

INDICE

1. ABSTRACT
2. INTRODUZIONE
 - a. DEFINIZIONE TELEMEDICINA E TELENURSING
 - b. OBIETTIVI
 - c. LE RISORSE UMANE E TECNOLOGICHE
3. MATERIALI E METODI
4. RISULTATI
 - a. LE TECNOLOGIE PROPOSTE DAL TERRITORIO
 - i. Il capitolato tecnico
 - ii. Progetti della Regione Marche
 - iii. Il contesto socio demografico
 - iv. Privacy dei dati sanitari
 - v. Il consenso informato
 - b. L'INFERMIERISTICA NELLA TELEMEDICINA
 - i. Il processo di Nursing
 - ii. Applicazioni del tele-nursing
 1. Monitoraggio del diabete
 2. Monitoraggio di persone con stomia
 3. La Tele-cardiologia
 - iii. Accertamento infermieristico
 - iv. Diagnosi infermieristiche
 - c. LA TELEMEDICINA DURANTE LA PANDEMIA DA COVID-19
 - d. SERVIZI DI TELEMEDICINA EROGATI DALLA FARMACIA
5. DISCUSSIONE
6. CONCLUSIONE
7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. ABSTRACT

In questa tesi si pone attenzione alle tecniche e allo sviluppo della telemedicina in ambito sanitario, considerati dal punto di vista della professione infermieristica.

L'intento è di individuare l'uso corretto dei dispositivi elettronici e dei sistemi di monitoraggio a distanza, i quali si possono rivelare molto utili nel territorio delle Marche, dove tutt'ora non risultano applicati. Le proposte dalle autorità alle strutture sanitarie sono ancora in via di sviluppo, nonostante ci sia richiesta urgente di pronto intervento territoriale in diversi casi, tra cui vediamo emergere il supporto in tele-assistenza, le tele-consulenze mediche, l'assistenza infermieristica telematica, il monitoraggio di parametri vitali a distanza per persone con patologie croniche, le cartelle cliniche informatizzate, l'invio di impegnative con eliminazione della forma cartacea. Grazie all'aggiornamento professionale costante, l'infermiere diventa la figura di riferimento della società per lo sviluppo di nuove competenze sempre più digitali.

Di fatto sono presenti molteplici possibilità di applicazioni nel territorio, vengono elaborate con revisione tecnica e vengono riportati alcuni esempi pratici applicati all'assistenza infermieristica, come la formazione dell'utente finale o del suo care giver all'utilizzo di questi strumenti.

Vengono elencati i punti di forza e di debolezza dei servizi assistenziali studiando il benessere degli utenti e le loro difficoltà rispetto all'approccio tecnologico e all'utilizzo delle nuove risorse.

In conclusione la visione di un nuovo orizzonte per la sanità e un nuovo standard di qualità per l'eccellenza dei servizi sanitari.

2. INTRODUZIONE

a. DEFINIZIONE TELEMEDICINA E TELENURSING

Il termine telemedicina è stato introdotto negli anni '70 per indicare la pratica della medicina in assenza della relazione fisica tra medico e assistito, utilizzando un sistema di comunicazione basato su tecnologie multimediali. La telemedicina si articola in tre discipline scientifiche: Medicina, Telecomunicazioni ed Informatica. In altre parole comprende l'implementazione di tecnologie elettroniche e informatiche a supporto della medicina, in una situazione dove l'assistito risulta distante dal personale sanitario. Intorno a questo concetto si può ragionare sui possibili vantaggi in sanità grazie all'avvento delle nuove tecnologie, ad esempio tramite l'archiviazione in piattaforme "cloud" il personale medico può avere un quadro completo di dati aggiornati istantaneamente e lo storico degli eventi assistenziali dell'assistito, nonché di tutte le pratiche diagnostico-terapeutiche di esso, questo ridurrebbe i tempi e i costi di archiviazione dei referti, si può misurare l'appropriatezza degli interventi assistenziali e ottenere maggior soddisfazione degli utenti, aumentare la loro compliance e favorire una riduzione delle ospedalizzazioni. Dall'America arriva la definizione di questo tipo di servizi come "Tele-Health", la salute in via telematica, il cui scopo è assicurare a tutti i cittadini, vicini e lontani, un'adeguata assistenza sanitaria, implementando quelli che sono i servizi di emergenza-urgenza, organizzazione e aggiornamento degli operatori sanitari.

L'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) riprende questi principi come: *"L'erogazione di servizi di cura ed assistenza, in situazioni in cui la distanza è un fattore critico, da parte di qualsiasi operatore sanitario attraverso l'impiego delle tecnologie informatiche e della comunicazione per lo scambio di informazioni utili alla diagnosi, al trattamento e alla prevenzione di malattie e traumi, alla ricerca e alla valutazione e per la formazione continua del personale sanitario, nell'interesse della salute dell'individuo e della comunità"*.

Fonte: "La Telemedicina ieri e oggi", Editore Altis-ops, anno 2019.

In ambito infermieristico abbiamo il termine “Tele-nursing” che può racchiudere la pratica infermieristica trasmessa con la telecomunicazione. Prevede l’utilizzo di metodi di condivisione, trasmissione, recupero e invio di informazioni a carattere sanitario in tempo reale. È incluso nel processo di cura e di assistenza, si fa riferimento alle persone che necessitano di continuità nelle cure, tramite colloqui, consulenze sanitarie, inoltre ci sono utenti che quotidianamente eseguono controlli sistematici, come può essere un tracciato elettrocardiografico, controllo dei parametri vitali quali pressione arteriosa, saturazione, glicemia ecc. di questi solitamente in presenza ne è responsabile l’infermiere. In questo caso a distanza si occuperà della giusta istruzione dell’assistito per poter utilizzare al meglio gli apparecchi biometrici del caso. In altre parole la figura infermieristica diventa il riferimento per le persone che vengono seguite medicalmente a distanza.

In questo ambito comprendiamo la figura del “Care Giver”, anch’essa un grande riferimento sia per l’infermiere che per l’utente, il quale obiettivo rimane la soddisfazione di tutti i bisogni assistenziali. La presenza di questa figura è sempre più in aumento nei paesi industrializzati, anche a causa del costante invecchiamento della popolazione. Il termine “Care Giver” ha derivazione anglosassone e rientra nel comune linguaggio ad indicare colui che si prende cura di una persona con patologie, deficit o difficoltà; può trattarsi di un familiare, amico o parente, in vari modi e con ruoli diversi per assistere il bisognoso nel soddisfacimento dei suoi bisogni primari, come dormire, mangiare, lavarsi, oppure nello svolgimento delle azioni quotidiane come prenotazioni di visite, gestione del denaro, gestione della propria abitazione ecc. Il tipo di assistenza che forniscono risulta molto gravoso per l’impegno richiesto, non solamente fisico ma anche di grande impatto psicologico. L’assistito, seguito a distanza tramite impiego di servizi di telemedicina, in condizioni di incompleta autonomia, spesso viene aiutato da questa figura, la quale avrà il compito della corretta gestione e applicazione delle nuove tecnologie per interfacciarsi con il personale medico ed infermieristico. Sicuramente dal punto di vista dei sanitari il Care Giver viene riconosciuto come figura di grande aiuto e riferimento.

Morena Allovisio, “Il ruolo del care giver nella gestione assistenziale”, Nurse Times, 7/10/2021.

b. OBIETTIVI

L'intento di questa tesi è di studiare tutte le possibili applicazioni del modello assistenziale tele-medico esistenti ma non ancora adottate pienamente nel nostro territorio ed effettuare una ricerca per evidenziare i veri vantaggi che questo modello potrebbe portare se conosciuto, applicato e sfruttato al meglio.

Soprattutto se si pensa ad un periodo di emergenza sanitaria come quello che stiamo vivendo, unico nel suo genere, ma dal quale non possiamo fare altro che apprendere il più possibile e creare nuove soluzioni per quanto riguarda il futuro.

La telemedicina in alcune regioni d'Italia risulta già applicata ancora prima dell'emergenza "Covid", ma spesso in generale viene frenata dalla poca conoscenza che si ha in ambito tecnico-informatico, dal costo dei materiali e dalla burocrazia, ma nel nostro contesto territoriale qualcosa inizia ad emergere: dal capitolato tecnico al piano Sanitario Regionale vengono evidenziati concetti come:

“Tra i bisogni emergenti in seguito ad eventi disastrosi è opportuno individuare le attività assistenziali che tengano conto anche di supporti di tipo psico-socio assistenziale e fornire forme di assistenza “a distanza” (teleassistenza, telemedicina)”.

Si fa un approfondimento del capitolato tecnico “Assistenza Domiciliare e Tele-assistita” che tratta di Assistenza Domiciliare Tele-Assistita, Servizio di Teleassistenza e Tele-salute. L'obiettivo è di studiare i principi e gli strumenti che propone il capitolato, comprendere come questi facilitano la connessione tecnologica tra il soggetto, i propri familiari, il proprio Care Giver e i professionisti sanitari, e capire se possono essere soluzioni vantaggiose. Inoltre si evidenziano le proposte attuali della Regione Marche.

La figura che in questo contesto appare spesso in discussione è quella dell'infermiere. Quindi il secondo obiettivo è di studiare come viene coinvolto, con quali metodi entra a far parte di questa realtà, come può aiutare nella gestione delle nuove tecnologie e quali sono gli ambiti in cui si applica il Tele-nursing.

Altro obiettivo è ragionare su esempi pratici che possono sfruttare le soluzioni della tele-sanità, come possono influire nella vita quotidiana dei cittadini e, infine, riportare alcune situazioni che si sono create durante la pandemia da Covid-19 in cui si è visto l'incremento di questi servizi, e quali tra questi sono rimasti attualmente attivi.

c. LE RISORSE UMANE E TECNOLOGICHE

Si parla di nuovi livelli essenziali di assistenza, di ricerca, formazione, di ridisegno strutturale e organizzativo per una rete assistenziale del territorio. Alcuni tra i servizi applicabili sono la diagnostica mobile, il teleconsulto per i cittadini anche con riferimento a servizi di emergenza. L’OMS Europa già nel documento “Salute 21” del ’98, proponeva il ruolo innovativo dell’Infermiere di Famiglia e dell’Infermiere di Comunità, quale consulente specialista-generalista, opportunamente formato ed in grado di agire soprattutto a livello preventivo attraverso la valutazione e la gestione integrata dei bisogni di salute di un gruppo di cittadini a lui assegnato, in stretta collaborazione con il MMG. Diventa questa la sfida della nuova organizzazione sanitaria di cui la regione intende dotarsi, dove l’infermiere del territorio sarà il professionista sanitario concentrato sulla salute della famiglia, intesa come nucleo familiare, e in particolare sarà il responsabile delle cure domiciliari e garantirà, in collaborazione con i MMG, l’insieme di tutti quei trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi al fine di stabilizzare il quadro clinico e rendere migliore la qualità di vita del cittadino.

Le figure professionali coinvolte sono molteplici: *“Medico di medicina Generale, Infermieri e altri professionisti qualificati (Assistenti Sociali, Assistenti sanitari, Psicologi, ecc.) potranno sviluppare una nuova Medicina di Iniziativa avvalendosi di strumenti di informatizzazione, attualmente già avanzati nella nostra Regione ma non ancora utilizzati appieno (telemedicina e FSE).”*

Vengono discusse diverse aree di intervento: in ambito Emergenza/Urgenza secondo il modello logico Hub & Spoke già adottato nel nostro territorio si sfrutta il modello tramite il teleconsulto, che rappresenta un utile supporto alle reti specialistiche di emergenza, in quanto, essendo connessa alle centrali operative 118, permette flussi informativi e trasporto dei dati tecnici fra tutti i centri collegati, con la possibilità di anticipare informazioni sui pazienti in arrivo in ospedale e ricevere dati aggiornati in maniera continua sulla disponibilità dei posti letto.

In questo contesto comprendiamo anche la radiologia che si è mossa di pari passo con l’era digitale: nella nostra rete ospedaliera sono disponibili h24 i servizi di TAC ed ecografia; tutti gli esami diagnostici sono gestiti dal sistema RIS-PACS che ne permette l’archiviazione, il trasferimento, l’elaborazione e la refertazione.

In ambito territoriale vengono discusse le modalità di accesso ai servizi sanitari, le nuove soluzioni sono rappresentate da mobile health, la tele-assistenza e l'home-care. Questi sistemi coinvolgono sia gli stakeholder sanitari che l'utente finale in maniera diretta, favorendo l'empowerment del soggetto.

Si parla della “Centrale di ascolto”, un servizio di ricezione delle richieste interamente gestita da personale infermieristico, adeguatamente formato, dovrà essere operativa senza interruzione, per poter rispondere a qualsiasi esigenza degli utenti seguiti a distanza.

Gli utenti interessati sono in generale le persone che sono impossibilitate al raggiungimento fisico presso le strutture ospedaliere, tra cui possiamo comprendere:

- Persone affette da Diabete Mellito;
- Persone affette da BPCO;
- Persone affette da Scompenso Cardiaco;
- Assistiti Oncologici;
- Persone affette da Insufficienza renale;
- Assistiti con Disturbi cognitivi.

L'assistenza infermieristica ha un ruolo centrale in questo modello tele-medico: l'utente finale potrà avere accesso a molteplici servizi, garantiti da personale specializzato e formato adeguatamente alle nuove tecnologie.

L'infermiere si fa carico della gestione a distanza dei bisogni dell'assistito, comprendendo anche il suo nucleo familiare. Si pone come punto di riferimento sia del soggetto che degli altri professionisti coinvolti, in stretta collaborazione con il medico.

Il concetto ricercato porta alla luce le potenzialità del nostro sistema sanitario regionale e si affrontano le difficoltà del nostro territorio, puntando a una sanità digitale, informatizzata, con dematerializzazione dei processi e riduzione dei costi. La formazione del personale sanitario e delle figure coinvolte in questo processo è indice di un nuovo standard di qualità.

Fonte: Piano Socio Sanitario 2019-2021, Il Cittadino, L'Integrazione, L'Accessibilità e La Sostenibilità, Regione Marche.

