecontrollo

Modalità operativa della telemedicina che consente il controllo a distanza del paziente. A differenza del telemonitoraggio, prevede delle misurazioni di parametri ad orari o al bisogno del paziente. Tale attività è caratterizzata da una serie cadenzata di contatti con il medico, che pone sotto controllo l'andamento del quadro clinico, per mezzo della videochiamata in associazione con la condivisione di dati clinici raccolti presso il paziente, sia prima che durante la stessa videochiamata. Questo per patologie già diagnosticate, in situazioni che consentano, comunque, la conversione verso la visita di controllo tradizionale in tempi consoni a garantire la sicurezza del paziente e in ogni caso sempre sotto responsabilità del medico che esegue la procedura. Il telecontrollo si affianca idealmente al telemonitoraggio: vanno personalizzati sulle esigenze del singolo malato in funzione del quadro clinico complessivo; entrambi devono consentire l'integrazione dei dati, sia derivati da sensori, sia rilevati dal personale sanitario o segnalati dal paziente o dai caregiver, al fine di renderli disponibili al momento della esecuzione di tutti gli atti medici, in presenza o da remoto.

TIPOLOGIA DI SERVIZIO DI TELEMEDICINA	ATTORI				
	MMG/PLS/ Medico del Distretto/Specialista	Professionista sanitario o Equipe delle cure domiciliari	COT/Centrale operativa ADI	Centro Servizi per la telemedicina	Paziente a domicilio
Telemonitoraggio	R - P	S	A	C - E	C
Telecontrollo	R - P	S	A	C - E	C

Leggenda:

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



3. Modalità di erogazione dei servizi di telemedicina

I servizi di telemedicina possono essere svolti in favore di qualsiasi paziente, l'attivazione di un "percorso di telemedicina" potrà avvenire:

- 1) dal setting territoriale: tutti gli attori dell'assistenza territoriale (MMG, PLS, Specialista ambulatoriale, ognuno per le proprie competenze) possono individuare e proporre il paziente per il quale l'utilizzo di strumenti di telemedicina sia adeguato e utile, quale supporto nell'assistenza, e possono farlo in modo diretto oppure, qualora necessario, previa valutazione in sede di Unità di Valutazione Multidimensionale territoriale (UVT), anche avvalendosi della Centrale Operativa dell'ADI, 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;
- 2) dal setting di ricovero: è il personale della struttura, il medico in raccordo con il case manager della procedura di dimissione che ravvedono la possibilità di prosecuzione delle cure attraverso interventi domiciliari anche supportati da servizi di telemedicina; in questo caso segnala, attraverso il Punto di accesso unitario dei servizi sanitari (PASS), 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.

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

- Paziente, 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 al quale è in capo la responsabilità clinica dell'assistito nel percorso generale di presa in carico; 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;
- l'infermiere quale componente dell'équipe multiprofessionale, che funge da punto di riferimento per la famiglia e per gli altri attori (PLS/MMG, specialisti, MCA, altri professionisti) nella presa in carico del paziente. È figura di collegamento e facilitatore organizzativo e del coinvolgimento della persona, della famiglia e dei caregiver nella definizione ed attuazione del PAI. Può svolgere, attività di case manager in relazione al piano di cura domiciliare agevolando il percorso assistenziale assicurandone così la continuità;
- 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



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

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;
- la COT che può trovare sede presso le Case della Comunità adeguatamente collegata alle piattaforme integrate agli applicativi aziendali, ha la responsabilità dell'organizzazione, del tracciamento della presa in carico e delle eventuali transizioni tra setting che dovessero rendersi necessarie, provvedendo al raccordo tra i diversi soggetti e livelli assistenziali attivandone opportunamente i servizi. In ogni caso la Centrale Operativa dell'ADI, deve interagire con la COT e può eventualmente anche essere funzionalmente integrata ad essa.
- Centro Servizi per la telemedicina, garantisce, sulla base dei diversi modelli organizzativi implementati, le manutenzioni periodiche e per la risoluzione tempestiva di malfunzionamenti dei dispositivi tecnologici e della strumentazione messa a disposizione del paziente.

