

CONTRIBUTO DI RICERCA 335/2022

TELERIABILITAZIONE IN PIEMONTE

Proposta di definizione di un percorso regionale alla luce delle indicazioni nazionali e delle esperienze sul territorio

L'IREs PIEMONTE è un ente di ricerca della Regione Piemonte disciplinato dalla Legge Regionale 43/91 e s.m.i. Pubblica una relazione annuale sull'andamento socioeconomico e territoriale della regione ed effettua analisi, sia congiunturali che di scenario, dei principali fenomeni socioeconomici e territoriali del Piemonte.

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Michele Rosboch, Presidente

Mauro Durbano, Vicepresidente

Alessandro Carriero, Mario Viano, Gianpaolo Zanetta, Membri

COLLEGIO DEI REVISORI

Alessandro Rossi, Presidente

Maria Carmela Ceravolo, Silvio Tosi, Membri effettivi

Stefano Barreri, Luca Franco, Membri supplenti

COMITATO SCIENTIFICO

Irma Dianzani, Presidente

Filippo Brun, Anna Cugno, Roberta Lombardi, Ludovico Monforte, Chiara Pronzato, Pietro Terna

DIRETTORE

Stefano Aimone

STAFF

Marco Adamo, Cristina Aruga, Maria Teresa Avato, Davide Barella, Cristina Bargerò, Stefania Bellelli, Marco Carpinelli, Marco Cartocci, Pasquale Cirillo, Renato Cugno, Alessandro Cunsolo, Luisa Donato, Elena Donati, Carlo Alberto Dondona, Claudia Galetto, Anna Gallice, Martino Grande, Simone Landini, Federica Laudisa, Sara Macagno, Eugenia Madonia, Maria Cristina Migliore, Giuseppe Mosso, Daniela Musto, Carla Nanni, Daniela Nepote, Gianfranco Pomatto, Giovanna Perino, Santino Piazza, Sonia Pizzuto, Elena Poggio, Chiara Rivoiro, Valeria Romano, Lucrezia Scalzotto, Alberto Stanchi, Filomena Tallarico, Guido Tresalli, Stefania Tron, Roberta Valetti, Giorgio Vernoni.

COLLABORANO

Ilario Abate Daga, Niccolò Aimo, Massimo Battaglia, Filomena Berardi, Giacomo Bo, Debora Boaglio, Chiara Campanale, Silvia Caristia, Silvia Caterini, Paola Cavagnino, Stefano Cavaletto, Stefania Cerea, Claudia Cominotti, Salvatore Cominu, Simone Contu, Giovanni Cuttica, Elide Delponte, Shefizana Derraj, Sonia Fallico, Paolo Feletig, Fiorenzo Ferlaino, Lorenzo Fruttero, Gabriella Gianoglio, Lorenzo Giordano, Silvia Genetti, Giulia Henry, Ilaria Ippolito, Ludovica Lella, Daniela Leonardi, Irene Maina, Stefania Medeot, Luigi Nava, Francesca Nicodemi, Daniela Nisi, Mariachiara Pacquola, Sylvie Occelli, Serena Pecchio, Valerio V. Pelligra, Samuele Poy, Chiara Rondinelli, Laura Ruggiero, Martina Sabbadini, Paolo Saracco, Domenico Savoca, Bibiana Scelfo, Alessandro Sciullo, Laura Sicuro, Luisa Sileno, Giovanna Spolti, Francesca Talamini, Anda Tarbuna, Nicoletta Torchio, Elisa Tursi, Silvia Venturelli, Paola Versino, Gabriella Viberti, Augusto Vito, Fulvia Zunino.

Il documento in formato PDF è scaricabile dal sito www.ires.piemonte.it

La riproduzione parziale o totale di questo documento è consentita per scopi didattici, purché senza fine di lucro e con esplicita e integrale citazione della fonte.

TELERIABILITAZIONE IN PIEMONTE

Proposta di definizione di un percorso regionale
alla luce delle indicazioni nazionali
e delle esperienze sul territorio

© 2022 IRES
Istituto di Ricerche Economico Sociali del Piemonte
Via Nizza 18 -10125 Torino

www.ires.piemonte.it

GLI AUTORI

Il Contributo di Ricerca è stato realizzato dal gruppo di lavoro composto da:

Area “Salute e sviluppo del sistema sanitario” di IRES Piemonte:

Giovanna Perino, Dirigente Area Salute e sviluppo del sistema sanitario

Bibiana Scelfo, Ricercatrice

Stefania Bellelli, Ricercatrice

Chiara Rivoiro, Ricercatrice

Valeria Romano, Ricercatrice

Referenti di Aziende Sanitarie ed Ospedaliere piemontesi:

A. Baricich, Dip. Medicina Fisica e Riabilitazione, AOU Maggiore della Carità, Novara

A.T. Bottazzi, SC Medicina Fisica e Riabilitazione - Neuroriabilitazione, AO Alessandria

M. Caldognetto, SC Neuropsichiatria infantile, ASL TO4

A. Corrado, SC Recupero e Riabilitazione Funzionale, P.O. Chivasso (ASL TO4)

R. Evangelisti, SC Recupero e Riabilitazione Funzionale, ASL TO4 (Ivrea)

F. Fioretto, SC Neuropsichiatria infantile, ASL CN1

E. Minutiello, Medico specializzando in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Univ. Torino

D. Nunziato, SC Neuropsichiatria infantile, ASL CN1

V. Palermo, SC Risk Management, ASL TO4 (Ivrea)

L. Perrero, SC Medicina Fisica e Riabilitazione - Neuroriabilitazione, AO Alessandria

M. Pescarmona, SC Risk Management, ASL TO4 (Ivrea)

G. Rovere, SC Recupero e Rieducazione Funzionale, ASL TO5 – Segretario SIMFER Piemonte

A. Salvadori, MMG, Casa della Salute di Borgaretto-Beinasco (TO), Asl TO3- Consigliera OMCeO Torino

S. Vesco, Fisiatra, ASL TO4 (Ivrea)

INDICE

EXECUTIVE SUMMARY	1
INTRODUZIONE.....	3
Capitolo 1	
DEFINIZIONE ED AMBITI DELLA (TELE)RIABILITAZIONE	5
GLI AMBITI DELLA (TELE)RIABILITAZIONE	5
TELERIABILITAZIONE IN AMBITO CARDIOLOGICO E PNEUMOLOGICO: PRIME CONSIDERAZIONI	6
Capitolo 2	
PAZIENTI ELEGGIBILI PER LA TELERIABILITAZIONE	7
Capitolo 3	
REQUISITI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI IN TELERIABILITAZIONE	9
AMBITI DI CURA E ASSISTENZA PER L'EROGAZIONE DELLA TELERIABILITAZIONE	9
REQUISITI DELLE STRUTTURE EROGATRICI	9
ASPETTI ECONOMICI	10
REQUISITI TECNOLOGICI	10
L' "usabilità" della tecnologia	11
ASPETTI ETICO-LEGALI	12
Aspetti medico-legali	12
Il consenso informato, ovvero: informazione e consenso	14
ASPETTI ORGANIZZATIVI	15
Capitolo 4	
CONCLUSIONI	17
Bibliografia	21
Allegato 1	
PROPOSTA DI QUESTIONARIO DI INDAGINE SULLA RILEVAZIONE DELLE ESPERIENZE DI TELERIABILITAZIONE IN PIEMONTE.....	23

EXECUTIVE SUMMARY

Il contesto. La pandemia da SARS-Cov2 ha dato forte impulso all'attivazione e alla diffusione degli strumenti di sanità digitale, tra cui la telemedicina, e in particolare la televisita che è stata tra le prestazioni maggiormente implementate perché ha consentito di decongestionare gli ospedali e di monitorare i pazienti direttamente da remoto.

La Conferenza Stato-Regioni ha approvato nel dicembre 2020 Il documento di indirizzo "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina" nel quale vengono definiti i requisiti e gli ambiti per la sua implementazione, nel contesto dell'assistenza sanitaria di ciascuna Regione e Provincia Autonoma.

L'evoluzione della normativa. Diverse Regioni hanno emesso atti normativi che hanno definito i contesti e le modalità di erogazione delle prestazioni in telemedicina, inserendole nei nomenclatori e dunque riconoscendole nel sistema di tariffazione.

Anche la regione Piemonte, con DGR n. 6-1613 del 3 luglio 2020 stabilisce le modalità di prescrizione, prenotazione, tariffazione e rendicontazione delle prestazioni ricomprese nella modalità "televisita" nell'ambito della specialistica ambulatoriale e specifica le disposizioni relative all'erogazione di tali prestazioni. Tale Delibera tuttavia demanda a successivi provvedimenti l'attivazione di ulteriori prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale, tra cui la teleriabilitazione, che nelle more di tali provvedimenti, possono essere implementate, ma su disposizione delle Direzioni Generali delle singole Aziende Sanitarie del SSR.