3. MATERIALI E METODI

Ho sempre coltivato interesse nella tecnologia e durante il mio percorso lavorativo esterno all'università ho potuto collaborare in alcune realtà che si dedicano alla creazione di nuovi servizi di telemedicina nel territorio marchigiano. Questo ambito mi ha da subito incuriosito, soprattutto per quanto riguarda la possibilità di poter applicare le soluzioni al mondo sanitario.

Durante il tirocinio in reparto ho constatato le varie difficoltà a cui le persone ricoverate vanno incontro. Lunghe liste di attesa, medici e infermieri sempre impegnati, tempistiche lunghe per reperire documenti, consulenze urgenti ogni giorno; tutto questo porta ad avere un'assistenza quanto più superficiale a causa dell'ingente richiesta e della gestione inadeguata delle risorse.

Allora mi sono posta alcune domande: c'è una soluzione che possa rallentare questi ritmi lavorativi? Esiste un modo per sfruttare al meglio gli strumenti di cui si dispone? Si possono diminuire i ricoveri e le visite non urgenti? Come si può raggiungere il cittadino lontano che ha bisogno di assistenza?

La ricerca è iniziata dalle proposte della Regione Marche, ho esaminato il piano socio-sanitario regionale che evidenzia la direzione delle strategie adottate verso il sostegno delle persone fragili, la sostenibilità del sistema, adeguamenti tecnologici assistenza territoriale con particolare interesse per le emergenze e i dispositivi utilizzati. Ho incontrato quindi alcuni progetti del campo tele-medico discussi durante la giunta regionale del 24/09/2018 delibera 1226, i quali rappresentano una buona partenza per applicare i servizi che riporto di seguito.

Ho indagato quindi nelle regioni circostanti se fossero presenti altre realtà dell'ambito da cui poter prendere esempio, di fatto la regione abruzzese ha redatto il Capitolato Tecnico, il quale risulta ricco di soluzioni ad hoc in diversi ambiti, dettagli tecnici e spiegazioni esaustive. Questo mi ha aiutato molto nel comprendere il funzionamento dei servizi proposti, le figure coinvolte, la tipologia degli utenti finali. Una volta raccolte le informazioni più attinenti, ho approfondito il contesto nella mia regione, studiando la situazione della popolazione marchigiana.

In secondo luogo, mi è risultato necessario avere chiari i concetti di Privacy riguardo le informazioni di tipo sanitario, ho voluto evidenziare le nuove regole e leggi senza le quali non sarebbe possibile prendere parte ai servizi di telemedicina e telenursing. Il consenso informato rimane uno strumento di principio immancabile nel mondo sanitario.

Successivamente ho approfondito il coinvolgimento della figura infermieristica, studiandone il ruolo attraverso i principali testi universitari e riferimenti propri della professione, come il processo di Nursing, Accertamento e Diagnosi. La figura ottiene sempre più credito in questi servizi, infatti ho trovato spesso alcune parole chiave all'interno di diversi articoli giornalistici e in alcune tesi dello stesso argomento.

Quindi grazie a queste risorse ho raccolto le principali applicazioni del Tele-Nursing a tutt'oggi esistenti in alcune realtà italiane, soprattutto in ambito cardiologico. Inoltre mi sono imbattuta in alcuni fatti di cronaca che ho voluto riportare poiché di grande importanza per la telemedicina, in quanto è risultata essenziale per alcune situazioni di emergenza in cui si è potuta salvare una vita.

Dal punto di vista infermieristico, ho ragionato su alcuni aspetti professionali in una ipotetica assistenza a distanza; ho raccolto quindi alcune diagnosi infermieristiche, spiegandone le motivazioni, le difficoltà da parte dell'assistito e le varie caratteristiche pertinenti al caso.

Infine, ho voluto inserire un capitolo riferito alla pandemia da Covid-19 che ha coinvolto tutto il territorio italiano; durante questo periodo storico sono nate molte soluzioni a livello sanitario, che sono poi rimaste attivate per la loro semplicità e velocità, grazie alle quali innanzitutto è stata fronteggiata la necessità del momento, secondariamente sono state messe in risalto le varie possibilità del territorio che potevano essere sfruttate già da tempo. Riporto di fatto un esempio reale nell'ambito farmaceutico in cui è stata applicata la telemedicina in maniera completa.

Le conclusioni spaziano contestualmente alla professione infermieristica e ai principali vantaggi e svantaggi dei servizi riportati in questa ricerca.

4. RISULTATI

a. LE TECNOLOGIE PROPOSTE DAL TERRITORIO

i. Il Capitolato Tecnico.

La Regione provvede a finanziare il progetto di durata biennale sopra descritto, con i fondi destinati alle DGR n. 176/2016, DGR 178/2016 e DGR 438/2016. Il progetto, a elevata complessità, prevede l'attivazione contemporanea di tre linee progettuali fortemente complementari e integrate tra loro:

- Assistenza Domiciliare Tele Assistita (oggetto del presente capitolato);
- Sistema Informativo Socio Sanitario Territoriale (in grado di identificare, stratificare e monitorare la popolazione fragile);
- Numero telefonico unico (116117) destinato alle cure non urgenti e accesso ai servizi sanitari territoriali, nonché a concorrere alla gestione della domanda assistenziale a bassa intensità/priorità e armonizzato a valenza sociale.

Nell'ambito del modello di Assistenza Domiciliare Tele Assistita previsto dal DCA 55/2016, spetta alla Regione di "Definire regole di sistema per l'erogazione dell'AD", individuando una specifica sede di coordinamento di cui faranno parte tutti i soggetti – pubblici e privati coinvolti, con il compito di facilitare la connessione tecnologica tra l'assistito e i propri care-giver, da un lato, e medici (MMG e Specialisti) e servizi distrettuali, dall'altro, in base al Piano Assistenziale Individuale.

A tale soggetto – denominato Comitato di Coordinamento di Tele-salute (CCT) – spetterà di coordinare le attività e facilitare l'integrazione tra il servizio erogato dal Fornitore e gli stakeholder del SSR. In tal senso non si limiterà solo a proporre l'uso di sistemi digitali e reti di accesso a nuove forme di assistenza presso le strutture territoriali o il domicilio del soggetto che possano ridurre l'ospedalizzazione, né solo ad un monitoraggio più semplice, costante e poco invasivo del soggetto attraverso l'uso degli strumenti di telemedicina. La funzione di catalizzatore del soggetto unico implica anche sviluppare e promuovere idee e soluzioni innovative e di facile fruibilità per collegare il medico, il soggetto e la struttura sanitaria attraverso l'ICT.

Nell'ambito del DCA 55 del 10 giugno 2016 si è manifestata la volontà di “promuovere un nuovo modello di AD Tele Assistita, a complemento della prestazione sanitaria” già garantita dal SSR.

Il richiamato DCA attribuisce un ruolo decisivo alla telemedicina per la gestione della malattia cronico degenerativa. Tali tecnologie associate allo sviluppo di innovazioni clinico-organizzative e alla formazione di personale qualificato consentiranno di evitare che il soggetto (scoraggiato perché a differenza delle sue aspettative non guarisce) possa, sentendosi abbandonato dal SSR, rivolgersi in ospedale e in Pronto Soccorso per problemi risolvibili da altri servizi sanitari con una complessità tecnico-assistenziale più adeguata.

Pertanto, si ritiene necessario che la ditta aggiudicataria debba necessariamente prendersi carico dell'acquisto dei fattori produttivi, in particolare dell'acquisto dei seguenti strumenti e delle necessarie risorse umane:

- Personale qualificato adeguatamente formato:
 - Per favorire la gestione di pazienti a domicilio da parte degli operatori individuati (infermieri, OSS, ecc);
 - Per promuovere e sviluppare modalità operative tese all'educazione del soggetto e dei suoi care giver;
 - Per il monitoraggio da remoto di più pazienti contemporaneamente;
 - Per garantire un adeguato coinvolgimento di medici di medicina generale, medici specialisti e care giver nella cura del soggetto;
- Vital Sign Monitoring Device integrati, a livello di sistema informativo, con i sistemi informativi utilizzati nella centrale e nei dispositivi di ricezione dati. I dispositivi, portatili, dovranno essere consegnati a ciascun soggetto preso in carico. Il soggetto erogatore dovrà evidenziare:
 - Il numero di device da acquistare;
 - La tipologia di device;
 - Il brand;
 - I parametri che questi dispositivi possono monitorare;
 - La conformità degli stessi con la normativa vigente.

- Sensori per la sorveglianza sociale che dovranno essere posizionati nelle case dei pazienti presi in carico e che dovranno essere integrati con i sistemi informativi utilizzati nella centrale al fine di segnalare in modo automatico le eventuali anomalie riscontrate. Il soggetto erogatore dovrà evidenziare:
 - Il numero di dispositivi da acquistare;
 - Le categorie di pazienti a cui sono destinati, motivandone la scelta;
 - La tipologia di tecnologia che intende acquistare;
 - Il brand di tali dispositivi;
 - Le caratteristiche tecniche.
- Beni sanitari e non sanitari necessari all'espletamento del servizio da parte degli attori coinvolti. Il soggetto erogatore dovrà evidenziare:
 - Il numero di beni per tipologia messi a disposizione degli operatori e assistiti;
 - Il budget di acquisto ipotizzato per i beni per cui non è possibile definire una quantità numerica certa.

L'oggetto del presente capitolato è l'acquisizione del Servizio di Teleassistenza e Tele salute a supporto del Servizio di Assistenza Domiciliare (ADI e ADP) attraverso i seguenti elementi i cui dettagli vengono esposti nei successivi paragrafi riferiti:

- Piattaforma integrata con il sistema organizzativo (comprensiva di infrastruttura di servizio);
- Allestimento Specifiche Tecniche della Tecno-assistenza (comprensivo di connettività);
- Dispositivi di misurazione per la Telesalute;
- Dispositivi di struttura/ambulatorio;
- Centrale di ascolto;
- Supporto al Comitato di coordinamento di Telesalute;
- Assistenza Tecnica;
- Formazione e Affiancamento;
- Comunicazione & Divulgazione.

Piattaforma integrata con il sistema organizzativo:

La fornitura ha la finalità, tra l'altro, di valutare come l'uso di un modello organizzativo integrato per il monitoraggio remoto domiciliare di pazienti cronici e fragili sia in grado di migliorare i parametri clinici, assistenziali, organizzativi ed economici rispetto alla tradizionale assistenza.

La piattaforma dovrà essere messa a disposizione attraverso modalità di IAS (Associazione Italiana per la Scienza della Sostenibilità), non ricorrendo all'impiego di risorse hardware locali e nel rispetto di tutti i requisiti connessi alla disciplina in materia di Privacy, alla sicurezza e alla stabilità di impianto. In particolare, pena esclusione, si richiede una piattaforma in grado di:

- Ricevere i seguenti dati dai dispositivi specifici: del peso corporeo, glicemia, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, spirometria e Saturimetria, INR, cardiaci ed interfaccia hub bidirezionale;
- Elaborare le informazioni, sulla base di algoritmi prestabiliti, in grado di evidenziare misure e andamenti clinicamente "anomali" e di generare alert su parametri predefiniti;
- Rendere disponibili on line i dati acquisiti a tutti gli utenti opportunamente profilati, mediante possibile pannello che dia evidenza immediata delle anomalie;
- Rendere disponibili le informazioni suddette, attraverso la predisposizione di apposite integrazioni informatiche e telematiche, a tutti i legacy in uso, con particolare riferimento ai gestionali di cartella clinica dei MMG ed ai gestionali di AD e di DSA (dossier sanitario aziendale), in uso presso ogni singola ASL);
- Gestione della banca dati degli assistibili in telemedicina nella quale ad ogni soggetto è associata la propria storia clinica e le relative variabili anagrafiche ottenute dai flussi/anagrafiche regionali e ministeriali, attraverso il quale è possibile estrarre l'elenco dei pazienti affetti da una patologia (es. BPCO) conforme con quanto previsto dal PDTA e/o linee guida regionali, a cui, attraverso un modello predittivo, verrà eventualmente associato un ipotetico indice di fragilità;

- Predisporre e gestire in modalità digitale la modulistica e la relativa conservazione del consenso informato e delle relative informative rese al soggetto attraverso un apposito modulo informatico sarà possibile registrare l'avvenuta sottoscrizione della modulistica e la presa visione dell'informativa da parte del soggetto in modo tale da acquisire e veicolare l'informazione attraverso la piattaforma oggetto di fornitura;

La piattaforma software fornita dall'aggiudicatario dovrà essere conforme a quanto previsto dalle attuali norme in materia di dispositivi medici ovvero, come specificato in allegato 9 "criteri di classificazione" della direttiva 93/42/CEE concernente i dispositivi medici, le componenti software "destinate a fornire informazioni riguardanti la diagnosi, la diagnosi precoce, il controllo o il trattamento di stati fisiologici, di stati di salute, di malattie", dovranno essere riconosciute come un dispositivo medico marcato CE di classe IIA e incorporare tutti gli standard maggiormente diffusi, conservando le certificazioni anche nel caso di sviluppi ad hoc per il perfezionamento della piattaforma.

La piattaforma deve essere dotata di un middleware di integrazione, attraverso il quale la realizzazione di integrazioni con software di terze parti deve essere semplice, veloce ed affidabile e, comunque, indipendente da soluzioni e moduli tecnologici ed informatici specifici favorendo l'estensione di tutte le possibili integrazioni senza oneri aggiuntivi per il committente. Le integrazioni possono essere realizzate in modalità sincrona o asincrona, attraverso l'uso di protocolli standard o stabiliti ad-hoc.

La piattaforma dovrà basarsi su architettura Cloud, altresì oggetto di fornitura, nel rispetto delle norme in materia di tutela dei dati personali e sensibili, essere fruibile mediante soluzioni web-based e aderenti ai requisiti di stabilità e sicurezza previsti da AGID offrendo di base almeno le seguenti funzionalità:

Tecno-assistenza: la piattaforma dovrà permettere il collegamento, tramite HUB bidirezionale ivi compresa la relativa soluzione di connessione telematica per la trasmissione dei dati rilevati dai KIT, di strumenti di diversa marca e modello per la trasmissione delle rilevazioni cliniche (a titolo di esempio non esaustivo: glicemia, peso, pressione, ECG a 12 derivazioni, SPO2).