3.1. Matrice degli attori e delle responsabilità

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 al singolo professionista o alla équipe delle cure domiciliari che ha in carico il paziente a seconda dei casi.

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

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

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

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



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

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

Leggenda:

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

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.

Prima dell'attivazione del servizio, va esplicitamente richiesto ed ottenuto il consenso informato all'utilizzo del servizio e dei dati. Per autorizzare l'adesione al trattamento domiciliare anche con servizi di telemedicina il paziente è tenuto a compilare la modulistica necessaria, che comprende il consenso informato che il paziente esprime a seguito di opportuna informativa ricevuta, autorizzando a detto trattamento tutte le figure professionali coinvolte. Si precisa, inoltre, che per gli eventi di telemedicina che necessitano del coinvolgimento occasionale di altri professionisti sanitari che non sono usualmente coinvolti nel processo di cura (in particolare il teleconsulto medico e la teleconsulenza medico-sanitaria), poiché si possono svolgere anche senza la presenza remota o fisica del paziente, dovranno essere descritte nell'informativa privacy, fornita al paziente durante l'attivazione della presa in carico, tali modalità di modo che l'interessato possa conoscerle a priori.

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



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

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

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

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

Costituiscono elementi fondamentali per l'erogazione delle prestazioni in telemedicina:

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

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



4. Progetto regionale di telemedicina

Il progetto regionale di telemedicina prevede che nell'arco di alcuni anni saranno circa 14.000 i professionisti del sistema sanitario che avranno un'utenza per svolgere televisite e teleconsulti, compresi medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.

Televisita e teleconsulto

	Totale figura prof
MMG	2633
PLS	93
Medici specialisti	2630
Altro personale sanitario e socio sanitario	7150
Tecnico amministrativo	1277
Totale	13783

Oltre 1.000 professionisti saranno abilitati alla teleassistenza e circa 3.000 le utenze destinate a medici specialisti per la telemedicina.

Teleassistenza

Figura professionale	Totale
Infermieri	630
Altro personale sanitario e socio sanitario	315
Tecnico amministrativo	80
Totale	1025

Telemedicina

Medici specialisti in:	Totale
endocrinologia	99
pneumologia	102
cardiologia	328
oncologia	111
neurologia	166
altre specialistiche	2161
Totale medici specialisti	2967

4.1. Patologie inserite nel piano operativo territoriale

Di seguito si riportano per le diverse patologie i Servizi di telemedicina già attivi ed inseriti nel piano operativo territoriale, che l'Azienda regionale della Salute (ARES) dovrà implementare nel progetto attuativo di



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

telemedicina, secondo le indicazioni presenti nelle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina allegate al Decreto 30 settembre 2022 e di seguito riportate.

Patologie metaboliche: Diabete

Sono già attivi tutte le ASL servizi di telemonitoraggio di II livello (specialistico) dell'andamento glicemico, il report terapeutico e quelli per la televisita per la presa in carico di 83 pazienti diabetici pediatrici. Tali servizi dovranno essere integrati con la piattaforma nazionale della telemedicina e con quella regionale.

Gli stessi servizi sono presenti in 2 ASL su 8 e presso l'AOU di Cagliari per i 1178 pazienti diabetici adulti.

Al fine di prendere in carico attraverso i progetti di telemedicina gli oltre 100.000 pazienti diabetici potenzialmente arruolabili a tale modalità di presa in carico, è necessario potenziare i servizi già esistenti ed implementare il servizio di telemonitoraggio/telecontrollo di I livello per circa 5.000 pazienti nel quale saranno coinvolti MMG/PLS, diabetologo e professionisti sanitari dell'area delle scienze infermieristiche.