Le peculiarità della teleriabilitazione. I percorsi di tipo riabilitativo sono caratterizzati da differenti livelli di intensità e di complessità in quanto frequentemente richiedono il coinvolgimento di competenze multidisciplinari, di diverse figure professionali e, in alcuni ambiti, spesso richiedono l'impiego di tecnologie sofisticate. Occorre quindi un'approfondita valutazione degli aspetti di efficacia e sicurezza qualora si consideri l'implementazione al domicilio del paziente o in un *setting* diverso da quello ospedaliero/ambulatoriale, mediante la teleriabilitazione.

Il contributo di professionisti di diverse ASL ed Aziende Ospedaliere piemontesi coinvolti, a vario titolo, in attività di teleriabilitazione, supportati dal Nucleo tecnico HTAM dell'IRES Piemonte ha consentito di elaborare alcune linee di indirizzo che tengono conto delle peculiarità del contesto locale (disponibilità nelle diverse aree delle infrastrutture o di altre soluzioni tecnologiche in grado di garantire le connessioni necessarie per l'erogazione di questa tipologia di prestazioni, i bisogni di salute della popolazione piemontese, ...), della normativa vigente e delle problematiche specifiche emerse dalle prime applicazioni concrete di prestazioni di teleriabilitazione.

In sintesi, di seguito si riportano le principali notazioni emerse dal lavoro del Tavolo:

- La **valutazione multidisciplinare**, richiamata dalle linee di indirizzo ministeriali, per orientare la scelta del percorso riabilitativo e basata sull'utilizzo dei criteri ICF²

¹ Vedi: Rep. Atti n. 215/CSR del 17 dicembre 2020

² L'ICF è uno strumento utilizzato per descrivere, misurare e classificare salute e disabilità. La classificazione ICF consente di fornire un linguaggio standard e unificato che serva da modello di riferimento per la descrizione della salute e degli stati ad essa correlati.

(International Classification of Functioning, Disability and Health) introduce una notevole barriera all'ingresso del paziente nel percorso riabilitativo. Le esperienze condotte in alcuni contesti riabilitativi potranno essere utili riferimenti per l'applicazione di strumenti rigorosi, ma semplificati.

- **L'attuale modello degli ospedali "Hub-Spoke"**, nel quale l'*hub* è riferimento per la gestione di attività complesse, è messo in discussione dall'ingresso della telemedicina nel sistema di cure: gli ospedali *spoke* stanno infatti assumendo ruoli e responsabilità ulteriori rispetto al modello originario. Si aprono nuovi scenari di cura che andranno approfonditi in stretta relazione con la riqualificazione delle cure domiciliari richiesta dal PNRR.
- **L'accessibilità alle cure**, che deve essere garantita universalmente, nel caso dei servizi di teleriabilitazione, ma tenendo in considerazione alcune questioni specifiche:
 1. il **livello di alfabetizzazione digitale** non deve divenire criterio di esclusione nel caso di pazienti e/o familiari che hanno difficoltà in questo senso;
 2. il **sistema Sovracup regionale**, seppur garantendo una maggiore accessibilità alle prestazioni sanitarie, non è sufficientemente adeguato **per la gestione dei percorsi di teleriabilitazione** e di riabilitazione in generale, che richiedono infatti di poter garantire la continuità della presa in carico per essere efficaci, adeguati e di qualità. Una possibile soluzione per rispondere a questa criticità potrebbe essere la realizzazione di **agende gestite direttamente dalla struttura erogante**.
- il ruolo di **complementarità della teleriabilitazione** rispetto alla riabilitazione tradizionale: La teleriabilitazione non deve generare distanza ma piuttosto ridurla. E' da valorizzare la concreta possibilità concreta che la teleriabilitazione offre ai professionisti sanitari di valutare l'ambiente in cui il paziente vive/lavora, le sue abilità nei gesti quotidiani deve essere strumento per **migliorare la presa in carico tradizionale** e finalizzato al miglioramento della qualità di vita globale.

Alla luce degli approfondimenti avviati, il gruppo di lavoro propone l'avvio di un'**indagine dedicata alla rilevazione delle esperienze di teleriabilitazione** già messe in campo in tutto il Piemonte da molte Aziende Sanitarie (Allegato 1), utilizzando un approccio di Health Technology Assessment (HTA) declinato nell'ambito della telemedicina³. Le informazioni raccolte dall'indagine sulle esperienze di TR potranno consentire la costruzione di un sistema regionale per l'accreditamento, l'erogazione, la valutazione ed il monitoraggio di tali prestazioni e delle eventuali buone pratiche esistenti. Questo anche nell'ottica di implementare in maniera efficace ed appropriata gli interventi previsti dalla Missione 6 (Salute) del PNRR, in relazione alla componente 1 (C1) "*Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*" nella quale il domicilio del paziente, grazie alle tecnologie digitali ed alla telemedicina, assume il ruolo d'elezione fra i *setting* di cura.

Il questionario infine risulterà utile per la definizione di un percorso che, tenendo conto delle caratteristiche del territorio e delle realtà locali, sia trasferibile ai diversi contesti esistenti.

³ Vedi: modello MAST (Model for the Assessment of Telemedicine) in Kidholm et al. 2012

INTRODUZIONE

Lo scenario emergenziale delineatosi con la pandemia Covid-19 e alcune delle misure che sono state messe in atto per contenerlo hanno ostacolato, talvolta anche in modo rilevante, l'erogazione in forma tradizionale di numerose prestazioni sanitarie, particolarmente a discapito dei pazienti fragili o affetti da patologie croniche, che necessitano di continuità assistenziale di medio e lungo periodo.

Tali difficoltà hanno messo in evidenza la necessità di adeguare i processi di erogazione delle cure puntando sul rafforzamento dell'erogazione di prestazioni e servizi a distanza per mezzo delle tecnologie digitali.

Tra le attività che hanno subito le più significative limitazioni vi è la **riabilitazione**, nelle sue differenti declinazioni. Ciò non solo ha generato difficoltà di accesso ai percorsi riabilitativi, ma ha anche causato pregiudizio sugli esiti positivi di trattamenti già avviati prima dell'emergenza sanitaria e che non hanno potuto consolidarsi adeguatamente nel tempo, come deve essere in ambito riabilitativo.

Questo contesto di grande criticità tuttavia ha rappresentato un'occasione unica per favorire l'attivazione e la diffusione degli strumenti di sanità digitale, tra cui la telemedicina, che, attraverso il documento di indirizzo "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina" del 2020⁴, è stata inquadrata in una cornice che ne ha definito i requisiti e gli ambiti per la sua implementazione nel contesto dell'assistenza sanitaria di ciascuna Regione e Provincia Autonoma.

La telemedicina è stata tra le prestazioni maggiormente implementate perché ha consentito, e tutt'ora consente, di decongestionare gli ospedali e di monitorare i pazienti direttamente da remoto attraverso l'utilizzo di tecnologie digitali piuttosto diffuse. Le potenzialità di questa modalità di relazione tra medico e paziente sono tali che diverse Regioni hanno emesso atti normativi che ne hanno definito i contesti e le modalità di erogazione più adeguati e hanno consentito che venissero inserite tra le prestazioni incluse nei nomenclatori regionali, riconoscendole quindi nel sistema di tariffazione di ciascun Sistema Sanitario Regionale (SSR).

La regione Piemonte, con DGR n. 6-1613 del 3 luglio 2020, stabilisce le modalità di prescrizione, prenotazione, tariffazione e rendicontazione delle prestazioni ricomprese nella modalità "telemedicina" nell'ambito della specialistica ambulatoriale e specifica le disposizioni relative all'erogazione di tali prestazioni.

La Delibera tuttavia demanda a successivi provvedimenti l'attivazione di ulteriori prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale, tra cui la teleriabilitazione, che nelle more di tali provvedimenti, possono essere implementate, ma su disposizione delle Direzioni Generali delle singole Aziende Sanitarie del SSR.

I percorsi di tipo riabilitativo sono caratterizzati da differenti livelli di intensità e di complessità in quanto frequentemente richiedono il coinvolgimento di competenze multidisciplinari, di diverse figure professionali e, in alcuni ambiti, spesso richiedono l'impiego di tecnologie sofisticate. Occorre quindi un'approfondita valutazione degli aspetti di efficacia e sicurezza qualora si

⁴ Vedi: Rep. Atti n. 215/CSR del 17 dicembre 2020.

consideri l'implementazione al domicilio del paziente o in un *setting* diverso da quello ospedaliero/ambulatoriale, mediante la teleriabilitazione.