Schedulazione delle visite: la piattaforma deve mettere a disposizione dell'operatore sanitario abilitato un'interfaccia i cui contenuti sono concordati con i MMG per la schedulazione delle visite degli assistiti, condivisa con gli altri utenti secondo una logica di profili di accesso.

Aderenza alla terapia: la soluzione proposta deve permettere di controllare remotamente l'aderenza alla terapia da parte del soggetto affetti da una o più patologie croniche. La soluzione deve essere semplice, chiara ed intuitiva in modo che sia comprensibile anche all'utente senza conoscenze informatiche e mediche. Costituirà titolo preferenziale la presentazione di proposte che integrino nel "ciclo dei servizi di gestione del soggetto cronico" l'utilizzo di soluzioni (software, integrazioni fra sistemi informativi, Apps) che coinvolgano anche le Farmacie.

Canale di comunicazione multimediale: La soluzione proposta deve prevedere una modalità di messaggistica istantanea, completamente sicura e tracciata tra i diversi operatori sanitari abilitati e tra operatori e pazienti affetti da patologie croniche.

Integrazione: La piattaforma dovrà prevedere una soluzione middleware di integrazione che sia conforme con gli standard HL7, DICOM, XML, CDA2, Web Services ed eventualmente altri protocolli stabiliti ad-hoc. La soluzione proposta deve comprendere l'integrazione con:

- Anagrafe degli Assistiti Regionale, anagrafi locali aziendali;
- Sistemi informativi delle cure domiciliari, (in possesso di ciascuna ASL) come descritto nella gara regionale per il servizio AD e nel paragrafo relativo alle integrazioni;
- Software utilizzati da tutti i MMG, dagli Specialisti (in lettura e scrittura);
- Piattaforma in uso per la Diabetologia (in lettura e scrittura) e con tutte le eventuali piattaforme telematiche che verranno implementate e rese disponibili dalle ASL e dall'Amministrazione Regionale;
- Cartelle cliniche specialistiche (in lettura e scrittura);
- Dossier sanitario Aziendale;
- Fascicolo Sanitario Elettronico;
- Registrazione delle attività sociali dei Comuni;

- Sistema di C.O.118 e Centrale di Continuità Assistenziale (in previsione del 116117);
- Sistema unico di Pronto Soccorso regionale;
- Sistema di distribuzione in nome e per conto o altra soluzione di gestione prescrizione/erogazione farmaci (aderenza alla terapia).

La piattaforma dovrà essere in grado di comunicare nativamente con un Hub bidirezionale. L'Hub bidirezionale proposto dovrà essere in grado di centralizzare presso le forme associative le misurazioni eseguite dagli strumenti presso il domicilio del soggetto. L'Hub dovrà poi trasmettere tramite rete wireless * 3G/4G – oggetto di fornitura- le informazioni alla piattaforma centrale. Il dispositivo dovrà permettere al soggetto o al care giver di accedere alle funzionalità a lui riservate, previo inserimento delle credenziali, in maniera semplice e nel rispetto delle indicazioni procedurali della presa in carico. *(Adesso c'è il 5G).

Dispositivi di misurazione per la Tele-salute: Di seguito si elencano i dispositivi (KIT) e la relativa dotazione che sarà oggetto di consegna e recapito presso i singoli distretti sanitari in base a soluzioni di prenotazione e distribuzione indicate da parte di ogni singola ASL le cui modalità generali verranno condivise in sede di avvio attraverso il coordinamento regionale. Si precisa che i consumabili sono oggetto di fornitura.

Pazienti affetti da Diabete Mellito

Per la tipologia di pazienti affetti da Diabete Mellito si prevede da consegnare a casa dei pazienti per tutta la durata della fornitura il Kit composto dai seguenti dispositivi:

- Hub di collegamento bidirezionale;
- Misuratore della glicemia;
- Sfigmomanometro;
- Bilancia;

Saranno valutate positivamente le aziende capaci di offrire l'integrazione tra Hub e i seguenti dispositivi:

- Microinfusori;
- Penne per l'insulina;

Pazienti affetti da BPCO

Per la tipologia di pazienti affetti da BPCO si prevede da consegnare a casa dei pazienti per tutta la durata della fornitura il Kit composto dai seguenti dispositivi:

- Hub di collegamento bidirezionale;
- Pulsossimetro;
- Spirometro;
- Pedometro;

Pazienti affetti da Scompenso Cardiaco

Per la tipologia di pazienti affetti da Scompenso Cardiaco si prevede da consegnare a casa dei pazienti per tutta la durata della fornitura il Kit dovrà essere composto dai seguenti dispositivi:

- Hub di collegamento bidirezionale
- ECG Mono
- Sfigmomanometro
- Bilancia

Pazienti Oncologici

Per la tipologia di pazienti Oncologici si prevede kit da consegnare a casa dei pazienti per tutta la durata della fornitura. Il Kit dovrà essere composto dai seguenti dispositivi:

- Hub di collegamento bidirezionale
- Monitor Parametri Vitali (Pressione Arteriosa, SP02, ECG, Temperatura, FR. Cardiaca)

Nel caso specifico di pazienti oncologici, il sistema deve prevedere la possibilità di monitorare i parametri vitali del soggetto che si trova a casa da remoto, registrando tutte le informazioni nel database. I dati registrati dovranno poi essere consultabili da remoto, mediante autenticazione, dagli operatori abilitati.

Ogni dispositivo precedentemente elencato, per i vari casi descritti, dovrà essere accompagnato da un libretto di istruzione dedicato alle caratteristiche tecniche e alle modalità di impiego dei dispositivi stessi.

Dispositivi di struttura: La soluzione proposta dovrà permettere agli operatori del servizio AD, anche se non gestito direttamente dalla AUSL, di erogare una serie di attività/prestazioni presso il domicilio di quei pazienti che sono impossibilitati ad abbandonare il proprio domicilio.

Ogni operatore del servizio AD dovrà avere la possibilità di registrare una serie di informazioni sul tablet/laptop, oggetto della presente fornitura, in numero minimo di 100, da utilizzare nel corso della fornitura, a casa del soggetto per effettuare le misurazioni con dispositivi portatili quali monitor multi parametrico. Il sistema deve poter operare anche presso quelle località dove non è presente una copertura internet necessaria per sincronizzare i dati prelevati in loco con il database centrale. Le aziende capaci di offrire una soluzione capace di operare anche in modalità off-line, pur garantendo la possibilità di trasmissione asincrona, saranno valutate positivamente

La soluzione proposta dovrà inoltre prevedere una modalità di registrazione certa dell'operatore sanitario presso il domicilio dell'assistito per tutta la durata della visita, in raccordo con il servizio AD secondo le indicazioni della centrale di coordinamento.

Tutte le informazioni sopra elencate devono poter essere sincronizzate con la piattaforma centrale, al fine di garantire l'integrazione con soluzioni informatiche di terze parti, come per esempio il portale dei medici di base, cartelle cliniche specialistiche, DSE, FSE, ecc. La fornitura deve prevedere un minimo di 20 monitor e 25 tablet per ogni ASL. Configurati per l'utilizzo con la piattaforma e in collegamento con la tipologia di dispositivo proposta. La connettività wireless dovrà essere prevista (SIM dati) solo per i 100 tablet.

Centrale di ascolto: La centrale di ascolto, unica – che si realizza attraverso il servizio effettuato da personale infermieristico e auspicabilmente esperto nei servizi oggetto di appalto – avrà il compito di:

- Monitorare i pazienti dotati di kit (classi di cura 1 e 2 descritte al successivo art. 3.12), e contattare, in presenza di “alert” (per misure e andamenti clinicamente “anomali”), i livelli di intervento che saranno individuati prima dell'avvio del servizio;

- Contattare i pazienti appartenenti alla classe di cura 3, descritta al successivo art. 3.12, per la verifica della loro condizione e per eventuali rilevazione di gradimento;
- Richiedere la consulenza specialistica (par. 3.10 Servizio di monitoraggio - Complessità di Assistenza) e renderla disponibile, attraverso il sistema, a tutti gli utenti interessati
- Gestire il corretto esercizio del Canale di comunicazione multimediale favorendo in prima battuta il servizio di consulenza da parte di medici specialisti nella disciplina relativa alla patologia oggetto di monitoraggio di cui al richiamato par. 3.10.

La “Centrale di ascolto” dovrà essere operativa inizialmente H12 e per 6/7 gg , senza interruzione. In particolare la centrale d’ascolto deve garantire la trasmissione e la comunicazione bidirezionale tra l’utenza e le articolazioni del SSR coinvolte nell’iniziativa (Direttori di Distretto, Responsabili ADI, MMG, direttori di distretto, Centrale di coordinamento, ecc.), mediante:

- Ricezione di tutte le comunicazioni effettuate dai domicili ove sono collocati i kit attivi, attraverso le funzionalità telematiche della piattaforma oggetto di fornitura;
- Risposta tempestiva (almeno entro mezz’ora) alle richieste telefoniche dei pazienti e degli operatori;
- Trasmissione tempestiva (almeno entro la successiva mezz’ora alla loro ricezione) dei i dati di alert verso la rete assistenziale che sarà definita in avvio del servizio

Le tipologie di pazienti affetti da patologie croniche che andranno monitorare al domicilio del soggetto sono le seguenti: Diabete Mellito; BPCO; Scopenso Cardiaco; Oncologici; Insufficienza renale; Disturbi cognitivi (demenza).

Tutte le informazioni sopra elencate devono poter essere sincronizzate con il sistema centrale (piattaforma oggetto di fornitura) al fine di garantire l’integrazione con soluzioni informatiche di terze parti, come per esempio sistemi di cartella del Medico di medicina generale, cartelle cliniche specialistiche, DSE, FSE, ecc.

Supporto al comitato di coordinamento di Tele-salute.

Il comitato di coordinamento di Tele-salute, unico e regionale, ha il compito di coordinare e monitorare le attività oggetto di fornitura e, in particolare i servizi di Telemedicina, quelli della Centrale di Ascolto, la formazione e la corretta erogazione dell'Assistenza Domiciliare tecno assistita, integrandoli con il sistema Informativo collegato con la Banca dati Assistiti che sarà eventualmente implementato dall'Amministrazione Regionale.

La Centrale di coordinamento di Tele salute è costituita da:

- Referenti regionali per l'iniziativa;
- Il RUP e i DEC, se non coincidenti con i componenti del Comitato;
- I referenti ADI delle Asl;
- Il responsabile scientifico del cruscotto di gestione e monitoraggio dell'eventuale sistema
- Informativo– DGR 438 30/06/2016);
- Un rappresentate dei MMG, per singola ASL.

Il comitato avrà il compito di coordinare e uniformare le procedure di attivazione dei servizi oggetto di fornitura, fermo restando che le attività di che trattasi saranno governate da responsabile AD di ogni singola Asl, in raccordo con il RUP. In particolare dovrà armonizzare:

- Interventi di Telesalute delle quattro Asl, in integrazione con gli Ambiti Distrettuali Sociali e con i referenti del fornitore;
- Tutti gli strumenti di di supporto informativo alle AFT e alla rete assistenziale della cronicità e fragilità (ADI, ADP, Demenza, Dimissione programmata, Diabete, Ostetricia) delle UCCP (cruscotto di gestione e monitoraggio dell'eventuale sistema Informativo– DGR 438 30/06/2016);
- L'implementazione del "Registro Epidemiologico della Fragilità Assistenziale" (REFA) supportato dal modello predittivo della fragilità elaborato ex-novo per la Regione Abruzzo;
- Le iniziative di formazione sul self-care e ai care giver sulla fragilità assistenziale oggetto di fornitura;

Il Comitato dovrà altresì curare la regolare esecuzione della presente fornitura favorendo il corretto esercizio delle seguenti attività:

- Formative (sul campo);
- Informative (ad es. registro REFA);
- Orientamento dell'utente ai percorsi assistenziali;
- Indirizzo per le attività assistenziali (PDTA) dei pazienti cronici e fragili;
- Standardizzazione delle modalità di formazione sul self-care e la fragilità assistenziale;
- Coordinamento del supporto consulenziale e formativo ai care giver a cura del fornitore;
- Predisposizione di Report e Documentazione Epidemiologica del programma di Tele-salute oggetto di fornitura.

Assistenza Tecnica: L'impianto organizzativo dovrà essere affiancato per tutta la fase di implementazione da operatori tecnici della ditta aggiudicataria che dovranno garantire la presenza presso in sede regionale del Servizio Emergenza Sanitaria e Sanità Digitale ICT (Dipartimento per la Salute e il Welfare della Regione Abruzzo) di un operatore incaricato di coordinare centralmente gli operatori della ditta aggiudicataria presenti in tutte le quattro Asl della Regione, incaricati di supportare il sistema di intervento tecnico specialistico, dei piani di training al personale sanitario e assistenza di primo livello per tutta la durata della fornitura al fine di garantire continuità operativa al sistema.

Presso il Dipartimento per la Salute e il Welfare della Regione Abruzzo viene istituita una cabina di regia composta dal coordinatore centrale della ditta aggiudicataria, dal referente della Asl capofila e dal funzionario tecnico del Servizio Emergenza Sanitaria e Sanità Digitale ICT, da un MMG con compiti di coordinamento dell'intero progetto e di impartire indicazioni operative e gestionali per il corretto e puntuale funzionamento del sistema.

