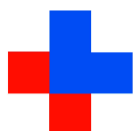


SISTEMI DI GOVERNANCE

LINEE OPERATIVE PER L'UTILIZZO DELLA TELEMEDICINA A SUPPORTO DELLE RETI E PERCORSI CLINICI INTEGRATI



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

ASL
VITERBO



REGIONE
LAZIO

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Linee operative aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

SOMMARIO

1. OGGETTO	3
2. RAZIONALE	3
3. CONTESTO.....	4
4. RIFERIMENTI NORMATIVI	7
5. DEFINIZIONI E GLOSSARIO	8
6. REVISIONE E AGGIORNAMENTI.....	12
7. FINALITÀ E OBIETTIVI	13
8. CAMPO DI APPLICAZIONE E TARGET DI RIFERIMENTO	13
9. GOVERNANCE DEL MODELLO	14
10. INDICAZIONI OPERATIVE PER L'ESECUZIONE DI PRESTAZIONI IN TELEMEDICINA	16
10.1 FASI ESECUZIONE TELEVISITA.....	17
10.2 FASI ESECUZIONE TELECONSULTO.....	19
10.3 FASI ESECUZIONE TELEMONITORAGGIO/TELECONTROLLO	20
10.4 FASI ESECUZIONE TELEASSISTENZA	22
11. PIANO ATTUATIVO	27
APPENDICE 1. REPORT RETI PER LA CRONICITA' PER ATTIVITA' DI TELEMEDICINA - 2025	30
ALLEGATO 1 - INDICAZIONI OPERATIVE UTILIZZO PIATTAFORMA DRUG-PIN®	33
ALLEGATO 2 - INDICAZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DELL'APP LAZIOPERLASALUTE	35

1. OGGETTO

La telemedicina è un elemento fondamentale che può contribuire ad affrontare i principali temi che interessano il SSN: invecchiamento della popolazione e relativo cambiamento dei bisogni di salute con incremento delle malattie ad elevata prevalenza, necessità di rendere il sistema più flessibile, resiliente e sostenibile, opportunità di capitalizzare i recenti significativi miglioramenti delle applicazioni/casi d'uso di sanità digitale. Rappresenta un'importante evoluzione nel campo della medicina che offre l'opportunità di incrementare la qualità del processo clinico-assistenziale, riducendo i tempi di attesa e favorendo la medicina di prossimità e gli interventi proattivi.

Le presenti linee operative sono destinate a tutti gli operatori sanitari interessati all'utilizzo della telemedicina nell'abito delle attività di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza, le indicazioni in esso contenute, necessarie al fine di condividere un linguaggio comune, delle strategie di implementazione e i metodi e gli strumenti in uso.

2. RAZIONALE

Più volte è stato evidenziato di come l'emergenza epidemiologica abbia rappresentato un punto di svolta nell'organizzazione per il nostro Servizio Sanitario Nazionale. A testimonianza di ciò, non vi sono solo le varie azioni di riforma e investimento presenti nel PNRR, che hanno oramai preso forma e sono nella fase di implementazione, ma anche quanto a livello normativo si sta portando avanti in sinergia ad esse.

L'invecchiamento della popolazione e l'aumento del carico di malattia legato all'incremento della prevalenza delle condizioni croniche hanno determinato negli ultimi decenni un cambiamento dei bisogni di salute nel nostro Paese.

Le attese di salute in parallelo cresceranno, proprio in virtù delle tecnologie per migliorare l'assistenza e grazie, auspicabilmente, alla formazione, educazione sanitaria ed educazione alla salute.

Gli ospedali, peraltro, spinti da tecnologie avveniristiche e dalla domanda di terapie avanzate e costose, tenderanno a potenziare le proprie eccellenze disciplinari di alta o altissima specialità. Il ricorso ai servizi di secondo livello (specialistici ed ospedalieri) dovrà avvenire secondo criteri medici ed organizzativi di appropriatezza e tempestività per consentire l'accesso al luogo giusto e al momento giusto, altrimenti il sistema diverrà insostenibile.

Le liste di attesa rappresentano un fenomeno che compromette l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni *specialistiche da parte dei cittadini costituendo un elemento di forte criticità dei moderni sistemi sanitari. La soluzione del problema delle liste d'attesa non può essere meramente quantitativa, sul versante dell'organizzazione dell'offerta e dei volumi della produzione, ma deve coniugare il bisogno di salute espresso con adeguate strategie di governo della domanda anche attraverso soluzioni innovative. Tra i meccanismi da utilizzare per rendere flessibile l'offerta rientrano anche le prestazioni di telemedicina.*

Si determina la necessità di una lettura più evoluta dei bisogni di salute in relazione a invecchiamento, cronicità, fragilità clinica e sociale e innovazione tecnologica. Quest'ultima contribuisce al processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale, in particolare sostenendo il decentramento dall'ospedale al territorio in ottica di prossimità e continuità delle cure, attraverso modelli assistenziali incentrati sul cittadino e che facilitino l'accesso alle prestazioni su tutto il territorio nazionale.

La telemedicina in tutte le sue forme con la sua capacità di ottimizzare in modo capillare la terapia e l'assistenza, con l'aumento di efficienza che dipende dalla sua parte automatizzata, rappresenta una risposta congrua, realizzabile e scalabile. Prevedere fin da ora sistemi di home care a bassa/media intensità di cura

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Linee operative aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO Edizione: 1 del 10/09/26	SISTEMI DI GOVERNANCE	 REGIONE LAZIO Pag. 4 a 41
	LINEE OPERATIVE PER L'UTILIZZO DELLA TELEMEDICINA A SUPPORTO DELLE RETI E PERCORSI CLINICI INTEGRATI	

efficienti, non solo come filtro sui ricoveri ma come vera unità periferica atta a ridurre allo stretto indispensabile i tempi di ricovero o gli accessi in Pronto Soccorso, favorendo, tra le altre cose, il collegamento con i centri ospedalieri e agevolando il più possibile la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio.

In tale contesto, la Telemedicina non entra in conflitto con la sanità tradizionale ma la integra per migliorare l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza degli interventi erogati. Va ricordato che la limitazione di accesso ai servizi di telemedicina non deve esporre il paziente al ritardo di avvio o alla mancanza delle cure e assistenza di cui può aver bisogno, che quindi dovranno essere prontamente iniziate in presenza presso le strutture preposte, o proseguite se già in corso.

3. CONTESTO

CONTESTO NAZIONALE E REGIONALE

L'importanza del ruolo della sanità digitale e della telemedicina nel favorire i processi di presa in carico del paziente cronico è da tempo riconosciuta da diverse fonti, dal Piano Nazionale della Cronicità del 2016 alle *"Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina"*, approvate in Conferenza Stato-Regioni il 17 dicembre 2020, passando per le Linee Guida Nazionali del Ministero della salute.

Già nel 2014, l'esigenza di sviluppare delle soluzioni quanto più integrate con il Sistema Sanitario Nazionale ha comportato la produzione delle prime Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo di servizi di telemedicina. Le Linee di Indirizzo sono state il primo riferimento unitario nazionale per la definizione di elementi fondamentali durante la progettazione di tali sistemi. A partire dalle Linee d'indirizzo, è stato predisposto, nell'ambito della Cabina di regia NSIS, il documento Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina, approvato nella seduta del 28 ottobre 2020 e poi adottato, con Accordo in Conferenza Stato Regioni del 17 dicembre 2020 (Repertorio atti n.215/CSR). Il documento fornisce, anche in relazione alle iniziative avviate da alcune regioni nel periodo dell'emergenza Covid, indicazioni uniformi sull'intero territorio nazionale per l'erogazione delle prestazioni a distanza ed estende la pratica medica e assistenziale oltre gli spazi fisici in cui usualmente si svolge secondo le tradizionali procedure. Successivamente nel 2021, un ulteriore documento, Indicazioni per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie, è stato approvato dalla Cabina di Regia nella seduta del 9 Aprile 2021 e adottato con Accordo in Conferenza Stato Regioni il 18 novembre 2021 (Repertorio Atti n. 231/CSR).

L'emergenza Covid-19 ha fatto emergere la necessità di non sovraccaricare le strutture ospedaliere e di ricorrere a strumenti alternativi di monitoraggio, trattamento e prescrizione, promuovendo una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria che valorizzasse anche le opportunità offerte dalla sanità digitale e in particolare dalla telemedicina. In tale contesto, nell'ambito dei lavori dell'Istituto Superiore di Sanità, sono state definite le Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina anche in ambito pediatrico pubblicate nei Rapporti dell'Istituto Superiore di Sanità COVID-19 n. 12/2020 del 13 aprile e n.60/2020 del 10 ottobre 2020.

In seguito con il PNRR che la telemedicina assume un ruolo determinante e strategico nel ridisegno complessivo. Gli obiettivi strategici per la telemedicina sostenuta dalle misure del PNRR, nell'ambito della missione 6, sono **la promozione e l'adozione su larga scala di soluzioni di telemedicina**, la condivisione e lo scambio di esperienze e applicazioni di successo, e lo sviluppo della sanità digitale favorendo innovazione e sviluppo. La Componente 1 della Missione 6 del PNRR, riguardante le "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", ha tra i suoi investimenti quello relativo alla "Casa come primo luogo di cura e telemedicina". All'interno di questo investimento si colloca il sub-investimento 1.2.3 sulla "Telemedicina nell'assistenza dei pazienti con cronicità".

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Linee operative aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO Edizione: 1 del 10/09/26	SISTEMI DI GOVERNANCE	 REGIONE LAZIO Pag. 5 a 41
	LINEE OPERATIVE PER L'UTILIZZO DELLA TELEMEDICINA A SUPPORTO DELLE RETI E PERCORSI CLINICI INTEGRATI	

Nelle attività previste dal PNRR Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.3 sono stati adottati alcuni decreti di indirizzo ed emanate diverse linee guida per supportare, dal punto di vista tecnico e organizzativo, le Regioni e le Aziende per la definizione e composizione delle iniziative progettuali sui servizi di telemedicina, in coerenza con quanto previsto dal decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 «Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale». Da qui nasce anche la Piattaforma nazionale di telemedicina, la cui gestione è affidata ad Agenas, nell'ambito delle funzioni di Agenzia di sanità digitale delineate nel DL 4/2022, il cui obiettivo principale è quello di sviluppare, ottimizzare e standardizzare i servizi di telemedicina, tenendo conto di quanto già eventualmente disponibile nel panorama dei contesti sanitari locali, integrando o completando l'adozione su larga scala di soluzioni in tema di e-health e interoperabilità dei sistemi.

Con Deliberazione 2 aprile 2026, n. 180 avente per oggetto l'Avvio e diffusione sul territorio Regionale della Piattaforma Regionale di Telemedicina denominata "TICURO" fruibile tramite web e app-mobile, la Regione Lazio attiva l'Infrastruttura Regionale di Telemedicina finalizzata all'erogazione di servizi di telemedicina nei confronti degli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale. Lo strumento "TICURO" offre agli utenti la possibilità di accedere a servizi sanitari a distanza, tra cui Televisita, Teleconsulto, Telemonitoraggio e Teleassistenza. Nel mese di aprile sono state condotte le attività di formazione e con nota prot. n. 0543310 del 25/05/2026 la Direzione Regionale Salute e integrazione sociosanitaria – area innovazione e ICT fa richiesta alle aziende di avviare le attività.

CONTESTO LOCALE

La ASL di Viterbo fin dal 2017 a sviluppato sistemi di telemedicina in particolare a supporto dei percorsi integrati di cura per le patologie prevalenti come si evince dal report in appendice.

In un momento successivo è stata implementata l'attività di telemedicina nell'ambito delle televisite per il rinnovo dei piani terapeutici con l'attività di supporto della Centrale Operativa Territoriale Aziendale per la gestione delle agende e delle relazioni con l'utenza (alfabetizzazione sanitaria).

In considerazione dell'implementazione degli applicativi e delle piattaforme a disposizione per le attività ricomprese nell'ambito dell'ecosistema e-health che vede come pilastro cardine il Fascicolo Sanitario Elettronico, visto il particolare momento storico che vede la fase attuativa più impegnativa del DM 77/22 con il raggiungimento dei target PNRR, valutato che tale momento rappresenta una fase di cambiamento culturale, organizzativo e tecnologico si determina la necessita di una governance costante del processo, di una formazione continua degli operatori e di un incremento graduale delle nuove linee di attività.

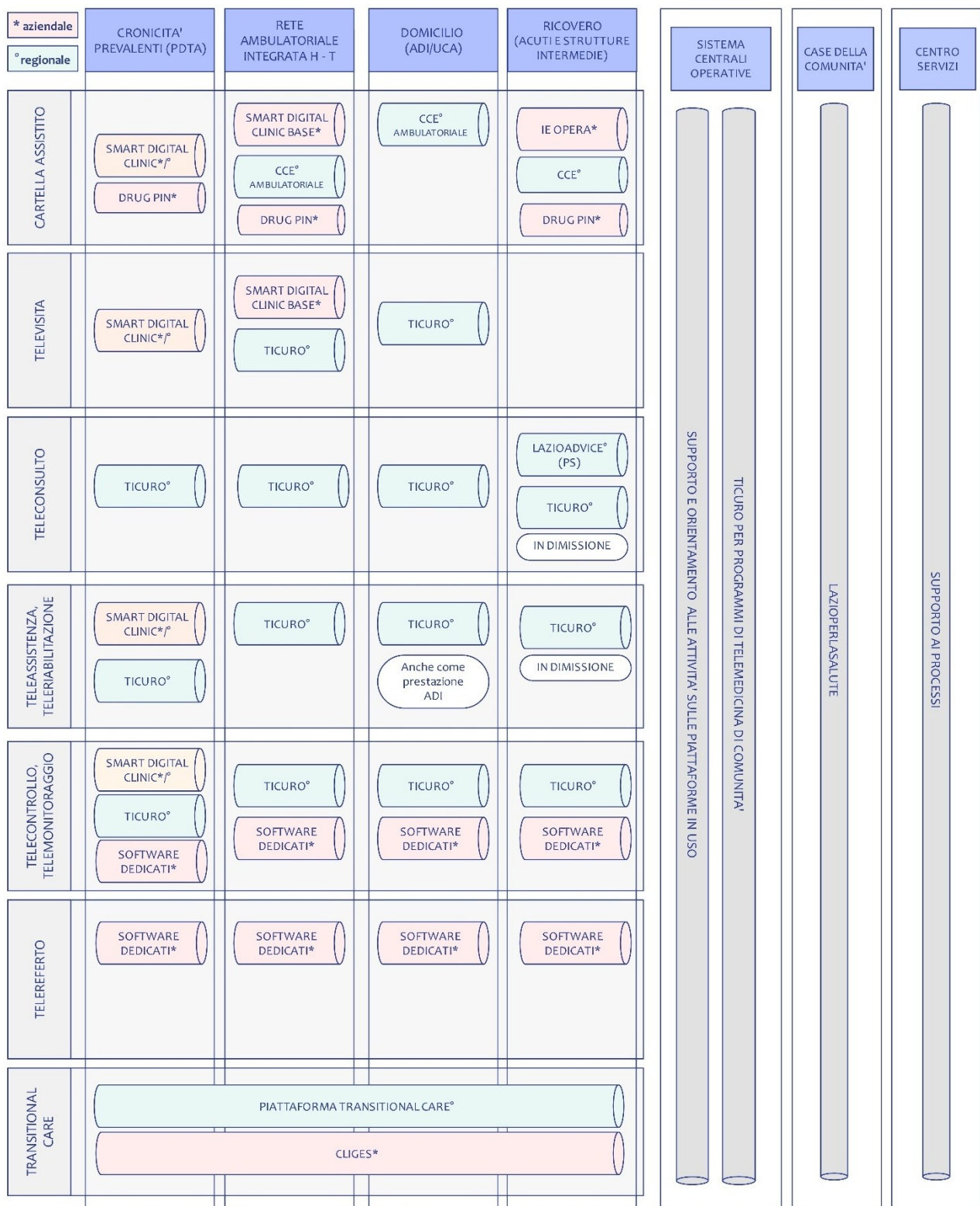
Per i percorsi clinici già attivi, si prevede una revisione delle reti cliniche integrate come definite nell'ambito del nuovo Atto di autonomia Aziendale. Tale revisione determina di per sé la necessità di una implementazione delle attività di telemedicina, tra cui anche dell'utilizzo dell'applicativo Drug-PIN® per la valutazione del rischio di interazione tra farmacie e farmaci e altre sostanze al fine di limitare inappropriately prescrittiva e facilitare l'aderenza terapeutica.

Le reti vanno pensate come l'infrastruttura su cui si muovono i PPDTA, le strade percorse dall'assistito sulla base delle necessità di salute espresse. Il modello prevede una rete integrata della specialistica sviluppata secondo un sistema declinato in livelli di complessità diagnostica, terapeutica e assistenziale e di intensità di cura. Questi livelli sono collegati e prevedono la possibilità di una presa in carico condivisa del paziente cronico che viene inviato nel setting più appropriato secondo la fase e la stadiazione/il grading della malattia.