A partire dalle indicazioni nazionali e con il contributo di esperti coinvolti, a vario titolo, in attività di teleriabilitazione, lo scopo della ricerca è stato quello di identificare gli aspetti di maggior attenzione per la realizzazione di interventi efficaci ed appropriati di teleriabilitazione, che tengano conto della complessità di tale ambito e al contempo siano realizzabili nel contesto della nostra Regione.

L'approfondimento è stato effettuato dal gruppo di lavoro dell'Area Salute e Sviluppo del Sistema Sanitario dell'IRES Piemonte congiuntamente con i medici specialisti nelle diverse aree della riabilitazione del Servizio Sanitario Regionale. L'analisi, svolta a seguito di specifica richiesta del referente del Settore competente della Direzione Sanità e Welfare, si inserisce nell'ambito dei progetti di studio e ricerca previsti dalle Schede di Attività del Programma Annuale dell'IRES Piemonte 2022 e del Piano di Lavoro IRES Sanità 2020-2022 "Studi della sanità digitale e telemedicina" e "Salute e Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza", attività, quest'ultima, a supporto delle determinazioni della Regione Piemonte in materia di programmazione, attuazione, monitoraggio e rendicontazione degli interventi relativi alla MISSIONE 6 Salute.

Alla data di pubblicazione del presente report, nel contesto degli interventi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e in coerenza con la riforma dell'assistenza territoriale, risultano approvate le *"Linee Guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare"* (DM 29 aprile 2022). Tale documento è riconducibile alla *milestone* "EU M6C1 - 4" della Missione 6 Componente 1 del PNRR volta al potenziamento dell'assistenza territoriale. Per ciascuna tipologia di servizi di telemedicina realizzabili nell'ambito domiciliare, inclusa la tele-riabilitazione, sono definiti gli elementi del processo operativo del modello digitale. Le suddette linee guida sono state adottate dalla Regione Piemonte con D.D. 6 giugno 2022, n. 968.

Capitolo 1

DEFINIZIONE ED AMBITI DELLA TELERIABILITAZIONE

Le “Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie” approvate nel 2021 dalla Conferenza Stato Regioni⁵ definiscono la teleriabilitazione come “[...] l'erogazione a distanza di prestazioni e servizi intesi ad abilitare, ripristinare, migliorare o comunque mantenere il funzionamento psicofisico di persone di tutte le fasce di età, con disabilità o disturbi, congeniti o acquisiti, transitori o permanenti, oppure a rischio di svilupparli”.

Il documento è stato redatto dal Gruppo di lavoro sulla telemedicina della Cabina di regia NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario), in collaborazione con il Gruppo di consensus nazionale sulla teleriabilitazione e la teleassistenza e il supporto dell'Istituto Superiore di Sanità. Lo stesso fornisce indicazioni circa l'inserimento della teleriabilitazione nei processi di abilitazione, riabilitazione e presa in carico e dà raccomandazioni in merito all'adeguamento dei flussi informativi di erogazione e alla rendicontazione delle attività di specialistica ambulatoriale per tracciare le prestazioni e i servizi di teleriabilitazione.

Un ulteriore aspetto riguarda le tipologie di intervento incluse nell'ambito della riabilitazione e che quindi devono essere contemplate nell'erogazione di un servizio di teleriabilitazione. L'Associazione Americana di Telemedicina (ATA, 2010)⁶ a questo riguardo specifica che “[...] I servizi di teleriabilitazione possono includere valutazione, monitoraggio, prevenzione, intervento, supervisione, istruzione, consulenza e coaching. Possono inoltre essere implementati per tutte le popolazioni di pazienti e in più setting includendo strutture sanitarie, abitazioni private, scuole o luoghi di lavoro”.

GLI AMBITI DELLA (TELE)RIABILITAZIONE

Analogamente agli interventi di riabilitazione, la teleriabilitazione (TR) si rivolge a tutte le fasce d'età con interventi che riguardano gli stessi ambiti specialistici (la sfera motoria e cognitiva, neuropsicologica, occupazionale, comportamentale, cardiologica, pneumologica, etc.).

La TR può essere impiegata in continuità, ad integrazione o in alternativa, alle metodiche “tradizionali”.

Le attività riconducibili alla TR comprendono: prescrizione, esecuzione, controllo e monitoraggio, sostituzione e/o modifica delle prestazioni e del piano di cura.

La tipologia dell'intervento deve tener conto delle caratteristiche del paziente, del contesto locale (disponibilità delle infrastrutture necessarie all'erogazione del servizio), del setting e del regime assistenziale (riabilitazione estensiva o di mantenimento).

⁵ “Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie”, Ministero della Salute, 9 aprile 2021.

⁶ Brennan D. et al. (2010).

Le linee di indirizzo Nazionali raccomandano inoltre una valutazione preliminare e multidisciplinare dell'idoneità del paziente a fruire di prestazioni in TR (a questo proposito si veda il capitolo 3.).

TELERIABILITAZIONE IN AMBITO CARDIOLOGICO E PNEUMOLOGICO: PRIME CONSIDERAZIONI

Le indicazioni nazionali sulla TR non entrano nel merito degli ambiti cardiologico e pneumologico, rimandando esplicitamente la loro trattazione a successivi documenti di indirizzo.

Nel gruppo di lavoro istituito per l'approfondimento oggetto di questo documento, è stato condiviso che i due ambiti sono estremamente specialistici, poiché richiedono l'utilizzo di tecnologie complesse sia per il training che per il monitoraggio (saturimetri, cardiofrequenzimetri, spirometri portatili, etc.). Le proposte commerciali disponibili nel panorama attuale sono numerose, pertanto occorre un'attenta valutazione sugli aspetti di efficacia, costo e sicurezza, nonché dell'identificazione dei pazienti eleggibili alla modalità da remoto.

Tale approfondimento verrà dunque condotto successivamente da **gruppi di lavoro specifici**.

Capitolo 2

PAZIENTI ELEGGIBILI PER LA TELERIABILITAZIONE

Potenzialmente tutti i pazienti che necessitano di un percorso di riabilitazione possono usufruire di prestazioni in TR. Tuttavia è necessaria un'attenta valutazione dei criteri di elezione al fine di garantire a ciascun paziente il servizio più adeguato per le specifiche esigenze. Il gruppo di lavoro ha delineato i seguenti criteri di elezione:

presenza/rischio di sviluppare disabilità o disturbi acquisiti o congeniti, transitori o permanenti, per tutte le fasce d'età;

competenze e abilità minime che il paziente deve possedere per poter fruire adeguatamente e in maniera appropriata dei benefici della riabilitazione e della tecnologia, anche in considerazione del supporto di familiari/insegnanti/caregiver;

compliance (grado di accettazione e collaborazione) del paziente nei riguardi dell'approccio proposto;

valutazione clinica che tenga conto della disabilità in oggetto e della possibilità concreta di trattare efficacemente in teleriabilitazione il paziente considerato nella sua complessità.

Una volta accertate le condizioni di idoneità per la presa in carico nel percorso di TR, il professionista sanitario dovrà definire:

gli obiettivi del percorso nel contesto degli interventi;

la modalità di erogazione più idonea (sincrona, asincrona, mista)⁷, considerando gli interventi da mettere in campo;

la frequenza e la durata delle singole sessioni e la durata complessiva del percorso (tempi necessari a raggiungere gli obiettivi);

un sistema di verifica degli outcome funzionali e assistenziali anche dal punto di vista del paziente (grado di soddisfazione, qualità percepita, ...) che utilizzi misure di outcome basate sull'evidenza, validate e multidimensionali, al fine di favorire clinici e riabilitatori nel percorso di cura e di presa in carico riabilitativa del paziente.

⁷ Nella modalità sincrona medico e paziente interagiscono in tempo reale senza doversi allontanare dalla propria casa o dal proprio studio. La modalità asincrona, detta anche "store-and-forward", è l'opposto della telemedicina in tempo reale, in quanto consente di raccogliere i dati dei pazienti e di trasferirli in modo sicuro su una piattaforma basata sul cloud, alla quale altri utenti autorizzati possono accedere in qualsiasi momento. La modalità mista prevede l'utilizzo dell'una o dell'altra modalità a seconda del tipo di intervento previsto dalla singola prestazione. Consente di sfruttare i vantaggi di ambedue gli approcci.

NOTA IMPORTANTE:

Le indicazioni ministeriali¹ suggeriscono che la valutazione preliminare del paziente per l'indicazione a prestazioni e servizi in TR, sia effettuata **in presenza** e sia di tipo **multidimensionale**, coinvolgendo un'equipe **multidisciplinare** di specialisti.

Sebbene tale approccio sia auspicabile, nella realtà raramente è possibile, in particolare riguardo alla presenza di un team multidisciplinare. Alla luce dell'esperienza sul campo acquisita dai componenti del gruppo di lavoro, tale modalità di valutazione risulta di fatto inapplicabile nei percorsi di TR.

Poiché la TR deve essere equiparata all'analogo percorso in presenza, garantendo lo stesso profilo di sicurezza delle cure e di efficacia, sarebbe più appropriato che, anche le modalità di presa in carico del paziente in TR, prevedano un percorso simile basato su **valutazioni in itinere** eseguite dagli specialisti opportuni durante il percorso riabilitativo stesso. Tale valutazione deve quindi essere "disegnata" ad hoc sulla base delle caratteristiche cliniche del paziente e del percorso nel quale è stato inserito (vedere "Ambiti di cura e assistenza per l'erogazione della teleriabilitazione" di cui al capitolo 3).

A titolo di esempio, in ambito fisioterapico o logopedico, è molto più frequente che il paziente sia valutato dal fisiatra, che vengano erogate alcune sedute in presenza e, successivamente, le figure professionali coinvolte concordino il passaggio ad un trattamento in TR.

Occorre inoltre precisare che il percorso di (tele)riabilitazione può essere solo approssimativamente definito a priori, essendo dipendente da numerose variabili spesso non prevedibili.

È essenziale infine sottolineare che la TR svolge, ad oggi, un **ruolo complementare** al trattamento tradizionale, non alternativo, e quindi per ora possono considerarsi appropriate sedute in TR all'interno di un **percorso complessivo** del paziente e da adattarsi alle necessità specifiche di volta in volta emergenti.

Capitolo 3

REQUISITI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI IN TELERIABILITAZIONE

La definizione degli elementi che devono caratterizzare l'erogazione di prestazioni di TR richiede di considerare diversi aspetti, in gran parte sovrapponibili ai requisiti necessari per l'erogazione di percorsi di riabilitazione in modalità "tradizionale" (*de visu*).

Il gruppo di lavoro ha individuato i seguenti elementi:

- gli ambiti di cura per l'erogazione delle prestazioni (inserimento in un percorso di cura/assistenza definito);
- i requisiti delle strutture che intendono erogare prestazioni di teleriabilitazione;
- gli aspetti economici: il sistema di tariffazione delle prestazioni di TR;
- le tecnologie utilizzate per erogare la TR e i requisiti necessari;
- gli aspetti etici e legali;
- gli aspetti organizzativi: i *setting* nei quali avviene la fruizione delle prestazioni, le risorse coinvolte, i processi di erogazione.

AMBITI DI CURA E ASSISTENZA PER L'EROGAZIONE DELLA TELERIABILITAZIONE

Come indicato nelle linee di indirizzo Ministeriali, i percorsi di cura/assistenza nell'ambito dei quali le prestazioni di TR possono essere erogate devono ricondursi a:

- **Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)**, previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011;
- **Piano di Trattamento Individuale (PTI)**, di cui all'accordo della Conferenza Stato Regioni del 24 gennaio 2013;
- **Progetto di Assistenza Individuale (PAI)**, di cui all'art. 22 del DPCM 12 gennaio 2017.

REQUISITI DELLE STRUTTURE EROGATRICI

Analogamente a quanto avviene per le prestazioni sanitarie in modalità "tradizionale", le strutture che intendono erogare prestazioni di TR a carico del SSN devono essere accreditate (e contrattualizzate) per quelle stesse attività assistenziali (tenendo conto anche della modalità di erogazione).

Le strutture che intendono erogare prestazioni di TR privatamente devono essere munite di autorizzazione sanitaria allo svolgimento delle relative attività.

ASPETTI ECONOMICI

Le linee di indirizzo ministeriali stabiliscono che la tariffazione delle prestazioni “a distanza” debba essere equivalente a quella delle analoghe erogate in presenza. Le modalità di tariffazione devono quindi essere coerenti con il sistema di remunerazione previsto per i vari *setting* assistenziali (es. ambulatoriale, assistenza domiciliare integrata, RSA o strutture di riabilitazione).

Nel corso dei lavori per la definizione del percorso qui descritto è emerso, tuttavia, che potrebbero esservi delle differenze significative tra i costi delle prestazioni in TR rispetto alle analoghe in presenza ricomprese nel sistema di remunerazione del tariffario regionale.

Questo perché occorrerebbe distinguere le prestazioni di TR per le quali un riconoscimento economico pari a quello delle analoghe in presenza è ragionevole e possibile⁸, da quelle prestazioni che, se erogate a distanza, richiedono l'utilizzo di tecnologie HW e SW più sofisticate (come, ad esempio, sensori indossati dal paziente), che soddisfino criteri di sicurezza e tengano conto delle diverse e possibili modalità di erogazione (sincrona, asincrona e mista).

Ad oggi, infatti, non viene contemplata la possibilità di tariffazione delle prestazioni erogate in maniera asincrona o mista, pur considerata come possibilità di erogazione nel paragrafo “Valutazione multidimensionale del paziente per le prestazioni e i servizi di teleriabilitazione” delle indicazioni ministeriali. Per questa tipologia di interventi è dunque necessaria una rivalutazione economica a fronte di un maggior costo collegato all'impiego delle tecnologie.

REQUISITI TECNOLOGICI

L'uso delle **tecnologie** dovrà avvenire nel rispetto della normativa vigente con particolare riferimento alle:

- **legislazione sulla protezione dei dati** personali e le relative misure di sicurezza (protezione con adeguate tecniche di criptazione);
- **normativa sui dispositivi medici** che impone che i dispositivi utilizzati siano idonei e certificati per l'uso cui sono destinati, sia che si tratti di hardware che di software.

In generale nell'erogazione di una prestazione in telemedicina (e quindi in TR) devono essere garantiti i requisiti di aderenza alle:

- normativa sulla privacy;
- normativa vigente sulla *cybersecurity*;
- normative vigenti sulla certificazione delle attrezzature;
- normative relative al consenso al trattamento dei dati (esplicitato per la funzione specifica per la quale vengono utilizzati).

Gli aspetti relativi alla protezione dei dati devono ricondursi alla disciplina specifica⁹ e alle indicazioni per il trattamento dei dati relativi alla salute in ambito sanitario, in particolare rispetto al **Registro dei trattamenti in ambito sanitario** previsto dal Garante della Privacy. Questo aspetto deve tener conto della modalità “a distanza” che prevede lo scambio di dati “sensibili” attraverso la rete, il loro trattamento da parte dei soggetti che li ricevono e li utilizzano, e **la loro**

⁸ Ovvero a quelle prestazioni in teleriabilitazione analoghe, per la modalità di erogazione, alla “televisita” normata nella DGR n. 6-1613 del 3 luglio 2020.

⁹ Vedi Art. 4 e Art. 9 del Regolamento Generale per la Protezione dei Dati (UE) 2016/679 e provvedimento del Garante per la Privacy n. 55 del 7 marzo 2019

conservazione che deve preferibilmente avvenire su server nel territorio italiano ed in seconda istanza all'interno del territorio EU⁶.

L' "usabilità" della tecnologia

La normativa internazionale IEC 62366-1:2015 definisce il concetto di **usabilità** di una tecnologia come *"la caratteristica dell'interfaccia utente che stabilisce efficacia, efficienza, facilità di apprendimento e soddisfazione dell'utente"*.

Nell'ambito delle tecnologie sanitarie, l'usabilità, è un aspetto fondamentale che riguarda il **grado di semplicità d'uso** da parte dei pazienti e dei professionisti che tenga conto delle loro esigenze e delle loro capacità, della adattabilità degli strumenti al lavoro clinico quotidiano, della *compliance* degli operatori e degli utenti, ma anche della presenza e delle caratteristiche delle **infrastrutture informatiche** che consentono il funzionamento delle tecnologie stesse.

La verifica dell'usabilità delle soluzioni proposte è indispensabile nell'ambito della TR, che si rivolge a pazienti affetti da disabilità di diverso tipo e diverso livello di gravità. Più in generale l'usabilità è un requisito imprescindibile per l'integrazione delle tecnologie digitali nei percorsi di cura del SSR, perché è un determinante importante per l'accettabilità e l'uso efficace delle stesse da parte dei pazienti e dei professionisti medico-sanitari¹⁰.

È necessario, pertanto, identificare i criteri che rendono la tecnologia "usabile" e le modalità che consentono di valutare il livello di "usabilità" possibilmente attraverso **l'utilizzo di strumenti semplici ed a basso costo** analogamente a quanto già previsto in altri ambiti quando si introduce un'innovazione tecnologica¹¹.

