

LA TELEMEDICINA NEI CENTRI DI RIABILITAZIONE ARIS – MARCHE

Proposta di integrazione nel percorso di cura alla luce dell'esperienza nella pandemia da SARS-Co-V2

Documento a cura del **Gruppo Tecnico del Coordinamento Centri di Riabilitazione** aderenti all'ARIS-Marche

Sommario

LA TELEMEDICINA NEI CENTRI DI RIABILITAZIONE ARIS –MARCHE	1
1. Premessa	2
2. Definizione, percorso e modalità erogativa	5
Definizione.....	5
Percorso e modalità erogativa	6
3. Strumenti e Gestione Privacy	9
4. Fonti.....	10

1. Premessa

L'esperienza recentemente vissuta nel corso del 2020, durante l'emergenza sanitaria da SARS-CoV-2, purtroppo ancora non terminata, ha di fatto impedito per molte settimane ai pazienti in carico nei Centri di riabilitazione ogni possibilità di cura e di relazione con i propri sanitari, interrompendo bruscamente ogni contatto in presenza e lasciandoli in una situazione di bisogno e di incertezza.

Le inevitabili quanto opportune Ordinanze che hanno portato alla chiusura delle attività, hanno costretto i nostri Servizi ad attuare una modifica rapida della propria organizzazione, riprendendo anzitutto i contatti con i pazienti, facilitati in questo dalla diffusione capillare di strumenti di comunicazione di cui la gran parte delle persone oggi fa uso nel quotidiano (cellulari, videochiamate, posta elettronica ecc).

Il prolungarsi dell'emergenza e la consapevolezza della durata delle restrizioni, tuttavia, hanno rapidamente fatto emergere negli operatori la necessità di stabilire con i pazienti una relazione terapeutica, pur se con modalità adattata, cosa che ha portato a realizzare in tempi brevi un vero e proprio **Servizio di Telemedicina**.

Pertanto in ogni équipe di lavoro è stato necessario anzitutto un lavoro di ricerca di letteratura esistente, raccolta di esperienze, nonché censimento di strumenti che potessero rapidamente essere reperiti ed utilizzati per intraprendere il lavoro con questa nuova modalità.

Nelle prime fasi si è potuto così garantire un percorso di assistenza e monitoraggio a distanza, centrato prevalentemente sul sostegno psicologico ai *caregivers*, orientamento e supporto ai familiari (che in molti casi si sono trovati a dover affrontare problematiche legate al confinamento in casa ed alla gestione in

completa solitudine di problematiche comportamentali di molti pazienti), al supporto educativo (anche attraverso invio di tutorial e videochiamate), fino a Teleconsulenze medico specialistiche e sanitarie in genere.

L'avvio dell'attività di Teleriabilitazione (TAD) e di altre attività a distanza, correlate alla presa in carico del paziente, ha avuto le seguenti modalità d'utilizzo, in modalità sincrona:

- ✓ teleconsulti medici (terapia farmacologica, valutazione di documentazione sanitaria)
- ✓ televisite (valutazioni effettuate per verificare il quadro clinico di pazienti già in carico)
- ✓ colloqui con familiari, genitori, care-givers per consulenze di tipo educativo
- ✓ verifiche del **PRI** (Progetto Riabilitativo Individuale), con i sanitari componenti l'équipe e discussione del caso per impostare il **pri** (programma riabilitativo individuale) adattato
- ✓ sedute riabilitative con il paziente
- ✓ colloqui con insegnanti, educatori e figure di supporto implicate nel Progetto di vita

Il riconoscimento del valore di tale iniziativa da parte delle Istituzioni nazionali e regionali ha permesso di svolgere l'attività così da riprendere contatti con la gran parte dei pazienti disponibili e portare avanti la presa in carico fino alla ripresa dell'attività in presenza (resa possibile per le nostre strutture dal 3 Giugno 2020).

In questo lasso di tempo (Aprile-Giugno) ogni Centro Ambulatoriale ha utilizzato propri mezzi, investendo in tecnologie e strumenti utili a supportare un lavoro che, per le dimensioni che ha assunto, ha richiesto tempo e risorse straordinarie, con il diretto coinvolgimento sia dei sanitari sia dei familiari.

Pur con le differenze rintracciabili nelle diverse realtà dei Centri, ciascuno ha organizzato l'attività in modo da garantire che fossero identificabili:

- ✓ libera adesione del paziente/famiglia alla proposta di TAD
- ✓ modifica del PRI con evidenza del percorso in TAD (obiettivi, modalità di effettuazione dell'intervento per frequenza, durata, tipologia di strumenti utilizzabili, operatori coinvolti ed eventuali care-giver di supporto, ad es.)
- ✓ strumenti tecnologici necessari per entrambi gli attori (paziente –operatore sanitario)
- ✓ piattaforme utilizzate
- ✓ modalità di rendicontazione dell'intervento
- ✓ modalità di gestione e tenuta della documentazione sanitaria.

In alcune realtà è stato avviato anche un sistema di rilevazione del gradimento, che permettesse da subito di comprendere la percezione da parte dell'utenza del valore di quanto effettuato. I risultati della customer sono stati nella massima parte positivi, così da incoraggiare anche la scelta di investimenti tecnologici e di supporto atti a garantire aspetti importanti, quali la garanzia della privacy e lo snellimento delle attività amministrative che gravano sulla prestazione.

La riapertura dei servizi in presenza per alcune categorie di persone assistite (es. età evolutiva e pazienti particolarmente fragili), è stata valutata in modo attento, a volte procrastinata rispetto alla reale possibilità di ripresa delle attività in presenza, a volte graduata nella modalità, in ragione di difficoltà legate a situazioni specifiche (quarantena, problematiche familiari ecc.) ed il supporto della TAD, integrata al trattamento in presenza, ha reso meno gravosi questi ritardi.

Nella prospettiva che l'emergenza sanitaria abbia finalmente termine è doveroso porsi e porre la domanda della opportunità che gli interventi di Telemedicina e Teleriabilitazione persistano ad essere erogati dalle strutture di riabilitazione, in che modalità rispetto all'attività in presenza e che valore specifico attribuire alle prestazioni stesse.

Seppur **il trattamento in presenza** resti lo strumento preferibile per molti pazienti e la sua realizzazione rimanga auspicabile per i suoi molteplici vantaggi e le sue caratteristiche intrinseche, è altresì vero che molti dei suoi elementi costitutivi possono essere ritrovati anche nella **TAD**.

Il trattamento a distanza (TAD), supportato da strumenti digitali, permette di mantenere inalterati aspetti delle prestazioni in presenza, in quanto:

- Consente di affiancare l'efficacia della riabilitazione in ambulatorio con l'esercizio continuativo a domicilio (monitoraggio degli esiti).
- Agevola ed incrementa l'efficacia dell'intervento riabilitativo di bambini, ragazzi ed adulti, grazie all'aumento della frequenza dell'esercizio terapeutico.
- Consente di proporre un intervento e di impostare percorsi riabilitativi personalizzati e flessibili, cioè adattabili alle caratteristiche (anche ambientali) della persona assistita.
- Propone esercizi motivanti per il bambino e l'adulto, da svolgere a casa in base al percorso definito nel programma riabilitativo (**pri**), intensificandone la ripetizione e migliorandone l'acquisizione.
- Consente di utilizzare, in modo strutturato e sistematico, metodologie di apprendimento tramite coping, modeling, shaping e chaining.
- Consente di seguire il rendimento ed i progressi della terapia in modo oggettivo ed in ogni momento.
- Consente di garantire reperibilità in caso di bisogno e supporto alle Famiglie ed al Caregiver in genere.
- Consente di favorire il coinvolgimento e migliorare così l'educazione sanitaria del Caregiver e delle Famiglie rispetto al paziente.
- Consente, in caso di difficoltà di spostamento per varie cause (socio ambientali, di salute, di trasporto ad es.), di garantire continuità terapeutica.

Numerosi sono i documenti a supporto dei vantaggi che un simile approccio ha quando ben contestualizzato e correlato al bisogno del paziente (cfr. fonti), anche al di fuori di situazioni emergenziali come questa in cui siamo, e il gruppo che ha redatto il presente documento si sente di portarli a sostegno della validità dell'esperienza anche dopo il termine delle fasi più critiche della pandemia sottolineando quanto segue:

- ✓ l'attività di Telemedicina (che sia erogata sotto forma di teleconsulto, TAD o altra modalità) deve sempre considerarsi parte integrante ma non sostitutiva dell'ordinario percorso di presa in carico riabilitativa.
- ✓ Il suo ruolo deve inserirsi sempre all'interno del progetto riabilitativo, realizzato in base alle caratteristiche del singolo paziente e delle sue esigenze, in un sistema di condivisione con tutta l'équipe multidisciplinare.
- ✓ L'attività sincrona ha pari dignità di un trattamento in presenza, soddisfacendo in modo prioritario i principali requisiti di una prestazione sanitaria quanto ad impegno di entrambi gli attori e continuità sia della relazione terapeutica che del programma di terapia
- ✓ Il mantenimento delle caratteristiche della prestazione (multidisciplinarietà e complessità) è inalterato per tutto il periodo dell'erogazione della prestazione grazie alla possibilità di dimostrare il coinvolgimento di tutta l'équipe di riabilitazione nei diversi momenti definiti dal **PRI**

2. Definizione, percorso e modalità erogativa

Definizione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la telemedicina 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”*.

La Telemedicina rappresenta pertanto una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località. Comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere sanitario nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento ed il successivo controllo dei pazienti.

La Telemedicina comporta sempre e comunque l'erogazione di una prestazione sanitaria e che pone sempre al centro il paziente e l'assistenza della quale questo necessita; questo tipo di azione è gestita dagli operatori sanitari che se ne occupano a vario titolo e a seconda della loro specializzazione. Non si tratta, pertanto, di una nuova specialità medica ma di una modalità che utilizza gli strumenti messi a disposizione dalle nuove tecnologie per migliorare le prestazioni sanitarie, pur conservando le implicazioni di un qualsiasi atto sanitario dal punto di vista professionale, etico e legale. In tal senso, implicando la mediazione dei sistemi di comunicazione audiovisiva nel rapporto sanitario-paziente, utilizzando le tecnologie per fornire loro servizi

sanitari e realizzando la gestione, il monitoraggio e la cura dei pazienti indipendentemente da dove si trovino questi ultimi e i dati che li riguardano, la Telemedicina comporta la completa informatizzazione ed integrazione di tutte le attività, siano esse cliniche ma anche amministrative e gestionali.

La Telemedicina, però, non deve in alcun modo snaturare l'essenza della figura del sanitario oltre che quella del rapporto con il paziente; essa deve contribuire a mantenere integra la relazione interpersonale che si instaura nell'atto terapeutico, in cui è l'esercente la professione sanitaria a prendersi cura dell'ammalato facendo in modo che questi si senta sempre partecipe del processo di cura. Non devono, perciò, mai essere trascurati tutti quegli aspetti che sono costitutivi di questa relazione.

Sulla scorta di quanto descritto in letteratura i servizi della Telemedicina possono essere divisi in modo più ampio in tre categorie:

1. servizi di trattamento riabilitativo;
2. servizi diagnostici (e relativo management);
3. servizi informativi ed educativi.

L'esperienza maturata dai Centri marchigiani si è prevalentemente focalizzata, come già detto, sulle attività di Teleriabilitazione, Televisita a pazienti già noti e Teleconsulto, variamente sviluppate in ragione della tipologia di utenza e delle necessità da questa espresse. Di esse, la TAD rappresenta sicuramente l'ambito da cui maggiormente sono emersi elementi di positività che fanno ritenere opportuno non recedere dal livello a cui si è giunti.

Percorso e modalità erogativa

L'opportunità di stabilizzare la prestazione in Telemedicina, espressa dal presente documento, rende ragione della necessità di definire un percorso interno alla presa in carico del paziente afferente alle nostre strutture, così da delineare il perimetro entro cui la prestazione può essere erogata in modo che ne sia formalmente riconosciuto il valore terapeutico.

Si ritiene che la prestazione in telemedicina debba seguire un preciso iter, documentabile e tracciabile in ogni fase, dalla progettazione alla erogazione e rendicontazione.

Proponiamo pertanto la modalità di seguito descritta:

- 1) Il percorso di Telemedicina può scaturire da parte dell'équipe riabilitativa ogni qual volta sia ritenuto possibile trarre vantaggio dall'integrazione delle due modalità (presenza e remoto) e come tale viene proposto al paziente/famiglia così da:
 - ✓ garantire continuità nel percorso in occasione di situazioni particolari di salute che limitano l'accesso alla prestazione ambulatoriale

- ✓ superare problematiche familiari legate al trasporto del paziente (problema molto evidente in caso il paziente sia un bambino)
 - ✓ consentire all'operatore di lavorare con il paziente in altri contesti, come il domicilio e/o la scuola, per potenziare l'effetto terapeutico "contesto dipendente"
 - ✓ coinvolgere, quando necessario, il care-giver/genitore/insegnante in un ruolo attivo per prolungare gli effetti dell'intervento oltre la singola seduta di trattamento
- 2) L'Equipe e il paziente (o la sua famiglia, care-giver o altro) delinano i confini entro cui l'attività può essere erogata in quanto integrata nel percorso terapeutico in presenza e lo riportano nella documentazione clinica, che evidenzia anche l'accettazione da parte del paziente/famiglia della proposta.
- 3) Il documento cardine che riporta l'inserimento dell'intervento di Teleriabilitazione è il **Progetto Riabilitativo Individualizzato (PRI)**.

Il PRI rappresenta lo strumento specifico, sintetico ed organico per tutto ciò, unico per ciascuna persona, definito dall'Equipe ovvero dai professionisti sanitari coinvolti. Gli elementi essenziali sono sempre rappresentati dalla piena informazione e dalla partecipazione consapevole ed attiva alle scelte ed agli interventi da parte della persona che ne è al centro, della famiglia e del suo contesto di vita. Gli interventi derivanti dal Progetto riabilitativo, incentrati sui diversi problemi rilevati, necessitano di una valutazione sistematica della *performance* e della definizione di obiettivi ed indicatori di processo, al fine della verifica del raggiungimento del risultato atteso. Il PRI, applicando i parametri di menomazione, limitazione di attività e restrizione di partecipazione sociale elencati nella International Classification of Function (ICF), definisce la prognosi, gli obiettivi terapeutici, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari.

Il PRI dev'essere condiviso con il paziente, o il suo legale rappresentate, con la famiglia ed i caregivers; definisce le caratteristiche di congruità ed appropriatezza dei diversi interventi, nonché la conclusione della presa in cura sanitaria in relazione agli esiti raggiunti.

Nel PRI, oltre a quanto sopra indicato, devono essere identificate le aree specifiche del Servizio di Teleriabilitazione con cui s'intendono raggiungere gli obiettivi, le tecnologie e gli strumenti che verranno utilizzati, il modo di rilevazione delle attività e la modalità temporale con cui viene erogata la prestazione, il case-manager e le verifiche proposte in itinere.

E' inoltre necessario, prima di intraprendere il trattamento, acquisire il consenso dell'Utente o del suo legale rappresentante (cfr. § Privacy)

- 4) Ogni intervento va calibrato sul singolo paziente ed in base al Progetto Riabilitativo. Resta compito dell'Equipe multidisciplinare decidere quali interventi si prestano a questo tipo di intervento (anche in relazione all'obiettivo di tutelare la sicurezza dell'Utente) e in che misura e modalità poterli

svolgere. La scelta verrà fatta sulla base delle caratteristiche del paziente (grado di collaborazione, età, presenza di familiari/caregivers disponibili e collaboranti, problematiche organiche attive che implicano la presenza di un sanitario ecc.) e dell'efficacia degli interventi effettuati. Questa precisazione risulta di fondamentale importanza per gli utenti in Età Evolutiva, in cui il distacco dal familiare, necessario per favorire il processo di individualizzazione, che è realizzabile per forza di cose in presenza, rappresenta uno degli obiettivi del PRI.

- 5) Per ciascun paziente va riportato l'intervento nel PRI, in continuità con quello che svolgeva in precedenza ma rimodulato nelle azioni e, se necessario, negli obiettivi, alla luce della situazione attuale e del Servizio di Teleriabilitazione, in modo partecipato con i caregivers.
- 6) Per ciascuna famiglia/paziente vanno individuati e concordati gli strumenti di comunicazione (dispositivi) disponibili e l'organizzazione e tempistica delle attività.
- 7) La documentazione sanitaria deve riportare in ogni sua componente le annotazioni relative alla TAD e/o ad altre prestazioni in remoto, direttamente o indirettamente rivolte al paziente (prestazioni dirette ed indirette), e la rendicontazione deve essere effettuata in modo da risalire, analogamente a quelle in presenza, in modo certo alla sua erogazione.
- 8) Ogni parte del processo di Teleriabilitazione (incluso il Teleconsulto), in quanto prestazione sanitaria, pur se erogata in modalità propria, dovrà essere riportata, nella sua interezza ed originalità, nella Cartella Clinica.
- 9) Ogni parte della Teleriabilitazione (incluso il Teleconsulto), in quanto prestazione sanitaria, conserva i criteri di responsabilità professionale per tutti gli Operatori coinvolti.
- 10) Quanto alla somministrazione delle scale di valutazione riteniamo resti decisione del responsabile del PRI condivisa in Equipe, sulla base delle migliori e recenti evidenze scientifiche.
- 11) Come prestazione avente pari valore terapeutico e amministrativo di quelle erogate in presenza non richiede emissione di ulteriore documento prescrittivo.

I servizi che, in relazione allo specifico caso ed alla potenzialità espressa da ciascun Centro e dall'Equipe (a livello organizzativo e/o di strumenti) sono erogabili, di seguito sono così espressi:

→ **Teleriabilitazione:** intesa come fornitura di servizi di riabilitazione a distanza attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche e delle telecomunicazioni.

Con la seduta interattiva cioè, in tempo reale, l'interazione tra utente e sanitario avviene nello stesso istante con la possibilità di un feedback diretto verso la Persona assistita o Famiglia del Minore e con un'interazione di tipo face-to-face. Gli strumenti solitamente utilizzati per la modalità sincrona sono le chat room, la video/audio conferenza (che può essere realizzata attraverso l'uso di telefoni, tablet o personal computer utilizzando piattaforma web per meeting quali Skype, Zoom, ecc.). Ulteriori modalità di interazione in tempo reale possono essere fornite attraverso applicazioni specifiche come la condivisione dello schermo e lavagne

elettroniche, presentazioni online, o chat di testo. Il tempo assegnato per ciascun utente è di 60 minuti, di cui 45 minuti per la seduta (tempi diretti) +15 minuti preparazione materiale e strumentazione per la stessa (tempi indiretti). Le modalità sono valide sia in ambito Età Evolutiva sia Età Adulta ed applicabili a ciascuno dei Servizi riabilitativi: logopedico, riabilitazione cognitiva, neuromotorio, psicologico, ortopedico e di rieducazione funzionale in genere.

→ **Teleconsulto:** si può realizzare attraverso contatto telefonico (audio/video) in due modalità: a) sanitario-paziente in questo caso, il consulto avviene tra l'operatore e la persona assistita per accertarsi delle condizioni psicofisiche generali dell'utente e prevenire situazioni di rischio; b) sanitario-sanitario in questa situazione un sanitario supporta ed aiuta attraverso il suo parere di esperto un altro. In entrambi i casi rappresenta un potente strumento di comunicazione per trasferire informazioni di carattere sociale e sanitario.

→ **Televisita:** atto sanitario in cui il medico interagisce a distanza con il paziente, che è impossibilitato a recarsi in visita di persona. L'atto sanitario di diagnosi che scaturisce dalla Televisita può dar luogo alla prescrizione di cure.

→ **Telemonitoraggio:** insieme dei mezzi e delle forme di intervento volte a realizzare l'assistenza riabilitativa presso l'abitazione degli assistiti o in strutture socio-assistenziali. Il processo di monitoraggio consiste perciò di tre funzioni fondamentali:

- periodici e programmati colloqui telefonici di valutazione svolti dal personale sanitario per monitorare il corretto mantenimento delle abilità acquisite;
- invio da parte degli Assistiti verso Centri riabilitativi delle schede compilate o altro materiale fornito;
- acquisizione, analisi e valutazione delle schede da parte del Centro ed attuazione di nuovi interventi realizzabili con modalità differenti a seconda dei casi.

→ **Telerobotica:** utilizzo della robotica per effettuare interventi sul paziente a distanza.

3. Strumenti e Gestione Privacy

Come sopra evidenziato la Teleriabilitazione sincrona presuppone l'interazione tra operatore ed utente nello stesso tempo, con la possibilità di un *feedback* diretto, attraverso delle piattaforme *online*; ciò richiede un

investimento strutturale come una buona ed efficace rete internet ed un investimento strumentale per i vari *devices* necessari, soprattutto PC e Tablet con componenti audio e video e altre variabili, come ad esempio la condivisione dello schermo e l'utilizzo di software specifici.

La modalità sincrona richiede un tempo/operatore di un'ora tra attività diretta sul paziente ed attività indiretta quale preparazione materiale, tempi di collegamento, aggiornamento cartella clinica ecc. Per questo motivo, per tutte le prestazioni sanitarie erogate a distanza, si deve applicare il quadro normativo regionale che regola l'accesso ai diversi Livelli essenziali di Assistenza e il sistema di remunerazione vigente per l'erogazione delle medesime prestazioni in modalità "tradizionale", come espressamente previsto dal Ministero della Salute, "*Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina*" del 27 ottobre 2020, Versione 4.4.

Uno strumento per la teleriabilitazione sincrona è la *videochat*, attraverso la quale è possibile riprodurre online un contesto molto simile a quello in presenza.

Sono poi attive piattaforme specifiche che implementano l'utilizzo di specifiche tecniche con modalità di intervento a distanza, garantendo l'efficacia del trattamento ed il rispetto delle normative sul trattamento e la riservatezza dei dati personali e sanitari, secondo quanto previsto dal **Regolamento Generale per la protezione dei dati personali** (GDPR n. 679/2016).

Il modulo del consenso informato, già in uso presso tutte le Strutture Sanitarie, viene implementato con la chiara spiegazione del tipo di piattaforma utilizzata per la proposta riabilitativa e del riferimento delle *policy* sulla *privacy* della piattaforma scelta.

In particolare, con riferimento alle implicazioni per le attività di TAD derivanti dalla normativa in materia di protezione dei dati personali si ritiene opportuno evidenziare gli aspetti di seguito illustrati.

La TAD, pur essendo un atto necessariamente sanitario in cui il professionista interagisce a distanza con il paziente, implica l'esigenza di un approccio multidisciplinare che riguarda oltre ai tipici aspetti di diritto sanitario e di responsabilità professionale anche la gestione dei profili di sicurezza informatica e di protezione dei dati personali (fra cui ovviamente quelli particolari) dei pazienti, in base al quadro normativo vigente che regola la gestione della *privacy*.

4. Fonti

1. **Linee guida per l'organizzazione, la prevenzione e il controllo dei servizi, delle strutture socio-sanitarie e terapeutico-riabilitative.** ASUR Marche 26.05.20
2. **DGRM 1423** del 16.11.2020

3. **Indicazioni Nazionali per l'erogazione di prestazioni in Telemedicina.** Ministero della Salute. Versione 4.4 del 27 Ottobre 2020
4. **Indicazioni per l'erogazione di prestazioni e servizi di Teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie, dei medici e degli psicologi.** Ministero della Salute. 28 gennaio 2021 Versione 5.3
5. **Linee di Indirizzo Nazionali Telemedicina** (17.12.2020)
6. **American Telemedicine Association's principles for delivering telerehabilitation services.**
7. **Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza COVID-19.**
8. **Teleriabilitazione e ausili. La tecnologia in aiuto alla persona con disturbi neuropsicologici – a cura di A. Cantagallo** 31.01.2014
9. **Telemedicina approccio multidisciplinare alla gestione dei dati sanitari.** Vincenzo Sica Silvia Selvaggi E Amato A. Cataldi M. Cio fi E. Manzi A.M. Molinari A. Natale. Springer-Verlag Italia 2010
10. **Early intervention at home in infants with congenital brain lesion with CareToy recise: a RCT protocol.** "Sgandurra et al. BMC Pediatrics (2018) <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1264-y>"
11. **Computer-assisted rehabilitation of attention in pediatric multiple sclerosis and ADHD patients: a pilot trial.** "Simone et al. BMC Neurology (2018) <https://doi.org/10.1186/s12883-018-1087-3>.
12. **Caregiver-directed home-based intensive bimanual training in young children with unilateral spastic cerebral palsy a randomized trial** "Developmental Medicine & Child Neurology 2017, 59: 497–504".
13. **Home-based virtual reality training after discharge from hospital-based stroke rehabilitation: a parallel randomized feasibility trial** "Sheehy et al. Trials (2019)"
14. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3438-9>
15. **The 'wicked problem' of telerehabilitation: Considerations for planning the way forward.** AIMS Medical Science, 5(4): 357-369. Published:23 October 2018. <http://www.aimspress.com/medicalScience>
16. **Clinical Videoconferencing in Telehealth. Program Development and Practice.** Behavioral Telehealth. Series Editors Peter W. Tuerk Medical University of South Carolina, Charleston, South Carolina, USA. Springer International Publishing
17. **E-medicine e-health m-health telemedicine and telehealth Handbook.** Volume I and Volume II Telemedicine and electronic medicine. Edited by Halit Eren and John G Webster, (2016, CRC Press).

18. **TELe-Health. Telemedicine for Children's Health.** Fabio Capello, Andrea E. Naimoli, Giuseppe Pili (eds.) - 2014, Springer International Publishing.
19. **A DIY Guide to Telemedicine for Clinicians** (2017, Springer)
20. **Applied Sciences and Technology]** Rohit Thanki, Surekha Borra - Medical Imaging and its Security in Telemedicine Applications (2019, Springer International Publishing).
21. **E-Health, Telehealth, and Telemedicine - A Guide to Startup and Success** (2001, Jossey-Bass).
22. **Essentials of Telemedicine and Telecare** (2002, Wiley)
23. **Evidence on the effectiveness of telerehabilitation applications.** Institute of Health Economics and www.ihe.ca Finnish Office for health Technology Assessment, 2010
24. **Handbook of research on developments in e-health and telemedicine- technological and social perspectives** (2010, IGI Global snippet).
25. **Home telehealth - connecting care within the community** (2006, Royal Society of Medicine Press).
26. **Mobile Telemedicine. A Computing and Networking Perspective** (2008, Auerbach Publications).
27. **Telehealth in the Developing World** (2009, Oxford University Press, USA)
28. **Telemedicine technologies. Information technologies in medicine and telehealth** (2011, Wiley).
29. **Telepediatrics - Telemedicine And Child Health** (2005, Royal Society of Medicine Press)
30. **Telepsychiatry With Children.** American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Telepsychiatry and AACAP Committee on Quality Issues. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Volume 56 numero 10 October 2017
31. **Telerehabilitation** (2013, Springer-Verlag London)
32. **Attività clinico -assistenziali durante emergenza COVID, indicazioni operative per i servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e per i servizi di riabilitazione dell'età evolutiva"** SINPIA - MARZO 2020
33. **Ministero della Salute "Indicazioni emergenziali per le attività assistenziali e le misure di prevenzione e controllo nei Dipartimenti di Salute Mentale e nei servizi di Neuropsichiatria Infantile dell'Infanzia e dell'Adolescenza"** - Circolare del 23 APRILE 2020
34. **Piano Nazionale Ripresa e Resilienza** (pag. 293)