Modalità di erogazione del 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.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

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

[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);



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

- 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 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, psicologo, dietista, fisioterapista, ecc.);
- Altri professionisti non sanitari.

Nello specifico, i professionisti coinvolti nel processo sono:

- Telemonitoraggio di I livello: MMG, PLS, diabetologo, professionisti sanitari dell'area delle scienze infermieristiche;
- Telemonitoraggio di II livello: specialisti (malattie del metabolismo, endocrinologia, medicina interna, cardiologia, chirurgia vascolare, neurologia, nefrologia, oculistica, urologia, ecc.), professionisti sanitari della



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

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.

Patologie respiratorie

È già attivo in 6 ASL su 8 il servizio di telemonitoraggio dei parametri dei 175 pazienti affetti da BPCO.

Poiché l'attuale servizio non è agilmente adeguabile al Piano nazionale della telemedicina ed a quello regionale il servizio cesserà quando sarà attivo un nuovo analogo servizio previsto nel progetto di telemedicina. Al fine di prendere in carico circa 80.000 pazienti affetti da patologie respiratorie potenzialmente arruolabili alla presa in carico saranno attivabili tutti i servizi della telemedicina. Tra questi sono compresi i circa 2.000 pazienti affetti da BPCO e i circa 1.000 pazienti affetti da asma bronchiale che saranno seguiti attraverso il telemonitoraggio di I livello.

Modalità di erogazione del Telemonitoraggio e Telecontrollo nel paziente con patologie respiratorie

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, psicologo, fisioterapista, ecc.);
- Altri professionisti non sanitari.

Popolazione

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



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

respiratoria cronica ipossiémica ed ipossiémico-ipercapnica; broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO); asma bronchiale; fibrosi polmonare; bronchiectasie; fibrosi cistica; patologie respiratorie infettive (es. CoronaVirus Disease 2019) ed esiti polmonari.

[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; antibiotico resistenza;
- Finalità diagnostica o di monitoraggio: prove funzionali respiratorie; ossimetria transcutanea (SpO₂) 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: O₂-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



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

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.

Patologie cardiologiche

È già attivo presso tutte le 8 ASL, l'AOU di Cagliari e l'AOU di Sassari il servizio di telemonitoraggio cardiologico di II livello (specialistico) per i 3445 pazienti portatori di pacemaker/defibrillatore sottocutaneo. Il sistema registra gli eventi, lo stato dei device ed i parametri fisiologici. Tale servizio dovrà essere integrato con la piattaforma nazionale della telemedicina e con quella regionale. Saranno attivabili tutti i servizi della telemedicina al fine di prendere in carico attraverso tale modalità i circa 75.000 pazienti affetti da patologie cardiologiche potenzialmente arruolabili, compresi i circa 3.500 pazienti affetti da scompenso cardiaco che dovranno essere presi in carico attraverso un telemonitoraggio di I livello.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

Sono inoltre presenti in Regione servizi di telerefertazione cardiologica per i tracciati ECG e di teleconsulto cardiologico. Tali servizi si sviluppa in ambito emergenza urgenza e pertanto non rientrante nell'attuale progetto regionale

Modalità di erogazione del Telemonitoraggio e Telecontrollo nel paziente con patologie cardiologiche

I pazienti diagnosticati a livello di medicina territoriale (es. MMG, ambulatori territoriali) o di ambulatori/centri dello scopenso o in fase di dimissione ospedaliera dovrebbero essere inseriti nel percorso di telemonitoraggio, avvalendosi delle funzionalità 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 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 e ne prescrive/propone l'attivazione.

La prestazione è erogata da:

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

Popolazione

Lo scopenso cardiaco (SC) è oggi la prima causa di ricovero ospedaliero in Italia e larga parte dell'Europa. Lo scopenso 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:

- pazienti GUCH (Grown-Up Congenital Heart) o ACH (Adult Congenital Heart); 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;



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

• pazienti portatori di pacemaker (PM) 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:

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

Per i pazienti con scompenso cardiaco e con specifiche fragilità è necessario adottare criteri ad hoc 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. Nonostante nell'Allegato al DM 77 del 23 maggio 2022 siano contenuti i 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, 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



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

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 più frequentemente utilizzati in letteratura per il telemonitoraggio di pazienti con SCC annoveriamo: Peso e controllo quantità liquidi/die e diuresi, Frequenza cardiaca, Saturazione d'ossigeno, Frequenza respiratoria (misurata ove possibile in modo intervallare 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);



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

- 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 Erogatore (gestisce il Servizio per la parte della piattaforma, della comunicazione e del contatto con il paziente);
- Centro Servizi gestione, 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.

Patologie oncologiche

Dovranno essere implementato i servizi della telemedicina per la presa in carico dei circa 64.000 pazienti oncologici potenzialmente arruolabili, compresi i circa 3.000 pazienti che dovranno essere presi in carico attraverso un telemonitoraggio di I livello.

Modalità di erogazione della Telemedicina nel paziente oncologico

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 patient empowerment. All'interno di questo contesto la piattaforma di telemedicina dovrà possedere quei requisiti di modularità e configurabilità che ne consentano un uso flessibile e personalizzato sulle caratteristiche del paziente.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

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.

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.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

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 coinvolti](#)

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

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, psicologo, dietologo/dietista, fisioterapista, ecc.);
- Professionisti non sanitari



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

Patologie neurologiche

Sono già attivi presso l'azienda ospedaliera ARNAS Brotzu un servizio di teleassistenza e di teleriabilitazione. Poiché l'attuale servizio non è agilmente adeguabile al Piano nazionale della telemedicina ed a quello regionale il servizio cesserà quando sarà attivo un nuovo analogo servizio previsto nel progetto.

Attraverso i servizi della telemedicina dovranno essere presi in carico i circa 6.500 pazienti affetti da patologia neurologica potenzialmente arruolabili a tale modalità, compresi i circa 300 pazienti affetti da sclerosi multipla che dovranno essere presi in carico attraverso un telemonitoraggio di I livello.

Modalità di erogazione del Telemonitoraggio e Telecontrollo nel paziente neurologico

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.

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.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

I professionisti coinvolti in tale prestazione possono essere: MMG, PLS, medico specialista, infermiere e altro personale sanitario e non 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, psicologo, dietista, fisioterapista, ecc.);
- Altri professionisti non sanitari.

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 accumunare 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
		Azione e-Health: Televisita, Telecontrollo, Telemonitoraggio	



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
Il 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).
		Azione e-Health: Televisita, Teleconsulto/Teleconsulenza, Telecontrollo, Telemonitoraggio	
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, Iniziale stato di fragilità.	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;
		Azione e-Health: Televisita, Telecontrollo, Telemonitoraggio,	
IV livello H&Y 4 Disabilità grave Complessità clinico-assistenziale elevata	Progressione disabilità; deambula per brevi tratti con ausili, usa la carrozzina per spostamenti più lunghi; poli co-morbidità; Perdita determinanti sociale; grave compromissione della QoL; necessita di FKY; grave compromissione delle funzioni cognitive, fragilità clinica, sociale e familiare,	Terapie infusionali per PEG-J o politerapia; FKT; Aiuto in molte attività quotidiane, Team interdisciplinare (TID) per gestione complessità clinica	Monitoraggio clinico, radiologico (RM) e terapeutico della malattia. Azioni coordinate complesse con MMG, Fisiatri e membri del TID; supporto attivo alla persona e al caregiver;
		Azione e-Health: Televisita, Teleconsulto/Teleconsulenza, Telecontrollo, Telemonitoraggio,	
V livello H&Y 5 Disabilità molto grave Complessità clinico assistenziale molto elevata.	Impossibilità di deambulazione anche con sostegno ed allettamento o con lieve tremore; poli-morbidità;	Politerapia sintomatica; FKT passiva a letto del paziente; necessaria assistenza domiciliare; cure palliative; ricovero in strutture semiresidenziali o residenziali	Integrazione tra setting assistenziali (ospedale, casa di comunità, RSA, Domicilio), presa in carico multiprofessionale,