Una via percorribile, soprattutto nelle fasi di introduzione iniziale di nuovi strumenti di TR, può essere l'avvio di uno **studio pilota**, per verificare la fattibilità degli interventi proposti in TR in un gruppo di pazienti selezionati e che non si limiterebbe alla valutazione della sola usabilità ma consentirebbe di valutare, anche le dimensioni della sicurezza, dell'efficacia e dei costi.

Lo studio pilota consente di adeguare via via lo strumento alle caratteristiche dei pazienti, alle loro necessità e a quelle degli operatori, migliorandone l'usabilità e l'accettabilità tenendo, al tempo stesso, conto delle peculiarità del contesto locale.

¹⁰ Ravizza et al. (2021)

¹¹ Pistolesi M. (2020)

In questo senso gli ulteriori fattori da tenere in considerazione sono:

- requisiti tecnici minimi per una corretta e sicura fruizione della prestazione di teleriabilitazione (possibilità di accesso a internet);
- possibilità di coinvolgimento attivo di un *caregiver*;
- identificazione della "funzione" riabilitabile in teleriabilitazione, con individuazione di specifici obiettivi perseguibili in TR, individuati caso per caso (es consolidamento della performance al termine del trattamento riabilitativo, rinforzo muscolare in fase avanzata di trattamento riabilitativo, etc.)

In particolare, si evidenzia come la selezione dei pazienti sia un elemento di particolare attenzione nell'ambito fisiatrico sia per le prestazioni di TR che di televisita.

Dal punto di vista tecnico-organizzativo, i requisiti minimi per garantire l'usabilità del servizio possono essere i seguenti:

- stabilità della linea;
- protezione dei dati;
- sicurezza degli utenti dal punto di vista della loro incolumità;
- facilità di utilizzo/collegamento;
- gestione adeguata del back office, con particolare attenzione alla gestione delle prenotazioni e delle liste di attesa;
- Centro Servizi che gestisca l'organizzazione delle prestazioni in telemedicina e in particolare in teleriabilitazione;
- adeguata formazione del personale coinvolto nel progetto.

ASPETTI ETICO-LEGALI

Gli aspetti etico-legali per la riabilitazione da remoto riguardano principalmente:

- gli **aspetti medico-legali** legati alla modalità di erogazione della prestazione al domicilio del paziente;
- il **consenso informato** dei pazienti coinvolti.

Deve inoltre essere predisposto dalla Struttura erogante un **documento di definizione ed implementazione di linee guida e protocolli sanitari** ad hoc per la TR nei diversi ambiti clinici di propria competenza.

Aspetti medico-legali

Gli aspetti medico-legali sono correlati alla **responsabilità professionale e alla tutela** del professionista e del paziente di cui si deve tener conto, in relazione alla modalità "a distanza" per l'erogazione della prestazione.

Dal punto di vista della **responsabilità professionale** nell'erogazione delle prestazioni a distanza e quindi anche in TR, le indicazioni ministeriali riprendono quanto già citato nelle "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina"¹², nelle quali si cita che:

¹² Accordo Stato, Regioni e Province Autonome del 17 dicembre 2020, Repertorio atti n. 215/CSR, All. A "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina".

“I professionisti sanitari si assumono la responsabilità di verificare le condizioni necessarie a garantire la sicurezza del paziente durante le prestazioni di teleriabilitazione, in base alla Legge 8 marzo 2017, n. 24; in G.U. del 17 marzo 2017, n. 64 recante Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”.

È importante sottolineare che **la stessa legge prevede l'erogazione delle prestazioni sanitarie a distanza** (vedi Art. 7, comma 2), tutelando di fatto i professionisti anche per questa tipologia di prestazioni.

Occorre quindi tener conto del fatto che le polizze assicurative attualmente stipulate a tutela dei professionisti in accordo con la legge n. 24 del 2017, di fatto **devono** garantire la tutela dai rischi specifici derivanti dalla modalità “a distanza”.

Riferendoci in particolare alla TR sia fisico-motoria ma anche logopedica, si sottolinea che la normativa citata non chiarisce le responsabilità in relazione a possibili **lesioni personali** che possano occorrere al paziente in una sessione di riabilitazione a distanza. Si pensi, ad esempio, ad una sessione di TR in ambito motorio durante la quale il fisioterapista non può in alcun modo intervenire per prevenire o impedire il verificarsi di un evento, né per contenere gli eventuali ulteriori effetti pregiudizievoli, perché non è fisicamente presente (ad esempio in caso di incidente, in caso di esecuzione dell'esercizio in modalità non appropriata, in caso di lesione procurata dal caregiver presente alla seduta di fisioterapia).

Occorre infine precisare che la presenza di un caregiver è imprescindibile qualora si tratti di percorsi di (tele)riabilitazione in età evolutiva (tutore/genitore/familiare).

In età adulta, la figura del caregiver è coinvolta nelle situazioni in cui il paziente non è autonomo. Diversamente, quanto segue, vale per il paziente nel momento in cui esso stesso è in grado di seguire in autonomia il percorso (tele)riabilitativo.

Il consenso informato, ovvero: informazione e consenso

Non approfondendo in questa sede gli obiettivi generali e specifici del consenso informato in ambito diagnostico e terapeutico, occorre sottolineare l'importanza di tale dispositivo anche nell'ambito della teleriabilitazione. Andrà prevista un'informazione dettagliata che consenta al paziente di effettuare una scelta consapevole conoscendo i benefici ed i rischi connessi al trattamento teleriabilitativo, le conseguenze derivanti dal mancato intervento, gli eventuali trattamenti alternativi con relativi rischi e i benefici.

Le linee guida nazionali indicano i contenuti di dettaglio che il consenso informato dovrà specificare:

- Le linee guida nazionali indicano i contenuti di dettaglio che il consenso informato dovrà specificare: la peculiare modalità di fruizione della prestazione (a distanza);
- le sue implicazioni;
- quali sono le differenze rispetto alla modalità "tradizionale";
- gli eventuali rischi connessi con l'utilizzo di tecnologie digitali (quali ad esempio: sicurezza in relazione alla condivisione e circolazione dei dati sanitari, rischi sollevati dall'utilizzo di dispositivi che potrebbero rivelarsi non idonei o non funzionanti, ...).

L'inquadramento del caregiver, la responsabilità attribuibile e la presenza nel momento dell'atto riabilitativo a distanza risultano elementi di particolare importanza. La presenza del caregiver infatti, per il terapeuta che opera in TR, è fondamentale sia per la valutazione delle abilità del paziente in un contesto "ecologico", che per la collaborazione che può prestare durante la proposta degli esercizi. Deve essere altresì regolamentata la responsabilità professionale del terapeuta che si trova fisicamente a distanza e non può essere l'unico responsabile della sicurezza del paziente.

A tal scopo il "consenso informato" alla prestazione in TR deve includere una prima fase di "informazione" (informativa) alla quale segue la sottoscrizione del consenso alla prestazione vero e proprio.

La TR, per tutte le implicazioni della modalità "a distanza" richiede la predisposizione di un **consenso informato ad hoc** che di fatto è un vero e proprio contratto tra paziente e riabilitatore che deve includere:

- coinvolgimento attivo del caregiver, adeguatamente formato durante alcune sessioni preliminari in presenza, nel *setting* ospedaliero/ambulatoriale, nel quale il professionista riabilitatore può assumersi il rischio ed è tutelato, nell'eventualità che si verificano danni a carico del paziente, anche se per mano di un terzo soggetto. Dovrà essere data evidenza dell'espletamento di questa fase tramite attestazione scritta e sottoscritta da ambe le parti;
- predisposizione da parte della struttura erogante di un *vademecum* che definisca regole e norme precise di messa in sicurezza del paziente durante gli esercizi al domicilio, sottoscritto dal paziente e dal suo caregiver;
- sottoscrizione del consenso informato allo specifico trattamento (ai sensi della L. 219/2017)¹³

¹³ Vedi Legge 22 dicembre 2017, n. 219: "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento". Disponibile al sito: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/1/16/18G00006/sg>

ASPETTI ORGANIZZATIVI

L'implementazione di strumenti di TR deve essere rimessa a **personale competente** e preparato, se necessario deve prevedere un'adeguata **supervisione** e un controllo specifico delle attività da eseguirsi, anche per garantire che la prestazione a distanza sia di analoga qualità ed efficacia rispetto a quella svolta in presenza.

Al fine di avviare un trattamento riabilitativo in TR si potrà prevedere, se necessario, **una valutazione in presenza del setting domiciliare** ed **attività di coaching**, per pazienti e *caregiver*, relativamente alla patologia di cui risulta affetto il paziente e alle strategie riabilitative.