Nei diversi livelli sono previste nell'ambito dei percorsi di cura agende dedicate alle attività di telemedicina. Quanto riportato nell'immagine a seguire definisce l'attuale configurazione dell'infrastruttura aziendale di telemedicina. Il quadro rappresentato è ovviamente in continua evoluzione.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Linee operative aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

Immagine 1. Infrastruttura aziendale per i processi di telemedicina



In allegato il resoconto delle attività di telemedicina svolte nel 2025

4. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017, recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza
- Decreto Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. G.U. serie Generale n. 144 del 22-06-2022
- Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2014 (Rep. atti n. 16/CSR) sul documento recante “Telemedicina, linee d’indirizzo nazionali”.
- Accordo Stato-Regioni 17 dicembre 2020 (Rep. Atti n. 215/CSR). Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina.
- Accordo Stato-Regioni 18 novembre 2021 (Rep. Atti n. 231/CSR). Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie.
- Decreto Ministero della Salute 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. G.U. Serie Generale n. 120 del 24-05-2022.
- Decreto Interministeriale 21 settembre 2022. Approvazione delle linee guida per i servizi di Telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio. G.U. Serie Generale n. 256 del 02-11-2022
- Decreto Interministeriale 30 settembre 2022. Procedure di selezione delle soluzioni di Telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di Telemedicina e l’adozione delle Linee di indirizzo per i servizi di Telemedicina. G.U. Serie Generale n. 298 del 22-12-2022.
- Ministero della Salute. Decreto-legge 27 gennaio 2022, n. 4 Misure urgenti in materia di sostegno alle imprese e agli operatori economici, di lavoro, salute e servizi territoriali, connesse all’emergenza da COVID-19, nonché per il contenimento degli effetti degli aumenti dei prezzi nel settore elettrico.
- Decreto Ministero della Salute 19 novembre 2025. Disciplina del trattamento dei dati personali nell'ambito della infrastruttura della Piattaforma nazionale telemedicina. G.U. Serie Generale n.301 del 30-12-2025.
- AGENAS – Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l’attuazione dell’assistenza domiciliare (Milestone EU M6C1-4)
- Monitor – Elementi di analisi e osservazione del sistema salute – Numero 46 “Telemedicina e intelligenza artificiale”
- Monitor – Elementi di analisi e osservazione del sistema salute – Numero 47 “Telemedicina e intelligenza artificiale a supporto dell’assistenza territoriale”
- Monitor – Elementi di analisi e osservazione del sistema salute – Numero 50 “Linee di indirizzo per i servizi di Telemedicina in ambito reumatologico”
- Raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale emanate dall’Istituto Superiore di sanità su specifici percorsi clinico-assistenziali. <https://www.iss.it/snlg-buone-pratiche>
- World Health Organization, Regional Office for Europe. (2024). Support tool to strengthen telemedicine: Resource for assessment, strategy development, and strengthening of telemedicine services (Document No. WHO/EURO:2024-9548-49320-73720). <https://iris.who.int/handle/10665/378151>
- Documenti d’indirizzo emanati da AGENAS 2026: Glossario Nazionale Di Telemedicina, Modelli orientativi di erogazione della televisita, del telecontrollo e telemonitoraggio, del teleconsulto, della teleassistenza, Linee di indirizzo sulla realizzazione e il funzionamento dei centri servizi per la telemedicina, Linee d’indirizzo per evoluzione sistemi medicali di telemonitoraggio.
- Deliberazione 2 aprile 2026, n. 180 Avvio e diffusione sul territorio Regionale della Piattaforma Regionale di Telemedicina denominata "TICURO" fruibile tramite web e app-mobile.
- Deliberazione del Direttore Generale n. 520 del 13 marzo 2026 Approvazione e adozione sistema gestione qualità aziendale e rete aziendale per il miglioramento continuo.
- Deliberazione del Direttore Generale n. 1568 del 20 luglio 2026 Adozione delle "Linee operative per la costruzione delle agende di prenotazione della specialistica ambulatoriale e reti e percorsi clinici integrati".

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Linee operative aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

5. DEFINIZIONI E GLOSSARIO

Fondamentale in questa fase condividere un linguaggio comune nell'ambito delle attività per tanto si farà riferimento al **Glossario nazionale di telemedicina** emanato da Agenas (29/01/2026) e alle successive linee di indirizzo per i diversi ambiti di attività ricompresi nella definizione di telemedicina.

Il seguente glossario fornisce un repertorio ufficiale e condiviso delle definizioni relative alle prestazioni, alle componenti operative e alle infrastrutture tecnologiche abilitanti l'erogazione dei servizi di Telemedicina nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

La Telemedicina è una modalità innovativa e integrativa di erogazione di servizi e prestazioni sanitarie, e assistenziali a distanza, La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria consentendo l'erogazione di servizi a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

Attraverso la telemedicina è possibile garantire la fruizione di servizi sanitari senza che il paziente o l'assistito debba recarsi presso le strutture sanitarie, rendendo accessibili le cure attraverso uno scambio sicuro di dati, immagini, documenti e videochiamate, tra i professionisti sanitari e i pazienti nell'ambito della prevenzione, della diagnosi, delle terapie e dei monitoraggi dei parametri clinici, ma anche per facilitare la collaborazione multidisciplinare sui singoli casi clinici e anche per lo scambio di informazioni tra professionisti. Contribuisce così alla gestione integrata e personalizzata dei pazienti nelle varie fasi del percorso assistenziale, assicurando equità di accesso, appropriatezza clinica e continuità assistenziale.

Attraverso la telemedicina è possibile garantire la fruizione di servizi sanitari senza che il paziente o l'assistito debba recarsi presso le strutture sanitarie, rendendo accessibili le cure attraverso uno scambio sicuro di dati, immagini, documenti e videochiamate, tra i professionisti sanitari e i pazienti, garantendo in alcune situazioni clinico-assistenziali lo svolgimento delle prestazioni professionali equivalenti agli accessi tradizionali.

Permette ai pazienti di consultare il proprio medico a distanza, utilizzando piattaforme sicure e protette e offre numerosi vantaggi, tra cui la comodità di evitare spostamenti, rendendola particolarmente utile per le persone con difficoltà di mobilità, per chi vive in aree remote o per coloro che necessitano di controlli frequenti. Inoltre, consente di facilitare il follow up dopo le dimissioni ospedaliere e, indirettamente, di ridurre i tempi di attesa grazie all'ottimizzazione degli accessi per visite di controllo.

L'interazione tra medici, permette di migliorare le scelte diagnostiche e terapeutiche e rende più efficienti ed efficaci i percorsi di cura, garantendo un appropriato accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Le prestazioni di telemedicina, rispetto all'appropriatezza erogativa, sono suddivisibili in quattro tipologie:

- prestazioni** che possono essere **assimilate** a qualunque prestazione sanitaria diagnostica e/o terapeutica tradizionale, rappresentandone un'alternativa di erogazione;
- prestazioni** che non possono sostituire la prestazione sanitaria tradizionale ma piuttosto la **supportano** rendendola meglio accessibile e/o aumentandone l'efficienza e l'equità distributiva;
- prestazioni** che **integrano** in varia proporzione la prestazione tradizionale rendendola più efficace e più capace di adattarsi in modo dinamico ai cambiamenti delle esigenze di cura dei pazienti;
- prestazioni** che risultino capaci di **sostituire** completamente la prestazione sanitaria tradizionale, rappresentando nuovi metodi e/o tecniche diagnostiche e/o terapeutiche e realizzando nuove prassi assistenziali utili ai pazienti.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO Edizione: 1 del 10/09/26	SISTEMI DI GOVERNANCE	 REGIONE LAZIO Pag. 9 a 41
	LINEE OPERATIVE PER L'UTILIZZO DELLA TELEMEDICINA A SUPPORTO DELLE RETI E PERCORSI CLINICI INTEGRATI	

Va inoltre considerato che, poiché le manovre di semeiotica fisica che è possibile eseguire in telemedicina si basano esclusivamente su ciò che il **medico può vedere e sentire**, migliore sarà la **qualità dell'immagine e dell'audio**, maggiore sarà la porzione di esame obiettivo che potrà essere effettuata a distanza.

A seguire le definizioni dei principali servizi riconosciuti come prestazioni sanitarie a distanza dal SSN.

a) Televisita

La televisita è un atto medico, una visita medica a distanza, durante la quale il medico interagisce in tempo reale tramite videochiamata con il paziente (se necessario con il caregiver). La televisita consente al medico di raccogliere dati clinici, inclusi referti, immagini e altre informazioni sanitarie, assicurando il rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali e sicurezza delle informazioni sanitarie.

La televisita consente di confermare una diagnosi o formulare una diagnosi differenziale, prescrivere terapie e rilasciare documentazione con pieno valore clinico e medico - legale (referto; certificato; altre prescrizioni), che può essere trasmessa al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) per garantirne tracciabilità e accessibilità.

Il medico, in qualità di responsabile clinico della prestazione, valuta l'appropriatezza della televisita caso per caso, in base alle condizioni cliniche del paziente e alla disponibilità di informazioni sanitarie rilevanti.

Non può essere mai considerata il mezzo per condurre la relazione medico-paziente esclusivamente a distanza e, in linea generale, non sostituisce la prima visita in presenza, che resta raccomandata per una valutazione completa e diretta del paziente. Tuttavia, in specifici casi clinici selezionati, la televisita può essere utilizzata anche per la prima valutazione del paziente, quando il medico ritiene, sotto la propria responsabilità, che la modalità a distanza consenta comunque una valutazione clinica completa e sicura.

b) Teleconsulto

Il teleconsulto consiste in un confronto tra due o più professionisti sanitari per condividere valutazioni cliniche, diagnostiche, terapeutiche o gestionali relative a un paziente. Si basa prioritariamente sulla condivisione sicura e strutturata di dati clinici, referti, immagini e altri documenti digitali idonei e può svolgersi in **tempo reale** anche tramite videochiamata, o in **modalità asincrona**, in base alle esigenze clinico organizzative.

Nell'ambito dell'emergenza-urgenza, il teleconsulto sincrono si può svolgere in presenza del paziente.

Il Teleconsulto supporta il processo decisionale e la presa in carico multiprofessionale del paziente, senza sostituire le attività di cura in presenza. Contribuisce alla definizione del referto clinico, ma **non genera un referto autonomo**.

A seconda del contesto clinico e delle competenze richieste dal caso specifico, il teleconsulto può assumere diverse forme applicative, coinvolgendo attivamente tutti i professionisti sanitari di pertinenza, medici e non medici (es. psicologi, biologi, nutrizionisti, infermieri, terapisti della riabilitazione, ecc.), all'interno di percorsi condivisi in un'ottica di collaborazione interprofessionale.

Per quanto concerne il teleconsulto e la teleconsulenza intra-regionale, cioè fatto all'interno della stessa regione ma tra strutture sanitarie diverse, dovrà essere garantita la gestione delle disponibilità degli specialisti aderenti al servizio, sia in modalità sincrona che asincrona.

c) Telemonitoraggio e Telecontrollo

Il Telemonitoraggio e il Telecontrollo sono servizi sanitari di Telemedicina che, pur **differenziandosi per modalità operative e intensità assistenziale**, condividono l'utilizzo di dispositivi per la rilevazione di parametri vitali e biometrici, nonché di infrastrutture digitali per la trasmissione dei dati. Entrambi concorrono a garantire la continuità assistenziale, la personalizzazione degli interventi e la presa in carico a distanza del paziente.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Linee operative aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO Edizione: 1 del 10/09/26	SISTEMI DI GOVERNANCE	 REGIONE LAZIO Pag. 10 a 41
	LINEE OPERATIVE PER L'UTILIZZO DELLA TELEMEDICINA A SUPPORTO DELLE RETI E PERCORSI CLINICI INTEGRATI	

Il **Telemonitoraggio** si distingue in due tipologie operative:

- **Telemonitoraggio di Tipo I:** si configura come un'attività di monitoraggio da remoto dei parametri clinici e/o vitali effettuata in modalità periodica o, in alcuni casi, continua per brevi periodi. Non prevede necessariamente l'impostazione automatica di soglie di allarme né una risposta in tempo reale: i dati vengono valutati periodicamente da professionisti sanitari secondo protocolli stabiliti. Questa modalità è adatta a pazienti con diagnosi nota o sospetto per lo più stabili, a bassa complessità clinica o in follow-up, per i quali è sufficiente un monitoraggio osservazionale con interventi sanitari solo in caso di variazioni rilevanti. Richiede bassa complessità organizzativa e un fabbisogno assistenziale programmabile e compatibile con le attività sanitarie territoriali.
- **Telemonitoraggio di Tipo II:** si configura come un'attività di monitoraggio da remoto continuo o ad alta frequenza dei parametri vitali o clinici, con soglie preimpostate e sistemi di allerta automatica. I dati vengono integrati in un sistema di gestione strutturato: ogni anomalia genera un allarme che richiede una risposta sanitaria tempestiva e tracciabile, secondo protocolli regionali o aziendali. È indicato per pazienti ad alta complessità, fragili o comunque instabili, che necessitano di sorveglianza attiva e risposta assistenziale rapida. Tipicamente rientrano in questa categoria i pazienti con dispositivi medici impiantabili (es. pacemaker, defibrillatori, microinfusori di insulina; altri simili) o comunque dispositivi che generano dati in tempo reale e richiedono una gestione immediata in caso di anomalie. Tale modalità implica un livello di attenzione elevato da parte degli operatori sanitari e può comportare un carico assistenziale significativo.

Il **Telecontrollo** è un servizio sanitario orientato al monitoraggio regolare e programmato di condizioni cliniche a lenta evoluzione, o a scopo preventivo. Il suo obiettivo è apportare un beneficio medico assistenziale attraverso attività sanitarie personalizzate, definite in coerenza con il piano di cura del paziente. A differenza del Telemonitoraggio di tipo II, non richiede interventi tempestivi né prevede sistemi automatici di allerta, mentre condivide numerose caratteristiche con il Telemonitoraggio di Tipo I, sia dal punto di vista tecnologico sia organizzativo. Entrambi i servizi si basano su un'assistenza pianificabile e continuativa, con un livello di responsabilità clinica assimilabile a quello delle prestazioni ambulatoriali programmate in presenza, e risultano particolarmente adatti a essere integrati e gestiti nell'ambito dei servizi sanitari territoriali.

d) Teleassistenza

La teleassistenza è un atto professionale che rientra nelle competenze specifiche della **professione sanitaria di riferimento** e si realizza attraverso un'interazione a distanza tra il professionista e il paziente o caregiver, con l'obiettivo di sostenere la gestione della condizione di salute, promuovere il benessere e garantire la continuità assistenziale nel contesto domiciliare o di vita. È rivolta soprattutto a persone con patologie croniche, fragilità o in condizioni di vulnerabilità.

La teleassistenza è **generalmente programmata e ripetibile**, in coerenza con piani di cura individualizzati. L'interazione avviene principalmente tramite videochiamata tra il professionista erogatore e il paziente o caregiver, con eventuale coinvolgimento di altro professionista sanitario. Durante lo svolgimento della prestazione è possibile condividere dati clinici, referti, immagini e utilizzare applicazioni dedicate per somministrare questionari, fornire materiali educativi o condividere video tutorial. Può essere realizzata anche in collaborazione con professionisti dell'ambito sociale, in coerenza con quanto previsto dal DM 29 aprile 2022 e dalla Legge quadro 328/2000, nell'ottica di una presa in carico integrata e multiprofessionale. In questa prospettiva, la teleassistenza può prevedere il coinvolgimento di diversi professionisti sanitari abilitati (es. infermieri, psicologi, nutrizionisti, fisioterapisti, logopedisti etc.), in risposta ai bisogni specifici della persona assistita. Rientrano nell'ambito della teleassistenza il telenursing e la teleriabilitazione.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Linee operative aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

e) Telerefertazione

È una relazione rilasciata dal medico che ha sottoposto un paziente a un esame clinico o strumentale il cui contenuto è quello tipico delle refertazioni eseguite in presenza e che viene scritta e trasmessa per mezzo di sistemi digitali e di telecomunicazione. Il medico esegue e invia il telereferto in tempi idonei alle necessità cliniche del paziente e in modo concorde con il medico che ha richiesto l'esame clinico o strumentale. Il telereferto può essere rilasciato successivamente all'esecuzione tradizionale in presenza dell'esame clinico o strumentale, quando ciò sia utile al paziente, all'interno di un adeguato, efficace e sicuro processo di gestione a distanza dell'esame clinico o strumentale (telegestione), nel quale il medico che esegue il telereferto sia distante dal luogo di esecuzione dell'esame, possa avvalersi secondo i casi della collaborazione del medico richiedente o di un *sanitario addetto situato presso il paziente*, con i quali possa comunicare in tempo reale per via telematica/telefonica. Il medico formalizza la telediagnosi con firma digitale.

f) Triage telefonico.

Il triage o la consulenza telefonica effettuati da medici o operatori sanitari verso i pazienti allo scopo di indicare il percorso diagnostico/terapeutico più appropriato e la necessità di eseguire la visita in tempi rapidi in presenza o a distanza o la possibilità di rimandarla ad un momento successivo assegnando un nuovo appuntamento, non rientra tra le attività riconducibili alla telemedicina. Ma può essere ad essa collegato in risposta alla gestione di app di autocontrollo o per azione di formazione/informazione preventive alla attivazione di servizi di telemedicina.

A seguire le definizioni dei servizi/sistemi collegati alla telemedicina

Centro Servizi: è un'articolazione organizzativa di natura strutturale o funzionale supporta in modo trasversale l'erogazione dei servizi di Telemedicina. È responsabile della gestione logistica dei dispositivi, della formazione tecnica al paziente/caregiver o all'operatore sanitario, dell'attivazione e configurazione dei dispositivi, dell'Help Desk e assistenza tecnica continuativa e della verifica periodica della loro funzionalità.

Pur non avendo responsabilità clinica diretta, il Centro Servizi garantisce la continuità tecnica e organizzativa dei servizi, integrandosi con le Centrali Operative Territoriali (COT) e con i Centri Erogatori, supportando i professionisti sanitari coinvolti nei percorsi di cura per la corretta presa in carico dei pazienti.

Nell'ambito dei modelli organizzativi previsti a livello nazionale, il Centro Servizi contribuisce, inoltre alla gestione del ciclo di vita dei dispositivi e alla tracciabilità delle attività di supporto, operando in coordinamento con le piattaforme digitali di Telemedicina e con l'Infrastruttura Regionale di Telemedicina.

Help Desk: è la funzione di supporto tecnico-operativo, integrata nel Centro Servizi, dedicata all'assistenza continuativa per gli utenti e i professionisti sanitari nell'utilizzo dei servizi di Telemedicina. Garantisce supporto multicanale (telefonico, digitale, telematico), fornendo assistenza nella gestione dei dispositivi, nell'accesso alle piattaforme digitali e nella risoluzione di eventuali criticità tecniche o di utilizzo.