Formazione e Affiancamento: La fornitura dovrà prevedere apposita formazione a tutti gli operatori coinvolti e adeguato affiancamento in un'unica sede o presso le singole ASL per un periodo non inferiore alle 10 ore per ASL per tutto il periodo della fornitura. La formazione dovrà essere erogata sia a tutti gli operatori e professionisti coinvolti e sia, più precisamente, agli OSS individuati dal committente che verranno impiegati per veicolare i dispositivi a domicilio del soggetto e supportarne le fasi di utilizzo e configurazione di base nell'espletamento delle funzioni da essi svolte, quali:

- Supporto all'assunzione di terapie e all'utilizzo degli apparecchi medicali di semplice uso;
- Sostegno ai pazienti con difficoltà di respirazione (es. aspirazione tracheobronchiale in soggetto con tracheostoma dopo specifica formazione sul soggetto oggetto di assistenza, somministrazione inalazioni e ossigeno su prescrizione medica);
- Esecuzione di semplici attività, quali ad esempio, piccole medicazioni e rilevazioni di alcuni semplici parametri (es. pressione arteriosa, polso e temperatura).

Fonte: Capitolato tecnico "Assistenza Domiciliare Tele Assistita, Servizio di Teleassistenza e Tele-salute a supporto del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata", Regione Abruzzo, anno 2019.

ii. Progetti della Regione Marche.

Oggetto: Legge nazionale 662/96, art. 1 comma 34 e 34 bis O NC Approvazione dei progetti della Regione Marche per il perseguimento degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2018, individuati nell'Accordo del 1 agosto 2018 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (CRepo Atti n. 150/CSR)

Progetti:

- 1- Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multi-cronicità.

L'attivazione e l'implementazione degli Ospedali di Comunità rappresenta l'elemento strategico per la creazione di un setting multi-professionale nel quale condividere percorsi flessibili e personalizzati di presa in carico dei pazienti, grazie alla integrazione organizzativa con i medici dell'assistenza primaria e alla messa a disposizione di strumenti di telemedicina che consentono di gestire i processi di cura e interfacciarsi con strumenti elettronici di raccolta della storia medica del soggetto (fascicolo sanitario elettronico). L'attivazione di tale processo ha richiesto, pertanto, la ridefinizione del ruolo del Medico di medicina generale, attraverso la condivisione di protocolli diagnostico-terapeutici per l'assistenza al soggetto cronico.

- 2- La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale-territorio.

Le tecnologie sanitarie sono già ampiamente, anche se non completamente, impiegate in ambito ospedaliero ma meno diffuso è il loro utilizzo in ambito territoriale per la garanzia della continuità delle cure. La diffusione di tali strumenti in setting assistenziali caratterizzati da equipe multi-professionali (medici, infermieri, amministrativi, etc.), talvolta molto distanti logisticamente tra loro, risulta strategica per rendere più efficiente il sistema sanitario e migliorare la qualità assistenziale attraverso l'ottimizzazione delle procedure inerenti la continuità delle cure. Il nuovo scenario della sanità elettronica e dei bisogni emergenti di sistema pongono nuove sfide per la sanità regionale che devono essere affrontate anche attraverso lo sviluppo di progetti di sistema, articolati e integrati nel contesto sanitario ed informativo regionale.

Le nuove risorse tecnologiche per l'assistenza sanitaria e sociosanitaria da implementare nel territorio regionale (es. teleconsulto, tele-salute, teleassistenza, etc.) sono a supporto della riorganizzazione del sistema, sia nei setting assistenziali territoriali (Ospedali di Comunità, RSA, Residenze Protette, Case di Riposo, Case della Salute, Assistenza Domiciliare, Aggregazioni Funzionali Territoriali di MMG, sistema di emergenza, etc.) sia in altri setting caratterizzati da esigenze di prossimità territoriale come quelli della prevenzione o in quelli più prettamente ospedalieri.

Descrizione: Presa in carico di pazienti anziani affetti da Scompenso Cardiaco Cronico (SCC) in assistenza specialistica cardiologica remota con supporto telematico (tele-salute/tele-monitoraggio elettrocardiografico) da parte di centro erogatore specializzato ed un centro Servizi dedicato dotato di call center telefonico attivo h 24.

L'attività viene erogata in diversi punti della rete dell'offerta (Strutture residenziali, farmacie, Ambulatori, Medici di Medicina Generale, domicilio de) soggetto).

Obiettivi:

- Promuovere la digitalizzazione dei percorsi di presa in carico
- Favorire l'impiego della telemedicina per la garanzia di una migliore qualità assistenziale attraverso il monitoraggio delle attività svolte e il supporto alle decisioni cliniche
- Garantire la prossimità dei servizi/equità e l'appropriatezza/stratificazione del rischio
- Ottimizzare l'integrazione percorsi clinici/interdisciplinarietà per la gestione del soggetto anziano fragile
- Supportare la residenzialità e domiciliarità
- Migliorare l'empowerment del soggetto e la qualità della vita
- Monitorare l'appropriatezza prescrittiva e ridurre le liste di attesa
- Ridurre i costi, per il SSR e per la popolazione, e migliorare le performance del SSR.

Fonte: Delibera Giunta Regionale n°213 del 24/09/2018, Regione Marche.

iii. Il Contesto Socio Demografico.

La popolazione residente nella Regione Marche, all'1 gennaio 2017 risulta costituita da 1.538.055 residenti (745.486 maschi, 792.569 femmine) con una tendenza generale al calo delle nascite (11.482 nati per un tasso di natalità pari al 7,1‰) valore più basso degli ultimi 35 anni ed un progressivo invecchiamento della popolazione.

L'età media dei marchigiani corrisponde a 46,1 anni e la percentuale di individui di 65 anni ed oltre è pari al 24,3% del totale della popolazione (22,3% in Italia).

Tali dati demografici testimoniano che siamo di fronte ad una popolazione regionale che continua ad invecchiare: gli ultra settantacinquenni sono pari al 13,2% della popolazione, a fronte dell'11,4% di presenza a livello nazionale.

All'invecchiamento generale della popolazione marchigiana corrisponde un cambiamento epidemiologico complessivo con l'aumento delle malattie neurodegenerative. Ne consegue la necessità di affrontare con sempre maggior forza, il tema dell'invecchiamento della popolazione attiva e la conseguente riorganizzazione della vita lavorativa, come anche l'aumento dell'incidenza delle malattie croniche non trasmissibili a cui contribuiscono l'invecchiamento della popolazione e gli stili di vita non salutari. A ciò corrisponde un aumento dei bisogni di salute e la loro traduzione in domanda di servizi sanitari dedicati ed adeguati.

Gli stranieri residenti all'1 gennaio 2017 sono 136.199 e rappresentano il 9% della popolazione totale; rispetto alla popolazione autoctona si tratta di una popolazione molto più giovane: il 17% degli stranieri residenti ha meno di 15 anni (13,1% cittadini autoctoni) e solo il 5% ha 65 anni e oltre (vs il 24% cittadini autoctoni) con bisogni socio sanitari diversi dalla popolazione marchigiana.

Lo scenario dei prossimi anni evidenzia una popolazione regionale che crescerà a ritmi molto contenuti, e per contro la sua composizione manterrà la tendenza all'invecchiamento con la previsione al 2047 che gli over 65 sfioreranno il 36 % e gli over 75 più del 21%.

Le stime dell'Istituto per la misurazione e la valutazione della salute (IHME) mostrano che in Italia, nel 2015, l'impatto delle malattie (misurato in DALYs Disability adjusted Life year) era dovuto in buona misura a fattori di rischio comportamentali, primi fra tutti i rischi connessi alla dieta (11,2 %), il tabagismo (9,5 %), un elevato indice di massa corporea (6,1 %), il consumo di alcolici (4,2 %) e una scarsa attività fisica (2,5 %) (IHME, 2016).

Nella regione Marche l'indagine condotta con il sistema di sorveglianza Passi, (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), negli anni 2013-2016, ha stimato il numero di persone con stili di vita non salutari. Fumatori circa 16%; eccesso ponderale circa 28 % e obesi 5,5 %; lo stile di vita sedentario in oltre il 16 % dei cittadini.

Su una popolazione residente in Italia di quasi 51 milioni di persone con più di 18 anni di età, si può stimare che oltre 14 milioni di persone convivano con una patologia cronica, e di questi 8,4 milioni siano ultra 65enni.

La combinazione nello stesso soggetto di questi stili di vita aumenta il rischio di patologie. Gli stili di vita non salutari quali fumo, alcool, alimentazione scorretta, sedentarietà svolgono un ruolo importante nella genesi delle malattie croniche non trasmissibili e costituiscono una rilevante causa di mortalità e morbosità nella popolazione, con elevati costi sanitari e sociali.

Risulta fondamentale migliorare la capacità di intervento sugli stili di vita per prevenire e controllare le malattie croniche agendo in particolare sui principali fattori di rischio delle malattie cronicodegenerative di grande rilevanza epidemiologica in una popolazione anziana come quella della regione Marche.

Fonte: Piano Socio Sanitario 2019-2021, Il Cittadino, L'Integrazione, L'Accessibilità e La Sostenibilità, Regione Marche.

iv. Privacy dei Dati Sanitari.

I dati relativi alla salute, sono quelli "attinenti alla salute fisica o mentale di una persona fisica, compresa la prestazione di servizi di assistenza sanitaria, che rivelano informazioni relative al suo stato di salute" (art. 4 GDPR). Sono ricompresi nella più vasta categoria dei dati soggetti a trattamento speciale (art. 9 GDPR), in quanto in grado di rivelare dettagli molto intimi della persona, e per questo vi è una tutela rafforzata, di tali dati.

I soggetti che per legge possono trattare dati sanitari sono:

- Esercenti una professione sanitaria;
- Organismi sanitari pubblici.

Il Regolamento generale per la protezione dei dati personali 2016/679 (General Data Protection Regulation o GDPR) è la principale normativa europea in materia di protezione dei dati personali.

Regolamento: Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale europea il 4 maggio 2016, è entrato in vigore il 24 maggio 2016, ma la sua attuazione è avvenuta a distanza di due anni, quindi a partire dal 25 maggio 2018. È composto da 99 articoli e 173 considerando, laddove questi ultimi hanno solo un valore interpretativo.

Trattandosi di un regolamento, non necessita di recepimento da parte degli Stati dell'Unione ed è attuato allo stesso modo in tutti gli Stati dell'Unione senza margini di libertà nell'adattamento (tranne per le parti per le quali si prevede espressamente delle possibilità di deroga). Il Regolamento nasce con i seguenti obiettivi:

- La definitiva armonizzazione della regolamentazione in materia di protezione dei dati personali all'interno dell'Unione europea, questo perché col Trattato di Lisbona la protezione dei dati personali è diventata diritto fondamentale dei cittadini, e quindi va garantito allo stesso modo in tutto il territorio dell'Unione (pur lasciando margini di manovra ai legislatori nazionali in alcune materie, in particolare quelle che investono in via diretta l'esercizio di pubblici poteri, vedi il decreto di adeguamento 101 del 2018);

- Lo sviluppo del Mercato Unico Digitale (Digital Single Market) europeo, grazie alla maggiore tutela dei dati si alimenta la fiducia dei cittadini nella società digitale e nell'uso dei servizi digitali;
- Rispondere alle nuove sfide derivante dalle nuove tecnologie digitali.

Nuova visione della protezione dei dati: col regolamento europeo si passa da una visione proprietaria del dato, in base alla quale non lo si può trattare senza consenso, ad una visione di controllo del dato, che favorisce la libera circolazione dello stesso rafforzando nel contempo i diritti dell'interessato, il quale deve poter sapere se i suoi dati sono usati e come vengono usati per tutelare lui e l'intera collettività dai rischi insiti nel trattamento dei dati.

Il nuovo regolamento è più esplicito della direttiva 95/46, proclamando la tutela del diritto alla protezione dei dati personali inteso come diritto fondamentale delle persone fisiche.

Art. 1 par. 2 "Il presente regolamento protegge i diritti e le libertà fondamentali delle persone fisiche, in particolare il diritto alla protezione dei dati personali."

In quest'ottica il principio cardine del nuovo regolamento è costituito dall'autodeterminazione informativa, un concetto ben noto in Germania dove la Corte Costituzionale ha dichiarato che è una condizione necessaria per il libero sviluppo della personalità del cittadino e anche un elemento essenziale di una società democratica.

Il regolamento sposta il fulcro della normativa dalla tutela dell'interessato alla responsabilità del titolare e dei responsabili del trattamento (responsabilizzazione, anche se la traduzione italiana non rende l'idea perché accountability vuol dire "dover rendere conto del proprio operato"), che si deve concretizzare nell'adozione di comportamenti proattivi a dimostrazione della concreta (e non meramente formale) adozione del regolamento.

Non è più accettabile un approccio formalistico, del tipo ho il consenso e tratto il dato, visto che il consenso al massimo è una delle basi che legittimano il trattamento, ma rimane sempre la responsabilità del titolare di tutelare l'interessato e l'intera società dai rischi impliciti nel trattamento di dati personali.

In particolare si evidenzia la necessità di attuare misure di tutela e garanzia dei dati trattati, con un approccio del tutto nuovo che demanda ai titolari il compito di decidere in autonomia le modalità e i limiti del trattamento dei dati in base ai principi generali specifici indicati nel Regolamento. Ovviamente il titolare è vincolato a principi specifici fissati dal Regolamento, in particolare i principi di privacy by design e by default.

L'approccio del GDPR, più centrato sulla protezione dei dati invece che sull'utente medesimo, sotto alcuni aspetti si potrebbe anche considerare un passo indietro rispetto alla precedente normativa. Questo perché è un approccio basato sulla valutazione del rischio (risk based), con il quale si determina la misura di responsabilità del titolare o del responsabile del trattamento, tenendo conto della natura, della portata, del contesto e delle finalità del trattamento, nonché della probabilità e della gravità dei rischi per i diritti e le libertà degli utenti. Un approccio risk based, infatti, ha l'evidente vantaggio di pretendere degli obblighi che possono andare oltre la mera conformità alla legge, è sicuramente più flessibile e adattabile al mutare delle esigenze e degli strumenti tecnologici.

Di contro presenta lo svantaggio di delegare all'azienda la valutazione del rischio, rendendo più difficili le contestazioni in caso di violazioni, considera più rischioso il trattamento dei dati di un minore rispetto a quelli di un adulto, come se i diritti di un adulto fossero meno fondamentali di quelli del bambino, e pone maggiore attenzione al trattamento di un grande insieme di dati, laddove è pacifico che anche il trattamento di pochi dati può comportare un danno per i singoli. È, quindi, un approccio che tiene in maggiore considerazione le esigenze delle aziende, rendendo meno burocratica la gestione dei dati, con l'evidente effetto che aziende di minori dimensioni avranno minori obblighi, essendo questi parametrati anche all'organizzazione della stessa.