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
	dipendente per ogni attività fisiologica; perdita totale della socialità; FKT passiva;		supporto attivo ed orientamento al caregiver
		Azione e-Health: Teleconsulto/Teleconsulenza	
VI livello Fase terminale. Cure palliative	Malattia in fase terminale. Setting: domicilio o RSA, allettamento, Posizionamento PEG per alimentazione e catetere vescicale	Terapie palliative. Terapia sintomatica a dosaggi minimi di mantenimento. Prevenzione dei decubiti e del dolore	Azione coordinata con MMG e Medici delle RSA
		Azione e-Health: Teleconsulto/Teleconsulenza, Teleconsulenza	

[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



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

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 medicolegale 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).

[Professionista/i e branche specialistiche coinvolti](#)

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



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

- Neurologo;
- MMG;/ PLS (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.

Patologie nefrologiche

la ASL di Cagliari un servizio di teleassistenza e di televisita in 21 pazienti sottoposti a dialisi peritoneale a domicilio. Poiché l'attuale servizio non è agilmente adeguabile al Piano nazionale della telemedicina ed a quello regionale il servizio cesserà quando sarà attivo un nuovo analogo servizio previsto nel progetto, che prevede l'implementazione di tutti i servizi della telemedicina.

Patologie dermatologiche

È già attivo presso 2 delle 8 ASL il servizio di telemonitoraggio e di televisita dermatologica in 335 pazienti attraverso il quale sono trasferite bio immagini e referti. Poiché l'attuale servizio non è agilmente adeguabile al Piano nazionale della telemedicina ed a quello regionale il servizio cesserà quando sarà attivo un nuovo analogo servizio previsto nel progetto, che prevede l'implementazione di tutti i servizi della telemedicina.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

È inoltre presente presso l'AOU di Sassari il servizio di telemonitoraggio e quello di televisita multispecialistica con l'invio di referti e consulenze. Poiché l'attuale servizio non è agilmente adeguabile al Piano nazionale della telemedicina ed a quello regionale il servizio cesserà quando sarà attivo un nuovo analogo servizio previsto nel progetto.

4.2. Modalità di implementazione della telemedicina

La Regione Sardegna attiverà le soluzioni di telemedicina individuate tramite le gare promosse dal soggetto attuatore in collaborazione con la Regione Lombardia e la Regione Puglia, in qualità di "Regioni capofila", come stabilito tramite delibera del Comitato interministeriale per la transizione digitale (Citd) del 15 dicembre 2021 e dal decreto interministeriale che ha approvato il format. La Regione con la Deliberazione della Giunta regionale n. 17/34 del 04.05.2023 inoltre ha individuato, in coerenza con la legge regionale 11 settembre 2020, n. 24, nell'Azienda regionale della salute (ARES) il soggetto che aderisce alle gare delle Regioni capofila per l'attivazione dei servizi di telemedicina, per il tramite delle risorse del PNRR dedicate che saranno assegnate alla Regione Sardegna, secondo quanto previsto dal decreto ministeriale 30 settembre 2022.

A seguito della rilevazione dei fabbisogni riportata nel Piano operativo regionale, è necessario definire il procedimento col quale la telemedicina viene inserita nel complesso dei servizi erogati dal sistema sanitario, definendo la riorganizzazione generale dei percorsi assistenziali e le regole per l'erogazione delle prestazioni a distanza.

Come per le altre attività sanitarie, anche quelle che si avvalgono di strumenti di telemedicina a carico del SSN sono subordinate alla stipula di Accordi contrattuali tra SSR e Centro erogatore. Con successiva DGR saranno definiti gli standard di servizio propri delle prestazioni di telemedicina, che documentino i livelli di competenza della struttura sanitaria che eroga la telemedicina.

