

# Linee di indirizzo operative

bozza

## **A cura del Gruppo Operativo del Progetto Regionale di Telemedicina (GOT)**

Luca Barbieri, Servizio Assistenza Territoriale, Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare

Gianfranco Bertè, AUSL di Parma

Elena Berti, Agenzia Sanitaria e Sociale regionale

Immacolata Cacciapuoti, Servizio Assistenza Territoriale, Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare

Ivan Castenetto, Servizio ICT, Tecnologie e Strutture Sanitarie, Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare

Enrica Fagioli, Servizio ICT, Tecnologie e Strutture Sanitarie, Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare

Gandolfo Miserendino, Servizio ICT, Tecnologie e Strutture Sanitarie, Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare

Luisa Parisini, Servizio Assistenza Territoriale, Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare

## **INTRODUZIONE**

### **Background e razionale**

La riduzione della mortalità e l'aumento dell'aspettativa di vita della popolazione registrato negli ultimi decenni, ha portato ad un rilevante incremento della quota di persone con patologie croniche multiple, la cui gestione rappresenta una delle maggiori sfide per tutti i sistemi sanitari, in quanto richiede bisogni di cura e assistenza sempre crescenti e differenti.

L'utilizzo di servizi di telemedicina che consentano di monitorare alcune patologie croniche attraverso la rilevazione di parametri vitali, rappresenta una promettente opportunità per garantire alle popolazioni ad alto rischio di ospedalizzazione residenti in zone remote e disagiate, equità di accesso, qualità dell'assistenza e appropriatezza delle cure. Diverse revisioni sistematiche evidenziano come programmi di telemonitoraggio a domicilio riducano le ospedalizzazioni causa specifica e gli accessi in pronto soccorso in pazienti selezionati con Scompenso Cardiaco (Inglis SC 2015, Gensini GF 2017), con Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva (Mc Lean S 2011, Cruz J 2014, Pedone C 2015, Yang F 2017) e con Diabete Mellito di Tipo II (Pan-Canadian Study 2014, Hanlon 2017). Tuttavia, la qualità delle evidenze è molto eterogenea, per lo più di bassa qualità, la tipologia degli interventi è altrettanto eterogenea, sia in termini di tecnologie che di strategie assistenziali utilizzate e gli studi condotti su popolazioni con patologie croniche multiple sono di gran lunga inferiori e con risultati contrastanti (Martin-Lesende I 2013, 2017, Steventon A 2012).

A livello europeo, negli ultimi anni, diversi progetti di ricerca hanno avuto come obiettivo la valutazione di efficacia e l'implementazione di modelli di cure integrate supportati da programmi ICT/IOT (in appendice i riferimenti dei progetti dai quali è possibile scaricare materiale documentale).

Promuovere l'impiego di modelli, tecniche e strumenti della sanità digitale nella gestione della cronicità al fine di garantire continuità e migliore qualità dell'assistenza, migliore efficacia, efficienza e appropriatezza è obiettivo prioritario del Piano Nazionale Cronicità (Accordo Rep. Atti n. 160/CSR del 15 settembre 2016) e coerente con gli indirizzi della Agenda Digitale, in attuazione del piano Europa 2020 e delle Linee di Indirizzo Nazionali sulla Telemedicina del Ministero della Salute.

Con Deliberazione della Giunta regionale n. 648/2015, la Regione Emilia-Romagna ha approvato un progetto di telemedicina, che rientra fra i progetti a valenza nazionale finalizzati all'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso, di cui alla Delibera CIPE n. 122/2015. Tali progetti si inseriscono nel più vasto ambito degli interventi finalizzati al perseguimento degli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale previsti nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 e finanziati con le risorse stanziati dal Fondo Sanitario Nazionale (anni 2011-2012 e 2013).

Il Progetto prevede che lo sviluppo e l'erogazione del servizio di telemedicina avvenga in via prioritaria attraverso la Casa della Salute, in quanto luogo privilegiato in cui si realizza la presa in carico dei pazienti secondo il paradigma della medicina d'iniziativa e della continuità assistenziale e sia rivolto a pazienti fragili con patologie croniche, ad alto/molto alto rischio di ospedalizzazione, individuate attraverso lo strumento di stratificazione del rischio RiskER sviluppato dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale (Louis DZ 2014, Morsillo F 2018).