Le linee di indirizzo¹, sottolineano l'importanza che ciascuna Azienda Sanitaria ricomprenda nel proprio piano di formazione **attività specifiche sulla TR, destinate al personale coinvolto nell'erogazione di questi servizi** (sia dipendenti del SSN che di strutture private). La formazione e l'addestramento del personale devono essere verificate dall'ASL competente. L'aspetto culturale e formativo è infatti di primaria importanza per garantire un'effettiva diffusione delle attività di TR e di telemedicina più in generale, sul territorio.

Dal punto di vista del processo di erogazione ma anche della sicurezza e della corretta integrazione della modalità "a distanza" con i processi e con le piattaforme già esistenti, le Strutture che erogano prestazioni di TR (e di telemedicina in generale) devono poter garantire la sinergia tra l'ambito clinico e quello informatico-tecnologico con il coinvolgimento delle relative professionalità (ingegneri clinici, informatici, ...).

Dal punto di vista dei *setting* di erogazione possono esservi requisiti organizzativi e criteri di tariffazione dei servizi di TR diversi e in conformità con le caratteristiche del *setting* stesso e dei pazienti che vi fanno riferimento come discusso ed approfondito nelle sezioni precedenti.

Le recenti *"Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare"* pubblicate dal Ministero della Salute nell'aprile 2022¹⁴, che fanno riferimento al principio di "casa come primo luogo di cura" (M6 C1-4 nel PNRR) riconoscono nella teleriabilitazione uno fra gli interventi volti al potenziamento dell'assistenza territoriale e ne definiscono gli attori e le loro funzioni nelle diverse fasi del processo di erogazione nell'ottica in cui il domicilio del paziente sia il *setting* d'elezione.

¹⁴ Decreto del Ministero della salute del 29 aprile 2022: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5874_0_file.pdf

Capitolo 4

CONCLUSIONI

Il documento è stato predisposto dal gruppo di lavoro dell'IRES a partire dalle indicazioni ministeriali sulla teleriabilitazione e con il contributo di professionisti di diverse ASL ed Aziende Ospedaliere piemontesi coinvolti, a vario titolo, in attività di teleriabilitazione.

Le linee di indirizzo elaborate nel presente documento sono il frutto di confronti approfonditi, alla luce dell'esperienza effettuata dai clinici sul territorio, in particolare durante il periodo pandemico, supportati dal gruppo di ricerca dell'IRES.

Nel corso degli incontri sono emerse considerazioni che, a partire dall'ambito della teleriabilitazione, hanno sollevato la necessità di rivedere alcuni aspetti dei percorsi di riabilitazione in generale, sia per quanto riguarda l'ambito aziendale che il Servizio Sanitario Regionale.

Per ciò che riguarda la teleriabilitazione, è stato evidenziato come la **valutazione multidisciplinare**, richiamata dalle linee di indirizzo ministeriali, per orientare la scelta del percorso riabilitativo e basata sull'utilizzo dei criteri ICF¹⁵ (International Classification of Functioning, Disability and Health), introduca una notevole barriera all'ingresso del paziente nel percorso riabilitativo. Da un lato, per la difficoltà (e la non adeguatezza) della costituzione di un'equipe multidisciplinare che in presenza debba valutare ciascun paziente e dall'altro perché lo strumento ICF, sebbene sia lo strumento di classificazione funzionale condiviso, è laborioso e complesso nella sua compilazione. A questo riguardo, si rimanda all'approfondimento riportato nel Capitolo 3 e si segnala che in alcuni contesti riabilitativi sono già in corso tentativi di semplificare la valutazione ICF con modelli che ne utilizzano solo alcuni domini¹⁶.

I lavori del tavolo hanno poi consentito di sottolineare come **il modello degli ospedali "Hub-Spoke"**, nel quale l'*hub* è riferimento per la gestione di attività complesse, è messo in discussione dall'ingresso della telemedicina nel sistema di cure e richieda delle modifiche organizzative non più rimandabili. In questo scenario, infatti, gli ospedali *spoke* stanno assumendo ruoli e responsabilità ulteriori rispetto al modello originario. Questo perché, anche grazie alla diffusione della telemedicina, sono più capillarmente presenti sul territorio e spesso fanno capo all'erogazione di attività sanitarie anche complesse che, nella modalità "in presenza" erano prerogativa degli *hub*.

La telemedicina può quindi costituire un nuovo sistema di riferimento nel quale l'asse *Hub-spoke* può essere traslato, almeno in parte, verso gli ospedali e le strutture del territorio e in questo scenario lo *spoke* può essere rappresentato da un singolo paziente al proprio domicilio, come ad esempio nel monitoraggio a distanza post-dimissione ospedaliera¹⁷. Queste considerazioni

¹⁵ L'ICF è uno strumento utilizzato per descrivere, misurare e classificare salute e disabilità. La classificazione ICF consente di fornire un linguaggio standard e unificato che serva da modello di riferimento per la descrizione della salute e degli stati ad essa correlati.

¹⁶ Manelli et al., 2020.

¹⁷ Ranalli e Palozzi (2019).

trovano riscontro nel Decreto Ministeriale del 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" che definisce i modelli organizzativi, gli standard e le principali tematiche connesse agli interventi previsti nell'ambito della Missione 6 Component 1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" del PNRR.

Un ulteriore elemento di attenzione segnalato dal gruppo di lavoro riguarda il tema dell'**accessibilità alle cure**, che deve essere garantita universalmente, ma che nel caso dei servizi di teleriabilitazione pone alcune questioni specifiche:

- il **livello di alfabetizzazione digitale** non deve divenire criterio di esclusione nel caso di pazienti e/o familiari che hanno difficoltà in questo senso. Al contrario, dovrebbe essere strumento per rilevare tali criticità e porre in essere azioni di accompagnamento necessarie al pieno utilizzo della tecnologia (quali ad esempio presenza a domicilio di personale che possa insegnare ad utilizzare gli strumenti digitali e, nel caso di stranieri, sia in grado di farlo nella loro lingua di origine) per evitare che l'offerta di uno strumento di salute non diventi il generatore di disuguaglianze;
- il **sistema Sovracup regionale**, seppur garantendo una maggiore accessibilità alle prestazioni sanitarie, non è sufficientemente adeguato **per la gestione dei percorsi di teleriabilitazione** e di riabilitazione in generale. Tali percorsi di cura richiedono infatti di poter garantire la continuità della presa in carico per essere efficaci, adeguati e di qualità. Questo è fattibile solo se le strutture che erogano il percorso sono quelle di riferimento sul territorio di residenza dei pazienti anche per consentire di dimensionare opportunamente le risorse sulle esigenze di salute del territorio. È stato rilevato, inoltre, che il sistema Sovracup, così come attualmente implementato, non è predisposto all'inserimento delle prestazioni in teleriabilitazione, che non sono quindi rendicontabili come tali. Una possibile soluzione per rispondere a questa criticità potrebbe essere la realizzazione di **agende gestite direttamente dalla struttura erogante**.

È emerso inoltre il ruolo di **complementarità della teleriabilitazione** rispetto alla riabilitazione tradizionale. La teleriabilitazione non deve generare distanza ma piuttosto ridurla, in modo da essere uno strumento che **favorisce l'umanizzazione della riabilitazione** nell'ottica della centralità del paziente e della sua presa in carico in un percorso individualizzato, non standardizzato e/o sostitutivo della riabilitazione tradizionale. La teleriabilitazione, dando possibilità concreta ai professionisti sanitari di valutare l'ambiente in cui il paziente vive/lavora, le sue abilità nei gesti quotidiani, deve essere strumento per **migliorare la presa in carico tradizionale** e migliorare la qualità di vita globale.

Per definire un percorso di teleriabilitazione efficace ed applicabile occorre considerare maggiormente gli aspetti riguardanti il "**contesto locale**", quali ad esempio le caratteristiche territoriali della nostra Regione, la verifica della disponibilità nelle diverse aree delle infrastrutture o di altre soluzioni tecnologiche in grado di garantire le connessioni necessarie per l'erogazione di questa tipologia di prestazioni (valutandone le criticità e i punti forti), i bisogni di salute della popolazione piemontese anche in relazione alle caratteristiche del territorio ed in accordo con quanto previsto nel recente DM n. 77¹⁸ che costituisce il riferimento metodologico riguardante i modelli e gli strumenti per l'assistenza territoriale.

¹⁸ Vedi DM 77/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale".

Alla luce degli approfondimenti avviati, il gruppo di lavoro propone l'avvio di un'**indagine dedicata alla rilevazione delle esperienze di TR** già messe in campo in tutto il Piemonte da molte Aziende Sanitarie (Allegato 1). A tale scopo, potrà essere condotta una raccolta delle informazioni attraverso un questionario di rilevazione degli aspetti di carattere clinico, organizzativo e tecnologico della soluzione adottata, degli aspetti riguardanti la formazione dei professionisti e dei pazienti/caregivers, e di quelli connessi all'efficacia e alla valutazione delle diverse dimensioni dei percorsi di TR attraverso l'approccio dell'*Health Technology Assessment* (HTA) declinato nell'ambito della telemedicina¹⁹.

Le informazioni raccolte dall'indagine sulle esperienze di TR potranno consentire la costruzione di un sistema regionale per l'accreditamento, l'erogazione, la valutazione ed il monitoraggio di tali prestazioni. Saranno inoltre utili per la definizione di un percorso che, tenendo conto delle caratteristiche del territorio e delle realtà locali, sia trasferibile ai diversi contesti esistenti.

Il questionario è infine uno strumento efficace per la raccolta di buone pratiche, indispensabile per il miglioramento continuo della qualità dei servizi stessi e per la programmazione di investimenti futuri nell'ambito della teleriabilitazione.

¹⁹ Vedi: modello MAST (Model for the Assessment of Telemedicine) in Kidholm et al. 2012.

BIBLIOGRAFIA

Accordo Stato, Regioni e Province Autonome del 17 dicembre 2020. Repertorio Atti n. 215/CSR. Accordo sul documento recante "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina" (All. A)

<https://www.statoregioni.it/media/3221/p-3-csr-rep-n-215-17dic2020.pdf>

AgiD, Agenzia per l'Italia Digitale. Piano triennale per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione 2019-2021. Linea di azione 67: "Utilizzo del protocollo eGLU per i test usabilità dei siti web delle PA centrali"

https://www.agid.gov.it/sites/default/files/repository_files/Piano-Triennale-ICT-2019-2021.pdf

Brennan D, Tindall L, Theodoros D, et al. (2010) "A blueprint for telerehabilitation guidelines" *Int J Telerehabil.* 2:31-34. doi:10.5195/ijt.2010.6063

Kidholm K, Ekeland AG, Jensen LK, Rasmussen J, Pedersen CD, Bowes A, Flottorp SA, Bech M. (2012) A model for assessment of telemedicine applications: MAST. *Int J Technol Assess Health Care.* 28(1):44-51.

Manelli A., Guazzoni G.L., Broido E.R., Schiavone N., Broido V., Marini V.G. (2020) "Proposta di un Core ICF per l'outcome riabilitativo". *Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa.* 34:47-53

Ministero della Salute (2021) "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie" *.

*Approvato dalla conferenza Stato regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano con documento re. Rep. Atti n. 231/CSR del 18 novembre 2021

<http://www.regioni.it/download/conferenze/644070/>

Ministero della Salute. DM 77/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale"

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>

Pistoiesi M. (2020) "Design & usabilità in ambito sanitario. Il progetto dei dispositivi medici". Editore FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835102281

Ranalli F., Palozzi G. (2019) "La Telemedicina tra innovazione e sostenibilità: modello operativo generale e tassonomia delle risorse coinvolte", Conference paper: AIDEA 2019 - Identità, Innovazione e Impatto dell'Aziendalismo Italiano.

Ravizza A., Ciani O., Ferrari A., Grigolo S., Perrone F., Ravot E., Santoro E., Sternini F. (2021) "Come valutare le terapie digitali da un punto di vista clinico". *Tendenze nuove*, n.01; 71-100: DOI: 10.32032/TENDENZENS20210106.PDF

Regione Piemonte. DGR n. 6-1613 del 3 luglio 2020 "Prima attivazione dei servizi sanitari di specialistica ambulatoriale erogabili a distanza (Televisita), in conformita' alle "Linee di indirizzo nazionali di telemedicina" (repertorio atti n.16/CSR), ai sensi dell'Intesa del 20 febbraio 2014, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano."

http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2020/29/attach/dgr_01613_1050_03072020.pdf

Allegato 1

PROPOSTA DI QUESTIONARIO DI INDAGINE PER LA RILEVAZIONE DELLE ESPERIENZE DI TELERIABILITAZIONE IN PIEMONTE

PRESENTAZIONE DEL QUESTIONARIO E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

L'evento pandemico ha dato forte impulso alla diffusione degli strumenti di telemedicina per la cura dei pazienti a distanza. La teleriabilitazione può rappresentare uno dei pilastri della presa in carico di molti pazienti che necessitano di prestazioni continuative per il recupero di determinate funzioni danneggiate eseguite al domicilio, con il monitoraggio a distanza dello specialista di riferimento.

Nella nostra Regione sono state avviate differenti iniziative di teleriabilitazione, in ambiti clinici diversi: tale patrimonio di esperienze è prezioso per la costruzione di parametri di riferimento che supportino la definizione di un quadro omogeneo e condiviso sul territorio regionale per l'accreditamento, l'erogazione, la valutazione ed il monitoraggio di tali prestazioni.

L'approfondimento di tali esperienze sul campo è indispensabile per la definizione di un percorso regionale che, tenendo conto delle caratteristiche del territorio e delle realtà locali, sia trasferibile ai diversi contesti esistenti. Inoltre, attraverso tale questionario, si potranno eventualmente raccogliere buone pratiche per la costruzione di un sistema di miglioramento continuo della qualità dei servizi stessi, consentendo anche la programmazione di investimenti futuri nell'ambito della teleriabilitazione.

Verranno raccolte informazioni sintetiche sull'attività svolta dalle Strutture interessate dell'Azienda, alcuni riferimenti anagrafici relativi ai referenti delle diverse iniziative, dati aggregati, numerici e anonimi relativi alla tipologia e al numero di pazienti coinvolti nei percorsi oggetto del questionario senza entrare nel merito di informazioni di natura "sensibile" che riguardano direttamente le loro condizioni di salute. Verranno inoltre raccolte informazioni relative ad alcuni aspetti generali di carattere clinico, organizzativo, economico e tecnologico. Prima di iniziare il questionario si richiede la compilazione dello specifico **modulo di acquisizione di consenso al trattamento dei dati personali** ex artt. 13-14 Reg.to UE 2016/679, senza la quale non sarà possibile procedere.

Tutti i dati saranno trattati esclusivamente per scopi di ricerca scientifica e nel rispetto della legislazione vigente ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE n. 679/2016 del 27.04.2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati) e del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

Nel ringraziare per il tempo dedicato alla compilazione, si precisa che:

- il questionario è stato inviato a tutte le Direzioni Generali /Sanitarie delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere piemontesi;
- la compilazione del presente questionario, in modalità digitale di auto somministrazione, è richiesta ad un referente per ogni Dipartimento aziendale che abbia avviato iniziative di teleriabilitazione per i propri pazienti. Verrà richiesto di specificare l'ambito clinico nel quale sono erogate tali prestazioni;
- il questionario sarà disponibile on line dal .../.../..... al .../.../.....

Per qualsiasi necessità di chiarimento è possibile far riferimento al seguente indirizzo mail: xxx

Sezione 1. Dati anagrafici della Struttura

ASR appartenenza / Struttura	
Denominazione S.C. / Unità Operativa	
Indirizzo sede della Struttura Complessa/Unità Operativa di riferimento	
Dirigente Responsabile (Cognome e Nome)	
Referente servizio di teleriabilitazione (Cognome e Nome)	
E-mail	
Telefono	

Sezione 2. Aspetti di carattere clinico e organizzativo

2.1 Nella sua Azienda sono presenti o sono stati offerti in passato servizi di teleriabilitazione?

SÌ NO

2.2 Se sì, in quale ambito?

- Neurologico
- Motorio/neuromotorio
- Neuropsichiatrico
- Logopedico
- Cardiologico
- Pneumologico
- Fisiatrico
- Ortopedico
- Altro (specificare):

2.3 Per ciascun ambito clinico dei percorsi in teleriabilitazione descrivere il target di pazienti destinatari dell'intervento: (numerosità, età, genere, indicazioni cliniche, tipologie di pazienti):

2.4 Riferimenti normativi: è presente un atto interno o un riferimento normativo nell'ambito del quale si colloca il Vs servizio di teleriabilitazione? SÌ NO

Se sì indicare tali riferimenti e allegare la documentazione.