In sintesi il titolare del trattamento deve:

- Non solo conformare il trattamento dei dati da lui operato in base ai principi di cui al GDPR;
- Ma anche prevedere e valutare il rischio tipico (appunto quello prevedibile) connesso alla sua attività di impresa, e introdurre misure organizzative e di sicurezza per eliminare o ridurre tale rischio.

Le nuove norme prevedono, inoltre:

- Per i cittadini un più facile accesso alle informazioni riguardanti i loro dati e le finalità e modalità di trattamento degli stessi;
- Un diritto alla portabilità dei dati che consentirà di trasferire i dati personali tra i vari servizi online;
- L'istituzionalizzazione del diritto all'oblio (denominato diritto alla cancellazione nel regolamento) come previsto dalla Corte di Giustizia europea, che consentirà di chiedere ed ottenere la rimozione dei dati quando viene meno l'interesse pubblico alla notizia;
- L'obbligo di notifica da parte delle aziende delle gravi violazioni dei dati dei cittadini;
- Le aziende dovranno rispondere alla sola autorità di vigilanza dello Stato nel quale hanno la sede principale;
- Sanzioni amministrative fino al 4% del fatturato globale delle aziende in caso di violazioni delle norme.

Chi è il responsabile del trattamento dei dati personali?

Il responsabile del trattamento (in inglese data processor) nel nuovo regolamento europeo è la persona fisica, giuridica, pubblica amministrazione o ente che elabora i dati personali per conto del titolare del trattamento (art. 4, par. 1, n. 8 GDPR).

Secondo l'EDPB (Linee Guida sul concetto di titolare e responsabile del trattamento, 2020), due sono le condizioni per qualificare un soggetto come responsabile:

- Deve essere un soggetto distinto dal titolare;
- Deve elaborare dati per conto del titolare.

Il ruolo del responsabile va definito in relazione al contesto, e se il servizio fornito non è specificamente finalizzato al trattamento di dati personali o qualora il trattamento non costituisca un elemento chiave del servizio, il fornitore di servizi potrebbe essere un titolare autonomo del trattamento (es. la piattaforma per garantire gli spostamenti sul territorio dei propri dipendenti). Ulteriormente, se il processor combina dati del titolare con dati propri va oltre il mandato e diventa titolare.

Il titolare del trattamento risponde della gestione effettuata dai responsabili, dovendo ricorrere per tale ruolo a soggetti che presentino garanzie sufficienti in termini di conoscenza specialistica, affidabilità e risorse, per mettere in atto le misure tecniche e organizzative che soddisfino i requisiti del Regolamento (Considerando 81 GDPR), e che le sue decisioni siano conformi alle leggi.

Compito specifico del titolare è, infatti, quello di valutare il rischio del trattamento che pone in essere tramite i responsabili. Il titolare deve sempre poter sindacare le decisioni dei responsabili. In tal senso il responsabile deve essere in grado di fornire garanzie al fine di assicurare il pieno rispetto delle disposizioni in materia di trattamento dei dati personali, nonché di garantire la tutela dei diritti dell'interessato.

Il responsabile del trattamento dovrà avere innanzitutto una competenza qualificata (ad esempio, frequentazione di corsi di aggiornamento), e garantire una particolare affidabilità, un requisito fondato su aspetti etici e deontologici (ad esempio, l'assenza di condanne penali). Ovviamente dovrà disporre delle risorse tecniche adeguate per l'attuazione degli obblighi derivanti dal contratto di designazione e dalle norme in materia.

Il nuovo regolamento generale ha un approccio basato sulla valutazione del rischio (risk based), piuttosto che sulla protezione dell'utente.

Il titolare del trattamento che processa dei dati deve conformarsi alle norme in materia. Per primo deve individuare le finalità del suo trattamento di dati personali, poi raccogliere i dati necessari con riferimento a tali finalità, infine, al termine del periodo stabilito per il trattamento dei dati, cancellare i dati trattati. Deve altresì assicurarsi che gli interessati siano informati sui trattamenti da lui operati, e che possano esercitare i diritti previsti dalle norme. Per ultimo deve assicurare la sicurezza dei dati trattati, prendendo tutte le precauzioni necessarie con riferimento alla natura dei dati e al rischio dei trattamenti. Per fare ciò dovrà identificare i rischi correlati ai trattamenti prima di determinare gli strumenti per ridurre il rischio relativo al trattamento dei dati. Per finire dovrà osservare specifici requisiti che si applicano al trattamento dei dati, specialmente quando si tratta di dati a trattamento speciale (ex art. 9), quando i dati sono trasferiti al di fuori dell'Unione europea e così via.

Il Regolamento europeo per la protezione dei dati personali introduce le certificazioni dei trattamenti dei dati, nonché di sigilli e marchi di protezione dei dati, allo scopo di dimostrare la conformità al regolamento dei trattamenti effettuati dai titolari del trattamento e dai responsabili del trattamento.

Gli articoli 42 e 43 del regolamento europeo si occupano di disciplinare la materia.

L'adozione di processi di trattamento dei dati certificati non riduce le responsabilità di titolare e responsabile del trattamento, in quanto l'autorità di controllo può comunque contestare eventuali non conformità al regolamento anche in loro presenza.

Però si rivelano degli strumenti utili per dimostrare l'impegno concreto, valutato da un ente terzo, nel conformarsi al regolamento europeo, e nell'adottare delle misure di sicurezza efficaci. Insomma sono uno strumento di accountability. In tal senso possono servire a mitigare una sanzione in caso di eventuale contestazione da parte dell'autorità competente.

Le certificazioni, inoltre, appaiono un modo per superare problematiche pratiche nell'attuazione della regolamentazione a tutela dei dati personali, non incontrando i limiti delle regole giuridiche ed essendo identiche per tutti gli Stati.

Ovviamente la certificazione non è obbligatoria. È rilasciata al titolare del trattamento per un periodo massimo di tre anni, può essere rinnovata purché permangano i requisiti previsti, in caso contrario può essere revocata.

I punti essenziali che dovranno presumibilmente prevedere le certificazioni sono:

- Valutazione del rischio;
- Conformità alle norme di riferimento;
- Notifica delle violazioni (data breach) entro le 72 ore;
- Gestione delle risorse dell'azienda, con classificazione dei dati e responsabilità collegate;
- Privacy by design.

La certificazione può essere rilasciata direttamente dal Garante oppure, in alternativa, da organismi di certificazione che si siano preventivamente accreditati presso il Garante o presso l'organismo nazionale di accreditamento.

Per l'Italia l'organismo nazionale di accreditamento è Accredia, ente unico nazionale designato dal governo in base al regolamento UE 765/08).

Per accreditarsi gli organismi dovranno dimostrare di possedere determinati requisiti, in particolare di essere soggetti indipendenti, non in conflitto di interessi, competenti in materia, e che abbiano formalizzato specifiche procedure per il rilascio, il riesame e il ritiro delle certificazioni.

Gli organismi di certificazione accreditati sono responsabili delle valutazioni che compiono e delle certificazioni rilasciate, salvo specifiche responsabilità dei titolari del trattamento.

Attualmente mancano le linee guida dell'autorità di controllo (Garante) sui criteri che dovrà seguire Accredia per individuare i certificatori, per cui le certificazioni non possono definirsi conformi alle norme del GDPR.

Fonti:

D.Lgs. 101/2018 Unione Europea, Gazzetta Ufficiale, 11/10/2021.

Regolamento generale per la protezione dei dati personali 2016/679, Gazzetta Ufficiale, 11/10/2021.

Avv. Bruno Saetta, Articoli “Gestione del rischio nel contesto della privacy”, “Responsabile del trattamento”, “Regolamento generale per la protezione dei dati”, Protezione Dati Personali, 11/10/2021.

v. Il Consenso Informato

Il consenso è una delle basi giuridiche del trattamento, nell'ambito del regolamento generale per la protezione dei dati personali.

E' importante tenere presente che il consenso è solo una delle sei basi giuridiche previste dal GDPR, ed è specifico dovere del titolare del trattamento valutare quale tra esse è la base giuridica più idonea per il trattamento che intende porre in essere. Chiedere il consenso dovrebbe essere ritenuta una richiesta insolita, spesso indica che il titolare vuole sottoporre i dati personali dell'interessato ad un trattamento che l'interessato potrebbe non gradire oppure non essere in grado di aspettarsi ragionevolmente.

Il consenso era centrale con la vecchia normativa che instaurava una relazione tra titolare ed interessato, per cui c'era una visione proprietaria del dato, e occorreva il consenso per poterlo trattare. Oggi non è più così, considerato che un cittadino è costantemente soggetto a numerosi trattamenti per cui la tutela della circolazione del dato è essenziale come la tutela dello stesso dato.

Anche perché a seconda della base giuridica variano i diritti dell'interessato.

Definizione: Il consenso, in base al nuovo Regolamento Generale (art. 4 GDPR), è qualsiasi manifestazione di volontà libera, specifica, informata e inequivocabile dell'interessato, con la quale lo stesso esprime il proprio assenso, mediante dichiarazione o azione positiva inequivocabile, al trattamento dei dati personali che lo riguardano. Il presupposto indefettibile è che il soggetto che conferisce il consenso abbia la capacità giuridica per farlo.

Inoltre, in base al Considerando 32: *"il consenso dovrebbe essere espresso mediante un atto positivo inequivocabile con il quale l'interessato manifesta l'intenzione libera, specifica, informata e inequivocabile di accettare il trattamento dei dati personali che lo riguardano, ad esempio mediante dichiarazione scritta, anche attraverso mezzi elettronici, o orale. Ciò potrebbe comprendere la selezione di un'apposita casella in un sito web, la scelta di impostazioni tecniche per servizi della società dell'informazione o qualsiasi altra dichiarazione o qualsiasi altro comportamento che indichi chiaramente in tale contesto che l'interessato accetta il trattamento proposto.*

Non dovrebbe pertanto configurare consenso il silenzio, l'inattività o la preselezione di caselle. Il consenso dovrebbe applicarsi a tutte le attività di trattamento svolte per la stessa o le stesse finalità. Qualora il trattamento abbia più finalità, il consenso dovrebbe essere prestato per tutte queste. Se il consenso dell'interessato è richiesto attraverso mezzi elettronici, la richiesta deve essere chiara, concisa e non interferire immotivatamente con il servizio per il quale il consenso è espresso".

Caratteristiche: Il consenso può costituire la base legittima appropriata solo se all'interessato vengono offerti il controllo e l'effettiva possibilità di scegliere se accettare i termini proposti o rifiutarli senza subire pregiudizio. Per cui il titolare che decide di basare il trattamento sul consenso deve assicurarsi che esso presenti le seguenti caratteristiche:

- Inequivocabile;
- Libero;
- Specifico;
- Informato;
- Verificabile;
- Revocabile.

Il consenso deve essere informato, occorre cioè che l'interessato sia posto in condizioni di conoscere quali dati sono trattati, con che modalità e finalità e i diritti che gli sono attribuiti dalla legge, cioè deve essere rispettato il principio di trasparenza. Inoltre l'interessato deve essere opportunamente informato sulle conseguenze del suo consenso.

L'informazione si ha attraverso l'apposita informativa, che in questo caso diventa una vera e propria condizione di legittimità del trattamento. Il regolamento europeo si concreta, più che sui requisiti formali del consenso, sulla necessità della validità sostanziale del consenso, per cui l'aspetto informativo è essenziale, richiedendo un linguaggio semplice e comprensibile, anche eventualmente colloquiale.

Fonte: Avv. Bruno Saetta, "Consenso al trattamento", Protezione Dati Personali, 11/10/2021.

b. L'INFERMIERISTICA NELLA TELEMEDICINA

i. Il Processo di Nursing.

L'infermiere è il professionista sanitario responsabile della pianificazione e gestione del processo assistenziale, chiamato assistenza infermieristica, che comprende l'attività terapeutica, palliativa, riabilitativa, educativa e preventiva rivolta all'individuo, alla comunità o alla popolazione, svolta su individui malati o sani, al fine di recuperare uno stato di salute adeguato e/o di prevenire l'insorgenza di problemi di salute.

L'Infermiere di telemedicina è una figura che lega la vecchia e la nuova concezione dell'assistenza. Il nuovo modo di fare medicina prevede la trasmissione di informazioni, che possono essere voce, immagine, numero, dato scritto, strumento mosso a distanza, il tutto applicabile trasversalmente ai più disparati settori della medicina; un cambiamento del modo in cui siamo abituati a considerare la sanità, che nasce fondamentalmente da un'esigenza evolutiva sia della stessa che dell'assistito che garantisce a quest'ultimo maggiore velocità, ma non per questo minore qualità, nella risposta assistenziale.

Le nuove tecnologie permettono di abbattere tempi e distanze e la sanità può trarne enorme vantaggio; tuttavia è cosa nota che un cambiamento, per essere digerito e accettato, impieghi molto tempo per essere assunto a normalità, specie se va a modificare un apparato ampiamente consolidato quale quello in questione.

Il cambiamento non può però essere arrestato o fermato per sempre, neanche in medicina, che dunque è e sarà sempre più nei prossimi anni la protagonista assoluta di un'innovazione tecnologica, quindi assistenziale, volto all'ottenimento di un beneficio per tutta la popolazione.

Al giorno d'oggi, le persone sono molto più abili nell'utilizzare la tecnologia e molto più coinvolte rispetto al passato riguardo la loro salute; si informano autonomamente (generalmente su internet) ancor prima di consultare uno specialista, oppure utilizzano tutta una serie di applicazioni per smartphone e dispositivi indossabili che li aiutino in tale pratica.

La telemedicina implica sempre e comunque l'erogazione di una prestazione sanitaria, la quale seppur fornita tramite modalità innovative, resta sempre un atto medico/infermieristico e come tale deve essere considerato dal punto di vista professionale, etico e legale.