### **Obiettivi del progetto**

Sviluppare e introdurre un modello organizzativo e funzionale per la gestione dei pazienti complessi con patologie croniche che si avvalga delle equipe multidisciplinari della casa della salute e di un servizio di telemonitoraggio che consenta il trasferimento dati dal domicilio alla casa della salute e dalla Casa della Salute agli specialisti/ospedali di riferimento

## **Centri partecipanti**

- Azienda Sanitaria Locale di Piacenza: Casa della Salute di Bettola
- Azienda Sanitaria Locale di Parma: Casa della Salute di Langhirano e Casa della Salute di Varsi
- Azienda Sanitaria Locale di Reggio-Emilia: Casa della Salute di Castelnuovo Monti e Casa della Salute di Toano
- Azienda Sanitaria Locale di Modena: Casa della Salute del Cimone, Casa della Salute dell'Alto Frignano e Casa della Salute delle Valli Dolo/Dragone e Secchia
- Azienda Sanitaria Locale di Bologna: Casa della Salute di Lavino Samoggia e Casa della Salute di Vergato
- Azienda Sanitaria Locale della Romagna: Casa della Salute di Rocca San Casciano, Casa della Salute del Rubicone, Casa della Salute di Brisighella, Casa della Salute di Castel Bolognese, Casa della Salute di Modigliana, Casa della Salute di Predappio
- Azienda Sanitaria Locale di Ferrara: Casa della Salute di Copparo e Casa della Salute di Codigoro.

Ciascun centro sarà responsabile di:

1. Identificazione dei componenti dell'equipe multidisciplinare del Progetto;
2. Identificazione dei pazienti candidati al progetto attraverso l'utilizzo delle liste dei profili di rischio Risk-ER e la valutazione clinico-assistenziale;
3. Chiamata dei pazienti candidati, illustrazione del progetto e loro arruolamento;
4. Formulazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI), acquisizione del consenso al patto di cura e al trattamento dei dati (allegato 1);
5. Consegna del dispositivo al paziente e caregiver ed intervento formativo di addestramento all'uso;
6. Monitoraggio dei pazienti arruolati ed azioni conseguenti;
7. In caso di necessità, trasmissione dati raccolti agli specialisti/ospedali di riferimento;
8. Raccolta e trasmissione dati al Gruppo Operativo del progetto regionale di Telemedicina (GOT) ai fini del monitoraggio del progetto.
9. Partecipazione ad incontri periodici con il GOT

## **Fornitura del kit di monitoraggio e della piattaforma tecnologica**

L'acquisizione dei dispositivi e della piattaforma è gestita dalla Ausl di Parma tramite procedura ad evidenza pubblica. Dopo l'acquisizione dei dispositivi medici da parte dell'Ausl di Parma, la stessa consegnerà ciascuna Azienda partecipante al progetto il numero di dispositivi così come definito dal GOT. La consegna avverrà tramite la stipula di apposito contratto di comodato gratuito, avente durata pari al Progetto, tra Ausl Parma e ciascuna delle Aziende partecipanti, ponendo a carico del comodatario la manutenzione ordinaria e straordinaria di tali beni (ed inserendo nel contratto apposite clausole in merito alla necessità di assicurare da parte del comodatario stesso il corretto uso e installazione degli stessi, secondo le disposizioni dal GOT). Al termine del Progetto tali beni saranno riscattati dai comodatari con valore pari a € 0,00.

## **Fornitura dei dispositivi**

Ciascuna Casa della Salute riceverà i seguenti dispositivi:

- spirometro per l'ambulatorio della cronicità
- kit di dispositivi per telemonitoraggio a domicilio.

### **Formazione degli operatori**

Verrà condotta una formazione specifica rivolta agli operatori delle Case della Salute partecipanti al Progetto. Le sessioni formative avranno luogo nelle sedi della Regione Emilia-Romagna di Bologna.

### **Formazione dei pazienti e *care-giver***

Verrà condotta dalle equipe multidisciplinari delle Case della Salute.

### **Modalità di introduzione della strategia assistenziale**

Dovrà essere individuato il team multidisciplinare della Casa della Salute costituito da:

- infermiere *case-manager*,
- medico di medicina generale
- specialisti di riferimento.