L'Help Desk contribuisce a garantire:

- la continuità di servizio, intervenendo tempestivamente nella risoluzione di problematiche tecniche;
- l'accessibilità ai servizi, supportando anche utenti fragili o con disabilità;
- la qualità complessiva dell'esperienza d'uso dei servizi di Telemedicina, migliorando la compliance del paziente e facilitando il lavoro dei professionisti sanitari.

Centro Erogatore: Entità responsabile dell'erogazione delle prestazioni sanitarie in Telemedicina. Può essere costituito da una struttura del SSN pubblica o privata, autorizzata e/o accreditata, oppure da singoli professionisti (es. Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici specialisti) che operano mediante una rete di telecomunicazioni.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Linee operative aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

Fascicolo Sanitario Elettronico: Strumento digitale e interoperabile che raccoglie, organizza e rende accessibili i dati sanitari e socio-sanitari relativi a un singolo paziente, generati da operatori sanitari e strutture del SSN. Permette la condivisione delle informazioni sanitarie tra operatori e strutture, nel rispetto della normativa su privacy e sicurezza dati. Attraverso il FSE, il cittadino accede alla propria documentazione sanitaria e avere una visione completa e aggiornata della propria storia clinica.

Firma digitale: È uno strumento crittografico con lo stesso valore legale della firma autografa che permette ai medici e agli operatori di sottoscrivere documenti clinici elettronici. Garantisce chi ha firmato il documento e assicura che non sia stato modificato dopo l'emissione. È obbligatoria per validare e caricare referti, prescrizioni, lettere di dimissione e verbali nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

GLOSSARIO	
PNT - Piattaforma Nazionale di Telemedicina	Sistema digitale nazionale di riferimento per la Telemedicina, sviluppato da Agenas per garantire la tracciabilità, la standardizzazione e l'interoperabilità dei servizi sanitari di telemedicina, nel rispetto dei più elevati standard di sicurezza e protezione dei dati.
INT - Infrastruttura Nazionale di Telemedicina	Offre alle IRT servizi abilitanti a supporto dell'erogazione delle prestazioni di telemedicina senza effettuare trattamenti di dati personali
IRT - Infrastruttura Regionale di Telemedicina	Infrastruttura tecnologica e gestionale attivata a livello regionale per l'erogazione, il monitoraggio e la gestione operativa dei servizi di Telemedicina, in coerenza con il modello nazionale e in connessione con la Piattaforma Nazionale di Telemedicina.
HL7-FHIR - Fast Healthcare Interoperability Resources	Standard internazionale per la strutturazione e lo scambio di dati sanitari in formato interoperabile, adottato dalla Piattaforma Nazionale di Telemedicina
CQL - Clinical Quality Language	Linguaggio informatico standardizzato sviluppato per descrivere condizioni mediche e criteri, a supporto delle decisioni cliniche
CDSS - Clinical Decision Support System	Sistemi di supporto alle decisioni cliniche, nelle scelte diagnostiche e terapeutiche e gestionali basati su evidenze scientifiche e protocolli clinici validati.
Ecosistema Dati Sanitari	Infrastruttura digitale nazionale che raccoglie, aggrega ed elabora i dati sanitari provenienti da diverse fonti, inclusi i FSE regionali.
Interconnessione	Capacità di sistemi informativi distinti di essere tecnicamente collegati tra loro, consentendo la trasmissione e la ricezione di dati attraverso canali di comunicazione, interfacce applicative e altri meccanismi di integrazione tecnica.
Interoperabilità	Capacità di sistemi digitali e piattaforme sanitarie di comunicare, scambiare dati in modo coerente e standardizzato e utilizzarli efficacemente all'interno dei processi clinici assistenziali e organizzativi sulla base di standard condivisi, regole e modelli comuni.
Remote Patient Monitoring	Sistema di monitoraggio remoto dei parametri vitali e clinici del paziente tramite dispositivi medici connessi, che trasmettono dati agli operatori sanitari per consentire interventi tempestivi e personalizzati nella gestione della salute del paziente.
Soglie Cliniche - Thresholds	Valori predefiniti di parametri clinici (telemonitoraggio) per identificare variazioni potenzialmente critiche della salute del paziente e attivare interventi tempestivi.
GST - Gestore Soluzioni di Telemedicina	Modulo della PNT responsabile del processo di validazione delle soluzioni di telemedicina. Verifica la conformità ai requisiti tecnici, funzionali e organizzativi previsti, supportando l'integrazione delle soluzioni nell'ecosistema sanitario digitale nazionale.
Business Glossary	Consente di descrivere, raccogliere e condividere un insieme di Cataloghi e Indicazioni Clinico-Organizzative, al fine di favorire l'interoperabilità e l'uniformità nei processi di erogazione dei servizi di telemedicina attraverso l'adozione di un linguaggio comune.
Authoring Tool	Componente software progettata per guidare i professionisti nella configurazione digitale di Indicazioni Clinico-Organizzative secondo criteri standardizzati nazionali.
Terminology Server	Componente software dedicato all'editing, alla gestione e alla pubblicazione di risorse terminologiche FHIR.

6. REVISIONE E AGGIORNAMENTI

Il presente documento verrà aggiornato e revisionato nel rispetto delle politiche e delle linee strategiche aziendali o sulla base di specifiche disposizioni normative.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Linee operative aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

7. FINALITÀ E OBIETTIVI

La finalità del presente documento è duplice:

- in prima istanza definire un linguaggio comune nell'ambito delle attività di telemedicina e condividere le tecniche di funzionamento e le regole di ingaggio degli assistiti,
- in seconda istanza definire il modello organizzativo aziendale e il sistema di governance dei processi aziendale.

Lo scopo ultimo è comunque quello di realizzare una concreta assistenza di prossimità e la proattività degli interventi attraverso la corretta concretizzazione delle reti cliniche integrate ospedale – territorio, garantendo al contempo la sicurezza delle cure, la razionalizzazione delle liste d'attesa e l'effettiva funzionalità dei nuovi setting di cura.

Obiettivi

- colmare il divario tra le disparità territoriali e migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari dei pazienti su tutto il territorio provinciale;
- favorire l'implementazione omogenea dei percorsi di telemedicina;
- migliorare la qualità delle cure e facilitare la presa in carico acuta e cronica dotare i professionisti sanitari di nuovi strumenti validati
- favorire la deospedalizzazione e potenziare qualità e sicurezza delle cure di prossimità;
- facilitare la programmazione, il governo e lo sviluppo della sanità digitale;
- offrire maggiore integrazione tra i servizi sanitari regionali e le piattaforme nazionali attraverso soluzioni innovative, codifiche e standard terminologici condivisi a livello nazionale.

Le attività di telemedicina concorrono all'obiettivo della prossimità e vicinanza al cittadino e si inseriscono tra gli interventi di medicina di iniziativa volti a prevedere e prevenire possibili complicanze e riacutizzazioni.

Le azioni indicate nel documento contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi volti al contenimento delle liste d'attesa, la riduzione dell'inappropriatezza prescrittiva e il contenimento del fenomeno del sovraccollamento delle strutture sanitarie.

I nuovi setting di cura, le nuove tecnologie sono volti ad alimentare una cultura di salute, sia del singolo che della comunità, più vicina ai bisogni della popolazione, il cui sviluppo deve essere visto quale evoluzione delle politiche e dei sistemi sanitari, di salute individuale e della collettività.

Le presenti linee operative sono inoltre **propedeutiche** a:

- la piena realizzazione delle reti cliniche integrate attraverso la connessione da remoto tra i vari nodi e centri erogatori;
- la definizione dei percorsi integrati di cura con la piena partecipazione delle professioni sanitarie con interventi proattivi in presenza e da remoto.

8. CAMPO DI APPLICAZIONE E TARGET DI RIFERIMENTO

Gli ambiti prioritari per lo sviluppo delle sopracitate attività di telemedicina sono:

- in dimissione: al fine di garantire nel breve periodo la continuità di cura con controlli a distanza oltre che in presenza e attività di teleassistenza e lo scambio di informazioni con l'equipe di presa in carico sul territorio questo vale anche per i setting di assistenza residenziale territoriali, assicurare il telemonitoraggio di tipo II
- domiciliare: per gli assistiti impossibilitati o comunque accedono con difficoltà alle strutture sanitarie o che per la fragilità presentata devono evitare frequenti accessi in ambito ospedaliero o ambulatoriale, in

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Linee operative aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

 Edizione: 1 del 10/09/26	SISTEMI DI GOVERNANCE	 Pag. 14 a 41
	LINEE OPERATIVE PER L'UTILIZZO DELLA TELEMEDICINA A SUPPORTO DELLE RETI E PERCORSI CLINICI INTEGRATI	

questo caso vanno individuate tutte le strategie possibili per assicurare la continuità di cure a domicilio, evitare i ricoveri e gli accessi in Pronto Soccorso, limitare le ore per visite specialistiche in presenza

- ambulatoriale: gli ambulatori degli specialisti di riferimento per la presa in carico integrata di pazienti con patologie croniche si possono avvalere di strumenti diagnostici per limitare gli accessi in presenza, monitorare l'andamento della patologia limitando le fasi di scompenso/riacutizzazione e prevenendo eventi avversi e complicanze, verificare l'aderenza terapeutica e supportare l'assistito e i famigliari al self management, attivare percorsi che garantiscano la prossimità degli interventi
- nei servizi di emergenza, sfruttando le caratteristiche delle trasmissioni telematiche assistite da sistemi software per scambiare informazioni cliniche, ampliando le possibilità collaborative all'interno della rete sanitaria. Ciò consente di agevolare la gestione da parte dei sanitari dei pazienti critici direttamente sul luogo del recupero o nei più vicini presidi ospedalieri o strutture sanitarie, anche se sprovvisti dei servizi specialistici in collegamento con gli hub di riferimento.

Per tali attività gli specialisti delle reti cliniche integrate si potranno avvalere del supporto di équipe infermieristiche territoriali dedicate (equipe multidisciplinari delle Case della comunità) e/o dei servizi di cure domiciliari (ADI/UCA), in rete con le articolazioni organizzative ospedaliere.

Il target tutti gli assistiti e i loro caregiver che si trovano nei setting di cura indicati e possono beneficiare dei processi di telemedicina nel percorso di cura. Il percorso di cura sarà personalizzato sulla base delle necessità clinico assistenziali della persona e in relazione delle competenze digitale della persona e del suo caregiver al fine di garantire interventi in sicurezza.

Un assistito, per poter usufruire dei servizi di telemedicina, deve risultare eleggibile da più punti di vista: clinico, tecnologico, culturale, di autonomia o disponibilità di un caregiver.

Trattandosi di un servizio da remoto, è infatti necessario che il paziente, o chi per lui, abbia capacità e dotazioni tecnologiche, oltre che condizioni cliniche compatibili con la prestazione telematica.

L'eleggibilità clinica è rimessa all'insindacabile giudizio del medico, che valuterà, sulla base delle condizioni cliniche e sociali del paziente, se proporgli i servizi di telemedicina.

Sarà soggetta a valutazione anche la dotazione tecnologica di cui il paziente dispone e la sua capacità di utilizzare gli appositi kit per la telemedicina, previo sopralluogo, se necessario.

9. GOVERNANCE DEL MODELLO

Governance della fase transitoria

Al fine di implementare le attività di telemedicina in un'ottica di scaling up (in termini di linee di attività e di volumi), definire le indicazioni operative, garantire supporto e assistenza sia agli utenti che agli operatori sono stati identificati vari livelli di governance come di seguito indicati.

Gli stessi potranno subire variazione nelle fasi successive sulla base dei volumi di attività conseguenti all'avvio dei progetti attivati.

A. Cabina di regia

La cabina di regia è composta da tutti gli attori che, per expertise o per ambito di attività, hanno un ruolo significativo nella fase di avvio e implementazione.

Competerà alla cabina di regia

- il supporto all'avvio e implementazione delle attività
- l'organizzazione dei percorsi di formazione e addestramento
- il monitoraggio e la verifica delle attività
- la revisione e il costante aggiornamento dei processi anche coinvolgendo altri portatori di interesse
- la sensibilizzazione e il supporto all'utilizzo dei sistemi

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Linee operative aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO Edizione: 1 del 10/09/26	SISTEMI DI GOVERNANCE	 REGIONE LAZIO Pag. 15 a 41
	LINEE OPERATIVE PER L'UTILIZZO DELLA TELEMEDICINA A SUPPORTO DELLE RETI E PERCORSI CLINICI INTEGRATI	

- l'interpretazione dei feedback degli utenti, adattando le procedure alle reali necessità
- il funzionamento della filiera delle attività

Il gruppo è composto da:

- Referente dei sistemi informativi in qualità di amministratore di struttura, figura di riferimento per l'articolazione organizzativa preposta a livello Regionale (Ufficio di telemedicina – area innovazione e ICT) nonché coordinatore del gruppo,
- Referente della *UOC Cure primarie, reti integrate specialistica di prossimità e telemedicina del territorio* quale collegamento tra ambito ospedaliero, territoriale, domiciliare e con la medicina del ruolo unico,
- Referente per ingegneria clinica e processi di HTA, per supporto nella scelta e nell'utilizzo dei device e dei dispositivi medici,
- Referente aziendale per la qualità al fine della corretta definizione di progetti, percorsi e procedure,
- Referente per la rete integrata di cardiologia, referente per la rete integrata di diabetologia, referente per il centro TAO, referente per la rete pneumologica in qualità di facilitatori di processo,
- Referente per infermieristica di famiglia e di comunità e referente per l'area della riabilitazione, figure di riferimento per l'avvio dei processi di teleassistenza,
- Referente COT A quale riferimento per la centrale dei servizi e quale facilitatore di processo per le Centrali Operative.

Il coordinatore del gruppo mantiene le relazioni con i fornitori dei servizi e soprasiede alle attività di competenza dei servizi informatici erogate dal Centro servizi. Gestisce inoltre gli aspetti connessi all'interoperabilità delle piattaforme e al rilascio della firma digitale.

B. Centro servizi

Al momento si prevede un centro servizi multidisciplinare quale struttura tecnico-operativa, che vede la partecipazione della Centrale Operativa Aziendale Territoriale, dove opera personale infermieristico e amministrativo, e dei Sistema Informatici, dove opera personale tecnico e dove è presente l'amministratore di struttura. La COT A assicura la copertura delle attività h12 sette giorni su sette.

Il Centro servizi rappresenta il principale punto di riferimento per l'utente/caregiver, ma anche per i professionisti, in particolare per comunicazioni e bisogni di tipo tecnico-informatico.

La funzione è quella di assicurare supporto assistenziale, amministrativo e tecnico, orientamento e alfabetizzazione sanitaria a garanzia del corretto svolgimento delle attività al fine di evitare l'interruzione del servizio.

Tra le funzioni quella del centro servizi la raccolta delle segnalazioni e del feedback dell'utenza.

La componente tecnica (ingegneria informatica e clinica) della centrale dei servizi si fa carico di tutti gli aspetti tecnologici quali la manutenzione della piattaforma, la gestione degli account, il monitoraggio del corretto funzionamento (gestione dei messaggi di alert di tipo tecnico) dei dispositivi medici, la formazione sull'uso dei dispositivi medici ai pazienti/caregiver, ecc.

La distribuzione dei dispositivi medici al domicilio del paziente, la loro installazione, la manutenzione oltre che il ritiro e la sanificazione al termine del servizio e la formazione agli utenti e agli operatori nell'uso delle tecnologie verrà definita per ogni specifico caso anche sulla base delle condizioni legate ai contratti. Rimane fermo il principio che non sono proprie del setting territoriale le prestazioni di telemonitoraggio continuativo o prestazioni urgenti. Per eventuali attività di monitoraggio h24, gestite da servizi ospedalieri, il centro servizi e lo stesso centro erogatore o se previste da contratto sono direttamente garantite dal fornitore.

Sono disponibili canali di comunicazione dedicati all'utenza e canali di comunicazione dedicati ai professionisti (e-mail e telefono).

C. Centri erogatori

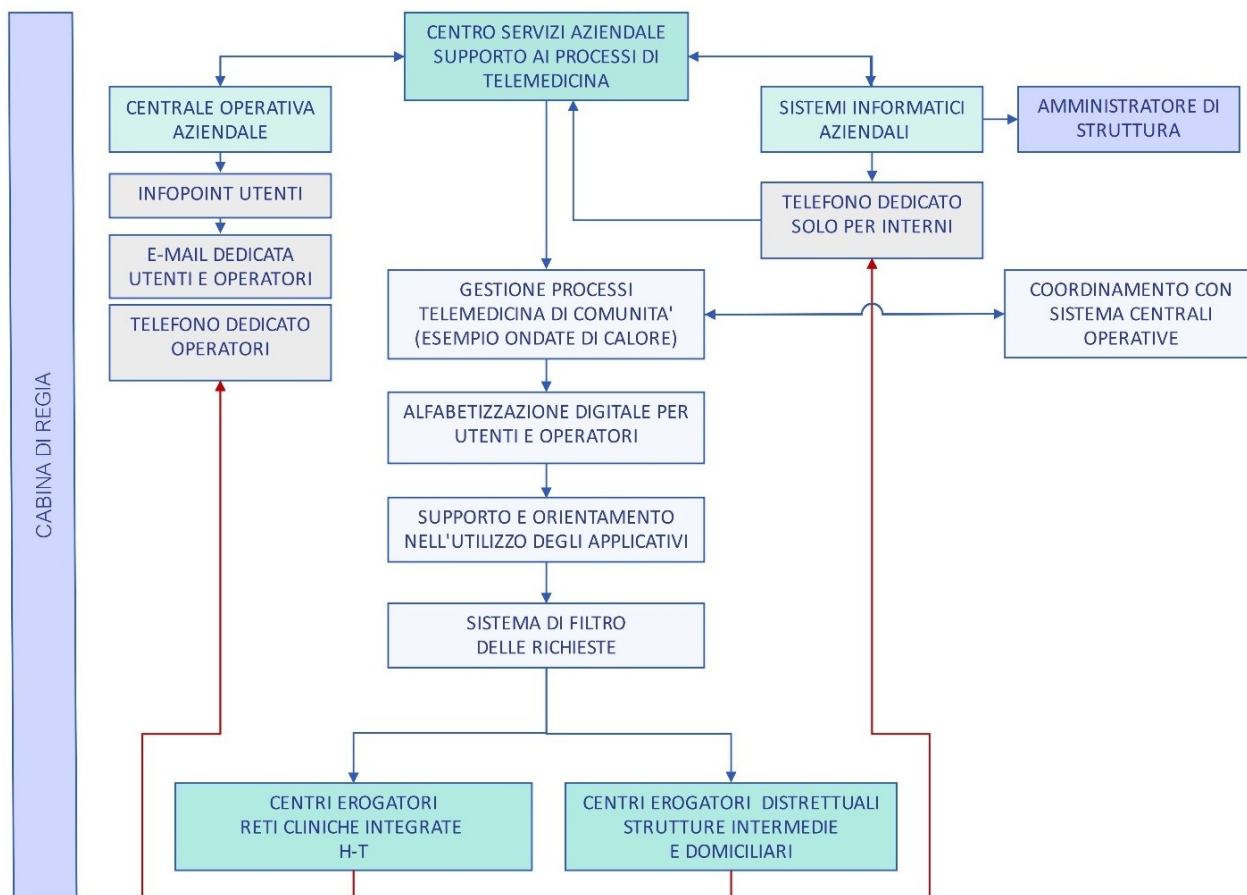
Sulla base dello scaling up delle attività si attiveranno diversi centri erogatori.

I centri erogatori si classificano in due tipologie:

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Linee operative aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

1. **Centri erogatori afferenti alle reti cliniche integrate ospedale territorio** che si occupano prevalentemente della gestione delle cronicità utilizzando, per la definizione dei Progetti Individuali di Salute anche con attività in telemedicina. Tali attività sono di supporto per ridurre il numero degli accessi in presenza negli ambulatori, monitorare l'aderenza terapeutica e mantenere un buon compenso dello stato di salute intercettare precocemente eventuali fasi di scompenso e complicanze e educare all'autocura. Tali centri sono di livello avanzato e richiedono expertise specifiche nell'ambito della patologia trattata anche per il personale infermieristico.
2. **Centri erogatori di struttura** (ad esempio strutture intermedie come le Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali Distrettuali, Unità di Continuità Assistenziali), che si occupano della gestione della fragilità e delle policronicità in maniera più trasversale, anche per ambiti specifici e finestre temporali limitate. Rientrano ad esempio in questa gestione gli eventi stagionali come le ondate di calore, la sorveglianza nel post dimissione ospedaliera, la gestione di percorsi riabilitativi e di supporto sociale e/o psicologico e le attività proprie dell'IfEC. Ad esempio rientrano in questa categoria progetti mirati come quello dei grandi anziani e la gestione dell'*app Lazioinsalute*.

Immagine 2. Governance del modello nella fase di avvio



10. INDICAZIONI OPERATIVE PER L'ESECUZIONE DI PRESTAZIONI IN TELEMEDICINA

Se nell'ambito di un percorso di cura si voglia attivare una o più prestazioni di telemedicina è necessario procedere secondo i seguenti step:

- definire le prestazioni erogabili indicando la tipologia (ad esempio teleconsulto sincrono e/o asincrono),
- individuare il supporto informatico da utilizzare (vedi Immagine 1.) e il centro erogatore di riferimento,
- definire le agende temporali di erogazione della prestazione,
- individuare i possibili richiedenti e modalità di prescrizione,

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Linee operative aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO Edizione: 1 del 10/09/26	SISTEMI DI GOVERNANCE	 REGIONE LAZIO Pag. 17 a 41
	LINEE OPERATIVE PER L'UTILIZZO DELLA TELEMEDICINA A SUPPORTO DELLE RETI E PERCORSI CLINICI INTEGRATI	

- definire la modulistica (consensi, informativa ed eventuale format per refertazione, relazione o report),
- indicare le modalità e i tempi di ricezione e di risposta,
- definire le modalità di gestione di alert clinici e/o tecnologici e di eventuali urgenze – emergenze.

Per la corretta definizione delle agende e l'inserimento delle prestazioni di telemedicina nell'ambito dei percorsi di cura e dei PDTA fare riferimento alla deliberazione n. 1568 del 20/07/2026 e alle successive modifiche e integrazioni.

Le televisite hanno apposito codice CUR, devono seguire le stesse regole applicate alle visite di controllo e devono essere inserite in tutti i contesti dei percorsi clinici.

Le altre attività di telemedicina, pur se non ancora codificabili tramite CUR possono essere istituzionalizzate tramite l'utilizzo di agende sulle piattaforme in uso e **rese tracciabili come attività proprie dei percorsi di cura**. Questo consente la **valorizzazione delle attività svolte come tempo di cura** in particolare anche di quelle condotte dalle professioni sanitarie e sociali.

Il percorso di riconoscimento dei codici CUR per le ulteriori prestazioni di telemedicina è in corso e il presente documento verrà per tanto arricchito con le eventuali necessarie integrazioni.

Qualora per l'erogazione delle prestazioni sia necessario il supporto di altre strutture aziendali, quali le Centrali Operative o il Centro Servizi si dovrà definire apposita procedura che individui matrice delle responsabilità e snodi decisionali del processo.

A seguire vengono indicate le **modalità operative** per l'erogazione di prestazioni in telemedicina che sono ovviamente adattabili a seconda del supporto informatico in uso e gli obiettivi che le stesse si prefiggono.

10.1 FASI ESECUZIONE TELEVISITA

Sono erogabili in televisita le prestazioni ambulatoriali che non richiedono la completezza dell'esame obiettivo del paziente (tradizionalmente composto da ispezione, palpazione, percussione e auscultazione) ed in presenza di almeno una delle seguenti condizioni:

- il paziente necessita della prestazione nell'ambito di un PAI/PDTA;
- il paziente è inserito in un percorso di follow up da patologia nota;
- il paziente affetto da patologia nota necessita di controllo o monitoraggio, conferma, aggiustamento, o cambiamento della terapia in corso (es. rinnovo o modifica del piano terapeutico);
- il paziente necessita di valutazione anamnestica per la prescrizione di esami di diagnosi, o di stadiazione di patologia nota, o sospetta;
- il paziente che necessita della verifica da parte del medico degli esiti di esami effettuati, ai quali può seguire la prescrizione di eventuali approfondimenti, oppure di una terapia.

1. Richiesta televisita

Il medico prescrittore e/o il medico chiamato a eseguire la Televisita assume per prima cosa la responsabilità di valutare se la prestazione possa o meno essere svolta con utilità medica e in condizioni di sicurezza clinica, in base sia alle buone pratiche, linee guida o documenti di indirizzo, che alla propria esperienza professionale. Gli elementi principali che il medico deve valutare per l'eseguibilità della Televisita sono i seguenti:

- l'utilità e la sicurezza clinica;
- consenso del paziente alla prestazione (secondo le normative vigenti in materia di privacy e sicurezza) e l'autorizzazione da parte del paziente alla presenza di un familiare/caregiver (il caregiver partecipa, se la sua presenza facilita l'interazione con il medico o supporta all'ausilio digitale)
- valutare caso per caso la necessità di collaborazione del caregiver, soprattutto per le patologie croniche o neoplastiche, disabilità, età pediatrica o giovane età,
- compliance digitale del paziente.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Linee operative aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

2. Prenotazione televisita

Da chiunque sia prescritta, anche se generalmente è prescritta dallo specialista stesso che procederà all'esecuzione, va prenotata su agende esclusive di controllo/follow up e richiesta come visita successiva o a completamente dell'iter diagnostico -terapeutico sempre con la connotazione **"Altro"**.

In casi eccezionali può essere indicata come prima visita ma va comunque prenotata su agende esclusive previo accordi tra lo specialista, il MMG e l'assistito/caregiver.

Per pazienti non conosciuti, la Televisita è generalmente sconsigliata, ma non esclusa. Può essere indicata in alcune situazioni specifiche, ad esempio:

- se lo specialista è supportato da un altro medico presente con il paziente durante la Televisita (es. tra medico di presidio, medico centro HUB di riferimento o medico UCA);
- in emergenza, su richiesta di un infermiere qualificato (es. 118, Protezione Civile), anche in associazione ad una Teleconsulenza se necessario, per decisioni cliniche urgenti che non possono attendere il trasporto del paziente;
- quando si rende necessaria una conferma diagnostica e la patologia sia caratterizzata da sintomi e segni patognomici obiettivabili a distanza e comunque ci sia il tempo sufficiente per eseguire in sicurezza i successivi accertamenti e attività terapeutiche (è sottinteso che il paziente sia stato già valutato da un altro medico).

3. Organizzazione televisita

- Formazione/informazione all'assistito sulle modalità di accesso alla piattaforma,
- inoltro link di collegamento,
- raccolta di eventuale documentazione clinica e di eventuali dati generati da dispositivi digitali utilizzati dal paziente e/o dal caregiver, sia prima che durante la prestazione stessa.

4. Esecuzione televisita

- Collegamento all'ambulatorio virtuale: il contatto sincrono tra paziente e professionista sanitario attraverso una piattaforma digitale che permetta lo scambio di dati clinici in ogni forma. Ovvero, le parti coinvolte devono poter raccogliere dati anamnestici a distanza in modalità di videoconferenza, accedere a dati clinici del paziente in tempo reale, condividere referti, immagini, audio-video e ogni altra informazione digitale riguardante l'assistito che partecipa alla Televisita,
- raccolta anamnesi e esecuzione di parte dell'esame obiettivo,
- conclusioni e indicazioni al paziente da inserire nel referto,
- se presente dare supporto anche caregiver.

I dati raccolti prima dell'inizio della Televisita o durante la stessa rientrano nella raccolta dell'anamnesi e/o come parti aggiuntive dell'esame obiettivo (es. uso di un pulsiossimetro) e si aggiungono al risultato del colloquio con il paziente, che deve sempre essere comunque svolto dal medico.

Se il medico al termine della Televisita ***ritiene che la prestazione erogata da remoto non sia stata sufficiente a raggiungere gli obiettivi prefissati prescriverà una nuova visita in presenza e/o ulteriori accertamenti diagnostici*** che verranno prenotati su agende esclusive in tempi adeguati alle necessità del paziente e senza ulteriori oneri a suo carico.

Se nel corso del collegamento emergono difficoltà tecniche, organizzative o necessità pratiche impreviste che ne limitano l'esecuzione il medico decide se continuare o meno con il servizio, tenendo conto del rapporto tra rischi e benefici oppure rinvia e riorganizza la visita con nuovo collegamento o in presenza.

Il referto, su carta intestata del centro erogatore, deve contenere:

- data/ora della Televisita;
- quesito diagnostico o motivazione della richiesta;
- sintesi anamnestica e dell'esame obiettivo svolto;
- altri dati/informazioni raccolti/e durante la Televisita;
- conclusioni diagnostiche ed eventuali suggerimenti di approfondimento diagnostico;

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Linee operative aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

- prescrizioni terapeutiche;
- eventuali indicazioni di altre prestazioni di Telemedicina (ad es. necessità di Telemonitoraggio);
- firma digitale del medico refertante.

10.2 FASI ESECUZIONE TELECONSULTO

Lo scopo del Teleconsulto è quello di condividere le scelte mediche rispetto a un paziente da parte dei professionisti coinvolti e rappresenta anche la modalità per fornire la second opinion specialistica ove richiesto. Il Teleconsulto non dà luogo ad un referto a sé stante ma esita in una relazione che può contribuire alla definizione dello stesso.

Il teleconsulto può essere:

- **sincrono** (deve essere sempre previsto in tempo reale se prevista la presenza dell'assistito)
- **asincrono** (in questo caso i tempi di latenza siano preventivamente stabiliti per evitare ritardi nella definizione di diagnosi e/o di trattamenti terapeutici,

e

- **monodisciplinare** (come forma di second opinion)
- **multidisciplinare** (gestione del processo diagnostico, specialmente nei casi di comorbidità o casi in cui sia necessario condividere scelte terapeutiche particolarmente complesse o gestione UVM, GOM ecc), nel secondo caso può interessare anche le professioni sanitarie.

L'uso della videochiamata è indicato come una possibilità utile, ma non obbligatoria in quanto il consulto deve basarsi prioritariamente sulla condivisione dei dati clinici, i referti, le immagini, gli audio-video condivisi per via telematica sottoforma di file digitali idonei (vedi sistemi certificati quali RIS/PACS).

1. Richiesta di Teleconsulto

La decisione e la correlata responsabilità di richiedere un teleconsulto spettano al medico che ha in carico il paziente/soggetto in un dato momento, sia in caso di diagnosi nota, sia di sospetto diagnostico, sia per soggetti apparentemente sani a fini di prevenzione. Deve comunque essere raccolto il consenso dell'assistito o del suo tutore legale, sia per il trattamento dei dati sia con lo scopo quello di assicurarli la possibilità di scelta riguardo all'indicazione medica.

Può essere:

- **programmato in elezione**, con una data limite indicata dal medico richiedente e relativa solo per prestazioni programmate dal medico erogatore,
- **in emergenza-urgenza** dove ci sono percorsi di risposta immediata con percorsi già definiti (vedi reti tempo dipendenti). La procedura di richiesta e attivazione in questo caso deve essere predeterminata, semplice e veloce e immediatamente disponibile. Si ricorda che in emergenza il medico non necessita del consenso del paziente, né del tutore legale, per richiedere un teleconsulto.

2. Prenotazione prestazioni programmate

Il centro o il singolo erogatore definisce l'agenda di teleconsulto sulla piattaforma stabilendo giorni, orari, modalità di teleconsulto (sincrono e/o asincrono, mono o multispecialistico), timing di risposta e possibili richiedenti che hanno accesso al sistema.

Il richiedente effettua la richiesta selezionando le modalità scelte e indicando la data (preferenziale o limite).

Il richiedente indica: dati anagrafici dell'assistito, breve anamnesi, diagnosi, specificando se "certa" oppure "presunta", terapia in corso, quesito formulato e allega i documenti clinici messi a disposizione della consultazione da inserire preventivamente se possibile anche in caso di teleconsulto sincrono.

Le indicazioni sono generiche e possono variare sulla base della piattaforma in uso e delle specifiche tecniche della stessa.

L'erogazione della prestazione programmata avviene in ogni caso tramite pianificazione da parte del medico che ha in carico il paziente (MMG/PLS, Specialista) e il medico erogatore, eventualmente coadiuvati da altro personale per la gestione delle agende (es. infermieristico, amministrativo) o con la collaborazione delle Centrali Operative Territoriali (COT), secondo l'organizzazione locale.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Linee operative aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

3. Organizzazione

L'operatore che consulta le agende e prenota il primo slot disponibile per il teleconsulto tenendo in considerazione eventuali preferenze del collega e del medico erogatore (se lo stesso non gestisce in prima persona le agende). La prenotazione avviene tramite il calendario già predisposto in piattaforma.

La prenotazione viene inviata alla postazione di lavoro dello specialista che erogherà il teleconsulto corredata di indicazione del giorno e ora stabiliti e dei riferimenti del medico richiedente, il sistema genera in automatico il link per l'eventuale connessione.

Il teleconsulto multi-specialistico prevede, oltre lo scambio di informazioni e indicazioni, la condivisione di una decisione finale tra più medici provenienti da diversi ambiti specialistici, nonché spesso anche operanti in differenti strutture (sia a livello locale che regionale). In questo caso le due attività principali sono sempre la discussione collegiale e la condivisione dei dati.

Le agende in questo caso devono essere definite con appuntamenti periodici fissi e i componenti inseriscono in agenda i casi da discutere raccordandosi tra di loro.

4. Erogazione del servizio e rilascio relazione collaborativa

In caso di teleconsulto sincrono si procederà con il collegamento tramite link nella data e all'orario prestabilito.

In caso di teleconsulto asincrono non è prevista la discussione in videoconferenza real time, questo comporta l'invio di messaggi il più possibile completi con tutte le informazioni, i commenti e le affermazioni tecniche necessarie. Al termine della discussione che può vedere lo scambio di ulteriore documentazione o di ulteriori quesiti, ogni medico consultato invia il suo parere scritto al medico richiedente che a sua volta condivide poi con il collega consultato, o con tutti i colleghi coinvolti il referto, la decisione clinica definitiva o la relazione collegiale da allegare al referto/ alla cartella.

Tale relazione non è un referto, ma un documento di lavoro che va sempre registrato e che può diventare parte del referto medico relativo alla prestazione nel corso della quale il teleconsulto è stato richiesto, in ogni caso l'assistito va informato del processo. Il dettaglio completo dei dati da registrare è: tipologia di teleconsulto erogato, nominativi dei presenti, decisione collegiale o annotazione dei pareri, eventuali ulteriori indagini clinico-strumentali e/o terapia consigliata. In ogni caso il medico richiedente può concordare con la decisione condivisa oppure può decidere in autonomia.

10.3 FASI ESECUZIONE TELEMONITORAGGIO/TELECONTROLLO

In termini organizzativi telemonitoraggio e telecontrollo sono due servizi sanitari, due insiemi di prestazioni mediche e assistenziali che sono svolte secondo una sequenza strutturata e adeguata alle necessità delle categorie di pazienti a cui il servizio si rivolge. Possono teoricamente essere applicati trasversalmente a tutte le specialità mediche, ma per la loro complessità tecnologica, organizzativa e professionale, è opportuno riservarli ai casi che ne traggono un reale beneficio clinico, evitando sprechi di risorse.