Con l'aiuto di un cellulare, di un PC o di un tablet le persone, senza spostarsi da casa, possono tenere sotto controllo i propri parametri vitali, ricevere notifiche su esami svolti o da svolgere, su terapie da eseguire, partecipare a gruppi di supporto online e, in caso di necessità, stabilire una comunicazione con il proprio medico o il proprio infermiere di riferimento.

Ci sono degli aspetti per cui nelle nostre regioni ancora non si sono diffusi questi servizi, tra cui troviamo una forte diffidenza delle persone all'utilizzo delle tecnologie, sia da parte della figura professionale medica che teme di perdere così l'autorità del proprio ruolo, anche per quanto riguarda l'ambito legale dell'atto assistenziale.

L'associazione immediata quando si parla di tale argomento è quella con il medico, non sapendo che la telemedicina non è soltanto atto medico e di conseguenza i medici non ne sono attori unici; al contrario, sempre maggiore importanza sta assumendo la parte infermieristica e con essa i suoi professionisti.

Infatti, se fino ad ora si è parlato di Telemedicina nel senso più ampio del termine, non bisogna dimenticare né sottovalutare quanto diventi uno strumento di fondamentale importanza e di quanti vantaggi possa comportare se inserito in ambito infermieristico.

L'evoluzione della domanda di salute, in tutte le sue sfaccettature, pone l'accento sulla necessità di rispondere in modo diverso, in un modo che sia centrato sull'assistito e assicuri appropriatezza, efficacia e tempestività, in un modo che tenga conto della notevole evoluzione tecnologica ormai in atto.

In un simile panorama, gli infermieri, come e più di altri professionisti, sono chiamati ad abbracciare quest'ottica di cambiamento, passando da un modello di assistenza tradizionale ad uno più avanzato, che vada di pari passo con l'evoluzione dei tempi.

Il tele-nursing, termine inglese per indicare la “tele infermieristica”, sta rapidamente prendendo terreno in diversi sistemi sanitari, oltre oceano così come negli altri paesi europei e molti infermieri si trovano già quotidianamente a fornire assistenza a distanza ai propri pazienti. Monitoraggio remoto, tele triage, consultazione ed educazione a distanza sono alcune delle possibilità che offre il tele nursing e per molti costituiscono già una realtà consolidata, applicabile ad ogni ambito infermieristico. Basti immaginare di avere un infermiere sempre a disposizione, come averlo in casa, pronto a rispondere con la sua competenza e professionalità ad una qualsiasi necessità, anche minima, anche se la stessa non giustifica un eventuale “viaggio in ospedale”, fungendo così da intermediario tra pazienti, medici e altri operatori, tra un’assistenza fornita anche a distanza e a casa dell’assistito e un’assistenza che vede ancora l’ospedale come punto focale di cura. Non solo, all’infermiere che se ne occupa, la Telemedicina offre anche notevoli opportunità di leadership, garantendo la possibilità di elaborare, supervisionare e condurre programmi di cura, supervisionare altri infermieri e fungere da punto di raccordo tra i diversi professionisti del settore sanitario.

Si tratta oggi di muovere le prestazioni, anziché muovere i pazienti e in Italia ci stiamo muovendo ancora lentamente, ma inesorabilmente verso questa direzione che promette di rendere gli infermieri sempre più presenti sulla scena, ampliando il loro coinvolgimento nel processo assistenziale, all’interno del quale svolgono indubbiamente un ruolo di rilievo. Gli infermieri sono tra i professionisti dell’ambito sanitario ad essere forse tra i più favorevoli al cambiamento, all’innovazione e al mettersi in gioco, probabilmente per l’essenza stessa che caratterizza la propria natura professionale, in continua evoluzione dalla nascita. Non sempre però l’importanza che il binomio infermieri-nuove tecnologie svolge nella cura al soggetto è di immediata comprensione in un panorama dove ciò costituisce una novità assoluta, quasi come se provenisse da un’altra galassia.

Gli infermieri che si occupano di Telemedicina uniscono la propria esperienza e competenza clinica con le conoscenze tecnologiche, creando un nuovo modo di fare assistenza, così che pur non potendo fisicamente recarsi al letto del soggetto, possano comunque valutarne lo stato di salute, interpretarne i parametri e fornirgli l’assistenza di qualità che merita.

Dal contesto ospedaliero, dove possono monitorare le condizioni cliniche dei pazienti in tempo reale, al momento della dimissione, in cui i pazienti si trovano letteralmente bombardati da una quantità di informazioni che molte volte non sono pronti a gestire; gli infermieri, avvalendosi del tele-nursing, vanno così a riempire quel gap assistenziale, garantendo il raggiungimento degli outcome di salute e prevenendo riammissioni improprie in ospedale.

In breve, gli infermieri fanno a distanza quel che hanno sempre fatto in presenza, ossia assistenza; concetto fondamentale del paradigma del nursing, ha sempre avuto il suo perno nella relazione con l'assistito, che al contrario di quanto si potrebbe essere portati a credere, non viene certo meno con la tele-assistenza; semplicemente si reinventa e si configura come una comunicazione continua in quello che è ormai un rapporto uomo-macchina, ma che permette all'assistito di rimanere nel suo ambiente di vita.

Infermiere e assistito, quando instaurano un rapporto, si incontrano in uno spazio pieno di valenze simboliche, ma non è assolutamente necessario un rapporto "face to face" affinché la relazione abbia non solo luogo, ma si svolga nel modo corretto e sia effettivamente terapeutica. L'assistito è comunque collocato in una posizione privilegiata, al centro di quel rapporto che deve sempre basarsi sulla fiducia reciproca; l'infermiere, ottemperando al patto infermiere-cittadino e ai principi del Codice Deontologico, da parte sua assicura competenza, garantisce confidenzialità delle informazioni e agisce sempre e comunque nell'interesse dell'assistito. Dalla riuscita di questa collaborazione, dal raggiungimento degli outcome, si avrà anche una misura di quanto l'infermiere sia stato abile nell'instaurare una relazione, anche a distanza e di quanto l'assistito sia soddisfatto e ne abbia quindi seguito le indicazioni.

Il tele nursing appare oggi come una sorta di zona di frontiera dell'Infermieristica, una zona ancora poco esplorata e con un potenziale ancora tutto da scoprire, così come è tutto da scoprire il ruolo di coloro che insieme e per l'assistito sono i protagonisti di questo processo, gli infermieri.

Fonti: Trattato di cure infermieristiche di A. Brugnolli e Luisa Saiani, seconda edizione.

Ilaria Campagna, Infermiera, "L'Infermiere di Telemedicina: chi è e di cosa si occupa", Nurse24, 8/06/2021.

ii. Applicazioni del Tele-Nursing.

1. Monitoraggio del diabete.

Prevenzione e continuità assistenziale sono due pilastri nella lotta al diabete, una patologia che colpisce una persona su 10 nel mondo. In occasione della Giornata Mondiale del Diabete 2020, l'International Diabetes Federation ha posto l'accento sul ruolo indispensabile dell'infermiere e sulle nuove opportunità offerte dalla telemedicina.

La centralità del ruolo dell'infermiere:

“Il primo compito del team diabetologico è quello di stare vicino alle persone con diabete. Gli infermieri offrono un supporto essenziale e insostituibile, perché rappresentano l'avamposto di prossimità del team diabetologico rispetto ai bisogni dei pazienti, e con questa loro vicinanza riescono spesso a decifrare e risolvere, in modo estremamente pratico, le difficoltà, i problemi e i dubbi che le persone con diabete incontrano ogni giorno.” Paolo Di Bartolo, Presidente dell'Associazione Medici Diabetologi.

“L'infermiere è da sempre una figura centrale nella gestione delle persone con diabete, ma bisogna pure ammettere che non sempre questa centralità è stata riconosciuta e rammentata. L'emergenza Covid-19 si è fatta carico di ammonirci in modo inequivocabile, e oggi l'infermiere merita di essere celebrato, in occasione della Giornata Mondiale, anche per i compiti che sta svolgendo a pandemia in corso. Tutte le strategie di assistenza da remoto hanno sancito la crescita della quantità e della qualità delle mansioni affidate agli infermieri, e questa evoluzione professionale non può essere considerata una parentesi – aperta e chiusa dalla pandemia – ma la tappa di un percorso. Percorso del quale devono prendere coscienza anche le persone con diabete, che avranno sempre di più, nell'infermiere, una figura di riferimento per la gestione quotidiana della malattia”. Graziano Di Cianni, Vice Presidente dell'Associazione Medici Diabetologi.

Le opportunità offerte dalla Telemedicina: L'emergenza sanitaria legata al Covid-19 ha portato in primo piano la telemedicina anche per i pazienti diabetici.

In un documento siglato dalle società diabetologiche (SID, AMD e SIE) in cui si riconosce la possibilità di utilizzare la visita e il monitoraggio a distanza per il controllo a domicilio dei pazienti, con alcune eccezioni (prime visite, riacutizzazioni di patologie croniche, alterazione dei parametri vitali tali da imporre il ricovero immediato). Le tre società scientifiche hanno fatto una ricognizione approfondita di tutti i sistemi di telemedicina disponibili sul mercato per valutare le funzionalità e applicazioni cliniche dei sistemi disponibili, individuando tre tipologie principali: sistemi di trasmissione dei valori glicemici a distanza; sistemi integrati con Tele-health center automatici e con personale sanitario; sistemi di trasmissione di dati clinici ed amministrativi da e verso la persona con diabete.

Fonte: Alessandro Visca, “Diabete, telemedicina e infermieri per garantire la continuità assistenziale”, Medico e Paziente, 12/10/2021

2. Monitoraggio di persone con stomia.

La stomia è il risultato di un intervento con il quale si crea un’apertura sulla parete addominale per poter mettere in comunicazione un viscere (apparato intestinale o urinario) con l’esterno. Gli aspetti psicologici che questi pazienti devono affrontare sono soprattutto legati al cambiamento del proprio corpo. La telemedicina per assistere a distanza i pazienti stomizzati, riducendo al minimo la presenza nei reparti ospedalieri. Parte da qui il progetto di “tele-nursing” dell’Asst Nord Milano, che punta a estendere l’uso delle tecnologie anche ad altre tipologie di pazienti. Il servizio si basa su interventi infermieristici svolti al telefono o con sistemi di videochiamata per assistere i pazienti e fornire loro tutte le nozioni per un piano di cura realizzabile a casa. L’obiettivo del tele-nursing è assistere il soggetto stomizzato a distanza, ovunque si trovi, riducendo al minimo indispensabile le visite in ospedale che in questo momento possono essere più difficoltose. Il servizio viene garantito a tutti i pazienti del Centro stomizzati dell’ospedale Bassini. *“Il tele-nursing ci consente di seguire i pazienti senza esporli a rischi per spostamenti non necessari ed evita accessi nei pronto soccorso e negli ambulatori di Medicina generale, riducendo stress fisico e mentale”*. Rino Corraello, coordinatore infermieristico.

Fonte: Rosario Palazzolo, “L’assistenza infermieristica è a distanza: Meno stress per i pazienti”, Il Giorno, Milano, 12/10/2021

3. La Tele-Cardiologia.

Rappresenta un ambito molto importante per la telemedicina, in quanto risponde prontamente alle situazioni di emergenza del territorio e permette il monitoraggio degli assistiti con patologie cardiache croniche, come lo scompenso, che possono degenerare e costituire un pericolo vita in breve tempo. L'infermiere ha nello specifico delle competenze avanzate in questo campo, oltre ad essere responsabili della corretta esecuzione dell'elettrocardiogramma, ovvero un tracciato grafico preciso, in grado di definire lo stato di salute dell'assistito.

La definizione di tele-cardiologia è riportata da una base di un sistema digitale con apparato di trasmissione e gestione dei tracciati, tra alcuni esempi di dispositivi troviamo un elettrocardiografo numerico con software interpretativo, capace di memorizzare i tracciati e spedirli tramite apparati radiotelefonici. Consideriamo anche il pacchetto software che consente la ricezione e trasmissione dei tracciati e li rende archiviabili e accessibili nell'immediato, questo consente una valutazione nel tempo per notare le differenze utili allo studio diagnostico del caso.

Il principale campo di utilizzo della tele-cardiologia è quello delle emergenze territoriali, nelle quali la tempestività risulta cruciale per l'intervento dello specialista e l'elaborazione di una terapia adeguata; considerando che non tutte le strutture sanitarie possono avvalersi di un'assistenza cardiologica ad hoc in loco H24, oltre al fatto che ci sono particolari situazioni di difficoltà sulla presenza sporadica di personale specialistico con conseguente ritardo nell'intervento terapeutico, come comunità isolate, guardie mediche, case di cura private ecc. Il servizio di tele-cardiologia ha un Centro di riferimento dove è situata una postazione ricevente in cui è presente un Medico Cardiologo H24 per rispondere a tutte le richieste di consulenza, dall'altra parte vi è l'unità periferica, dotata di apparecchio trasmittente che garantisce l'assistenza sul territorio. Oltre alle situazioni di emergenza è possibile effettuare un controllo costante delle categorie a rischio, oltre a interventi adeguati di prevenzione rivolta a quei soggetti che risultano asintomatici o che non sono a conoscenza della propria patologia cardiologica.

Fonte: Telemedicina, Approccio multidisciplinare alla gestione dei dati sanitari, Editore SpringerBiomed.

iii. Accertamento Infermieristico.

L'accertamento infermieristico consiste in una raccolta sistematica di dati volti a verificare lo stato di salute dell'assistito e identificare i suoi problemi reali o potenziali. Questo momento assistenziale rappresenta una componente molto importante del processo di nursing, ovvero un modello circolare di valutazione-azione-valutazione che si basa sulla metodologia scientifica del problem-solving.

L'accertamento infermieristico è la prima fase del processo di nursing. Al fine di identificare e risolvere o prevenire i problemi del soggetto l'infermiere, secondo il processo di nursing, è chiamato a svolgere una sequenza logica di cinque fasi:

- Accertamento infermieristico
- Formulazione delle Diagnosi Infermieristiche
- Pianificazione degli interventi
- Attuazione degli interventi
- Valutazione degli esiti

Questa sequenza di azioni è definita dalla letteratura come un processo continuo e dinamico, in quanto tende a non interrompersi mai per tutta la durata dell'assistenza al soggetto.