L'identificazione dei pazienti potenzialmente candidabili avverrà mediante lo strumento di stratificazione del rischio Risk-ER. Ciascun caso verrà discusso collegialmente dall'equipe multidisciplinare e se reputato idoneo, verrà contattato e gli verrà offerta la possibilità di partecipare al Progetto.

I pazienti arruolati verranno presi in carico secondo il PAI e monitorati per almeno 6 mesi. I pazienti firmeranno il consenso informato e l'autorizzazione alla raccolta e trattamento dei dati e saranno adeguatamente formati all'utilizzo dei dispositivi.

Ad ogni paziente sarà consegnato uno smartphone/tablet, al quale sarà associato un insieme di dispositivi (bilancia, rilevatore di attività fisica, sfigmomanometro, pulsioossimetro, elettrocardiografo monocanale) in grado di rilevare i seguenti parametri:

- Frequenza cardiaca
- Peso
- Saturazione ossigeno
- Pressione arteriosa sisto-diastolica
- Attività fisica
- Elettrocardiogramma

Tali dispositivi saranno di peso e dimensioni ridotti, con funzioni fortemente automatizzate. Lo smartphone/tablet sarà in grado di integrare i dispositivi in dotazione e funzionare da elemento di raccolta ("gateway") e trasmissione dei dati proveniente dai dispositivi stessi, in accordo alla tipologia e alla frequenza delle misurazioni stabilite.

Il paziente verrà monitorato con le cadenze previste dal PAI. Si prevedono tre modalità di monitoraggio: ad alta intensità (tutti i giorni); ad intermedia intensità (a giorni alterni); a bassa intensità (una volta alla settimana). Sulla base dell'intensità del monitoraggio, verranno programmati momenti di confronto con il paziente ed il *caregiver* tramite telefonata/videochiamata.

I dati inviati verranno visionati in una fascia oraria prestabilita dall'infermiere *case-manager* nei giorni feriali: in caso di alterazioni dei parametri monitorati (ALERT del sistema) l'infermiere prenderà contatto con il Medico di Medicina Generale che provvederà alle azioni del caso.

In caso di necessità, tutti i parametri rilevati, sia al domicilio, sia nella Casa della Salute, potranno essere trasmessi agli specialisti/ospedali di riferimento per tele-consulto.

In caso di marcato peggioramento dei sintomi e/o insorgenza di nuova sintomatologia, sulla base delle indicazioni fornite dagli specialisti di riferimento e/o dal medico di medicina generale, dovranno essere attivate le comuni modalità di emergenza-urgenza.

### **Popolazione target dell'intervento**

Pazienti ad alto/molto alto rischio di ospedalizzazione presenti nelle liste di stratificazione del rischio Risk-ER.

### **Criteri clinici di preferibilità**

- Diabete:
  - in terapia con insulina o farmaci a rischio di ipoglicemia;
  - con precedente ricovero per ipoglicemia (ultimi 3 anni)
  - con piede diabetico (pregresso/attuale)
  - con insufficienza renale cronica (VFG < 45, G3B/G4/G5)
- Broncopneumopatia cronica ostruttiva:
  - GOLD, classi C e D (CAT+MRC + spirometria)
  - MRC dispnea classe 3-4
  - LTOT o ventilazione meccanica
  - ≥ 2 riacutizzazioni per anno (MMG)
  - ≥1 ricoveri per insufficienza respiratoria acuta per anno
  - Reclutamento muscoli accessori durante respirazione
- Scompenso cardiaco:
  - Classe NYHA 2-4
  - Con segni e sintomi quali dispnea x sforzi lievi-moderati, affaticabilità, edemi declivi, rumori umidi polmonari.
  - ≥1 ricoveri per scompenso cardiaco per anno
  - Con insufficienza renale cronica (VFG < 45; G3B/G4/G5)

### **Raccolta dati pazienti**

Le misure rilevate al domicilio verranno inviate ad un sistema centralizzato in grado di garantire l'accesso alle informazioni puntuali da parte dell'equipe multidisciplinare. L'accesso alle informazioni avverrà in funzione dei privilegi posseduti, secondo viste predefinite e personalizzabili, con le modalità di rispetto della privacy previste dalla normativa vigente.

Le misure rilevate al domicilio verranno opportunamente integrate ai sistemi già in uso nelle Case della Salute per la gestione dei pazienti (ad esempio cartella dell'ambulatorio della cronicità/cartella elettronica dei pazienti afferenti alla Casa della Salute).