2.5 È stato raccolto il consenso informato dei pazienti specifico per l'intervento in teleriabilitazione? SÌ NO

Se sì, allegare una copia del consenso informato

2.6 È stato necessario coinvolgere risorse professionali aggiuntive rispetto agli analoghi percorsi di riabilitazione in modalità "tradizionale"? SÌ NO

2.7 Se sì, quali professionalità (infermiere, medico, specialista in ICT, ...)

- Infermiere
- Medico
- Specialista in ICT
- Altro, specificare: _____

2.8 Con quali modalità il paziente è stato coinvolto nel percorso di teleriabilitazione?

- Esclusiva (solo interventi di teleriabilitazione)
- Mista (alternanza di sedute in modalità teleriabilitazione con altre in modalità "tradizionale")
- Altro (descrivere): _____

Sezione 3. Tecnologia utilizzata

3.1 Denominazione della tecnologia:

3.2 Indicare il modello:

3.3 Indicare il produttore:

3.4 Dati economici:

3.4.1 Costo di acquisizione (IVA esclusa) _____ Euro
o Canone annuo di noleggio/service: _____ Euro n. anni: _____

3.4.2 Canone di manutenzione incluso nel contratto SÌ NO

3.4.3 Se no, specificare il costo del canone di manutenzione _____ Euro

3.4.4 Materiale consumabile? SÌ NO

Se sì:

3.4.4.1 specificare la tipologia _____ il costo del materiale consumabile a prestazione _____ Euro

3.4.5 Specificare altre informazioni che si ritengono utili:

Allegare, se possibile, documentazione utile.

Sezione 4. Caratteristiche della soluzione adottata

4.1 Delineare dove possibile lo stato dell'arte della soluzione adottata, fornire una sintesi delle conoscenze sull'efficacia della tecnologia disponibile ed i possibili vantaggi rispetto all'alternativa precedentemente in uso.

4.2 Fornire in allegato una sintesi delle evidenze in letteratura, se presenti (raccolte in un unico file)

4.3 Timeline dell'esperienza

Data d'inizio ___/___/___

Data di fine ___/___/___ (se ancora in corso spuntare il punto successivo)

Esperienza ancora in corso (spuntare qui)

4.4 Principali punti di forza: riportare sinteticamente quelli che rappresentano i punti di maggiore forza e che caratterizzano l'intervento con l'obiettivo di fornire a eventuali professionisti interessati di replicare l'esperienza.

4.5 Principali punti di debolezza: riportare sinteticamente quelli che rappresentano i punti di maggiore debolezza che caratterizzano l'intervento con l'obiettivo di fornire a eventuali professionisti interessati gli elementi di attenzione di cui tener conto nel replicare l'esperienza.

4.6 Come risolvereste/avete risolto le criticità appena descritte?

Sezione 5. Formazione

Formazione dei professionisti:

5.1 Sono stati realizzati specifici corsi o momenti di formazione per i professionisti che prendevano parte al servizio di teleriabilitazione? SI NO

Se sì:

5.2 Con quale modalità?

- FAD
- Formazione frontale
- Formazione sul campo
- Altro: _____

5.3 A quali professionisti erano indirizzati ?

- Medici del territorio
- Infermieri
- Medici specialisti

Altro: _____

5.4 Chi ha erogato la formazione?

- Struttura Interna all'Azienda
- Ente esterno (Ditta produttrice/fornitrice della tecnologia, società dedicata alla formazione). Specificare: _____

5.5 Indicare la durata del corso:

5.6 Indicare i risultati conseguiti (es. percentuale di personale formato):

Formazione dei pazienti/caregiver

5.7 Sono stati realizzati specifici corsi/momenti di formazione per i pazienti e/o i caregiver che usufruivano del servizio di teleriabilitazione? SI NO

Se sì:

5.7.1 Chi si è occupato della formazione?

- Personale sanitario (medico, infermiere,...)
- Personale esterno (es. della ditta che ha fornito la tecnologia), specificare:
- _____

5.7.2 Dove si è svolta la formazione?

- Domicilio del paziente
- Ambulatorio presso la Struttura
- Luogo diverso dalla Struttura Sanitarie e dal domicilio del paziente (indicare): _____

5.7.3 Con quali modalità:

- In presenza (al domicilio del paziente o in ambulatorio)
- A distanza (collegamento tipo skype, zoom, ...)
- Al telefono
- Altro (specificare)
- _____

Sezione 6. Valutazione dell'efficacia del percorso in teleriabilitazione

6.1 Se definiti, descrivere i metodi utilizzati per la valutazione dei risultati qualitativi e/o quantitativi del servizio di teleriabilitazione erogato:

6.2 Se individuati, riportare gli indicatori di efficacia utilizzati per la valutazione ex ante del paziente e dopo il percorso di teleriabilitazione e i risultati raggiunti:

6.3 Descrivere i principali cambiamenti avvenuti nell'organizzazione e nella struttura a seguito dell'implementazione dell'intervento:

6.4 Se rilevati, riportare indicatori relativi alla percezione del paziente e alla sua qualità della vita, relativamente alla fruizione del servizio di teleriabilitazione

Sezione 7. Analisi Economica

7.1 È stata effettuata una analisi economica dell'intervento?

SI NO

Se sì:

7.1.1 Descrivere la metodologia adottata
(es. analisi dei costi, analisi costo-efficacia, analisi di costo utilità, budget impact analyses, etc.)

7.1.2 Elencare le voci di costo valorizzate²⁰:

- Costi diretti sanitari, specificare: _____
- Costi diretti non sanitari, specificare: _____
- Costi indiretti, specificare: _____

7.1.3 I metodi di valorizzazione, la prospettiva e l'orizzonte di analisi adottato:

7.2 Riportare, laddove possibile, l'ammontare dell'investimento iniziale utilizzato e specificare le voci di costo incluse:

7.3 Riportare di seguito il costo calcolato della singola prestazione e specificare le voci di costo incluse:

7.4 Descrivere i risultati ottenuti (es. costi totali stimati a prestazione e tipologia di codifica prescelta per la remunerazione correlata, tariffa adottata etc.):

COSTO _____

TARIFFA _____

7.5 Descrivere eventuali fonti di finanziamento:

- Proprie dell'Azienda sanitaria/ospedaliera
- Altri fondi pubblici (specificare): _____
- Fondazioni _____
- Altri fondi privati (specificare): _____

7.6 Quali aspetti/fasi dell'intervento sono stati finanziati?

- Tutte
 - Progettazione
-

²⁰ I costi diretti sanitari sono i costi dovuti a risorse del settore sanitario consumate a causa della malattia (es. visite, esami diagnostici, farmaci, etc); i costi diretti non sanitari sono i costi sostenuti direttamente dal paziente e dalla sua famiglia a seguito del trattamento a cui il paziente è sottoposto (es. trasporto, assistenza informale, etc); i costi indiretti si riferiscono alle risorse che non è stato possibile produrre a causa della malattia, a carico totale o parziale del paziente e dei familiari (es. giornate di lavoro perse dal paziente e dai caregivers, etc).

QUESTIONARIO DI INDAGINE SULLA TELERIABILITAZIONE

- Implementazione,
- Interpretazione e diffusione dell'evento
- Altro: _____

7.7 Il finanziamento ha coperto:

- Tutto l'investimento iniziale
 - Una parte dell'investimento iniziale (indicare la %)
 - Alcuni interventi specifici (indicare tipologia e % di copertura):
-

NOTE EDITORIALI

Editing

IRES Piemonte

Ufficio Comunicazione

Maria Teresa Avato

© IRES

Dicembre 2022

Istituto di Ricerche Economico Sociali del Piemonte

Via Nizza 18 -10125 Torino

www.ires.piemonte.it

Si autorizzano la riproduzione, la diffusione e l'utilizzazione del contenuto con la citazione della fonte.

Ambiente e Territorio

Cultura

Finanza locale

Immigrazione

Industria e Servizi

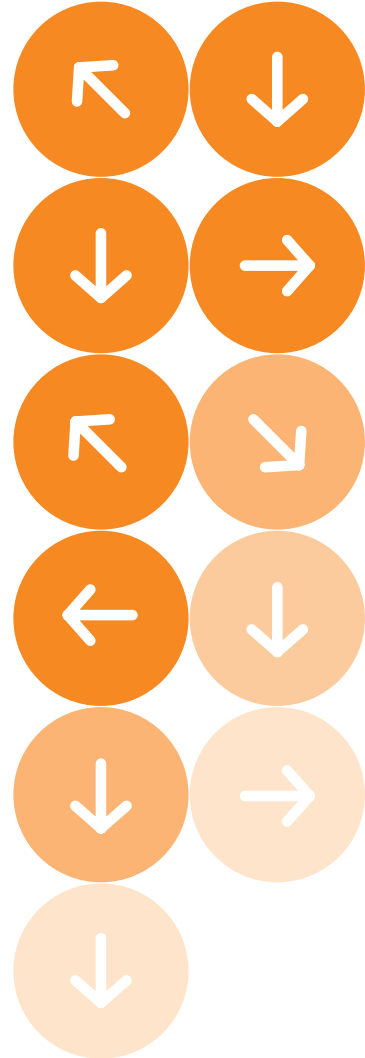
Istruzione e Lavoro

Popolazione

Salute

Sviluppo rurale

Trasporti



IRES Piemonte

Via Nizza, 18

10125 TORINO

+39 0116666-461

www.ires.piemonte.it



**REGIONE
PIEMONTE**