In tutte le fasi del processo l'infermiere è chiamato ad utilizzare il pensiero critico, ovvero a tenere un approccio attivo ed organizzato per esaminare il quadro complessivo ed esplorare varie possibilità nell'identificare il problema, nel prendere decisioni sulle condizioni di salute del soggetto, nello scegliere gli interventi più appropriati e nel valutare criticamente i risultati dell'assistenza sulla base delle sue conoscenze (es. fisiologia, biologia, scienze sociali, infermieristiche, etc.), dell'esperienza, della curiosità e dell'intuito.

Come si evince dalla sequenza temporale, il processo di nursing ha origine dall'accertamento in quanto per elaborare delle ipotesi di intervento è necessario innanzitutto individuare il problema da gestire o prevenire.

Gli obiettivi perseguiti dall'accertamento infermieristico sono i seguenti:

- Raccogliere le informazioni di base sul soggetto
- Determinare le normali funzioni del soggetto
- Determinare il rischio di sviluppare disfunzioni del soggetto
- Determinare la presenza o l'assenza di disfunzioni
- Determinare le risorse del soggetto
- Fornire dati per la fase diagnostica.
- Le tipologie dell'accertamento infermieristico

In base al momento in cui viene effettuato, l'accertamento può essere distinto in quattro tipologie:

- Accertamento iniziale o globale: consente di avere un quadro generale delle condizioni di salute del soggetto al momento della presa in carico. Solitamente si esegue al primo contatto con la persona.
- Accertamento mirato: parte integrante delle quotidiane cure infermieristiche, questa metodologia di accertamento si concentra su un aspetto specifico per definire e valutare l'insorgenza e/o l'evoluzione di un problema (ad esempio la valutazione delle caratteristiche e dimensioni di una lesione da pressione).
- Accertamento d'urgenza o emergenza: viene eseguito durante l'insorgenza di una crisi fisica o psichica di un soggetto per evidenziare i problemi che possono minacciarne la vita.
- Accertamento di follow up o di rivalutazione: si attua per rivalutare un particolare aspetto o problema del soggetto (ad esempio la capacità motoria di un soggetto colpito da ictus) dopo un periodo di tempo e consiste nel confrontare le condizioni attuali con quelle basali accertate ad esempio all'ingresso in reparto o alla dimissione dallo stesso se seguito a domicilio.

Per raccogliere, organizzare ed elaborare questi elementi l'attività di accertamento si suddivide in tre componenti temporali: dapprima l'infermiere raccoglie i dati, successivamente li valida e infine li organizza e registra.

iv. Diagnosi Infermieristiche.

“La diagnosi infermieristica è un giudizio sulle risposte date dall’individuo, dalla famiglia o dalla comunità, ai problemi di salute e ai processi vitali, reali o potenziali. La diagnosi infermieristica fornisce le basi per effettuare una scelta degli interventi assistenziali infermieristici, che porteranno al conseguimento degli obiettivi dei quali è responsabile l’infermiere”

Tale definizione di diagnosi venne data dalla NANDA (North American Nursing Diagnosis Association, di cui la prima presidentessa fu la Gordon), nel marzo del 1990, nel corso della sua nona conferenza.

La prima infermiera a parlare di diagnosi infermieristica fu Virginia Fry, nel 1953, tramite un articolo apparso su una rivista specializzata.

Il concetto che l’infermiere potesse formulare diagnosi tardò ad affermarsi, in quanto si riteneva che “la diagnosi” fosse una prerogativa unicamente medica. Il momento di formulazione della diagnosi, rappresenta la 2° fase del processo di nursing. Il ragionamento diagnostico prevede:

- Interpretazione dei dati (raccolti con l’accertamento) e collegamento tra essi;
- Formulazione e verifica delle ipotesi;
- Definizione del problema e della diagnosi infermieristica.

Al momento della formulazione della diagnosi, è fondamentale stabilire una scala delle priorità, in relazione ai problemi reali e/o potenziali che il professionista infermiere riscontri.

Ogni problema rilevato deve essere annotato riportando la data stessa della rilevazione (dunque sia al momento del ricovero, sia eventuali problemi che insorgono durante il periodo di degenza).

Le diagnosi infermieristiche possono essere formulate secondo due diversi metodi, il metodo NANDA ed il metodo PES.

La formulazione di diagnosi con metodo NANDA, prevede:

- Titolo (che enuncia il tipo di problema);
- Definizione (non presente obbligatoriamente, va a semplificare e spiegare il concetto espresso nel titolo);
- Caratteristiche definenti (segni e sintomi del problema, come questo si manifesta e ciò che il soggetto accusa);
- Fattori correlati (cause contribuenti al problema, cause che possono essere di natura fisiopatologica, correlate a trattamenti, situazioni e fasi maturative).

La diagnosi infermieristica non è univoca, ma possiamo avere diverse tipologie in relazione al problema della persona. Per cui abbiamo le diagnosi:

- Reali rappresentano una condizione convalidata clinicamente;
- Di rischio si riferiscono a problemi cui una persona, una famiglia o una comunità potrebbero essere suscettibili o vulnerabili;
- Possibili si formula nel momento in cui non è confermata da dati validati clinicamente, ma potrebbe, appunto, possibilmente presentarsi;
- Di benessere possono essere poste nel momento in cui il soggetto gode di buona salute ed esprime il desiderio di portare il proprio benessere ad un livello superiore (ciò si attua, dunque, mediante interventi di educazione sanitaria e promozione della salute);
- A sindrome, invece, si formulano nel momento in cui il soggetto presenta un insieme di problemi concomitanti, quindi nel momento in cui diverse D.I. Si verificano insieme, ed è necessario agire mediante interventi simili.

Le diagnosi a sindrome o di benessere presentano solo una parte, cioè il titolo diagnostico, in quanto gli altri elementi non sono reperibili. Le diagnosi possibili o di rischio presentano due parti, cioè il titolo diagnostico e gli eventuali fattori di rischio che contribuiscono a modificare lo stato di salute. Infine, le diagnosi reali, contengono tutte e tre le parti dell'enunciazione diagnostica. Valutati gli obiettivi da raggiungere, questi vengono distinti in obiettivi a breve termine, il cui raggiungimento è atteso come evento fondamentale, ed obiettivi a lungo termine, il cui raggiungimento è atteso nell'arco di settimane o mesi.

Di seguito vengono riportate le diagnosi infermieristiche più rilevanti che il professionista è in grado di stabilire al proprio assistito seguito a distanza dai servizi di telemedicina.

AUTOGESTIONE DELLA SALUTE INEFFICACE.

Definizione: Gestione non soddisfacente dei sintomi, del regime terapeutico, delle conseguenze fisiche, psicosociali e spirituali e dei cambiamenti nello stile di vita relativi al vivere con una malattia cronica.

Caratteristiche definenti:

- Presenta complicanze della malattia;
- Esprime insoddisfazione per la qualità della vita;
- Mancata partecipazione alle visite di controllo programmate con il professionista della salute;
- Incapacità di includere il piano terapeutico nella vita quotidiana;
- Scelte di vita inefficaci per soddisfare l'obiettivo relativo alla salute.

In base a queste caratteristiche possiamo definire la persona con difficoltà di accesso alle risorse della comunità, difficoltà nel gestire il suo piano terapeutico, scarso orientamento nel sistema sanitario, scarsa autoefficacia, sostegno sociale inadeguato, sintomi depressivi, capacità limitata di realizzare alcuni aspetti del piano terapeutico, conoscenza inadeguata del piano terapeutico, sentimenti negativi verso il piano terapeutico, percepita diminuzione della qualità della vita.

DISPONIBILITÀ A MIGLIORARE IL BENESSERE.

Definizione: Modello di confort, sollievo e trascendenza che interessa le dimensioni fisica, psicologica, spirituale, ambientale e/o sociale, che può essere rafforzato.

Caratteristiche definenti:

- Esprime il desiderio di migliorare il proprio benessere, il rilassamento, la risoluzione dell'insoddisfazione;
- Esprime il desiderio di aumentare il senso di appagamento.

ISOLAMENTO SOCIALE.

Definizione: Condizione in cui la persona non ha la percezione di riuscire a instaurare relazioni interpersonali positive, durature e significative.

Caratteristiche definenti:

- Esprime solitudine;
- Esprime insoddisfazione verso le altre persone, per i contatti sociali, per il sostegno sociale;
- Preoccupazione per i propri pensieri;
- Sensazione di non avere uno scopo;
- Riferisce di sentirsi diverso dagli altri;
- Riferisce sentimenti di insicurezza in pubblico;

Questa persona può manifestare disfunzione cognitiva, difficoltà a instaurare relazioni interpersonali reciproche soddisfacenti, difficoltà a svolgere le attività di vita quotidiana, difficoltà a condividere le aspettative di vita personali, compromissione della mobilità, sistema di sostegno psicosociale inadeguato, capacità sociali inadeguate, scarsa autostima, manifestazioni neuro-comportamentali.

DISPONIBILITÀ A MIGLIORARE IL COPING.

Definizione: Modello di valutazione efficace dei fattori di stress mediante sforzi cognitivi e/o comportamentali per gestire le richieste relative al benessere, che può essere rafforzato.

Caratteristiche definenti:

- Esprime il desiderio di migliorare la conoscenza di nuove strategie per migliorare lo stress;
- Esprime il desiderio di migliorare la gestione dei fattori di stress;
- Esprime il desiderio di migliorare il sostegno sociale;
- Esprime il desiderio di aumentare l'utilizzo di strategie orientate alle emozioni, al problema.

ANSIA.

Definizione: Risposta emotiva a una minaccia diffusa con cui la persona anticipa un pericolo, una catastrofe o una disgrazia imminenti non specifici.

Caratteristiche definenti:

- Comportamentali/emozionali: pianto, diminuzione della produttività, esprime angoscia, esprime ansia per i cambiamenti della vita, esprime sofferenza, insicurezza, timore intenso, sentirsi indifesi, ipervigilanza, insonnia, nervosismo.
- Fisiologiche: alterazione del modello della respirazione, anoressia, riflessi vivaci, oppressione toracica, estremità fredde, diarrea, secchezza fauci, dolore addominale, sensazione di svenimento, debolezza muscolare, arrossamento del viso, aumento frequenza cardiaca, sudorazione aumentata, nausea, midriasi, tremori, pollachiuria, urgenza a urinare.

BENESSERE COMPROMESSO.

Definizione: percepita mancanza di confort, sollievo, e trascendenza nelle dimensioni fisica, psicologica, spirituale, ambientale, culturale e/o sociale.

Caratteristiche definenti:

- Ansia;
- Pianto;
- Esprime insoddisfazione per la situazione;
- Umore irritabile;
- Agitazione psicomotoria;
- Riferisce alterazione del ciclo Sonno-Veglia.

L'assistito può presentare un controllo ambientale inadeguato, risorse per la salute inadeguate, controllo inadeguato della situazione, privacy insufficiente, stimoli ambientali spiacevoli, condizioni associate alla malattia e al piano terapeutico.

RISCHIO DI SOLITUDINE.

Definizione: Suscettibilità a provare disagio associato al desiderio o al bisogno di maggiori interazioni con gli altri, che può compromettere la salute.

Fattori di Rischio:

- Deprivazione affettiva, emozionale;
- Isolamento fisico, sociale.

L'assistito seguito a distanza può avere già una diagnosi di solitudine, una volta preso in carico dal professionista si adottano tutte le misure necessarie a far fronte a questa problematica, partendo sempre dalla prevenzione.

DISPONIBILITÀ A MIGLIORARE LA CONOSCENZA.

Definizione: Modello di informazioni cognitive relative a un argomento specifico, o alla sua acquisizione, che può essere rafforzato.

Caratteristica definente: esprime il desiderio di migliorare l'apprendimento.

Questa caratteristica è molto importante per implementare le nuove tecnologie e adattare alla vita quotidiana dell'assistito, i nuovi dispositivi possono suscitare interesse al fine terapeutico, in modo da migliorare nettamente la gestione di esso e far sentire la persona più autonoma e sicura di sé.

DISPONIBILITÀ A MIGLIORARE LA COMUNICAZIONE.

Definizione: modello di scambio di informazioni e di idee con altre persone che può essere rafforzato.

Caratteristica definente: esprime il desiderio di migliorare la comunicazione.

La comunicazione è fondamentale nei servizi di telemedicina, la persona assistita deve poter esprimere i suoi bisogni e i suoi pensieri tramite i vari canali utilizzati, come spesso può trattarsi di una video-chiamata, d'altra parte l'operatore sanitario ha il compito di fare formazione alla gestione dello strumento e si impegna a far sentire la persona a suo agio.

Fonti: NANDA, Diagnosi infermieristiche: Definizioni e classificazioni 2021-2023

Diagnosi infermieristiche con NOC e NIC, di Judith M. Wilkinson.

c. La Telemedicina durante la pandemia globale da Covid-19

L'Istituto superiore di sanità ha pubblicato sul suo sito istituzionale il 12° rapporto del 2020 dedicato all'emergenza Covid-19. Il rapporto, dal titolo "Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19", affronta il tema dei servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria offrendo indicazioni, individuando problematiche operative e proponendo soluzioni utili sostenute dalle evidenze scientifiche, ma anche impiegabili in modo semplice nella pratica.

Le indicazioni sono raccolte per semplicità in un unico modello di riferimento, ma possono essere usate in varia combinazione per erogare servizi sanitari e supporto psicologico, allo scopo di sorvegliare proattivamente le condizioni di salute di persone in quarantena, in isolamento o dopo dimissione dall'ospedale, oppure isolate a domicilio dalle norme di distanziamento sociale ma bisognose di continuità assistenziale, pur non essendo contagiate da COVID-19.

