

**COMMISSARIO AD ACTA**

**per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario
Deliberazione del Consiglio dei ministri in data 03.08.2023**

DECRETO**N. 31****IN DATA 02-10-2023**

OGGETTO: PNRR MISSIONE 6, COMPONENTE 1, SUB INVESTIMENTO 1.2.3 "TELEMEDICINA PER UN MIGLIORE SUPPORTO AI PAZIENTI CRONICI". APPROVAZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO REGIONALE DEI SERVIZI DI TELEMEDICINA.

L'Istruttore/Responsabile d'Ufficio

RICCARDO TAMBURRO

Il Direttore del Servizio
SERVIZIO CONTROLLO DI GESTIONE E
FLUSSI INFORMATIVI

RICCARDO TAMBURRO

Il Direttore Generale per la Salute

DOTT.SSA LOLITA GALLO

IL COMMISSARIO AD ACTA AFFIANCATO**DAL SUB COMMISSARIO AD ACTA**

RICHIAMATA la delibera adottata in data 3 agosto 2023 dal Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie, con la quale:

- l'avv. Marco Bonamico è stato nominato quale Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR molisano, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni;
- il dott. Ulisse di Giacomo è stato nominato quale subcommissario unico per l'attuazione del Piano di rientro con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione del mandato commissariale sia con riferimento agli aspetti economico-patrimoniali, finanziari che assistenziali;

VISTA la legge regionale 23 marzo 2010, n. 10 e ss.mm. ii;

VISTO l'Accordo sul Piano di rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico della Regione Molise, stipulato ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e il Presidente della Regione Molise in data 27 marzo 2007, poi recepito con Delibera di Giunta Regionale del 30 marzo 2007, n. 362;

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

VISTO il Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021, che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza dell'Unione Europea;

VISTA la legge 30 dicembre 2020, n. 178 recante disposizioni sul Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023, G.U. n. 322 del 30 dicembre 2020 che, all'art.1 comma 1043, prevede l'istituzione del sistema informatico di registrazione e conservazione di supporto dalle attività di gestione, monitoraggio, rendicontazione e controllo delle componenti del PNRR;

VISTO il decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 29 luglio 2021, n. 108 s.m.i, recante l'individuazione della Governance del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e delle prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure;

VISTO il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) valutato positivamente con decisione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021 notificata all'Italia dal Segretariato generale del Consiglio con nota LT161/21, del 14 luglio 2021, che prevede alla Missione 6, Componente 1, l'Investimento 1.2.3 "*Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici*";

VISTO il decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze 6 agosto 2021, recante "*Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Riprese e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione*";

VISTO il decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, recante: «*Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e per*

l'efficienza della giustizia»;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministro delegato per l'Innovazione tecnologica e la Transizione digitale 21 settembre 2022 (G.U. - Serie Generale del 02 novembre 2022, n. 256) con il quale sono state approvate le Linee guida per i servizi di telemedicina – Requisiti funzionali e livelli di servizio, che definiscono i requisiti tecnici indispensabili a garantire omogeneità a livello nazionale ed efficienza nell'attuazione dei servizi di telemedicina;

RICHIAMATO inoltre il Decreto del Ministero della Salute del 30 settembre 2022 (G.U. – Serie Generale del 22 dicembre 2022, n.298) rubricato “*Procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l'adozione delle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina*” che prevede che:

- visto l'Accordo di collaborazione tra l'Agenas, il Ministero della salute e la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per la trasformazione digitale, sottoscritto il 31 dicembre 2021, avente ad oggetto la collaborazione tra le parti per la realizzazione tra gli altri del sub investimento 1.2.3 “Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici», all'interno della misura 1.2: “Casa come primo luogo di cura e telemedicina», nell'ambito del quale Agenas è stata individuata quale soggetto attuatore;
- al fine di raggiungere gli obiettivi previsti nell'ambito della Missione 6 Componente 1 del sub investimento 1.2.3 Telemedicina, considerato che la Regione Lombardia e la Regione Puglia sono state individuate quali regioni capofila con il compito specifico di provvedere, anche avvalendosi delle proprie centrali di committenza, alle procedure di acquisizione di soluzioni di telemedicina conformi alle Linee guida adottate in materia ai sensi del comma 15-undecies, lettera a) dell'art. 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, l'Agenas, in qualità di soggetto attuatore dell'investimento, stipula con le regioni capofila apposite convenzioni;
- l'Agenas acquisisce il Piano operativo e il fabbisogno di ciascuna regione e provincia autonoma per i servizi minimi di telemedicina, avvalendosi dell'apposito portale web messo a disposizione dalla stessa. Nel Piano operativo, ciascuna regione e provincia autonoma indica il proprio fabbisogno totale per i servizi di telemedicina previsti per l'infrastruttura regionale di telemedicina come definita nelle Linee guida adottate in materia ai sensi del comma 15-undecies, lettera a) dell'art. 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221 e il rispetto di Milestone e Target nonché il cronoprogramma dello specifico sub-investimento;

CONSIDERATO che la Regione Molise ha proceduto a redigere il proprio Piano operativo ed il relativo fabbisogno per i servizi minimi di e a trasmettere detto Piano all'Agenas con la nota prot. n. 40068/2023 del 4 marzo 2023, così come previsto dal già citato Decreto del Ministero della Salute del 30 settembre 2022;

RICHIAMATA la nota dell'Agenas avente protocollo n.3063 del 23 marzo 2023 (prot. regionale n. 52795 del 24 marzo 2023) con cui la stessa Agenzia comunicava che la Commissione tecnica di valutazione (art. 2 del DM 30 settembre 2022) ha validato il Piano Operativo per la telemedicina della Regione Molise, valutandolo congruo;

RICHIAMATI:

- il DCA n. 25 del 26 maggio 2022 recante “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute. Programma operativo regionale e Action plan – approvazione”;
- il DCA n. 9 del 28 aprile 2023 recante “Piano Operativo regionale per la Telemedicina – PNRR M6 C1 1.2.3 “Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici” con il quale:
 - è stato approvato il Piano Operativo per la Telemedicina;
 - sono stati individuati quali Soggetti beneficiari del sub-investimento 1.2.3 “Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici”, oltre alla Regione Molise e rispetto ai diversi ambiti di attività, anche l'A.S.Re.M. (governance clinico-assistenziale) e la Molise Dati S.p.a. (governance tecnica).
 - è stato stabilito che gli investimenti in capo ad A.S.Re.M. previsti all'interno del Programma operativo regionale e Action plan PNRR di cui al DCA n. 25/2022, principalmente relativi alla voce device, siano funzionalmente interrelati allo sviluppo del sub-investimento 1.2.3 “Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici”

- la realizzazione delle attività previste dal Piano e la governance strategica complessiva è delegata alla Direzione Generale per la Salute della Regione Molise.

TENUTO CONTO che la Molise Dati SpA e A.S.Re.M., in un'ottica di sinergia e di integrazione, hanno predisposto il Modello organizzativo regionale dei servizi di Telemedicina, All 1) al presente provvedimento, trasmesso dalla Molise Dati SpA con nota prot. reg. 150078 del 29 settembre 2023, che descrive i servizi di telemedicina, il modello organizzativo regionale, con analisi del contesto e delle condizioni di salute a carico di malattia, la popolazione di riferimento, gli attori e le strutture coinvolte, le modalità di erogazione dei servizi, le procedure clinico-assistenziali, la formazione e il monitoraggio;

RITENUTO, pertanto, di approvare il Modello Organizzativo regionale per i servizi di telemedicina predisposto da Molise Dati SpA e A.S.Re.M.;

DATO ATTO che l'oggetto del presente decreto rientra nell'ambito del mandato commissariale rispondendo all'obiettivo di cui al punto *"i. adozione delle iniziative volte a garantire la puntuale ed appropriata erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico finanziario del Servizio sanitario regionale"* della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 3 agosto 2023;

su conforme proposta del Direttore del competente Servizio, previa istruttoria del funzionario incaricato, col parere favorevole del Direttore Generale della Salute e d'intesa con il subcommissario ad acta, come risultante dalle sottoscrizioni apposte sul frontespizio del presente provvedimento

DECRETA

Articolo 1

1. La Regione Molise approva il Modello organizzativo regionale dei servizi di Telemedicina, allegato 1), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Articolo 2

1. È demandata alla Direzione Generale per la Salute della Regione Molise e all'A.S.Re.M l'adozione degli atti consequenziali al presente provvedimento, necessari a dare attuazione al Modello organizzativo regionale dei servizi di Telemedicina.

Articolo 3

1. È demandata alla Direzione Generale per la Salute della Regione Molise la costituzione di un Gruppo di lavoro regionale relativo all'implementazione dei servizi di Telemedicina.

Articolo 4

1. Il presente provvedimento sarà trasmesso al Ministero della Salute, al Ministero dell'Economia e delle Finanze, all'Unità di Missione del PNRR Missione 6 Salute, al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise e alla Molise Dati SpA nonché pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Molise.

**IL SUBCOMMISSARIO AD ACTA
ULISSE DI GIACOMO**

**IL COMMISSARIO AD ACTA
MARCO BONAMICO**

Documento informatico sottoscritto con firma digitale ai sensi dell'Art.24 del D.Lgs. 07/03/2005, 82

REGIONE MOLISE
MODELLO ORGANIZZATIVO REGIONALE
DEI SERVIZI DI TELEMEDICINA



Indice

1.	I SERVIZI DITELEMEDICINA.....	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	6
2.1	Analisi del contesto - condizioni di salute e carico di malattia.....	7
2.2	Popolazione di riferimento.....	19
2.3	Attori coinvolti.....	19
2.4	Strutture coinvolte.....	24
2.5	Modalità di erogazione dei servizi.....	24
2.6	Procedure clinico-assistenziali.....	33
2.7	Formazione.....	34
3.	CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ.....	36
4.	MONITORAGGIO.....	37

1. I SERVIZI DI TELEMEDICINA

1.1 Introduzione

La Regione Molise, recependo le indicazioni nazionali relative alla **Telemedicina**, 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 individuate 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.

A tale fine la Regione Molise ha approvato con DCA n.11/2022 le Linee d'indirizzo regionali che individuano standard qualitativi, tecnologici e organizzativi, uniformi a livello regionale e che identificano la Telemedicina quale strumento per la domiciliarità delle cure, eleggendo la casa come luogo privilegiato di assistenza sfruttando la domotica, la digitalizzazione delle informazioni e il coordinamento degli interventi per consentire al paziente di scegliere il canale più adatto e più utile.

Ciò in coerenza con le previsioni del Piano Sanitario Regionale 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 di Assistenza Primaria (MAP) e specialisti dell'Azienda Sanitaria Regionale, la telerefertazione 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 Molise 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" è invece prevista la loro integrazione con i relativi sistemi

regionali.

La piattaforma di telemedicina 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 si dovrà integrare con l'infrastruttura documentale regionale secondo le modalità di pubblicazione, consultazione e autenticazione previste dal modello architettonico del **"Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)"** approvato dal Dipartimento di Trasformazione Digitale. 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, dal punto di vista tecnico-logistico, la Regione Molise intende implementare i servizi di telemedicina su tutto il territorio regionale, privilegiando le zone più svantaggiate (difficili da raggiungere).

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 Case della Comunità e con i servizi infermieristici delle Cure Domiciliari, dove nell'ambito dell'articolazione del Distretto, e probabilmente nelle funzioni assegnate alle COT, 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 società in-house della Regione Molise – Molise Dati S.p.A. - 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. Per quanto concerne l'implementazione tecnico-operativa e tecnologica, coerente con la normativa nazionale sull'assistenza sanitaria a distanza, la Molise Dati 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 **congiuntamente con l'Azienda Sanitaria Regionale (di seguito ASReM) a cui è affidata la governance clinico-sanitaria della Telemedicina. Il coordinamento dell'intervento per ASReM è affidato alla SSD Sistema Informatico (ICT) che si occuperà di interfacciarsi con le strutture interne aziendali per le esigenze che ne deriveranno.**

La Regione Molise monitorerà lo stato di avanzamento sulla base di una pianificazione concordata con Molise Dati e ASReM, raccogliendo periodicamente informazioni relative allo stato di implementazione della piattaforma. Una volta implementati i servizi, la Molise Dati 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 della Molise Dati 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 dalla Molise Dati, 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 dalla ASReM che possa 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.

Caratteristiche orografiche del territorio (Aree interne, Comuni distanti dai luoghi di offerta di servizi di base)

Il Molise per dimensioni e valore aggiunto prodotto è una delle regioni nelle posizioni più basse della graduatoria regionale per PIL pro capite. Il Molise è costituito per il 55% del suo territorio da montagna e per il 44% da collina: 123 dei suoi 136 comuni sono situati in zone montuose. La regione è tradizionalmente divisa in una zona costiera-collinare e in un'area montuosa interna. Il Basso Molise è costituito dalla sezione collinare della regione che scende gradualmente verso l'Adriatico dalla direttrice dei monti Frentani monti della Daunia e che è caratterizzata dalla presenza di importanti città storiche e insediamenti fondati da minoranze etniche eredi di antiche migrazioni d'oltre Adriatico. I centri abitati dell'Alto Molise possiedono, invece, prevalentemente il carattere di borgo medievale esposti spesso a sud-est: sorgono su altopiani, sproni calcarei, con

case addossate le une alle altre raggruppate intorno al castello o al palazzo o alla chiesa principale.

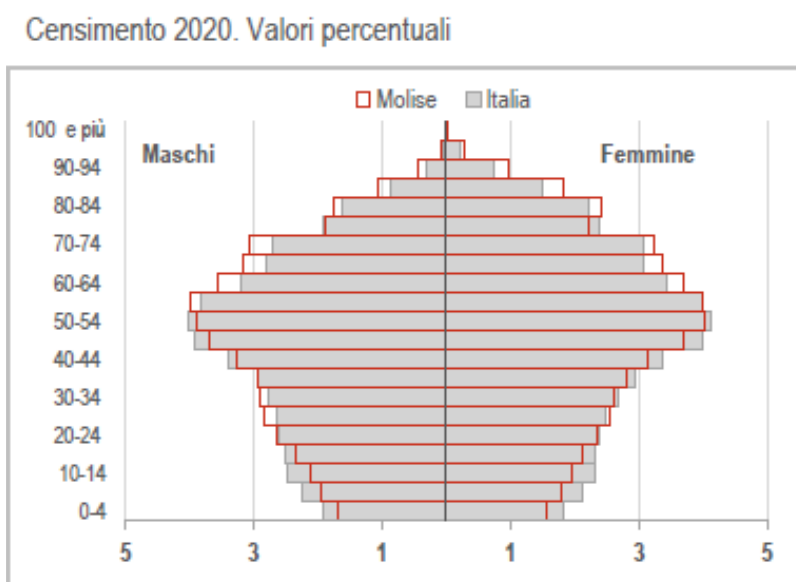
Aspetti Socio-Demografici

La Regione Molise si caratterizza per un progressivo spopolamento accompagnato da un invecchiamento della popolazione residente riconducibile sia al calo demografico sia alla migrazione delle fasce più giovani della popolazione. Nelle aree interne sono maggiormente presenti comuni dove il processo di decrescita è ormai sistematico, mentre sulla costa si assiste ad una crescita sistematica della popolazione nell'ultimo ventennio.

La popolazione residente, nelle sue diverse componenti, costituisce uno dei principali dati a supporto delle politiche di gestione del territorio. La struttura per età condiziona le diverse tipologie di servizi da offrire alla cittadinanza, dai nidi per l'infanzia alle scuole, dal sistema di protezione sociale ai vari livelli di assistenza per gli anziani.

Alla decrescita della popolazione residente si accompagna un persistente processo di invecchiamento della popolazione più consistente di quanto sta già avvenendo a livello nazionale.

Figura: Piramide dell'età della popolazione residente in Molise in Italia



Fonte: Censimento permanente della popolazione in Molise, Anno 2020. <https://www.istat.it/it/archivio/267907>, 2022.

Una lettura più granulare del fenomeno è riportata nelle tabelle seguenti che indicano i dati sia a livello regionale che provinciale, fornendo anche un confronto con il dato nazionale.

Tabella: I principali indicatori demografici della popolazione della Regione Molise nel 2020

	ETÀ MEDIA	INDICE DI VECCHIAIA	INDICE DI DIPENDENZA	INDICE DI STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE ATTIVA
MOLISE	47,1	233,1	58,6	141,3
CAMPOBASSO	47,0	231,6	58,3	141,6
ISERNIA	47,3	237,0	59,5	140,4
ITALIA	45,4	182,6	57,3	141,9

Fonte: ISTAT

Tabella: Mortalità e speranza di vita a livello regionale e provinciale della Regione Molise

ANNO 2020	TASSO DI MORTALITÀ (PER MILLE ABITANTI)	SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA	SPERANZA DI VITA A 65 ANNI	SPERANZA DI VITA A 85 ANNI	ETÀ MEDIA AL DECESSO	PROBABILITÀ DI MORTE A 0 ANNI (PER MILLE)
MOLISE	13.6	82.2	20.6	6.5	82.1	1.7
- CAMPOBASSO	13.2	82.4	20.6	6.6	82.0	1.6
- ISERNIA	14.6	81.8	20.4	6.4	82.5	3.2
ITALIA	12.5	82.1	20.0	6.2	81.6	2.6

Fonte: ISTAT

Questi andamenti sono confermati per il prossimo triennio: in particolare, riportando i valori mediani stimati da ISTAT si prevede un rallentamento del processo di decrescita della popolazione, seppure sempre persistente, e la crescita dell'1% della popolazione al di sopra dei 65 anni.

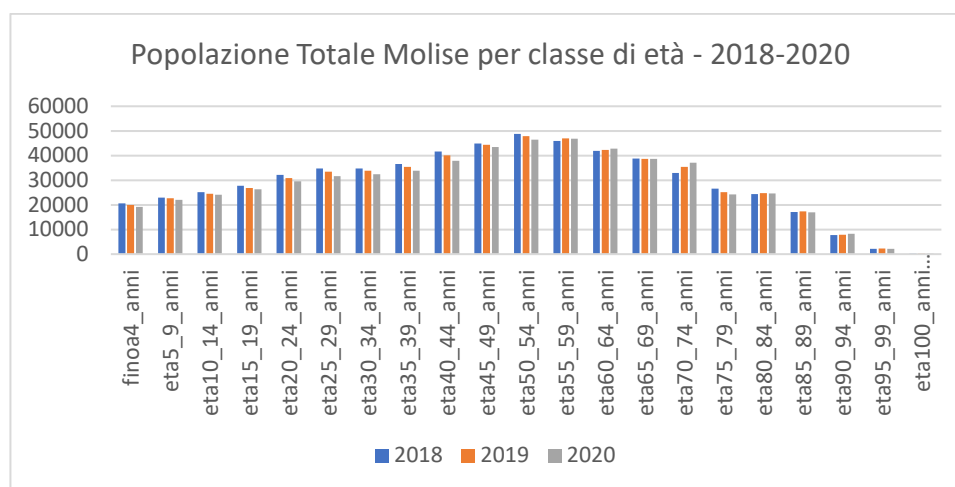
Tabella: Previsioni per i principali indicatori della popolazione nella Regione Molise nel triennio 2022 – 2025

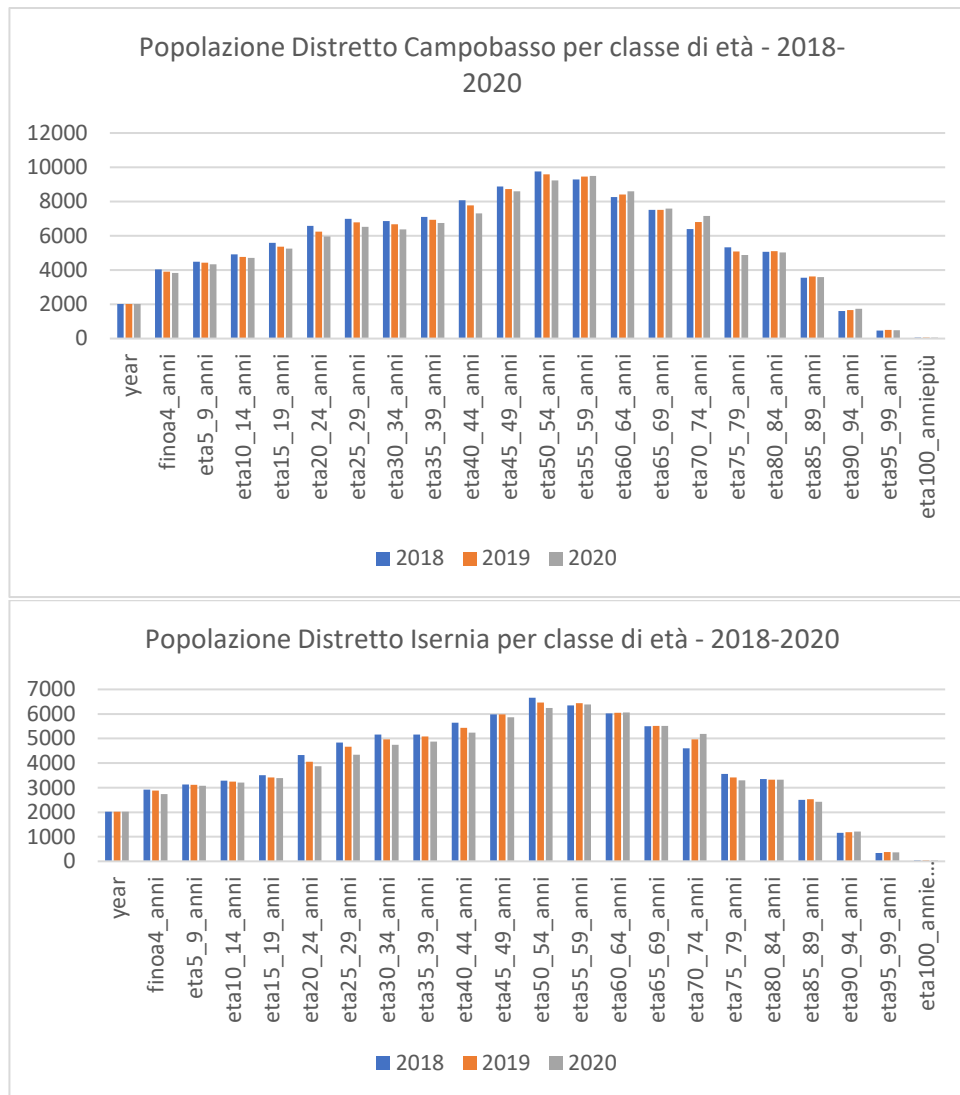
	Anno	Pop residente	Tasso di mortalità (per 1.000 ab.)	Speranza di vita alla nascita (mediana)		Speranza di vita a 65 anni (mediana)		Età media pop.	Tasso di crescita pop.	Quota pop. 0-14 anni (%)	Quota pop. ≥ 65 anni (%)	Quota pop. ≥ 85 anni (%)	
				maschi	femmine	maschi	femmine						
Molise	2022	293.506	14,4	79,0	84,6	18,3	22,0	47,7	-	9,3	10,8	26,0	4,7%
	2023	290.798	14,2	79,3	84,8	18,5	22,2	47,9	-	8,8	10,7	26,3	4,7%
	2024	288.256	14,0	79,6	85,1	18,7	22,4	48,2	-	8,4	10,5	26,7	4,7%
	2025	285.856	13,7	79,9	85,3	18,9	22,6	48,4	-	8,0	10,4	27,2	4,8%
Campobasso	2022		14,3					47,6	-	9,4	10,8	25,8	
	2023		14,0					47,9	-	8,9	10,6	26,2	
	2024		13,8					48,1	-	8,5	10,4	26,5	
	2025		13,7					48,4	-	8,4	10,3	27,0	
Isernia	2022		14,9					47,9	-	9,0	10,9	26,4	
	2023		14,5					48,1	-	8,4	10,8	26,8	
	2024		14,2					48,3	-	7,9	10,7	27,1	
	2025		13,9					48,5	-	7,4	10,6	27,6	

Fonte: ISTAT, Popolazione e famiglie, indicatori demografici in prospettiva

Si consideri, infine, la composizione della popolazione per fasce di età quinquennali nei tre distretti sanitari regionali di Campobasso, Termoli e Isernia.

Figura: Distribuzione della popolazione residente in Molise nel triennio 2018 – 2020 distribuita per distretto sanitario e per fascia di età





Fonte: Istat

Da questi istogrammi emerge che, nel triennio considerato, la fascia di età in cui si è registrato in tutti tre distretti un incremento è quella compresa tra i 70 e i 74 anni, mentre le diminuzioni più consistenti si rilevano nelle fasce di età tra i 20 e i 54 anni.

Tabella: Indici vari per distretto – Molise 2018-2020 (elaborazione dati Istat)

ANNO	DISTRETTO	INDICE DI VECCHIAIA (>=65/0-14)	INDICE DI DIPENDENZA 14 ANNI >=64)/15-64 ANNI)	INDICE DI DIPENDENZA (0- + ANZIANI (>=65/15-64)	INDICE DI STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE ATTIVA (40-64 ANNI/15-39 ANNI)
2018	Campobasso	223,3	56,1	38,8	133,7
2019		231,3	57,2	39,9	137,4
2020		237,1	58,6	41,2	140,1
2018	Isernia	225,5	56,6	39,2	133,4
2019		231,3	58,3	40,7	136,9
2020		237,0	59,5	41,9	140,4

2018	Termoli	205,5	55,7	37,5	136,1
2019		215,6	56,6	38,7	140,1
2020		225,0	57,9	40,1	143,6
2018	Molise	217,9	56,1	38,5	134,4
2019		226,0	57,3	39,7	138,1
2020		233,1	58,6	41,0	141,3

Fonte: ISTAT

La situazione epidemiologica della popolazione assistita della Regione Molise in base ai dati amministrativi

Una prima indicazione delle patologie maggiormente presenti tra i residenti della Regione Molise può essere fornita dai dati SDO per i ricoveri sia avvenuti in Molise sia fuori regione, distribuiti per settore nosologico.

Tabella: Malattie Croniche per Settore Nosologico in base al flusso ministeriale SDO 2019

N. Pazienti		Totale pazienti		Di cui in mobilità passiva		
		32.162		6.246		
Settore Nosologico		N. pazienti	% rispetto al tot pz	N. pazienti	% su pz in mobilità	% pz in mobilità sul tot
1	Malattie infettive e parassitarie	221	0,69%	60	0,96%	27,15%
2	Tumori	3376	10,50%	1190	19,05%	35,25%
3	Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione, del metabolismo, e disturbi immunitari	5983	18,60%	1146	18,35%	19,15%
4	Malattie del sangue e degli organi emopoietici	1257	3,91%	212	3,39%	16,87%
5	Disturbi psichici	1640	5,10%	360	5,76%	21,95%
6	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	2442	7,59%	766	12,26%	31,37%
7	Malattie del sistema circolatorio	10625	33,04%	1750	28,02%	16,47%
8	Malattie dell'apparato respiratorio	2600	8,08%	437	7,00%	16,81%
9	Malattie dell'apparato digerente	1714	5,33%	429	6,87%	25,03%
10	Malattie dell'apparato genitourinario	3225	10,03%	766	12,26%	23,75%
11	Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	106	0,33%	29	0,46%	27,36%
12	Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	474	1,47%	125	2,00%	26,37%
13	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	2831	8,80%	1396	22,35%	49,31%
14	Malformazioni congenite	865	2,69%	441	7,06%	50,98%
15	Alcune condizioni morbose di origine perinatale	2	0,01%			
16	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	172	0,53%	35	0,56%	20,35%
17	Traumatismi e avvelenamenti	64	0,20%	29	0,46%	45,31%
18	Class supp	2864	8,90%	757	12,12%	26,43%

* con almeno una malattia cronica nella categoria nosologica

Attualmente il quadro epidemiologico della popolazione, a partire dalle esenzioni, si caratterizza per una consistente presenza di patologie cardiocircolatorie, oltre alle neoplasie maligne e al diabete. Emerge un primo quadro coerente con i dati nazionali dove le aree prevalenti risultano essere i tumori e le patologie cardiocircolatorie.

Figura: Distribuzione delle esenzioni più frequenti tra gli assistiti della Regione Molise (2018-2020)

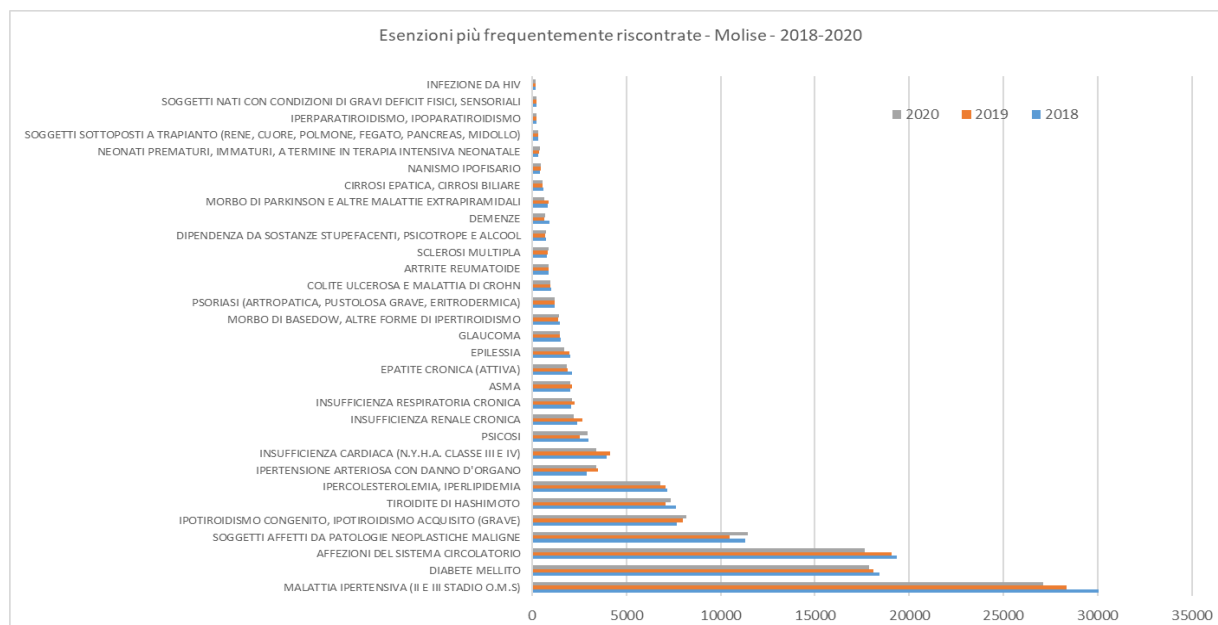
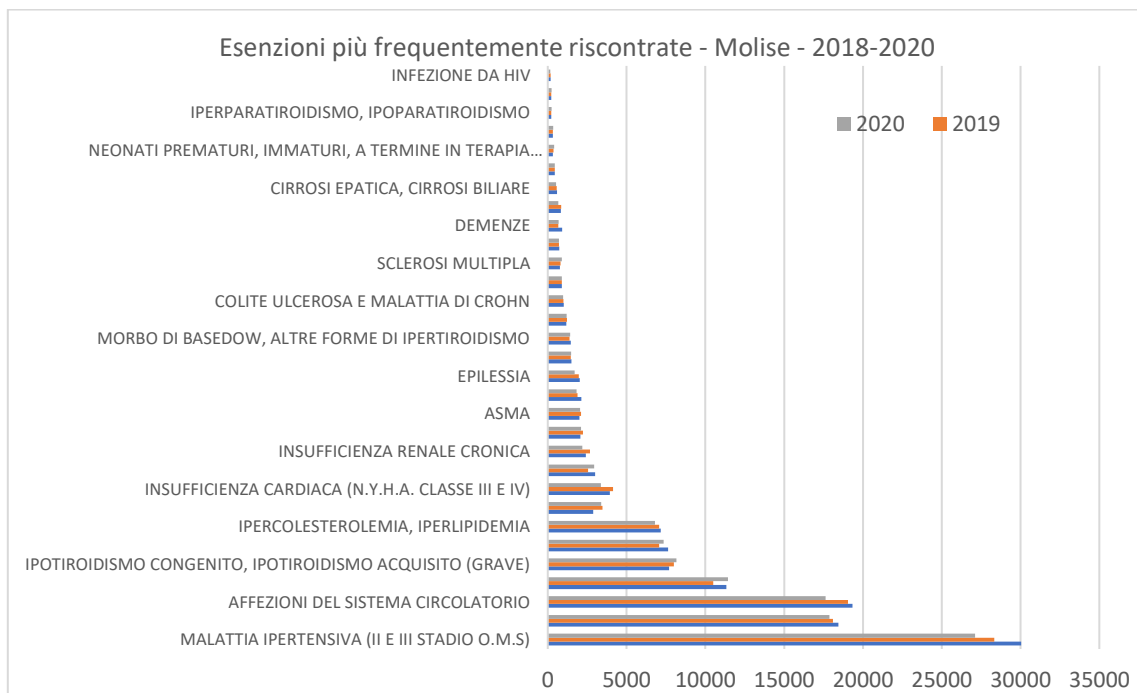


Figura: Esenzioni più frequentemente identificate nei file delle esenzioni e nei flussi dei farmaci (diretti e convenzionati), ADI, e nelle diagnosi ricavate dalle SDO, PS, SISM e Cure termali.



Il contesto demografico

La Regione Molise ha una popolazione (ISTAT 1/1/2021) di 294.294 abitanti, pari allo 0.5% della popolazione italiana, suddivisa per l'assistenza sanitaria in 3 Distretti Sanitari, per complessivi 136 comuni.

Popolazione totale ASReM						
Distretti Sanitari	Maschi	Femmine	Totale	% della Regione	% Maschi	% Femmine
Campobasso	57.396	60.050	117.446	40%	20%	20%
Termoli	47.152	48.281	95.433	32%	16%	16%
Isernia	40.316	41.099	81.415	28%	14%	14%
Totale ASReM	144.864	149.430	294.294		49%	51%

Le tabelle seguenti mostrano la distribuzione della popolazione per Distretto, sesso e fascia di età; la lieve prevalenza del sesso femminile (50,7%) è spiegabile dalla mortalità più elevata e più precoce negli uomini.

Popolazione totale ASReM per fasce di età							
Distretti	0 – 14 anni		15 – 64 anni		65 + anni		Totale
Sanitari	N.	%	N.	%	N.	%	N.
Campobasso	12.871	11%	74.061	63%	30.514	26%	117.446
Termoli	10.773	11%	60.421	63%	24.239	25%	95.433
Isernia	9.017	11%	51.031	63%	21.367	26%	81.415
Totale ASReM	32.661	11%	185.513	63%	76.120	26%	294.294

Popolazione maschile ASReM per fasce di età							
Distretti	0 – 14 anni		15 – 64 anni		65 + anni		Totale
Sanitari	N.	%	N.	%	N.	%	N.
Campobasso	6.649	12%	37.444	65%	13.303	23%	57.396
Termoli	5.623	12%	30.714	65%	10.815	23%	47.152
Isernia	4.667	12%	26.064	65%	9.585	24%	40.316
Totale ASReM	16.939	12%	94.222	65%	33.703	23%	144.864

Popolazione femminile ASReM per fasce di età							
Distretti	0 – 14 anni		15 – 64 anni		65 + anni		Totale
Sanitari	N.	%	N.	%	N.	%	N.
Campobasso	6.222	10%	36.617	61%	17.211	29%	60.050
Termoli	5.150	11%	29.707	62%	13.424	28%	48.281
Isernia	4.350	11%	24.967	61%	11.782	29%	41.099
Totale ASReM	15.722	11%	91.291	61%	42.417	28%	149.430

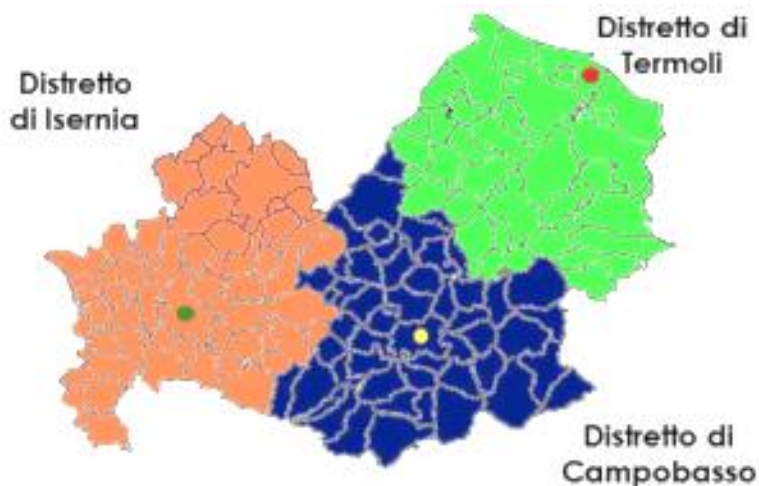
La popolazione molisana è stata interessata, negli ultimi decenni, da un costante e progressivo fenomeno di invecchiamento che ha portato la regione ai primi posti a livello nazionale nell'ambito di una popolazione italiana globale caratterizzata, già di per sé, da una percentuale di "over 64" più alta di tutti gli altri paesi dell'Unione Europea.

I dati che descrivono la struttura per età della popolazione hanno forti analogie con il dato nazionale, seppure con una tendenza ad un maggiore invecchiamento. La maggiore incidenza percentuale di anziani over 64 del Molise, rispetto ai dati nazionali (28 vs 22.8), individua una particolare condizione della popolazione anziana molisana che tende verso una maggiore dipendenza dalla rete familiare allargata e sociale. Analizzando i dati separatamente per i tre ambiti, nel dato puntuale del 2021, i valori più alti si osservano nella zona di Isernia, mentre Termoli e Campobasso presentano valori più contenuti e sovrapponibili.

Con riferimento al contesto regionale, l'ASReM attualmente garantisce l'assistenza territoriale tramite tre distretti sanitari (Campobasso, Isernia e Termoli), con tutti i servizi ad essi correlati

(assistenza sociosanitaria, riabilitativa, specialistica ambulatoriale, assistenza primaria, consultori), il Dipartimento di Salute Mentale integrato con i servizi per il contrasto alle dipendenze patologiche ed il Dipartimento di prevenzione.

Figura: Collocazione dei 3 distretti della Regione Molise



Il distretto di Termoli che ha un bacino di utenza di 101.796 abitanti dispone delle seguenti strutture:

- Casa della Salute di Montenero di Bisaccia
- Casa della Salute di Santa Croce di Magliano
- Casa della Salute di Castelmauro
- Casa della Salute di Larino
- UDI e Ospedale di Comunità di Larino
- Hospice "Madre Teresa di Calcutta"
- Casa della Salute di Termoli (in fase di riconoscimento)

Il distretto di Isernia, con un bacino di utenza di 86.828 abitanti dispone delle seguenti strutture:

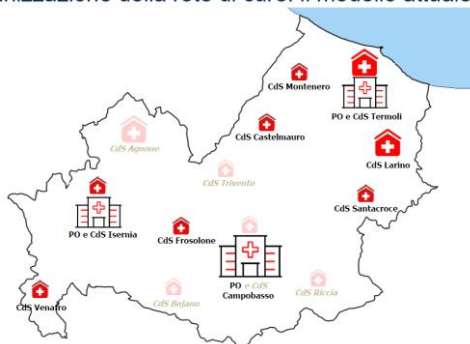
- Casa della Salute di Frosolone
- Casa della Salute di Venafro
- UDI e Ospedale di Comunità di Venafro
- Casa della Salute di Isernia (non ancora riconosciuta)

Il distretto di Campobasso, con un bacino di utenza di 124.724 abitanti, dispone delle seguenti strutture:

- 2 Poliambulatori a Campobasso
- Poliambulatorio di Riccia
- Poliambulatorio di Trivento
- Poliambulatorio di Bojano
- Poliambulatorio di S.Elia a Pianisi

È attivo, inoltre, un Servizio ADI che copre l'intero territorio regionale

Organizzazione della rete di cure: il modello attuale



L'assistenza territoriale molisana è caratterizzata da un buon grado di sviluppo delle cure domiciliari, mentre risulta ancora insufficiente in altri importanti setting assistenziali come, ad esempio, l'assistenza residenziale e semiresidenziale per persone non autosufficienti; necessita inoltre migliorare i processi di presa in carico, in quanto molti percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) non sono ancora concretamente operativi sul territorio. La disponibilità di un'infrastruttura telematica stabile e veloce costituisce uno degli elementi cruciali su cui si basa la transizione al digitale. Non tutte le famiglie però sono ugualmente pronte a questo passaggio ed esiste ancora un numero rilevante di famiglie che non dispone di accesso a Internet da casa: in Molise sono il 31,0 per cento contro il 23,9 per cento in Italia.

Situazione socioeconomica della popolazione

Con riferimento alle dinamiche economiche, un primo aspetto da esaminare con attenzione, sia a livello centrale che locale, è quello relativo alle condizioni delle famiglie. Se gli indicatori di povertà identificano le casistiche più gravi, ulteriori dati statistici disponibili, come la fonte principale dei redditi familiari e il numero dei componenti occupato, consentono di mappare in maniera più ampia eventuali situazioni di potenziale fragilità economica. In Molise gli indicatori di povertà sono più alti rispetto a quelli nazionali. L'incidenza della povertà relativa familiare arriva al 17,5 per cento a fronte di un dato nazionale pari all'11,8 per cento; l'incidenza della povertà relativa individuale è il 18,0 per cento contro un dato nazionale che si ferma al 15,0 per cento. Ulteriori differenze rispetto alla media nazionale si riscontrano anche nella fonte principale di reddito delle famiglie. In Molise, tanto il lavoro dipendente quanto quello autonomo registrano incidenze inferiori al dato Italia. Di contro, si rileva una significativa differenza in ordine alla percentuale di famiglie per le quali la fonte principale di reddito è rappresentata da pensioni e trasferimenti pubblici (45,1 per cento a fronte di una media nazionale del 38,7 per cento). Analizzando le famiglie con almeno un componente da 15 a 64 anni emergono limitate differenze tra i dati registrati in Molise e i valori nazionali; in particolare, risulta più elevata la quota regionale di famiglie senza occupati (20,6 per cento contro 18,4).

Organizzazione del servizio sanitario molisano

Nel 2018 il finanziamento effettivo della spesa sanitaria della regione Molise ha raggiunto 618 milioni di euro pari allo 0,5 per cento del totale dei trasferimenti nazionali spettanti alle Regioni. Nel 2018 i posti letto ordinari in strutture pubbliche o private accreditate per le specialità Malattie infettive e tropicali, Pneumologia e Terapia intensiva, in Molise sono 48, lo 0,4 per cento dei posti

totali disponibili in Italia con le stesse caratteristiche. In linea con le politiche di contenimento della spesa sanitaria, orientate al raggiungimento di maggiori livelli di efficienza organizzativa territoriale attraverso l'aumento dell'appropriatezza dell'assistenza, il numero dei posti letto si è ridotto rispetto al 2010 di 9 unità.

In Molise i presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari attivi nel 2016 sono 72, pari allo 0,6 per cento del dato nazionale. L'offerta regionale, misurata rispetto alla popolazione residente, è di poco superiore a quella nazionale con 2,3 presidi ogni 10 mila abitanti; è inferiore invece la disponibilità di posti letto, pari a 60,5 ogni 10 mila residenti (68,2 la media Italia). La regione offre in totale 1.878 posti letto che rappresentano lo 0,5 per cento di quelli disponibili in Italia. All'interno di questo aggregato, una quota rilevante, oltre il 78 per cento, è destinata alle persone con 65 anni e più, pari a 197,5 posti letto per anziani ogni 10 mila residenti della stessa fascia d'età, un valore inferiore a quello nazionale.

Considerazioni e vantaggi nella realizzazione del sistema

La Regione Molise ha l'obiettivo di garantire e potenziare il Servizio Sanitario per assicurare l'assistenza e la continuità delle cure, attraverso una governance integrata e consapevole di tutte le risorse disponibili derivanti da risorse proprie, fondi europei e risorse del PNRR (Misura M6C1- Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina). La Regione Molise intende, quindi, configurare processi di trasformazione e innovazione attraverso l'introduzione di strumenti digitali (o in ogni caso ulteriori a quelli tradizionali nell'erogazione delle cure), attraverso una Piattaforma Unica che consenta la portabilità dei dati sanitari e certificando soluzioni tecnologiche e utili a governare l'interoperabilità e la scalabilità a livello centrale con tutti i flussi regionali. La Regione interpreta le prestazioni in Telemedicina non in sostituzione della prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto personale medico-paziente, ma in forma integrata al fine di migliorare efficacia, efficienza e appropriatezza del Servizio Sanitario Regionale. Non è sufficiente dematerializzare i percorsi esistenti ma occorre cogliere questa opportunità di riprogettazione per ridisegnare i servizi attraverso la telemedicina. L'ASReM ha come scopo principale quello di garantire la tutela della salute dei cittadini, con particolare attenzione alla centralità del cittadino e all'umanizzazione dei percorsi assistenziali del Sistema Sanitario pubblico regionale. La Regione Molise è suddivisa in 3 macro Distretti Socio Sanitari corrispondenti alle tre macroaree in cui è suddivisa geograficamente la regione: Campobasso, Termoli, Isernia. Le strutture ed i servizi distrettuali operano garantendo il raccordo funzionale delle diverse attività con modalità in collegamento funzionale ed in collaborazione con i Servizi per la tutela della Salute mentale e riabilitazione infantile e dell'età evolutiva. Ad ognuno dei 3 Distretti (Campobasso, Isernia e Termoli) competono l'analisi del bisogno di salute e la promozione di corretti stili di vita della popolazione, l'erogazione delle prestazioni di diagnosi e cura, ed il soddisfacimento di tutti gli adempimenti burocratici ed amministrativi legati alla erogazione dei servizi sanitari territoriali. L'obiettivo è di realizzare un unico sistema informativo sanitario che vada verso una visione logica d'insieme. Il nuovo modello distrettuale aziendale è strutturato sul modello della presa in carico, che prevede un rapporto continuo tra Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Specialisti Ambulatoriali che presidiano sia la funzione di accoglienza e prima valutazione (PUA) sia la valutazione funzionale Multidimensionale e la definizione di Progetti Assistenziali Individuali. In tale prospettiva la Regione Molise, attraverso l'Azienda sanitaria unica regionale, intende utilizzare il sistema informativo come leva di cambiamento, facendo coincidere la riprogettazione del

sistema informativo con l'ottimizzazione dei processi organizzativi interni.

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).

CONDIZIONE CLINICA- DIABETE - NUMERO PAZIENTI

16083

CONDIZIONE CLINICA- DIABETE - FONTE DATI

ESENZIONI IDENTIFICATE NEL FILE DELLE ESENZIONI E DEI FARMACI DIRETTI E NELLE DIAGNOSI RICAVATE DALLE SDO E DAL PS

CONDIZIONE CLINICA- DIABETE - ANNO DI RIFERIMENTO

2020

CONDIZIONE CLINICA - RESPIRATORIO - NUMERO PAZIENTI

3597

CONDIZIONE CLINICA - RESPIRATORIO - FONTE DATI

ESENZIONI IDENTIFICATE NEL FILE DELLE ESENZIONI E DEI FARMACI DIRETTI E NELLE DIAGNOSI RICAVATE DALLE SDO E DAL PS

CONDIZIONE CLINICA- RESPIRATORIO - ANNO DI RIFERIMENTO

2020

CONDIZIONE CLINICA - CARDIOLOGICO- NUMERO PAZIENTI

44704

CONDIZIONE CLINICA - CARDIOLOGICO- FONTE DATI

ESENZIONI IDENTIFICATE NEL FILE DELLE ESENZIONI E DEI FARMACI DIRETTI E NELLE DIAGNOSI RICAVATE DALLE SDO E DAL PS

CONDIZIONE CLINICA - CARDIOLOGICO- ANNO DI RIFERIMENTO

2020

CONDIZIONE CLINICA - ONCOLOGICO- NUMERO PAZIENTI

9048

CONDIZIONE CLINICA - ONCOLOGICO- FONTE DATI

ESENZIONI IDENTIFICATE NEL FILE DELLE ESENZIONI E DEI FARMACI DIRETTI E NELLE DIAGNOSI RICAVATE DALLE SDO E DAL PS

CONDIZIONE CLINICA - ONCOLOGICO - ANNO DI RIFERIMENTO

2020

CONDIZIONE CLINICA - NEUROLOGICO - NUMERO PAZIENTI

3061

CONDIZIONE CLINICA - NEUROLOGICO- FONTE DATI

ESENZIONI IDENTIFICATE NEL FILE DELLE ESENZIONI E DEI FARMACI DIRETTI E NELLE DIAGNOSI RICAVATE DALLE SDO E DAL PS

CONDIZIONE CLINICA - NEUROLOGICO- ANNO DI RIFERIMENTO

2020

Infine, nello stimare il numero di pazienti assistibili tramite **Telemonitoraggio-Telecontrollo**, si stima circa un 10% della popolazione di pazienti cronici individuati nella Tabella 1.1

2.3 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 di continuità assistenziale, Centrale 116/117, Centrale operativa 118 Molise, etc.)

Nella tabella seguente è riportata una sintesi dei principali attori che intervengono per l'attuazione di ciascun servizio.

Tabella: 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/ Professionist a 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
Telerefertazione	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 tele visita;
- medico che eroga la tele visita;
- 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 tele visita, che viene prescritto al paziente tramite ricetta specifica. La prescrizione tramite ricetta della tele visita 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 tele visita 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 tele visita.

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 tele visita.

- **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 sincrona).

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:** 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 distanze;

- medico refertante;
- COT/Centrale operativa ADI;
- Farmacia di comunità che esegue l'esame e richiede la refertazione al centro pubblico o private 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.

2.4 Strutture coinvolte

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

SETTING DOMICILIARE

- Cure Domiciliari/ADI
- Rete Locale Cure Palliative
- 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

2.5 Modalità di erogazione dei servizi

Di seguito si riportano le fasi previste per ciascun servizio di telemedicina 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: 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
Televisita Atto medico con interazione con il paziente in tempo reale	Follow up, Aggiustamento terapia in corso, Prescrizione 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 sanitario, 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 con il 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 dalla COT e centrale operativa ADI.

Tabella: 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
Teleconsulto medico-sanitario 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

<p>Tele consulenza medico-sanitaria</p> <p>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.</p>	<p>Supporto durante lo svolgimento o di attività sanitaria a domicilio o presso altri setting di cura</p>	<p>Professionista sanitario (anche medico, ma di branca diversa rispetto al medico a cui viene richiesta la teleconsulenza)</p>	<p>Non necessario</p>	<p>Non necessario</p>	<p>Medico/Infermiere/professionista sanitario direttamente tramite agende di disponibilità condivise tra professionisti/ COT, Centrale operativa ADI</p>	<p>Professionisti sanitari (anche medico)</p>	<p>Paziente se necessario, caregiver se necessario, centro servizi per la telemedicina, professionisti sanitari coinvolti nella teleconsulenza</p>	<p>Videochiamata +Chat (per scambio messaggi)</p> <p>servizi applicativi che consentano la consultazione di referti, immagini, altre informazioni clinico-sanitarie (FSE)</p>	<p>Adesione al trattamento domiciliare</p> <p>Checklist di idoneità</p> <p>Cartella clinica/ Cartella domiciliare</p> <p>Quesito di ingresso</p> <p>Esita una "Relazione collaborativa" o in annotazioni riportate in cartella clinica / cartella domiciliare</p>
---	---	---	-----------------------	-----------------------	--	---	--	---	---

▪ **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: 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
Teleassistenza 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:** 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, recupera 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:

- dati/ relazioni periodiche;
- alert specifici, qualora previsti.
- Invio notifica: la piattaforma di telemedicina invia una notifica.
- Visualizzazione dei dati: per la visualizzazione dei dati all'interno dell'applicativo di telemedicina.
- 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.

									clinica/Cartella domiciliare Esita in una relazione o annotazioni
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

• **Telerefertazione:** il percorso di telerefertazione si articola in diverse fasi:

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

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: Quadro sinottico contenente gli elementi del processo di Telerefertazione

Tipologia di servizio	Finalità	Richiedente/ prescrittore	UVM	PAI	Attivatore	Erogatore	Soggetti coinvolti	Supporti tecnici e set di informazioni disponibili	Documentazione a corredo
Telerefertazione Refertazione 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.

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
Teleriabilitazione 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 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 Cartella clinica/ Cartella domiciliare Esita in una visita / televisita finale con produzione di referto

 REGIONE MOLISE GIUNTA REGIONALE
 Protocollo Attivo N. 150078/2023 del 28-09-2023
 Allegato 1 - Copia Documento
2.6 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 ASREM 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.

2.7 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 la ASReM 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 tele visita, 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 tele visita 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 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.

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

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 “Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) 2.0” 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” 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 FSE, 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.

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 la Molise Dati - e con la ASReM - che produrrà periodicamente informazioni relative allo stato di implementazione della piattaforma nell'azienda sanitaria regionale. Una volta implementati i servizi, la Molise Dati 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 Molise Dati riportarle tempestivamente all'amministrazione regionale che potrà quindi attivare azioni e piani di miglioramento.