- **Telecontrollo:** viene utilizzato per monitorare a distanza l'andamento di una condizione clinica perlopiù stabile, come tipico delle patologie croniche. Può essere attivato anche senza diagnosi confermata a scopo preventivo. Le responsabilità degli operatori sanitari sono simili a quelle del controllo ambulatoriale, con attività periodiche basate su un piano personalizzato. Il servizio non richiede trasmissione e risposta in tempo reale, poiché le condizioni monitorate non evolvono rapidamente.
- **Telemonitoraggio:** è destinato a patologie già diagnosticate e a rischio di evoluzione rapida. Richiede trasmissione e gestione dei dati in tempo reale e dispositivi digitali in grado di funzionare anche offline per garantire la sicurezza del paziente in ogni circostanza. Può essere di livello 1 (monitoraggio da remoto periodico o continuativo tramite dispositivi medici) e livello 2 (alta complessità gestita da personale specialistico mediante tecnologie avanzate, vedi dispositivi impiantabili).

1. Arruolamento del paziente nel servizio di telemonitoraggio o di telecontrollo.

Il medico specialista individua gli assistiti da sottoporre al telemonitoraggio/telecontrollo, durante la fase di arruolamento si stabiliscono i criteri che devono essere soddisfatti affinché il paziente possa accedere al servizio.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Linee operative aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

 Edizione: 1 del 10/09/26	SISTEMI DI GOVERNANCE	 REGIONE LAZIO
	LINEE OPERATIVE PER L'UTILIZZO DELLA TELEMEDICINA A SUPPORTO DELLE RETI E PERCORSI CLINICI INTEGRATI	
		Pag. 21 a 41

- Nel **telecontrollo** l'arruolamento può svolgersi anche in **assenza di diagnosi certa**, oppure anche su soggetti sani a fini di prevenzione.
- Nel **telemonitoraggio** la procedura di arruolamento comincia solo se è **certa** la definizione della **diagnosi**.

Si raccomanda che ogni paziente candidato a tali prestazioni sia valutato per mezzo di una sequenza di attività secondo criteri dichiarati:

- valutazione della priorità d'accesso;
- valutazione delle indicazioni cliniche;
- valutazione della compliance anche in termini di valutare se la situazione tecnologica e di contesto disponibile per il paziente consenta in sicurezza l'esecuzione del servizio e se le tecnologie disponibili siano adatte ad essere usate dal paziente stesso e/o dal caregiver.

Il medico responsabile del servizio esegue tali valutazioni per mezzo di una visita medica in presenza, durante la quale egli può coinvolgere se necessario altri specialisti. Il processo termina con l'arruolamento o la dichiarazione di non erogabilità.

2. Preparazione all'erogazione del servizio

Il paziente arruolato accederà alla fase di preparazione dove vengono eseguite le attività propedeutiche.

Il medico responsabile

- svolge un colloquio individuale con il paziente, eventualmente anche in presenza del caregiver, per informare in modo esaustivo sulle modalità di svolgimento, sui benefici attesi nel suo caso specifico e sugli eventuali rischi, su eventuali altre modalità assistenziali alternative, sui comportamenti corretti che il paziente/caregiver deve mettere in atto durante l'erogazione del servizio, sull'iter organizzativo ordinario e sulle azioni necessarie in caso di interruzione imprevista della connessione con il sistema digitale. Presenta l'informativa al trattamento dei dati e raccoglie il consenso informato all'esecuzione del servizio,
- definisce il piano di trattamento (Progetto Individuale di Salute): la tipologia del servizio, gli strumenti da utilizzare per l'erogazione, gli obiettivi di cura e i parametri da monitorare, la modalità di svolgimento (fasce orarie, contatti di riferimento) e il calendario delle valutazioni periodiche previste e della valutazione finale,
- provvede alla consegna, installazione e avvio del dispositivo medico digitale, in accordo con i servizi aziendali di riferimento secondo procedure concordate (supporto informatico, ingegneria clinica e centro servizi).

Sarà garantita dall'equipe la formazione individuale al paziente, e/o al caregiver che lo affiancherà, affinché la persona sia capace di utilizzare pienamente i dispositivi digitali e i sistemi software necessari, che siano classificati o meno dispositivi medici.

3. Erogazione del servizio e valutazione intermedia e finale

Le attività saranno svolte in equipe multidisciplinare i cui componenti condividono strumenti e metodi di valutazione. Le valutazioni intermedie sono a carico dell'equipe e quella conclusiva a carico del medico di riferimento.

La raccolta dei dati durante il telemonitoraggio avverrà con le modalità definite nel caso specifico che attribuiscono anche i valori soglia da attenzionare e le risposte conseguenti. Tali valori possono anche essere personalizzati sulle specificità della persona.

In questa fase importante definire come gestire gli alert e i reminder. In ogni caso, la risposta sanitaria deve essere adeguata alla situazione, proporzionata, basata su buone pratiche e/o linee guida di attività sanitaria e/o PDTA.

Se per mezzo degli alert il medico riconosce l'insorgenza di gravi disturbi clinici, ovvero tali da compromettere le funzioni vitali, il protocollo operativo deve garantire l'attivazione del sistema di emergenza – urgenza. In situazione di alert severi va rivalutato il piano di cura sulla base dell'evento accaduto.

Le videochiamate tra paziente e medico/sanitario fanno parte integrante del processo. Esse devono essere organizzate con cadenza prestabilita, in modo da ottimizzare prima di tutto la cura e assistenza del paziente.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Linee operative aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO Edizione: 1 del 10/09/26	SISTEMI DI GOVERNANCE	 REGIONE LAZIO Pag. 22 a 41
	LINEE OPERATIVE PER L'UTILIZZO DELLA TELEMEDICINA A SUPPORTO DELLE RETI E PERCORSI CLINICI INTEGRATI	

Ma possono anche essere non programmate se insorge la necessità di una valutazione in esito alla rilevazione di un alert. In tali incontri vengono riferiti dal paziente e/o dal caregiver i dati e le informazioni che essi possono aver raccolto nell'intervallo di tempo tra due videochiamate successive (es. regime dietetico, cambio delle abitudini di vita, necessità subentrate, ecc.) e viene valutato anche l'andamento dei parametri clinici indirizzati al software gestionale locale.

La videochiamata può assumere la forma di una tele visita di controllo, oppure più frequentemente di video-colloquio con il paziente o con il caregiver (teleconsulto).

La valutazione intermedia determina se è necessario rimodulare il piano, la valutazione finale esita nella conclusione del percorso o nella riprogrammazione delle attività (senza o con modifiche del piano).

La relazione finale redatta dal medico responsabile del servizio sanitario dovrà contenere: gli esiti del programma e le eventuali indicazioni di approfondimenti e/o di proposte di intervento terapeutico

4. Conclusione del servizio con le relative procedure di chiusura e la rivalutazione del paziente.

Si procede con il rimuovere il paziente dalla lista dei pazienti arruolati, disattivare l'accesso alle operazioni all'interno della piattaforma a cui il paziente e/o il caregiver sono abilitati, effettuare il ritiro dei dispositivi medici assegnati durante il servizio.

10.4 FASI ESECUZIONE TELEASSISTENZA

La teleassistenza è un atto professionale che rientra nelle competenze specifiche della professione sanitaria di riferimento e si realizza attraverso un'interazione a distanza tra il professionista e il paziente o caregiver, con l'obiettivo di sostenere la gestione della condizione di salute, promuovere il benessere e garantire la continuità assistenziale nel contesto domiciliare o di vita.

Il servizio di teleassistenza può essere erogato ad un'ampia platea di soggetti, anche se prevalentemente è rivolta a persone con patologie croniche, fragilità o in condizioni di vulnerabilità, in diversi livelli assistenziali, con differenti obiettivi di cura e/o di prevenzione, questo rende più complessa l'organizzazione del servizio, vista l'estrema variabilità di metodi, tecniche e obiettivi delle attività eseguibili.

La teleassistenza può essere realizzata anche in collaborazione con professionisti dell'ambito sociale, nell'ottica di una presa in carico integrata e multiprofessionale.

1. Responsabilità del processo

La corretta esecuzione di una qualsiasi attività in teleassistenza è responsabilità del professionista sanitario che la esegue a distanza, sia che agisca da solo che in gruppo. Tale responsabilità non è diversa da quella in presenza per il mero fatto che il professionista e l'assistito si trovino in luoghi differenti.

I medici sono responsabili della valutazione delle indicazioni e delle controindicazioni mediche all'esecuzione della teleassistenza, in considerazione della condizione clinica del singolo assistito.

Le professioni sanitarie, a loro volta, assumono la responsabilità clinico-assistenziale negli ambiti di propria competenza.

Nello svolgimento della teleassistenza si possono presentare fattori limitanti al suo compimento. La valutazione di tali limitazioni è responsabilità sia di chi ha in carico la prestazione in teleassistenza in un dato momento sia di chi l'ha richiesta/prescritta e dipende dalla valutazione del rapporto tra la condizione clinica dell'assistito e la disponibilità oggettiva di risorse tecnologiche al momento.

Va quindi valutata l'adattabilità della teleassistenza alle esigenze psico-fisiche dell'assistito in modo tale da facilitare le interazioni e minimizzando il rischio clinico durante il loro svolgimento attraverso la puntuale spiegazione all'assistito su come interagire correttamente con il servizio e individuando le situazioni per le quali le attività di teleassistenza devono essere sospese o interrotte.

Di seguito un elenco esemplificativo e non esaustivo delle possibili attività che si possono svolgere durante il servizio di teleassistenza, anche in regime di assistenza domiciliare (compresi i servizi ADI).

- Erogazione di cure infermieristiche mediante personale infermieristico dedicato on site, con eventuale supporto del medico a distanza. Ad esempio, nel post-intervento chirurgico l'assistito potrebbe necessitare di: supporto

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Linee operative aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

nella gestione di stomia, medicazioni ferite complicate; gestione PICC (Peripherally Inserted Central Catheter); gestione ulcere da decubito in stadio avanzato etc.

- Supporto riabilitativo mediante personale tecnico-riabilitativo dedicato on site, con eventuale supporto medico a distanza. Ad esempio, nella gestione della cronicità l'assistito potrebbe necessitare di interventi per il recupero delle capacità motorie e funzionali come fisioterapia, terapia occupazionale, logopedia, etc.
- Supporto psicologico e counselling mediante psicologo dedicato (tramite videochiamata o in presenza). Ad esempio, l'assistito con comorbidità (oncologiche; geriatiche: etc.) potrebbe avere disturbi psicologici conclamati da gestire.

Durante la teleassistenza potrebbero essere svolte anche attività di:

- educazione sanitaria (es. istruzioni su terapie farmacologiche e regimi dietetici, adozione di stili di vita sani, gestione dei sintomi etc.);
- valutazione aderenza ai regimi terapeutici, sia farmacologici che dietetici (anche tramite somministrazione questionario ad hoc);
- coordinamento attivazione servizi sociali e consulenze.

2. Richiesta e prescrizione di teleassistenza

La teleassistenza viene richiesta per supportare l'esecuzione appropriata di una o più attività assistenziali a distanza, con la guida e/o il supporto di uno o più professionisti sanitari (ad esempio: medico, infermiere, fisioterapista, logopedista, ostetrica, dietista, psicologo, etc.).

Gli obiettivi sono quelli di garantire la continuità della cura, specialmente arrivando al domicilio o nei luoghi più frequentati dall'assistito, aumentare la frequenza e/o la durata delle attività assistenziali e l'efficienza dei servizi, espandere la opportunità assistenziali (ad es. per persone con disabilità).

La richiesta di teleassistenza può scaturire dalla decisione individuale di un professionista sanitario, o da una decisione collegiale tra più professionisti, oppure provenire direttamente dall'assistito, o da un suo rappresentante legalmente individuato. In linea generale, qualsiasi professionista sanitario può individuare e proporre un programma di teleassistenza quando ciò sia necessario nell'esclusivo interesse dell'assistito, ma la prescrizione deve essere formalizzata dal medico responsabile della presa in carico. La prescrizione si svolge in due modalità differenti secondo che essa riguardi una prestazione singola di teleassistenza, oppure un servizio in teleassistenza.

La **prescrizione di una singola prestazione**, che ricada nella definizione di teleassistenza, può essere indirizzata da un medico ad un professionista sanitario che per competenza ne assuma direttamente la specifica responsabilità di esecuzione. In tale caso, il medico richiedente è quello che ha in carico l'assistito e quindi in uno dei seguenti tre setting operativi:

- domiciliare (ad esempio: l'infermiere dell'equipe ADI identifica la persona idonea per la teleassistenza e ne concorda con il medico l'attivazione al fine di eseguire una o più prestazioni, a seguire il medico redige la relativa prescrizione, secondo norme vigenti);
- ospedaliero (ad esempio il medico ospedaliero può indicare alla dimissione dell'assistito l'opportunità di continuare in teleassistenza alcune procedure iniziate durante il ricovero, di conseguenza il medico incaricato della dimissione redigerà la relativa prescrizione);
- territoriale (ad esempio a seguito di una visita specialistica o multidimensionale i sanitari indicano all'assistito l'esecuzione di prestazioni supportate dalla teleassistenza e il medico incaricato di gestire l'assistito redigerà la relativa prescrizione).

In particolare, nel setting territoriale, assume un ruolo centrale l'IFeC, che opera a beneficio di tutti gli assistiti e sviluppa il suo intervento su tre livelli:

- ambulatoriale, come punto di incontro in cui gli utenti possono recarsi per ricevere informazioni, per orientare meglio ai servizi e prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza rivolti alla prevenzione collettiva, alla sanità pubblica, e all'assistenza di base inclusi interventi di educazione alla salute;

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Linee operative aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

- domiciliare, per valutare i bisogni del singolo e della famiglia e organizzare l'erogazione dell'assistenza, valutando, per le situazioni assistenziali a medio-alta complessità, l'attivazione della rete territoriale e dell'ADI;
- comunitario, con attività trasversali di promozione ed educazione alla salute, integrazione socio sanitaria, e mappatura e attivazione di possibili risorse formali e informali presenti nell'ambito territoriale di competenza.

Nell'ambito delle proprie competenze e della propria autonomia, tali professionisti contribuiscono a definire il bisogno di teleassistenza, ne pianificano l'attuazione e ne assumono la responsabilità clinico-assistenziale. In tal modo, la prescrizione medica si integra con la valutazione e l'intervento del professionista, armonizzando la prospettiva clinica con quella assistenziale.

Più frequentemente la **teleassistenza è programmata e ripetibile**, incoerenza con il Progetto di Salute Individuale (PRIS). La necessità di prescrivere una serie di prestazioni dello stesso tipo si verifica quando è già noto a priori, per conoscenza scientifica e/o per esperienza pregressa sul singolo individuo, che il risultato finale potrà essere raggiunto solo replicando più volte una determinata prestazione singola in teleassistenza. Tale servizio di teleassistenza può svilupparsi in tempi anche lunghi o lunghissimi, in base alle esigenze dell'assistito con o senza interruzioni.

È importante tenere conto che, in tali circostanze, il calendario delle sedute deve essere costruito garantendo continuità temporale in base al numero di ripetizioni stabilito dal professionista sanitario (ad esempio con cadenza giornaliera, settimanale, quindicinale o mensile) di conseguenza anche le agende di prenotazione devono essere organizzate a cicli. Il servizio di teleassistenza può prevedere una serie di prestazioni differenti tra loro, ma coordinate in un programma stabilito e condiviso tra tutti i professionisti che vi partecipano attivamente, oltre che accettato dall'assistito previo consenso informato.

Inoltre la prestazione può anche essere **estemporanea** qualora si presenta una situazione imprevista che necessita di un intervento mirato in assistiti con un PRIS attivo.

3. Verifica di eseguibilità di teleassistenza

Previo acquisizione del consenso dell'assistito, gli elementi principali che il professionista sanitario deve valutare per l'eseguibilità della teleassistenza sono i seguenti:

- l'utilità clinico-assistenziale: un risultato non inferiore a quello ottenibile in presenza,
- la sicurezza clinico-assistenziale: riconoscere a priori quali possano essere gli elementi ostacolanti la corretta esecuzione delle attività previste e in che misura essi possano limitare il raggiungimento degli obiettivi posti in fase di prescrizione,
- la compliance digitale dell'assistito che consiste nella sua disponibilità ad interagire a distanza tramite sistemi digitali.

Nel caso della teleassistenza tale disponibilità è ancora più rilevante per il successo del PRIS.

L'interazione avviene principalmente tramite videochiamata tra il professionista e il paziente o caregiver, con la possibilità di condividere dati clinici, referti, immagini o altri contenuti digitali.

Il professionista può inoltre utilizzare applicazioni dedicate per somministrare questionari, fornire materiali educativi o condividere video tutorial a supporto dell'esecuzione di attività specifiche. Alcuni servizi di teleassistenza possono prevedere la fruizione da parte dell'assistito di dispositivi mobili anche indossabili.

4. Preparazione di teleassistenza

In tale fase vengono eseguite le attività propedeutiche allo svolgimento della teleassistenza:

- prenotazione;
- invio automatico del link di accesso alla piattaforma di erogazione;

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Linee operative aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

- verifica amministrativa della prenotazione;
- check tecnologico per l'esecuzione.

Il professionista responsabile del caso clinico specifico, si occuperà di redigere un piano di teleassistenza personalizzato in base alle necessità cliniche dell'assistito. Per garantire l'interoperabilità sia tecnica sia organizzativa, il piano dovrà includere un insieme codificato di informazioni essenziali relative alle modalità di attuazione del servizio.

- prescrizione della teleassistenza;
- accertamento dei bisogni assistenziali;
- obiettivi di assistenza;
- la data di erogazione della prestazione di teleassistenza, o se si prevedono più prestazioni, le date di erogazione delle stesse, come da programma;
- la durata prevista della/e sessione/i di teleassistenza;
- la prescrizione degli eventuali farmaci o dispositivi da avere a disposizione durante l'erogazione della prestazione/servizio (es. applicazione gel o creme anestetizzanti prima della medicazione di un CVC; drenaggio etc.);
- tipologia e descrizione delle attività di competenza del singolo professionista o di più professionisti (es. attività cliniche, infermieristiche, etc.) da svolgere durante l'erogazione del servizio;
- rivalutazione.