Di seguito si riportano le regole per l'erogazione delle prestazioni sanitarie a distanza.

Televisita: deve essere sempre refertata, inoltre le modalità di accesso, compartecipazione alla spesa e rendicontazione dell'attività seguono le indicazioni normative previste per ciascun setting assistenziale. Se afferisce al setting della specialistica ambulatoriale deve essere rendicontata nel flusso ex art. 50, con il



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

relativo codice di visita di controllo, deve prevedere la prescrizione su ricettario SSN e compartecipazione della spesa, se dovuta.

Se afferisce invece ad un setting territoriale (es. consultoriale, etc) seguirà le norme di accesso e partecipazione alla spesa dei relativi ambiti e rilevata nei flussi corrispondenti.

Teleconsulto e teleconsulenza: questa attività si considera come parte integrante dell'attività lavorativa dei medici specialisti e delle altre professioni sanitarie e come quella effettuata in presenza, non prevede remunerazione a prestazione, e non ha una tariffa a livello di nomenclatore tariffario della specialistica e non prevede compartecipazione alla spesa da parte del cittadino e nemmeno una prescrizione SSN. Questa attività può essere registrata mediante gli applicativi aziendali in uso per tenere traccia di quanto erogato ad un paziente e monitorare l'attività del personale coinvolto, ma non viene ad oggi rilevata nei flussi istituzionali.

Sistema remunerativo/tariffario: per tutte le prestazioni sanitarie già erogate in presenza che verranno erogate a distanza, si applica il quadro normativo nazionale/regionale che regola l'accesso ai LEA, il sistema di remunerazione/tariffazione vigente per l'erogazione delle medesime prestazioni in modalità "tradizionale", ivi incluse le norme per l'eventuale compartecipazione alla spesa.

Con la DGR 40/4 del 04.08.2020 "Accesso alle prestazioni specialistiche in modalità telemedicina oltre ad essere stata recepita l'Intesa tra il Governo, Regioni e province autonome di Trento e Bolzano del 20 febbraio 2014 recante "Telemedicina – linee di indirizzo nazionali", si è disposto che venga lasciato inalterato il nomenclatore, inserendo nella variabile che individua il tipo di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale già prevista nel disciplinare dei flussi informativi sanitari vigente, un'ulteriore categoria specifica per l'erogazione delle prestazioni in modalità telemedicina. Le tariffe per le prestazioni in telemedicina sono corrispondenti a quelle delle prestazioni erogate in presenza in sede.

Modalità di Prescrizione: il medico prescrittore dovrà richiedere una prestazione, senza il dettaglio della modalità di erogazione, qualora però egli abbia necessità di specificare che la prestazione debba essere erogata a distanza potrà riportare nel campo note o quesito diagnostico questa indicazione o in altro campo. Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, la prestazione richiesta ed erogata deve fare riferimento all'elenco di prestazioni già presenti nel nomenclatore tariffario.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

Modalità di Prenotazione: di norma queste prestazioni vengono richieste e prenotate dallo specialista che ha in carico il paziente, il sistema di prenotazione CUP dovrà assicurare la gestione delle agende garantendo la possibilità di prenotare sia la prestazione in modalità tradizionale che quella a distanza, come una qualunque altra sede di erogazione. La decisione rispetto alla modalità con cui dovrà essere erogata è dello specialista che deve prenotare la prestazione e non deve essere demandata ad un operatore di sportello.

Modalità di Rendicontazione: occorre garantire la rilevazione delle attività erogate a distanza sia nei flussi di erogazione/rendicontazione delle attività sia nel referto. L'informazione della modalità di erogazione deve essere altresì garantita dalle strutture sanitarie sia nei flussi informativi di rendicontazione delle attività e nel referto.