Sull'utilizzo della telemedicina in questa fase emergenziale il rapporto sottolinea che "è necessario prima di tutto realizzare e rendere disponibili quelle soluzioni che siano attivabili rapidamente, in pochi giorni, che siano utilizzabili dalle persone a domicilio con le dotazioni tecnologiche a loro disponibili nell'immediato e che siano attivabili per periodi di tempo congrui alle necessità poste dalla situazione di emergenza. In base all'esperienza cinese di evoluzione dell'epidemia, in prima approssimazione, tali servizi devono garantire l'attività per non meno di 90 giorni ed è fortemente consigliabile prevederne modalità di proroga in caso di ulteriori necessità correlate all'eventuale permanere della situazione di emergenza sanitaria". Il rapporto evidenzia anche che è fondamentale strutturare il servizio a distanza in base alle differenze nelle possibili situazioni di fruizione, le quali, a loro volta, dipendono dalla tipologia di persone destinatarie del servizio domiciliare e sottolinea che la telemedicina non deve essere utilizzata per cercare di eseguire trattamenti medici a domicilio su persone con quadri gravi di malattia che richiedano invece cure ospedaliere di tipo intensivo.

Rispetto ai servizi a distanza in telemedicina, al fine di ottimizzare le risorse, il rapporto individua uno schema con tre situazioni tipo di persone che possono necessitare di controlli sanitari a domicilio:

- Persone non affette da patologie precedenti al momento in cui è stata necessaria la quarantena o l'isolamento, asintomatiche e che rientrino nella definizione di contatto stretto o di caso confermato (Circolare Ministeriale. 0007922 – 09/03/2020).
- Persone non affette da patologie precedenti al momento in cui è stato necessario l'isolamento, che presentino sintomi da lievi a moderati compatibili con infezione COVID-19 e che rientrino in una delle definizioni di caso sospetto, probabile o confermato (Circolare Ministeriale 0007922 – 09/03/2020).
- Persone affette da patologie croniche, malattie rare e persone in condizioni di fragilità, oppure che richiedono trattamenti di lungo periodo o di particolare assistenza e/o supporto non ospedalieri, e che necessitano di mantenere la continuità dei servizi durante la quarantena, l'isolamento o nel periodo di applicazione delle norme di distanziamento sociale.

Nel testo vengono citati in modo schematico anche alcuni aspetti tecnologici di particolare rilievo che i sanitari potrebbero dover prendere in considerazione nei casi in cui sia necessario scegliere tra opzioni differenti nelle procedure diagnostiche e terapeutiche (a titolo di esempio: scelta di proseguire l'assistenza domiciliare o ricoverare il paziente a seguito di un peggioramento di sintomi non tipici da COVID-19).

Tra i principi di riferimento sui quali è consigliabile che i sanitari si soffermino, il documento indica i seguenti:

- Condizioni preliminari per rendere possibili servizi in telemedicina
- Responsabilità sanitaria durante attività in telemedicina
- Schema degli elementi necessari per realizzare i servizi a domicilio
- Funzionamento della videochiamata sanitaria
- Passaggi iniziali di attivazione del servizio.

Fonte: Rapporto Istituto Superiore della Sanità n° 12 “Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19”, anno 2019.

d. Servizi di Telemedicina erogati dalla Farmacia

La farmacia risulta essere la prima realtà che eroga questo tipo di servizi in comune a tutte le regioni italiane. La richiesta da parte delle autorità è cresciuta negli ultimi mesi e si nota anche un buon adattamento da parte dei cittadini alla gestione delle nuove tecnologie, questo ha contribuito a migliorare notevolmente la qualità dei servizi. Un esempio indicativo di questo ambito lo troviamo nella USSL7 di Pedemontana (Parma) il quale ha sperimentato una vera e propria rete tramite un dispositivo per la valutazione a distanza dei problemi di salute dei cittadini. A questa iniziativa hanno aderito 61 farmacie e 20 Centri Residenziali per anziani, hanno potuto sperimentare un dispositivo di tele-monitoraggio e tele-visita all'avanguardia, già utilizzato negli Stati Uniti e in Israele, attraverso il quale è possibile rilevare le condizioni di salute degli utenti per quanto riguarda il ritmo cardiaco, l'apparato respiratorio, ma anche eventuali infiammazioni o malattie della gola, delle orecchie e perfino i problemi della cute. Le immagini e i dati raccolti vengono quindi inviati in tempo reale ad un medico ULSS che, a distanza, ha tutti gli elementi per valutare il caso e dunque assicurare l'utente sulle sue condizioni oppure consigliare un approfondimento diagnostico presso le strutture sanitarie. Gli assistiti possono andare direttamente in farmacia e chiedere la valutazione di uno specialista dell'Ulss7 Pedemontana che, a seconda dei casi, potrà fornire delle indicazioni circa l'automedicazione più appropriata oppure suggerire all'utente una visita dal suo Medico di Medicina Generale, o ancora in caso di possibile urgenza invitarlo ad andare al Pronto Soccorso. Analogamente, nelle strutture residenziali per anziani, in caso di dubbi sulle condizioni di salute degli ospiti, è possibile chiedere direttamente il consulto di uno specialista, favorendo così una presa in carico più tempestiva degli ospiti che generalmente presentano fattori di rischio legati all'età e a patologie concomitanti. *“L'evoluzione del sistema sanitario ci sta conducendo verso modalità innovative di erogazione delle prestazioni e dei servizi sanitari, sfruttando le innovazioni tecnologiche per assicurare risposte appropriate e rispondenti alle esigenze di salute. In questo modo offriamo alla popolazione opportunità aggiuntive, comode ed efficaci per gestire i propri bisogni di salute in un sistema di dialogo tra le diverse figure professionali”*. Pierangelo Spano, direttore dei Servizi Socio-Sanitari dell'Ulss7 Pedemontana.

Fonte: Redazione Altovicentinonline, “La telemedicina entra in farmacia e diventa realtà: Ulss7 la prima in Italia”, 24/10/2021.

5. DISCUSSIONE

I servizi di telemedicina nel territorio marchigiano non risultano ancora del tutto attivati, si è visto crescere la richiesta da parte delle farmacie che forniscono prestazioni infermieristiche come l'esecuzione di elettrocardiogramma e la misurazione dei parametri vitali; durante il periodo di pandemia da Covid-19 i medici di famiglia hanno adottato la posta elettronica per l'invio delle impegnative urgenti, nonché utilizzato i servizi di messaggistica istantanea per far fronte alle necessità degli assistiti. Tutt'ora queste piccole modifiche risultano applicate, in quanto la pandemia ci ha costretti ad adottare delle misure eccezionali che sono diventate poi abitudinarie, ma in base alle ricerche effettuate e anche grazie agli esempi reali delle altre Regioni d'Italia, è chiaro che si possono implementare ulteriori cambiamenti in questo tipo di servizi, puntando alla velocità, alla semplicità e all'alta formazione, in modo da ottenere servizi di qualità.

Considerando l'elaborato si individuano i seguenti vantaggi per i servizi di telemedicina. L'assistenza sanitaria ha una riduzione dei costi notevole, il numero dei ricoveri nelle strutture cala drasticamente, così come le giornate di degenza, questo porta anche a un utilizzo equilibrato delle risorse umane e strumentali. I servizi offerti sono rapidi, qualificati, rispettano la privacy e i protocolli sanitari, si riducono visite domiciliari e gli interventi effettuati sono maggiormente appropriati, la consulenza specialistica ha un accesso immediato e abbate le lunghe liste di attesa. L'assistito ha nell'immediato tutte le informazioni sulla propria salute, viene preso in carico nella sua totalità e centralità, vengono coinvolti i familiari, i caregivers e l'ambiente domestico, il tutto favorisce il benessere e l'empowerment del soggetto, inoltre si favorisce la riabilitazione e il recupero dell'autonomia, che è tra gli obiettivi dell'assistenza infermieristica.

Per quanto riguarda gli svantaggi dell'assistenza sanitaria a distanza, si individuano soprattutto difficoltà legate all'interazione con le nuove tecnologie e alla diffidenza che l'utente può avvertire durante il loro utilizzo; per questo motivo le autorità sanitarie devono puntare le proprie risorse sulla formazione del personale, che deve risultare costantemente aggiornato e competente. Le prestazioni di diagnostica e la riabilitazione possono risultare meno applicabili. Un altro svantaggio è rappresentato dagli errori di trasmissione o violazione della sicurezza dei dati sanitari, risolvibile applicando software di ultima generazione e rispettando le linee guida per la privacy citate in questa tesi.

Riporto di seguito una testimonianza inerente alla Telemedicina salva-vita. Una ragazza di 18 anni avverte un malore e si scopre affetta da una grave e improvvisa forma di diabete. Questa condizione spesso precipita a causa di patologie intercorrenti, in questo caso l'infezione da Covid-19. L'assistita è stata presa in carico dal personale medico e infermieristico che ha gestito la fase acuta per l'infezione virale. Contestualmente è stata avviata fin da subito la gestione del diabete, la cui diagnosi rappresenta sempre un momento di estrema difficoltà. Il personale specialistico si è avvalso della Telemedicina, effettuando numerose tele-visite tramite piattaforme specifiche, hanno coinvolto in contemporanea medici specialistici per il suo caso, l'assistita e la sua famiglia, collegata dal proprio domicilio. Attraverso il tele-consulto la ragazza è stata educata nella gestione del diabete in previsione della sua pronta dimissione, avvenuta con successo. In seguito ha ottenuto la continuità assistenziale di cui aveva bisogno dagli stessi medici e infermieri fino al termine del periodo di isolamento per Covid-19.

Fonte: Redazione Cronaca Torino, "La Telemedicina salva la vita a una ragazza di 18 anni", 11/10/2021

6. CONCLUSIONE

La figura infermieristica è il punto di forza in questo ambito per i seguenti motivi: è il primo professionista che prende in carico l'assistito in maniera olistica, utilizza le sue competenze per gestire un'equipe multi-disciplinare che risponde a tutti i bisogni sanitari che l'assistito pone. La formazione che riceve l'infermiere è volta ad ottenere un approccio più attivo nel sostegno dell'assistito e nel ruolo di mediazione tra esso e la macchina. È la figura capace di migliorare la qualità di comunicazione e la comprensione dei bisogni attivando una rete di interventi e sfruttando al meglio le risorse. In generale, gli operatori sanitari sono chiamati a saper gestire le nuove tecnologie; al giorno d'oggi, queste richiedono conoscenze sempre più tecniche, logiche e avanzate, è impensabile non poterle sfruttare per mancanza di formazione ed è proprio a questo che le autorità devono mirare. Nelle Marche sono necessari nuovi progetti che abbiano come protagonista la figura infermieristica, la quale, grazie alle sue molteplici abilità, è in grado di rafforzare il legame umano anche in questo campo, in cui la distanza sembra fare da padrona.

7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- “La Telemedicina ieri e oggi”, Editore Altis-ops, anno 2019.
- Piano Socio Sanitario 2019-2021, Il Cittadino, L’Integrazione, L’Accessibilità e La Sostenibilità, Regione Marche.
- Capitolato tecnico “Assistenza Domiciliare Tele Assistita, Servizio di Teleassistenza e Tele-salute a supporto del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata”, Regione Abruzzo, anno 2019.
- Delibera Giunta Regionale n°213 del 24/09/2018, Regione Marche.
- D.Lgs. 101/2018 Unione Europea, Gazzetta Ufficiale, 11/10/2021
- Regolamento generale per la protezione dei dati personali 2016/679, Gazzetta Ufficiale, 11/10/2021
- Telemedicina, Approccio multidisciplinare alla gestione dei dati sanitari, SpringerBiomed
- Diagnosi infermieristiche con NOC e NIC, di Judith M. Wilkinson.
- Trattato di cure infermieristiche di A. Brugnolli e Luisa Saiani.
- NANDA, Diagnosi infermieristiche: Definizioni e classificazioni 2021-2023.
- Rapporto Istituto Superiore della Sanità n° 12 “Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l’emergenza sanitaria COVID-19”, anno 2019.

Sitografia:

Morena Allovisio “Il ruolo del caregiver nella gestione assistenziale”, Nurse Times, 7/10/2021

<https://nursetimes.org/il-ruolo-del-caregiver-nella-gestione-assistenziale/49829>

Avv. Bruno Saetta, Articoli “Gestione del rischio nel contesto della privacy”, “Responsabile del trattamento”, “Regolamento generale per la protezione dei dati”, “Consenso al trattamento”, Protezione Dati Personali, 11/10/2021.

<https://protezionedatipersonali.it/gestione-rischio-nel-contesto-privacy>

<https://protezionedatipersonali.it/responsabile-del-trattamento>

<https://protezionedatipersonali.it/regolamento-generale-protezione-dati>

<https://protezionedatipersonali.it/consenso>

Ilaria Campagna, Infermiera, “L’Infermiere di Telemedicina: chi è e di cosa si occupa”, Nurse24, 8/06/2021

<https://www.nurse24.it/specializzazioni/territorio-e-altro/tele-nurse-ecco-infermiera-telemedicina.html>

Alessandro Visca, “Diabete, telemedicina e infermieri per garantire la continuità assistenziale”, Medico e Paziente, 12/10/2021

<https://medicoepaziente.it/2020/diabete-telemedicina-e-infermieri-per-garantire-la-continuita-assistenziale/>

Rosario Palazzolo, “L’assistenza infermieristica è a distanza: Meno stress per i pazienti”, Il Giorno, Milano, 12/10/2021

<https://www.ilgiorno.it/milano/cronaca/1-assistenza-infermieristica-%C3%A8-a-distanza-meno-stress-per-i-pazienti-1.5166966>

Redazione Cronaca Torino, “La Telemedicina salva la vita a una ragazza di 18 anni”, 11/10/2021

<http://www.cronacatorino.it/cronaca/la-telemedicina-salva-la-vita-a-una-ragazza-di-18-anni-moncalieri-era-afetta-da-diabete-e-contagiata-da-covid.html>

Redazione Altovicentinonline, “La telemedicina entra in farmacia e diventa realtà: Ulss7 la prima in Italia”, 24/10/2021.

<https://www.altovicentinonline.it/altri-comuni/la-telemedicina-entra-in-farmacia-e-diventa-realta-ulss7-la-prima-in-italia/>