5. Erogazione della teleassistenza

Terminata positivamente la fase di preparazione (Sezione 3), il professionista sanitario responsabile della prestazione o del servizio di teleassistenza autorizza l'avvio dell'attività secondo la tempistica stabilita nel piano di erogazione o eventualmente all'interno di un piano di cura personalizzato nell'ambito di un percorso clinico-assistenziale già avviato.

L'assistito/caregiver e/o altre figure professionali di supporto (ad es. paziente detenuto; paziente in ADI, paziente in RSA etc.) e il professionista sanitario incaricato di eseguire un'attività, accederanno alla piattaforma e si collegheranno al sistema di videoconferenza per effettuare la teleassistenza in corrispondenza del giorno e dell'orario scelto al momento della prenotazione. Durante la teleassistenza verranno svolte le attività clinico-assistenziali previste dal piano di erogazione o dal piano di cura personalizzato (es. paziente in ADI), oppure dalla situazione contingente nei casi di teleassistenza estemporanea. Ogni professionista sanitario coinvolto operativamente nell'erogazione del servizio di teleassistenza dovrà contribuire, per quanto di sua competenza, alla compilazione del diario clinico digitale dell'assistito. Inoltre, a seconda del caso clinico il professionista sanitario potrebbe ritenere necessaria la compilazione di specifiche schede parametriche che potranno essere rese disponibili.

Il servizio di teleassistenza in modalità programmata potrebbe essere temporaneamente sospeso dal professionista responsabile del caso clinico (es. a seguito di ricovero ospedaliero). In questa eventualità, il personale sanitario coinvolto nel processo di cura riceverà, tramite la piattaforma locale di telemedicina, una notifica relativa alla sospensione momentanea del servizio per l'assistito in carico. Allo stesso tempo, l'accesso alle funzionalità sarà disabilitato per l'assistito e/o il caregiver. Terminato il periodo di sospensione, il professionista responsabile del caso clinico, procederà alla riattivazione del servizio.

Come in molte altre attività in telemedicina, specialmente quando di lunga durata, anche nella teleassistenza può essere necessario e utile integrare le attività previste con il video-colloquio tra professionista sanitario e assistito e/o la teleconsulenza tra i vari professionisti sanitari eventualmente coinvolti, oppure ancora tra i

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Linee operative aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	SISTEMI DI GOVERNANCE		 REGIONE LAZIO
	LINEE OPERATIVE PER L'UTILIZZO DELLA TELEMEDICINA A SUPPORTO DELLE RETI E PERCORSI CLINICI INTEGRATI		
Edizione: 1 del 10/09/26			Pag. 26 a 41

sanitari e il caregiver. Sia i suddetti video-colloqui che le teleconsulenze non necessitano di particolari accorgimenti di tipo sanitario per essere svolte, né che l'interazione avvenga sempre necessariamente per mezzo di dispositivi certificati.

6. Valutazione dei servizi di teleassistenza

Anche nella teleassistenza è necessario prevedere delle modalità di valutazione della qualità delle attività, svolte a distanza. Il metodo più semplice rimane la convocazione periodica dell'assistito a un incontro in presenza con i professionisti coinvolti. Tuttavia, questo documento propone indicazioni per ridurre, ove possibile, spostamenti non indispensabili.

La valutazione periodica è sempre programmata a intervalli di tempo adeguati ai bisogni assistenziali. L'arco di tempo in cui è previsto lo svolgimento delle attività di teleassistenza sarà suddiviso in periodi di valutazione, che saranno riportati nel piano di erogazione. Ciò ad eccezione della prestazione singola di teleassistenza. Valutazione non programmata Si tratta di una valutazione che uno o più professionisti sanitari ritengono necessaria in base ad un'osservazione o per un'improvvisa complicità o per altra patologia concomitante.

In tali evenienze, la valutazione deve essere più rapida possibile se in risposta a un cambiamento significativo nelle condizioni dell'assistito che determini un aumento del rischio clinico nell'eventuale prosecuzione della teleassistenza. Ovviamente il rischio clinico di aggravamento dovrà essere valutato di volta in volta anche dal medico curante. Ciascun professionista sanitario coinvolto nella sequenza di prestazioni o nel servizio di teleassistenza, preferibilmente di concerto con gli altri colleghi, in base necessità cliniche dell'assistito e agli outcome raggiunti, potrà decidere la conduzione della teleassistenza per quanto gli compete come segue: prosecuzione, con eventuali variazioni al piano di erogazione, sospensione temporanea o conclusione.

In base all'esito della valutazione (programmata o non programmata), il professionista sanitario responsabile deciderà sulla prosecuzione o meno della teleassistenza. Egli indicherà anche, previo consulto con gli altri professionisti sanitari coinvolti, se la prosecuzione dovrà avvenire: senza modifiche del piano di erogazione, quando non vi siano motivi oggettivi per introdurre modifiche, con modifiche del piano di erogazione, quando in base all'evoluzione della situazione dell'assistito siano indicate variazioni relative a: dispositivo da utilizzare, frequenza delle attività a distanza, durata del programma, etc.

Nel caso venga introdotto un nuovo dispositivo, farmaco, presidio, il medico curante provvederà a rinnovare la procedura di prescrizione.

7. Conclusione del servizio di teleassistenza

Al termine della prestazione singola, o di una sequenza di prestazioni, oppure del periodo di erogazione del servizio di teleassistenza, il professionista che ha erogato il servizio, eventualmente in collaborazione con gli altri professionisti sanitari, che hanno svolto attività nel programma di teleassistenza, provvederà a elaborare una relazione finale che potrà contenere:

1. quadro anamnestico sufficiente a riportare le indicazioni alla teleassistenza eseguita;
2. nominativo del professionista e suo ruolo nel caso di prestazione singola, oppure dei nominativi e ruoli di tutti i professionisti che siano intervenuti durante l'erogazione delle prestazioni;
3. data e ora delle attività erogate dal/i professionista/i durante la teleassistenza;
4. breve descrizione delle attività eseguite;
5. eventuali indicazioni all'esecuzione di ulteriori approfondimenti o interventi terapeutici, incluso l'accesso ad altri servizi di telemedicina o l'erogazione di ulteriori sessioni di teleassistenza;
6. note testuali libere per ulteriori specifiche comunicazioni,
7. allegati quali schede di valutazione somministrate all'assistito.

Si raccomanda che la stessa possa essere inviata anche al FSE.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Linee operative aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO Edizione: 1 del 10/09/26	SISTEMI DI GOVERNANCE	 REGIONE LAZIO Pag. 27 a 41
	LINEE OPERATIVE PER L'UTILIZZO DELLA TELEMEDICINA A SUPPORTO DELLE RETI E PERCORSI CLINICI INTEGRATI	

Per la chiusura del servizio di teleassistenza si provvederà a: notificare al singolo professionista o al gruppo multiprofessionale la cessazione del servizio per lo specifico assistito, disattivare l'accesso alle operazioni all'interno della piattaforma a cui l'assistito e/o il caregiver sono abilitati e ritiro o riconsegna dei dispositivi.

Vedi Tabella 1. a pag. 29 per la Scheda sinottica delle prestazioni di telemedicina

11. PIANO ATTUATIVO

Alla luce delle molteplici possibilità che si offrono ai professionisti in termini di utilizzo dei supporti informatici alla gestione dei percorsi clinici e alle attività di telemedicina si definiscono alcuni criteri generali:

1. tutti gli specialisti dovranno utilizzare una delle cartelle cliniche informatizzate ad oggi a disposizione nell'ambito delle attività ambulatoriali, in particolare la Smart Digital Clinic (SDC) per le cronicità maggiori e *CCE Regione Lazio Ellipse* per accessi occasionali e percorsi clinici di minor impatto in termini di continuità delle cure; in alternativa per gli accessi occasionali può essere utilizzato il modulo presente su SISMED;
2. il SISMED può essere utilizzato anche negli ambulatori di prossimità ad accesso libero laddove non sia predisposto altro applicativo, quale ad esempio modulo dedicato su GIPSE;
3. per quanto riguarda la televisita e il telecontrollo per gli specialisti che utilizzano SDC potranno essere utilizzati gli appositi moduli presenti, per tutte le altre specialistiche si procederà con l'utilizzo della piattaforma TICURO;
4. per le attività di telemonitoraggio e telereferto potranno, se attivi, essere utilizzati specifici software inclusi nella dotazione dei dispositivi diagnostici in uso con o senza il supporto della piattaforma TICURO;
5. per le attività di teleconsulto e teleassistenza, nonché per le altre attività sopra non ricomprese, si procederà con l'utilizzo della piattaforma TICURO.

Inoltre i professionisti previo apposita formazione potranno richiedere l'abilitazione a Drug-PIN®, tale applicazione è un clinical decision support system (CDSS) che, attraverso analisi automatica delle interazioni dei farmaci, tra di loro e con altre sostanze di uso comune, esprime il rischio potenziale di inefficacia terapeutica e consente di ottimizzare le terapie farmacologiche e evidenziare l'impatto delle abitudini di vita (assunzione di fumo, alcool, caffè, integratori e altre sostanze assunte abitualmente) e di alcune caratteristiche della persona (età, peso, funzionalità renale) sul progetto terapeutico in atto.

Trimestre 15 settembre – 15 dicembre

1. Avvio attività piattaforma TICURO

Come avvio per le attività sulla piattaforma TICURO si definiscono i seguenti percorsi:

- agende per rinnovo piani terapeutici per presidi incontinenza gestite con il supporto Centrali Operative Distrettuali (specialisti di fisiatria e geriatria).
- agende teleassistenza, teleriabilitazione e tele servizio sociale nell'ambito del progetto Grandi Anziani (da parte dei professionisti delle Case di Comunità, degli Ospedali di Comunità e delle Unità Operative di area medica)
- agende di teleconsulto
 - versus Unità di Continuità Assistenziali (in particolare malattie infettive)
 - versus equipe Ospedali di Comunità (in particolare medicina interna)
 - tra i nodi delle reti cliniche integrate
- agende di teleconsulto multidisciplinare nell'ambito dei GOM (coordinate dagli oncologi), dell'equipe multiprofessionali presenti nelle CdC inclusi i medici delle AFT e di specifici PDTA
- agenda telemonitoraggio tipo 2 per la cardiologia (pazienti con dispositivi impiantabili).

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Linee operative aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

 Edizione: 1 del 10/09/26	SISTEMI DI GOVERNANCE	 Pag. 28 a 41
	LINEE OPERATIVE PER L'UTILIZZO DELLA TELEMEDICINA A SUPPORTO DELLE RETI E PERCORSI CLINICI INTEGRATI	

2. Implementazione attività su Smart Digital Clinic

La piattaforma andrà messa in uso in tutti i nodi delle reti cliniche interessate dai PDTA delle cronicità prevalenti. Nell'ambito di tali PDTA andrà revisionato il sistema di monitoraggio dei reminder che vengono generati automaticamente dalla piattaforma anche in esito alle attività di autocontrollo gestite tramite app, riconducendo le attività nell'ambito dei Centri erogatori di riferimento descritti a pag. 17 e pag. 18.

I percorsi clinici delle cronicità maggiori verranno aggiornati con la definizione di tutte le attività di telemedicina correlate, integrando l'utilizzo delle diverse piattaforme, come SDC, TICURO e DRUG-PIN®.

3. Rete di telerfertazione

Tutte le Case della Comunità e tutti gli Ospedali di Comunità sono dotati di dispositivi diagnostici predisposti alla connessione in rete per attività di telerferito (elettrocardiografi, spirometri, pulsiossimetria notturna, elettrocardiogramma dinamico secondo Holter, monitoraggio dinamico della pressione arteriosa). Verrà definita, nell'ambito delle reti cliniche integrate, la matrice di responsabilità nell'ambito dei nodi delle stesse (chi richiede, chi inoltra, chi riceve e chi referta).

Tali dispositivi possono essere utilizzati:

- negli ambulatori di assistenza territoriale di prossimità e negli OdC per la gestione dei bisogni occasionali o per monitorare eventuali fasi di allerta in pazienti cronici (valutazione dello stato di compenso)
- nell'ambito dei follow up programmati con l'esecuzione delle prestazioni diagnostiche in contesti di prossimità effettuate dagli infermieri e refertati dallo specialista del centro di riferimento che potrà poi in seguito effettuare la televisita di controllo avendo acquisito i dati clinici necessari.

4. Sistemi di supporto alle decisioni cliniche (Drug-PIN®)

Avvio seconda fase progetto medicina di precisione che, come specificato nelle indicazioni operative allegate (Allegato 1. Indicazioni Operative utilizzo Drug-PIN®), vede l'estensione delle attività nell'ambito:

- delle équipe multidisciplinari presenti nelle Case della Comunità,
- delle AFT
- delle reti cliniche integrate ospedale – territorio.

In questa fase si avvierà il sistema di supporto e consulenza (teleconsulto), vedi deliberazione n. 500 del 6/03/2026, per la appropriata selezione degli assistiti che presentano i criteri di accesso ad approfondimento di secondo livello.

5. Implementazione attività di teleprevenzione mediante app LazioPerLaSalute

L'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) rappresenta una figura di riferimento nel percorso proposto da *LazioPerLaSalute*, in quanto ha il compito di accompagnare l'utente nell'utilizzo consapevole e personalizzato dell'app. Sono state al momento interessate dalle attività tutte le strutture già riconvertite in Casa della Comunità o di prossima riconversione. In tali strutture è stata individuata una fascia oraria nell'ambito degli ambulatori infermieristici da dedicare ad attività di sensibilizzazione, di monitoraggio e di definizione di progetti personalizzati di intervento (ambulatorio LazioPerLaSalute) come descritto nelle indicazioni operative allegate (*Allegato 2. Indicazioni operative per la gestione dell'app LazioPerLaSalute - fase di avvio*).

Tali fasce orarie verranno incrementate sulla base dei volumi di attività e si definiranno le procedure necessarie agli interventi proattivi per gli accessi in presenza e per i progetti di teleassistenza.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Linee operative aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

Tabella 1. Scheda sinottica delle prestazioni di telemedicina

	Chi richiede	Prenotazione	Chi esegue	Chi collabora	Strumenti	Timing	Casi particolari	Conclusione
Televisita	Specialista interessato o altro medico sulla base di percorsi di cura integrati condivisi*	Su agende esclusive di follow up prenotate direttamente dal richiedente con impegnativa Eccezionalmente come prime visite* sempre su agende esclusive	Chi richiede o medico stessa equipe	Assistito e caregiver Infermiere Può essere una valutazione multidisciplinare**	SDC TICURO	Sincrona con possibile raccolta dati precedente	È utile che altro medico* possa associare la richiesta di Televisita al Teleconsulto. Il MMG/PLS può decidere di eseguire egli stesso una Televisita	Referto con firma digitale
Telemonitoraggio I e II livello	Specialista interessato	Su agende interne definito nel piano di cura* dell'assistito non è prevista impegnativa <i>se non per situazioni previste nel codice CUR</i>	Specialista interessato	Equipe (medico/infermiere) sulla base di protocolli interni concordati	TICURO e/o Piattaforme collegate ai device in uso	Sincrona o asincrona		Relazioni in cartella o su altro dispositivo
Telecontrollo	Specialista interessato	Su agende interne definito nel piano di cura* dell'assistito non è prevista impegnativa	Specialista e/o infermiere interessato	Equipe medica e/o infermieristica	SDC TICURO Piattaforme collegate ai device in uso	Sincrona o asincrona		Relazioni in cartella o su altro dispositivo
Teleassistenza	Specialista interessato	Su agende interne definito nel piano di cura* dell'assistito	Operatore delle professioni sanitarie	Gestione in equipe	TICURO	Sincrona con possibile raccolta dati precedente		Relazioni in cartella o su altro dispositivo
Teleconsulto	MMG o Specialista COT o altro servizio secondo procedure	Su agende interne non è prevista impegnativa	Richiedente e destinatario/i della richiesta	Anche equipe valutativa se richiesto come valutazione multidimensionale	TICURO	Sincrona o asincrona		Relazioni in cartella o su altro dispositivo

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Linee operative aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

APPENDICE 1. REPORT RETI PER LA CRONICITA' PER ATTIVITA' DI TELEMEDICINA - 2025

CARTELLE TOTALI APERTE DAL 2018	
Tipo specialistica	NumCartelle
Diabetologia	21447
Cardiologia	24487
Pneumologia	8050
Reumatologia	1891
Geriatria	791
Neurologia	43
Centro Emostasi (TAO)	2721
UOSD Terapia Dolore e Cure Palliative	2230
UOC Salute Mentale	6
Oncologia	2
Gastroenterologia	154
Ambulatorio Domiciliare	1
Fisiatria	1148
Medicina penitenziaria territoriale	3
Totale	62974
di cui assistiti multicentro	47860

ASSISTITI SEGUITI CONTEMPORANEAMENTE DA PIÙ SPECIALISTI

ASSISTITI CHE UTILIZZANO APP PER AUTOMONITORAGGIO

ARRUOLATI IN AUTOMONITORAGGIO		
Specialità	Numero totale	Numero attivi
Diabetologia	650	527
Cardiologia	303	159
Pneumologia	183	89
Reumatologia	2	2
Centro Emostasi (TAO)	1	1
TOTALE	1139	778

SMART LINK	Numero Totale
Diabetologia	632
Cardiologia	112
Pneumologia	45
Reumatologia	27
Neurologia	1
Centro Emostasi (TAO)	631
UOSD Terapia Dolore e Cure Palliative	5
Fisiatriatria	3

NUOVE PRESE IN CARICO	I° TRIMESTRE	II° TRIMESTRE	III° TRIMESTRE	IV° TRIMESTRE	TOTALI 2025
Tipo specialistica	NumCartelle	NumCartelle	NumCartelle	NumCartelle	NumCartelle
Diabetologia	226	314	283	324	1147
Cardiologia	768	678	731	702	2879
Pneumologia	236	197	171	171	775
Reumatologia	108	135	143	139	525
Centro Emostasi (TAO)	77	88	82	77	324
UOSD Terapia Dolore e Cure Palliative	147	291	181	203	822
Fisiatria	108	103	119	95	425
Geriatria	8	19	12	4	43
Neurologia	1				1
Gastroenterologia		17	8	9	34
TOTALI	1679	1842	1730	1724	6958