Regolamentazione dell'adesione informata del paziente avverrà attraverso la definizione di una informativa e di un consenso informato con la definizione della responsabilità sanitaria durante l'attività di telemedicina

Comunicazione dell'esito della prestazione sanitaria erogata in modalità televisita deve essere gestita e refertata sui sistemi informatici in uso presso l'erogatore al pari di una visita specialistica erogata in modalità tradizionale con l'aggiunta della specifica di erogazione in modalità a distanza. Il referto nel rispetto delle vigenti normative in materia di privacy e sicurezza, sottoscritto digitalmente dal medico, deve essere reso disponibile al paziente nella modalità telematica preferita e deve sempre essere possibile, su richiesta dello stesso paziente, condividerlo anche con altri sanitari in formato digitale, usando le più aggiornate soluzioni tecnologiche, anche attraverso il FSE. Al termine della televisita, nel referto, oltre alle consuete informazioni, devono essere registrati:

- indicazione di eventuali collaboratori partecipanti alla televisita (presenza care-giver, presenza di un medico);
- qualità del collegamento e conferma dell'idoneità dello stesso alla esecuzione della prestazione.

4.3. Progetti attuativi regionali di telemedicina

Per attivare una modalità di erogazione in telemedicina di una o più prestazioni attinenti alla stessa branca/patologia, come individuate nei paragrafi precedenti, è necessario definire attraverso un progetto attuativo, presentato da ARES all'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale, come



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

specificato dal comma 6 dell'art. 8 della legge regionale 24/2020, che lo approva e ne autorizza l'attuazione secondo le vigenti disposizioni di legge.

Il progetto attuativo deve essere redatto secondo il seguente schema:

Capitolo	Descrizione
Problema di salute	Indicare il problema di salute da affrontare con il ricorso alla telemedicina, descrivendo anche il quadro epidemiologico regionale e nazionale
Tecnologia da adottare	Descrivere nel dettaglio quale tecnologia si intende adottare, le caratteristiche tecniche, valutare le alternative presenti sul mercato e l'eventuale utilizzo attuale all'interno del sistema sanitario regionale (studi pilota, sperimentazioni, ecc.). Dovranno essere specificati quali dei microservizi di telemedicina disponibili nella Piattaforma di Telemedicina Regionale dovranno essere utilizzati per la realizzazione della piattaforma tecnologica a supporto del servizio
Efficacia clinica	Analisi dell'efficacia clinica, evidenze scientifiche di efficacia attraverso l'adozione della telemedicina proposta, analisi del rischio clinico legato alla tecnologia
Cybersecurity	Analisi del rischio legato all'utilizzo del dispositivo all'interno della rete sanitaria regionale e sulla rete internet, tenendo in considerazione l'eventuale coinvolgimento di pazienti e caregiver non esperti di sicurezza informatica
Aspetti sociali ed etici	Analisi dell'impatto sul paziente come individuo e soggetto sociale dovuti all'introduzione della tecnologia nel percorso di cura, la necessità di avere un caregiver, gli aspetti etici legati all'utilizzo della tecnologia
Analisi organizzativa	Dovranno essere illustrati i processi di diagnosi e cura indicando il ruolo della prestazione di telemedicina, quali attori sono coinvolti, dalla presa in carico (onboarding) alla conclusione e rilascio delle risorse per l'eventuale utilizzo successivo
Aspetti economici	Descrivere una stima dei costi fissi e variabili previsti per l'adozione della tecnologia proposta, indicando eventuali economie di scala e di scopo dovuti all'eventuale adozione su scala regionale, in modo da permettere al tavolo tecnico regionale una stima della tariffa da applicare al nomenclatore tariffario nel caso fosse necessario introdurre una nuova prestazione (LEA regionale)
Aspetti giuridici	Descrivere le implicazioni medico-legali dell'adozione della tecnologia proposta, compresi gli aspetti legati alla privacy e al trattamento dei dati del paziente attraverso strumenti ICT



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

5. Informazione e formazione

Infine per la corretta implementazione di servizi di nell'ambito del SSN è necessario attivare processi per l'informazione e formazione degli utenti e degli operatori sanitari.