### Informazioni raccolte all'arruolamento (baseline)

*Dati anagrafici (nome/cognome; luogo e data di nascita; domicilio/residenza)*

Livello di istruzione (nessun titolo/licenza elementare/diploma scuola inferiore/diploma scuola media superiore/ diploma universitario o laurea breve/laurea)  
Rete di sostegno/famigliare (vive solo/caregiver)  
Peso (valore numerico espresso in kg)  
BMI:  $\text{Peso (valore numerico in kg) / Altezza (valore num. in m) x Altezza (valore num. in m)}$   
Indice di Barthel modificato (valore numerico compreso tra 0-99)  
Attività fisica quotidiana (nessuna/lieve/moderata)  
Comorbidità (presenti/assenti, specificare )  
Frequenza cardiaca (numero di battiti al minuto)  
Frequenza respiratoria (numero di respiri al minuto)  
Pressione arteriosa sistolica e diastolica (valore numerico espresso in mm Hg)  
Creatinina sierica (valore numerico espresso in mg/dL)  
Volume di filtrazione glomerulare VFG (valore numerico espresso in ml/min)  
Stadio KDIGO (G1/G2/G3A/ G3B /G4/G5)

Diabete (si/no)

Segni e sintomi: (polidipsia, poliuria, disuria, prurito genitale, disturbi visivi, parestesie, dolori neuropatici, disturbi sfera, sessuale, angina pectoris, claudicatio intermittens, piede diabetico...)

Emoglobina glicosilata HbA1c (valore percentuale/ oppure mmol/mol)

Albuminuria (valore numerico espresso in mg/g oppure mg/mmol)

Piede diabetico (fotografie)

*Pregressi ricoveri x diabete nell'ultimo anno: data e diagnosi principale (da Risk-ER)*

Scompenso cardiaco (si/no)

Segni e sintomi: (stanchezza, affaticabilità, palpitazioni, confusione mentale, edemi declivi, nicturia, oliguria, dispnea, tosse secca notturna, ortopnea,... )

BNP/Pro BNP (valore numerico espresso in pg/mL)

Classe NYHA (1/2/3/4)

Frazione di eiezione (valore % all'ecocardiografia)

*Pregressi ricoveri x scompenso cardiaco nell'ultimo anno: data e diagnosi principale (da Risk-ER)*

Broncopneumopatia cronica ostruttiva BPCO (si/no)

Segni e sintomi: (dispnea, tosse cronica, espettorazione cronica, ...)

Stadio/scenario (A/B/C/D)

Scala MRC per dispnea: (0/1/2/3/4/5)

Data ultima spirometria: gg/mm/aaaa. FEV1/VEMS (volume espiratorio massimo per minuto alla spirometria, <30/30-49/50-79/>80)

PaO2 (pressione parziale arteriosa di O2, valore %)

LTOT/ventilazione meccanica (si/no)

*Pregressi ricoveri x BPCO nell'ultimo anno: data e diagnosi principale (da Risk-ER)*

#### Informazioni raccolte durante il follow-up

Accessi in Pronto Soccorso (data e motivo)

Ospedalizzazioni (data e motivo)

Accessi Ambulatorio della Cronicità della Casa della Salute (data e motivo)

Visite domiciliari infermiere/MMG (data e motivo)

Teleconsulti paziente/infermiere/MMG/specialista/ospedale (data e motivo)

#### Informazioni ricevute dal domicilio

Pressione arteriosa sistolica (valore numerico espresso in mm Hg)  
 Pressione arteriosa diastolica (valore numerico espresso in mm Hg)  
 SaO2 (valore %)  
 Frequenza cardiaca (numero di battiti al minuto)  
 Peso (valore numerico espresso in kg)  
 Attività fisica (nessuna/lieve/moderata)  
 Fotografie (in caso di necessità)  
 ECG (su prescrizione del cardiologo)

### Monitoraggio e follow-up dei pazienti

L'infermiere case-manager dell'ambulatorio della cronicità analizzerà le informazioni ricevute dal domicilio del paziente secondo le indicazioni ed i tempi stabiliti nel Piano Assistenziale Individuale.