CARTELLE LAVORATE (CONTROLLI)	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	TOTALI 2025
Tipo specialistica	NumCartelle	NumCartelle	NumCartelle	NumCartelle	NumCartelle
Diabetologia	3843	4097	3571	4101	15612
Cardiologia	2095	2218	2113	2292	8718
Pneumologia	890	1011	872	1101	3874
Reumatologia	298	349	341	401	1389
Centro Emostasi (TAO)	557	506	546	561	2170
UOSD Terapia Dolore e Cure Palliative	470	637	610	659	2376
Fisiatria	16	23	24	22	85
Geriatria	20	63	51	23	157
Neurologia	4	1	3	1	9
Gastroenterologia	1	18	10	10	39
TOTALE	8194	8923	8141	9171	34429

TELEVISITE ANNO 2025	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	TOTALE
Tipo specialistica	NumCartelle	NumCartelle	NumCartelle	NumCartelle	NumCartelle
Diabetologia	93	67	24	61	245
Pneumologia	3	37	31	29	100
Centro emostasi (TAO)	1				1
UOSD Terapia Dolore e Cure Palliative	34	50	27	43	154
Fisiatria (piani terapeutici)	226	210	265	399	1100
TOTALE	358	364	347	532	1601

AUTOMONITORAGGIO CON APP			AUTOMONITORAGGIO CON APP		
TipoSpecialistica	numMonitoraggi	Trimestre	TipoSpecialistica	numMonitoraggi	Trimestre
Cardiologia	2179	GEN 25 - MAR 25	Pneumologia	1174	GEN 25 - MAR 25
Cardiologia	2230	APR 25 - GIU 25	Pneumologia	1056	APR 25 - GIU 25
Cardiologia	2301	LUG 25 - SET 25	Pneumologia	935	LUG 25 - SET 25
Cardiologia	2244	OTT 25 - DIC 25	Pneumologia	861	OTT 25 - DIC 25
TOTALE	8954	ANNO 2025	TOTALE	4026	ANNO 2025

SISTEMA DI MESSAGGISTICA COMUNICAZIONI		
Specialistica	Paziente verso centro	Centro verso paziente
CARDIOLOGIA	4769	5726
DIABETOLOGIA	7776	9147
PNEUMOLOGIA	1077	1761
CENTRO EMOSTASI (TAO)	1423	2028
REUMATOLOGIA	3	6

SUPPORTO AI PROCESSI DI TELEMEDICINA DA PARTE COT A	TOT. EFFETTUATE
TELEVISITA PER RINNOVO DEI PIANI PER OSSIGENO E RINNOVO PIANI PER AUSILI	527

DRUG-PIN® Nel 2025 oltre 400 assistiti stratificati prevalentemente cardiologia	Cardiologia circa 220 assistiti in telemonitoraggio per dispositivi impiantabili
--	--

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Linee operative aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

ALLEGATO 1 - INDICAZIONI OPERATIVE UTILIZZO PIATTAFORMA DRUG-PIN®

Oggetto

Drug-PIN® è un *clinical decision support system* (CDSS), quindi uno strumento che può supportare i professionisti nelle scelte terapeutiche in caso di situazioni complesse. Può fornire aiuto al medico al fine di prendere le migliori decisioni su quali farmaci prescrivere ai propri pazienti in termini di sicurezza ed efficacia.

Ambito di applicazione

In particolare in questa fase il dispositivo, già messo a disposizione al gruppo di facilitatori di processo individuato dalla Direttore Generale con nota prot. n. 53798 del 20/06/2025, sulla base di quanto previsto dalla deliberazione DG n. 791/2025, che prevedeva degli step successivi, ***verrà messo a disposizione di tutti i medici di medicina generale e medici del ruolo unico presenti nelle AFT e di tutti gli specialisti delle reti cliniche integrate che ne facciano richiesta, previo apposito percorso formativo.***

MODALITÀ OPERATIVE	
Strumento	Il software Drug-PIN® è un Clinical Decision Support System (CDSS) in forma di Web-APP per il supporto alla gestione e ottimizzazione delle terapie in maniera veloce e intuitiva e favorendo la scelta dei farmaci più adatti all'assistito. Il sistema determina il grado di interazione negativa del cocktail di farmaci impiegato e tra lo stesso e le abitudini di vita e altri parametri clinici segnalati, e consente di rimodulare/migliorare il punteggio stesso proponendo delle alternative farmacologiche o la modifica degli stili di vita. La gravità del rischio farmacologico da interazione viene sintetizzato nel punteggio espresso sia con un indicatore numerico espresso in % che con un indicatore colorimetrico (range di allerta), dove il verde rappresenta la potenziale assenza di rischio, il giallo un potenziale rischio medio - basso e il rosso un potenziale rischio elevato. L'indice numerico viene generato da un algoritmo che integra le informazioni relative all'assistito e le confronta simultaneamente con molti database farmacologici, che includono dati sulle interazioni farmaco-farmaco, indicazioni e controindicazioni farmacologiche, liste di farmaci potenzialmente inappropriate negli anziani (Beers criteria e Priscus list), linee guida emanate da società scientifiche ed agenzie regolatorie del farmaco. Il sistema opera su diversi livelli di complessità, correggendo e rendendo l'indice di rischio più preciso in presenza di un numero maggiore di informazioni relative al paziente. Tali informazioni, oltre alla patologia principale del paziente (diagnosi ICD-10) ed alla terapia assunta, comprendono dati clinici (funzionalità renale e epatici) demografici (età, sesso, peso e altezza) e stile di vita (abitudini al fumo/alcool/cafeina e assunzione regolare di integratori o altre sostanze). Può essere utilizzato su due livelli: MIFAR di primo livello che richiede l'inserimento in piattaforma delle informazioni sopra indicate e MIFAR di secondo livello, dove, nei casi in cui si rende necessario, si introducono ulteriori parametri quali il profilo genetico (DDGI) e/o la titolazione del farmaco interessato (range terapeutico) al fine di avere un'analisi accurata e reale del rischio rappresentato nel MIFAR di primo livello. Il Dispositivo Medico Drug-PIN® è ad <i>esclusivo uso professionale da parte del Medico.</i>
Attivazione e registrazione	Per l'attivazione del proprio account l'utente dovrà essere registrato sulla piattaforma dagli amministratori. A seguito della registrazione, l'utente riceverà una e-mail con il proprio "User Name" e le istruzioni per l'attivazione del proprio account e l'impostazione della password. Il bottone di attivazione ha una durata di 24h dall'arrivo della mail, trascorso quel tempo sarà necessario inviare nuovamente richiesta di attivazione al centro assistenza. L'operazione avverrà attraverso il re-indirizzamento su una pagina web sicura in cui si potrà scegliere la password. Una volta creata la password l'utente sarà attivato e in grado di accedere con le proprie credenziali alla web app ed utilizzare l'applicazione. Per accedere al sistema, aprire il seguente link nel browser: https://viterbo.drug-pin.com/app Il Dispositivo Drug-PIN® può essere utilizzato da tutti i web browser più diffusi (quali Chrome, Firefox, Safari, Edge) su piattaforme Windows, Mac e Linux. È necessaria una connessione internet stabile. Non è necessaria un'installazione di software aggiuntivi.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO Edizione: 1 del 10/09/26		SISTEMI DI GOVERNANCE LINEE OPERATIVE PER L'UTILIZZO DELLA TELEMEDICINA A SUPPORTO DELLE RETI E PERCORSI CLINICI INTEGRATI		 REGIONE LAZIO Pag. 34 a 41	
Target		Il target è mirato in particolare a pazienti fragili e cronici, a seguire i criteri generali che possono essere dettagliati in maniera più specifica sulla base del contesto di applicazione: - presenza di poli-terapia con assunzione di cinque o più principi attivi, - somministrazione di farmaci ad alto rischio tossico o ad indice terapeutico ristretto, - storia documentata di reazioni avverse severe ai farmaci, di natura non-immunomediata, - storia di accessi ripetuti alle strutture sanitarie e di ricoveri ricorrenti conseguenti alla mancata aderenza, o all'inefficacia terapeutica, - persone di etnie diverse da quella europea.			
MIFAR I° livello		Consiste nell'analisi bioinformatica dell'interazione farmacologica (farmaco-farmaco), l'interazione dei farmaci con gli stili di vita della persona (consumo di alcool, caffè, fumo ed eventuale uso di integratori di farmaci in automedicazione) e l'impatto su questa di alcuni parametri clinici e (peso, altezza, funzionalità renale e epatica). In esito al rischio potenziale rilevato si può procedere alla ottimizzazione/accomodamento della terapia. La riduzione del rischio associato ad una determinata terapia avviene sostanzialmente modificando la prescrizione farmacologica, ovvero selezionando un farmaco equivalente dal punto di vista terapeutico (in accordo alle linee guida correnti per la specifica condizione clinica), ma che abbia un profilo di rischio minore, oppure eliminando principi attivi non strettamente necessari (a volte sono gli assistiti ad essere "fedeli" ad un farmaco ma la dimostrazione pratica dell'effetto che lo stesso ha sul suo progetto terapeutico può essere un supporto per il medico ad eliminare tali resistenze) o modificando gli stili di vita (anche in questo caso la dimostrazione visiva, range colorimetrico, dell'impatto che tali abitudini hanno sull'efficacia della terapia può essere una leva di motivazione per l'assistito). Queste metodiche possono essere utilizzate in maniera reattiva in seguito ad un riscontro di mancata efficacia del progetto terapeutico, nel caso di eventi avversi non immunomediati, o in caso di altre criticità riferite dall'assistito che comportano una bassa aderenza ai trattamenti (polifarmacoterapia e/o effetti collaterali non tollerati) o in maniera predittiva prima di procedere con eventuali modifiche o integrazioni della terapia in atto, anche nel caso di terapie a breve termine, vedi antibiotici. In caso di terapia prescritta da uno specialista è sempre bene un confronto con lo stesso prima di procedere con modifiche alla terapia.			
MIFAR II° livello		In caso i tentativi di accomodamento non consentano di abbassare il rischio potenziale e lo stesso si riconfermi nel range colorimetrico rosso, in particolare se con valori superiori a 90 e in assenza di particolari condizioni che determinano l'impossibilità di poter ottimizzare la terapia (farmaci essenziali e non sostituibili) o parametri clinici che determinino tale score (insufficienza renale) il clinico può procedere con la richiesta di teleconsulto al Centro di Riferimento Regionale Medicina di Precisione AOU S. Andrea. Il teleconsulto sarà asincrono, basato sulla lettura del report generato da DRUG-PIN® (basale e con i successivi tentativi di accomodamento). L'esito del teleconsulto potrà indirizzare ad un approfondimento per incrementare la precisione di calcolo dell'indice di rischio attraverso la prescrizione di esami ematici per la definizione del profilo genetico dell'assistito, qualora sia ipotizzabile che con tale ulteriori informazioni si possa ottenere un ragionevole beneficio nell'ottimizzazione della terapia. È necessario il consenso dell'assistito sia alla richiesta di teleconsulto sia alla prescrizione degli approfondimenti diagnostici. Ulteriore consulenza potrà essere richiesta in presenza di: - farmaci con indice terapeutico ristretto e casi di inefficacia e tossicità non spiegabili dalla presenza di interazioni farmacologiche e/o dalla presenza di varianti genomiche note, in questo caso si procederà con approfondimento tramite TDM, therapeutic drug monitoring, - è necessario somministrare un farmaco per cui esistano specifiche raccomandazioni per l'esecuzione di indagini farmacogenomiche preventive; - pregresse reazioni avverse ai farmaci per cui si sospetta la presenza di una componente genomica.			
Si ricorda e raccomanda quanto segue: È responsabilità del Medico scegliere la giusta combinazione dei farmaci sulla base della sua competenza, esperienza e conoscenza diretta del paziente, lo strumento è esclusivamente da intendersi come supporto alla decisione clinica. La competenza del Medico e la conoscenza diretta del paziente è necessaria per sopperire o gestire ad eventuali informazioni incomplete e per una più corretta interpretazione del dato. Il punteggio del "problema medico" brevettato da Drug-PIN è un indicatore delle potenziali inadeguatezze della terapia presa in esame per il singolo paziente. L'accesso al sistema è personale e le credenziali non vanno condivise.					

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Linee operative aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

ALLEGATO 2 - INDICAZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DELL'APP LAZIOPERLASALUTE

OGGETTO

Il documento definisce le modalità con cui l'IFeC deve accompagnare l'utente all'utilizzo consapevole e personalizzato dell'app.

RAZIONALE

LazioPerLaSalute è l'app ufficiale della Regione Lazio, pensata per accompagnare ogni cittadino nel proprio percorso di benessere quotidiano, rendendo la prevenzione semplice, accessibile e smart.

L'app consente all'utente di registrare in modo semplice e regolare – su base quotidiana o settimanale – dati relativi al proprio stile di vita.

Le aree di monitoraggio attualmente disponibili includono:
- Alimentazione: tracciamento delle abitudini alimentari. - Movimento: registrazione del movimento e dell'attività fisica svolta, con possibilità di sincronizzazione con dispositivi di monitoraggio. - Assunzione di acqua: monitoraggio dell'idratazione giornaliera. - Consumo di alcol: annotazione della frequenza e della quantità di alcolici consumati. - Sonno: rilevazione delle ore dormite e della qualità del riposo. - Benessere psicofisico: auto-valutazione dello stato emotivo.
I dati possono essere inseriti manualmente oppure sincronizzati automaticamente tramite le piattaforme
L'app è organizzata in cinque sezioni principali
- Home: l'utente può visualizzare una sintesi dei propri progressi e le aree di monitoraggio per le quali può registrare i dati - Stile di vita: l'utente può registrare (quotidianamente o settimanalmente) i valori nelle aree di monitoraggio e visualizzare il livello raggiunto nelle stesse. L'utente, in aggiunta, visualizza i propri progressi e le raccomandazioni raggruppate per area. - Premi: l'utente può consultare la modalità di attribuzione dei punteggi e l'elenco dei premi promossi dalla Regione Lazio, con l'obiettivo di favorire la partecipazione attiva e la continuità nel percorso di promozione del benessere. - Iniziative ASL: l'utente può consultare le iniziative promosse dalla propria ASL (screening, gruppi di cammino, ecc.). - Impostazioni: l'utente può revocare i consensi, cancellarsi dal servizio, modificare il recapito telefonico e gestire le proprie informazioni personali.

L'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) rappresenta una figura di riferimento nel percorso proposto da *LazioPerLaSalute*, con il compito di accompagnare l'utente nell'utilizzo consapevole e personalizzato dell'app.

RIFERIMENTI

Progetto LazioPerLaSalute: manuale Infermiere di Famiglia e di Comunità.

SCOPO E OBIETTIVI

Lo scopo dell'app è quello di monitorare il proprio stile di vita, ricevere consigli personalizzati per migliorare le abitudini quotidiane e scoprire le iniziative promosse dalla propria ASL rimanendo sempre in contatto con gli IFeC di riferimento nell'ambito distrettuale di riferimento.

Obiettivi:

- monitorare il proprio stile di vita e ricevere suggerimenti personalizzati;
- ricevere consigli su misura per migliorare le abitudini quotidiane e mantenersi in salute;
- ottenere riconoscimenti per i progressi compiuti;
- scoprire le attività e le iniziative della propria ASL;
- connettersi con i servizi territoriali (IFeC e NEA116117) al bisogno.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Linee operative aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

TARGET

L'intervento si rivolge a utenti classificati come apparentemente sani, con età tra 18 e i 74 anni. Per apparentemente sani si intende che non abbiano una patologia cronica o pregressa rilevante e non assumano regolarmente farmaci. Sono escluse anche le donne in stato di gravidanza o che abbiano partorito nei 6 mesi precedenti.

Non devono seguire le indicazioni dell'app (consigli generici) gli assistiti affetti da una condizione patologica acuta o che si trovino in stato di gravidanza o che abbiano già ricevuto indicazioni personalizzate da parte di un medico o altro professionista sanitario.

Attori

Le principali figure di supporto previste sono:

- Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC), affiancano l'utente nel monitoraggio degli stili di vita, offrendo assistenza personalizzata.
- Operatori del NEA 116117 (Numero Europeo Armonizzato per l'accesso alle cure mediche non urgenti) coinvolti in caso di necessità di approfondimento clinico per garantire un ulteriore livello di supporto sanitario (quando sarà attivo per la provincia).

Strumenti

La piattaforma IFeC è lo strumento dedicato agli Infermieri di Famiglia e Comunità per la gestione e il monitoraggio del percorso degli utenti, della ASL di competenza, all'interno dell'app LazioPerLaSalute.

Consente di:

- monitorare l'aderenza al percorso di prevenzione e benessere;
- prendere in carico le richieste degli utenti;
- guidare gli utenti all'interno del progetto di presa in carico digitale e territoriale.

AMBULATORI INFERMIERISTICI PER ATTIVITA' DI PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CRONICITA'

Nell'ambito di tali ambulatori verrà individuata una fascia oraria dedicata alle attività dell'ambulatorio LazioPerLaSalute, tali agende saranno definiti al fine di avere un'equa distribuzione sul territorio del distretto di riferimento a garanzia della prossimità e al fine di ottimizzare le risorse.

La piattaforma consente una visualizzazione degli aderenti suddivisi per distretto, quindi le attività degli IFeC verranno effettuate a rotazione sulle diverse sedi distrettuali dove sono presenti gli infermieri, Case della Comunità, già attive o di prossima conversione e Centrali Operative Territoriali. Nella fase di avvio ogni distretto garantirà un'attività di almeno 5 ore settimanali per iniziare, si farà poi una stima delle necessità e con l'aumentare dei volumi di attività dette agende verranno ridefinite.

