



Presidenza del Consiglio dei Ministri

REGIONE CALABRIA

DCA n. 65 del 10/06/2022

OGGETTO: Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 “Salute” – D.M. 29 aprile 2022. Adozione LINEE GUIDA ORGANIZZATIVE CONTENENTI IL MODELLO DIGITALE PER L’ATTUAZIONE DELL’ASSISTENZA DOMICILIARE.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTO l’articolo 120, comma 2, della Costituzione;

VISTO l’articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n.131;

VISTO l’Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, perfezionato tra il Ministro della salute, quello dell’Economia e delle Finanze e il Presidente p.t. della Regione Calabria, in data 17 dicembre 2009 e poi recepito con DGR n. 97 del 12 febbraio 2010;

VISTO l’articolo 4, commi 1 e 2, del D.L. 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222;

VISTA la legge 23 dicembre 2009, n. 191 e, in particolare, l’articolo 2, commi 80, 88 e 88 bis;

DATO ATTO che i contenuti del mandato commissariale ad acta - di cui, originariamente, alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010, per come successivamente implementato - sono tali da affidare al nominato Commissario ad acta, ex art. 120, comma 2, della Costituzione, l’incarico prioritario di attuare i programmi operativi di prosecuzione del Piano di rientro nonché di tutti gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l’erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, ivi compresa l’attuazione del decreto legge 10 novembre 2020, n. 150.

In particolare, nel detto ambito provvedimentale e nel rispetto della cornice normativa vigente, sono stati affidati al Commissario ad acta le seguenti azioni e interventi prioritari:

- 1)** adozione di ogni necessaria iniziativa al fine di ricondurre il livello di erogazione dei livelli essenziali di assistenza agli *standard* di riferimento, in particolare con riguardo all’adesione agli *screening* oncologici, all’assistenza territoriale ed alla qualità e sicurezza dell’assistenza ospedaliera;
- 2)** completamento ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete di emergenza-urgenza e delle reti tempo dipendenti, in coerenza con il fabbisogno assistenziale, in attuazione del regolamento adottato con decreto del Ministero della salute del 2 aprile 2015 n. 70, ed in coerenza con le indicazioni dei Tavoli tecnici di verifica;
- 3)** definizione ed attuazione delle reti cliniche specialistiche;
- 4)** monitoraggio delle procedure per la realizzazione dei Nuovi Ospedali secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria regionale;

- 5) revisione ed attuazione del provvedimento di riassetto della rete di assistenza territoriale, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente e con le indicazioni dei Tavoli tecnici di verifica;
- 6) completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
- 7) completa attuazione delle linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita (Conferenza Unificata Rep. Atti 137/CU del 16/12/2010);
- 8) gestione ed efficientamento della spesa per il personale in coerenza con l'effettivo fabbisogno, in applicazione della normativa vigente in materia;
- 9) razionalizzazione ed efficientamento della spesa per l'acquisto di beni e servizi in ottemperanza alla normativa vigente;
- 10) gestione ed efficientamento della spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera al fine di garantire il rispetto dei vigenti tetti di spesa previsti dalla normativa nazionale e il corretto utilizzo dei farmaci in coerenza con il fabbisogno assistenziale;
- 11) definizione dei tetti di spesa e dei conseguenti contratti con gli erogatori privati accreditati per l'acquisto di prestazioni sanitarie in coerenza con il fabbisogno assistenziale, con l'attivazione, in caso di mancata stipula del contratto, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies, comma 2-quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni sanitarie, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente;
- 12) adozione di ogni necessaria iniziativa commissariale al fine di pervenire alla completa implementazione dei flussi informativi del Nuovo Sistema Informativo Sanitario da parte delle aziende in termini di completezza e qualità, ivi inclusa l'implementazione del nuovo sistema informativo contabile regionale, al fine di implementare il sistema di monitoraggio del Servizio Sanitario Regionale per il governo delle azioni previste dal Piano di rientro con riferimento alla garanzia dell'equilibrio economico-finanziario e alla garanzia dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- 13) sottoscrizione degli accordi interregionali bilaterali in materia di mobilità sanitaria ai sensi dell'articolo 9, comma 3, del Patto per la salute 2014-2016 sancito con Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 e dell'articolo 1, comma 576, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 e s.m.i.;
- 14) attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale;
- 15) definizione e stipula del protocollo d'intesa con l'Università degli Studi "Magna Graecia" di Catanzaro in coerenza con la normativa vigente;
- 16) interventi per la gestione, razionalizzazione ed efficientamento della spesa e delle attività proprie della medicina di base;
- 17) adozione dei provvedimenti necessari alla regolarizzazione degli interventi di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti;
- 18) rimozione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009, dei provvedimenti, anche legislativi, adottati dagli organi regionali e i provvedimenti aziendali che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro e dei successivi Programmi operativi, nonché in contrasto con la normativa vigente e con i pareri e le valutazioni espressi dai Tavoli tecnici di verifica e dai Ministeri affiancanti;
- 19) puntuale monitoraggio di quanto previsto dal Titolo II del decreto legislativo 118/2011 con riferimento alle rilevazioni del bilancio regionale riferite alle risorse destinate al Servizio sanitario regionale;
- 20) puntuale verifica dell'ordinato trasferimento da parte del bilancio regionale al SSR delle risorse ad esso destinate;
- 21) conclusione della procedura di regolarizzazione delle poste debitorie relative all'ASP di Reggio Calabria e delle ulteriori poste debitorie eventualmente presenti negli altri enti del Servizio Sanitario Regionale;
- 22) riconduzione dei tempi di pagamento dei fornitori ai tempi della direttiva europea 2011/7/UE del 2011, recepita con decreto legislativo n. 192/2012;

- 23)** ricognizione, quantificazione e gestione del contenzioso attivo e passivo in essere, e verifica dei fondi rischi aziendali e consolidato sanitario regionale;
- 24)** prosecuzione e tempestiva conclusione delle azioni previste per la puntuale attuazione del Percorso attuativo della certificabilità;
- 25)** programmazione degli investimenti per interventi edilizi e/o tecnologici in coerenza con quanto previsto dall'articolo 25, comma 3, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 e secondo gli indirizzi di programmazione coerenti con il decreto del Ministero della salute del 2 aprile 2015 n. 70 e con le misure di razionalizzazione ed efficientamento del patrimonio immobiliare strumentale e non strumentale, fermo restando quanto disposto dal decreto legge 10 novembre 2020, n. 150;
- 26)** attuazione dei nuovi compiti assegnati al Commissario ad acta dal decreto legge 10 novembre 2020, n. 150. In particolare, il Commissario ad acta:
- a) fornisce indicazioni in ordine al supporto tecnico ed operativo da parte di Agenas previsto all'articolo 1, comma 4, del citato decreto legge;
 - b) attua quanto previsto all'articolo 1, comma 2, del citato decreto legge;
 - c) nomina i commissari straordinari aziendali ai sensi dell'articolo 1 del citato decreto legge e verifica trimestralmente il relativo operato in relazione al raggiungimento degli obiettivi di cui al Programma operativo 2019-2021, anche ai fini di quanto previsto dall'articolo 2, comma 6, del citato decreto legge;
 - d) approva gli atti aziendali adottati dai commissari straordinari, al fine di garantire il rispetto dei LEA e di assicurarne la coerenza con il piano di rientro dai disavanzi nel settore sanitario e con i relativi programmi operativi di prosecuzione nonché al fine di ridefinire le procedure di controllo interno;
 - e) adotta gli atti aziendali in caso di inerzia da parte dei commissari straordinari ai sensi dell'articolo 2 del citato decreto legge;
 - f) verifica periodicamente, che non sussistano i casi di cui all'articolo 3, comma 1, quinto periodo, del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, in relazione all'attività svolta dai direttori amministrativi e sanitari;
 - g) provvede in via esclusiva all'espletamento delle procedure di approvvigionamento di cui all'articolo 3 del citato decreto legge;
 - h) valuta l'attivazione del supporto del Corpo della Guardia di finanza in coerenza con l'articolo 5 del citato decreto legge;
 - i) adotta il Programma operativo per la gestione dell'emergenza Covid-19 previsto dall'articolo 18 del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18;
 - j) definisce il Piano triennale straordinario di edilizia sanitaria e di adeguamento tecnologico della rete di emergenza, della rete ospedaliera e della rete territoriale della Regione;
 - k) presenta, adotta e attua i Programmi operativi 2022-2023, anche ai fini di quanto previsto dall'articolo 6 del citato decreto legge;
 - l) coordina le funzioni di supporto alla programmazione sanitaria delle aziende del Servizio sanitario regionale assicurandone l'efficacia;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021 con la quale il Presidente della Giunta della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria, secondo i programmi operativi di cui all'art. 2, comma 88, della legge n. 191 del 2009, ivi ricomprendendo la gestione dell'emergenza pandemica;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 18 novembre 2021 con la quale il dott. Maurizio Bortoletti è stato nominato subcommissario per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, non ancora in attività;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 23 dicembre 2021 con la quale si è integrato il mandato commissariale attribuito, con la deliberazione del 4 novembre 2021, che confermava il mandato commissariale del 27 novembre 2020, con l'implementazione del punto:

27) attuazione dei nuovi compiti assegnati al Commissario ad acta dall'articolo 16-septies del decreto legge 21 ottobre 2021, n. 146, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2021, n. 215”;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 23 dicembre 2021, con la quale il dott. Ernesto Esposito è stato nominato subcommissario per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021, come integrato dal punto A) della medesima delibera con particolare riferimento alle azioni 1), 2), 3), 5), 6), 7), 8), 10), 11), 14), 16) e 17);

VISTO il d. lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i.;

VISTO il D.Lgs. n.502/1992 s.m.i., che, all'art.2, co.1, attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;

VISTA la Legge regionale 19 marzo 2004, n. 111 “Piano Regionale per la Salute 2004/2006” e successive modifiche ed integrazioni;

VISTO il Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 che istituisce il Dispositivo per la ripresa e la resilienza;

VISTO il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), approvato dal Governo e trasmesso il 30 aprile alla Commissione Europea;

VISTO la Proposta della Commissione europea di Decisione di esecuzione del Consiglio relativa all'approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e la resilienza dell'Italia (COM (2021) 344 final del 22 giugno 2021) così come approvata nel Consiglio "Economia e finanza" del 13 luglio 2021;

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante “Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178”. Rep. Atti n. 151/CSR del 4 agosto 2021;

VISTO il DCA n. 10 del 24 febbraio 2022, con il quale è stata recepita l'Intesa Stato-Regioni n. 151 del 4 agosto 2021 recante “Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178”;

PREMESSO CHE:

- il D.L. del 31 maggio 2021, n. 77, convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2021, n. 108, avente ad oggetto “*Governance del Piano Nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure*”, definisce il quadro normativo nazionale finalizzato a semplificare e agevolare la realizzazione dei traguardi e degli obiettivi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);
- il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza destina alla Missione 6 “Salute” la somma di € 15.625.541.083,51 nelle due componenti:
 - C1. Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – Affidata al Coordinamento del Ministero della Salute per il tramite dell'Agenas;
 - C2. Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale – Affidata al coordinamento diretto del Ministero della Salute;
- la governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) è stata definita, con un'articolazione a più livelli, dal decreto-legge del 31 maggio 2021, n. 77, convertito dalla legge

- 19 luglio 2021, n. 108. In precedenza, la legge di bilancio per il 2021 (legge n. 178 del 2020) aveva stabilito, ai commi 1037-1050, le prime misure per l'attuazione del programma Next Generation EU;
- il decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108, concernente la *governance* del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e le prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure ed in particolare:
 - l'articolo 6 che istituisce presso il Ministero dell'economia e delle finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, un ufficio centrale di livello dirigenziale generale, denominato Servizio centrale per il PNRR, con compiti di coordinamento operativo, monitoraggio, rendicontazione e controllo del PNRR;
 - l'articolo 7, comma 8, ai sensi del quale *“ai fini del rafforzamento delle attività di controllo, anche finalizzate alla prevenzione ed al contrasto della corruzione, delle frodi, nonché ad evitare i conflitti di interesse ed il rischio di doppio finanziamento pubblico degli interventi, ferme restando le competenze in materia dell'Autorità nazionale anticorruzione, le amministrazioni centrali titolari di interventi previsti dal PNRR possono stipulare specifici protocolli d'intesa con la Guardia di Finanza senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica”*;
 - l'articolo 8 ai sensi del quale ciascuna Amministrazione centrale, titolare di interventi del PNRR, provvede al coordinamento delle relative attività di gestione, nonché al loro monitoraggio, rendicontazione e controllo;
 - gli articoli 9 e il 10 che disciplinano il supporto tecnico operativo di cui le Amministrazioni centrali, le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali possono avvalersi al fine di assicurare l'efficace e tempestiva attuazione degli interventi;
 - l'articolo 12 che disciplina l'istituto e l'attivazione dei poteri straordinari e sostitutivi;
 - l'articolo 56, comma 2, che individua il Contratto Istituzionale di Sviluppo quale strumento di attuazione rafforzata degli interventi finanziati dal PNRR di competenza del Ministero della salute e comma 2 bis, che dispone *“Per l'attuazione di quanto previsto al comma 2, il Ministro della salute promuove e stipula appositi contratti istituzionali di sviluppo e ne coordina la successiva attuazione”*;
 - il Decreto del 15/07/2021, del Ministro dell'Economia e delle Finanze, individua gli obiettivi iniziali, intermedi e finali determinati per ciascun programma, intervento e progetto del Piano, nonché le relative modalità di monitoraggio;
 - il Decreto del 06/08/2021 (G.U. n. 229 del 24/09/2021) del Ministro dell'Economia e delle Finanze ha assegnato alle singole amministrazioni titolari degli interventi (tra le quali il Ministero della Salute) le risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) provvedendo a ripartire le stesse e a definire traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione;
 - in particolare, sono stati assegnati alla titolarità del Ministero della Salute per l'attuazione della Missione 6 denominata "Salute" oltre 15 mld di euro di cui 2,979 mld di euro relativi a interventi in corso, 9,645 mld di euro per nuovi progetti e 3 mld di euro a valere sulle risorse del Fondo complementare;
 - con Decreto del Presidente Consiglio dei Ministri del 15/09/2021 sono state definite le modalità, le tempistiche e gli strumenti per la rilevazione dei dati di attuazione finanziaria, fisica e procedurale relativa a ciascun progetto finanziato nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza di cui al regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo, nonché dei "milestone" e "target" degli investimenti e delle riforme e di tutti gli ulteriori elementi informativi previsti nel Piano necessari per la rendicontazione alla Commissione Europea;
 - in particolare, l'art. 2 comma 2 conferma in capo alle Amministrazioni centrali, alle Regioni, alle Province Autonome e agli Enti Locali la realizzazione operativa dei progetti e il comma 3 dispone che tutte le amministrazioni di cui al comma 2 devono, tra le altre cose:

- a. *"Garantire che i progetti siano sempre corredati, ai fini dell'ottenimento dei relativi finanziamenti pubblici, del Codice unico di progetto (CUP) di cui all'articolo 11 della legge 16 gennaio 2003, n. 3, che deve figurare già nella fase di presentazione ed in tutte le successive transazioni, inclusa la fattura elettronica, gli ordini di impegno e di pagamento;*
- b. *Verificare che gli interventi siano coerenti con le ipotesi programmatiche afferenti alle misure PNRR di riferimento e soddisfino le condizioni associate in termini di contributo all'obiettivo digitale e all'obiettivo sulla mitigazione del cambiamento climatico, del requisito "non arrecare danno significativo"; nonché dell'avanzamento concordato per milestone e target";*
- l'art. 5 del citato DPCM conferma che gli atti delle Amministrazioni titolari anche di natura regolamentare che dispongono il finanziamento pubblico o autorizzano la realizzazione di investimenti, previa ripartizione delle risorse e specifica individuazione dei beneficiari e degli interventi stessi, devono contenere per ciascun progetto del PNRR, a pena di nullità dell'atto stesso, il relativo codice unico di progetto (CUP), in conformità a quanto previsto dalla Delibera CIPE n. 63/2020.
- con Decreto dell'11/10/2021 (G.U. n. 279 del 23/11/2021) il Ministro dell'Economia e delle Finanze ha definito le procedure relative alla gestione finanziaria delle risorse previste nell'ambito del PNRR di cui all'art. 1 comma 1042 della L. n. 178/2020. In particolare l'art. 3 definisce le modalità per il trasferimento delle risorse alle Regioni.
- con Decreto del 20/01/2022, pubblicato nella G.U. n. 57 del 09/03/2022, il Ministero della Salute ha:
 - 1) determinato in € 8.042.960.665,58 le risorse destinate alla realizzazione di interventi a regia del Ministero e Soggetti attuatori le Regioni e Province Autonome, di cui € 6.592.960.665,58 a valere sul PNRR e € 1.450.000.000,00 a valere sul PNC;
 - 2) ripartito alle Regioni e Province Autonome, in qualità di Soggetti attuatori, le risorse di cui al punto 1;
 - 3) stabilito che l'assegnazione delle risorse verrà revocata qualora il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) non venga sottoscritto entro il 31 maggio 2022 e comunque nel caso di mancato raggiungimento della Milestone EU che prevede l'approvazione di tutti i CIS con tutte le Regioni entro il 30 giugno 2022;

CONSIDERATO CHE

- l'art. 10, comma 2, del decreto-legge 10 settembre 2021, n. 121 (convertito in L. 156/2021), prevede che *«Il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze con cui sono state individuate le risorse finanziarie, come determinate nella decisione di esecuzione del Consiglio UE - ECOFIN recante «Approvazione della valutazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza dell'Italia», viene aggiornato sulla base di eventuali riprogrammazioni del PNRR adottate secondo quanto previsto dalla normativa dell'Unione. Le risorse del Fondo per lo sviluppo e la coesione necessarie all'attuazione del Piano sono assegnate annualmente sulla base del cronoprogramma finanziario degli interventi cui esse sono destinate»;*
- l'art. 10, comma 3, del menzionato decreto-legge 10 settembre 2021, n. 121, prevede che *«La notifica della citata decisione di esecuzione del consiglio UE - ECOFIN recante «Approvazione della valutazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza dell'Italia», unitamente al decreto del Ministro dell'economia e delle finanze di cui al comma 2, costituiscono la base giuridica di riferimento per l'attivazione, da parte delle amministrazioni responsabili, delle procedure di attuazione dei singoli interventi previsti dal PNRR, secondo quanto disposto dalla vigente normativa nazionale ed europea, ivi compresa l'assunzione dei corrispondenti impegni di spesa, nei limiti delle risorse assegnate ai sensi del decreto di cui al comma 2»;*
- l'accordo stipulato in data 31 dicembre 2021, ai sensi dell'art. 15, della legge 7 agosto 1990, n. 241, dal Ministero della salute - Unità di missione per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza, dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e dalla Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per la trasformazione

digitale (DTD), per la realizzazione degli investimenti della Component 1 della Missione 6 del PNRR;

- AGENAS, ai sensi del suddetto accordo, garantisce il supporto tecnico operativo, tra l'altro, per l'investimento M6-C1 1.2 «Casa come primo luogo di cura e telemedicina»;
- l'investimento del PNRR M6-C1 1.2 «Casa come primo luogo di cura e telemedicina» e, in particolare, la milestone EU M6C1-4 che prevede entro il Q2 2022 la «Approvazione delle linee guida contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare»;
- con deliberazione direttoriale AGENAS n. 367 del 30 settembre 2021 è stato costituito il Gruppo tecnico di lavoro «Telemedicina» e la successiva attivazione del sottogruppo di lavoro per la definizione delle linee guida contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare;
- nel corso della seduta del 28 aprile 2022 è stata sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento elaborato dal Gruppo tecnico di lavoro «Telemedicina» denominato «LINEE GUIDA ORGANIZZATIVE CONTENENTI IL MODELLO DIGITALE (Milestone EU M6C1-4);

CONSIDERATO, ALTRESÌ, CHE

- con Decreto del Ministero della Salute 29 aprile 2022 avente ad oggetto «Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare», ai fini del raggiungimento della Milestone EU M6C1-4, di cui all'Annex alla decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, recante l'approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e resilienza dell'Italia» sono approvate le linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare», ai fini del raggiungimento della milestone EU M6C1-4, di cui all'Annex alla decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021.
- con nota del 27/05/2022, acquisita al prot. n. 265853 del 07/06/2022, il Direttore Generale dell'Unità di Missione nel notificare le linee guida adottate con DM del 29 aprile 2022, pubblicato nella GU n. 120 del 24 maggio u.s., ha chiesto di acquisire, entro la data del 10 giugno 2022, da parte di ciascuna Regione/Provincia Autonoma la deliberazione o, alternativamente, la determinazione di adozione delle soprarichiamate linee guida;
- si rende necessario recepire il documento «LINEE GUIDA ORGANIZZATIVE CONTENENTI IL MODELLO DIGITALE PER L'ATTUAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE» adottato con DM 29 aprile 2022 pubblicato in GU n.120 del 24 maggio 2022, allegato al presente decreto, di cui forma parte integrale e sostanziale;

DATO ATTO CHE il presente Decreto Commissariale non comporta maggiori oneri a carico del bilancio regionale;

VISTA l'istruttoria effettuata dall'Unità Organizzativa Autonoma - Investimenti Sanitari, che ne attesta la regolarità tecnica e amministrativa;

SU PROPOSTA del Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio-Sanitari;

Tutto ciò premesso, che costituisce parte integrante e sostanziale dell'odierno provvedimento, il Presidente Dott. Roberto Occhiuto, nella sua qualità di nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro, cui è sottoposta la Regione Calabria;

DECRETA

DI PRENDERE atto di quanto riportato in narrativa che qui si intende integralmente richiamato.

DI ADOTTARE il documento «LINEE GUIDA ORGANIZZATIVE CONTENENTI IL MODELLO DIGITALE PER L'ATTUAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE» approvato con DM 29 aprile 2022 pubblicato in GU n.120 del 24 maggio 2022, allegato al presente decreto, di cui forma parte integrale e sostanziale.

DI PROCEDERE, in corso di attuazione, a definire le eventuali specificità regionali, con successivi provvedimenti.

DI NOTIFICARE il presente provvedimento alle Aziende Sanitarie Provinciali e Ospedaliere del SSR della Regione Calabria.

DI TRASMETTERE il presente provvedimento al Ministero della Salute e all'Unità di Missione PNRR presso il Ministero della Salute.

DI DARE ATTO che il presente provvedimento non comporta maggiori oneri a carico del bilancio regionale.

DI TRASMETTERE al Dirigente Generale del Dipartimento regionale Tutela della Salute e Servizi Socio-Sanitari il presente provvedimento per la relativa attuazione nonché per la notifica ai soggetti interessati.

DI INVIARE il presente decreto ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, per la relativa validazione attraverso l'apposito sistema documentale "Piani di Rientro".

DI DARE MANDATO al Dirigente Generale del Dipartimento regionale Tutela della Salute e Servizi Socio-Sanitari per la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale Regione Calabria ai sensi della Legge Regionale 6 aprile 2011, n. 11 nonché sul sito istituzionale della Regione Calabria ai sensi del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Il Sub Commissario
f.to Dott. Ernesto Esposito

Il Commissario *ad acta*
f.to Dott. Roberto Occhiuto

Dipartimento Tutela della Salute Servizi Socio Sanitari

U.O.A. - Investimenti Sanitari

Il Responsabile del procedimento
Settore n. 1
f.to Ing. Francesco Dattolo

Il Dirigente
U.O.A. - Investimenti Sanitari
f.to Ing. Pasquale Gidaro

Il Dirigente Generale
f.to Ing. Iole Fantozzi

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Missione 6: Salute Componente 1 (M6C1): Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Investimento 1.2.1 Assistenza Domiciliare

LINEE GUIDA ORGANIZZATIVE CONTENENTI IL MODELLO DIGITALE PER L'ATTUAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE (Milestone EU M6C1-4)

Elenco degli acronimi

Acronimo	Definizione
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
APP	Applicazione
ASL	Azienda Sanitaria Locale
CDC	Case della Comunità
COT	Centrale Operativa Territoriale
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico
IFOC	Infermiere di Famiglia o di Comunità
MCA	Medico di Continuità Assistenziale
MMG	Medico di Medicina Generale
PAI	Piano Assistenziale Individualizzato
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PGHD	Patient-Generated Health Data
PIC	Presa In Carico
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PRI	Piano Riabilitativo Individuale
SIAD	Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare
TS	Tessera Sanitaria
UCA	Unità di Continuità Assistenziale
UCP	Unità di Cure Palliative
UVM	Unità di Valutazione Multidimensionale

Sommario

1. PREMESSA.....	3
1.1 Contesto e obiettivo.....	3
1.2 Metodologia di lavoro.....	5
2. LA TELEMEDICINA NELLE CURE DOMICILIARI.....	6
2.1 Elementi caratterizzanti del modello digitale	6
<i>2.1.1 Modalità di accesso al servizio</i>	<i>6</i>
<i>2.1.2 Presa in carico a domicilio</i>	<i>8</i>
<i>2.1.3 Piattaforma tecnologica</i>	<i>9</i>
<i>2.1.4 Matrice degli attori e delle responsabilità</i>	<i>10</i>
<i>2.1.5 Personalizzazione della presa in carico.....</i>	<i>11</i>
<i>2.1.6 Formazione degli operatori.....</i>	<i>12</i>
2.2 Modalità di applicazione del modello digitale	13
<i>2.2.1 La Televisita</i>	<i>21</i>
<i>2.2.2 Il Teleconsulto medico</i>	<i>25</i>
<i>2.2.3 La Teleconsulenza medico-sanitaria</i>	<i>29</i>
<i>2.2.4 La Teleassistenza.....</i>	<i>32</i>
<i>2.2.5 Il Telemonitoraggio.....</i>	<i>35</i>
<i>2.2.6 Il Telecontrollo</i>	<i>39</i>
<i>2.2.7 La Teleriabilitazione</i>	<i>43</i>
GLOSSARIO	47
RIFERIMENTI PRINCIPALI	50

1. PREMESSA

1.1 Contesto e obiettivo

Le presenti linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare, che si configurano come linee di indirizzo, costituiscono la milestone "EU M6C1 - 4" della Missione 6 Componente 1 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (M6C1 - PNRR). Tale documento si inserisce, pertanto, nel contesto degli interventi previsti nel suddetto Piano anche in coerenza con la riforma dell'assistenza territoriale, anch'essa milestone del PNRR.

Tutti gli interventi della M6C1 sono volti al potenziamento dell'assistenza territoriale, in particolare alla finalizzazione del principio di "casa come primo luogo di cura".

Gli elementi fondamentali della riorganizzazione dell'assistenza territoriale, volti a perseguire tale principio e quindi con un impatto sull'organizzazione delle cure domiciliari, sono principalmente:

- la *Casa della Comunità* (CdC) che consente di contare sulla presenza medica h24 o h12 e di altri professionisti sanitari a seconda della connotazione *hub&spoke*. Nella casa di comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n. 234, subordinatamente alla sottoscrizione della relativa Intesa ivi prevista e alla sottoscrizione dell'accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, anche al fine di definire gli ambiti delle competenze del Servizio sanitario nazionale da un lato e dei comuni dall'altro, mediante l'impiego delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza disponibili a legislazione vigente;
- il *Medico di Medicina Generale – Pediatra di Libera scelta* (MMG/PLS), che nel nuovo assetto organizzativo delle cure primarie consolida il rapporto fiduciario con l'assistito, svolgendo il ruolo di responsabile clinico del rapporto di cura;
- la *Centrale Operativa Territoriale* (COT) quale modello organizzativo di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali;
- l'*Infermiere di Famiglia o di Comunità* (IFoC)¹ che facilita e monitora i percorsi di presa in carico e di continuità dell'assistenza in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio, utilizzando anche strumenti digitali e di telemedicina;

¹ Articolo 1, comma 5 del decreto legge n. 34/2020

Al fine di rafforzare i servizi infermieristici, con l'introduzione altresì dell'infermiere di famiglia o di comunità, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2 identificati come affetti da COVID-19, anche coadiuvando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, nonché di tutti i soggetti di cui al comma 4, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, possono, in relazione ai modelli organizzativi regionali, utilizzare forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, con decorrenza dal 15 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020, con infermieri che non si trovino in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, in numero non superiore a otto unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti. Per le attività assistenziali svolte è riconosciuto agli infermieri un compenso lordo di 30 euro ad ora, inclusivo degli oneri

- l'*Unità di Continuità Assistenziale (UCA)* che supporta i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità, e opera sul territorio di riferimento anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina;
- la *rete di Cure palliative* in cui è inserito, quale nodo della rete, anche il *setting* domiciliare.

Le presenti linee guida organizzative, che si evidenzia non rientrano nella fattispecie di cui all'articolo 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24, si propongono di definire nel contesto descritto il modello organizzativo per l'implementazione dei diversi servizi di telemedicina nel *setting* domiciliare, attraverso la razionalizzazione dei processi di presa in carico e la definizione dei relativi aspetti operativi, consentendo di erogare servizi attraverso team multiprofessionali secondo quanto previsto a legislazione vigente anche a distanza.

Le componenti fondamentali del modello organizzativo domiciliare, a cui fanno riferimento le presenti linee, sono:

- a) il servizio di assistenza domiciliare, che garantisce la continuità dell'assistenza nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente;
- b) la pianificazione degli accessi domiciliari, sviluppata nell'arco dell'intera settimana secondo quanto previsto dalla predetta normativa tenendo conto della complessità clinico-assistenziale dei pazienti;
- c) il servizio di cure domiciliari integrato con prestazioni di telemedicina da remoto;

Coerentemente con l'attivazione e la fruizione del modello che viene di seguito descritto, il presente documento si propone di contribuire al raggiungimento dei seguenti obiettivi di sistema:

- incrementare il numero di pazienti presi in carico a domicilio, quale obiettivo macro proposto dal PNRR, consentendo di raggiungere il valore soglia del 10% degli assistiti ultrasessantacinquenni;
- garantire a tutta la popolazione lo stesso livello assistenziale e qualità delle cure erogate migliorando l'efficienza organizzativa anche in contesti geograficamente svantaggiati;
- fornire al paziente un'assistenza che comprenda risposte a bisogni clinico-assistenziali, e psicologici anche per ridurre l'impatto negativo del vissuto di malattia del paziente
- ridurre gli accessi al pronto soccorso, l'ospedalizzazione e l'esposizione ai rischi legati ad essa, nonché il ricorso all'istituzionalizzazione;
- permettere una dimissione protetta dalle strutture di ricovero potendo assicurare a domicilio la continuità di assistenza e cure di pari efficacia;
- ridurre gli accessi in *day hospital* sviluppando risposte alternative a domicilio;

riflessi, per un monte ore settimanale massimo di 35 ore. Per le medesime finalità, a decorrere dal 1° gennaio 2021, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, possono procedere al reclutamento di infermieri in numero non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti, attraverso assunzioni a tempo indeterminato e comunque nei limiti di cui al comma 10.

- ridurre gli accessi, da parte degli assistiti, in luoghi di cura non appropriati per la patologia;
- prendere in carico il paziente a domicilio, coordinandone la gestione e assicurando il costante monitoraggio di parametri clinici, al fine di ridurre il rischio d'insorgenza di complicazioni in persone a rischio o affette da patologie croniche;
- fornire alla famiglia educazione terapeutica nel proprio contesto di vita, migliorando l'uso di risorse e di servizi, favorendo le attività di sorveglianza in ambito sanitario;
- accrescere l'utilizzo appropriato dei servizi a distanza finalizzato ad una più efficace risposta ai bisogni assistenziali;
- migliorare la qualità di vita percepita del paziente, delle famiglie e dei *caregiver*;
- migliorare le transizioni tra *setting* grazie all'informatizzazione e all'interoperabilità dei sistemi e favorire la continuità informativa nelle transizioni tra *setting*.

Inoltre, analogamente ad ogni altra prestazione erogata nel *setting* domiciliare, anche i servizi attivati in telemedicina dovranno essere opportunamente registrati e rendicontati nell'ambito dell'alimentazione del flusso SIAD, oltre a garantire apertura/chiusura della cartella domiciliare con i dati necessari alla continuità clinico/assistenziale ospedale-territorio.

Infine, in relazione a quanto previsto dalla Missione 5 (M5C2.1 - PNRR), che prevede nello specifico il rafforzamento dei servizi sociali a domicilio al fine di garantire la dimissione protetta e prevenire il ricovero in ospedale, si ritiene che alcuni strumenti di telemedicina, quali la teleassistenza, possano essere integrati ed utilizzati anche per attività svolte da professionisti del sociale appartenenti ai Comuni, specie in un'ottica di integrazione sociosanitaria. Al riguardo considerato che le prestazioni sociali che integrano le cure domiciliari in esito alla valutazione multidimensionale, sono erogate dai Comuni anche con modalità di compartecipazione alla spesa, spesso correlate all'ISEE degli assistiti, è necessario tenere distinte le attività di teleassistenza sanitaria in ADI garantite dal SSN, da quelle sociali.

Per la rendicontazione delle prestazioni di telemedicina, nelle more della definizione di specifiche tariffe nazionali, si precisa che si applicano le attuali modalità utilizzate per erogare le medesime attività assistenziali erogate in modalità tradizionale.

Gli strumenti di telemedicina tra l'altro dovranno essere integrati con i sistemi informativi aziendali (CCE, repository, ecc.)

1.2 Metodologia di lavoro

Le presenti linee guida sono state redatte dall'apposito gruppo di lavoro e potrebbero necessitare di taluni coordinamenti in relazione al testo definitivo della riforma relativa alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale in corso di adozione.

Si è ritenuto di corredare il testo di rappresentazioni grafiche dei processi al fine di rendere il testo maggiormente comprensibile e nello stesso tempo offrire una base di partenza, già allineata di massima agli *standard* di riferimento in corso di definizione, per la rappresentazione definitiva dei processi che verranno adottati nelle singole realtà locali.

2. LA TELEMEDICINA NELLE CURE DOMICILIARI

2.1 Elementi caratterizzanti del modello digitale

2.1.1 Modalità di accesso al servizio

L'attivazione di un "percorso di telemedicina" potrà avvenire:

- dal setting domiciliare: tutti gli attori dell'assistenza territoriale (ognuno per le proprie competenze) possono individuare e proporre il paziente per il quale l'utilizzo di strumenti di telemedicina sia adeguato e utile all'integrazione delle cure domiciliari, e possono farlo in modo diretto oppure, qualora necessario, previa valutazione in sede di Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), anche avvalendosi a seconda del modello organizzativo locale, della Centrale Operativa dell'ADI, ove presente, e della COT; quest'ultima modalità è opportuna quando si renda necessario l'intervento di diversi operatori ed il raccordo tra più servizi e *setting*;
- dal setting di ricovero: è il personale della struttura, il medico in raccordo con il *case manager* della procedura di dimissione che ravvedono la possibilità di prosecuzione delle cure attraverso interventi domiciliari anche supportati da servizi di telemedicina; in questo caso segnala le proprie indicazioni e proposte al momento della richiesta di presa in carico di dimissione "protetta" alla COT, che provvede all'organizzazione ed attivazione dei servizi e professionisti preposti alla valutazione, ove non già attivati dalla struttura di ricovero, e, in caso positivo, alla successiva garanzia della presa in carico.

Ogni qualvolta la presa in carico dal *setting* di ricovero o domiciliare prospetti interventi complessi ed in team multidisciplinare e/o multiprofessionale si procede alla valutazione del caso in sede di UVM ed alla definizione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) in stretta collaborazione con il MMG/PLS dell'assistito e, quando necessario, anche il Piano Riabilitativo Individuale (PRI). L'UVM potrà anche essere realizzata coinvolgendo da remoto i professionisti, qualora siano già disponibili informaticamente tutte le informazioni e le valutazioni. Inoltre è opportuno prevedere che l'idoneità del paziente a poter fruire di prestazioni e servizi in telemedicina sia oggetto di rivalutazione periodica, con cadenza adeguata al relativo percorso di cura e alle prospettive di evoluzione delle condizioni di fragilità dell'assistito.

Il PAI presenterà, oltre agli elementi tradizionalmente costitutivi (es. équipe coinvolta, obiettivi di assistenza clinica-infermieristica-riabilitativa, tempistiche, ecc.), gli eventuali servizi e prestazioni che potranno essere erogati in telemedicina.

Interventi assistenziali più semplici, anche limitati nel tempo (es. la prosecuzione a domicilio di breve terapia infusoriale, medicazioni di ferite chirurgiche, ecc.), che non richiedono normalmente

l'intervento dell'UVM, potrebbero essere utilmente integrati con occasionali interventi di telemedicina (es. teleconsulenza medico-sanitaria) per decisioni cliniche contingenti coordinate tra professionisti.

Nel complesso i sistemi informativi devono consentire l'incontro dei professionisti in modo virtuale e la possibilità di generare i diversi piani di cura in formato digitale, in modo che possano essere inseriti, condivisi, consultati e aggiornati nel FSE dell'assistito.

Un ruolo strategico sarà assicurato dalla domotica quale uso intelligente delle tecnologie e delle strumentazioni mediche presso l'assistito.

L'idoneità del paziente/*caregiver* a poter fruire di prestazioni e servizi in telemedicina dovrà essere stabilita caso per caso, valutando per la singola tipologia di servizio:

- la possibilità per il paziente/*caregiver* di accedere a sistemi ed infrastrutture tecnologiche che soddisfino almeno i requisiti minimi tecnici per una corretta e sicura fruizione della prestazione o servizio;
- le competenze e le abilità minime che il paziente deve possedere, per poter utilizzare in modo appropriato le piattaforme tecnologiche, tenendo anche conto dell'eventuale supporto aggiuntivo che può ricevere dal *caregiver*.

In generale sono requisiti essenziali per l'attivazione del percorso di cure domiciliari supportate da strumenti di telemedicina:

- l'adesione da parte dell'interessato al percorso domiciliare e all'attivazione della prestazione in telemedicina in cui possono operare più figure professionali;
- l'individuazione, idoneità e formazione del paziente e/o del/i *caregiver*;
- l'adeguatezza degli aspetti sociali del contesto familiare, dell'ambiente domestico e della rete di sostegno;
- l'idoneità strutturale del contesto abitativo correlato al quadro clinico anche in relazione all'utilizzo di apparecchiature.

Per autorizzare l'adesione al trattamento domiciliare anche con servizi di telemedicina il paziente è quindi tenuto a compilare la modulistica necessaria, che comprende il consenso informato che il paziente esprime a seguito di opportuna informativa ricevuta che sarà predisposta dal Ministero della Salute in collaborazione con l'Autorità garante per la protezione dei dati personali e con le Regioni/PA, autorizzando a detto trattamento tutte le figure professionali coinvolte.

Si precisa, inoltre, che per gli eventi di telemedicina che necessitano del coinvolgimento occasionale di altri professionisti sanitari che non sono usualmente coinvolti nel processo di cura (in particolare il teleconsulto medico e la teleconsulenza medico-sanitaria), poiché si possono svolgere anche senza la presenza remota o fisica del paziente, è fondamentale descrivere, nell'informativa privacy fornita al paziente durante l'attivazione della presa in carico, tali modalità di modo che l'interessato possa conoscerle a priori.

2.1.2 Presa in carico a domicilio

I servizi in telemedicina si inseriscono a pieno titolo nel percorso di presa in carico a domicilio, sia che si tratti di una attività erogata a tantum, sia che si sviluppino come cicli di prestazioni (es. la teleriabilitazione) o in modalità continuativa (es. il telemonitoraggio).

In tale contesto la domotica consente di incrementare le prestazioni e l'assistenza domiciliare con particolare attenzione verso i pazienti anziani e con disabilità.

Gli strumenti di domotica concorrono ad aumentare l'efficacia dell'intervento sanitario oltre che sociale e a ridurre il rischio di istituzionalizzazione.

Nel percorso di presa in carico a domicilio intervengono:

- il MMG/PLS al quale è in capo la responsabilità clinica dell'assistito nel percorso generale di presa in carico;
- l'infermiere quale componente dell'équipe multiprofessionale, che funge da punto di riferimento per la famiglia e per gli altri attori (PLS/MMG, specialisti, MCA, altri professionisti) nella presa in carico del paziente. È figura di collegamento e facilitatore organizzativo e del coinvolgimento della persona, della famiglia e dei *caregiver* nella definizione ed attuazione del PAI. Può svolgere, attività di *case manager* in relazione al piano di cura domiciliare agevolando il percorso assistenziale assicurandone così la continuità;
- la COT e la Centrale Operativa dell'ADI ove presente, che possono trovare sede presso le Case della Comunità adeguatamente collegate alle piattaforme integrate agli applicativi aziendali, hanno la responsabilità dell'organizzazione, del tracciamento della presa in carico e delle eventuali transizioni tra *setting* che dovessero rendersi necessarie, provvedendo al raccordo tra i diversi soggetti e livelli assistenziali. In ogni caso la Centrale Operativa dell'ADI, ove presente, deve interagire con la COT e può eventualmente anche essere funzionalmente integrata ad essa.

Costituiscono elementi fondamentali:

- la programmazione e la realizzazione delle attività e il perseguimento degli obiettivi definiti nel PAI, laddove previsto, in accordo con il paziente e la famiglia;
- il collegamento a piattaforme tecnologiche di supporto alla presa in carico da parte dell'équipe multiprofessionale o del singolo professionista;
- la circolarità delle informazioni tra tutti gli attori coinvolti nella presa in carico al fine di garantire in tempo reale i dati aggiornati. Più in generale si rende necessario sviluppare l'integrazione tra il sistema informativo territoriale e ospedaliero finalizzato a garantire la continuità della presa in carico.

Si sottolinea che alcuni dei servizi di telemedicina richiedono per essere applicati documenti di riferimento (es. linee guida, protocolli, PDTA) che definiscano: tipologia di paziente e patologie eleggibili, prestazioni e servizi di telemedicina disponibili, set di parametri oggetto di eventuale monitoraggio e valori soglia di riferimento, indicatori appropriati (in particolare di esito); i parametri e i valori soglia possono essere personalizzati.

2.1.3 Piattaforma tecnologica

Per piattaforma tecnologica si intende l'infrastruttura informatica deputata all'erogazione dei servizi di telemedicina, integrata con l'ecosistema di sanità digitale (es. FSE) e che si interfaccia con la Piattaforma Nazionale per la Governance e Diffusione della Telemedicina per fornire dati utili per il monitoraggio dell'utilizzo della telemedicina su tutto il territorio nazionale nonché verificare l'utilizzo di soluzioni inserite nel catalogo nazionale telemedicina

Per i servizi di telemedicina è auspicabile un'organizzazione tecnica locale, quale, ad esempio, ove esistente, il Centro Servizi o un Centro Erogatore per la telemedicina o entrambi se non operano congiuntamente, presente nella sede operativa ADI (di cui all'Intesa Stato-Regioni del 4 agosto 2021), che intervenga quando necessario, anche in modo proattivo, da remoto o direttamente al domicilio, per le manutenzioni periodiche e per la risoluzione tempestiva di malfunzionamenti dei dispositivi tecnologici e della strumentazione messa a disposizione del paziente. Il Centro Servizi ha la funzione di gestione e manutenzione del sistema informativo, attraverso il quale il Centro Erogatore svolge la prestazione in telemedicina, l'installazione e la manutenzione degli strumenti nei siti remoti (casa del paziente o siti appositamente predisposti), la fornitura, la gestione e la manutenzione dei mezzi di comunicazione (compresa la gestione dei messaggi di allerta) tra pazienti e medici o altri operatori sanitari, l'addestramento di pazienti e familiari all'uso degli strumenti. Nel caso in cui non sia presente un Centro Servizi, le funzioni del Centro Servizi sono assolte dal Centro Erogatore o dall'articolazione aziendale deputata allo svolgimento delle funzioni sopra descritte. Il Centro Servizi non interviene a livello di responsabilità clinica, risponde al Centro Erogatore per quanto riguarda lo svolgimento efficace di tutti i suoi compiti, in particolare per gli aspetti di integrità e sicurezza delle informazioni sanitarie e sociosanitarie a valenza sanitaria trasmesse durante le attività di telemedicina. Come ogni sistema informatico che tratta dati sensibili deve rispondere alle prescrizioni normative in materia di trattamento dei dati personali². Il Centro Servizi, laddove necessario, può svolgere anche funzioni di sportello di assistenza (*help desk*) per i professionisti e per i pazienti. L'organizzazione di tali funzioni è comunque demandata ad ogni singola realtà locale nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente.

La strumentazione necessaria all'attivazione e al mantenimento dei servizi di telemedicina nell'assistenza domiciliare si configura, in generale, come segue: dispositivi per la registrazione, archiviazione e scambio di immagini, di video e di dati, dispositivi mobili, dispositivi medici e sensori per la rilevazione dei parametri, possibilità di collegamento e consultazione di informazioni tra i servizi che contribuiscono al processo di telemedicina. La raccolta, l'archiviazione e la consultazione delle informazioni sanitarie e sociosanitarie a valenza sanitaria necessarie alla presa in carico integrata a domicilio si realizzano attraverso l'utilizzo della cartella domiciliare e del profilo sanitario sintetico del FSE predisposto dal MMG/PLS.

L'accesso alla piattaforma dei servizi e ai dati contenuti nella documentazione clinica (inseriti dai vari professionisti o dagli assistiti/*caregiver* stessi) è consentito all'équipe assistenziale che ha in cura la persona.

² Telemedicina: linee di indirizzo nazionali, Rep. Atti n. 16/CSR

2.1.4 Matrice degli attori e delle responsabilità

Nell'ambito specifico di fruizione di servizi di telemedicina gli attori sono:

- *Paziente a domicilio*, eventualmente supportato dal *caregiver* adeguatamente formato, utilizza la strumentazione messa a disposizione (es. eseguendo la rilevazione dei parametri, aggiornando la APP, compilando questionari o caricando foto/video di medicazioni/ferite, ecc.);
- *MMG/PLS/Medico del Distretto/Specialista* in qualità di responsabile clinico del percorso assistenziale (*clinical manager*) richiede, prescrive o attiva direttamente la prestazione in telemedicina e, in alcuni casi, la eroga;
- *Équipe delle cure domiciliari o il professionista sanitario* provvede alla formazione della persona assistita/*caregiver* all'uso della piattaforma, eroga la prestazione da remoto, valuta il livello di raggiungimento degli obiettivi, valuta lo stato generale e di salute della persona e del *caregiver*, gestisce il piano di lavoro (agende dedicate), attiva servizi necessari in caso di urgenza;
- *Centrale Operativa dell'ADI*, ove esistente funge da raccordo dell'équipe delle cure domiciliari, provvede all'attivazione dei servizi di telemedicina per i pazienti in carico e coordina i piani di lavoro in agende dedicate;
- *COT* garantisce la continuità dell'assistenza tra un *setting* e l'altro in caso di transizioni necessarie, attivandone opportunamente i servizi;
- *Centro Servizi per la telemedicina*, ove esistente, garantisce, sulla base dei diversi modelli organizzativi implementati, le manutenzioni periodiche e per la risoluzione tempestiva di malfunzionamenti dei dispositivi tecnologici e della strumentazione messa a disposizione del paziente.

Sempre con riferimento alla fruizione di servizi di telemedicina, vengono declinate le seguenti responsabilità:

- la responsabilità della erogazione della prestazione è in capo al professionista sanitario erogante la prestazione;
- la valutazione sul livello di raggiungimento degli obiettivi prefissati può essere in capo alla équipe delle cure domiciliari che ha in carico il paziente o al singolo professionista a seconda dei casi.

A tutte le attività che vengono erogate con servizi e in regime di telemedicina, si applicano le norme deontologiche proprie delle professioni sanitarie, legislative, tenendo in considerazione gli indirizzi dettati dalla bioetica.

Eventuali aspetti tecnici, riconducibili ad esempio al malfunzionamento dell'attrezzatura, e che possono inficiare l'erogazione della prestazione sono in capo, per gli aspetti di competenza, al Centro Servizi per la telemedicina.

Ogni attore che partecipa alla prestazione di telemedicina deve essere comunque identificabile attraverso opportuni sistemi digitali e deve essere rilevato il relativo impegno orario impiegato per

ciascun assistito attraverso sistemi informatizzati, ai fini della rendicontazione automatizzata delle attività svolte.

Lo schema a matrice seguente costituisce una sintesi degli attori coinvolti nei diversi processi e delle relative responsabilità, che saranno successivamente descritti.

TIPOLOGIA DI SERVIZIO DI TELEMEDICINA	ATTORI				
	MMG/PLS/ Medico del Distretto/ Specialista	Equipe delle cure domiciliari o Professionista sanitario	COT/Centrale operativa ADI ove esistente	Centro Servizi per la telemedicina ove esistente	Paziente a domicilio
<i>Televisita</i>	R - P - E	<i>Non necessariamente C</i>	A	C	C
<i>Teleconsulto medico</i>	R - P - A - E	<i>Non necessariamente C</i>	A	C	<i>Non necessariamente C</i>
<i>Teleconsulenza medico - sanitaria</i>	R - P - A - E	R - A - E	A	C	<i>Non necessariamente C</i>
<i>Teleassistenza</i>	<i>Non necessariamente R - P</i>	R - A - E	A	C	C
<i>Telemonitoraggio</i>	R - P	S	A	C - E	C
<i>Telecontrollo</i>	R - P	S	A	C - E	C
<i>Teleriabilitazione</i>	R - P	R - A - E	A	C	C

Legenda:

A = Attivatore C = Coinvolto E = Erogatore P = Prescrittore R = Richiedente S = Supporto

2.1.5 Personalizzazione della presa in carico

In relazione al singolo paziente le attività possono essere svolte dai diversi professionisti sanitari in base alle proprie competenze ed al ruolo assunto nella presa in carico oppure dall'equipe multidisciplinare e possono essere compresi all'interno del PAI/PRI, laddove le condizioni del paziente lo richiedano.

Così come nel caso della prestazione tradizionale, occorre che la tipologia di ogni servizio di telemedicina sia inserita ed erogata efficacemente all'interno del percorso individuale più appropriato per ogni persona e sia condivisa in modo partecipativo con il paziente/famiglia, orientandola alla migliore cura possibile attraverso il raggiungimento di obiettivi ben definiti. A seconda delle diverse situazioni e per ciascuna tipologia di servizio, andrà valutata la necessità del coinvolgimento attivo di un *caregiver* opportunamente formato, che possa supportare il paziente.

Inoltre, l'erogazione di ogni servizio dovrà essere programmata, prevedendo modi e tempi adeguati.

Pertanto, le prestazioni che fanno capo ai servizi di telemedicina, erogate nell'ambito delle cure domiciliari, devono essere progettate a partire dalle esigenze specifiche degli assistiti ai quali essi si rivolgono. Esse comprendono attività quali: la richiesta, l'esecuzione, il monitoraggio, il controllo, la supervisione, la modifica o la sostituzione di prestazione e/o di servizi in coerenza con la revisione dei contenuti del PAI/PRI, la valutazione. Tali prestazioni sono erogate anche a distanza per mezzo dell'utilizzo di servizi digitali. Ove le prestazioni di telemedicina non siano ritenute efficaci e idonee l'erogatore è tenuto ad erogare la prestazione in modalità tradizionale.

È indispensabile un'attenta analisi e una chiara definizione delle esigenze degli assistiti verso i quali ci si rivolge, dei criteri di attivazione (o di accesso), di pertinenza e di interruzione del servizio da remoto, comprendenti anche gli elementi caratteristici dell'ambiente familiare e sociale. Laddove possibile, va considerato il coinvolgimento, se necessario, del mediatore culturale. Prima dell'attivazione del servizio di telemedicina, va esplicitamente richiesta e ottenuta l'adesione consapevole, da parte di soggetti coinvolti, all'utilizzo del servizio.

Domotica assistiva

Un elemento qualificante nella modalità di applicazione del modello digitale è rappresentato dalla domotica assistiva che può contribuire a migliorare l'accessibilità e la fruibilità dell'ambiente domestico, estendendo le abilità della persona e migliorandone la sicurezza. La domotica è una soluzione tecnologica che permette di automatizzare e facilitare l'esecuzione di operazioni svolte in un ambiente domestico mediante l'utilizzo di tecnologie hardware e software che insieme permettono di controllare e gestire applicazioni e dispositivi al fine di: ottimizzare la funzionalità, la sicurezza e aumentare la confortevolezza dell'abitazione. L'introduzione della telemedicina e della domotica possono rappresentare utili strumenti per permettere di raggiungere un maggior livello di autonomia e indipendenza della persona presso la propria abitazione anche in condizione di fragilità o disabilità. Gli strumenti della domotica, che non sono ricompresi nei livelli essenziali di assistenza, pertanto, possono essere a supporto delle attività di telemonitoraggio e telecontrollo della telemedicina al fine di ridurre incidenti domestici, ad esempio cadute, e promuovendo in maniera indiretta il mantenimento di un migliore stato di salute. Le soluzioni domotiche richiedono una partecipazione attiva dell'utente che dovrà essere formato all'utilizzo del sistema che a sua volta dovrà essere personalizzato per rispondere all'esigenza del singolo.

2.1.6 Formazione degli operatori

E' opportuno prevedere nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente, come obbligatori per tutto il personale impegnato nell'erogazione di prestazioni in telemedicina in ambito domiciliare, programmi di formazione di base/avanzati in ambito digitale e programmi di aggiornamento specifico, anche con riferimento all'utilizzo degli strumenti e applicativi di telemedicina scelti dall'organizzazione per l'erogazione dell'ADI, assegnando la relativa responsabilità organizzativa in capo al Centro Servizi, se presente, o al Centro Erogatore di cui al documento.

2.2 Modalità di applicazione del modello digitale

Con riferimento all'Accordo Stato-Regioni del 17 dicembre 2020 (Rep. Atti 215/CSR) “*Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina*”, vengono declinate di seguito le diverse tipologie di servizi di telemedicina che possono concorrere a potenziare l'assistenza nel *setting* domiciliare.

Ciascuna tipologia di servizio erogato a distanza per mezzo di sistemi digitali richiede di essere contestualizzato nel processo di presa in carico che va dalla richiesta, alla attivazione, alla erogazione. La richiesta di cure domiciliari deve essere attivata in modalità digitale, anche attraverso le procedure della ricetta dematerializzata, e, in coerenza con le disposizioni del DPCM n. 178 del 2015, le azioni di apertura, aggiornamento e chiusura della cartella domiciliare descritte nelle pagine seguenti devono prevedere l'invio e la consultazione dei dati clinici e assistenziali e dei referti nel FSE.

Tutti i documenti che alimentano il FSE sono in formato digitale secondo le indicazioni delle Linee Guida di cui all'articolo 12, comma 15-bis, del decreto legge n. 179 del 2012 e successive modifiche.

A seguire, è riportato il quadro sinottico, che mette a sistema gli elementi del processo operativo del modello digitale - finalità, richiedente/prescrittore, necessità di UVM, necessità di definizione di un PAI, attivatore, erogatore, soggetti coinvolti, supporti tecnici/set di informazioni disponibili, documentazione a corredo - con gli interventi di telemedicina realizzabili nell'ambito dell'assistenza domiciliare (televisita, teleconsulto medico, teleconsulenza medico-sanitaria, teleassistenza, telemonitoraggio, telecontrollo, teleriabilitazione).

Tipologia di servizio	Finalità	Richiedente/ prescrittore	UVM	PAI	Attivatore	Erogatore	Soggetti Coinvolti	Supporti Tecnici e Set di informazioni disponibili	Documentazione a corredo
Televisita <i>Atto medico con interazione con il paziente in tempo reale</i>	<i>Follow up, Aggiustamento terapia in corso, Prescrizione di esami, Verifica degli esiti di esami e/o terapia</i>	Medico del Distretto, MMG/PLS/ MCA/ Specialista	Non necessario	Non necessario	COT Centrale operativa ADI MMG/PLS/ Specialista	MMG/PLS/ Specialista	Pazienti e <i>caregiver</i> Eventuale infermiere a domicilio o altro professionista sanitario Centrale di servizi per la telemedicina	Videochiamata + <i>Chat</i> (per scambio messaggi) APP/servizi applicativi che consentano la consultazione di referti, immagini, altre informazioni clinico-sanitarie (FSE) Ricetta dematerializzata	Adesione al trattamento domiciliare Cartella domiciliare Esita in un referto strutturato della televisita qualora sia erogata dallo specialista

Tipologia di servizio	Finalità	Richiedente/ prescrittore	UVM	PAI	Attivatore	Erogatore	Soggetti Coinvolti	Supporti Tecnici e Set di informazioni disponibili	Documentazione a corredo
<p>Tele consulto medico <i>Atto medico, anche asincrono</i></p>	Dialogo tra medici riguardo la situazione clinica del paziente	Medico del Distretto MMG/PLS/ MCA/ Specialista	Non necessario	Non necessario	COT, Centrale operativa ADI, Medico direttamente tramite agende di disponibilità condivise tra professionisti	MMG/PLS/ MCA/ specialista Medico del Distretto	<p>Interazione tra più medici</p> <p>Possibile presenza del paziente</p> <p>Centrale di servizi per la telemedicina</p>	<p>Videochiamata + eventuale <i>Chat</i></p> <p>APP/servizi applicativi che consentano la consultazione di referti, immagini, altre informazioni clinico-sanitarie (FSE)</p>	<p>Adesione al trattamento domiciliare o fare riferimento a quanto previsto nel paragrafo 2.1.1</p> <p>Quesito diagnostico</p> <p>Esita una "Relazione collaborativa" o in annotazioni riportate in cartella domiciliare.</p>

Tipologia di servizio	Finalità	Richiedente/ prescrittore	UVM	PAI	Attivatore	Erogatore	Soggetti Coinvolti	Supporti Tecnici e Set di informazioni disponibili	Documentazione a corredo
<p>Tele consulenza medico-sanitaria <i>Atto non necessariamente medico, può essere anche asincrono</i></p>	Supporto durante lo svolgimento di attività sanitaria a domicilio	Professionista sanitario (anche medico)	Non necessario	Non necessario	COT, Centrale operativa ADI, Professionista sanitario direttamente tramite agende di disponibilità condivise tra professionisti	Professionisti sanitari (anche medico quando il richiedente è altro professionista)	<p>Pazienti e caregiver Infermiere o altro professionista sanitario a domicilio</p> <p>Possibile presenza del paziente</p> <p>Centrale di servizi per la telemedicina</p>	<p>Videochiamata + eventuale Chat</p> <p>APP/servizi applicativi che consentano la consultazione di referti, immagini, altre informazioni clinico-sanitarie (FSE)</p>	<p>Adesione al trattamento domiciliare o fare riferimento a quanto previsto nel paragrafo 2.1.1</p> <p>“Quesito di ingresso”</p> <p>Esita in una relazione o annotazioni riportate nella cartella domiciliare</p>

Tipologia di servizio	Finalità	Richiedente/ prescrittore	UVM	PAI	Attivatore	Erogatore	Soggetti Coinvolti	Supporti Tecnici e Set di informazioni disponibili	Documentazione a corredo
Teleassistenza <i>Prevede l'interazione con il paziente in tempo reale</i>	Interazione a distanza per agevolare il corretto svolgimento di attività assistenziali	Professionisti Sanitarie	Possibile, non necessario	Possibile, non necessario	COT, Centrale operativa ADI, Professionisti Sanitari direttamente tramite agende di disponibilità condivise tra professionisti	Professionisti sanitari	Pazienti e <i>caregiver</i> Centrale di servizi per la telemedicina	Videochiamata + <i>Chat</i> (per scambio messaggi) APP/servizi applicativi che consentano la consultazione di referti, immagini, altre informazioni clinico-sanitarie (FSE) APP di condivisione con il paziente di strumenti (es. test, questionari, ecc.)	Adesione al trattamento domiciliare Cartella domiciliare Esita in una relazione o annotazioni riportate nella cartella domiciliare



Tipologia di servizio	Finalità	Richiedente/ prescrittore	UVM	PAI	Attivatore	Erogatore	Soggetti Coinvolti	Supporti Tecnici e Set di informazioni disponibili	Documentazione a corredo
Tele monitoraggio	Rilevamento e trasmissione automatizzati continuativi di parametri clinici a domicilio	Medico del Distretto MMG/PLS/MCA/ specialista	Possibile, non necessario	Necessario	COT Centrale operativa ADI	Medico Infermiere	Pazienti e <i>caregiver</i> Centrale di servizi per la telemedicina	Set di tecnologie collegate ad una centrale Piattaforma di rilevazione dei dati, consultabile, eventualmente integrabile nella cartella	Adesione al trattamento domiciliare PDTA e Protocollo in cui siano esplicitati criteri di eleggibilità, percorso per la gestione degli allarmi Monitoraggio anche attraverso la compilazione di scale/schede informatizzate Esita in una relazione o annotazioni riportate nella cartella domiciliare

Tipologia di servizio	Finalità	Richiedente/ prescrittore	UVM	PAI	Attivatore	Erogatore	Soggetti Coinvolti	Supporti Tecnici e Set di informazioni disponibili	Documentazione a corredo
Tele Controllo (medico)	Rilevamento parametri periodico e interattivo a domicilio attraverso una serie cadenzata di contatti con il medico	Medico del Distretto MMG/PLS/MCA/ specialista	Possibile, non necessario	Necessario	COT Centrale operativa ADI	Medico Potrebbe essere coinvolto il professionista sanitario	Pazienti e caregiver Centrale di servizi per la telemedicina	Videochiamata + eventuale Set di tecnologie collegate ad una centrale Piattaforma di rilevazione dei dati, consultabile, eventualmente integrabile nella cartella	Adesione al trattamento domiciliare PDTA e Protocollo in cui siano esplicitati criteri di eleggibilità, percorso per la gestione degli allarmi Esita in una relazione o annotazioni riportate nella cartella domiciliare



Tipologia di servizio	Finalità	Richiedente/ prescrittore	UVM	PAI	Attivatore	Erogatore	Soggetti Coinvolti	Supporti Tecnici e Set di informazioni disponibili	Documentazione a corredo
<p>Tele riabilitazione <i>Prevede l'interazione con il paziente</i> <i>Può avere carattere multi Disciplinare</i></p>	<p>Servizi intesi ad abilitare, ripristinare il funzionamento psicofisico</p> <p>Valutazione a distanza del corretto utilizzo di ausili, ortesi e protesi all'interno del PRI</p>	Professionista sanitario e medico	Necessaria UVM in presenza del paziente per le opportune valutazioni	Necessario PRI/PAI	COT Centrale operativa ADI Professionisti Sanitari direttamente tramite agende condivise	Professionista singolo équipe multi professionale	Pazienti e <i>caregiver</i> Centrale di servizi per la Telemedicina	Dispositivi per la gestione e lo scambio di dati e immagini, dispositivi mobili, dispositivi medici, anche indossabili, sensori, robotica, <i>serious games</i> ³	Adesione al trattamento domiciliare Cartella domiciliare Esita in una relazione o annotazioni riportate nella cartella domiciliare

³ Si fa riferimento alle Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie, Rep. Atti n. 231/CSR.

2.2.1 La Televisita

Definizione e finalità

È un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un *caregiver*. La televisita, come previsto anche dal codice di deontologia medica, non può essere mai considerata l'unico mezzo per condurre la relazione medico-paziente, né può essere considerata in modo automatico sostitutiva della prima visita medica in presenza. Il medico è deputato a decidere in quali situazioni e in che misura la televisita può essere impiegata in favore del paziente, utilizzando anche gli strumenti di telemedicina per le attività di rilevazione, o monitoraggio a distanza, dei parametri biologici e di sorveglianza clinica. La televisita è da intendersi limitata alle attività di controllo di pazienti la cui diagnosi sia già stata formulata nel corso di visita in presenza.⁴

L'attività di televisita è un atto sanitario in cui **il medico interagisce a distanza con il paziente** e può dar luogo alla prescrizione di farmaci, o di ulteriori approfondimenti clinici. Tale atto permette pertanto di trasferire informazioni sanitarie senza far muovere il paziente garantendo così la continuità delle cure e consentendo di valutare di volta in volta le scelte terapeutiche e l'andamento del quadro clinico.

In ambito domiciliare le prestazioni erogate con la televisita mirano:

- al *follow up* di patologia nota;
- alla conferma, aggiustamento o cambiamento delle terapie in corso;
- alla valutazione anamnestica per la prescrizione di esami di diagnosi, o di stadiazione di patologia nota, o sospetta;
- alla verifica da parte del medico degli esiti di esami effettuati ai quali può seguire la prescrizione di eventuali approfondimenti, oppure di una terapia.

Il medico durante la televisita interagisce a distanza, in tempo reale, con il paziente anche con il supporto di un *caregiver* o di un operatore sanitario che può assistere/aiutare il paziente.

La televisita⁵ è da intendersi limitata alle attività di controllo di pazienti la cui diagnosi sia già stata formulata nel corso di una visita in presenza. Prima della televisita, il medico può richiedere al paziente la condivisione di dati, informazioni, misurazioni o questionari.

⁴ Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, Rep. Atti n. 215/CSR.

⁵ La visita di primo accesso deve essere erogata in presenza, mentre le visite di controllo successive possono essere effettuate tramite la televisita, come riportato nelle indicazioni nazionali (Accordo Stato-Regioni del 17 dicembre 2020, sul documento recante "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina". Rep. atti n. 215/CSR).

Richiedente/Prescrittore

Nell'ambito dell'assistenza domiciliare può richiedere la prestazione di televisita il MMG/PLS, il MCA o del Distretto, il medico specialista.

La prescrizione (attraverso la ricetta dematerializzata) è necessaria qualora la televisita sia erogata da uno specialista esterno all'équipe domiciliare finalizzata ad erogare prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Tale prestazione, che può essere erogata anche a pazienti con una presa in carico non complessa, non necessita di valutazione da parte dell'UVM così come non è necessario sia presente un PAI.

Attivazione ed erogazione

L'attivazione è di competenza delle COT o, in base all'organizzazione locale, della Centrale Operativa dell'ADI, ove presente. Potranno essere attivati automatismi per la prenotazione della televisita su agende dedicate.

La televisita è erogata dal medico specialista. Tuttavia, in una accezione più ampia rispetto a quanto previsto dalle indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina (Rep. Atti n. 215/CSR), si ritiene utile, per le finalità del presente documento, considerare in questo contesto anche la possibilità che la televisita sia erogata direttamente dal MMG/PLS o MCA o dal medico del Distretto che fa parte dell'équipe domiciliare. In questo caso il medico farà delle annotazioni sull'esito della televisita che saranno disponibili nella cartella domiciliare del paziente, utilizzando le procedure della ricetta dematerializzata (fase di erogazione). Qualora sia erogata da uno specialista, esterno all'équipe domiciliare, l'atto della televisita si conclude con un **referto** che andrà inserito nella cartella domiciliare.

Supporti tecnici ed informazioni da condividere

È necessaria una dotazione tecnologica di base per la videochiamata integrata da strumenti che consentano di consultare la documentazione clinica (referti, immagini, ecc.).

Prima della televisita e durante la stessa deve essere sempre garantita la possibilità di scambiare in tempo reale dati clinici, referti medici, immagini audio e video.

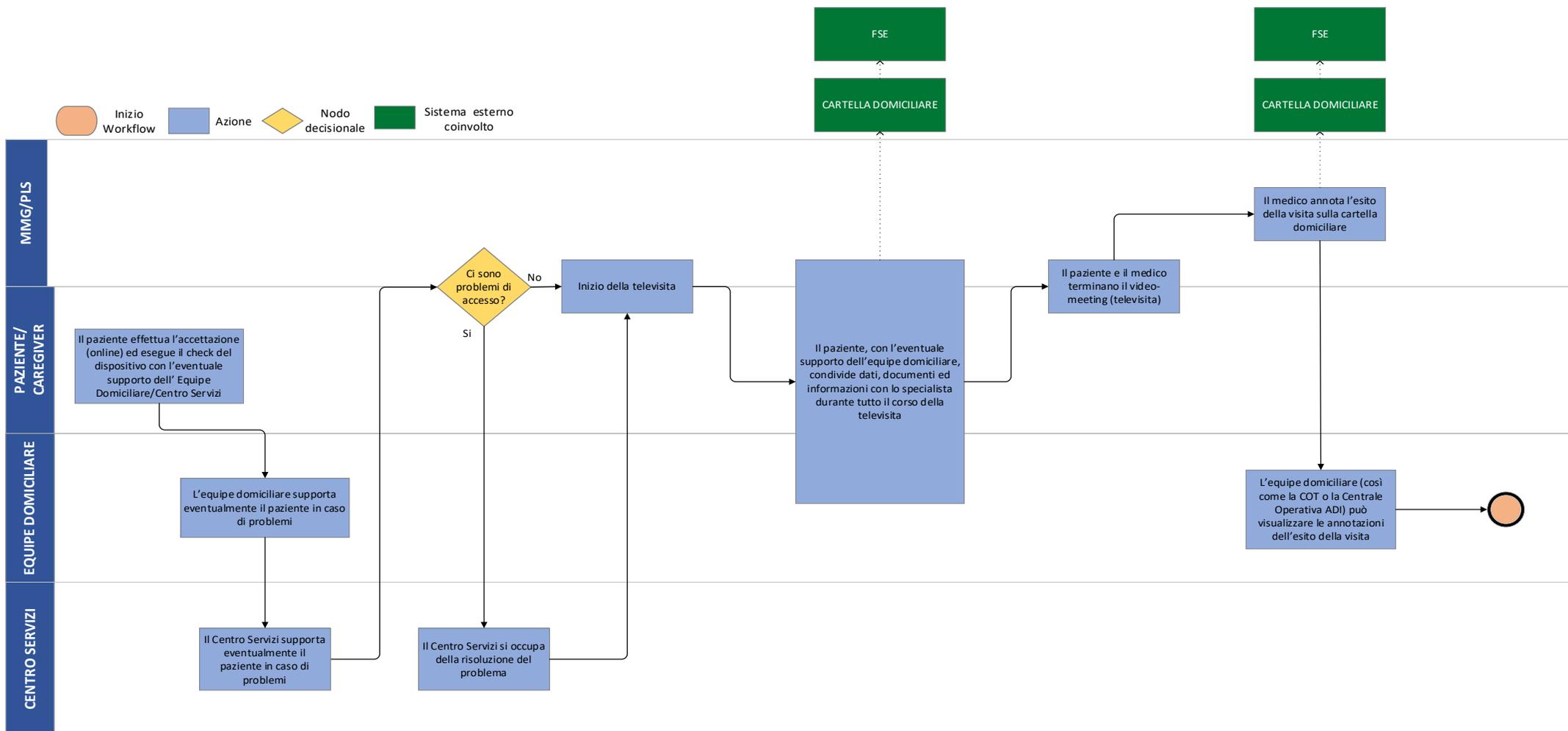
Le informazioni del paziente devono essere disponibili nella cartella domiciliare alla quale devono poter accedere il medico e i professionisti sanitari che intervengono, e tutta l'équipe laddove presente. La cartella domiciliare conterrà anche il referto della televisita, qualora il medico erogatore sia lo specialista, o le annotazioni dell'esito, qualora gli erogatori siano MMG/PLS, MCA o medico del Distretto. È necessario che la cartella domiciliare interagisca con gli applicativi in uso dal MMG/PLS e con la ricetta dematerializzata e il FSE.

Nei seguenti schemi (*flowchart*) si riportano due distinti scenari di televisita: erogata dal MMG/PLS (Figura 1); erogata dal medico specialista (Figura 2) che, laddove previsto, si attivano tramite ricetta dematerializzata.

Si specifica che, **qualora il paziente non risponda ai requisiti di *compliance* clinica e/o tecnica per lo svolgimento della televisita, la visita verrà effettuata in modalità tradizionale.**

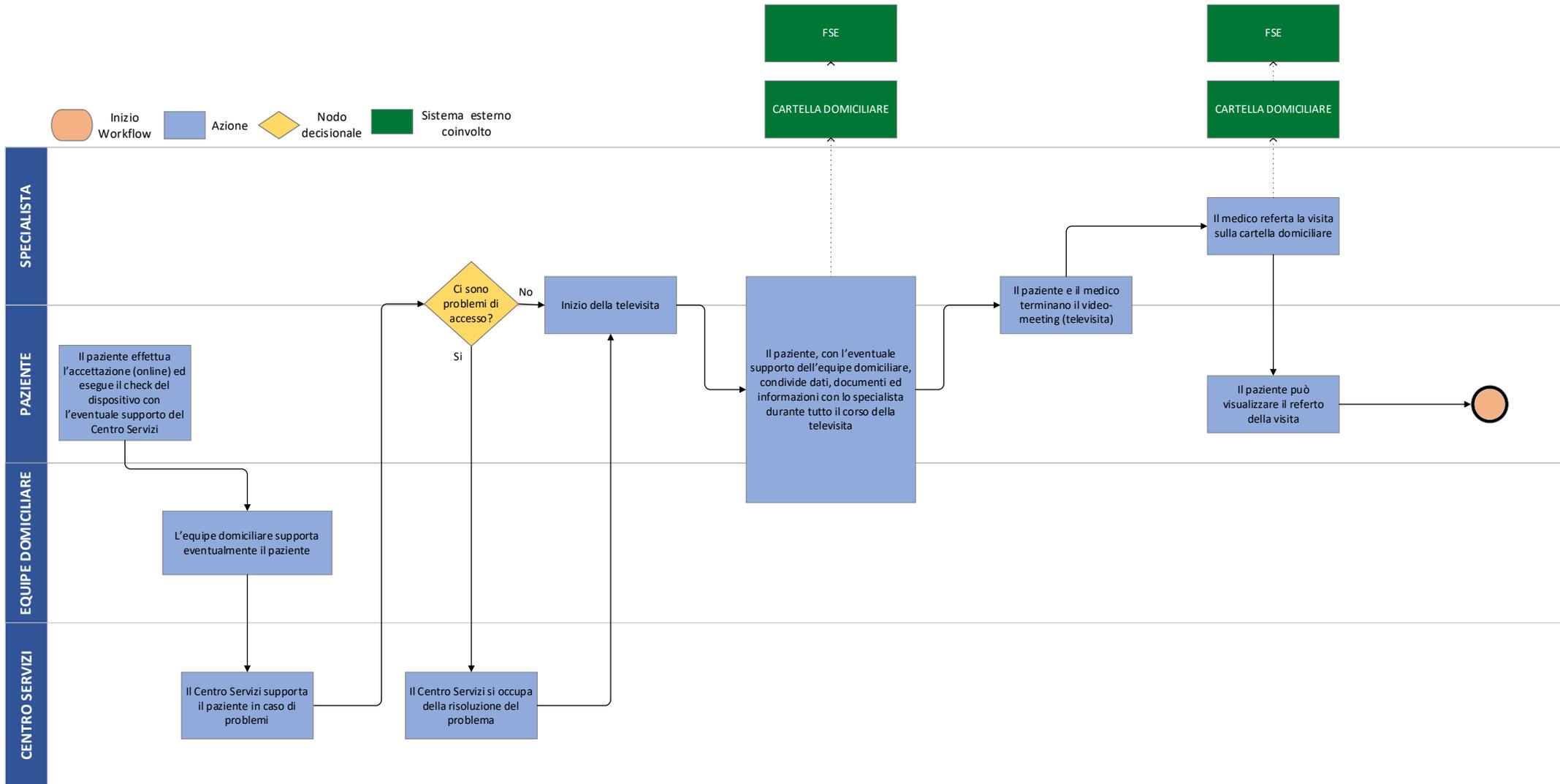
Workflow Televisita – MMG/PLS

Figura 1



Workflow Televisita – Specialista

Figura 2



2.2.2 Il Teleconsulto medico

Definizione e finalità

È un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite una videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audio-video riguardanti il caso specifico. Tutti i suddetti elementi sono condivisi per via telematica sottoforma di *file* digitali idonei per il lavoro che i medici in teleconsulto ritengono necessari per l'adeguato svolgimento del loro lavoro. Il teleconsulto tra professionisti può svolgersi anche in modalità asincrona, quando la situazione del paziente lo permette in sicurezza. Quando il paziente è presente al teleconsulto, allora si svolge in tempo reale utilizzando le modalità operative analoghe a quelle di una televisita e si configura come una visita multidisciplinare.⁶

Si tratta di un'attività di consulenza a distanza fra medici che permette ad un medico di chiedere il consiglio di uno o più medici riguardo la situazione clinica di un paziente. Il teleconsulto tra professionisti si può anche svolgere in modo asincrono, ossia senza che il medico richiedente sia connesso in attesa di ricevere un riscontro da parte del/i medico/medici a cui ha richiesto il consulto. Inoltre, il teleconsulto può svolgersi anche con la presenza del paziente ossia si svolge in tempo reale utilizzando modalità operative analoghe a quelle della televisita e si configura come una visita multidisciplinare.

Le finalità del teleconsulto sono quelle di condividere le scelte mediche esso rappresenta anche una modalità efficace per fornire la “seconda opinione” specialistica.

Il teleconsulto contribuisce alla definizione del referto che viene redatto al termine della visita erogata al paziente, ma non dà luogo ad un referto a sé stante quanto piuttosto ad una “relazione collaborativa”.

Richiedente

Nell'ambito dell'assistenza domiciliare può richiedere la prestazione di teleconsulto medico il MMG/PLS, il MCA o del Distretto, il medico specialista. Tale prestazione, che può essere erogata anche a pazienti con una presa in carico non complessa, non necessita di valutazione in sede di UVM così come non è necessario sia definito un PAI.

Attivazione ed erogazione

Trattandosi di un'interazione tra professionisti, l'attivazione può avvenire in forma diretta (anche attraverso agende interattive e condivise tra gli stessi professionisti) quando esistono percorsi già condivisi o attraverso la Centrale Operativa dell'ADI ove presente. Tuttavia, qualora sia necessario

⁶ Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, Rep. Atti n. 215/CSR.

fare interagire e raccordare professionisti afferenti ad ambiti e *setting* differenti o in caso di presenza del paziente è opportuna l'attivazione della COT.

Supporti tecnici ed informazioni da condividere

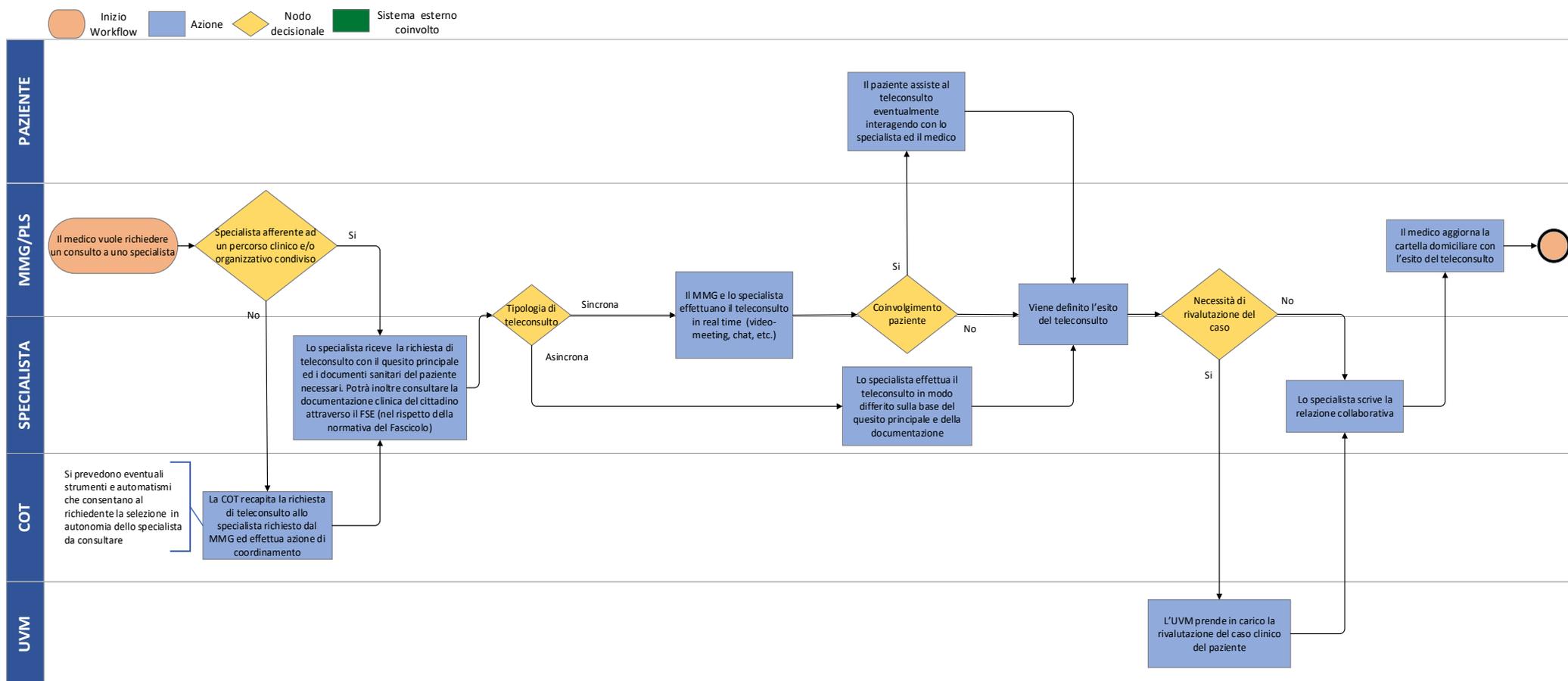
È necessaria una dotazione tecnologica di base per la videochiamata integrata da strumenti che consentano di consultare ed inviare la documentazione clinica (referti, immagini, ecc.). Le informazioni del paziente devono essere disponibili nella cartella domiciliare.

Di seguito, si riportano in figura due tipologie di processo (*workflow*):

- uno relativo ad uno scenario di teleconsulto richiesto dal MMG/PLS ed erogato dal medico specialista, raffigurante gli attori coinvolti nel processo e le relative azioni (Figura 3);
- uno relativo ad uno scenario di teleconsulto tra due medici specialisti, raffigurante gli attori coinvolti nel processo e le relative azioni (Figura 4).

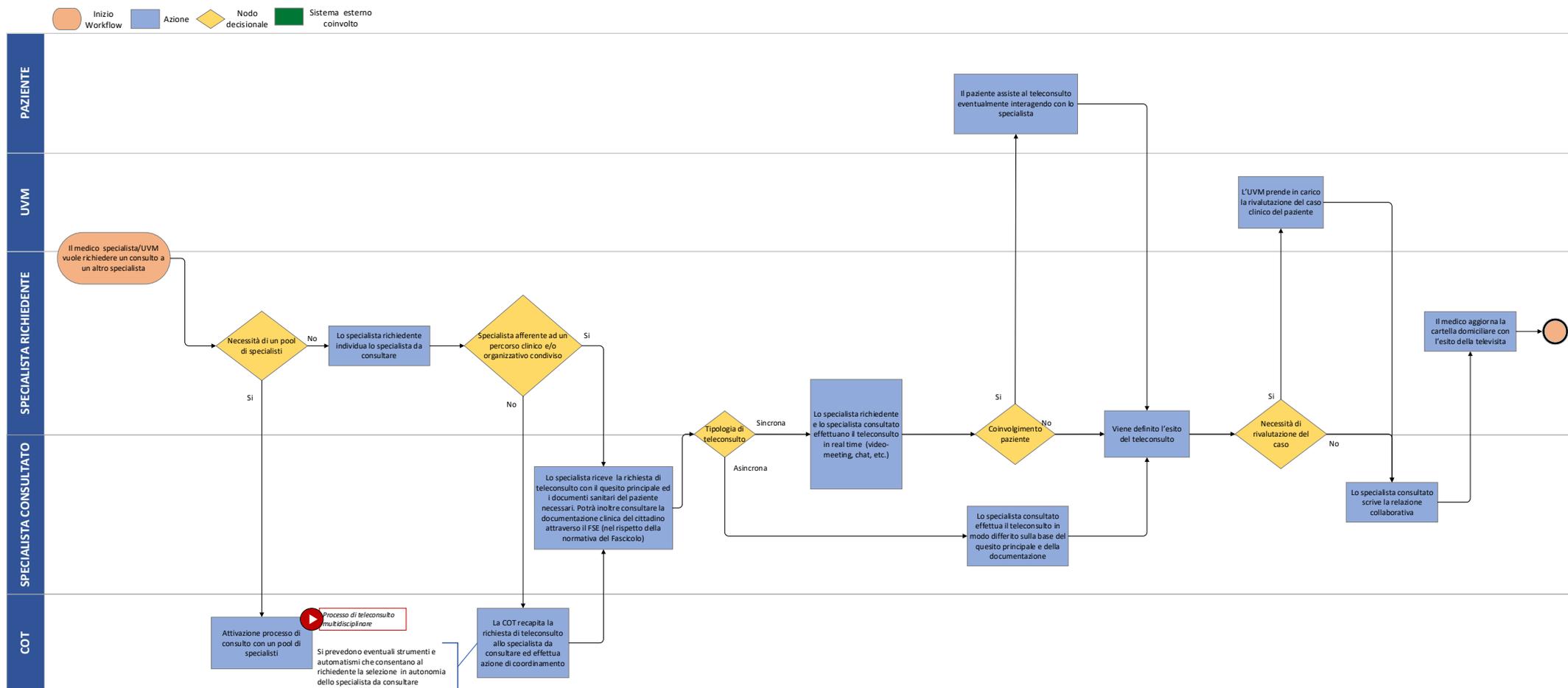
Workflow Teleconsulto – MMG/PLS

Figura 3



Workflow Teleconsulto – Specialista

Figura 4



2.2.3 La Teleconsulenza medico-sanitaria

Definizione e finalità

È un'attività sanitaria, non necessariamente medica ma comunque specifica delle professioni sanitarie, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più persone che hanno differenti responsabilità rispetto al caso specifico. Essa consiste nella richiesta di supporto durante lo svolgimento di attività sanitarie, a cui segue una videochiamata in cui il professionista sanitario interpellato fornisce all'altro, o agli altri, indicazioni per la presa di decisione e/o per la corretta esecuzione di azioni assistenziali rivolte al paziente. La teleconsulenza può essere svolta in presenza del paziente, oppure in maniera differita. In questa attività è preminente l'interazione diretta tramite la videochiamata, ma è sempre necessario garantire all'occorrenza la possibilità di condividere almeno tutti i dati clinici, i referti le immagini riguardanti il caso specifico. È un'attività su richiesta ma sempre programmata e non può essere utilizzata per surrogare le attività di soccorso.⁷

È una consultazione tra professionisti sanitari, o tra medico e professionista sanitario, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più professionisti che hanno differenti ruoli rispetto al caso specifico, o intervengono su aspetti e competenze diverse della presa in carico del paziente.

Ha lo scopo di rispondere ad una richiesta di supporto durante un percorso di cura e assistenza, e viene espletata attraverso una videochiamata in cui il professionista sanitario interpellato fornisce all'altro, o agli altri, indicazioni per una decisione clinica e/o per la corretta esecuzione di azioni assistenziali rivolte al paziente.

La teleconsulenza può essere svolta in presenza del paziente, oppure in sua assenza; in quest'ultimo caso è anche possibile che i professionisti si consultino in modo asincrono.

Pur essendo preminente l'interazione diretta tramite la videochiamata, è sempre necessario garantire all'occorrenza la possibilità di condividere i dati clinici, i referti e le immagini riguardanti il caso specifico, anche quando la teleconsulenza si realizza in asincrono.

È un'attività su richiesta, sempre programmata e non può essere utilizzata per surrogare le attività di soccorso.

La teleconsulenza può essere utilizzata anche in pazienti che necessitano di sola attività prestazionale, non sottoposta al processo di valutazione della UVM e a PAI; oppure anche in pazienti con presa in carico proattiva da parte dell'IFoC.

Richiedente

Il richiedente varia in relazione alla tipologia di intervento. Può essere sia il medico sia il professionista sanitario che formula un quesito o una richiesta di valutazione.

⁷ Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, Rep. Atti n. 215/CSR.

Pur trattandosi spesso di pazienti già valutati da UVM con PAI e Presa In Carico (PIC) aperta, la richiesta di teleconsulenza viene dall'operatore che ne ravvisa la necessità sul campo durante le attività di cura, senza necessità di rivalutazione attraverso UVM e modifica del PAI.

Attivazione ed erogazione

La richiesta di teleconsulenza può essere presentata attraverso la COT, la Centrale Operativa dell'ADI ove presente oppure in maniera diretta. Il primo caso si rende necessario specialmente quando deve essere sviluppato il raccordo tra servizi diversi, per esempio tra ospedale e territorio. Quando si tratta di interazione tra operatori di servizi con procedure già in atto, o con processi di lavoro comuni, lo strumento idoneo è costituito da agende dedicate e condivise tra i professionisti.

L'erogatore può essere il medico o un professionista sanitario.

Pertanto, i soggetti coinvolti possono essere diversi, in ragione della linea di attività a domicilio il cui intervento richiede il supporto consulenziale. La co-presenza del paziente avviene nella consultazione in modalità sincrona durante l'intervento a domicilio.

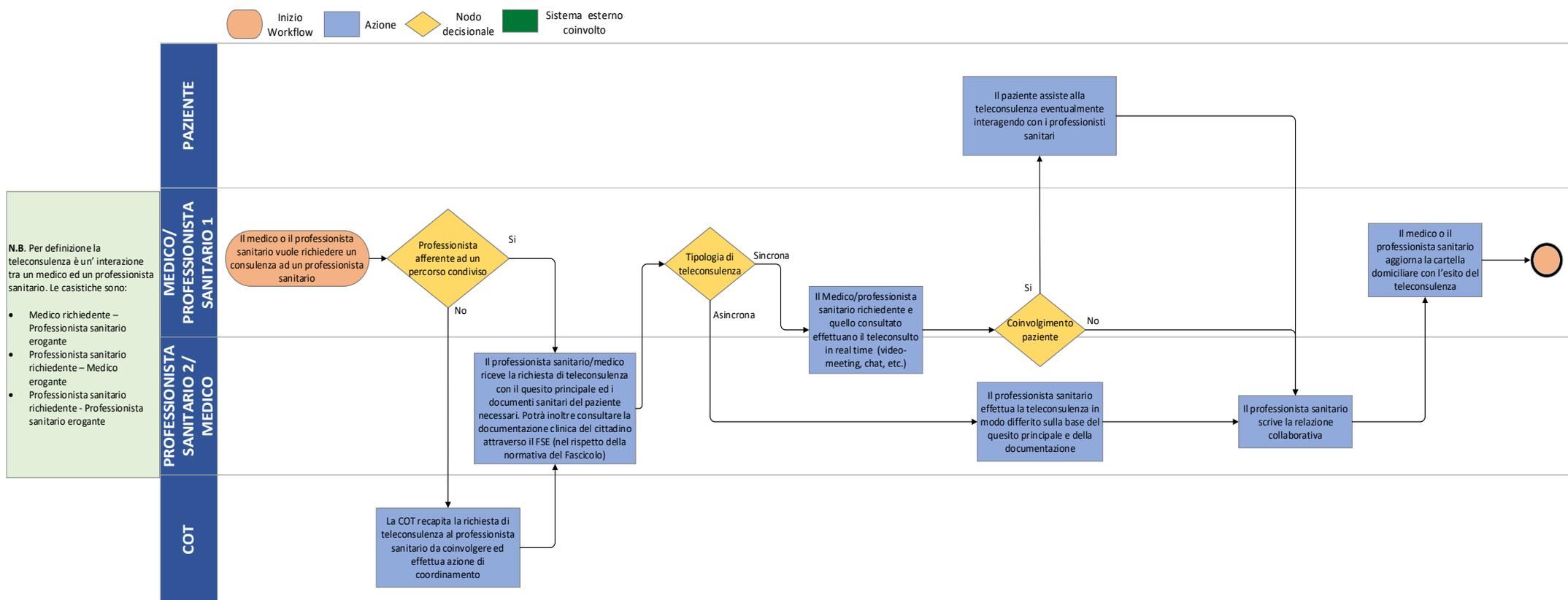
Supporti tecnici ed informazioni da condividere

La dotazione base che consente la videochiamata è integrata dagli strumenti che servono a documentare le condizioni cliniche che sono fonte del quesito di consultazione: dispositivi per la gestione e lo scambio di dati e immagini, dispositivi per il monitoraggio, per la riabilitazione, ecc. Le informazioni relative alla presa in carico domiciliare, essenzialmente contenute nella cartella domiciliare, devono essere disponibili al medico e ai professionisti sanitari, tra cui si realizza la teleconsulenza, così come, laddove presente, a tutta l'équipe domiciliare referente della PIC del paziente. Inoltre, devono essere documentati il "quesito d'ingresso" che ha generato la richiesta di consultazione e la relazione di valutazione che ne consegue, oppure devono essere riportate in cartella le considerazioni clinico-assistenziali e le indicazioni che ne derivano.

Di seguito, si riporta in figura il processo (*workflow*) relativo ad uno scenario di teleconsulenza medico-sanitaria, raffigurante gli attori coinvolti nel processo e le relative azioni (Figura 5).

Workflow Teleconsulenza Medico-Sanitaria

Figura 5



2.2.4 La Teleassistenza

Definizione e finalità

È un atto professionale di pertinenza della relativa professione sanitaria (infermiere,/fisioterapista/logopedista/ecc.) e si basa sull'interazione a distanza tra il professionista e paziente/*caregiver* per mezzo di una videochiamata, alla quale si può all'occorrenza aggiungere la condivisione di dati referti o immagini. Il professionista che svolge l'attività di teleassistenza può anche utilizzare idonee APP per somministrare questionari, condividere immagini o video *tutorial* su attività specifiche. Lo scopo della teleassistenza è quello di agevolare il corretto svolgimento di attività assistenziali, eseguibili prevalentemente a domicilio. La teleassistenza è prevalentemente programmata e ripetibile in base a specifici programmi di accompagnamento al paziente.⁸

Il servizio prevede l'interazione con la persona assistita e la sua famiglia/*caregiver* in tempo reale. La necessità del coinvolgimento attivo di un *caregiver* formale o informale opportunamente formato, che possa supportare la persona assistita, sarà valutata per ogni singolo caso. Il carattere della prestazione può assumere note di multidisciplinarietà/multiprofessionalità.

Le attività di teleassistenza possono integrarsi con altre attività di prestazioni medico-sanitarie erogate da remoto o in presenza, all'interno di servizi sanitari basati su sistemi di telemedicina, nei quali vengano svolti percorsi diagnostici e terapeutici.

Richiedente

La teleassistenza può essere richiesta dai citati professionisti sanitari che ritengano necessario assistere da remoto la persona nel suo domicilio.

Se previsto prima della dimissione da altro *setting* di cura, il medico o l'infermiere che svolga le attività di *case manager* (in ospedale) richiede il servizio mettendosi in relazione con la COT.

La richiesta non è seguita necessariamente dalla UVM e la prestazione può essere inserita o meno all'interno del PAI.

Attivazione ed erogazione

I soggetti attivatori del servizio di teleassistenza sono: i citati professionisti sanitari, la COT, la Centrale Operativa dell'ADI ove presente.

L'attivazione del servizio dovrà essere pianificata opportunamente sulla base di agende di prenotazione condivise con i professionisti sanitari coinvolti e gestite direttamente dagli stessi o anche dalla Centrale Operativa dell'ADI ove presente o COT. Gli erogatori sono comunque i professionisti sanitari.

⁸ Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, Rep. Atti n. 215/CSR.

Supporti tecnici ed informazioni disponibili

La strumentazione prevista per la teleassistenza è costituita da dispositivi per la registrazione, archiviazioni dei dati e delle immagini, supporti per lo scambio dei dati e delle immagini, video e parametri vitali, dispositivi fissi e/o mobili che prevedano un facile utilizzo, dispositivi medici e sensori di rilevamento; inoltre è prevista la fruizione di APP, video e materiali informativi/formativi accessibili per l'assistito e/o caregiver. Ulteriori possibilità sono date dal collegamento e consultazione di dati o informazioni rilevate durante il servizio stesso.

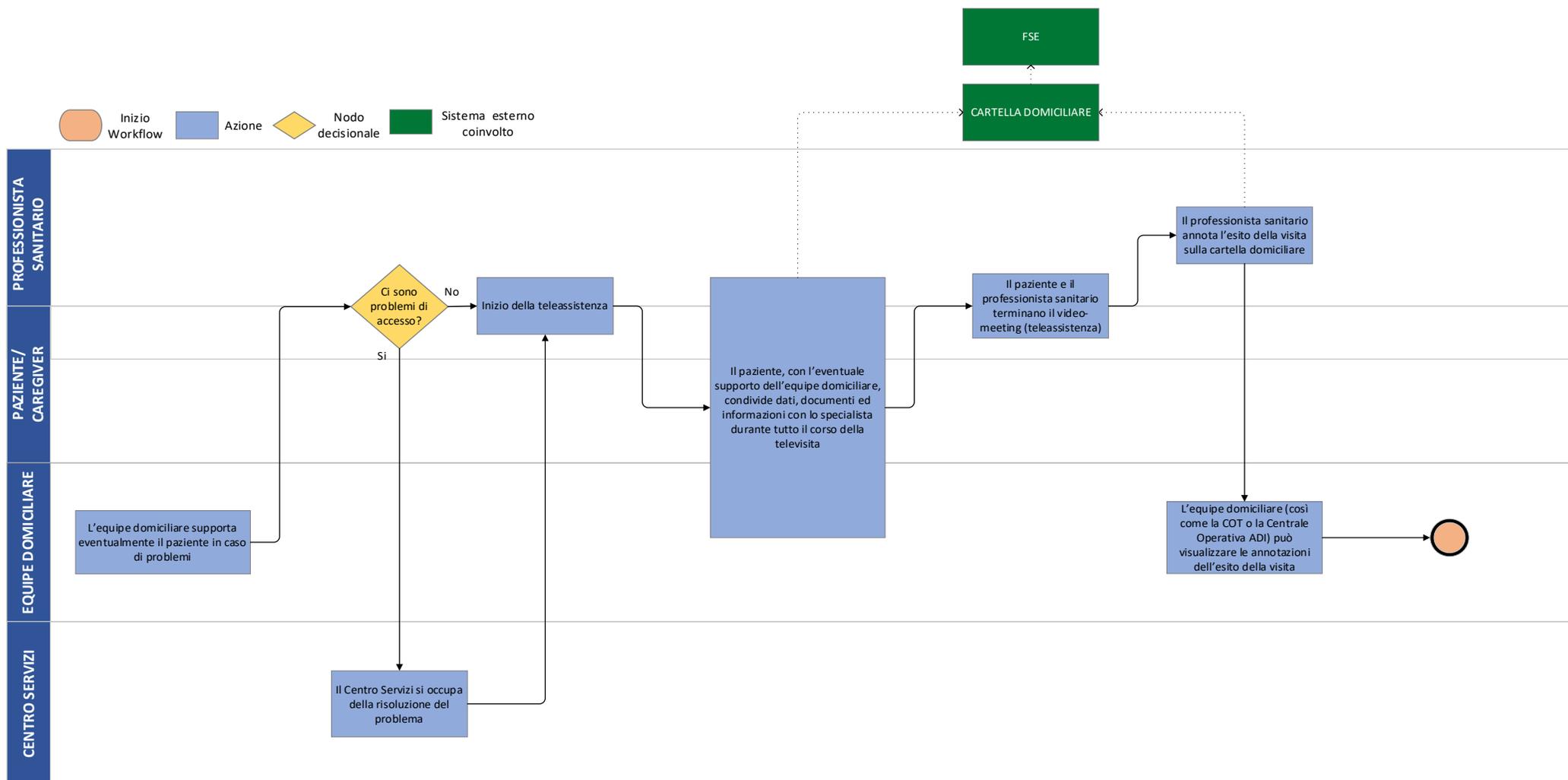
Le informazioni presenti in piattaforma di teleassistenza sono:

- dati periodicamente rilevati dal professionista;
- dati periodicamente auto-rilevati e inseriti dall'assistito/caregiver;
- documenti: referti e note delle varie visite/interventi eseguiti, valutazioni da parte dei professionisti sanitari, o da parte del medico che ha in gestione il caso e delle azioni intraprese (aggiornamento dieta, aggiornamento terapie farmacologiche o altro, in base alle variazioni dello stato di salute dovuto alla patologia);
- dati periodicamente rilevati dal telemonitoraggio (ove previsto).

Di seguito, si riporta in figura il processo (*workflow*) relativo ad uno scenario di teleassistenza erogata da un professionista sanitario, raffigurante gli attori coinvolti nel processo e le relative azioni (Figura 6).

Workflow Teleassistenza

Figura 6



2.2.5 Il Telemonitoraggio

Definizione e finalità

Permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici in modo continuo, per mezzo di sensori che interagiscono con il paziente (tecnologie biometriche con o senza parti applicate). Il set di tecnologie a domicilio, personalizzato in base alle indicazioni fornite dal medico, deve essere connesso costantemente al sistema *software* che raccoglie i dati dei sensori, li integra se necessario con altri dati sanitari e li mette a disposizione degli operatori del servizio di telemedicina in base alle modalità organizzative stabilite. I dati devono sempre comunque essere registrati in locale presso il paziente e resi disponibili all'occorrenza, per maggiore garanzia di sicurezza. Il sistema di telemonitoraggio, che può essere integrato dal telecontrollo medico e affiancato dal teleconsulto specialistico, è sempre inserito all'interno del sistema di telemedicina che garantisce comunque l'erogazione delle prestazioni sanitarie necessarie al paziente. Obiettivo del telemonitoraggio è il controllo nel tempo dell'andamento dei parametri rilevati, permettendo sia il rilevamento di parametri con maggiore frequenza e uniformità di quanto possibile in precedenza, sia la minore necessità per il paziente di eseguire controlli ambulatoriali di persona.⁹

Il telemonitoraggio permette la rilevazione a distanza e la trasmissione di parametri vitali e clinici, per mezzo di sensori e dispositivi medici (es. impiantabili) forniti dall'Azienda sanitaria che vengono inviati in modo continuativo e automatico alla piattaforma di telemedicina, e vengono messi a disposizione degli operatori del servizio di telemedicina in base alle modalità organizzative stabilite. Il set di tecnologie a domicilio, personalizzabile in base alle necessità cliniche, può essere integrato se necessario con altri dati sanitari.

Inoltre, il telemonitoraggio può integrarsi al bisogno con altre prestazioni di telemedicina come la televisita.

Obiettivo del telemonitoraggio è il controllo nel tempo dell'andamento del quadro clinico e della sua evoluzione attraverso parametri individuali, permettendo un rilevamento più frequente che integra le misurazioni effettuate nel corso di accessi domiciliari, anche al fine di verificare l'aderenza alla terapia.

Richiedente

Nell'ambito dell'assistenza territoriale il telemonitoraggio può essere richiesto da un medico (MMG/PLS, specialista) che ravvede la necessità di monitorare da remoto, in maniera continuativa ed automatica i parametri del paziente tramite dispositivi e sensori certificati forniti dall'Azienda sanitaria.

⁹ Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, Rep. Atti n. 215/CSR

Nei casi in cui è ravvisata la necessità di coordinare obiettivi, *setting* e professionisti, la richiesta di telemonitoraggio deve essere valutata in UVM.

In ogni caso, indipendentemente dalla attivazione della UVM, la prestazione del telemonitoraggio con la personalizzazione dei valori soglia deve essere inserita all'interno del PAI per permettere l'armonizzazione degli interventi, degli strumenti e degli obiettivi attivati per/con il paziente e *caregiver*.

Il ricorso al telemonitoraggio prevede sempre un documento di riferimento (PDTA o protocollo) che definisca: il target di pazienti candidabili, strumenti di telemonitoraggio disponibili, set minimo di parametri oggetto di monitoraggio, valori soglia, selezione di dati da riportare nella documentazione clinica, livello e possibilità di personalizzazione nonché le azioni di intervento in relazione ai livelli rilevati e quindi il percorso per la gestione degli allarmi, ivi compresi i professionisti per la gestione degli interventi (chiamata dell'infermiere di riferimento o del medico, accesso a domicilio dell'infermiere di riferimento o del medico, televisita, attivazione del 118, ecc.).

Lo specialista definisce la eleggibilità del paziente al telemonitoraggio, secondo i criteri previsti nel protocollo di riferimento, in particolare la complessità clinica, i parametri da monitorare e la relativa personalizzazione dei valori soglia con i relativi allarmi.

Attivazione ed erogazione

Nel caso di pazienti che sono già a domicilio (già in carico alle cure domiciliari) l'attivatore è la Centrale Operativa dell'ADI, ove presente, mentre nel caso di pazienti che transitano fra *setting* di cura diversi, ove è necessario il coordinamento di professionisti e competenze, l'attivatore è la COT. In entrambi i casi sarà necessario coordinare le attività del Centro Servizi per la telemedicina considerato che anche in riferimento a tale Centro nella matrice (paragrafo 2.1.4).

La consegna dei dispositivi prescritti e la formazione di paziente e/o *caregiver* è in carico al personale sanitario che segue il paziente, eventualmente coadiuvato da personale tecnico per l'installazione e l'avvio dei dispositivi. In caso di necessità, il personale sanitario rappresenta il primo riferimento per il paziente/*caregiver* per la gestione del telemonitoraggio. Il servizio di telemonitoraggio, inteso come l'accesso alla piattaforma, il settaggio dei valori soglia, ecc., è erogato dal Centro Servizi per la telemedicina, che si occupa anche di fornire assistenza tecnica e servizio di *help desk* di secondo livello (supporto tecnico) in caso di necessità (attraverso canali, orari e giornate definiti).

Supporti tecnici ed informazioni disponibili

Il telemonitoraggio avviene attraverso un set di dispositivi tecnologici certificati e collegati ad una piattaforma centrale per la ricezione e la conservazione dei dati raccolti.

L'accesso alla piattaforma di telemonitoraggio e ai dati raccolti dai dispositivi deve essere consentito al medico che ha richiesto il telemonitoraggio e all'équipe individuata nel PAI.

La gestione degli allarmi generati dalla piattaforma, così come personalizzati in sede di PAI, è affidata agli attori che, a seconda della complessità del caso, ne hanno valutato l'applicabilità e la

personalizzazione, quindi alla équipe assistenziale, alla Centrale Operativa dell'ADI ove presente, alla COT e qualora previsto, direttamente alla rete dell'emergenza in linea con il protocollo di gestione personalizzata degli allarmi inserito nel PAI.

La funzionalità di telemonitoraggio può essere integrata all'interno di piattaforme per la telemedicina e con la cartella domiciliare.

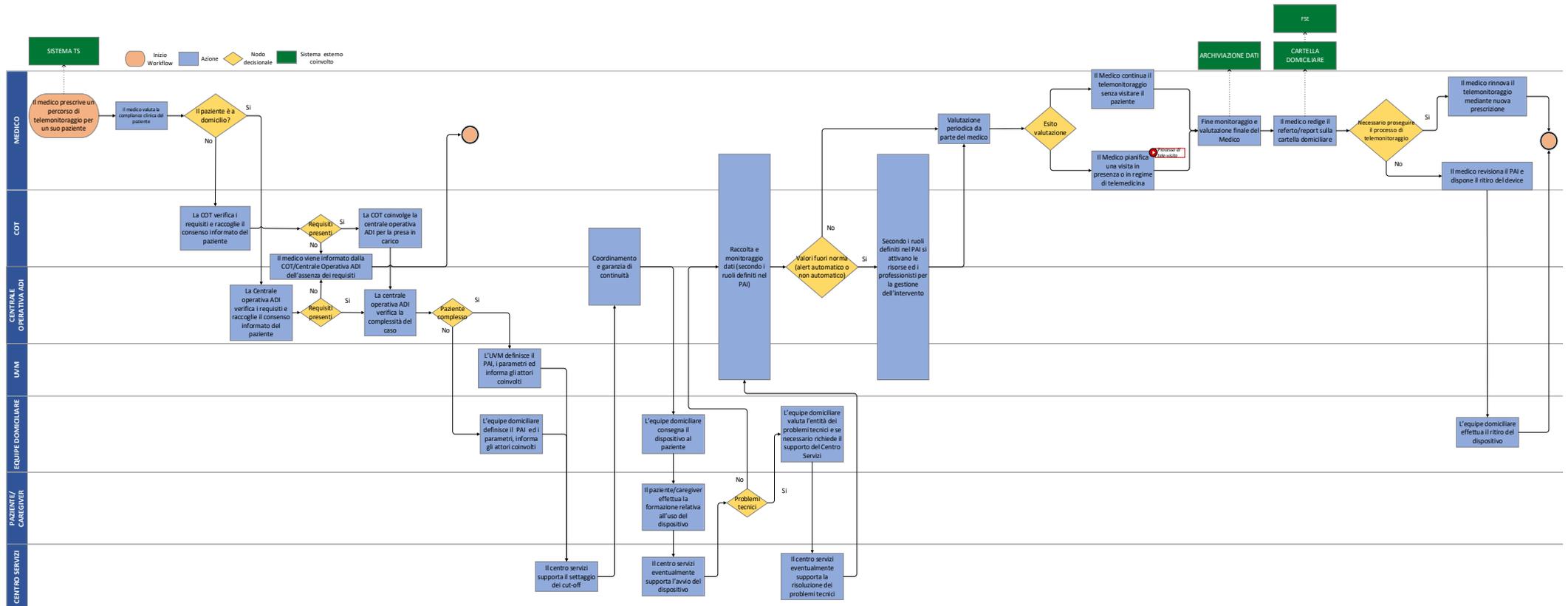
Le informazioni presenti in piattaforma di telemonitoraggio utili alla presa in carico domiciliare sono:

- dati periodicamente rilevati dal sistema di telemonitoraggio, Al fine di garantire la continuità informativa nella presa in carico del paziente, una parte di essi può anche essere riportata nella cartella domiciliare prevedendone l'importazione automatica (es. quando si manifesti un significativo cambiamento dello stato clinico del paziente);
- valutazioni periodiche del telemonitoraggio elaborate dal MMG/PLS/specialista che ha in gestione il caso ed azioni intraprese (es. a seguito degli allarmi).

Di seguito, si riporta in figura il processo (*workflow*) relativo ad uno scenario di telemonitoraggio, raffigurante gli attori coinvolti nel processo e le relative azioni (Figura 7).

Workflow Telemonitoraggio

Figura 7



2.2.6 Il Telecontrollo

Definizione e finalità

Il telecontrollo medico consente il controllo a distanza del paziente. Tale attività è caratterizzata da una serie cadenzata di contatti con il medico, che pone sotto controllo l'andamento del quadro clinico, per mezzo della videochiamata in associazione con la condivisione di dati clinici raccolti presso il paziente, sia prima che durante la stessa videochiamata. Questo per patologie già diagnosticate, in situazioni che consentano, comunque, la conversione verso la visita di controllo tradizionale in tempi consoni a garantire la sicurezza del paziente e in ogni caso sempre sotto responsabilità del medico che esegue la procedura.¹⁰

Obiettivo del telecontrollo è la valutazione nel tempo del percorso clinico attraverso momenti di contatto con il paziente per la verifica delle rilevazioni attivate dallo stesso (es. parametri, stato di benessere, questionari).

Il telecontrollo può essere richiesto a seguito di una prima valutazione in presenza o da remoto, deve essere richiesto da un medico per un periodo definito di tempo, consentire il controllo a distanza di dati raccolti e condivisi periodicamente dal paziente o dal suo *caregiver* (*Patient Generated Health Data* - PGHD), prevedere l'utilizzo di dispositivi (digitali e non) anche di proprietà del paziente ed essere caratterizzato da momenti di confronto attraverso *video-chat* con il medico (almeno una *video-chat* nel periodo del telecontrollo), che pone sotto controllo il quadro clinico del paziente e che si conclude con un referto o una relazione.

Il telecontrollo può essere integrato con prestazioni di teleassistenza effettuate da operatori sanitari che, in caso di necessità, possono attivare interventi di supporto al telecontrollo (es. di tipo educativo e motivazionale).

Richiedente

Il telecontrollo può essere richiesto da un medico (MMG/PLS, specialista) che ravvede la necessità di monitorare da remoto ed in maniera periodica il paziente nel tempo.

La richiesta non necessita di UVM, ma deve essere inserita comunque all'interno di un PAI per permettere l'armonizzazione degli interventi, degli strumenti e degli obiettivi attivati per/con il paziente e *caregiver*.

Il ricorso al telecontrollo prevede sempre un documento di riferimento (PDTA o protocollo) che definisca: il profilo (*target*) dei pazienti candidabili, strumenti di telecontrollo disponibili, set minimo di parametri oggetto di monitoraggio, valori soglia, selezione di dati da riportare nella documentazione clinica, livello e possibilità di personalizzazione nonché le azioni di intervento in

¹⁰ Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, Rep. Atti n. 215/CSR.

relazione ai livelli rilevati e quindi il percorso per la gestione degli allarmi, ivi compresi i professionisti per la gestione degli interventi (chiamata dell'infermiere di riferimento o del medico, accesso a domicilio dell'infermiere di riferimento o del medico, televisita, attivazione del 118, ecc.).

Il medico definisce l'eleggibilità del paziente al telecontrollo, secondo i criteri previsti nel protocollo di riferimento, in particolare la complessità clinica, i parametri da rilevare e la relativa personalizzazione dei valori soglia con i relativi allarmi.

Attivazione ed erogazione

Nel caso di pazienti che sono già a domicilio (già in carico alle cure domiciliari) l'attivatore è la Centrale Operativa dell'ADI, ove presente, mentre nel caso di pazienti che transitano fra *setting* di cura diversi, ove è necessario il coordinamento di professionisti e competenze, l'attivatore è la COT. La consegna dei dispositivi prescritti e la formazione di paziente e/o *caregiver* è in carico al personale sanitario che segue il paziente, eventualmente coadiuvato da personale tecnico per l'installazione e l'avvio dei dispositivi. Infatti, elemento centrale del telecontrollo è proprio il coinvolgimento del paziente, che, tramite la produzione di dati (PGHD), somministrazione questionari attraverso APP, ecc., mette a disposizione un insieme di informazioni che possono poi attivare la valutazione e l'eventuale intervento del medico.

I contatti con il paziente (es. videochiamata più eventuali contatti telefonici, ecc.) devono essere eseguiti dal medico a seconda del caso e così come pianificato nel PAI. Il servizio di telecontrollo, inteso come l'accesso alla piattaforma, il settaggio dei valori soglia, è erogato dal Centro Servizi per la telemedicina, che si occupa anche di fornire assistenza tecnica e servizio di *help desk* di secondo livello (supporto tecnico) in caso di necessità (attraverso canali, orari e giornate definiti).

Il telecontrollo avviene attraverso il contributo attivo del paziente/*caregiver* che fornisce dati relativi al proprio stato di salute (es. questionari, sintomi, parametri fisiologici, esercizio fisico, alimentazione, aderenza alla terapia farmacologica, ecc.) agli operatori tramite una piattaforma digitale, oltre ad una centrale per la ricezione e la conservazione dei dati raccolti con il telecontrollo.

Supporti tecnici ed informazioni disponibili

Il telecontrollo avviene attraverso un set di dispositivi tecnologici certificati e collegati ad una piattaforma centrale per la ricezione e la conservazione dei dati raccolti.

L'accesso alla piattaforma di telecontrollo e la valutazione dei dati raccolti/trasmessi dal paziente (PGHD) devono essere consentiti al medico che ha richiesto il telecontrollo e all'équipe individuata dal PAI.

La gestione degli allarmi generati dalla piattaforma, così come personalizzati in sede di PAI, è affidata agli attori che, a seconda della complessità del caso, ne hanno valutato l'applicabilità e la personalizzazione, quindi alla équipe assistenziale, alla Centrale Operativa dell'ADI ove presente, alla COT e qualora direttamente alla rete dell'emergenza in linea con il protocollo di gestione personalizzata degli allarmi inserito nel PAI.

La funzionalità di telecontrollo può essere integrata all'interno di piattaforme per la telemedicina e con la cartella domiciliare.

Le informazioni raccolte in telecontrollo utili alla presa in carico domiciliare sono:

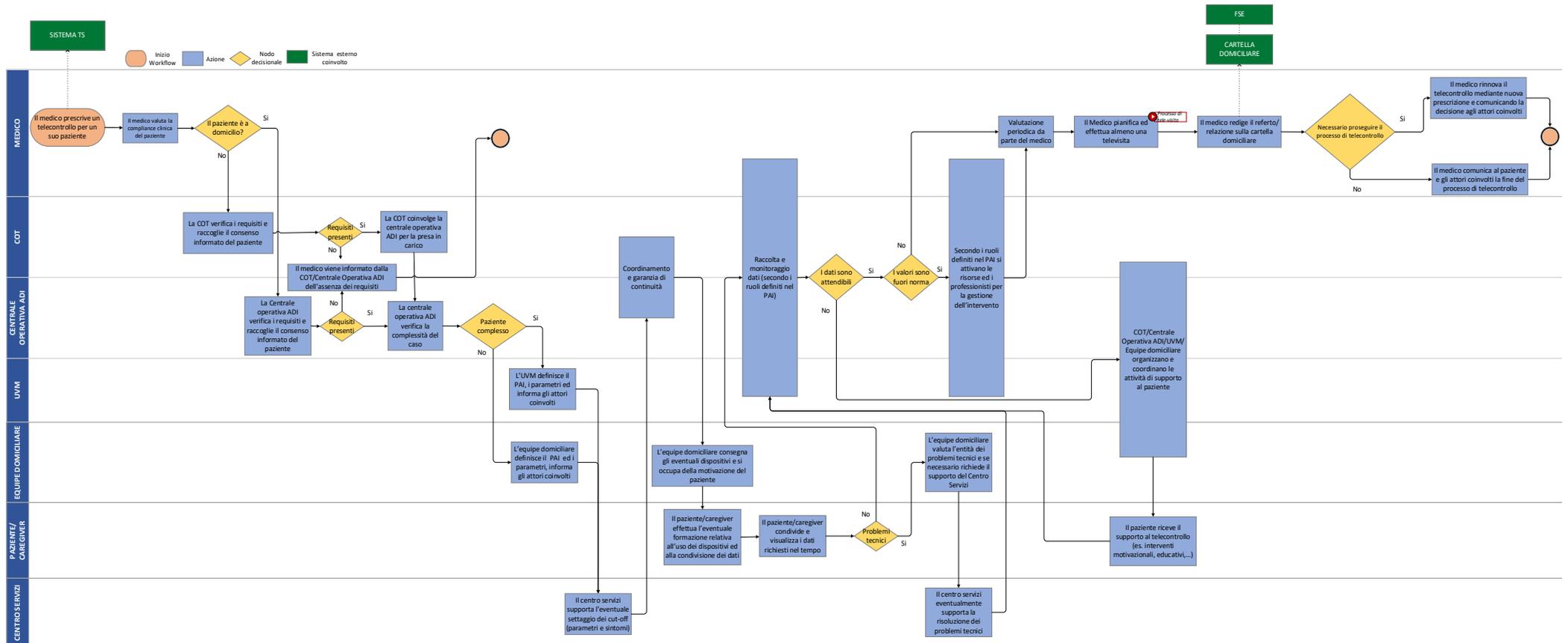
- dati periodicamente condivisi dal paziente *e/o caregiver*. Al fine di garantire la continuità informativa nella presa in carico del paziente, una parte di essi può anche essere riportata nella cartella domiciliare a discrezione del professionista o dell'équipe che ha in carico il paziente;
- valutazioni periodiche del telecontrollo elaborate dal MMG/PLS/specialista, eventuali schede/relazioni conseguenti ad interventi di teleassistenza (es. interventi educativi e loro esiti).

Le informazioni raccolte in telecontrollo – in un'ottica di coinvolgimento del paziente – devono essere messe a disposizione anche al paziente *e/o al caregiver*.

Di seguito, si riporta in figura il processo (*workflow*) relativo ad uno scenario di telecontrollo, raffigurante gli attori coinvolti nel processo e le relative azioni (Figura 8).

Workflow Telecontrollo

Figura 8



2.2.7 La Teleriabilitazione

Definizione e finalità

Consiste nell'erogazione a distanza di prestazioni e servizi intesi ad abilitare, ripristinare, migliorare, o comunque mantenere il funzionamento psicofisico di persone di tutte le fasce d'età, con disabilità o disturbi, congeniti o acquisiti, transitori o permanenti, oppure a rischio di svilupparli. È un'attività sanitaria di pertinenza dei professionisti sanitari, può avere carattere multidisciplinare e, quando ciò costituisca un vantaggio per il paziente, può richiedere la collaborazione dei *caregiver*, familiari e non, e/o di insegnanti. Per il completamento dei trattamenti volti a tutelare la salute dei cittadini, come qualsiasi intervento riabilitativo “tradizionale”, le prestazioni di teleriabilitazione trovano complementarità con altre prestazioni di cura, riabilitazione, assistenza o prevenzione, attuate esse stesse in presenza o in telemedicina. Le prestazioni e i servizi di teleriabilitazione possono essere fruiti da qualsiasi luogo assistenziale e/o educativo in cui si trova il paziente (es. strutture sanitarie, residenze sanitarie o sociosanitarie, istituti penitenziari, case-famiglia, comunità residenziali, scuole, istituti di formazione, università, contesti comunitari o luoghi di lavoro basati sulla comunità, domicilio). Per alcuni di essi è inoltre possibile la fruizione in mobilità, ovvero da luoghi, non ordinariamente prestabiliti per la riabilitazione. Nelle attività di teleriabilitazione vanno comprese anche quelle volte alla valutazione a distanza del corretto utilizzo di ausili, ortesi e protesi durante le normali attività di vita condotte all'interno dell'ambiente domestico o lavorativo.¹¹

Si tratta di servizi intesi ad abilitare, ripristinare il funzionamento psicofisico, nonché consentire una valutazione a distanza del corretto utilizzo di ausili, ortesi e protesi.

Il servizio, in ambito domiciliare, prevede sempre l'interazione con il paziente in tempo reale. Caso per caso sarà necessario valutare la necessità del coinvolgimento attivo di un *caregiver* opportunamente formato, che possa supportare il paziente.

La prestazione può anche avere carattere multidisciplinare/multiprofessionale.

In un'ottica di ulteriore sviluppo tecnologico dei servizi, può essere ricondotta a questa fattispecie anche un servizio che preveda l'interazione tra paziente e un operatore virtuale, ipotizzando in futuro anche l'utilizzo dell'Intelligenza Artificiale.

Richiedente

Lo specialista, il MMG/PLS, il singolo professionista rileva la necessità di richiedere un servizio di teleriabilitazione a domicilio o di prosecuzione del percorso di riabilitazione a domicilio, in questo caso le indicazioni dovranno essere proposte al momento della richiesta di presa in carico di

¹¹ Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie, Rep. Atti n. 231/CSR .

“dimissione protetta” e validate da parte della UVM, previa definizione del PRI che ne espliciti modalità, strumentazione necessaria a domicilio e tempi della presa in carico.

In ogni caso l'accesso dovrà avvenire sempre previa UVM effettuata con il paziente in presenza in modo da poter adeguatamente valutare i bisogni.

La prestazione (o ciclo di prestazioni) dovrà essere compreso nel PRI, condiviso in modo partecipativo con il paziente/famiglia, stabilendo la programmazione e le modalità della erogazione/fruizione nonché definendo gli obiettivi da raggiungere.

Per la valutazione di idoneità del paziente ed i requisiti essenziali per l'attivazione della teleriabilitazione si rinvia a quanto indicato nel paragrafo 2.1.1.

Attivazione ed erogazione

L'attivazione del servizio dovrà essere pianificata opportunamente sulla base di agende di prenotazione condivise con i professionisti sanitari coinvolti (es. fisioterapista, logopedista, ecc.) e gestite direttamente dagli stessi o anche dalla Centrale Operativa dell'ADI, ove presenti.

La COT può essere coinvolta a supporto degli aspetti organizzativi e qualora sia previsto l'intervento di diversi operatori ed il raccordo tra più servizi.

Il professionista sanitario (logopedista, fisioterapista, educatore, ecc.) provvede all'addestramento del paziente/*caregiver* all'uso della eventuale strumentazione, gestisce il piano di lavoro (agende dedicate) per la programmazione degli interventi ed eroga la prestazione da remoto.

Supporti tecnici ed informazioni da condividere

La strumentazione base che consente la videochiamata viene integrata da dispositivi per la gestione e lo scambio di dati e immagini, principalmente attraverso l'uso di dispositivi medici con relativa marcatura CE, incluso quelli mobili e indossabili, sensori, robotica, *serious games*¹² e sarà fornita dall'Azienda sanitaria alla stessa stregua dei percorsi di presa in carico in presenza. Nelle attività di telemedicina l'uso delle tecnologie deve avvenire nel rispetto delle norme vigenti, quali ad esempio i Regolamenti UE 2017/745 e 2017/746, e in sicurezza (anche in relazione alla protezione dei dati personali) e in accordo con la destinazione d'uso dei dispositivi medici impiegati sia *hardware* che *software*. I contenuti e materiali educativi o di intervento, le tecniche, le attrezzature e l'ambiente fisico utilizzati devono essere adeguati. I dispositivi medici e le attrezzature devono rispondere a caratteristiche di efficacia e sicurezza dalle evidenze scientifiche, linee guida, rapporti di *health technology assessment*, buone pratiche, documenti di consenso, ecc.¹³

Al contempo dovrà essere assicurata adeguata assistenza tecnica da parte di un Centro Servizi per la telemedicina (qualora la strumentazione utilizzata lo necessiti) che possa intervenire, da remoto o direttamente al domicilio, per le manutenzioni periodiche e per la risoluzione tempestiva di malfunzionamenti.

¹² Tecnologie che sfruttano gli elementi ludici per facilitare gli obiettivi di abilitazione e riabilitazione nel rispetto delle norme vigenti e in sicurezza

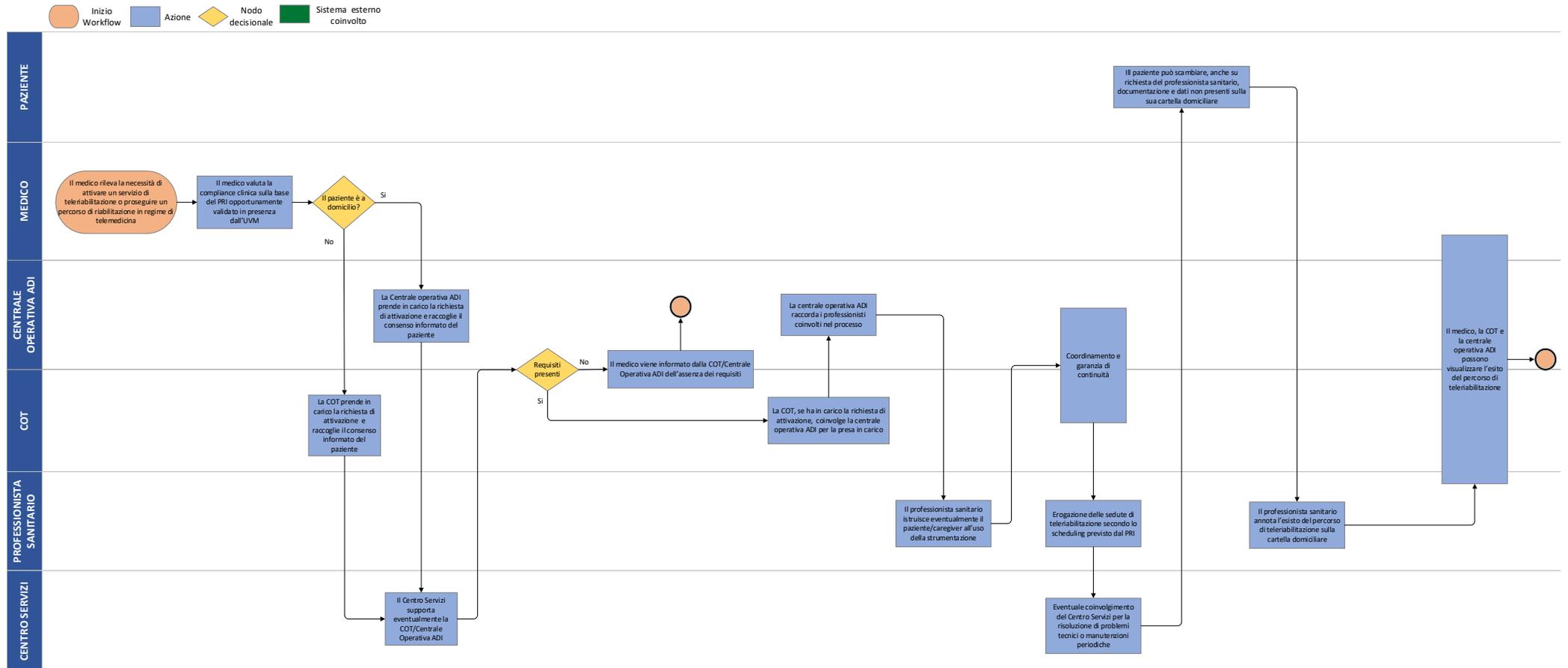
¹³ Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie. Requisiti tecnici e organizzativi, Rep. Atti n. 231/CSR.

Inoltre, in particolare qualora la presa in carico del paziente sia multiprofessionale, sarà necessario prevedere dispositivi per lo scambio di dati ed immagini, per il monitoraggio al fine di consentire una condivisione delle informazioni tra tutta l'équipe dei professionisti. Le informazioni relative alla presa in carico domiciliare, contenute nella cartella domiciliare, devono essere disponibili al medico e ai professionisti sanitari che intervengono, e a tutta l'équipe laddove presente.

Di seguito, si riporta in figura il processo (*workflow*) relativo ad uno scenario di teleriabilitazione, raffigurante gli attori coinvolti nel processo e le relative azioni (Figura 9).

Workflow Teleriabilitazione

Figura 9



GLOSSARIO

ASSISTENZA DOMICILIARE: in questo documento intesa quale sinonimo di “cure domiciliari”, è un servizio a valenza distrettuale finalizzato all’erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell’ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. In relazione al bisogno di salute dell’assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell’intervento assistenziale, le cure domiciliari, si articolano nei seguenti livelli: cure domiciliari di livello base e cure domiciliari integrate (ADI) di I, II e III livello. Le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona. Le cure domiciliari sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale (*art. 22, DPCM 12/01/2017*).

CENTRALE OPERATIVA ADI: riceve tutte le richieste di attivazione di interventi domiciliari integrati e di continuità dell’assistenza, svolgendo funzione di supporto, collegamento e coordinamento delle prestazioni sanitarie e degli interventi domiciliari integrati.

CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE: è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell’emergenza-urgenza.

CENTRO SERVIZI: è una struttura tecno-operativa, dislocata su una o più sedi fisiche, attiva 24/24h, dotata delle adeguate infrastrutture e sistemi di comunicazione, informativi ed informatici, presidiata da operatori qualificati e formati rispetto alle specifiche attività da svolgere. Il Centro Servizi è un punto di riferimento affidabile e sempre disponibile per le varie necessità dell’utente assistito con strumenti di sanità digitale. Il Centro Servizi è sia un agente di presa in carico, che una struttura di mediazione e facilitazione. Al Centro Servizi competono le attività di *help desk* e di assistenza tecnica volte a favorire continuità nella fruizione del sistema di telemedicina.

CENTRO EROGATORE: può essere composto da strutture del SSN, autorizzate e accreditate, pubbliche o private, professionisti quali MMG/PLS, medici specialisti che erogano prestazioni sanitarie attraverso una rete di telecomunicazioni. Il Centro Erogatore riceve le informazioni sanitarie dall’utente e trasmette all’utente gli esiti della prestazione (*Telemedicina: linee di indirizzo nazionali, Rep. Atti n. 16/CSR*).

CURE PALLIATIVE DOMICILIARI: il SSN garantisce le cure domiciliari palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38, nell’ambito della rete di cure palliative a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Le cure sono erogate dalle Unità di Cure Palliative (UCP) sulla base di protocolli formalizzati nell’ambito della Rete (*art. 23, DPCM 12/01/2017*).

DISTRETTO: è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) sul territorio. Come previsto dalla normativa vigente, l'articolazione in distretti della ASL è disciplinata dalla legge regionale, garantendo comunque una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente. Il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali, centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi della ASL. È inoltre deputato al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, sociosanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta. Il Distretto garantisce, inoltre, una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento.

HELP DESK: è un servizio di ricezione e gestione delle richieste di assistenza e supporto tecnico da parte dei pazienti, *caregiver* e personale sanitario, relativamente all'uso dei dispositivi e della piattaforma informatica; fornisce inoltre assistenza ai pazienti nell'applicazione del protocollo di monitoraggio per assicurare la regolarità nelle misurazioni dei parametri *target*.

INFERMIERE DI FAMIGLIA O DI COMUNITÀ: è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'IFoC interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità formali e informali non è solo l'erogatore di cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità. È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute. E' coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale nei diversi *setting* assistenziali in cui essa si articola.

PATIENT-GENERATED HEALTH DATA: dati sanitari generati dal paziente. Sono dati relativi alla salute creati, registrati o raccolti dalla persona assistita e/o familiari/*caregiver*. Includono tra gli altri: storia della salute/malattia, trattamenti, sintomi, stili di vita.

REFERTO: è un atto ufficiale, a valenza legale, che si traduce con l'elaborazione di un documento scritto, dettagliato, rilasciato dal medico nell'esercizio della propria attività. L'implementazione delle presenti Linee Guida presuppone che il referto è sia formato esclusivamente in modalità digitale secondo quanto disposto dalle Linee Guida di cui all'articolo 12, comma 15-bis, del decreto legge n. 179/2012 e successive modificazioni.

RELAZIONE COLLABORATIVA: si intende l'elaborazione scritta di un documento condiviso rilasciato nella fase di teleconsulto da un professionista medico erogatore ad un altro professionista

medico richiedente, ai fini dell'espletamento del servizio in essere. Tale documento presuppone il riconoscimento ed il rispetto della competenza specifica di ciascun professionista nell'assistenza medica. Con tale modalità, i medici collaborano nella presa di decisioni che riguardano la persona assistita in telemedicina. La relazione collaborativa è caratterizzata da elementi di fiducia e di reciproca comunicazione.

SERVIZIO DI TELEMEDICINA ASINCRONO: non richiede il collegamento contemporaneo degli attori alla piattaforma.

SERVIZIO DI TELEMEDICINA SINCRONO: due o più attori sono collegati contemporaneamente alla piattaforma, interagendo tra loro.

RIFERIMENTI PRINCIPALI

- Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2014 (Rep. Atti n. 16/CSR) sul documento, recante “*Telemedicina, linee d’indirizzo nazionali*”;
- Accordo Stato-Regioni del 17 dicembre 2020 (Rep. Atti n. 215/CSR), sul documento recante “*Indicazioni nazionali per l’erogazione di prestazioni in telemedicina*”;
- Accordo Stato-Regioni del 18 novembre 2021 (Rep. Atti n. 231/CSR), sul documento recante “*Indicazioni nazionali per l’erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie*”;
- Intesa Stato-Regioni del 4 agosto 2021 (Rep. Atti n. 151/CSR), sul documento recante “*Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l’autorizzazione all’esercizio e requisiti ulteriori per l’accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell’articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178*”;
- Decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, recante “*Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese*”, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, . e s.m.;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 settembre 2015, n. 178, recante “*Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico*”;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, recante “*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*”;
- Regolamento (UE) 2017/745 del Parlamento europeo e del Consiglio del 5 aprile 2017 relativo ai dispositivi medici, che modifica la direttiva 2001/83/CE, il regolamento (CE) n. 178/2002 e il regolamento (CE) n. 1223/2009 e che abroga le direttive 90/385/CEE e 93/42/CEE del Consiglio;
- Regolamento (UE) 2017/746 del Parlamento europeo e del Consiglio del 5 aprile 2017 relativo ai dispositivi medico-diagnostici in vitro e che abroga la direttiva 98/79/CE e la decisione 2010/227/UE della Commissione;
- Piano Nazionale per la Ripresa e Resilienza dell’Italia approvato con la decisione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021 e notificato con nota LT161/21, del 14 luglio 2021 dal Segretariato generale del Consiglio.