

AZIENDA SOCIO-SANITARIA LOCALE n.3 - Nuoro

---

**CONSENSO INFORMATO SISTEMA DI TELEMEDICINA  
SCOMPENSO CARDIACO****Il sistema di telemedicina e telemonitoraggio**

L'arruolamento al sistema di telemedicina per l'assistenza remota è indirizzato a soggetti fragili e pazienti affetti da scompenso cardiaco residenti nei comuni della ASL di Nuoro.

Il paziente con patologia cronica è inserito in un percorso di assistenza a domicilio favorendo la medicina di prossimità. Questo permette, di migliorare la qualità della vita:

- identificando precocemente problematiche cliniche attraverso un sistema di alert;
- garantisce una continuità assistenziale attraverso il monitoraggio costante dei parametri;
- fornisce, in caso di necessità, un intervento terapeutico precoce;
- riduce l'incidenza di re-ospedalizzazioni e il tempo trascorso dagli utenti in Servizi di Emergenza Urgenza e del numero degli accessi al Pronto Soccorso.

La **telemedicina** permette l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria tramite il ricorso a tecnologie innovative, in situazioni in cui il medico e il paziente, o due medici, non si trovano nella stessa località e comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti.

I servizi di telemedicina comprendono il **teleconsulto**, la **televisita**, il **telemonitoraggio**, la **teleassistenza**.

La **televisita** è un atto sanitario in cui il medico interagisce a distanza con il paziente. L'atto sanitario di diagnosi che scaturisce dalla visita può dar luogo alla prescrizione di farmaci o di cure.

Il **telemonitoraggio** permette il monitoraggio da remoto dei parametri del paziente, attraverso l'utilizzo di appositi device che permettono la rilevazione di informazioni e parametri come ECG, glicemia, peso corporeo, temperatura corporea, pressione del sangue e saturazione.

Il monitoraggio da remoto consente di controllare i parametri del paziente sia che si trovi presso la sua abitazione (telemonitoraggio domiciliare, attraverso una Centrale Operativa interna ASL), sia che si rechi presso uno dei Point of Care di riferimento (telemonitoraggio POC, n° 5 sedi dislocate sul territorio).

Dopo la prima visita cardiologica il paziente viene arruolato nel sistema e dovrà seguire un protocollo di monitoraggio ad hoc.

I dati rilevati dai device vengono inviati alla piattaforma CARE MAP consultabile dal personale sanitario, specialista cardiologo e infermiere.

Il sistema, in maniera automatizzata, rileva eventuali scostamenti dai range predefiniti inviando una segnalazione di allarme visualizzabile dalla centrale di telemonitoraggio.

La fase di arruolamento prevede la consegna di un kit domiciliare in uso al paziente, differenziato su 4 livelli di criticità stabiliti dal personale medico durante la presa in carico e successiva continuità assistenziale, riportati in tabella:

LIVELLI DI RISCHIO E KIT DOMICILIARE						
	LIVELLO 1	LIVELLO 1 (diabetico)	LIVELLO 2	LIVELLO 2 (diabetico)	LIVELLO 3	LIVELLO 4
SMARTPHONE	x	x	x	x	x	x
BILANCIA	x	x	x	x	x	x
SATURIMETRO			x	x	x	x
SFIGMOMANOMETRO			x	x	x	x
TERMOMETRO						x (se BPCO)
ECG INDOSSABILE					x	x
GLUCOMETRO*		x		x		x (se DIABETICO)

I device sono connessi tramite Bluetooth all'app mobile paziente, la quale, grazie alla connessione Internet, trasmette i dati alla piattaforma consultabile dal personale sanitario che potrà visualizzare e analizzare i dati ricevuti.

Il manuale d'uso di ciascun dispositivo del kit domiciliare viene fornito al paziente all'interno di ciascuna confezione.

La ditta fornitrice del Sistema, incaricata dalla Asl, contattando preventivamente il paziente, procederà alla consegna ed installazione del kit domiciliare, effettuerà in loco le verifiche del corretto funzionamento del kit, e procederà alla formazione dell'utente per il corretto utilizzo.

Il piano e la frequenza delle misurazioni viene definito dal medico durante la presa in carico e successivamente in base ai parametri rilevati, e verrà resa disponibile e consultabile nella app mobile in dotazione al paziente su calendario di promemoria e notifiche push.

La programmazione delle televisite (a distanza) e visite ambulatoriali (presso i Point of Care), verranno stabilite dal personale medico durante il percorso assistenziale del paziente.

Gli strumenti utilizzati nei Point of Care dal personale sanitario, sono:

- Spirometro;
- Analizzatore ematico;
- ECG a 12 derivazioni.

Nell'esecuzione della procedura è presente personale qualificato a far fronte alla necessità procedurale e clinica, e verranno utilizzate apparecchiature tecniche conformi alle necessità specifiche.

Qualora sia necessario, nel caso emergessero problematiche di natura tecnico/clinica, potrà essere contattato telefonicamente dal personale laico presente presso la Centrale Operativa e dal sanitario presente presso i Point of Care e nella Struttura Ospedaliera.

La Struttura Sanitaria si riserva di interrompere il percorso assistenziale all'interno del sistema di telemedicina qualora si rendesse necessario, ed è intesa da parte Sua la facoltà di recedere dalla partecipazione al programma, in qualsiasi momento con effetto immediato, dando comunicazione scritta ad un medico del servizio di controllo remoto del Point of Care o della Struttura Ospedaliera che lo ha in carico.

Si fa presente che il Sistema di monitoraggio e telemedicina non rappresenta un sistema della gestione delle emergenze e che in caso di urgenza deve comunque contattare le strutture preposte (NUE 112, Pronto Soccorso, ...).

I rispettivi Point of Care e Centrale Operativa opereranno secondo un calendario settimanale feriale di 5gg (lunedì/venerdì), esclusi festivi, e su una fascia oraria dalle 08:00 alle 18:00.

**Modulo di acquisizione consenso informato**

Dati identificativi	
Nome e cognome del paziente	
Luogo e data di nascita del paziente	
Nome e cognome dei genitori (in caso di minori di età)	
Nome e cognome del legale rappresentante (in caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale)	
<b>NB:</b> in caso sia presente solo un genitore occorre allegare il previsto modello di autocertificazione. <b>NB:</b> va allegata la documentazione che indica i poteri del legale rappresentante	
Dati sanitari (a cura del medico)	
Sintesi situazione clinica	
Livello di rischio e kit sanitario proposto	
Informativa	Dichiaro di aver fornito l'informazione sull'atto sanitario proposto, secondo quanto previsto dalla procedura aziendale del consenso informato.
Data	Firma e timbro del medico

Espressione ed acquisizione del consenso informato	
Io sottoscritto	
Dichiaro	di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario proposto, attraverso: <input type="checkbox"/> l'informativa fornita; <input type="checkbox"/> il colloquio con un medico;
	di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento;
	Di: (barrare la opzione che ricorre) <input type="checkbox"/> accettare <input type="checkbox"/> non accettare liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza l'atto sanitario proposto
Informativa sul trattamento dei dati personali (ART. 13 D.LGS. 30/06/2003, n. 196) Si dichiara	di aver preso visione della separata informativa relativa al trattamento dei dati personali somministrata contestualmente al momento della consegna del kit insieme al presente modulo di consenso informato.
Osservazioni	
Data	Firma paziente  Firma e timbro del medico
Io sottoscritto	
Dichiaro	Di voler revocare il consenso
Data	Firma paziente

Autocertificazione per i genitori Dichiarazione sostitutiva di atto notorio	
Io sottoscritto	
nato a il residente in via	_____ _____ _____
consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità,	
dichiaro	di essere genitore del minore _____ nato a _____ il _____
	di essere stato/a informato/a delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i figli minorenni di età, unite in allegato (norme del Codice Civile).
	che il mio stato civile è il seguente: <input type="checkbox"/> coniugato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> separato <input type="checkbox"/> divorziato in situazione di: <input type="checkbox"/> affidamento congiunto <input type="checkbox"/> genitore affidatario <input type="checkbox"/> genitore non affidatario
	che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile, l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per: <input type="checkbox"/> lontananza <input type="checkbox"/> impedimento
	che, ai fini dell'applicazione della Legge del 8 febbraio 2006 n. 54 – Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli, art. 1 (Modifiche al codice civile), limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione il giudice ha stabilito <input type="checkbox"/> che il sottoscritto esercita la potestà separatamente
Informativa sul trattamento dei dati personali (ART. 13 D.LGS. 30/06/2003, n. 196). Si dichiara	di aver preso visione della separata informativa relativa al trattamento dei dati personali somministrata contestualmente al momento della consegna del kit insieme al presente modulo di consenso informato.
Altro	
Letto, confermato e sottoscritto	
Luogo e data Il dichiarante firma per esteso leggibile	
Ai Sensi dell'art. 38 T.U. sulla documentazione amministrativa - DPR 445/2000 La presente istanza è stata sottoscritta dall'interessato <input type="checkbox"/> in presenza del dipendente addetto firma per esteso leggibile del dipendente e timbro ASL <input type="checkbox"/> presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità	