

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 775 del 27 giugno 2023

**PNRR Missione 6 Salute. Approvazione del Modello organizzativo regionale dei servizi di telemedicina. Decreto Ministeriale del 30 settembre 2022 (pubblicato in G.U. del 22 dicembre 2022 n. 298).**

*[Sanità e igiene pubblica]*

Note per la trasparenza:
--------------------------

Con il presente provvedimento si delinea e si approva il Modello organizzativo regionale dei servizi di telemedicina.
---

L'Assessore Manuela Lanzarin riferisce quanto segue.

In data 30 aprile 2021 il Governo italiano ha ufficialmente trasmesso il testo del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) alla Commissione europea, la quale il 22 giugno 2021 ha pubblicato la proposta di decisione di esecuzione del Consiglio, fornendo una valutazione globalmente positiva del PNRR italiano.

Con la decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021 è stato approvato il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza del Governo italiano, in cui sono stati individuati 6 ambiti strategici e strutturali di intervento (Missioni) per risollevare il Paese dalla crisi, nel dettaglio:

1. Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo,
2. Rivoluzione verde e transizione ecologica,
3. Infrastrutture per una mobilità sostenibile,
4. Istruzione e Ricerca,
5. Inclusione e Coesione,
6. Salute.

La Missione 6 del PNRR, nata dall'esigenza di colmare il divario tra le disparità territoriali ed offrire maggiore integrazione tra i servizi sanitari nei diversi setting assistenziali, si articola in due componenti:

- componente 1: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale;
- componente 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Gli investimenti sulla riforma riguardante le reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale presentano la seguente articolazione:

- Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona;
- Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina;
- Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

In particolare le finalità dell'investimento 1.2 sono: incentivare l'adozione della telemedicina durante tutto il percorso di cura con particolare attenzione ai pazienti cronici, integrare le soluzioni di telemedicina con i sistemi digitali sanitari, in particolare con il Fascicolo Sanitario Elettronico, misurare gli interventi e incentivare quelli migliori, perché estendano i loro servizi a più regioni del SSN.

Con Decreto Ministeriale del 6 agosto 2021, pubblicato nella G.U. del 24 settembre 2021 n. 229, è stato assegnato al sub-investimento M6C1 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', un importo complessivo pari a un miliardo di euro, successivamente ripartito in 250 milioni di euro per la sub-codifica 1.2.3.1 'Piattaforma di telemedicina' e 750 milioni di euro per la sub-codifica 1.2.3.2 'Servizi di telemedicina' (Decreto MEF del 23 novembre 2021).

In data 31 dicembre 2021 è stato sottoscritto l'Accordo di collaborazione tra AGENAS, il Ministero della Salute e la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per la trasformazione digitale, avente ad oggetto la collaborazione tra le parti per la realizzazione, tra gli altri, del sub-investimento 1.2.3 'Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici', nell'ambito

del quale AGENAS è stata individuata quale soggetto attuatore.

Con Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministro delegato per l'Innovazione tecnologica e la transizione digitale del 21 settembre 2022, pubblicato nella G.U. del 2 novembre 2022 n. 256, sono state approvate le Linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio, che stabiliscono i requisiti tecnici indispensabili per garantire l'omogeneità a livello nazionale e l'efficienza nell'attuazione dei servizi di telemedicina, la cui adozione è finanziata con le risorse del PNRR nell'ambito della Missione 6 Componente 1 sub-investimento 1.2.3 Telemedicina.

Con Decreto Ministeriale del 30 settembre 2022, pubblicato nella G.U. del 22 dicembre 2022 n. 298, sono state definite le procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e sono state adottate le Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina, prodotte nell'ambito delle attività del Gruppo di lavoro telemedicina coordinato da AGENAS.

In particolare il succitato provvedimento ha previsto che AGENAS, in qualità di soggetto attuatore dell'investimento, una volta acquisito il Piano Operativo e il fabbisogno di ciascuna Regione e Provincia autonoma per i servizi minimi di telemedicina, tramite la Commissione tecnica di valutazione, valuti la congruità dei Piani operativi e di fabbisogno regionali rispetto alle Linee di indirizzo succitate.

Così la Direzione Programmazione Sanitaria afferente all'Area Sanità e Sociale, in collaborazione con le altre strutture regionali competenti e con Azienda Zero, ha provveduto all'elaborazione del Piano operativo regionale (POR), sulla base delle indicazioni di cui ai decreti ministeriali richiamati, nonché degli incontri tenutisi con AGENAS.

AGENAS ha valutato congruo il Piano operativo e il fabbisogno regionale presentato tramite apposito portale, come da nota acquisita con prot. regionale n. 162938/2023. Così, con decreto del Direttore dell'Area Sanità e Sociale n. 43 del 3 maggio 2023, il Piano è stato approvato e trasmesso ad AGENAS con nota prot. n. 248703/2023.

I passaggi sopra descritti sono stati necessari per perseguire il target ministeriale previsto nel DM del 30 settembre 2022 che sarà definitivamente raggiunto con l'adozione dell'atto programmatico regionale con cui si definisce il Modello organizzativo regionale dei servizi di telemedicina, oggetto del presente provvedimento, entro il 30 giugno 2023.

In tale contesto, per garantire che le attività di programmazione e di realizzazione degli interventi e dei connessi investimenti del PNRR in ambito sanitario, sociosanitario e sociale si sviluppasse in un quadro organico, sinergico e sistemico, l'Amministrazione regionale ha provveduto ad istituire l'Unità di Coordinamento - PNRR Sanità e Sociale presso l'Area Sanità e Sociale, con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 32 del 4 aprile 2023.

Nell'ambito della succitata Unità sono stati individuati dei gruppi di lavoro tematici finalizzati alla pianificazione e alla realizzazione degli interventi sul territorio da parte delle aziende sanitarie. In particolare con decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 49 del 5 maggio 2023 è stato individuato il gruppo di lavoro denominato 'Centrale Operativa territoriale e telemedicina'.

Tale gruppo di lavoro, grazie alle competenze multidisciplinari dei componenti e in un'ottica di sinergia e integrazione, ha supportato la struttura regionale competente nell'elaborazione del Modello organizzativo regionale dei servizi di telemedicina, di cui all'**Allegato A** del presente provvedimento.

Il modello organizzativo regionale è stato elaborato, alla luce delle specifiche di AGENAS (Vademecum per la redazione degli atti di programmazione regionale), sulla base del Piano operativo regionale di cui al Decreto n. 43/2023 e riprendendo l'analisi di cui alla documentazione tecnica prodotta da Azienda Zero in attuazione della deliberazione regionale n. 538/2020, relativa alla definizione degli standard di servizio propri delle prestazioni di telemedicina e delle specifiche funzionali e tecniche dei diversi servizi, acquisita agli atti della Direzione Programmazione Sanitaria con nota prot. regionale n. 35791/2022.

In sintesi il documento elaborato descrive il servizio di telemedicina, il modello organizzativo regionale con l'analisi del contesto - condizioni di salute e carico di malattia, popolazione di riferimento, attori e strutture coinvolte, modalità di erogazione dei servizi, procedure clinico-assistenziali e formazione. Infine riporta la descrizione del cronoprogramma di attività e le modalità di monitoraggio del servizio di telemedicina.

Si propone, quindi, di approvare il 'Modello organizzativo regionale dei servizi di telemedicina' così come riportato nell'**Allegato A** del presente provvedimento, di cui ne costituisce parte integrante e sostanziale. Si incarica la Direzione Programmazione Sanitaria dell'esecuzione del presente atto, in particolare della trasmissione del presente provvedimento agli enti competenti.

Infine si incarica Azienda Zero di aggiornare, a seguito dell'adozione del "Modello organizzativo regionale dei servizi di telemedicina", con modalità coordinate ed integrate con le attività di programmazione svolte dai cantieri di lavoro che operano

in seno all'Unità di Coordinamento - PNRR Sanità e Sociale presso l'Area Sanità e Sociale (ex decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 32 del 4 aprile 2023), il documento relativo alle specifiche tecniche e funzionali regionali, rendendole altresì coerenti con le indicazioni di cui al DM del 29 aprile 2022, pubblicato nella G.U. del 24 maggio 2022 n. 120, al fine di renderle operative.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

#### LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato, con i visti rilasciati a corredo del presente atto, l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

Visto il Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento e del Consiglio del 12 febbraio 2021;

Vista la decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021;

Visto il Decreto 29 aprile 2022. Linee guida organizzative contenenti il "Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare";

Visto il Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale;

Visto il Decreto 21 settembre 2022. Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina Requisiti funzionali e livelli di servizio;

Visto il Decreto 30 settembre 2022. 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;

Vista l'Intesa Stato-Regioni sancita il 20 febbraio 2014 (Rep. Atti n. 16/CSR). Telemedicina, linee d'indirizzo nazionali;

Visto l'Accordo Stato-Regioni sancito il 17 dicembre 2020 (Rep. Atti n. 215/CSR). Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina;

Vista L.R. 25 ottobre 2016, n. 19;

Vista L.R. 28 dicembre 2018, n. 48;

Vista la DGR del 5 maggio 2020 n. 568. Attivazione di servizi di assistenza sanitaria erogabili a distanza: Telemedicina;

Visto il Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 32 del 4 aprile 2023;

Visto il Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 43 del 3 maggio 2023;

Visto il Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 49 del 5 maggio 2023;

Visto l'art. 2, co. 2, della legge regionale n. 54 del 31 dicembre 2012;

delibera

1. di approvare le premesse quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di approvare il Modello organizzativo regionale dei servizi di telemedicina, così come riportato nell'**Allegato A**, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. di incaricare la Direzione Programmazione Sanitaria dell'esecuzione del presente atto;
4. di incaricare Azienda Zero all'aggiornamento del documento relativo alle specifiche tecniche e funzionali regionali per l'implementazione dei servizi di telemedicina nel contesto regionale;
5. di dare atto che quanto disposto con il presente provvedimento non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
6. di pubblicare il presente atto nel Bollettino ufficiale della Regione.



**REGIONE DEL VENETO**  
**MODELLO ORGANIZZATIVO REGIONALE**  
**DEI SERVIZI DI TELEMEDICINA**

---



180bdc8



## Indice

1. I servizi di telemedicina	3
1.1 Introduzione	3
1.2 Servizi da implementare	4
1.3 Modalità di acquisizione dei servizi e integrazioni previste	4
2. Il modello organizzativo	5
2.1 Analisi del contesto - condizioni di salute e carico di malattia	6
2.2 Popolazione di riferimento	9
2.3 Modello organizzativo dei servizi di Telemedicina	10
2.4 Attori coinvolti	11
2.5 Strutture coinvolte	15
2.6 Modalità di erogazione dei servizi	15
2.7 Procedure clinico-assistenziali	23
2.8 Formazione	23
3. Cronoprogramma delle attività	25
4. Monitoraggio	30
5. Glossario	30
6. Riferimenti	31



## 1. I SERVIZI DI TELEMEDICINA

### 1.1 Introduzione

La Regione del Veneto, recependo le indicazioni nazionali relative alla **Telemedicina** nel Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023 (L.R. n. 48/2018), riconosce che i servizi di telemedicina, teleassistenza e telemonitoraggio devono essere strutturati nella rete dei servizi al cittadino, nell'ottica di rafforzare l'ambito territoriale di assistenza, contribuendo ad assicurare equità nell'accesso alle cure, migliorare la qualità della vita e l'inclusione dei pazienti.

Il potenziamento e l'adeguamento dei percorsi e degli strumenti di telemedicina annovera tra i suoi obiettivi il facilitare la presa in carico, acuta e **cronica in particolare**, da parte del sistema sanitario regionale con particolare attenzione alle cure territoriali, al fine di favorire la deospedalizzazione e potenziare e migliorare la qualità delle cure di prossimità.

Il Decreto Ministeriale del 30 settembre 2022, pubblicato nella G.U. del 22 dicembre 2022 n. 298, ha individuato le procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e adottato "Le linee di indirizzo per i servizi di telemedicina".

#### Telemedicina

La telemedicina supporta l'**interazione dei diversi professionisti sanitari** con l'assistito nelle diverse fasi: valutazione del bisogno assistenziale, erogazione delle prestazioni e monitoraggio delle cure. Facilita inoltre lo scambio di informazioni tra professionisti e la collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare sui singoli casi clinici.

Per garantire la continuità terapeutica e assistenziale ai pazienti durante la fase pandemica, la Regione del Veneto ha adottato la DGR n. 568/2020, anche in un'ottica di programmazione futura. Infatti il provvedimento mira a sviluppare ed ampliare ulteriormente l'uso della Telemedicina per l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria tramite tecnologie innovative, in particolare servizi di telemedicina specialistica, telesalute e teleassistenza. Ciò in coerenza con le previsioni del Piano Socio-sanitario 2019-2023 che ribadisce la necessità di sviluppare ulteriormente l'integrazione multiprofessionale, anche a livello di Assistenza territoriale, attraverso l'impiego della telemedicina, non solo per il monitoraggio dei pazienti, ma anche per la diagnostica e la promozione del teleconsulto tra Medici del ruolo unico di Assistenza Primaria (MAP) e specialisti dell'Azienda ULSS di afferenza, la teleferitazione e teleconsulenza.

#### Telemonitoraggio

Il **telemonitoraggio** 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 fornite al paziente sul territorio (es. domicilio, RSA) è 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 anche per l'erogazione a pazienti in Assistenza Domiciliare. 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 regionale che mira a garantire comunque l'erogazione delle prestazioni sanitarie necessarie al paziente. Obiettivo finale 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 in presenza.



## 1.2 Servizi da implementare

L'infrastruttura regionale di Telemedicina, così come previsto dal DM del 21 settembre 2022 e dal DM del 30 settembre 2022:

- garantirà in particolare l'erogazione omogenea dei servizi sanitari di:
  - televisita;
  - teleconsulto/teleconsulenza;
  - telemonitoraggio - telecontrollo;
  - teleassistenza;
  
- coinvolgerà i seguenti setting assistenziali:
  - domiciliare;
  - ospedaliero;
  - territoriale, con particolare riferimento alle strutture previste dal DM n. 77 del 23 maggio 2022;
  
- sarà rivolta in particolare ai seguenti pazienti:
  - per la Televisita, teleconsulto/teleconsulenza: potenzialmente qualsiasi paziente;
  - per la Teleassistenza: tutte le persone prese in carico e assistite dal SSR e loro famiglie/caregiver, in particolare per condizioni di fragilità generate da patologia cronica o post-acuzie;
  - per il Telemonitoraggio e telecontrollo: in particolare pazienti affetti da diabete, da patologie respiratorie, da patologie cardiovascolari, pazienti oncologici e neurologici.

Ulteriori servizi di Telemedicina che si prevede in futuro di implementare all'interno dell'infrastruttura regionale sono:

- teleriabilitazione;
- telerefertazione.

## 1.3 Modalità di acquisizione dei servizi e integrazioni previste

La Regione del Veneto ha previsto di acquisire tutti i servizi minimi, specifici e opzionali riportati nel DM del 21 settembre 2022 e nel documento "Indicazioni metodologiche per la perimetrazione delle proposte di Partnership Pubblico Privato (PPP) per la Piattaforma Nazionale di Telemedicina", pubblicate da Agenas in allegato all'avviso di PPP per la realizzazione dei servizi abilitanti della piattaforma nazionale di telemedicina in data 18 marzo 2022 (e aggiornate in data 4 maggio 2022).

Per quanto riguarda i servizi trasversali "Billing Management", "Booking Management System", "Refertazione e Firma digitale", "Viewer dati clinici e immagini" è invece prevista la loro integrazione con la piattaforma regionale di telemedicina. Tali integrazioni saranno realizzate interfacciando la piattaforma di telemedicina regionale con i servizi in via di implementazione previsti dalle attuali progettualità regionali in corso, in particolare:

- il nuovo sistema informativo ospedaliero (SIO) comprensivo di tutti i suoi elementi;
- i nuovi sistemi RIS/PACS, che comprendono il modulo di telerefertazione e il visualizzatore immagini.

La piattaforma regionale dovrà inoltre integrarsi con i device esterni utili ai servizi di telemedicina, gli applicativi in uso, o che saranno in futuro implementati, dai vari attori nelle strutture previste dal DM n. 77/2022.

Infine, per quanto riguarda la pubblicazione e recupero documentale, la piattaforma di telemedicina regionale si dovrà integrare con l'infrastruttura documentale regionale secondo le modalità di pubblicazione, consultazione e autenticazione previste dal modello architetturale del FSEr 2.0 Regione del Veneto e approvato dal Dipartimento di Trasformazione Digitale.

L'integrazione dei servizi regionali con la piattaforma è possibile seguendo quanto riportato nelle Linee Guida presenti a livello nazionale, le specifiche tecniche di integrazione regionali riportate nel documento "Specifiche tecniche di integrazione - Telemedicina" e le specifiche tecniche regionali riportate nel documento "Architettura



FSEr 2.0 Regione del Veneto - Modello architetturale Regionale”. Per i servizi regionali che non hanno le caratteristiche tecniche che permettono l’integrazione con la piattaforma, sarà necessario provvedere ad un adeguamento e la successiva integrazione, rispettando i tempi predisposti per tali attività.

La piattaforma regionale di telemedicina dovrà inoltre rispettare le indicazioni contenute nel DM n. 77/2022, con particolare riferimento alle prescrizioni di cui all’Allegato 2 “Ricognizione standard”, paragrafo “Telemedicina e sistemi di qualità”, nonché all’Allegato 1 paragrafo n. 15 “Telemedicina” e n. 16 “Sistemi informativi e di qualità” (integrazione con i sistemi informativi distrettuali).

## 2. IL MODELLO ORGANIZZATIVO

La **piattaforma di telemedicina sarà unica a livello regionale, connessa con i sistemi informativi regionali** e prevedrà la gestione e l’offerta, attraverso la connessione con il Centro servizi ed i diversi erogatori dei servizi di telemedicina secondo le specifiche nazionali.

Al fine di **diffondere ed attivare i servizi di telemedicina previsti dall’investimento** presso le Aziende Sanitarie della Regione, dal punto di vista tecnico-logistico, la Regione del Veneto intende implementare i servizi di telemedicina su tutto il territorio regionale, privilegiando le zone più svantaggiate (difficili da raggiungere), comprendendo oltre alle Aziende Sanitarie, anche le Aziende Ospedaliere e l’Istituto Oncologico Veneto. Sono altresì compresi i MAP, PLS, le Case della Comunità, le Strutture Intermedie (Ospedali di Comunità, URT, Hospice), i Centri Servizi per persone anziane non autosufficienti e le Farmacie di Comunità, nonché tutti i restanti attori coinvolti nella rete assistenziale territoriale in attuazione del PNRR e del DM n. 77/2022, nell’ambito della programmazione regionale del relativo assetto organizzativo ed operativo.

Per quanto riguarda le Centrali Operative Territoriali (COT), nell’evoluzione organizzativa futura, secondo un modello di tipo hub e spoke, è prevista la centralizzazione delle attività di telemedicina, supportata dal Centro servizi regionale, in particolare il telemonitoraggio dei parametri di pazienti cronici e in follow-up, anche in Assistenza Domiciliare.

Un altro punto fondamentale di sviluppo è l’integrazione informativa con le Centrali Operative dell’Assistenza Domiciliare per la raccolta, la gestione e il monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità e dei pazienti in assistenza domiciliare. Prioritaria sarà, inoltre, l’integrazione con le future Case della Comunità e con i servizi infermieristici delle Cure Domiciliari, dove nell’ambito della UOC Cure Primarie distrettuale sarà prevista un’equipe infermieristica che sia attrezzata con supporti di telemedicina per il monitoraggio in telemetria e per l’esecuzione al domicilio, anche in collegamento con un medico, di teleconsulenza, di televisita e di altre prestazioni in telemedicina.

La Regione del Veneto, in continuità con le progettualità sperimentali avviate, soprattutto a livello aziendale, e con quanto definito con la DGR n. 568/2020, “si propone di ampliare e sviluppare l’uso della Telemedicina, intesa quale modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria tramite tecnologie innovative, in particolare servizi di telemedicina specialistica (televisita, teleconsulto, telecooperazione sanitaria), tele salute e teleassistenza”. Infatti, analizzando direttamente le esigenze espresse dalle AULSS e allineandole ai requisiti nazionali all’epoca vigenti, sono già state individuate le prescrizioni erogabili in telemedicina, provvedendo ad integrarle all’interno del Catalogo Veneto del Prescrivibile (CVP) pubblicato il 12.01.2022.

L’Azienda per il governo della Sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero (L.R. 25 ottobre 2016, n. 19) - con specifiche competenze e funzioni in materia di infrastrutture di tecnologia informatica, connettività, sistemi informativi e ICT, è stata individuata quale soggetto preposto allo sviluppo, alla realizzazione e al monitoraggio del progetto di Telemedicina ex DGR n. 568/2020. Per quanto concerne l’implementazione tecnico-operativa e tecnologica, coerente con la normativa nazionale sull’assistenza sanitaria a distanza, Azienda Zero si occuperà di assicurarsi che il **processo di messa a disposizione della piattaforma regionale di telemedicina sia omogeneo**



sul territorio regionale e che ci siano le condizioni per poter usufruire dei servizi messi a disposizione dalla piattaforma stessa, svolgendo le funzioni di Centro servizi regionale. Al fine di consentire che il processo di sviluppo e adozione della piattaforma di Telemedicina sia coordinato ed il più omogeneo possibile, si prevede di effettuare una pianificazione sulla base dei carichi di lavoro e delle specificità aziendali. La Regione monitorerà lo stato di avanzamento sulla base di una pianificazione concordata con Azienda Zero e i soggetti coinvolti, raccogliendo periodicamente informazioni relative allo stato di implementazione della piattaforma. Una volta implementati i servizi, Azienda Zero si occuperà di **monitorare** l'impiego effettivo di essi **attraverso appositi strumenti di analisi** atti a quantificare l'utilizzo dei servizi in modalità di telemedicina. Qualora da tale monitoraggio dovessero emergere delle criticità, sarà cura di Azienda Zero riportarle tempestivamente all'amministrazione regionale che potrà quindi attivare azioni e piani di miglioramento.

Il Centro Servizi, 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'infrastruttura regionale di telemedicina, 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, secondo quanto previsto dal DM del 21 settembre 2022, è centralizzato a livello regionale ed è gestito da Azienda Zero, eventualmente con gara di affidamento a terzi.

I Centri erogatori, con compiti prettamente sanitari, erogano le prestazioni di Telemedicina e possono essere tutte quelle strutture e professionisti del SSR e che sono descritti all'interno del presente documento, in linea con quanto previsto dai DM del 29 aprile 2022, del 21 settembre 2022 e del 30 settembre 2022.

Particolare rilevanza assumeranno gli attori coinvolti nella rete assistenziale territoriale in attuazione del PNRR e del DM n. 77/2022, nell'ambito della programmazione regionale del relativo assetto organizzativo ed operativo.

Infine si prevede che la gestione dei device per i servizi di telemonitoraggio per gli intrinseci motivi di prossimità e specificità avvenga a livello territoriale; in particolar modo deve essere garantito dalle Aziende Sanitarie che possono avvalersi anche delle farmacie di comunità attraverso la stipula di appositi accordi con le Associazioni di categoria e altri enti erogatori per garantire il servizio in un'ottica di prossimità.

## 2.1 Analisi del contesto - condizioni di salute e carico di malattia

Nella progettazione e programmazione dei servizi di telemedicina è necessario considerare le principali caratteristiche demografiche e socioeconomiche della popolazione di riferimento nonché le caratteristiche orografiche del territorio considerando anche le aree interne e tutti gli altri determinanti di salute (comuni distanti dai luoghi di offerta di servizi di base come istruzione, sanità e trasporti).

Considerando tali caratteristiche, si fornisce una sintetica descrizione dei problemi di salute a cui il servizio di telemedicina che si intende implementare vuole rispondere.

### Elementi descrittivi demografici

La stima della popolazione residente in Veneto al 01/01/2022 è di 4.854.633 abitanti di cui 2.384.557 (49%) maschi e 2.470.076 femmine (51%), con una diminuzione di 15.197 residenti rispetto all'anno precedente. L'andamento della popolazione residente dal 01/01/2002 al 01/01/2022 evidenzia un trend in diminuzione a partire dal 2015.

La quota di popolazione anziana è in costante aumento: attualmente gli ultra 65enni sono circa 1.155.000 (23,79%) e i bambini di 0-14 anni 610.000, con un rapporto di 189 anziani ogni 100 bambini. Nei primi anni '80 l'indice di



vecchiaia era di 62 anziani ogni 100 bambini e nel giro di vent'anni è arrivato a 136 anziani per 100 bambini. Dal 2002 al 2011, l'aumento, pur costante, è stato contenuto anche grazie all'immigrazione straniera che ha determinato l'ingresso nel territorio del Veneto di persone giovani ed un incremento della natalità. Dal 2012 l'indice di vecchiaia ha invece iniziato a crescere maggiormente, sia per l'esaurirsi degli effetti del contributo dell'immigrazione straniera sul piano del "ringiovanimento" della popolazione, sia per l'aumento della speranza di vita.

Il bilancio demografico del 2021 presenta un saldo migratorio positivo pari a 6.120 residenti, ma un saldo naturale che continua ad essere negativo (-21.317 persone). In tutte le province il saldo generale (saldo naturale più saldo migratorio) è negativo, perché il saldo migratorio positivo, in tutte le province tranne Treviso, non riesce a compensare il saldo naturale negativo.

La struttura per età della popolazione si caratterizza per una forma "a botte" con una bassa numerosità delle classi di età più giovani ed una numerosa quota di anziani, soprattutto donne. La popolazione di età 45-64 anni è quella più consistente, e rappresenta la generazione nata negli anni '60 e '70. La struttura per età della popolazione straniera è più giovane di quella della popolazione italiana, collocandosi prevalentemente nelle fasce di età infantili e lavorative.

Prendendo in considerazione alcuni indicatori demografici del 2022, per Ulss di residenza, si può notare come i territori delle ULSS 5-Polesana, ULSS 1-Dolomiti, ULSS 3-Serenissima sono quelli con più di un quarto della popolazione con almeno 65 anni e con un indice di vecchiaia che supera i 200 (più di 2 abitanti di 65 o più anni di età per ogni bambino di età 0-14 anni). Nell'ULSS 9-Scaligera e ULSS 3-Serenissima si trova la percentuale maggiore di cittadini stranieri.

### **Elementi descrittivi delle condizioni socioeconomiche**

Con riferimento al contesto socio-economico in Veneto l'incidenza delle famiglie che vivono in condizione di povertà relativa (secondo la definizione dell'ISTAT, dati 2021) è del 7,9% rispetto all'11,1% dell'Italia. Va inoltre evidenziato come le persone che vivono da sole, che quindi potrebbero non contare su una rete di supporto familiare, siano circa l'11% della popolazione: sebbene il dato sia inferiore a quello delle altre regioni del Nord, rappresenta comunque un numero rilevante di persone, molte delle quali anche in età avanzata.

In sostanziale continuità con quanto evidenziato nel passato quinquennio di programmazione, l'analisi socio-demografica pone in rilievo alcune caratteristiche che influenzano il panorama dei bisogni e dell'offerta di servizi attuale e futura: progressivo invecchiamento della popolazione, quota di residenti stranieri che si attesta attorno al 10% del totale dei residenti, con una distribuzione per età più giovane rispetto a quella degli italiani, presenza di un numero rilevante di persone che vivono da sole, molte delle quali in età avanzata.

### **Elementi descrittivi orografici**

La **popolazione** regionale risulta essere **distribuita principalmente nelle aree dei poli urbani** (29,7%) e delle **cinture urbane** (52%), dato più alto in Italia. Circa l'80% dei veneti risiede dunque in aree che permettono in tempi ridotti l'accesso agli ospedali sedi di DEA di primo livello e a strutture ambulatoriali di base e specialistiche. Relativamente alle aree periferiche e ultra-periferiche corrispondenti principalmente alle zone montane e pedemontane della provincia di Belluno e Vicenza e vaste aree del Polesine, esse comprendono una popolazione



di circa 893.000 abitanti, i quali non hanno rapido accesso alle strutture ospedaliere e agli ambulatori che erogano prestazioni specialistiche e potrebbero non essere servite di connessione ad internet veloce per usufruire agevolmente dei servizi di telemedicina.

Se si osservano poi i dati relativi agli indici di vecchiaia per Comune è possibile notare una generale proporzionalità inversa tra detto indicatore ed il dato riguardante la densità: risultano infatti caratterizzati da una media d'età avanzata i comuni delle aree della bassa padovana e del rodigino, nonché le aree interne della provincia di Vicenza e l'intera provincia di Belluno, con gli anziani che spesso risiedono da soli e dispongono di una limitata autonomia negli spostamenti, mentre le aree con il minore indice di vecchiaia vengono individuate nelle aree urbane e nelle cinture, prevalentemente nelle zone pianeggianti.

All'interno del territorio della Regione del Veneto sono presenti 563 Comuni, in 549 di essi (97,5%) è presente almeno uno studio di un Medico di Medicina Generale (MMG) e/o una sede della Continuità Assistenziale. Si rappresenta che i Comuni indicati attualmente senza almeno una sede MMG, fanno parte di ambiti carenti che potrebbero nel tempo andare coperti (procedura zone carenti MMG/PLS).

In 164 Comuni (29,13%) è presente almeno una sede ambulatoriale pubblica (erogante attività clinica, attività di consultorio familiare, di diagnostica strumentale e per immagini o prescrizione nota AIFA 99, esclusi i punti prelievi).

Nel contesto appena delineato si colloca l'adesione della Regione del Veneto alla Strategia Nazionale per le Aree Interne (SNAI) istituita a livello nazionale per affrontare le sfide demografiche e le esigenze specifiche di zone geografiche che presentino gravi e permanenti svantaggi naturali o demografici. La SNAI comporta in generale un impegno multi-fondo per sostenere le Aree selezionate, attraverso fondi europei e risorse nazionali. Più specificatamente, i progetti nel settore della Sanità per quanto riguarda il Veneto sono finanziati con le risorse statali di cui all'art. 1, comma 13 della legge n. 147/2013 (cd. Legge di stabilità 2014) e ss.mm.ii.

Le Aree Interne (A.I.) individuate in Veneto nel ciclo di programmazione 2014-2020 sono quattro:

- Unione Montana Spettabile Reggenza dei Sette Comuni - nel territorio dell'Azienda ULSS n. 7 - Pedemontana - per la quale è stato approvato lo Schema di Accordo di Programma Quadro con Deliberazione della Giunta Regionale (DGR) n. 1887 del 10 dicembre 2018, rettificata con DGR n. 108 del 05/02/2019.
- Unione Montana Comelico - nel territorio dell'Azienda ULSS n. 1 - Dolomiti - per la quale è stato approvato lo Schema di Accordo di Programma Quadro con DGR n. 530 del 28 aprile 2020;
- Contratto di Foce Delta del Po - nel territorio dell'Azienda ULSS n. 5 - Polesana - per la quale è stato approvato lo Schema di Accordo di Programma Quadro con DGR n. 1382 del 16 settembre 2020;
- Unione Montana Agordina - nel territorio dell'Azienda ULSS n. 1 - Dolomiti - per la quale è stato approvato lo Schema di Accordo di Programma Quadro con DGR n. 814 del 22 giugno 2021.

Risulta quindi importante in tali aree la valorizzazione dei servizi di medicina integrata e delle sedi distrettuali.

#### **Elementi descrittivi delle condizioni di salute**

Secondo gli ultimi dati disponibili (2019) **un terzo della popolazione complessiva (34,1%) presenta almeno una malattia cronica**; tra essi il 51,1% ha una singola malattia, il 23,2% **due patologie croniche** compresenti, il 7,5% cinque o più patologie.



Le patologie più frequenti sono l'**ipertensione arteriosa** (15,0%), le **dislipidemie** (11,3%), la **depressione** (6,1%) e il **diabete mellito** (5,6%). Stratificando per genere, le donne presentano, in percentuale maggiore rispetto agli uomini, depressione (8,1% versus 3,9%), ipotiroidismo (6,4% versus 1,3%) e altre patologie endocrine (5,4% versus 1,2%). Negli uomini si osserva una prevalenza più che doppia di malattia ischemica del cuore, raggruppamento che esclude l'infarto del miocardio. (4,0% versus 1,7%). Quasi un quinto della popolazione complessiva presenta un carico di malattia moderato (19,9%).

Nella popolazione affetta da malattia, la **multimorbilità e la cronicità sono le condizioni più frequenti**; in particolare, il 11,5% appartiene alla categoria "2-3 problemi di salute, età>34 anni", il 9,1% è classificato "Patologia Cronica generale, stabile" ed il **4,5% "Patologia Cronica generale, instabile"**.

## 2.2 Popolazione di riferimento

Al fine di descrivere la popolazione di riferimento dei servizi di telemedicina, si riporta una stima che fornisce una **descrizione dello stato di salute** della Regione in relazione alle patologie oggetto delle linee di indirizzo per i servizi di telemedicina DM 30 settembre 2022 (Tabella 1.1).

**Tabella 1.1**

Condizione cliniche	Numero pazienti	Fonte	Anno
<b>Diabete</b>	280.758	Azienda Zero - SER: Esenzioni, SDO, Farmaceutica	2021
<b>Respiratorio</b> (Asma, BPCO, insuff. respiratoria)	149.519	Azienda Zero - SER: Esenzioni, SDO, ADI, Farmaceutica	2021
<b>Cardiologico - Cardiovascolare</b> (Scompenso cardiaco, cardiopatie ischemica e IMA, cardiopatia aritmica + Ipertensione arteriosa + Altre cardiopatie)	899.354	Azienda Zero - SER: Esenzioni, SDO, ADI, Farmaceutica	2021
<b>Oncologico</b>	324.436	Azienda Zero - SER: Registro Tumori ed Esenzioni	2021
<b>Neurologico</b> (Sclerosi multipla, Parkinson, demenze, epilessia, malattie cerebrovascolari)	205.986	Azienda Zero - SER: Esenzioni, SDO, Farmaceutica, ADI, FAR, psichiatria territoriale	2021

Per quanto riguarda la popolazione di riferimento è importante ricordare che altri pazienti affetti da patologie croniche, in relazione ad ulteriori condizioni cliniche non coinvolte direttamente nei progetti finanziati dai fondi del PNRR, potranno beneficiare dei servizi di Telemedicina. Nella tabella seguente è riportata a titolo esemplificativo una stima del numero di pazienti affetti da queste ulteriori condizioni.

**Tabella 1.2**

Condizione cliniche	Numero pazienti	Fonte	Anno
Altro (specificare condizione clinica): patologie tiroidee (Ipotiroidismo, ipertiroidismo, tiroiditi), salute mentale (Disturbo bipolare, schizofrenia, disturbi di personalità, depressione), artrite reumatoide	368.249	Azienda Zero - SER: Esenzioni, SDO, psichiatria territoriale	2021



Infine, nello stimare il numero di pazienti assistibili tramite **Telemonitoraggio-Telecontrollo**, si stima circa un 5% della popolazione di pazienti cronici individuati nella Tabella 1.1 (Tabella 1.3).

**Tabella 1.3**

Condizioni Cliniche	Numero pazienti	Fonte
Diabete - Respiratorio - Cardiologico - Oncologico - Neurologico	93.004	Azienda Zero - SER: Esenzioni, SDO, ADI, Farmaceutica, FAR, psichiatria territoriale, Registro Tumori

### 2.3 Modello organizzativo dei servizi di Telemedicina

In attuazione della DGR n. 568/2020, con riferimento al documento di definizione degli standard di servizio propri delle prestazioni di Telemedicina, Azienda Zero ha attivato uno specifico gruppo di lavoro che ha prodotto delle specifiche funzionali e tecniche dettagliate relativamente ai diversi servizi di telemedicina, inclusi televisita, teleconsulenza/teleconsulto, teleassistenza e telemonitoraggio. Tale documentazione è stata prodotta dal gruppo di lavoro facendo riferimento alla progettualità di telemedicina (DGR n. 568/2020) e riporta gli attori coinvolti, i processi previsti, e le integrazioni tecniche necessarie tra la Piattaforma regionale di telemedicina ed i Sistemi regionali per garantire l'erogazione dei servizi minimi di telemedicina. Le attività necessarie all'implementazione dei singoli processi organizzativi che devono essere messi in atto per l'erogazione dei servizi (es. definizione delle modalità di ingaggio dei professionisti sanitari coinvolti nei servizi di telemedicina, definizione delle agende dei professionisti coinvolti, modalità di attribuzione dei ruoli previsti nei processi di telemedicina) dovranno essere definite a livello Aziendale durante il processo di messa a disposizione e attivazione dei servizi minimi di telemedicina in ciascuna Azienda ULSS, in linea con le indicazioni regionali.

Le specifiche funzionali previste dalla documentazione prodotta dal gruppo di lavoro sono in linea con il documento "Indicazioni metodologiche per la perimetrazione delle proposte di PPP per la Piattaforma Nazionale di Telemedicina", pubblicate da Agenas in allegato all'avviso di PPP per la realizzazione dei servizi abilitanti della piattaforma nazionale di telemedicina in data 18 marzo 2022 (e aggiornate in data 4 maggio 2022). La documentazione prodotta risulta più specifica rispetto alle indicazioni riportate nel documento sopra richiamato per quanto riguarda gli attori coinvolti nei vari processi (per esempio, nel caso della televisita riporta il caso d'uso in cui la televisita è erogata dal MAP, il caso di visita specialistica e il caso di televisita in libera professione). Tra le indicazioni nazionali e quelle regionali sono presenti alcune differenze, discusse nei paragrafi successivi (paragrafi "Attori coinvolti", "Strutture coinvolte", "Modalità di erogazione dei servizi").

La documentazione risulta inoltre in linea con le indicazioni riportate nel DM del 29 aprile 2022, ma non riporta in maniera specifica il ruolo di attivatore dei servizi di telemedicina da parte di COT e centrale operativa ADI ed il ruolo del Centro servizi. Tali aspetti sono quindi definiti in seguito (paragrafi "Attori coinvolti", "Strutture coinvolte", "Modalità di erogazione dei servizi").

A seguito dell'adozione del "Modello organizzativo regionale dei servizi di telemedicina", Azienda Zero, con modalità coordinate ed integrate con le attività di programmazione svolte dai cantieri di lavoro che operano in seno all'Unità di Coordinamento - PNRR Sanità e Sociale presso l'Area Sanità e Sociale (ex decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 32 del 4 aprile 2023), procederà all'aggiornamento del documento relativo alle specifiche funzionali e tecniche regionali, rendendole altresì coerenti con le indicazioni di cui al DM del 29 aprile 2022, pubblicato nella G.U. del 24 maggio 2022 n. 120, al fine di renderle operative.



## 2.4 Attori coinvolti

Gli attori coinvolti nel modello organizzativo regionale dei servizi di Telemedicina sono i seguenti:

- Paziente a domicilio, con l'eventuale supporto di un caregiver
- Paziente presso strutture assistenziali
- Pazienti detenuti
- Medici del ruolo unico di assistenza primaria (MAP), Pediatri di Libera Scelta (PLS)
- Medici delle strutture territoriali/setting coinvolti (Distretto, Dipartimento di Prevenzione, etc.)
- Specialisti
- Infermieri - Infermieri di Famiglia o Comunità
- Altri professionisti sanitari
- Farmacisti presso le farmacie di Comunità
- Personale tecnico-amministrativo
- Centro Servizi regionale per la Telemedicina
- Centri Erogatori (struttura e/o professionista)
- Altri servizi presenti nell'ambito dell'assistenza territoriale (es. Centrale Operativa Territoriale, Centrale Operativa ADI, Centrale 116/117, etc.)

Nella tabella seguente è riportata una sintesi dei principali attori che intervengono per l'attuazione di ciascun servizio, integrandoli con alcune informazioni aggiuntive rispetto a quelle presenti nelle specifiche funzionali sopra richiamate.

**Tabella 2 Sintesi-matrice RACI degli attori coinvolti nei diversi processi e relative responsabilità**

TIPOLOGIA DI SERVIZIO DI TELEMEDICINA	ATTORI							
	MAP/ PLS/ Medico delle strutture territoriali/setting coinvolti Specialista*	Equipe delle cure domiciliari / Infermiere/ Professionista sanitario	COT/ Centrale operativa ADI	Centro servizi per la telemedicina	Paziente	Caregiver	Farmacia di Comunità	Operatore del CUP
Televisita	R-P-A-E	C-A, se necessario	A, se necessario	C-S	C	C, se necessario	C-S, se necessario	C
Teleconsulto medico	R-P-A-E	C-A, se necessario	A, se necessario	C-S	C, se necessario	C, se necessario	NC	NC
Teleconsulenza medico-sanitaria	R-P-A-E	R-A	A, se necessario	C-S	C, se necessario	C, se necessario	NC	NC
Teleassistenza	R-P, se necessario	R-A-E	A, se necessario	C-S	C	C, se necessario	A-C-S, se necessario	NC
Telemonitoraggio - Telecontrollo	R-P-E-A	C-S-A	A, se necessario	C-S	C	C, se necessario	A-C-S, se necessario	NC
Telefermatrice	R-P-E-A	R-A	A, se necessario	C-S	C	NC	C-S, se necessario	NC



Teleriabilitazione	R-P-E-A	R-A-E	A, se necessario	C-S	C	C, se necessario	NC	C
--------------------	---------	-------	------------------	-----	---	------------------	----	---

**Legenda:**

A=Attivatore; C=Coinvolto; E=Erogatore; P=Prescrittore; R=Richiedente; S=Supporto; NC= Non coinvolto

\*le attività previste ed il relativo coinvolgimento dei diversi professionisti può variare in base alla tipologia di servizio, come riportato in seguito nel documento.

▪ **Televisita:** casi d'uso previsti:

- televisita erogata da MAP/PLS;
- televisita erogata da medico specialista;
- televisita in libera professione.

Gli attori coinvolti sono:

- paziente;
- caregiver;
- medico che prescrive la televisita;
- medico che eroga la televisita;
- infermiere o professionista sanitario;
- operatore del CUP;
- Centro servizi di telemedicina coinvolto nei test tecnici per valutare l'adeguatezza del sistema prima della visita;
- Farmacia di comunità;
- COT/Centrale operativa ADI.

Il medico stesso attiva il percorso di televisita, che viene prescritto al paziente tramite ricetta specifica. La prescrizione tramite ricetta della televisita non è necessaria qualora venga programmata ed erogata direttamente dal MAP/PLS, medico del Distretto dell'equipe domiciliare. La prescrizione tramite ricetta è necessaria qualora la televisita sia erogata da uno specialista esterno all'equipe domiciliare finalizzata ad erogare prestazioni di specialistica ambulatoriale. Per quanto riguarda l'assistenza territoriale, si prevede che anche COT e centrale operativa ADI possano avere il ruolo di attivatori del servizio di televisita.

La farmacia di comunità, sulla base delle linee di indirizzo nazionali sulla Farmacia dei Servizi, può effettuare attività di telemedicina intesa come unità di supporto nell'erogazione dei servizi di televisita.

▪ **Teleconsulto/teleconsulenza:** per quanto riguarda il teleconsulto e la teleconsulenza, sono previsti i seguenti casi d'uso:

- richiesta di teleconsulto da uno specialista A a uno specialista B (sincrono e asincrono);
- richiesta di teleconsulto da un MAP/PLS a uno specialista (sincrono e asincrono);
- richiesta di teleconsulenza da un professionista A ad un professionista B (sincrona e asincrona).

Gli attori coinvolti sono:

- paziente;
- medico o professionista sanitario che richiede il teleconsulto o la teleconsulenza;
- medico/medici o professionista sanitario a cui è effettuata la richiesta;
- centro servizi di telemedicina;
- COT/Centrale operativa ADI.

Il medico o professionista sanitario richiede il teleconsulto/teleconsulenza, ed attiva il servizio stesso. In base alle indicazioni riportate nel DM del 29 aprile 2022, si prevede di includere tra gli attori che possono attivare il servizio anche la COT e la centrale operativa ADI e tra gli attivatori o erogatori il MAP (che comprende la figura del medico di Continuità Assistenziale) e il medico del distretto.



▪ **Teleassistenza:** gli attori previsti per quanto riguarda la teleassistenza, sono:

- paziente;
- caregiver;
- professionisti sanitari che attivano e/o erogano la teleassistenza;
- unità di valutazione multidimensionale;
- centro servizi di telemedicina;
- Farmacia di comunità;
- COT/Centrale operativa ADI.

In base alle indicazioni riportate nel DM del 29 aprile 2022, si prevede di includere tra gli attori che possono attivare il servizio anche la COT e la centrale operativa ADI.

La farmacia di comunità, sulla base delle linee di indirizzo nazionale sulla Farmacia dei Servizi, può effettuare attività di telemedicina intesa come unità di supporto nell'erogazione dei servizi di teleassistenza.

▪ **Telemonitoraggio e Telecontrollo:** per quanto riguarda il telemonitoraggio/telecontrollo è previsto il coinvolgimento dei seguenti attori:

- membri dell'équipe nei diversi setting (domiciliare, ospedaliero, territoriale): in questo contesto il termine "équipe" è un termine generico utilizzato per indicare diverse figure a seconda dell'organizzazione dello specifico servizio di telemonitoraggio/telecontrollo. L'équipe può essere formata ad esempio:
  - da professionisti sanitari / infermieri / medici che seguono direttamente il paziente;
  - da medici / infermieri / operatori sanitari che fanno parte di un centro unico di gestione dei servizi di telemonitoraggio;
  - da un'organizzazione mista che includa sia un centro di gestione di dati e alert, sia medici e infermieri che seguono il paziente;
  - può includere la figura del case manager: membro dell'équipe designato di seguire e monitorare lo stato di avanzamento del piano terapeutico definito per il paziente.
- paziente;
- caregiver;
- unità di valutazione multidimensionale;
- Farmacia di comunità;
- centro servizi;
- COT/Centrale operativa ADI.

In base alle indicazioni riportate nel DM del 29 aprile 2022, si prevede di includere tra gli attori che possono attivare il servizio anche la COT e la centrale operativa ADI.

La farmacia di comunità, sulla base delle linee di indirizzo nazionale sulla Farmacia dei Servizi, può effettuare attività di telemedicina intesa come consegna del device (ad es. holter pressorio, holter cardiaco, auto-spirometria, ECG).

▪ **Telerefertazione:** vengono considerati due casi d'uso specifici:

- caso A - Sono coinvolti utenti che utilizzano applicativi/sistemi integrati con il FSSEzero;
- caso B - Sono coinvolti utenti che utilizzano applicativi/sistemi non integrati con il FSSEzero.

In entrambi i casi, gli attori coinvolti nel processo sono:

- paziente a cui viene eseguito un certo esame;
- medico/specialista/professionista sanitario che esegue l'esame e che richiede la refertazione a distanza ad un altro medico. Nel caso in cui la richiesta avvenga da parte di un medico ad un altro medico, il richiedente deve essere afferente ad una branca medica differente da quella relativa all'esame diagnostico per cui si chiede la refertazione a distanza;



- medico refertante;
  - COT/Centrale operativa ADI;
  - Farmacia di comunità che esegue l'esame e richiede la refertazione al centro pubblico o privato accreditato.
- **Teleriabilitazione:** casistiche di riabilitazione a distanza individuate tra i seguenti casi d'uso:
- teleriabilitazione in modalità di erogazione sincrona. Tale modalità presuppone interazione in tempo reale tra operatori e pazienti, eventualmente supportati da caregivers. I feedback tra le parti sono reciproci, istantanei con interazioni mediante piattaforma online e supporto di sensoristica e strumentazioni tecnologiche. A garanzia di funzionalità è necessaria una connessione internet stabile, opportuni supporti audio/video.
  - teleriabilitazione in modalità di erogazione asincrona. Tale modalità presuppone un'interfaccia non simultanea tra operatore e paziente anche supportato da caregiver. Il trasferimento di informazioni tra i soggetti coinvolti avviene in maniera bidirezionale e differita con finalità quali la valutazione, il trattamento e l'educazione del paziente considerato in grado di stabilità clinica e autonomia funzionale appropriate alla tipologia di interazione. Questa risorsa può essere utilizzata anche al fine di erogare protocolli riabilitativi di mantenimento per pazienti affetti da patologie croniche.
  - teleriabilitazione in modalità di erogazione mista. Tale modalità presuppone che l'interazione operatori-pazienti possa avvenire parzialmente in tempo reale e parzialmente con modalità differite. Fattispecie che si possono verificare sono, ad esempio:
    - Iter riabilitativo in cui il PRI sia stilato in modo da prevedere una quota di sedute in tempo reale e una quota che il paziente esegua in autonomia (es. paziente con disturbi dell'apprendimento per il quale possa essere necessario prevedere degli interventi finalizzati all'educazione e all'acquisizione assistita di confidenza con strumenti e risorse teleriabilitative per, poi, procedere in autonomia ai successivi trattamenti);
    - Iter di cura per il quale sia previsto il trattamento in gruppo e che consenta, a tal pro, l'accesso a materiale audio-video predisposto così da indirizzare l'intervento real-time dell'/degli operatore/i a una telesorveglianza attiva dei pazienti;
    - Iter di cura per il quale sia prevista la registrazione audio/video dell'attività svolta dal paziente in un momento (sia essa avvenuta indifferentemente in modalità sincrona o asincrona, ma comunque previo consenso) e che venga ridiscussa con operatori e paziente in corso di una seduta real-time successiva (es. stimolazione all'autoanalisi, interiorizzazione e correzione postuma);
    - sedute riabilitative eseguite in modalità asincrona al termine delle quali sia prevista una connessione estemporanea per la rilevazione di specifici parametri.

Gli attori coinvolti nel processo sono:

- paziente;
- caregiver;
- medico specialista che prescrive la teleriabilitazione e valuta periodicamente la progressione del paziente assieme al professionista sanitario che eroga il servizio;
- unità di valutazione multidimensionale;
- professionista sanitario che eroga il servizio;
- operatori del CUP;
- centro servizi di telemedicina;
- COT/Centrale operativa ADI.

In base alle indicazioni riportate nel DM del 29 aprile 2022, si prevede di includere tra gli attori che possono attivare il servizio anche la COT e la centrale operativa ADI.



## 2.5 Strutture coinvolte

Le strutture coinvolte nel modello organizzativo dei servizi di Telemedicina sono le seguenti:

### SETTING DOMICILIARE

- Cure Domiciliari/ADI
- Rete Locale Cure Palliative - UCP-Dom
- Unità di Continuità Assistenziale

### SETTING OSPEDALIERO:

- Strutture ospedaliere/ambulatoriali

### SETTING TERRITORIALE

- Distretti
- Dipartimenti di Prevenzione
- Strutture ambulatoriali
- Case della Comunità
- Ambulatori Medici di Assistenza Primaria/Pediatri di Libera Scelta
- Centrali Operative Territoriali
- Ospedali di Comunità
- Hospice
- Unità Riabilitative Territoriali
- Centri Servizi per Anziani non autosufficienti
- Istituti Penitenziari
- Farmacie di Comunità

## 2.6 Modalità di erogazione dei servizi

Di seguito si riportano le fasi previste per ciascun servizio di telemedicina e le eventuali differenze/integrazioni rispetto alle specifiche funzionali prodotte dal gruppo di lavoro multidisciplinare che si ritiene opportuno definire, in base alle indicazioni riportate nei documenti "Indicazioni metodologiche per la perimetrazione delle proposte di PPP per la Piattaforma Nazionale di Telemedicina", nel DM del 29 aprile 2022 e nel DM del 30 settembre 2022.

- **Televisita**, il percorso di erogazione della televisita presenta le seguenti fasi:
  - prima visita in presenza con valutazione idoneità paziente e prescrizione televisita;
  - prenotazione della televisita da parte del paziente;
  - verifiche tecniche automatizzate e/o da parte del centro servizi sia verso il paziente che verso il medico;
  - erogazione della prestazione in televisita;
  - refertazione.

Si evidenzia in particolare che:

- il Centro servizi avrà un ruolo centrale e dovrà possedere le caratteristiche previste nel DM del 21 settembre 2022;
- è previsto che il servizio di telemedicina venga attivato da un medico ed in base al DM del 29 aprile 2022, si prevede inoltre che il servizio possa essere attivato anche da COT e centrale operativa ADI,
- la farmacia di comunità, sulla base delle linee di indirizzo nazionale sulla Farmacia dei Servizi, può fornire supporto nell'erogazione dei servizi di televisita.



Tabella 3.1 Quadro sinottico contenente gli elementi del processo di Televisita

Tipologia di servizio	Finalità	Richiedente/prescrittore	UVM	PAI	Attivatore	Erogatore	Soggetti coinvolti	Supporti tecnici e set di informazioni disponibili	Documentazione a corredo
<b>Televisita</b> Atto medico con interazione con il paziente in tempo reale	Follow up, Aggiustamento terapia in corso, Prescrizioni e di esami, Verifica degli esiti di esami e/o terapia	MAP/PLS/Specialista/medico in libera professione/ Medici delle strutture territoriali/setting coinvolti	Non necessario	Non necessario	MAP/PLS/Specialista/infermiere/professionista sanitario/medico in libera professione/COT, Centrale operativa ADI	MAP/PLS/Specialista/Medico in libera professione	Paziente, caregiver, Centro servizi per la telemedicina, equipe delle cure domiciliari, infermiere, professionista sanitaria, farmacie di comunità, operatore del CUP	Videochiamata +Chat (per scambio messaggi)  servizi applicativi che consentano la consultazione di referti, immagini, altre informazioni clinico-sanitarie (FSE)  Ricetta dematerializzata	Adesione al trattamento domiciliare  Checklist di idoneità  Cartella clinica  Cartella domiciliare  Esita in un referto strutturato della televisita

▪ **Teleconsulto/teleconsulenza**, sono previste le seguenti fasi:

- richiesta di teleconsulto o teleconsulenza;
- presa in carico del consulto o della consulenza;
- risposta al consulto o alla consulenza (in modalità sincrona o asincrona);
- produzione e invio di relazione annotativa di risposta.

In linea con il documento "Indicazioni metodologiche per la perimetrazione delle proposte di PPP per la Piattaforma Nazionale di Telemedicina" e con il DM del 29 aprile 2022, non è previsto che il teleconsulto o la teleconsulenza esitino in un referto ma in una relazione o report che viene condivisa col richiedente.

Si evidenzia in particolare che:

- il Centro servizi avrà un ruolo centrale e dovrà possedere le caratteristiche previste nel DM del 21 settembre 2022;
- è previsto che il servizio possa essere attivato anche da COT e centrale operativa ADI.



Tabella 3.2 Quadro sinottico contenente gli elementi del processo di Teleconsulto medico - Teleconsulenza

Tipologia di servizio	Finalità	Richiedente/prescrittore	UVM	PAI	Attivatore	Erogatore	Soggetti coinvolti	Supporti tecnici e set di informazioni disponibili	Documentazione a corredo
<b>Teleconsulto medico-sanitario</b> Atto medico, può essere anche asincrono	Dialogo tra medici riguardo la situazione clinica del paziente	Medici delle strutture territoriali/setting coinvolti MAP/PLS/ Specialista	Non necessario	Non necessario	Medico/Infermiere/professionista sanitario direttamente tramite agende di disponibilità condivise tra professionisti/ COT, Centrale operativa ADI	MAP/PLS/ specialista Medici delle strutture territoriali/setting coinvolti	Paziente se necessario, caregiver se necessario, centro servizi per la telemedicina, medici coinvolti nel teleconsulto	Videochiamata +Chat (per scambio messaggi)  servizi applicativi che consentano la consultazione di referti, immagini, altre informazioni clinico-sanitarie (FSE)	Adesione al trattamento domiciliare  Checklist di idoneità  Cartella clinica/ Cartella domiciliare  Quesito diagnostico  Esita una "Relazione collaborativa" o in annotazioni riportate in cartella clinica / cartella domiciliare
<b>Teleconsulenza medico-sanitaria</b>  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 non hanno lo stesso livello di responsabilità rispetto al caso specifico.	Supporto durante lo svolgimento di attività sanitaria a domicilio o presso altri setting di cura	Professionista sanitario (anche medico, ma di branca diversa rispetto al medico a cui viene richiesta la teleconsulenza)	Non necessario	Non necessario	Medico/Infermiere/professionista sanitario direttamente tramite agende di disponibilità condivise tra professionisti/ COT, Centrale operativa ADI	Professionisti sanitari (anche medico)	Paziente se necessario, caregiver se necessario, centro servizi per la telemedicina, professionisti sanitari coinvolti nella teleconsultazione	Videochiamata +Chat (per scambio messaggi)  servizi applicativi che consentano la consultazione di referti, immagini, altre informazioni clinico-sanitarie (FSE)	Adesione al trattamento domiciliare  Checklist di idoneità  Cartella clinica/ Cartella domiciliare  Quesito di ingresso  Esita una "Relazione collaborativa" o in annotazioni riportate in cartella clinica / cartella domiciliare



▪ **Teleassistenza**, il percorso di teleassistenza si suddivide nelle seguenti fasi:

- valutazione idoneità paziente e programmazione della teleassistenza;
- verifiche tecniche automatizzate e/o da parte del centro servizi sia verso il paziente che verso il professionista sanitario;
- erogazione della prestazione in teleassistenza;
- redazione di eventuale relazione.

In linea con il documento "Indicazioni metodologiche per la perimetrazione delle proposte di PPP per la Piattaforma Nazionale di Telemedicina" e con il DM del 29 aprile 2022, non è previsto che al termine della teleassistenza venga prodotto un referto, ma eventualmente una relazione. La teleassistenza inoltre non prevede una prescrizione tramite ricetta.

Si evidenzia in particolare che:

- il centro servizi avrà un ruolo centrale e dovrà possedere le caratteristiche previste nel DM del 21 settembre 2022;
- è previsto che il servizio possa essere attivato anche da COT e centrale operativa ADI,
- la farmacia di comunità, sulla base delle linee di indirizzo nazionale sulla Farmacia dei Servizi, può supportare nell'erogazione dei servizi di teleassistenza.

**Tabella 3.3 Quadro sinottico contenente gli elementi del processo di Teleassistenza**

Tipologia di servizio	Finalità	Richiedente/ prescrittore	UVM	PAI	Attivatore	Erogatore	Soggetti coinvolti	Supporti tecnici e set di informazioni disponibili	Documentazione a corredo
<b>Teleassistenza</b> Prevede l'interazione e con il paziente in tempo reale	Interazione a distanza per agevolare il corretto svolgimento di attività assistenziali	Professionisti sanitari	Possibile, non necessario	Possibile, non necessario	Professionista sanitario direttamente tramite agende di disponibilità condivise tra professionisti/ COT, Centrale operativa ADI, farmacie di comunità	Professionisti sanitari	Paziente, caregiver se necessario, centro servizi per la telemedicina, professionisti sanitari coinvolti, farmacie di comunità	Videochiamata +Chat (per scambio messaggi) servizi applicativi che consentano la consultazione di referti, immagini, altre informazioni clinico-sanitarie (FSE)	Adesione al trattamento domiciliare  Checklist di idoneità  Cartella clinica/ Cartella domiciliare  Quesito di ingresso  Esita una relazione o in annotazioni riportate in cartella clinica / cartella domiciliare

▪ **Telemonitoraggio e telecontrollo**. Il percorso di telemonitoraggio si articola in diverse fasi:

- **Arruolamento**: L'avvio del servizio di telemonitoraggio consiste in una prima fase di "arruolamento" del paziente da parte di operatori sanitari. La fase di arruolamento include:
  - la verifica dell'idoneità del paziente;



- la prescrizione della prestazione;
- la registrazione del paziente nel percorso di telemonitoraggio;
- la consegna e le istruzioni relative ai dispositivi di telemonitoraggio, secondo le modalità organizzative previste a livello aziendale, in linea con le indicazioni regionali.
- Generazione e raccolta dati: a seguito dell'installazione del/dei dispositivo/i di telemonitoraggio, vengono raccolti i dati del paziente.
- Invio dati alla piattaforma di telemedicina: i dispositivi di monitoraggio invieranno i dati (direttamente o attraverso un gateway) alla piattaforma di telemedicina in una delle seguenti modalità:
  - invio diretto dei dati alla piattaforma di telemedicina;
  - invio dei dati alla piattaforma del fornitore, e successivamente, quest'ultima ha l'onere di generare e inoltrare relazioni/annotazioni alla piattaforma di telemedicina.
- Ricezione dei dati da FSSEzero: la piattaforma di telemedicina, che precedentemente aveva eventualmente sottoscritto la ricezione di notifica per un gruppo di dati/ informazioni del paziente, riceve una notifica di presenza dati/informazioni per il/i paziente/i. La piattaforma, a seguito della ricezione della notifica, interroga FSSEzero, recuperando i dati in questione.
- Pubblicazione dati/relazioni: la piattaforma di telemedicina a seguito della ricezione dei dati e dell'eventuale elaborazione da parte di specifiche funzionalità di intelligenza artificiale, pubblica su FSSEzero:
  - dati/ relazioni periodiche;
  - alert specifici, qualora previsti.
- Invio notifica: la piattaforma di telemedicina invia una notifica, a seguito della generazione di un report o di una produzione di alert a FSSEzero e aggiorna il workflow document (generato nella fase di arruolamento):
  - se l'applicativo dell'operatore è integrato con FSSEzero: la notifica sarà ricevuta sia sull'applicativo di telemedicina che sull'applicativo dell'operatore;
  - se l'applicativo dell'operatore non è integrato con FSSEzero: la notifica verrà visualizzata solo sulla piattaforma di telemedicina.
- Visualizzazione dei dati: per la visualizzazione dei dati all'interno dell'applicativo di telemedicina (vedi "Fase di visualizzazione dati").
- Valutazione dei dati e percorso da intraprendere: l'équipe a seguito della visualizzazione dei dati, decide il percorso migliore da intraprendere per il paziente. Si elencano di seguito alcuni esempi:
  - necessità di accesso al percorso specifico di emergenza/urgenza;
  - modifica del setup delle funzionalità (vedi "Fase di Setup funzionalità");
  - necessità di effettuare una visita in presenza.
- Refertazione: a seguito della scelta del percorso, il professionista sanitario decide se è necessario produrre un referto.
- Conclusione telemonitoraggio: nella fase finale del telemonitoraggio i membri dell'équipe possono decidere se:
  - continuare il telemonitoraggio, proseguendo nella "generazione e raccolta dati" (vedi punto 2);
  - concludere il telemonitoraggio e uscire dal percorso. Tale processo prevede la chiusura del workflow document precedentemente aperto nella "Fase di arruolamento".

Si evidenzia in particolare che:

- il Centro servizi avrà un ruolo centrale e dovrà possedere le caratteristiche previste nel DM del 21 settembre 2022;
- è previsto che il servizio possa essere attivato anche da COT e centrale operativa ADI,
- la farmacia di comunità, sulla base delle linee di indirizzo nazionale sulla Farmacia dei Servizi, può consegnare il device (ad es. holter pressorio, holter cardiaco, auto-spirometria, ECG) al paziente e fornire supporto nell'erogazione del servizio.



Tabella 3.4 Quadro sinottico contenente gli elementi del processo di Telemonitoraggio e Telecontrollo

Tipologia di servizio	Finalità	Richiedente/prescrittore	UVM	PAI	Attivatore	Erogatore	Soggetti coinvolti	Supporti tecnici e set di informazioni disponibili	Documentazione a corredo
<b>Telemonitoraggio</b> Prevede l'interazione con il paziente in tempo reale	Rilevamento e trasmissione e automatizzazioni continuativi di parametri clinici a domicilio	Medici delle strutture territoriali/setting coinvolti MAP/PLS specialista	Possibile, non necessario	Necessario	Medico prescrittore/infermiere/professionista sanitario membro dell'equipe multidisciplinare, COT, Centrale operativa ADI, farmacie di comunità	Medico/infermiere/professionista sanitario membro dell'equipe	Paziente, caregiver se necessario, Centro servizi per la telemedicina, professionisti sanitari coinvolti, farmacie di comunità	Set di tecnologie collegate ad una centrale Piattaforma di rilevazione dei dati, consultabile Videochiamata +Chat (per scambio messaggi) servizi applicativi che consentano la consultazione di referti, immagini, altre informazioni clinico-sanitarie (FSE)	Adesione al trattamento domiciliare PDTA e Protocollo in cui siano esplicitati criteri di eleggibilità Checklist di idoneità Percorso per la gestione degli allarmi Monitoraggio anche attraverso la compilazione di scale/schede informatizzate Cartella clinica/Cartella domiciliare Esita in una relazione o annotazioni
<b>Telecontrollo (medico)</b>	Rilevamento parametri periodico e interattivo a domicilio attraverso una serie cadenzata di contatti con il medico	Medici delle strutture territoriali/setting coinvolti MAP/PLS specialista	Possibile, non necessario	Necessario	Medico prescrittore/infermiere/professionista sanitario membro dell'equipe multidisciplinare, COT, Centrale operativa ADI, farmacie di comunità	Medico Possibile coinvolgimento di infermiere/professionista sanitario membro dell'equipe	Paziente, caregiver se necessario, Centro servizi per la telemedicina, professionisti sanitari coinvolti, farmacie di comunità	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 Checklist di idoneità Percorso per la gestione degli allarmi



									Monitoraggio anche attraverso la compilazione di scale/schede informatizzate  Cartella clinica/Cartella domiciliare  Esita in una relazione o annotazioni
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

▪ **Telerefertazione:** il percorso di teleferfertazione si articola in diverse fasi:

- fase di richiesta di teleferfertazione;
- fase di presa in carico della richiesta;
- fase di esecuzione della teleferfertazione.

Si evidenzia in particolare che:

- la COT/Centrale operativa ADI può attivare il servizio,
- la farmacia di comunità esegue l'esame e richiede la refertazione al centro pubblico o privato accreditato.

**Tabella 3.5 Quadro sinottico contenente gli elementi del processo di Teleferfertazione**

Tipologia di servizio	Finalità	Richiedente/prescrittore	UVM	PAI	Attivatore	Erogatore	Soggetti coinvolti	Supporti tecnici e set di informazioni disponibili	Documentazione a corredo
<b>Telerefertazione</b> Refertazione e eseguita da parte di un medico non in presenza e che viene scritta e trasmessa per mezzo di sistemi digitali e di telecomunicazione.	Refertazione da parte di medici specialisti che si trovano in centri diversi da quelli in cui viene svolto l'esame diagnostico	MAP/PLS/Specialista di branca diversa da quella per cui è richiesto il referto a distanza/Professionista sanitario	Non necessario	Non necessario	Medico/Infermiere/professionista sanitario  COT, Centrale operativa ADI	MAP/PLS/specialista	Paziente, centro servizi per la telemedicina, medici e/o professionisti sanitari richiedenti/medici specialisti Farmacia di comunità	Servizi applicativi che consentano la consultazione di referti, immagini, altre informazioni clinico-sanitarie (FSE)  Sistema di firma digitale	Cartella clinica/ Cartella domiciliare  Quesito diagnostico  Esita in un referto



▪ **Teleriabilitazione**, il percorso di teleriabilitazione si articola in diverse fasi:

- fase di prima visita, valutazione idoneità paziente e prescrizione percorso di teleriabilitazione; se le condizioni di idoneità clinica e di appropriatezza delle capacità di utilizzo degli strumenti necessari sono verificate, lo/gli specialista/i definiscono inoltre:
  - gli obiettivi perseguibili con PRI/PTI/PAI;
  - individuano la tipologia di trattamento idonea (sincrona/asincrona/mista);
  - definiscono i tempi necessari per raggiungere tali obiettivi;
  - pianificano una fase di verifica degli outcomes funzionali con degli strumenti idonei.
- fase di verifiche tecniche prima della seduta e di controllo del collegamento il giorno stesso della seduta;
- fase di erogazione della seduta di teleriabilitazione;
- fase di visita specialistica di controllo/ visita specialistica finale

Si evidenzia in particolare che:

- il centro servizi avrà un ruolo centrale e dovrà possedere le caratteristiche previste nel DM del 21 settembre 2022;
- è previsto che il servizio possa essere attivato anche da COT e centrale operativa ADI.

**Tabella 3.6 Quadro sinottico contenente gli elementi del processo di Teleriabilitazione**

Tipologia di servizio	Finalità	Richiedente/ prescrittore	UVM	PAI	Attivatore	Erogatore	Soggetti coinvolti	Supporti tecnici e set di informazioni disponibili	Documentazione a corredo
<b>Teleriabilitazione</b> Prevede l'interazione con il paziente Può avere carattere multidisciplinare	Servizi intesi ad abilitare, ripristinare il funzionamento psicofisico  Valutazione a distanza del corretto utilizzo di ausili, ortesi e protesi all'interno del PRI	Professionista sanitario e medico	Necessaria UVM in presenza del paziente per le opportune valutazioni	Necessario PRI/PAI	Medico prescrittore/ infermiere/ professionista sanitario membro dell'equipe multidisciplinare, COT, Centrale operativa ADI	Medico/infermiere/professionista sanitario membro dell'equipe	Paziente, caregiver se necessario, centro servizi per la telemedicina, professionisti sanitari coinvolti	Set di tecnologie collegate ad una centrale Piattaforma di rilevazione dei dati, consultabile  Dispositivi per la gestione e lo scambio di dati e immagini, dispositivi mobili, dispositivi medici, anche indossabili, sensori, robotica  Videochiamata +Chat (per scambio messaggi)  servizi applicativi	Adesione al trattamento domiciliare  PDTA e Protocollo in cui siano esplicitati criteri di eleggibilità  Checklist di idoneità  Cartella clinica/ Cartella domiciliare  Esita in una visita / televisita finale con produzione di referto



								che consentano la consultazione di referti, immagini, altre informazioni clinico-sanitarie (FSE)	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### 2.7 Procedure clinico-assistenziali

Nell'ambito di tutti i servizi di Telemedicina fino ad ora descritti, per quanto riguarda le indicazioni di carattere clinico-assistenziale (requisiti e condizioni cliniche, popolazione di riferimento/target, parametri da monitorare/controllare, professionisti e branche specialistiche coinvolte) si deve fare riferimento alle specifiche indicazioni contenute nelle linee di indirizzo di cui all'allegato B al DM del 30 settembre 2022 ed alle linee di indirizzo/PDTA regionali per le singole patologie.

In relazione alle attività della COT relative al Telemonitoraggio deve inoltre essere prevista a livello aziendale la redazione di un documento di riferimento (PDTA o protocollo), coerente ad un modello-tipo che sarà oggetto di specifiche regionali elaborate da appositi Gruppi di Lavoro.

Il documento di riferimento aziendale deve contenere come minimo: il percorso di presa in carico, il target di pazienti candidabili, gli strumenti di telemonitoraggio disponibili, il set minimo di parametri oggetto di monitoraggio, i valori soglia, la selezione di dati da riportare nella documentazione clinica, il livello e le 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 che ha richiesto l'attivazione del telemonitoraggio, accesso a domicilio dell'infermiere di riferimento o del medico, televisita, attivazione del 118, etc). E' inoltre specificata la relazione con il Centro di servizi per la Telemedicina previsto a livello regionale.

### 2.8 Formazione

Ai fini dello sviluppo e dell'implementazione dei servizi di telemedicina, le competenze digitali e la conseguente formazione degli operatori sanitari, ossia di tutti gli attori attivi coinvolti nei processi di erogazione, rappresentano elementi fondamentali. Pertanto il personale sanitario dovrà ricevere un'adeguata formazione per acquisire competenze specifiche a livello tecnologico, professionale (ciascuno secondo il proprio profilo e le proprie competenze) e relazionali. Ciò potrà avvenire tramite programmi di formazione accreditati ECM, attraverso iniziative veicolate tramite la Piattaforma nazionale del Ministero della salute ovvero iniziative regionali concordate con le Aziende sulla base dei fabbisogni formativi espressi.

Così pure è necessaria una verifica preliminare sull'effettiva capacità di utilizzo dei servizi di telemedicina da parte dei potenziali fruitori.

In particolare, per quanto riguarda i requisiti di idoneità per l'attivazione di cure supportate da strumenti di telemedicina, si prevede una checklist di valutazione in linea con i requisiti riportati nel DM 29 aprile 2022, in particolare:



lo specialista (o suo delegato) accerta che il paziente, o il suo caregiver, sia in grado di utilizzare i dispositivi necessari per usufruire dei servizi forniti in modalità telemedicina. Si riporta di seguito la checklist suggerita per tale verifica:

- *L'utente/caregiver è in possesso, o ha l'opportunità di utilizzare, un computer/smartphone/ tablet?*
- *L'utente/caregiver ha a disposizione l'accesso a internet?*
- *L'utente/caregiver sa usare il computer con webcam, smartphone o tablet per comunicare con altre persone? (Facoltativo - Specificare quale dispositivo ha a disposizione l'utente.)*
- *L'utente/caregiver ha difficoltà fisiche o cognitive che possono impedire l'uso autonomo di strumenti informatici e le relative funzionalità? Nel caso in cui l'utente abbia difficoltà fisiche e/o cognitive, che possono impedire l'uso autonomo di strumenti informatici e le relative funzionalità, può essere supportato da un familiare/ caregiver nel momento della televisita?*
- *L'utente è in possesso di identità digitale? (SPID/CIE/CNS).*

Tale checklist verrà integrata tenendo in considerazione anche alcuni elementi indicati nel DM del 29 aprile 2022, in particolare:

- 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 quanto riguarda l'aspetto relativo alla formazione del paziente:

*si sottolinea l'importanza di fornire all'utente, in questa fase, informazioni quanto più chiare ed esaustive possibile sui passi successivi da intraprendere nel caso l'utente si sia reso disponibile alla televisita, accertandosi che l'utente abbia ben compreso le informazioni fornite. Di seguito si suggerisce un elenco di punti su cui è possibile strutturare una corretta e completa informazione per l'utente.*

Spiegare chiaramente cosa riceverà il paziente, in che modalità e quando;

- scadenze previste;
- modalità di accesso allo strumento di televisita e riconoscimento;
- cosa fare/chi contattare in caso di problemi;
- *dove reperire l'Informativa sul trattamento dei dati personali per l'erogazione di prestazioni sanitarie in modalità di telemedicina".*

Potranno essere utilizzati anche gli strumenti informativi e formativi sulla telemedicina messi a disposizione dalla Piattaforma nazionale di cui al DM 21 settembre 2022 per favorire un uso appropriati e consapevole.



### 3. CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ

**Tabella 4 Cronoprogramma sub-investimento 1.2.3.2 “Servizi di Telemedicina”**

Attività	Target	Output
Presentazione Piano Operativo Regionale/Provinciale	T4 2022* aggiornato da AGENAS al T1 2023	Piano Operativo Regionale/Provinciale
Definizione del modello regionale/provinciale di telemedicina	T2 2023	Atto Regionale
Attivazione servizi di Telemedicina nella Regione/Provincia Autonoma	T1 2024	Validazione del servizio attraverso la Piattaforma Nazionale di Telemedicina

Si prevede che il cronoprogramma rispetti le tempistiche previste dal DM del 30 settembre 2022, con, se necessario, soluzioni differenti in base alle tempistiche di realizzazione delle integrazioni con il nuovo sistema informativo ospedaliero (SIO) della Regione del Veneto, attualmente in fase di sviluppo, e con i nuovi sistemi RIS/PACS.

E' prevista l'integrazione tra la piattaforma regionale di telemedicina e i servizi trasversali “Billing Management”, “Booking Management System”, “Refertazione e Firma digitale”, “Viewer dati clinici e immagini”.

La piattaforma regionale dovrà inoltre integrarsi con i device esterni utili ai servizi di telemedicina e con i sistemi informativi territoriali; tali integrazioni sono previste all'interno della Missione 6 Salute, componente 1.2.2. centrali operative territoriali.

Infine, la piattaforma regionale di telemedicina dovrà integrarsi con l'infrastruttura documentale regionale secondo le modalità di pubblicazione, consultazione e autenticazione previste dal modello architetturale del FSEr 2.0 di Regione del Veneto e approvato dal Dipartimento di Trasformazione Digitale.

Per quanto riguarda le integrazioni tra la piattaforma regionale di telemedicina e i servizi trasversali regionali “Booking Management System”, “Billing management”, “Viewer dati clinici e immagini” e “Refertazione e firma digitale” (intesa come generazione e firma del referto), il processo per l'implementazione delle stesse sarà avviato nel momento in cui le specifiche nazionali relative alla piattaforma di telemedicina, oggetto del bando di gara nazionale istituito dalle regioni capofila, saranno accessibile/diffuse.

Per quanto riguarda la pubblicazione e il recupero documentale da parte della piattaforma di telemedicina e dal FSEr, l'avvio del processo di integrazione è previsto una volta avvenuta l'aggiudicazione del bando di gara indetto dalle regioni capofila. Se le specifiche tecniche che saranno fornite evidenzieranno che tale integrazione risulta requisito necessario per l'erogazione dei servizi di telemedicina, le tempistiche di avvio potrebbero variare in base alla disponibilità del fornitore.

Infatti, il coinvolgimento degli stessi fornitori in altre progettualità regionali e nazionali rappresenta un fattore di forte criticità da cui dipende la definizione puntuale delle tempistiche di sviluppo delle integrazioni sopra descritte. Si ritiene, pertanto, di procedere alla determinazione delle tempistiche di sviluppo una volta consolidato il contesto operativo di riferimento, quindi successivamente alla pubblicazione delle specifiche tecniche di integrazione della



piattaforma di telemedicina, all'aggiudicazione del bando di gara indetto dalle regioni capofila e all'ingaggio del fornitore nazionale.

Inoltre si segnala che l'attivazione del servizio minimo di telemonitoraggio è correlata all'integrazione tra la piattaforma di telemedicina e i device, il cui approvvigionamento, gestione e integrazione sono previste nel progetto "COT-device" all'interno della missione 6 Salute, componente 1.2.2.

Per di più, per quanto riguarda la fase di test delle integrazioni, vi possono essere criticità relative alla disponibilità da parte dell'aggiudicatario individuato di rilasciare in collaudo le varie componenti in modo tale che vengano conclusi i test entro il primo trimestre del 2024. Nella fase in cui le implementazione del nuovo sistema informativo ospedaliero (SIO) della Regione del Veneto e dei nuovi sistemi RIS/PACS non saranno ancora completate, i servizi di "Booking Management System", "Billing management", "Refertazione e firma digitale" ove necessario e possibile saranno disaccoppiati al fine di garantire l'attivazione dei servizi minimi di telemedicina anche nelle Aziende Sanitarie in cui non saranno ancora stati implementati il nuovo sistema informativo ospedaliero (SIO) e i nuovi sistemi RIS/PACS regionali. In questa fase inoltre, per quanto riguarda la visualizzazione di dati e immagini si prevede che la piattaforma:

- acceda ai visualizzatori PACS delle Aziende tramite chiamata di contesto per quanto riguarda le immagini; oppure, dove previsto, tramite le modalità di condivisione immagini regionali;
- visualizzi i documenti attraverso l'attuale portale regionale di visualizzazione dei documenti clinici del FSEr.

Nel caso fosse necessario che la piattaforma di telemedicina regionale produca documenti che non possono essere generati da altri applicativi attivi disaccoppiati dalla piattaforma, sarà necessario che il fornitore che fornisce la piattaforma sviluppi l'integrazione con l'infrastruttura documentale regionale in tempi utili.

Si riporta di seguito il cronoprogramma previsto:

**Tabella 5 Attività e tempi di realizzazione previsti per le integrazioni tra la piattaforma di telemedicina e i servizi Regionali**

ID	Attività/Milestone	Scadenze previste (durata)	Output	Dipendenze
M1	<u>Milestone: Pubblicazione del bando di gara nazionale per la piattaforma di telemedicina indetto dalle regioni capofila</u>	M1 (ipotesi 30/06/2023)	Specifiche tecniche di integrazione nazionali	
A1	Verifiche di contrattualizzazione su accordi quadro per le integrazioni tra piattaforma regionale di "Booking Management System", "Billing management", "Viewer dati clinici e immagini" e "Refertazione e firma digitale", revisione delle specifiche tecniche regionali e condivisione con il fornitore	30/09/2023 (3 mesi)	Specifiche tecniche di integrazione regionali aggiornate	M1
A2	Sviluppo delle integrazioni "Booking Management System", "Billing management", "Viewer dati clinici e immagini" e "Refertazione e firma digitale"	30/11/2023 (2 mesi)	Rilascio in test delle funzionalità integrate	M1 e disponibilità dei fornitori regionali



M2	<u>Acquisizione device (Missione 6 Salute, componente 1.2.2)</u>	Target PNRR 31/12/2023	Disponibilità device per telemonitoraggio	
A3	Test delle integrazioni implementate "Booking Management System", "Billing management", "Viewer dati clinici e immagini" e "Refertazione e firma digitale"	31/01/2024 (2 mesi)	Report di test	Attività A2 e disponibilità dei fornitori regionali
A4	Test di integrazione dei device con la piattaforma di telemedicina	31/01/2024 (1 mese)	Report di test	M2
M3	<b>Aggiudicazione gara nazionale per la telemedicina indetta da regioni capofila</b>	<b>M3 (ipotesi 30/09/2023)</b>		<b>M1</b>
A5	Bando di gara per le integrazioni tra piattaforma di telemedicina e infrastruttura documentale regionale e sviluppo delle integrazioni della piattaforma regionale di telemedicina con l'infrastruttura documentale regionale	31/12/2023 (2 mesi)	Rilascio in test delle funzionalità integrate	M1 e disponibilità del fornitore
A6	Test delle integrazioni della piattaforma regionale di telemedicina con il modello architetturale FSEr	28/02/2024 (2 mesi)	Report di test	A5 e disponibilità del fornitore
A7	Avvio formazione utilizzo piattaforma telemedicina	31/03/2024 (1 mese)	Materiale formativo	A3, A4 e A 6
M4	<b>Messa in produzione della piattaforma telemedicina</b>	<b>31/03/2024 (1 mese)</b>	<b>Rilascio in produzione della piattaforma di telemedicina integrata con i servizi Regionali</b>	<b>A4, A6, A7</b>

**Legenda:** M=milestone; A=attività

Le curve di adozione sono state definite a partire da:

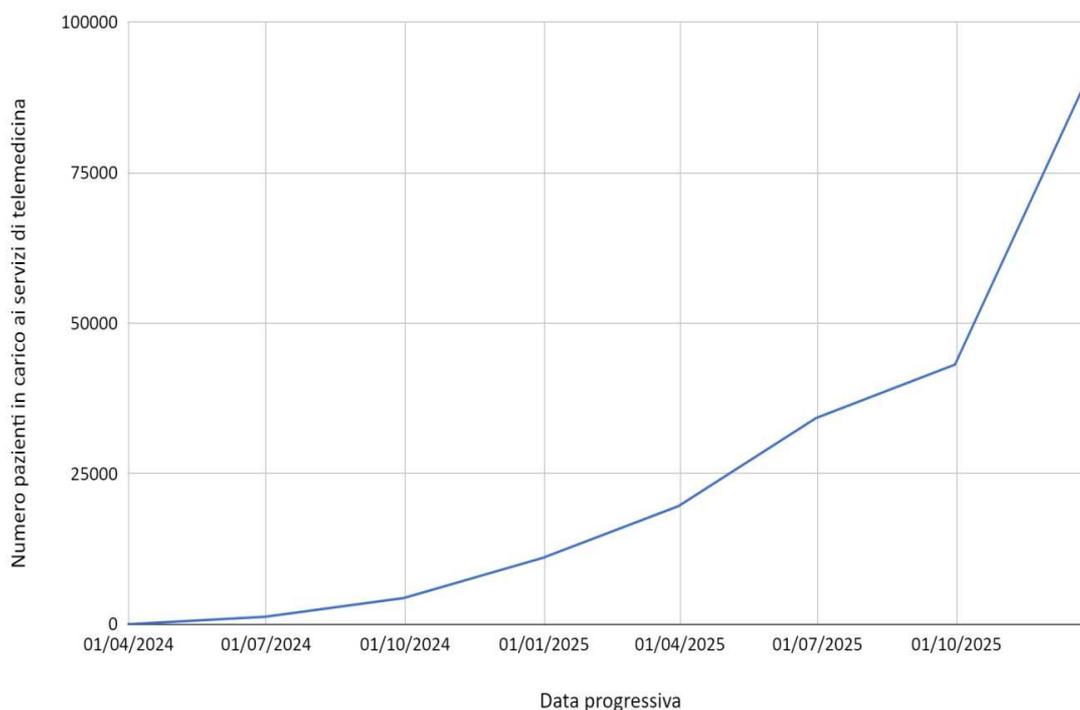
- numero di pazienti cronici per le patologie riportate nella Tabella 1.1, suddivisi per ciascuna Azienda ULSS;



- numero complessivo di pazienti assistibili tramite Telemonitoraggio come riportato nella tabella 1.3 (circa il 5% del totale della popolazione di pazienti cronici indicata in Tabella 1.1); tale numero rappresenta il target previsto nella definizione della curva di adozione, per quanto riguarda i pazienti presi in carico.
- numero di professionisti sanitari coinvolti per ciascuna Azienda ULSS, come da stima del fabbisogno contenuta nel Piano Operativo Regionale.

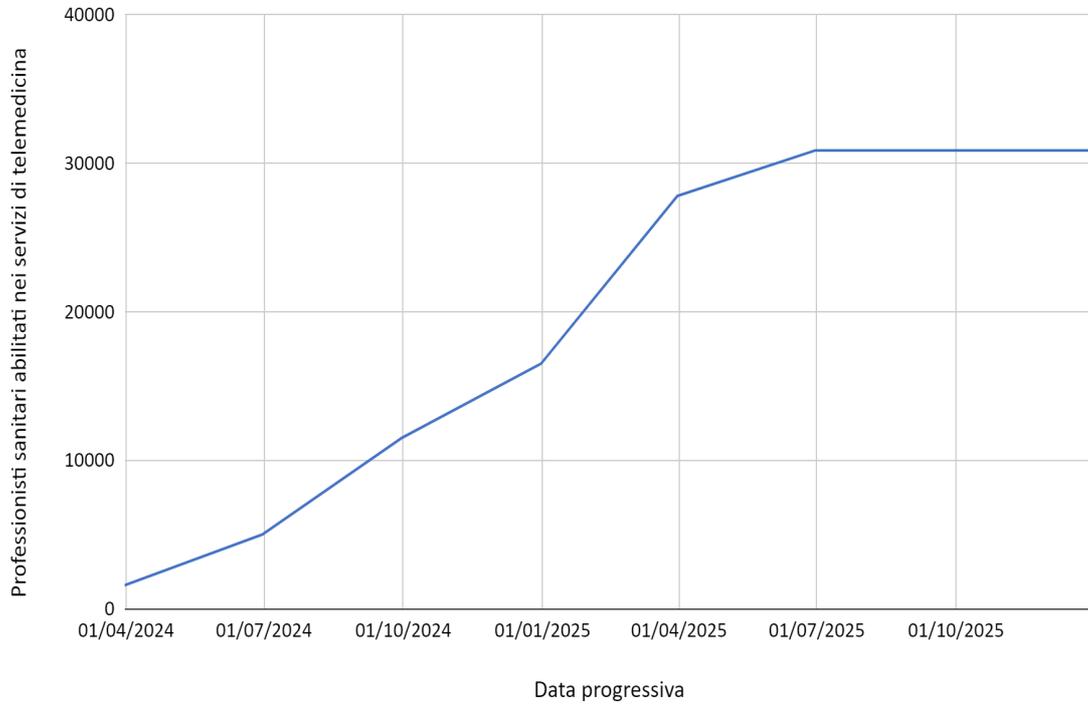
Per quanto riguarda la progressione temporale relativa all'adozione dei servizi minimi a livello regionale, si prevede che l'attivazione dei servizi proceda in base all'avvio del nuovo sistema operativo ospedaliero (SIO) e dei sistemi RIS/PACS nelle diverse Aziende ULSS.

E' previsto che ciascuna Azienda ULSS raggiunga il proprio target (circa il 5% dei pazienti cronici di ciascuna Azienda ULSS) nel periodo che intercorre dall'avvio di SIO e sistemi RIS/PACS alla fine dell'ultimo trimestre 2025, come riportato nel seguente grafico:



Per quanto riguarda il coinvolgimento dei professionisti sanitari (intesa come abilitazione di MAP, PLS, medici specialistici, altro personale sanitario e sociosanitario, personale tecnico e amministrativo all'utilizzo della piattaforma di telemedicina), è previsto che ciascuna Azienda ULSS abiliti tutti i professionisti sanitari fin dall'attivazione iniziale dei servizi, previa formazione per l'acquisizione delle competenze necessarie per l'utilizzo appropriato dei servizi (cfr. paragrafo 2.8), come riportato nel seguente grafico:





#### 4. MONITORAGGIO

Al fine di consentire che il processo di sviluppo e adozione della piattaforma di Telemedicina sia coordinato ed il più omogeneo possibile, il processo di implementazione, pianificato sulla base dei carichi di lavoro e delle specificità aziendali, sarà oggetto di puntuale monitoraggio. La Regione monitorerà lo stato di avanzamento sulla base di una pianificazione concordata con Azienda Zero e i soggetti coinvolti, raccogliendo periodicamente informazioni relative allo stato di implementazione della piattaforma in ciascuna Azienda ULSS.

Una volta implementati i servizi, Azienda Zero si occuperà di monitorare l'impiego effettivo di essi attraverso appositi strumenti di analisi atti a quantificare l'utilizzo dei servizi in modalità di telemedicina, anche attraverso gli strumenti messi a disposizione dalla piattaforma stessa. Qualora da tale monitoraggio dovessero emergere delle criticità, sarà cura di Azienda Zero riportarle tempestivamente all'amministrazione regionale che potrà quindi attivare azioni e piani di miglioramento.

#### 5. GLOSSARIO

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. 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. Può essere organizzata quale modulo funzionale della COT spoke, comunque in condivisione informativa con la COT hub operando in stretta integrazione.
Centrale Operativa Territoriale (COT)	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 dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza. Articolata su due livelli: - COT hub a valenza aziendale; - COT spoke a valenza distrettuale.
Centro erogatore	Ha compiti prettamente sanitari, eroga le prestazioni di Telemedicina. Può essere composto da strutture del SSN, autorizzate e accreditate, pubbliche o private, professionisti quali MAP/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.
Centro servizi regionale	Il Centro servizi, 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'infrastruttura regionale di telemedicina, 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.
Farmacia di comunità	Farmacie pubbliche e private convenzionate con SSN.
Medico del ruolo unico di assistenza primaria	Medici del ruolo unico di assistenza primaria che possono svolgere l'attività a ciclo di scelta che per attività oraria ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale del 28 aprile



(MAP)	2022.
Pediatra di Libera Scelta (PLS)	Pediatra di Libera Scelta.

## 6. RIFERIMENTI

- Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.
- Decreto 29 aprile 2022. Linee guida organizzative contenenti il “Modello digitale per l’attuazione dell’assistenza domiciliare”.
- Decreto 21 settembre 2022. Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina Requisiti funzionali e livelli di servizio.
- Decreto 30 settembre 2022. 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.
- Accordo Stato-Regioni sancito il 17 dicembre 2020 (Rep. Atti n. 215/CSR). Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina.
- Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016. Piano Nazionale della Cronicità.
- Intesa Stato-Regioni sancita il 20 febbraio 2014 (Rep. Atti n. 16/CSR). Telemedicina, linee d’indirizzo nazionali.
- DGR n. 568/2020. Attivazione di servizi di assistenza sanitaria erogabili a distanza: Telemedicina.
- Legge 27 dicembre 2013, n. 147: Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2014).
- Rapporto epidemiologico sulle malattie croniche in Veneto, dati anno 2019. UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri, Azienda Zero – Regione del Veneto. Dicembre 2020
- Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto Anno 2022 (dati 2020-2021) Regione del Veneto, a cura di Azienda Zero – UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri (SER)
- Decreto del Direttore Generale dell’Area Sanità e Sociale n. 43 del 3 maggio 2023. PNRR Missione 6 Componente 1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale – Investimento 1.2.3 Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici. Approvazione Piano operativo regionale – servizi di telemedicina (POR). DM 30 settembre 2022.
- "Indicazioni metodologiche per la perimetrazione delle proposte di PPP per la Piattaforma Nazionale di Telemedicina", pubblicate da Agenas in allegato all’avviso di PPP per la realizzazione dei servizi abilitanti della piattaforma nazionale di telemedicina in data 18 marzo 2022 (e aggiornate in data 4 maggio 2022).
- AGENAS (2022). Linee guida per la definizione del modello organizzativo della COT: infrastruttura tecnico-informatica, dimensione organizzativa e dimensione giuridico-amministrativa. In La Centrale Operativa Territoriale: dalla realizzazione all’attivazione. Quaderno di Monitor.
- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421".
- Decreto legislativo 3 ottobre 2009 “Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69. (09G0162)”.



- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 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”.
- Decreto Ministero della salute 16 dicembre 2010 “Disciplina dei limiti e delle condizioni delle prestazioni analitiche di prima istanza, rientranti nell'ambito dell'autocontrollo ai sensi dell'articolo 1, comma 2, lettera e) e per le indicazioni tecniche relative ai dispositivi strumentali ai sensi dell'articolo 1, comma 2, lettera d) del decreto legislativo n. 153 del 2009. (11A03051) (GU Serie Generale n.57 del 10-03-2011).
- Decreto Ministero della salute 16 dicembre 2010. “Erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali. (11A04974) (GU Serie Generale n.90 del 19-04-2011).

**COMPONENTI DEL GRUPPO DI LAVORO** del cantiere «COT e Telemedicina»  
(riferimenti Decreti del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 32/2023, 48/2023)

Nominativo	Ruolo	Ente
Roberto Da Dalt	Coordinatore - Direttore Sistemi Informativi	ULSS 2
Giovanna Scroccaro	Direttore Direzione Farmaceutica, Protesica e Dispositivi Medici	Regione Veneto
Marco Nardin	Direzione Programmazione Sanitaria	Regione Veneto
Chiara Vianello	HTA - Ingegneria Clinica	Azienda Zero
Achille Di Falco	Direttore dei Servizi Socio-Sanitari	ULSS 8
Vincenzo Barra	Coordinatore Centrale Operativa Territoriale	ULSS 2
Marco Gugelmetto	Direttore Dipartimento di Riabilitazione Ospedale-Territorio	ULSS 2
Paolo Patelli	Direttore Dipartimento di Prevenzione	ULSS 2
Fabio Piovanello	Sistemi Informativi	ULSS 6
Eleonora Grespan	Business Analyst	Consorzio Arsenal

Hanno inoltre collaborato alla stesura del documento: Claudio Pilerci, Direttore Direzione Programmazione Sanitaria – Monica Briani, Veronica Gasparini, Direzione Programmazione Sanitaria, UO Ospedaliera ambulatoriale e cure intermedie – Rita Mottola, Michela Cossu, Direzione Farmaceutico-Protesica-Dispositivi Medici – Luca Giobelli, Direttore UOC Sistemi Informativi, Azienda Zero, Giampietro Gridelli, UOC Sistemi Informativi, Azienda Zero – Elena Vio, Arsenal.it