Distretto	Sede	Giorno	Ora
DISTRETTO A	CdC Montefiascone	Giovedì	14.30/16.30
	CdC Bagnoregio	Lunedì	14.30/16.30
	COT Tarquinia	Martedì Venerdì	11.00/13.00 11.00/13.00
DISTRETTO B	Poliambulatorio Viterbo	Venerdì	11.00/13.00
	PUA Viterbo	Martedì	11.00/13.00
	CdC Orte	Giovedì	11.00/12.00
	CdC Soriano nel Cimino	Lunedì	11.00/12.00
DISTRETTO C	CdC Ronciglione	Lunedì	11.00/12.00
		Mercoledì	11.00/12.00
	COT Civita Castellana	Martedì	11.00/12.00
		Giovedì Venerdì	11.00/12.00 11.00/12.00

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Il percorso inizia con la registrazione all'app, seguita dalla compilazione di questionari che permettono la classificazione dell'utente, a partire dal proprio stato di salute. Per verificare l'idoneità all'utilizzo dei servizi dell'app e identificare le raccomandazioni più appropriate, in fase di iscrizione l'utente compila i seguenti questionari relativi al proprio stato di salute e inserisce i valori relativi agli indicatori clinici diagnostici di base:

- Questionario preliminare (indaga l'assenza di patologie e di altri criteri di esclusione)
 - Questionario sintetico (indaga 7 sezioni: dati sociodemografici e antropometrici, alimentazione, movimento, fumo, alcol, sonno, benessere psicofisico. Ad ogni risposta data al questionario sintetico, l'utente riceve le raccomandazioni più appropriate)
 - Questionario completo (approfondisce le sezioni alimentazione e movimento)
 - Indicatori clinici diagnostici di base (da inserire in fase di registrazione e poi successivamente a 12 mesi)
- L'assistito poi indica se esprime il consenso ad essere contattato dagli infermieri.

Se l'utente presta il consenso ad essere ricontattato, l'IFeC effettua:

1. **un primo contatto** indicativamente entro sette giorni dalla registrazione, durante il quale accoglie l'utente, presenta il progetto, illustra il funzionamento dell'app e fornisce orientamento per i primi passi.
2. **un follow-up periodico**, indicativamente mensile e comunque tarato sul livello di aderenza (se alta programmino contatti più rari, se bassa contatti più frequenti), offrendo aggiornamenti personalizzati, verifica dell'andamento del percorso, supporto dedicato e consigli mirati.
3. **contatti su richiesta dell'utente**, per ricevere assistenza e orientamento sul proprio percorso in app.

Durante il primo contatto, l'IFeC illustra all'utente il funzionamento dell'app, l'utilità dei follow up e il sistema del contatto su sua richiesta. Valuta anche se l'utente ha completato la fase di assessment con la compilazione dei questionari e l'inserimento degli indicatori diagnostici.

Con il follow-up periodico l'IFeC garantisce il monitoraggio continuo e personalizzato del percorso di benessere degli utenti, in particolare come indicato di seguito.

Attività previste per il follow-up periodico	
Monitoraggio	L'IFeC monitora, tramite la propria dashboard dedicata, i dati che l'utente ha inserito nell'app, come abitudini alimentari e attività fisica. Questa fase consente di valutare se l'utente sta seguendo il percorso previsto e di individuare eventuali scostamenti rispetto agli obiettivi.
Contatto	Dopo il monitoraggio, è fondamentale condividere le informazioni raccolte con l'utente. Il confronto permette di chiarire eventuali anomalie, illustrare i progressi raggiunti e rispondere a dubbi o difficoltà. Questo momento favorisce la consapevolezza e stimola il coinvolgimento attivo dell'utente nel percorso.
Supporto	In base alle informazioni raccolte, l'IFeC fornisce consigli pratici e motivazionali, adattati alle esigenze specifiche dell'utente. L'obiettivo è rafforzare i comportamenti positivi e proporre strategie concrete per migliorare l'aderenza al percorso di prevenzione.
Registrazione	Ogni contatto di follow-up deve essere registrato in modo accurato, annotando gli esiti del contatto, aggiornando lo stato dell'utente e inserendo eventuali note sintetiche, nello spazio dedicato.

Per guidare gli IFeC nella classificazione e nella definizione della priorità di contatto nel follow-up periodico, vengono utilizzati i range di aderenza dell'utente: più si discosta dagli obiettivi, più il supporto deve essere mirato e intensivo:

Livello	Stato	Azioni
Aderenza alta	L'utente rispetta in modo costante le indicazioni	Interventi leggeri, focalizzati sul rinforzo positivo e sul consolidamento dei risultati.
Aderenza media	L'utente mostra un impegno variabile	Suggerimenti pratici per migliorare la costanza e prevenire cali
Aderenza bassa	L'utente presenta un basso livello di adesione	Strategie motivazionali e reminder frequenti per favorire il recupero

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Linee operative aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

Range di aderenza di riferimento

Area	Dato	Range aderenza		
		Bassa	Media	Alta
Alimentazione	1. Numero di pasti principali e snack	0-39%	40-52%	>53%
	1.1. Qualità dei pasti			
	2. Acqua			
Movimento	3. Movimento	0-43%	44-78%	>78%
	3.1 Tempo speso facendo movimento			
Benessere psicofisico	4. Sonno - Durata	0-40%	41-60%	>60%
	5. Stato d'animo			
Alcol	6. Uso di alcol	0-37%	38-63%	>63%

MONITORAGGIO

L'infermiere deve avere un atteggiamento un approccio costruttivo e non giudicante, adottando uno stile comunicativo professionale, chiaro e orientato all'ascolto. Spesso la discontinuità nella compilazione è legata a dimenticanza, mancanza di tempo o calo di motivazione. Bisogna chiarire se ci sono problemi tecnici o motivazionali e incoraggiare l'utente a riprendere la compilazione, ricordando che i dati servono per personalizzare il supporto, non per controllare.

L'obiettivo è motivare l'utente e aiutarlo a ritrovare la regolarità, spiegando quanto sia importante per il monitoraggio del proprio stile di vita, evidenziando gli aspetti positivi dell'app (anche la sezione di gamification che propone sfide per incentivare comportamenti salutari, ogni sfida ha obiettivi specifici e, una volta completata, assegna badge e punti che consentono di vincere premi) e i benefici per la salute. In ogni caso se la persona non è suscettibile ai suggerimenti chiedere se possiamo ricontattarla successivamente e rendersi disponibile per un accesso in presenza presso la struttura sanitaria per valutare in presenza rischi negli stili di vita e misure di miglioramento possibili.

Discontinuità nella compilazione	Verificare il periodo di inattività e la frequenza delle compilazioni. - Contattare l'utente per capire le cause (motivazione, tempo, difficoltà). - Spiegare l'importanza della compilazione costante per il percorso. - Suggerire strumenti di supporto (promemoria, routine giornaliera). - Registrare l'intervento e monitorare eventuale miglioramento.
Mancata compilazione	Verificare che non siano mai stati registrati dei dati. - Contattare l'utente per chiarire eventuali difficoltà. - Fornire istruzioni semplici per riprendere la compilazione. - Pianificare un follow-up aggiuntivo se necessario. - Documentare la situazione e le azioni intraprese.
Feedback negativo in una o più aree	Analizzare i dati per identificare l'area critica e la gravità. - Contattare l'utente con approccio empatico e rassicurante. - Offrire consigli mirati per affrontare la criticità (es. tecniche di gestione dello stress, suggerimenti per incrementare attività fisica). - Valutare eventuale coinvolgimento di altri professionisti. - Registrare l'intervento e programmare un follow-up ravvicinato.

CONTATTO SU RICHIESTA DELL'UTENTE

L'utente ha la possibilità di richiedere un contatto diretto con l'IFeC in qualsiasi momento, tramite l'app, per ricevere supporto sul percorso di salute. Questo servizio è pensato per rispondere a esigenze assistenziali, motivazionali e comportamentali, non per problemi tecnici legati all'app (in tal caso invitare l'utente all'inoltro della richiesta all'indirizzo supporto@lazioperlasalute.it).

L'obiettivo è garantire un'assistenza tempestiva e personalizzata, favorendo la continuità del percorso e la risoluzione di eventuali criticità.

La presa in carico avverrà entro 48/72 ore.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Linee operative aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

Richieste dell'utente
- dubbi sull'interpretazione dei dati registrati (es. parametri alimentari, attività fisica, sonno); - necessità di chiarimenti sugli obiettivi del percorso o sulle modalità di monitoraggio; - richiesta di consigli pratici per migliorare nelle aree di benessere; - supporto motivazionale per mantenere o recuperare l'aderenza; - indicazioni per affrontare difficoltà specifiche (es. gestione stress, riduzione consumo alcol); - pianificazione di azioni correttive o nuovi obiettivi.

Interventi infermieristici in risposta	
Accoglienza e ascolto attivo	Comprendere il motivo della richiesta e raccogliere informazioni preliminari per contestualizzare il problema;
Analisi dei dati dell'utente	Consultare la dashboard dedicata per verificare i parametri registrati (alimentazione, movimento, sonno, acqua, benessere psicofisico, consumo di alcol) e individuare eventuali anomalie
Chiarimento e spiegazione	Fornire risposte chiare su obiettivi, modalità di monitoraggio e interpretazione dei dati, evitando tecnicismi complessi;
Consigli personalizzati	Proporre strategie pratiche e realistiche, adattate al profilo dell'utente e al livello di aderenza (alta, media, bassa)
Supporto motivazionale	Rinforzare i comportamenti positivi, suggerire tecniche per superare ostacoli e mantenere la costanza
Pianificazione condivisa	Definire insieme all'utente obiettivi a breve termine e programmare eventuali follow-up aggiuntivi;
Documentazione del contatto	Registrare il motivo della richiesta, le azioni intraprese, eventuali note e aggiornare lo stato dell'utente sulla dashboard.

NB: in caso di valori clinici fuori soglia l'app invia una notifica e, se è stato dato il consenso, viene avvisato il NEA 116117 che contatta l'utente per prenderlo in carico.

INDICAZIONI OPERATIVE

Nella fascia oraria dedicata l'infermiere presente deve accedere alla schermata Home dove vengono visualizzati tutti gli eventi aperti per:

- consultare regolarmente l'elenco dei nuovi eventi per individuare quelli da gestire,
- identificare e selezionare gli eventi aperti o assegnati ancora da gestire, selezionando l'evento da gestire per visualizzarne i dettagli
- gestire con priorità gli eventi più urgenti utilizzando le funzioni disponibili,
- chiudere sempre gli eventi dopo averli gestiti.

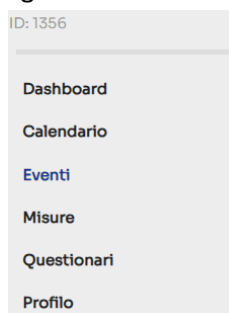
Nell'attimo che si seleziona il tasto "gestisci" la pratica si sposta sulla voce in corso

Ultimi eventi
[Vedi tutti](#)

 16 Aperti

 1 In corso

Si può poi aprire la scheda dell'assistito e navigare tra le sezioni sotto indicate



Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Linee operative aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

Prima di contattare la persona è consigliato verificare tutte le sezioni per verificare se sono stati compilati i questionari, se vengono inseriti i dati e quale è il livello di aderenza (questo dato è sulla dashboard che contiene il riepilogo assistito, è necessario cliccare sulla freccia vicino al termine aderenza)

Sommario

Aderenza →

La schermata Dashboard in particolare fornisce una sintesi chiara e immediata delle informazioni rilevanti sullo stato e le attività dell'utente all'interno dell'applicazione, facilitando il monitoraggio quotidiano e l'intervento personalizzato. **L'intervento personalizzato va preparato prima della telefonata** approfondendo la situazione e verificando in quali aree intervenire. Lo stesso il contatto su richiesta. **L'infermiere potrà avvalersi dell'equipe di lavoro per organizzare le chiamate e il piano di intervento personalizzato.**

In alternativa ci si può spostare sulla schermata Utenti che mostra l'elenco completo degli utenti, si potranno utilizzare le funzioni per visualizzare gli utenti in un determinato ordine o per ricercare un utente specifico e procedere con la presa visione dei profili degli assistiti. Scorrere l'elenco utenti per visualizzarne i dettagli base e cliccare su Visualizza per aprire il profilo completo e accedere a ulteriori informazioni o funzioni di gestione relative all'utente selezionato.

Tipologie e modalità di contatto

Bisogna sempre presentarsi, indicando nome e cognome e ruolo e specifica che chiami per il progetto LazioPerLaSalute, promosso da Regione Lazio.

Verificare che l'utente sia idoneo all'utilizzo dell'app. Se durante la chiamata rilevi una non idoneità — ad esempio per la presenza di patologie croniche o pregresse rilevanti, assunzione regolare di farmaci, stato di gravidanza o parto avvenuto negli ultimi 6 mesi — informa l'utente che dovrebbe procedere con la disattivazione dell'utenza.

In caso di mancata risposta, effettua fino a 3 tentativi in giorni diversi e chiudi comunque l'evento.

Qualora l'utente segnali una situazione di urgenza o emergenza, invitalo immediatamente a contattare i servizi preposti (es. 112 per emergenze)

Al **primo contatto** illustra le funzionalità dell'app e i benefici:

- il monitoraggio delle 6 dimensioni del benessere (movimento, alimentazione e idratazione, sonno, consumo di alcol e benessere psicofisico) e i consigli sugli stili di vita basati su linee guida scientifiche,
- sottolinea l'importanza di un accesso regolare, idealmente quotidiano, ma con la possibilità di inserire dati fino a 7 giorni a ritroso,
- suggerisci la sincronizzazione con Apple Salute o Google Health Connect (Impostazioni > Preferenze > Apple Salute/Google Health Connect),
- presenta il sistema premiale previsto per valorizzare la costanza degli utenti, con premi messi a disposizione dalla Regione Lazio,
- se l'utente non ha compilato dei questionari, supportalo nella compilazione,
- qualora l'utente non abbia inserito i valori dei parametri clinici previsti, ricordagli che, se dispone di esami clinici effettuati negli ultimi sei mesi, può inserirli direttamente nell'app.

In alternativa può scegliere di effettuarli secondo le modalità preferite oppure usufruire gratuitamente, una volta all'anno, del servizio presso le farmacie convenzionate. L'elenco delle farmacie aderenti è disponibile all'interno dell'app (Home > Ciao, sono DOT > Trovare le farmacie aderenti).

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE Edizione: 1 del 10/09/26	SISTEMI DI GOVERNANCE	 REGIONE LAZIO Pag. 41 a 41
	LINEE OPERATIVE PER L'UTILIZZO DELLA TELEMEDICINA A SUPPORTO DELLE RETI E PERCORSI CLINICI INTEGRATI	

Se l'utente non ha dato il consenso al contatto da parte del NEA116117, puoi sottolineare la sua importanza legata ad una presa in carico in caso di parametri clinici fuori soglia, e invitarlo a esprimere il consenso in app.

In caso di chiamata di follow up:

- analizza i comportamenti degli ultimi 30 giorni (Utenti › Misure) e verifica il livello di aderenza (Dashboard IFeC › Aderenza stile di vita › Livello di compliance)
- se ci sono dubbi su come impostare la conversazione, confrontati con il gruppo di lavoro
- ci si congratula sempre con l'utente per i progressi ottenuti oppure, in loro assenza, adotta un approccio di rinforzo positivo e incoraggiamento
- informa l'utente sull'offerta aziendale e sulle iniziative in tema di prevenzione e promozione della salute.

In caso di contatto su richiesta

- Leggere la nota dell'utente per comprendere il motivo della richiesta (Utenti › Eventi › Dettaglio Evento).
- Analizza i dati recenti (Utenti › Misure) e l'andamento del percorso (Dashboard IFeC › Aderenza stile di vita › Livello di compliance).
- Chiedere all'utente di descrivere in maniera approfondita la richiesta.
- Se la richiesta è di natura tecnica (es. problemi con l'app), indirizza l'utente a supporto@lazioperlasalute.it
Se la richiesta riguarda il benessere o lo stile di vita, fornisci consigli mirati in base al profilo e ai dati disponibili.

In ogni chiamata di incoraggiare l'utente a registrare regolarmente i dati nell'app, evidenziandone i benefici.

Per dare le indicazioni corrette e uniformi su come migliorare gli stili di vita verrà redatto apposito vademecum con i gruppi di lavoro del Piano Aziendale di Prevenzione e verrà svolta apposita formazione.

MONITORAGGIO ATTIVITÀ

Nel corso delle attività l'infermiere in turno dovrà registrare in apposito file excel i recall effettuati e l'esito degli stessi (ad esempio: non risponde, collabora alle indicazioni fornite, non collabora, eventuali motivazioni, altro) indicando anche le criticità più frequenti al fine di discuterne poi nel gruppo di lavoro al fine di attivare eventuali azioni migliorative.

ACCESSI IN PRESENZA

L'IFeC presente nelle Case della Comunità può intercettare gli assistiti che accedono per bisogni occasionali o per altre prestazioni ambulatoriali nella struttura chiedendo il loro consenso per usufruire di una "consulenza" in presenza in tema di promozione della salute e educazione sanitaria in tema di stili di vita.

La stessa azione proattiva verrà svolta su tutti gli assistiti che accedono agli ambulatori infermieristici.

L'attività di minimal advice sarà diversa e personalizzata a secondo che ci si trovi di fronte ad un cittadino potenzialmente sano o affetto da cronicità. Nei cittadini sani si promuoverà l'utilizzo dell'app spiegandone funzionalità e benefici.

Anche in questo caso si prevede la somministrazione di questionari per la stratificazione del rischio e monitoraggio periodico definito a secondo del profilo di rischio. Seguiranno apposite istruzioni operative.

Le attività di cui sopra verranno incrementate sulla base dei volumi degli accessi e dell'aderenza dei cittadini.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Linee operative aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale