

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 26 GIUGNO 2023, N. 1050

Approvazione del modello organizzativo per l'implementazione dei servizi di Telemedicina della Regione Emilia-Romagna

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visti:

- il decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70, con il quale è stato formalizzato il "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

- il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";

- l'Intesa adottata il 18 dicembre 2019 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente il "Patto per la salute per gli anni 2019-2021" (Rep. Atti n. 209/CSR);

- l'Intesa Stato-Regioni e Province Autonome "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina" (n.215/CSR), del 17 dicembre 2020, riferimento unitario nazionale per l'implementazione dei servizi di telemedicina e l'adeguamento dei flussi informativi di erogazione/rendicontazione delle attività di specialistica ambulatoriale al fine di tenere traccia delle prestazioni in telemedicina;

- l'Accordo sancito tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie", il 18 novembre 2021 nella Conferenza Stato Regioni;

Visti altresì:

- il Regolamento (UE) 2020/2094 del Consiglio del 14 dicembre 2020, che istituisce uno strumento dell'Unione europea NextGeneration EU, a sostegno della ripresa dell'economia dopo la crisi pandemica da COVID-19;

- 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;

- il Piano nazionale di ripresa e resilienza(PNRR), approvato con decisione del Consiglio dell'Unione europea il 13 luglio 2021, in particolare la Missione 6 Salute, Componente 1 "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", i cui investimenti sono finalizzati a rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie all'attivazione e al potenziamento di strutture e presidi territoriali, fortificando l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari;

- il decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito con modificazioni nella Legge 29 luglio 2021, n. 108, recante "Governance del Piano nazionale di rilancio e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure";

- il decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 6 agosto 2021 "Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi ed obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione", così come modificato

dal decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 23 novembre 2021, che, in particolare, per il sub-investimento "M6C1 1.2.3 Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici" prevede un finanziamento complessivo per nuovi progetti pari ad euro 1.000.000.000,00;

- il decreto del Ministero della Salute 1 aprile 2022, che ripartisce analiticamente il sub-investimento 1.2.3, attribuendo specifiche sub-codifiche, in:

o sub-investimento 1.2.3.1 "Piattaforma di telemedicina", a cui sono destinati euro 250.000.000,00;

o sub-investimento 1.2.3.2 "Servizi di telemedicina", a cui sono destinati euro 750.000.000,00;

- il decreto del Ministero della Salute 20 gennaio 2022 che ripartisce a favore delle regioni, nell'ambito dell'investimento "M6C1 1.2.2 Casa come primo luogo di cura e Telemedicina", il finanziamento complessivo di euro 58.029.713,00 per la realizzazione del sub investimento 1.2.2.3 "COT device";

- il decreto del Ministero della Salute del 29 aprile 2022, con il quale sono state approvate le Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare;

Viste le proprie deliberazioni:

- n. 1227 del 2 agosto 2021, con cui si recepisce l'Accordo Stato-Regioni e si approva il documento "Indicazioni Regionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina";

- n. 71 del 24 gennaio 2022, recante "PNRR Missione 6 Salute - Primi provvedimenti organizzativi", con la quale, al fine di procedere all'attuazione della Missione 6 Salute del PNRR e del Piano complementare PNC, si è stabilito, tra l'altro:

- di delegare alle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale (SSR) l'esercizio delle competenze relative all'avvio, alla realizzazione operativa e al funzionamento degli interventi attuativi degli obiettivi del PNRR e del Piano complementare riferiti alla Regione Emilia-Romagna;

- di attribuire alla Regione Emilia-Romagna, in quanto Soggetto attuatore, tutte le attività di regia, coordinamento e monitoraggio delle funzioni delegate alle Aziende ed Enti del SSR sopra richiamate;

- n. 1076 del 27 giugno 2022, con la quale, tra l'altro, è stato approvato il format di delega "Provvedimento di Delega amministrativa";

Richiamati:

- l'Accordo di collaborazione tra l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (d'ora in avanti AGENAS), il Ministero della Salute e la Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per la trasformazione digitale, sottoscritto il 31 dicembre 2021, avente ad oggetto la collaborazione tra le parti per la realizzazione del sub-investimento 1.2.3 "Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici", all'interno della misura 1.2 "Casa come primo luogo di cura e telemedicina", nell'ambito del quale AGENAS è stata individuata quale "soggetto attuatore";

- il decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, n. 77 del 23 maggio 2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", che prevede un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza territoriale, uniforme a livello nazionale, definendone gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico;

- il decreto del Ministero della Salute 21 settembre 2022, recante “Approvazione delle Linee guida per i Servizi di telemedicina – Requisiti funzionali e livelli di servizio”, con cui si sono stabiliti i requisiti tecnici indispensabili per garantire l’omogeneità a livello nazionale e l’efficienza nell’attuazione dei servizi di telemedicina;

Visto il decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro delegato per l’Innovazione tecnologica e la transizione digitale del 30 settembre 2022 recante “Procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l’adozione delle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina”, che, per garantire l’attuazione dell’investimento della Missione 6 Componente 1 - 1.2.3 “Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici”, sub-investimento 1.2.3.2 “Servizi di telemedicina”, definisce le procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina, e adotta le Linee di indirizzo per l’elaborazione delle progettualità regionali dei servizi di telemedicina;

Tenuto conto che al fine di raggiungere gli obiettivi previsti nell’ambito della Missione 6 Componente 1 del sub-investimento 1.2.3 “Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici”, la Regione Lombardia e la Regione Puglia sono state individuate quali regioni capofila con il compito specifico di provvedere, anche avvalendosi delle proprie centrali di committenza, alle procedure di acquisizione di soluzioni di telemedicina conformi alle Linee guida adottate in materia ai sensi del comma 15-undecies, lettera a) dell’art. 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221;

Preso atto che all’art. 1 del citato decreto interministeriale 30 settembre 2022 si stabilisce che le regioni definiscono il Piano operativo e il fabbisogno per i servizi minimi di telemedicina, secondo il format di cui all’allegato A del medesimo decreto, la cui congruità viene valutata da una Commissione tecnica, presieduta da AGENAS;

Precisato che nel Piano operativo ciascuna Regione e Provincia autonoma indica:

o il proprio fabbisogno totale per i servizi di telemedicina previsti per l’infrastruttura regionale di telemedicina, come definita nelle Linee guida adottate in materia ai sensi del comma 15-undecies, lettera a) dell’art. 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, il rispetto di Milestone e Target, nonché il cronoprogramma dello specifico sub-investimento “Servizi di telemedicina”;

o quali componenti del fabbisogno intende eventualmente garantire con soluzioni di telemedicina già esistenti e attive su tutto il territorio regionale;

o quali componenti del fabbisogno totale intende acquisire nell’ambito del sub-investimento “Servizi di telemedicina”;

Tenuto conto che in data 4 febbraio 2023 la Regione Emilia-Romagna ha provveduto a trasmettere ad Agenas il proprio “Piano operativo servizi di telemedicina”, attraverso l’apposito portale web messo a disposizione dalla stessa AGENAS, che riporta il proprio fabbisogno totale per i servizi di telemedicina previsti per l’infrastruttura regionale di telemedicina, il cronoprogramma dello specifico sub-investimento 1.2.3.2 “Servizi di telemedicina” e le componenti del fabbisogno totale che la Regione intende acquisire nell’ambito del sub-investimento “Servizi di telemedicina”;

Preso atto che con nota protocollo n. 278277 del 23 marzo 2023 AGENAS ha comunicato l’esito positivo della valutazione di congruità del “Piano operativo servizi di telemedicina”, nonché del fabbisogno dei servizi di telemedicina in esso contenuto, trasmesso dalla Regione Emilia-Romagna, indicando la necessità di approvare il documento, tramite atto regionale, entro il 30 aprile 2023;

Vista la propria delibera n. 629 del 26 aprile 2023 di approvazione del “Piano Operativo servizi di Telemedicina” che riporta il fabbisogno regionale totale per i servizi di telemedicina previsti per l’infrastruttura regionale di telemedicina, il cronoprogramma dello specifico sub-investimento 1.2.3.2 “Servizi di telemedicina” e le componenti del fabbisogno totale che la regione intende acquisire nell’ambito del sub investimento “Servizi di telemedicina”;

Visto il Cronoprogramma relativo all’attuazione del citato sub-investimento 1.2.3.2 “Servizi di telemedicina”, previsto all’Allegato A del decreto interministeriale del 30 settembre 2022 e riportato, per accettazione, nel “Piano Operativo servizi di Telemedicina” approvato con la sopra richiamata delibera n. 629/2023;

Preso atto che:

- il suddetto cronoprogramma prevede che le regioni definiscano con proprio atto, entro la scadenza del 30 giugno 2023 (T2 2023), il modello regionale di Telemedicina;

- sulla base di specifiche indicazioni fornite da AGENAS, il modello regionale di Telemedicina deve riportare le modalità organizzative previste per l’implementazione dei servizi di Telemedicina, nonché la descrizione delle strutture e i professionisti sanitari coinvolti nell’erogazione di tali servizi;

Considerato che:

- ad oggi non sono ancora note le soluzioni infrastrutturali di telemedicina conformi alle linee-guida adottate in materia, stante il procrastinarsi delle tempistiche di pubblicazione del bando di gara per la loro acquisizione da parte delle Regioni capofila (Lombardia e Puglia);

- il modello organizzativo per l’implementazione dei servizi di telemedicina della Regione Emilia-Romagna dovrà tenere conto delle riorganizzazioni in atto;

Ritenuto, pertanto, necessario provvedere, ai sensi del decreto interministeriale del 30 settembre 2022, all’approvazione del modello organizzativo per l’implementazione dei servizi di Telemedicina della Regione Emilia-Romagna, riportato in allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale, che potrà essere successivamente modificato/integrato sulla base delle soluzioni infrastrutturali acquisite e degli eventuali nuovi assetti organizzativi adottati;

Viste:

- la L.R. 12 maggio 1994, n. 19 “Norme per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517” e ss.mm.;

- la L.R. 23 dicembre 2004, n. 29 “Norme generali sull’organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale” e ss.mm.;

- la delibera dell’Assemblea legislativa n. 120/2017 con la quale è stato approvato il Piano sociale e sanitario regionale 2017-2019;

Viste le proprie deliberazioni:

- n. 2040 del 10 dicembre 2015 “Riorganizzazione dalla rete

ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal Patto per la salute 2014/2016 e dal DM salute 70/2015”;

- n. 365 del 27 marzo 2017 “I° provvedimento attuativo nell’ambito dell’assistenza territoriale del DPCM 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’ pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017 - S. O. n. 15”;

- n. 1423 del 2 ottobre 2017 “Attuazione del Piano Sociale e Sanitario 2017-2019. Approvazione delle schede attuative d’intervento e di indirizzi per l’elaborazione dei piani di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale” e ss.mm. e ii.;

- n. 2177 del 22 novembre 2019 “Approvazione del documento “Il profilo di salute della Regione Emilia-Romagna” e avvio del percorso di elaborazione del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025”;

- n. 2144 del 20 dicembre 2021 di “Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025”;

- n. 58 del 24 gennaio 2022, che ha approvato il ‘Documento di governance del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025’, in attuazione della D.G.R. n. 2144/2021;

Richiamati:

- il Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, recante “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;

- la Legge Regionale 26 novembre 2001, n. 43 “Testo unico in materia di organizzazione e di rapporto di lavoro nella Regione Emilia-Romagna” e ss.mm.ii.;

Richiamate, altresì, le proprie deliberazioni:

- n. 468 del 10 aprile 2017, concernente “Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna” e le Circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG/2017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017, relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni, predisposte in attuazione della propria delibera n. 468/2017;

- n. 771 del 24 maggio 2021 che conferisce fino al 31 maggio 2024 l’incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) per le strutture della Giunta della Regione Emilia-Romagna e degli Istituti e Agenzie regionali, di cui all’art. 1 comma 3 bis, lett. b) della L.R. n. 43 del 2001;

- n. 325 del 7 marzo 2022 “Consolidamento e rafforzamento delle capacità amministrative: riorganizzazione dell’Ente a seguito del nuovo modello di organizzazione e gestione del personale”;

- n. 426 del 21 marzo 2022 “Riorganizzazione dell’Ente a seguito del nuovo modello di organizzazione e gestione del per-

sonale. Conferimento degli incarichi ai Direttori Generali e ai Direttori di Agenzia”;

- n. 1615 del 28 settembre 2022 “Modifica e assestamento degli assetti organizzativi di alcune Direzioni Generali/Agenzie della Giunta regionale”;

- n. 380 del 13 marzo 2023 “Approvazione Piano integrato delle attività e dell’organizzazione 2023-2025”;

- n. 474 del 27 marzo 2023 “Disciplina organica in materia di organizzazione dell’ente e gestione del personale. Aggiornamenti in vigore dal 1 aprile 2023 a seguito dell’entrata in vigore del nuovo ordinamento professionale di cui al Titolo III del CCNL Funzioni Locali 2019/2021 e del PIAO 2023/2025”;

Richiamate, infine, le determinazioni dirigenziali:

- n. 2335 del 9 febbraio 2022 “Direttiva di indirizzi interpretativi degli obblighi di pubblicazione previsti dal decreto legislativo n. 33 del 2013. Anno 2022”;

- n. 6229 del 31 marzo 2022, recante “Riorganizzazione della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare. Istituzione aree di lavoro. Conferimento incarichi dirigenziali”;

- n. 18519 del 30 settembre 2022 “Conferimenti di incarichi dirigenziali”, relativo al conferimento di incarico di Responsabile del Settore Innovazione nei Servizi Sanitari e Sociali della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare”;

- n. 7162 del 15 aprile 2022, recante “Ridefinizione dell’assetto delle Aree di lavoro dirigenziali della Direzione Generale Cura della Persona ed approvazione di alcune declaratorie”;

Dato atto che il Responsabile del procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Dato atto dei pareri allegati;

Su proposta dell’Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi
delibera

1) di approvare, ai sensi del decreto interministeriale del 30 settembre 2022, il modello organizzativo per l’implementazione dei servizi di Telemedicina della Regione Emilia-Romagna, riportato in allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale, che potrà essere successivamente modificato/integrato sulla base delle soluzioni infrastrutturali acquisite e degli eventuali nuovi assetti organizzativi adottati in ambito regionale;

2) di pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna Telematico;

3) di dare atto che per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi dell’art. 7 bis, comma 3, del D. lgs n. 33/2013 e ss.mm.ii., così come disposto con la propria delibera n. 380/2023.

IL MODELLO ORGANIZZATIVO PER L'IMPLEMENTAZIONE DEI SERVIZI DI TELEMEDICINA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

INTRODUZIONE	3
I SERVIZI DI TELEMEDICINA	3
Televisita	4
Descrizione e finalità del servizio	4
Ambiti principali di applicazione.....	4
Teleconsulto medico	6
Descrizione e finalità del servizio	6
Ambiti principali di applicazione.....	6
Teleconsulenza medico-sanitaria	7
Descrizione e finalità del servizio	7
Ambiti principali di applicazione.....	7
Teleassistenza	8
Descrizione del servizio e finalità del servizio	8
Ambiti principali di applicazione.....	8
Telemonitoraggio	8
Descrizione e finalità del servizio	8
Ambiti principali di applicazione.....	9
IL MODELLO ORGANIZZATIVO	9
Televisita	9
Popolazione di riferimento	9
Prescrizione	9
Richiesta non SSN	10
Prenotazione.....	10
Sistema remunerativo/tariffario	10
Comunicazione dell'esito della prestazione sanitaria erogata in modalità televisita	11
Rendicontazione	11
Monitoraggio delle attività	12
Teleconsulto/Teleconsulenza	12
Popolazione di riferimento	12
Richiesta.....	12
Prenotazione.....	12
Sistema remunerativo/tariffario	12
Rendicontazione	12

Monitoraggio delle attività	13
Teleassistenza	13
Popolazione di riferimento	13
Richiesta.....	13
Prenotazione.....	13
Rendicontazione	13
Monitoraggio delle attività	13
Telemonitoraggio	14
Telemonitoraggio di primo livello	14
Popolazione di riferimento	14
Modalità di erogazione	14
Parametri da monitorare/controllare	15
Formazione del personale sanitario all'utilizzo degli strumenti di telemedicina	15
Valutazione e formazione delle competenze informatiche di pazienti e care-giver.....	15
Rendicontazione	15
Monitoraggio delle attività	15
Telemonitoraggio di secondo livello	15
Popolazione di riferimento	15
Modalità di erogazione.....	16
Rendicontazione	16
Monitoraggio della attività	16
ATTORI E STRUTTURE COINVOLTE	16
CRONOPROGRAMMA DI ATTIVITÀ	21
DEFINIZIONE DELLE MODALITÀ DI MONITORAGGIO DELL'INVESTIMENTO E DELLA SUA ATTUAZIONE ..	22

INTRODUZIONE

Dal 2021 è attiva la Piattaforma regionale di Telemedicina (PRT) che consente di erogare servizi quali il telemonitoraggio, la televisita e il teleconsulto. Tale Piattaforma è stata realizzata nell'ambito del Progetto regionale di telemedicina finanziato con le risorse previste Fondo Sanitario Nazionale e destinate all'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso (Delibera CIPE n. 122/2015). La sperimentazione della Piattaforma, conclusa a giugno 2022, ha previsto il coinvolgimento di 30 Case della Comunità nell'erogazione di servizi di telemonitoraggio domiciliare a pazienti cronici ad alto/molto alto rischio di ospedalizzazione con scompenso cardiaco e/o broncopneumopatia cronica ostruttiva e/o diabete. Con Delibera di Giunta Regionale n. 1227/2021 e successiva Circolare del Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare n. 2/2022, la Regione ha recepito l'accordo Stato regioni del 17 dicembre 2020 ed ha fornito indicazioni in merito all'erogazione dei servizi di telemedicina nelle strutture del servizio sanitario regionale e nell'ambito specifico dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale. L'erogazione di televisite/teleconsulti è stata resa possibile dall'integrazione degli applicativi locali di specialistica ambulatoriale e della cartella clinica CURE utilizzata dai servizi di salute mentale/neuropsichiatria infantile e dipendenze patologiche, con la PRT.

L'investimento in telemedicina previsto nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 6 Salute, componente 1 'Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale', investimento 1.2 'Casa come primo luogo di cura e telemedicina', sub investimenti 1.2.2 'Centrali operative territoriali' e 1.2.3 'Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici' rappresenta un'opportunità per diffondere a tutta la regione i servizi di telemedicina sperimentati e diffusi solo in alcune realtà locali, contribuendo a ridurre i divari geografici e territoriali e favorendo una maggiore equità di accesso a questa nuova modalità assistenziale. La diffusione della telemedicina costituisce inoltre uno degli elementi prioritari a supporto del processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale previsto dal DM 77/2022. Come da indicazioni del soggetto attuatore Agenas, l'infrastruttura regionale della telemedicina (IRT) sarà disponibile e acquistabile a partire dall'anno 2024, presenterà funzionalità aggiuntive rispetto alla precedente PRT e sarà integrata con la piattaforma nazionale di telemedicina e il Fascicolo Sanitario Elettronico.

I SERVIZI DI TELEMEDICINA

I servizi minimi erogati dalla infrastruttura regionale di telemedicina (IRT) saranno:

- Televisita
- Teleconsulto/Teleconsulenza
- Teleassistenza
- Telemonitoraggio

Verranno valutate tutte le soluzioni di integrazione dei servizi minimi con le soluzioni in essere presso le singole Aziende (dipartimentali in uso dai professionisti coinvolti).

Inoltre le proposte di sviluppo e integrazione di ulteriori servizi/funzionalità/percorsi assistenziali di telemedicina (ad esempio la teleriabilitazione e/o percorsi diagnostico-terapeutico implementati a livello locale) saranno oggetto di valutazione da parte del Gruppo Regionale di Telemedicina (costituito con

determina n. 24043 il 16 dicembre 2021 e in corso di formalizzazione il rinnovo dei componenti) in merito alla fattibilità tecnica, economica e organizzativa.

Assegnate le risorse con decreto del Ministro della salute (di concerto con il Ministro delegato per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale), la regione potrà attivare le soluzioni individuate nel proprio Piano operativo e acquisire i servizi di telemedicina, nonché le forniture inerenti alle postazioni, attraverso l'adesione agli Accordi Quadro sottoscritti dalle regioni Lombardia e Puglia, che sono state individuate, con decreto 30.09.2022, quali regioni capofila con il compito di provvedere, anche avvalendosi delle proprie centrali di committenza, alle procedure di approvvigionamento.

La procedura di acquisizione dei dispositivi funzionali al servizio di telemonitoraggio (il cui finanziamento trova copertura nelle risorse PNRR assegnate con decreto del Ministero della salute del 20.01.2022, nell'ambito dell'investimento M6C1 1.2.2.3 'COT device') sarà espletata dalla Centrale di committenza regionale IntercentER, secondo il tempogramma di massima che segue:

- Formalizzazione del Gruppo di lavoro per la redazione del capitolato tecnico, entro fine giugno 2023;
- Pubblicazione del bando di gara, entro fine agosto 2023;
- Termine presentazione offerte, entro metà ottobre 2023;
- Valutazione offerte, entro metà novembre 2023;
- Aggiudicazione definitiva, entro gennaio 2024.

Televisita

Descrizione e finalità del servizio

È un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un caregiver. Tuttavia, la televisita, come previsto anche dal codice di deontologia medica, non può essere mai considerata il mezzo esclusivo per condurre la relazione medico-paziente. Il medico è deputato a decidere in quali situazioni e in che misura la telemedicina può essere impiegata in favore del paziente, utilizzando oltre alla televisita anche gli altri servizi di telemedicina utilizzati per le attività di rilevazione dei parametri biologici e di sorveglianza clinica quali il telemonitoraggio.

La televisita può essere svolta con il supporto di un operatore sanitario/sociosanitario che si trovi vicino al paziente e lo supporti collaborando con il medico. Deve sempre essere garantita la possibilità di scambiare in tempo reale dati clinici, referti medici, immagini, audio-video, relativi al paziente. L'anamnesi può essere raccolta per mezzo della videochiamata. Il medico è titolato a decidere in che misura l'esame obiettivo a distanza possa essere sufficiente nel caso specifico o se il completamento dello stesso debba essere svolto in presenza. La televisita erogata nell'ambito dell'attività specialistica ambulatoriale deve sempre concludersi con un referto.

Ambiti principali di applicazione

- Specialistica ambulatoriale
- Case della Comunità
- Cure primarie (MMG/PLS)
- Consultori familiari/pediatria della comunità
- Servizi di neuropsichiatria infantile, salute mentale e dipendenze patologiche
- Assistenza nelle carceri
- Assistenza domiciliare/cure palliative

- Assistenza residenziale e semiresidenziale
- Ospedali/ospedali di comunità
- Dipartimenti di Sanità pubblica

Sono erogabili in televisita le prestazioni ambulatoriali che non richiedono la completezza dell'esame obiettivo del paziente (tradizionalmente composto da ispezione, palpazione, percussione e auscultazione).

Le televisite sono costituite, nella maggior parte dei casi, da visite di controllo rivolte a pazienti affetti da patologia nota o la cui diagnosi è già stata formulata, che possono fruire della prestazione nell'ambito di un PAI/PDTA; che necessitano di un follow up, di una conferma o una variazione della terapia in corso; che richiedono una rivalutazione anamnestica per la prescrizione di esami diagnostici, o di stadiazione di patologia. Ciò nonostante, non se ne esclude la possibilità di utilizzo anche nei casi in cui il paziente sia inviato per la prima volta ad uno specialista, laddove vi sia stato un preventivo consulto tra il medico richiedente e lo specialista. Inoltre, è responsabilità di quest'ultimo decidere in quali situazioni le televisite siano effettuabili in favore di un determinato paziente.

La televisita deve avere le medesime caratteristiche e contenuti della visita specialistica erogata in presenza. In particolare:

✓ l'anamnesi può essere raccolta durante la videochiamata in cui deve essere possibile scambiare in tempo reale dati clinici, referti medici, immagini relativi al paziente;

✓ il medico è titolato a decidere nel caso specifico in che misura possa essere necessario e sufficiente l'esame obiettivo o se il completamento dello stesso debba essere svolto in presenza;

✓ la televisita erogata nell'ambito dell'attività specialistica ambulatoriale deve sempre concludersi con la redazione del referto, che in aggiunta alle consuete valutazioni dovrà riportare l'informazione circa l'avvenuta erogazione a distanza.

In questo contesto, deve accompagnare l'anamnesi anche il "profilo tecnologico" del paziente, ovvero la sua conoscenza e capacità d'uso degli strumenti informatici, ed in particolare per il singolo assistito dovrebbero essere valutati i seguenti aspetti:

- se sa usare o è in grado di imparare ad usare gli strumenti digitali di comunicazione (es. smartphone, tablet, computer con webcam);
- se può usare autonomamente tali strumenti (disabilità fisica e cognitiva potrebbero limitarne la possibilità);
- se può essere aiutato da un familiare o un caregiver nell'uso di tali strumenti;
- l'idoneità al domicilio della rete internet, degli impianti, degli ambienti e delle condizioni igienico-sanitarie.

L'attivazione del servizio di telemedicina richiede l'adesione preventiva del paziente o di un familiare autorizzato al fine di confermare, tra l'altro, la disponibilità di un contatto telematico per la interazione documentale/informativa con lo specialista e di accedere ad un sistema di comunicazione remota secondo le specifiche tecniche e le normative vigenti in materia di privacy e sicurezza. Il collegamento deve avvenire comunque in tempo reale e consentire di vedere il paziente e interagire con esso, eventualmente, qualora necessario, anche avvalendosi del supporto del caregiver presso il paziente nella gestione della comunicazione.

Teleconsulto medico

Descrizione e finalità del servizio

Il teleconsulto medico 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 dati clinici, di referti, di immagini e di audio-video riguardanti il caso specifico. Tutti i suddetti elementi devono essere condivisi per via telematica sotto forma di file digitali idonei ai fini del lavoro da svolgere e che i medici in teleconsulto ritengono necessari per l'adeguata esecuzione dello stesso. Il teleconsulto tra professionisti può svolgersi anche in modalità sincrona alla visita del paziente, qualora la situazione del paziente lo permetta.

Lo scopo del teleconsulto è quello di condividere le scelte mediche rispetto a un paziente da parte dei professionisti coinvolti nei percorsi assistenziali (PDTA), potendo anche diventare un'occasione per una second opinion. 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. Questo rientra nell'attività lavorativa dei professionisti e non è da considerarsi prestazione specialistica a sé stante, con specifica voce a nomenclatore. A supporto della prestazione sanitaria i professionisti possono consultare la documentazione a corredo della visita attraverso gli strumenti messi a disposizione dai sistemi regionali, come la IRT e l'applicativo Fascicolo professionisti, e dai sistemi aziendali, come le cartelle di specialistica ambulatoriale. Pertanto, i professionisti sanitari saranno opportunamente profilati per poter consultare la documentazione sanitaria nel rispetto della normativa vigente.

Rientrano nel teleconsulto, ad esempio:

- il confronto tra medico di medicina generale/pediatra di libera scelta e specialisti oppure tra specialisti, al fine di condividere scelte rispetto alla richiesta di approfondimenti da parte del MMG/PLS prima dell'invio al medico specialista, così da tendere alla massima appropriatezza nel ricorso a visite e diagnostica;
- il teleconsulto richiesto dal medico della struttura residenziale per anziani/ospedale di comunità per la definizione di scelte terapeutiche o assistenziali in particolari situazioni, quali, ad esempio, nel caso di pazienti in fine vita che possono trarre vantaggio da un parere o una consulenza specialistica senza dover accedere ad altre strutture, riducendo così il ricorso potenzialmente inappropriato al Pronto Soccorso e a ricoveri in strutture ospedaliere;
- il teleconsulto richiesto dal medico del carcere ad altri specialisti; il teleconsulto richiesto dal medico di Pronto Soccorso ad altri specialisti; il teleconsulto richiesto da medico DSM-DP ad altri specialisti.

L'organizzazione di queste attività è responsabilità di ciascuna Azienda, che definisce le modalità più opportune per garantire ai professionisti la possibilità di effettuare teleconsulti in maniera asincrona rispetto alla visita del paziente e/o di effettuare visite multidisciplinari durante le quali tutti gli specialisti partecipano nello stesso momento.

Ambiti principali di applicazione

- Specialistica ambulatoriale
- Case della Comunità
- Cure primarie (MMG/PLS)

- Consultori familiari/pediatria della comunità
- Servizi di neuropsichiatria infantile, salute mentale e dipendenze patologiche
- Servizi/attività di psicologia clinica
- Assistenza nelle carceri
- Assistenza domiciliare/cure palliative
- Assistenza residenziale e semi-residenziale
- Ospedali/Ospedali di comunità
- Emergenza-urgenza
- Dipartimenti di Sanità pubblica

Teleconsulenza medico-sanitaria

Descrizione e finalità del servizio

Si tratta di un'attività sanitaria, non necessariamente medica ma comunque specifica delle professioni sanitarie, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più professionisti con diverse competenze rispetto al caso specifico. Essa consiste in una richiesta di supporto tra sanitari, a cui segue una videochiamata in cui il professionista sanitario interpellato fornisce all'altro, o agli altri, indicazioni per la presa di decisioni e/o per la corretta prosecuzione del percorso clinico assistenziale o riabilitativo.

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 e le immagini riguardanti il caso specifico.

L'organizzazione di queste attività è responsabilità di ciascuna Azienda, che definirà le modalità più opportune per garantire ai diversi professionisti la possibilità di collegarsi in maniera coordinata. Pertanto, l'accesso alla documentazione da parte dei professionisti sanitari, profilati nel rispetto della normativa vigente, potrà avvenire tramite gli strumenti regionali (Fascicolo professionisti e IRT) e aziendali (cartella specialistica ambulatoriale/altro).

Ambiti principali di applicazione

- Specialistica ambulatoriale
- Case della Comunità
- Cure primarie (MMG/PLS)
- Servizi di neuropsichiatria infantile, salute mentale e dipendenze patologiche
- Assistenza domiciliare
- Cure Palliative
- Assistenza nelle carceri
- Assistenza residenziale e semi-residenziale
- Ospedali/Ospedali di comunità
- Emergenza-urgenza
- Dipartimenti di Sanità pubblica

Teleassistenza

Descrizione del servizio e finalità del servizio

La teleassistenza è un atto professionale di pertinenza della relativa professione sanitaria (infermiere/fisioterapista/logopedista/ostetrica/ecc.) e si basa sull'interazione a distanza tra il professionista e il 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, attraverso idonee applicazioni, 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 a domicilio, garantire l'aderenza ai programmi terapeutici e la continuità delle cure. La teleassistenza è prevalentemente programmata e ripetibile in base a specifici programmi di accompagnamento del paziente. Le prestazioni sopraelencate, di competenza e responsabilità del personale sanitario, possono essere combinate tra loro e anche con altri tipi di prestazioni in presenza, anche all'interno di percorsi diagnostici e terapeutici. Le prestazioni sanitarie in telemedicina devono essere progettate partendo dalle esigenze specifiche dei pazienti a cui essi si rivolgono, analizzando anche le caratteristiche del territorio nel quale la prestazione verrà svolta una volta realizzato.

Ambiti principali di applicazione

- Case della Comunità
- Servizi di neuropsichiatria infantile, salute mentale e dipendenze patologiche
- Assistenza nelle carceri
- Assistenza domiciliare/cure palliative
- Ospedali/Ospedali della comunità
- Dipartimenti di Sanità pubblica

Telemonitoraggio

Descrizione e finalità del servizio

Grazie all'utilizzo delle tecnologie digitali, il telemonitoraggio permette di tenere sotto controllo medico il paziente classificato a rischio di sviluppare determinate patologie oppure già affetto da patologie con significativo rischio di complicazioni rilevanti, riducendo il rischio di malattia e/o l'insorgenza di complicazioni o riacutizzazioni o almeno di controllarle in maniera più efficace.

Il telemonitoraggio permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici, in modo continuo o intermittente, per mezzo di sensori che interagiscono con il paziente (tecnologie biomediche con o senza parti applicate). Il set di tecnologie a domicilio, personalizzato in base alle indicazioni fornite dal medico, deve essere connesso costantemente o a cadenze prestabilite 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.

Obiettivo del telemonitoraggio è il controllo nel tempo dell'andamento di parametri (quali ad esempio la saturazione di ossigeno nel sangue, la funzionalità respiratoria, segnali elettrocardiografici, la glicemia ecc.), permettendo il loro rilevamento al domicilio con maggiore frequenza e uniformità e consentendo pertanto di ridurre il numero di controlli ambulatoriali. Il telemonitoraggio può essere attivato in situazioni cliniche definite anche per migliorare l'aderenza terapeutica, gli stili di vita e le conoscenze del paziente. Occorre precisare che il telemonitoraggio non afferisce all'ambito di specialistica ambulatoriale, a meno che non sia

affiancato dal telecontrollo medico, da una televista o anche da una visita in presenza in cui i dati registrati in continuo vengono analizzati, discussi e comunicati al paziente. I risultati del telemonitoraggio devono essere indicati nel referto della visita di controllo periodica.

Ambiti principali di applicazione

- Specialistica ambulatoriale
- Casa della Comunità
- Assistenza nelle carceri
- Assistenza domiciliare
- Cure palliative
- Dipartimenti di Sanità Pubblica
- Ospedali/Ospedali di Comunità

IL MODELLO ORGANIZZATIVO

L'attivazione dei servizi di telemedicina richiede l'adesione preventiva del paziente, al fine di confermare la disponibilità di un contatto telematico per l'interazione documentale/informativa con il sanitario e accedere ad un sistema di comunicazione remota secondo le specifiche tecniche e le normative vigenti in materia di privacy e sicurezza. Tale adesione deve essere preceduta da una adeguata e puntuale informativa, in linea con quanto previsto dalla normativa vigente, che deve consentire al paziente di essere consapevole dei seguenti aspetti: - in cosa consiste la prestazione, qual è il suo obiettivo, quali i vantaggi che si ritiene possa avere il paziente e quali gli eventuali rischi; - come verrà gestita e mantenuta l'informazione e chi avrà accesso ai dati personali e clinici del paziente; - quali strutture e professionisti saranno coinvolti; - quali saranno i compiti di ciascuna struttura e le relative responsabilità; - quali sono gli estremi identificativi del/dei titolare/i del trattamento dei dati personali e di almeno un responsabile se individuato, indicando le modalità per conoscere l'elenco aggiornato dei responsabili; - quali sono le modalità con cui rivolgersi al titolare o al responsabile; - quali sono i diritti dell'assistito rispetto ai propri dati. Il paziente dopo aver ricevuto tutte le informazioni può scegliere se accettare o meno questa modalità erogativa. Allo stesso modo importante della comunicazione/informazione al paziente, sarà il coinvolgimento del care-giver che avrà un ruolo fondamentale per il corretto utilizzo dell'importante servizio che potrà offrire la telemedicina nelle sue declinazioni, vista la quota importante di pazienti anziani ai quali si dovrà rivolgere.

Televista

Popolazione di riferimento

La televista è potenzialmente fruibile da qualsiasi paziente.

Prescrizione

La prescrizione medica, necessaria per accedere alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, avviene mediante ricetta del SSN. Il medico, in fase di prescrizione, richiede la visita specialistica, senza necessità di specificare il dettaglio della modalità di erogazione.

Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, la prestazione richiesta deve essere compresa nel Nomenclatore Tariffario Regionale e presente nel Catalogo Regionale delle prestazioni specialistiche (cd Catalogo SOLE) di cui alla DGR 748/11 a garanzia di rispetto dei Livelli essenziali di assistenza.

Poiché la valutazione di effettuare una visita a distanza spetta prioritariamente al Medico erogatore, il Medico prescrittore qualora abbia preso specifici accordi con quest'ultimo, può opzionalmente riportare all'interno dell'impegnativa stessa, la sigla TV sul campo "Descrizione Testo libero Prestazione" corrispondente alla prestazione richiesta. La valorizzazione di tale campo avviene con la modalità a testo libero e quindi è importante attenersi all'indicazione fornita per garantire un'analisi corretta.

Sulla cartella regionale in uso ai MMG (denominata *Cartella SOLE*) il campo viene compilato usando la sezione "Nota singola prestazione", tutti gli altri applicativi di cartella clinica in uso ai prescrittori, comprese quelle specialistiche, devono attenersi anche in questo caso alle medesime specifiche, pubbliche e disponibili per tutti i fornitori.

Tali indicazioni per la fase di prescrizione sono da ritenersi valide per tutte le prestazioni specialistiche erogate in telemedicina.

Richiesta non SSN

La richiesta di televisita che non prevede l'utilizzo del ricettario SSN, avviene tramite applicativi gestionali in uso ai medici richiedenti, in forma dematerializzata o cartacea.

Prenotazione

La prenotazione può avvenire per tutti i setting erogativi, a seconda delle modalità già in uso per le prestazioni in presenza.

Per la prenotazione degli appuntamenti di visite specialistiche, l'organizzazione delle agende tiene conto della diversa modalità erogativa e sono previste agende oppure fasce orarie dedicate alle televisite salvaguardando l'equità di accesso e garantendo i tempi di attesa coerentemente alle priorità indicate in ricetta.

Come già detto, la scelta rispetto alla modalità erogativa è comunque del medico che la esegue, pertanto, l'eventuale indicazione sulla richiesta non è vincolante ai fini prenotativi ed erogativi. Infatti, normalmente, è lo specialista che ha in carico il paziente che richiede la visita di controllo e prenota direttamente l'appuntamento per una visita in presenza oppure a distanza, se lo ritiene opportuno per quel paziente.

Può anche accadere che una visita prenotata in presenza venga spostata sull'erogazione a distanza per esigenze di carattere organizzativo, ed in questi casi è comunque necessario il preventivo consenso del paziente. Per questo motivo potrebbe risultare utile gestire l'informazione dell'avvenuto consenso anche su prenotazioni di visite in presenza, al fine di agevolare gli spostamenti laddove fossero necessari.

Resta in capo alle aziende la scelta sulle modalità organizzative ottimali rispetto a queste attività, ad esempio dedicando intere giornate alle televisite per poter organizzare anche le attività del personale infermieristico o amministrativo oppure alternare sedute in presenza e a distanza per conciliare i tempi visita con la gestione delle sale d'attesa.

Sistema remunerativo/tariffario

Le modalità di accesso, compartecipazione alla spesa e rendicontazione dell'attività seguono le indicazioni normative previste per ciascun setting assistenziale. In particolare, se le televisite afferiscono al livello dell'assistenziale specialistica ambulatoriale, sono declinate nel nomenclatore tariffario regionale/nazionale di cui al DM 22 luglio 1996 e s.m.i., è prevista la prescrizione medica mediante ricettario del SSN, la compartecipazione al costo da parte dei cittadini secondo la normativa di riferimento, e la rendicontazione dei flussi regionali e nazionali di riferimento (ex. art. 50, legge 326/2003, DM 2 novembre 2011 - DEMA) con il relativo codice di visita di controllo.

Se le televisite afferiscono invece ad un setting territoriale (es. consultoriale, salute mentale, ecc.) seguiranno le norme di accesso e compartecipazione alla spesa dei relativi ambiti e rilevata nei flussi corrispondenti.

Comunicazione dell'esito della prestazione sanitaria erogata in modalità televisita

L'esito della televisita, analogamente a quello di una visita in modalità ordinaria, può essere:

- riscontro o meno di una stabilità clinica nell'ambito del quadro diagnostico già noto;
- necessità o meno di un accesso urgente a prestazioni diagnostico-terapeutiche. In questo caso lo specialista assicura la presa in carico del paziente;
- richiesta di approfondimento diagnostico: lo specialista prescrive le prestazioni ritenute opportune indicando il termine temporale appropriato per la loro esecuzione, anche attraverso l'indicazione nella ricetta del codice di priorità; in caso di esami strumentali lo specialista deve cercare di organizzarli con la presa in carico (prescrizione e programmazione della visita da parte dello specialista);
- prescrizione o rinnovo di un piano terapeutico;
- in caso di esito insoddisfacente, riprogrammazione della stessa in modalità ordinaria senza ulteriori oneri a carico del paziente.

La prestazione sanitaria erogata a distanza è regolarmente gestita e refertata sui sistemi informatici in uso presso l'erogatore, alla pari di quella erogata in modalità tradizionale, con l'aggiunta della specifica di erogazione in modalità a distanza. Il referto sottoscritto digitalmente dal medico, nel rispetto delle vigenti normative in materia di privacy e sicurezza, deve essere reso disponibile al paziente nella modalità telematica preferita ed inviato al FSE. Inoltre, deve sempre essere possibile, su richiesta dello stesso paziente, condividerlo anche con altri sanitari in formato digitale, secondo le soluzioni tecniche e normative già previste.

Al termine della televisita, nel referto, oltre alle consuete informazioni, devono essere registrate: - informazione riguardante la modalità di erogazione a distanza della prestazione - indicazione di eventuali collaboratori partecipanti alla televisita (presenza caregiver, presenza di un medico); - qualità del collegamento e conferma dell'idoneità dello stesso all'esecuzione della prestazione.

Qualora lo strumento di telemedicina non permetta di mantenere inalterato il contenuto sostanziale della prestazione da erogare, la struttura è tenuta a completare la prestazione in modalità tradizionale senza ulteriori oneri a carico del dell'utente.

Rendicontazione

In questa fase occorre garantire la rilevazione della attività erogata a distanza sia nei flussi di erogazione/rendicontazione delle attività sia nel referto (vedi paragrafo Comunicazione dell'esito della prestazione sanitaria erogata in modalità televisita).

Per quanto attiene alla specialistica ambulatoriale la rilevazione avviene nei flussi regionali e ministeriali già in essere. Per le altre tipologie di attività tutti i flussi (SICO, SISM, SINPIAER, SIDER) dovranno prevedere la possibilità di registrare l'informazione riguardante la modalità di erogazione a distanza a parità di codifica della prestazione

La rendicontazione delle prestazioni sul flusso regionale ASA della specialistica ambulatoriale deve essere effettuata in modo analogo rispetto alle prestazioni erogate in presenza, utilizzando quindi gli stessi codici (nomenclatore e catalogo SOLE), e valorizzando tutti gli altri campi già previsti. In particolare, per rendicontare l'attività in telemedicina, a partire dal 1° invio 2022 del flusso informativo ASA, è stato introdotto il flag TELEMEDICINA (File B, pos. 79, scartante) per poter tracciare questa attività.

Per quanto riguarda la ricetta dematerializzata, in fase prescrittiva, come già detto, l'informazione sulla modalità a distanza (campo "Descrizione Testo libero Prestazione") è facoltativa. In fase di erogazione invece tale informazione è obbligatoria. A tale scopo il MEF ha provveduto a modificare le specifiche del flusso "Dema-erogato" prevedendo la possibilità di specificare la tipologia di erogazione nel campo Modalità erogazione (valorizzandolo con "T" se l'erogazione è avvenuta in televisita, altrimenti con "A" se l'erogazione è avvenuta in ambulatorio), presente su ogni prestazione.

Monitoraggio delle attività

Il monitoraggio delle attività erogate in telemedicina potrà avvenire attraverso l'analisi dei flussi regionali/nazionali qualora le prestazioni siano rilevate da un flusso specifico (esempio flusso ASA e DEMA), oppure attraverso la piattaforma regionale di telemedicina e/o le cartelle cliniche specifiche che richiamano i servizi della piattaforma qualora l'attività non preveda una rilevazione ad hoc (esempio teleassistenza, telemonitoraggio, teleconsulto).

Teleconsulto/Teleconsulenza

Popolazione di riferimento

Il teleconsulto/teleconsulenza può essere svolto in favore di qualsiasi paziente.

Richiesta

La necessità di effettuare un teleconsulto/teleconsulenza può essere ravvisata sia dai medici sia dagli altri professionisti sanitari che hanno in carico i pazienti. Sono potenzialmente coinvolte tutte le branche specialistiche.

Prenotazione

L'organizzazione di queste attività è responsabilità di ciascuna Azienda, che definirà le modalità più opportune per garantire ai diversi professionisti la possibilità di collegarsi in maniera coordinata. Le modalità concordate con i professionisti andranno esplicitate in un documento aziendale e rese note al Gruppo Regionale di Telemedicina. Inoltre, l'accesso alla documentazione da parte dei professionisti sanitari, profilati nel rispetto della normativa vigente, potrà avvenire tramite gli strumenti regionali (Fascicolo professionisti e IRT) e aziendali (cartella specialistica ambulatoriale/altro).

Sistema remunerativo/tariffario

Sono considerate come parte integrante dell'attività lavorativa dei medici specialisti e delle altre professioni sanitarie e, come quelle effettuate in presenza, non prevedono remunerazione a prestazione, non hanno tariffe a livello di nomenclatore tariffario della specialistica e non prevedono compartecipazione alla spesa da parte del cittadino né una prescrizione SSN. Tali attività possono essere registrate mediante gli applicativi aziendali in uso per tenere traccia di quanto erogato al paziente e per monitorare l'attività del personale coinvolto, ma non vengono rilevate nei flussi istituzionali.

Rendicontazione

Ad oggi sono state inserite nel catalogo regionale SOLE (sezione denominata "prestazioni organizzative") le prestazioni:

7598.001 TELECONSULTO MEDICO

7602.001 TELECONSULENZA MEDICO-SANITARIA

Queste codifiche possono pertanto essere utilizzate per la rilevazione nei flussi relativi ai setting in cui sono erogate (se presenti). Come già precisato non afferiscono al setting della specialistica ambulatoriale

propriamente detto, non sono previste nel nomenclatore tariffario e pertanto non vengono rilevate nel flusso ASA.

Monitoraggio delle attività

Il monitoraggio delle attività di teleconsulto/teleconsulenza avverrà attraverso specifiche modalità rese disponibili dalla IRT.

Teleassistenza

Popolazione di riferimento

L'attività di teleassistenza, di pertinenza delle professioni sanitarie, è rivolta a tutte le persone assistite e loro famiglie/caregiver, in condizioni di fragilità generate da patologia cronica o post-acuzie. Il servizio può essere erogato ad un'ampia platea di soggetti in diversi livelli assistenziali.

Richiesta

L'ingaggio al percorso di teleassistenza potrà avvenire:

- dal setting domiciliare: il MMG o l'Infermiere di famiglia o di comunità (IFoC) o l'infermiere dell'assistenza domiciliare individua la persona candidata ad essere assistita da remoto, e propone l'attivazione di cure supportate dalla teleassistenza;
- dal setting ospedaliero: a seguito di ricovero è il medico ospedaliero (o il case manager) che ravvede la possibilità di dimissione con prosecuzione delle cure supportate dalla teleassistenza;
- da altro setting territoriale: a seguito di accesso al PUA, e/o di VMD e/o Poliambulatori e Case della comunità, i medici o i professionisti sanitari individuano la persona candidata da assistere in remoto proponendo l'attivazione di cure supportate dal servizio di teleassistenza.

La richiesta/attivazione del servizio di teleassistenza deve essere segnalata alla COT.

Prenotazione

La programmazione degli appuntamenti con il cittadino avviene secondo una pianificazione dei calendari dei professionisti, in relazione alle modalità organizzative adottate a livello locale e specifiche del setting assistenziale di competenza (ambulatorio della cronicità, servizio di assistenza domiciliare, consultorio familiare, DSM-DP, etc.) nel rispetto delle regole già suggerite per le visite specialistiche (agende dedicate su sistema CUP, promemoria, link, etc). Le attività di teleassistenza si integrano con il piano di cura, il PAI, Progetto personalizzato e tutti gli altri strumenti, in accordo con la persona assistita, ove possibile, e con la famiglia, oltre che con i referenti o responsabili del caso nel settore socio-sanitario. La prestazione sanitaria erogata a distanza è regolarmente gestita e refertata sui sistemi informatici in uso presso l'erogatore, alla pari di quella erogata in modalità tradizionale, con l'aggiunta della specifica di erogazione in modalità a distanza.

Rendicontazione

Ad oggi è stata inserita nel catalogo regionale SOLE (sezione denominata "prestazioni organizzative") la prestazione:

7648.001 CONTATTO IN TELEASSISTENZA

Questa codifica può pertanto essere utilizzata per la rilevazione nei flussi relativi ai setting in cui è erogata (se presenti).

Monitoraggio delle attività

Il monitoraggio dei contatti di teleassistenza avverrà attraverso specifiche modalità rese disponibili dalla IRT.

Telemonitoraggio

Telemonitoraggio di primo livello

Popolazione di riferimento

Pazienti ad alto/molto alto rischio di ospedalizzazione con le seguenti condizioni cliniche e carico di malattia:

a) Pazienti con Diabete di Tipo II:

- in terapia con insulina o farmaci a rischio di ipoglicemia;
- con precedente ricovero per ipoglicemia negli ultimi 3 anni
- con insufficienza renale cronica (VFG < 45, G3B/G4/G5)
- con insufficienza renale cronica (VFG < 45, G3B/G4/G5)

b) Pazienti con Scompenso Cardiaco Cronico:

- NYHA 2-4 e pregresso ricovero per scompenso nell'ultimo anno
- NYHA 2-4 e elevato rischi di recidiva dopo valutazione specialistica

c) Pazienti con Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva

- GOLD, classi C e D (CAT+MRC + spirometria)
- MRC dispnea classe 3-4
- LTOT o ventilazione meccanica
- ≥ 2 riacutizzazioni per anno
- ≥1 ricoveri per insufficienza respiratoria acuta per anno

Modalità di erogazione

La richiesta/attivazione del servizio di telemonitoraggio di primo livello e la sua erogazione, è in carico a:

- Medico ospedaliero
- Medico di Medicina Generale
- Medico dell'equipe delle cure domiciliari/palliative
- Specialista
- Professioni sanitarie

L'attivazione del telemonitoraggio di primo livello deve sempre prevedere una segnalazione alla COT che avrà il compito di contattare il Centro Servizi.

Nel Piano Assistenziale Individuale (PAI) dovranno essere inseriti i parametri da monitorare, i valori soglia, la fascia oraria di rilevazione da parte del paziente, la fascia oraria e periodicità di controllo da parte degli operatori sanitari e l'acquisizione del consenso al patto di cura e trattamento dei dati.

Il paziente verrà monitorato con le cadenze previste dal PAI. Si prevedono diverse modalità di monitoraggio: ad alta intensità (tutti i giorni); ad intermedia intensità (a giorni alterni); a bassa intensità (una volta alla settimana) /al bisogno. I dati inviati verranno visionati dai medici/professionisti sanitari in fasce orarie prestabilite: in caso di alterazioni dei parametri monitorati, il paziente e/o il care-giver verrà contattato per le azioni del caso. Siccome il servizio non prevede un monitoraggio in tempo reale dei parametri rilevati, in caso di emergenza dovranno essere attivate le procedure di emergenza tramite il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale.

La consegna del/i dispositivo/i al paziente e caregiver oltre alla formazione all'uso, avverrà in modo congiunto dagli operatori sanitari e dal personale tecnico del Centro Servizi.

Parametri da monitorare/controllare

- Glicemia
- Segnale polso
- Peso
- Saturimetria
- Pressione arteriosa sisto-diastolica non invasiva
- ECG mono canale o più
- Attività fisica
- Questionari

Formazione del personale sanitario all'utilizzo degli strumenti di telemedicina

Verrà condotta una formazione specifica rivolta a tutti gli operatori.

Valutazione e formazione delle competenze informatiche di pazienti e care-giver

Nella presa in carico sarà considerata la confidenza tecnologica del paziente/caregiver, nonché la copertura della rete dati al domicilio del paziente con particolare attenzione rispetto al fornitore aziendale di schede SIM fonia-dati mobili. Verrà costituito un gruppo di lavoro ad hoc per approfondire gli strumenti e modalità/tempistiche da utilizzare.

Rendicontazione

Ad oggi è stata inserita nel catalogo regionale SOLE (sezione denominata "prestazioni organizzative") la prestazione:

7599 TELEMONITORAGGIO PARAMETRI CLINICI

Monitoraggio delle attività

Il monitoraggio dei pazienti presi in carico con il servizio di telemonitoraggio avverrà attraverso specifiche modalità rese disponibile dalla IRT.

Telemonitoraggio di secondo livello

Popolazione di riferimento

Pazienti portatori di pacemaker, defibrillatori impiantabili e loop recorder che posseggono tecnologie ed automaticità tali da consentire un completo monitoraggio a distanza dei parametri dei dispositivi stessi.

Modalità di erogazione

La richiesta e l'attivazione del servizio di telemonitoraggio di secondo livello è a carico dello specialista e deve sempre prevedere una segnalazione alla COT. Le figure professionali coinvolte in tale servizio sono tecnici di cardiologia, tecnici di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare (TFCPC) e medici afferenti alla U.O di Cardiologia. L'indicazione al telemonitoraggio è di responsabilità medica, mentre l'informazione al paziente circa le modalità di funzionamento viene fornita da parte del personale tecnico. Dopo l'impianto, il personale tecnico illustra al paziente/care-giver le caratteristiche e le modalità di trasmissione del sistema di monitoraggio remoto, acquisisce il consenso informato dal paziente, provvede all'accoppiamento del dispositivo per monitoraggio remoto con il device impiantato, consegna il sistema di monitoraggio remoto al paziente e calendarizza i controlli ambulatoriali e quelli in remoto.

I controlli da remoto possono essere programmati e non programmati. Nel primo caso se il controllo non presenta anomalie e/o eventi, la trasmissione viene archiviata e si prosegue con il follow-up precedentemente programmato. In caso contrario, il paziente viene contattato telefonicamente per eseguire un follow-up ambulatoriale. Nel secondo caso, gli alert sono trasmissioni automatiche non programmate e possono essere di due tipi: elettrici o clinici. In caso di alert elettrico, il personale tecnico sottopone la trasmissione al personale medico dedicato e se necessario ricontatta il paziente telefonicamente per comunicare le azioni eventualmente necessarie (ad esempio modifiche della terapia farmacologica). A seconda delle problematiche rilevate, può essere programmata una visita cardiologica urgente ambulatoriale a seconda delle necessità rilevate.

Il sistema di telemonitoraggio non si configura come sistema di emergenza. I tempi di lettura e di segnalazione di eventuali problematiche avverranno all'interno dell'orario di lavoro del personale tecnico.

Rendicontazione

Ad oggi sono state inserite nel catalogo regionale SOLE (sezione denominata "prestazioni organizzative") le prestazioni:

- 7606 TELEMONITORAGGIO DEFIBRILLATORE (ICD)
- 7607 TELEMONITORAGGIO LOOP-RECORDER (ILR)
- 7608 TELEMONITORAGGIO PACE-MAKER (PC)
- 7609 TELEMONITORAGGIO RESINCRONIZZATORE (CTR)

Monitoraggio della attività

Il monitoraggio dei pazienti presi in carico con il servizio di telemonitoraggio avverrà attraverso specifiche modalità rese disponibile dalla IRT.

ATTORI E STRUTTURE COINVOLTE

TELEVISITA

Attori: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti.

Strutture: Ospedali/Ospedali di Comunità, Case della Comunità, Centrale Operativa Territoriale, Assistenza Domiciliare Integrata, Rete delle Cure Palliative, Assistenza residenziale e semi-residenziale, Unità di Continuità Assistenziale, Centri salute mentale adulti, Neuropsichiatria infantile e Dipendenze patologiche, Istituti Penitenziari, Consultori Familiari, Pediatria di Comunità, Dipartimenti di Sanità Pubblica.

TELECONSULTO/TELECONSULENZA

Attori: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, professioni sanitarie.

Strutture: Ospedali/Ospedali di Comunità, Case della Comunità, Centrale Operativa Territoriale, Assistenza Domiciliare Integrata, Rete delle Cure Palliative, Assistenza residenziale e semi-residenziale, Unità di Continuità Assistenziale, Centri salute mentale adulti, Neuropsichiatria infantile e Dipendenze patologiche, Istituti Penitenziari, Consultori Familiari, Pediatria di Comunità, Dipartimenti di Sanità Pubblica.

TELEASSISTENZA

Attori: professioni sanitarie.

Strutture: Ospedali/Ospedali di Comunità, Case della Comunità, Assistenza Domiciliare Integrata, Rete delle Cure Palliative, DSM-DP, Istituti Penitenziari, Dipartimento di Sanità Pubblica,

TELEMONITORAGGIO

Attori: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, professioni sanitarie.

Strutture: Ospedali/Ospedali di Comunità, Case della Comunità, Assistenza Domiciliare Integrata, Rete delle Cure Palliative, Istituti Penitenziari, Dipartimento di Sanità Pubblica.

MATRICI DELLE RESPONSABILITÀ**Professionisti**

	Televisita	Teleconsulto medico	Teleconsulenz a medico-sanitaria	Teleassistenza	Telemonitoraggio
Medici	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione	RESPONSABILE della richiesta/attivazione (segnalazione alla COT) e della erogazione	RESPONSABILE della richiesta/attivazione (segnalazione alla COT) e della erogazione
Professioni sanitarie			RESPONSABILE della richiesta e della erogazione	RESPONSABILE della richiesta/attivazione (segnalazione alla COT) e della erogazione	RESPONSABILE della richiesta/attivazione (segnalazione alla COT) e della erogazione

Setting assistenziali

Ospedali/ Ospedali di comunità	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione
Centrale Operativa Territoriale				RESPONSABILE del tracciamento	RESPONSABILE del tracciamento/ segnalazione al Centro Servizi in caso di I livello
Assistenza Domiciliare Integrata/Rete delle Cure Palliative	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione
Unità di Continuità Assistenziale	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione		
Centri salute mentale adulti, neuropsichiatria infantile e dipendenze patologiche	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione
Istituti penitenziari	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione		
Consultori familiari/Pedi atria di Comunità	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione		
Dipartimenti di sanità pubblica	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione
Assistenza residenziale e semiresidenzi ale	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione	RESPONSABILE della richiesta e della erogazione		
Centro Servizi	SUPPORTO	SUPPORTO	SUPPORTO	SUPPORTO	SUPPORTO

CENTRO SERVIZI

É gestito prevalentemente da personale tecnico. Si fa carico di tutti gli aspetti tecnologici quali la manutenzione della piattaforma, la gestione degli account, l'help desk per tutti gli utenti presi in carico

dall'IRT, il monitoraggio del corretto funzionamento (compresa la gestione dei messaggi di alert di tipo tecnico) dei dispositivi medici, la formazione sull'uso dei dispositivi medici ai pazienti/caregiver, ecc. Al Centro servizi può altresì essere affidato il compito di distribuzione dei dispositivi medici al domicilio del paziente, la loro installazione, la manutenzione oltre che il ritiro e la sanificazione al termine del servizio. Inoltre può occuparsi anche della organizzazione degli eventi di tele visita, e gestione delle non-conformità organizzative relative (annullamenti, spostamenti, ritardi, ripianificazioni urgenti di visite de-visu a seguito dell'emergere di criticità non approfondibili in tele visita, ripianificazioni per problemi tecnici, ecc.) in coordinamento con eventuali altre strutture preposte e secondo le modalità organizzative adottate a livello aziendale.

Assistenza e supporto

Per garantire la corretta fruizione dell'IRT, si rende necessaria l'integrazione della fornitura con un servizio di assistenza a supporto da remoto ai professionisti sanitari (mediante servizio regionale per gli aspetti della piattaforma ed aziendale per la parte delle relative integrazioni) e ai cittadini destinatari dei servizi di telemedicina (valutando se con uno specifico servizio o integrandolo nell'attuale servizio di Help Desk /numero verde già in uso).

Formazione

Per assicurare un utilizzo agevole ed efficace dei servizi in oggetto, si ritiene opportuno affiancare per l'intera durata contrattuale un servizio di formazione a disposizione dei professionisti clinici e dei cittadini.

Manutenzione

Il Fornitore deve garantire la manutenzione e l'evoluzione dei sistemi e delle applicazioni preposte all'erogazione dei servizi di telemedicina, erogando servizi di Manutenzione Preventiva, Correttiva, Manutenzione Evolutiva (MEV) e Normativa.

Servizio di Logistica Integrata dei dispositivi medici a supporto degli operatori sanitari e del cittadino

I dispositivi medici non rientrano all'interno dell'oggetto di fornitura e dovranno essere acquistati dai singoli Enti Sanitari. In seguito all'assegnazione del dispositivo al paziente, il Fornitore si occuperà della logistica e del trasporto del dispositivo, a partire dalla consegna, fino al ritiro e sanificazione al termine del servizio di Telemonitoraggio. La fornitura del Servizio di Logistica Integrata comprende:

- fornitura di un sistema applicativo dedicato alla gestione dei magazzini di logistica dei dispositivi utilizzati per il monitoraggio clinico;
- integrazione del sistema applicativo per la gestione dei magazzini di logistica con l'IRT e con i sistemi utilizzati, indicati dagli Enti Sanitari;
- addestramento e formazione del personale nell'uso dell'applicativo di gestione dei magazzini di logistica.

La fornitura ha per oggetto l'affidamento del Servizio di Logistica Integrata dei dispositivi medici previsti dal servizio di Telemonitoraggio di primo livello e riguarda tutte le fasi di processo: stoccaggio, tracciatura, trasporto e consegna al domicilio del paziente, installazione ove necessario, ritiro, sanificazione, sostituzione del dispositivo in caso di malfunzionamento. Al momento della consegna, in seguito all'installazione e alla verifica di corretto funzionamento e collegamento del dispositivo con l'IRT, sarà onere del Fornitore assicurarsi dell'avvenuta associazione dispositivo-paziente e onere del Centro Servizi dell'Ente Sanitario di registrare l'avvenuta associazione attraverso la funzionalità dedicata della Infrastruttura come sopra descritto. Il servizio dovrà essere garantito a tutti gli Enti Sanitari del territorio.

L'aggiudicatario del servizio, in occasione dell'avvio del servizio e per tutta la durata contrattuale, può mettere a disposizione e avvalersi di strutture dedicate (HUB) per la gestione ordinata ed efficace degli aspetti logistici riferiti alla gestione dei dispositivi di monitoraggio. In ogni caso, l'aggiudicatario dovrà mettere a disposizione

dei locali fisici dedicati, adeguati dal punto di vista tecnico e normativo e dovrà garantire la disponibilità di spazi con una superficie che soddisfi le esigenze del servizio richiesto.

Lo svolgimento dei servizi di logistica può prevedere anche l'utilizzo dei magazzini degli Enti Sanitari come *transit point*, ed eventualmente altre strutture a diretta gestione del Fornitore in funzione delle modalità organizzative definite dalle singole Regioni/Enti Sanitari.

Il servizio di trasporto, consegna, ritiro e sanificazione dei beni dovrà quindi prevedere che il prelievo del bene e la riconsegna, al termine del periodo di Telemonitoraggio, avvenga da e verso gli HUB e gli eventuali *transit point* come sopra definiti, mentre la consegna dei dispositivi e l'eventuale installazione; al loro utilizzo dovrà essere garantita presso tutti i luoghi indicati dall'Ente Sanitario competente o dagli MMG /Specialisti/operatori sanitari ad essa afferenti che erogano il servizio di Telemonitoraggio (prevalentemente al domicilio del paziente). Le tempistiche di consegna dovranno essere adeguate al singolo caso clinico.

La consegna dei dispositivi oggetto del servizio, presso i centri di stoccaggio individuati, sarà a carico del Fornitore degli stessi. Nel caso in cui l'Ente Sanitario abbia la diretta gestione dei *transit point*, fino alla consegna e dopo l'avvenuto ritiro dei dispositivi medici dal *transit point*, il Fornitore è responsabile degli stessi e si impegna a rispettare tutte le disposizioni normative, in materia di trasporti e a garantire la copertura assicurativa.

Il numero dei *transit point* lato Enti Sanitari, la loro tipologia e ubicazione potrebbero essere soggetti a variazioni durante il periodo contrattuale, così come il numero e la distribuzione dei pazienti sul territorio.

L'appaltatore dovrà disporre e gestire a proprie spese e sotto la propria responsabilità, un applicativo di gestione dei magazzini (hardware e software) in grado di gestire completamente tutte le funzionalità del / dei centri di distribuzione in modo autonomo. L'applicativo dovrà prevedere la tracciabilità totale dei prodotti, la messa a disposizione di dati e informazioni esportabili per governare adeguatamente il processo, la gestione dell'inventario di magazzino.

POSTAZIONI DI TELEMEDICINA

Si prevede di allestire postazioni per l'erogazione di prestazioni di telemedicina nelle seguenti strutture:

- Case della Comunità: 5000 postazioni distribuite negli ambulatori specialistici, ambulatori infermieristici, ambulatori di sanità pubblica, consultori familiari, pediatrie di comunità, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, spazi dedicati ai pazienti
- Centrali operative territoriali: 100 postazioni
- Unità di continuità assistenziale: 100 postazioni
- Assistenza domiciliare integrata: 1000 postazioni
- Rete delle cure palliative: 300 postazioni
- Ambulatori dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta: 2500
- Ambulatori ospedalieri e poliambulatori: 8000 postazioni
- Altre strutture territoriali: 3000 postazioni

CRONOPROGRAMMA DI ATTIVITÀ**Cronoprogramma dell'implementazione dei servizi di telemedicina.**

		2023			2024				2025			
TARGET/MILESTONE		T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Obiettivi PNRR	Stipula dei contratti per la realizzazione delle COT	X										
	Stipula dei contratti per l'interconnessione aziendale	X										
	Pubblicazione gara per l'Infrastruttura Regionale di Telemedicina (IRT)	X										
	Sottoscrizione dei contratti di fornitura dell'IRT			X								
	Pubblicazione e aggiudicazione gara COT device		X	X								
	Acquisizione dei COT device				X							
	COT funzionanti e interconnesse				X							
	Attivazione dei Servizi di telemedicina				X							
	Numero di persone assistite in telemedicina a livello italiano 200.000											
Obiettivi Regionali	Pubblicazione bando di gara COT device		X									
	Presentazione e valutazione offerte COT device			X								
	Valutazione IRT e dispositivi medici negli scenari di integrazione		X	X								
	Aggiudicazione gara COT device e IRT				X							
	Attivazione della IRT				X							
	Allestimento delle postazioni				X							
	Numero di persone assistite in telemonitoraggio, 12.000											

Curve di adozione per la presa in carico/coinvolgimento di pazienti e professionisti sanitari.

Curve di adozione	2024				2025			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Infermieri/professioni sanitarie territoriali		10%		25%		40%		100%
MMG/PLS e specialisti territoriali		10%		25%		40%		100%
Infermieri/professioni sanitarie ospedaliere		10%		25%		40%		100%
Specialisti ospedalieri		10%		25%		40%		100%
Pazienti		10%		25%		40%		100%

DEFINIZIONE DELLE MODALITÀ DI MONITORAGGIO DELL'INVESTIMENTO E DELLA SUA ATTUAZIONE

Le attività di monitoraggio e attuazione dell'Investimento (in particolare, in relazione all'avanzamento procedurale, fisico e finanziario dello stesso) saranno eseguite sul sistema informativo ReGIS, nel rispetto delle istruzioni impartite da Agenas, nella sua qualità di Soggetto attuatore.

Verrà monitorato il rispetto dei target fissati nelle curve adozione per categoria specifica al 31/12/2024 e al 31/12/2025.