PARAMETRI	PERIODICITA' MISURAZIONE
Saturazione ossigeno (SaO2)	Secondo PAI
Frequenza cardiaca	Secondo PAI
Pressione arteriosa (PAS/PAD)	Secondo PAI
Peso	Secondo PAI
Attività fisica	Secondo PAI
Elettrocardiografia	Secondo prescrizione del cardiologo

L'infermiere case-manager dell'ambulatorio della cronicità contatterà il Medico di Medicina Generale del paziente sulla base delle seguenti alterazioni rilevate mediante alert generati dal sistema.

PARAMETRI	VALORI SOGLIA
SAO2	< 2% rispetto ai valori basali riscontrati all'arruolamento)
Frequenza cardiaca	FC < 20% o > 30% in 2 misure consecutive a distanza di 10 minuti
Pressione arteriosa	PAS < 90 o > 180 in 2 misure consecutive a distanza di 10 minuti
Peso	Incremento di peso > 3 kg in 3 giorni
Attività fisica	Riduzione del 30% rispetto ai valori soglia in 3 giorni

### Monitoraggio del progetto

Il Progetto è finalizzato in via prioritaria alla sperimentazione di un modello organizzativo capace di valorizzare l'apporto della Telemedicina nell'ambito dei servizi sanitari territoriali incentrati sulle Case della Salute; in questa prospettiva l'azione di monitoraggio si centerà non tanto su indicatori di efficacia clinica (poco adeguati in ragione della limitata durata temporale e della limitata numerosità della casistica coinvolta) quanto piuttosto su indicatori capaci di fornire indicazioni utili in merito alla trasferibilità del modello in altri contesti territoriali regionali.

Indicatori di Processo:

- Caratteristiche della popolazione target che ha ricevuto l'intervento
- Tipologia dei monitoraggi effettuati (bassa, media, alta intensità)
- Workflow del percorso implementato a livello di singola Casa della Salute



Indicatori di Esito:

- Numero totale utenti di ciascuna Case della Salute che hanno ricevuto un dispositivo di telemedicina;
- Numero eventi gestiti con consulto in Telemedicina non esitati in trasferimento
- Accettabilità/gradimento di utenti ed operatori

Verranno sviluppati due questionari di gradimento, uno rivolto agli utenti coinvolti nel progetto e l'altro ai professionisti sanitari di riferimento (equipe multidisciplinari). Obiettivo dei questionari sarà valorizzare l'esperienza vissuta dai partecipanti al Progetto, per cercare di cogliere attraverso il punto di vista qualificato dei due gruppi di protagonisti, ulteriori elementi per valutare compiutamente la trasferibilità del Progetto.

Verranno effettuati infine incontri periodici tra il GOT ed i referenti aziendali finalizzati a verificare lo stato dell'avanzamento del Progetto, anche al fine trovare soluzioni e azioni migliorative alle eventuali criticità che dovessero emergere.

### **Bibliografia**

A Pan-Canadian Study on Remote Patient Monitoring. In: Infoway CH, Editor. 2014. Disponibile dal sito: <https://www.infoway-inforoute.ca/en/what-we-do/news-events/webinars/2023-a-pan-canadian-study-on-remote-patient-monitoring>.

Cruz J, Brooks D, Marques A. Home telemonitoring effectiveness in COPD: a systematic review. *Int J Clin Pract*. 2014 Mar;68(3):369-78. doi: 10.1111/ijcp.12345. Epub 2014 Jan 28. Review.

Gensini GF, Alderighi C, Rasoini R, Mazzanti M, Casolo G. Value of Telemonitoring and Telemedicine in Heart Failure Management. *Card Fail Rev*. 2017 Nov;3(2):116-121. doi: 10.15420/cfr.2017:6:2.

Hanlon P, Daines L, Campbell C, McKinstry B, Weller D, Pinnock H. Telehealth Interventions to Support Self-Management of Long-Term Conditions: A Systematic Metareview of Diabetes, Heart Failure, Asthma, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, and Cancer. *J Med Internet Res*. 2017 May 17;19(5):e172. doi: 10.2196/jmir.6688.

Inglis SC, Clark RA, Dierckx R, Prieto-Merino D, Cleland JG. Structured telephone support or non-invasive telemonitoring for patients with heart failure. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Oct 31;(10):CD007228. doi: 10.1002/14651858.CD007228.pub3.