5.1. Informazione

Informazione dell'utente al fine di creare fiducia nei servizi di telemedicina e favorirne l'accettazione, conoscerne gli strumenti, i mezzi utilizzati e modalità di conservazione e trattamento dei dati nel rispetto della normativa vigente. I programmi di formazione possono svilupparsi con il coinvolgimento delle organizzazioni rappresentative dei pazienti, dei consumatori e dei professionisti sanitari e delle organizzazioni di volontariato.

Informazione degli operatori sanitari per eliminare il sospetto che la telemedicina possa ostacolare o incidere sul rapporto con i loro pazienti. L'introduzione della Telemedicina deve essere invece interpretata come un sistema di semplificazione e di miglioramento delle procedure sanitarie, soprattutto quelle volte a monitorare le patologie croniche ed a rendere più facile la vita del paziente, senza mai togliere nulla all'atto medico o al rapporto medico paziente.

5.2. Formazione

Formazione dei professionisti sanitari per dare loro dimestichezza con i nuovi metodi per l'esercizio della loro professione. Formazione sulle nuove apparecchiature di acquisizione delle informazioni e le tecnologie di trasmissione dei dati. Capacità di servirsi dei nuovi strumenti di dialogo con il paziente. Il personale dovrà ricevere anche formazione psicologica, in modo da umanizzare la relazione a distanza e da rimediare alla mancanza di quella presenza fisica sulla quale si era basato sinora il dialogo tra medico e paziente.

La formazione dovrà diventare un'azione di sistema. Sarà messo in atto un programma strutturato di formazione universitaria, abbinato ad una formazione di servizio volto ad ottimizzare l'uso della telemedicina. La formazione specifica a livello universitario andrà inserita nei curriculum formativi delle professioni universitarie, di primo e secondo livello, nonché nella formazione di laurea.

Verranno inoltre implementati percorsi di formazione post laurea specifici per l'e-health, inclusa la telemedicina, rilascianti titoli di valore universitario utili all'inserimento professionale in Centri erogatori e Centri servizi. La telemedicina verrà inserita tra le tematiche oggetto di ECM ed in particolare nell'ambito dell'obiettivo relativo all'innovazione tecnologica.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Importante sarà anche la formazione delle figure professionali in ambito tecnologico, quali l'ingegneria e l'informatica e delle figure di personale addette alla gestione organizzativa dei servizi e di tutti i professionisti coinvolti nella realizzazione di telemedicina.

Formazione dell'utente e del caregiver, non solo sugli aspetti tecnologici, ma anche sugli aspetti sociali e di relazione, sul mutamento del rapporto medico paziente e sulla rassicurazione che, pur a distanza, viene comunque garantita assistenza e cura del paziente ed alla sua patologia. Educare e responsabilizzare il paziente a prendersi cura attivamente della propria malattia e del proprio regime di trattamento.

6. Monitoraggio

Al fine di avviare il monitoraggio dei servizi di telemedicina dovranno essere monitorati i seguenti indicatori di performance:

- dimensione: volume delle prestazioni erogate;
- continuità temporale: durata e stabilità del servizio;
- complessità: complessità organizzativa del servizio;
- qualità: standard e performance di risposta del servizio;
- efficienza: costo del servizio;
- efficacia: confronto con la popolazione di utenti affetti dalla patologia oggetto del servizio di telemedicina, ma seguiti in modalità convenzionale, nel territorio di interesse;
- gradimento da parte degli utenti (pazienti e caregivers).

7. Cronoprogramma delle attività

Sarà possibile definire un cronoprogramma delle attività solo successivamente all'espletamento della gara delle due Regioni capofila, in quanto solo allora saranno noti i termini e le modalità di adesione alla stessa e la tipologia e standard dei servizi.