Louis DZ, Robeson M, McAna J, Maio V, Keith SW, Liu M, Gonnella JS, Grilli R. Predicting risk of hospitalisation or death: a retrospective population-based analysis. *BMJ Open*. 2014 Sep 17;4(9):e005223. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005223

Martín-Lesende I, Orruño E, Bilbao A, Vergara I, Cairo MC, Bayón JC, Reviriego E, Romo MI, Larrañaga J, Asua J, Abad R, Recalde E. Impact of telemonitoring home care patients with heart failure or chronic lung disease from primary care on healthcare resource use (the TELBIL study randomised controlled trial). *BMC Health Serv Res*. 2013 Mar 28;13:118. doi: 10.1186/1472-6963-13-118.

Martín-Lesende I, Orruño E, Mateos M, Recalde E, Asua J, Abad R, Reviriego E, BayónJC. Telemonitoring in-home complex chronic patients from primary care in routine clinical practice: Impact on healthcare resources use. *EUROPEAN JOURNAL OF GENERAL PRACTICE*, 2017 VOL. 23, NO. 1, 135–142

McLean S, Nurmatov U, Liu JL, Pagliari C, Car J, Sheikh A. Telehealthcare for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Jul 6;(7):CD007718. doi: 10.1002/14651858.CD007718.pub2.

Morsillo F, Nobilio L, Moro ML. Stratificazione della popolazione in relazione al rischio di ospedalizzazione per cause prevenibili e decesso: l'algoritmo RiskER. Agenzia sanitaria e sociale regionale 2018. Disponibile al sito: <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/report-risker-2018>

Pedone C, Lelli D. Systematic review of telemonitoring in COPD: an update. *PneumonolAlergol Pol*. 2015;83(6):476-84. doi: 10.5603/PiAP.2015.0077.

Steventon A, Bardsley M, Billings J, Dixon J, Doll H, Hirani S, Cartwright M, Rixon L, Knapp M, Henderson C, Rogers A, Fitzpatrick R, Hendy J, Newman S; Whole System Demonstrator Evaluation Team. Effect of telehealth on use of secondary care and mortality: findings from the Whole System Demonstrator cluster randomised trial. *BMJ* 2012;344:e3874

Yang F, Xiong ZF, Yang C, Li L, Qiao G, Wang Y, Zheng T, He H, Hu H. Continuity of Care to Prevent Readmissions for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *COPD*. 2017 Apr;14(2):251-261. doi: 10.1080/15412555.2016.1256384. Epub 2017 Feb 7. Review.

## Allegato 1

### Scheda Consenso al Patto di Cura e al trattamento dei dati

Logo Azienda  
Unità Operativa/Struttura

#### DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL PATTO DI CURA E AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a  
\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente in  
\_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_

Sono consapevole che il Patto di Cura costituisce un percorso assistenziale che tiene, in primaria considerazione, i bisogni, le aspettative e i desideri dell'assistito e della sua famiglia, e che l'assistito resta l'attore fondamentale della propria cura, esperto della propria malattia.

#### DICHIARO:

di aver ricevuto le informazioni necessarie all'utilizzo corretto dei Dispositivi di telemonitoraggio.

#### MI IMPEGNO:

ad aderire alle indicazioni concordate nel mio Patto di Cura Personalizzato che include tra le terapie proposte l'utilizzo dei Dispositivi di telemonitoraggio.

#### PRENDO ATTO:

che nel caso di non aderenza alla cura i Dispositivi verranno ritirati dal Centro Erogatore.

#### DICHIARO INOLTRE:

di aver acquisito e compreso l'informativa per il trattamento dei dati personali e sanitari, fornitami ai sensi del D. Lgs. n. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio.

#### AUTORIZZO:

L'Azienda Sanitaria AUSL/AOU a trattare i miei dati personali e sanitari in relazione al progetto e ogni trattamento correlato alle finalità del medesimo.

Firma Assistito		Firma Familiare/Caregiver	
-----------------	--	---------------------------	--

Firma dell'operatore che ha raccolto il consenso: .....

## APPENDICE

**Tab.1 Progetti europei**

Nome del Progetto	Periodo	Partecipanti	Obiettivi
<b>Beyond Silos</b> <a href="http://beyondsilos.eu/project.html">http://beyondsilos.eu/project.html</a>	2014-2017	13 partners (Spagna, Germania, Italia, Irlanda del Nord, Danimarca, Portogallo, UK, Bulgaria). 7 regioni pilota: Irlanda del Nord, Sofia (Bulgaria), Badalona e Valencia (Spagna), Campania (Italia), Amadora (Portogallo) e Kinzigtal (Germania)	Diffondere l'assistenza sanitaria e sociale integrata ICT-mediata per gli anziani sviluppando, pilotando e valutando servizi integrati basati su due percorsi generici (Supporto domiciliare integrato a lungo termine; Supporto domiciliare integrato a breve termine dopo episodio acuto) in un approccio multicentrico, facendo ampio uso delle conoscenze e dell'esperienza acquisita dai primi utilizzatori di sistemi integrati eCare in Europa.
<b>Carewell</b> <a href="http://carewell-project.eu/norm/home/">http://carewell-project.eu/norm/home/</a>	2014-2017	13 regioni europee; 6 regioni pilota: Spagna (regione Basca); Italia (Regione Puglia e Veneto); Galles (Regione Powys); Croazia (Zagabria); Polonia (Bassa Silesia)	Fornitura di assistenza sanitaria integrata a pazienti anziani fragili con bisogni complessi, ad alto di rischio di osp e multimorbidi, attraverso programmi multidisciplinari completi. ICT facilita il coordinamento e la comunicazione degli operatori sanitari e supporta l'assistenza centrata sul paziente a domicilio, mediante due percorsi supportati dall'ICT: coordinamento integrato delle cure; empowerment del paziente e supporto a casa.
<b>Smartcare</b> <a href="http://pilotsmartcare.eu/norm/home.html">http://pilotsmartcare.eu/norm/home.html</a>	Final Conferenc e 2016	23 regioni europee 10 regioni pilota: in Italia Veneto e Friuli Venezia Giulia	Definire un insieme comune di specifiche funzionali standard per una piattaforma ICT aperta che consenta di fornire assistenza integrata ai cittadini europei più anziani attraverso la condivisione dei dati, il coordinamento e la comunicazione.
<b>Renewing Health</b> Il sito non esiste più	2010-2014	9 regioni europee: Austria: Carinzia Danimarca: Sud Danimarca Finlandia: Sud Karelia Germania: Berlino Grecia: Centro Grecia Italia: Veneto Norvegia: Nord Norvegia Spagnsa: Catalogna. Svezia: Norrbotten	Implementare test su larga scala per la convalida e la successiva valutazione di servizi innovativi di telemedicina utilizzando un approccio centrato sul paziente e una metodologia di valutazione rigorosa comune (MAST). Coinvolge regioni più avanzate nell'implementazione di servizi ICT relativi alla salute, dove soluzioni di servizi sono già operative a livello locale per il telemonitoraggio e il trattamento di pazienti cronici affetti da diabete, malattie polmonari ostruttive croniche o malattie cardiovascolari
<b>United 4 Health</b> <a href="http://united4health.eu/">http://united4health.eu/</a>	2013-2015	10 regioni: Repubblica Ceca Finlandia Germania Grecia Italia (Campania e Basilicata su DIABETE) Norvegia	Valutare l'impatto di servizi sanitari innovativi, che sono stati riprogettati per sfruttare appieno la telemedicina.  Il nucleo del progetto sono i 4 modelli di servizi innovativi che utilizzano le tecnologie di telemedicina per la cura dei pazienti affetti da insufficienza cardiaca congestizia, BPCO, diabete e ipertensione.

		Scozia Slovenia Spagna Galles	
<b>Momentum</b> <a href="https://www.telemedicine-momentum.eu/project/">https://www.telemedicine-momentum.eu/project/</a>	2012-2015	25 partners	Assiste gli operatori di telemedicina (ad esempio leader nelle autorità sanitarie o assistenziali, dirigenti ospedalieri, medici o persone coinvolte nell'industria, come imprenditori o dirigenti aziendali) e tutte le persone che li sostengono (ad esempio amministratori pubblici o personale nelle agenzie di innovazione) nel diffondere l'implementazione della telemedicina; Elenca e descrive i fattori critici di successo della telemedicina in modo strutturato e a contrario identifica e documenta i blocchi per aumentare i servizi di telemedicina, Proponendo un metodo validato e testato per supportare il processo di implementazione della telemedicina, aiuta a creare gli ambienti abilitati necessari per accelerare lo sviluppo complessivo della telemedicina in Europa.