

REPUBBLICA ITALIANA

Anno 77° - Numero 39

GAZZETTA  **UFFICIALE**
DELLA REGIONE SICILIANA

PARTE PRIMA

Palermo - Venerdì, 15 settembre 2023

SI PUBBLICA DI REGOLA IL VENERDI'
Sped. in a.p., comma 20/c, art. 2,
L. n. 662/96 - Filiale di Palermo

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE: VIA CALTANISSETTA 2-E, 90141 PALERMO
INFORMAZIONI TEL. 091/7074930-928 - ABBONAMENTI TEL. 091/7074943 - INSERZIONI TEL. 091/7074936-940 - FAX 091/7074927
POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC) gazzetta.ufficiale@certmail.regione.sicilia.it

DECRETI ASSESSORIALI

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO n. 820 del 30 agosto 2023.

Soluzioni tecniche/amministrative per l'attuazione del Contratto istituzionale di sviluppo (CIS) del 30 maggio 2022, concernente la realizzazione degli interventi finanziati nell'ambito del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) - Missione 6 e del Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC). Approvazione del "Modello organizzativo regionale dei servizi di Telemedicina".

DECRETI ASSESSORIALI

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO n. 820 del 30 agosto 2023.

Soluzioni tecniche/amministrative per l'attuazione del Contratto istituzionale di sviluppo (CIS) del 30 maggio 2022, concernente la realizzazione degli interventi finanziati nell'ambito del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) - Missione 6 e del Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC). Approvazione del "Modello organizzativo regionale dei servizi di Telemedicina".

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

- VISTO** lo Statuto della Regione Siciliana;
- VISTA** la legge del 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale;
- VISTO** il decreto legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502, e s.m.i. sul riordino della disciplina in materia sanitaria;
- VISTA** la legge regionale del 14 aprile 2009, n. 5 e s.m.i., di riordino del sistema sanitario siciliano;
- VISTO** il decreto legislativo del 14 marzo 2013, n. 33;
- VISTO** il comma 6 dell'art. 98 della legge regionale del 7 maggio 2015, n. 9, che ha sostituito il comma 5 dell'art. 68 della legge regionale n. 21/2014, inerente alla pubblicazione dei decreti dirigenziali sul sito internet della Regione Siciliana;
- VISTA** la legge regionale del 16 dicembre 2008, n. 19, recante "Norme per la riorganizzazione dei dipartimenti regionali. Ordinamento del Governo e dell'Amministrazione della Regione";
- VISTO** il decreto presidenziale del 5 aprile 2022, n. 9, pubblicato nella GURS del 1° giugno 2022, n. 25, di approvazione del Regolamento di attuazione del Titolo II della citata L.R. n. 19/2008, con il quale sono stati rimodulati gli assetti organizzativi dei Dipartimenti regionali ai sensi dell'articolo 13, comma 3, della legge regionale 17 marzo 2016, n. 3;
- CONSIDERATO** che con il Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021, è stato istituito il Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza (*Recovery and Resilience Facility*, RRF), che ha una durata di sei anni, dal 2021 al 2026, che costituisce la principale componente del programma *Next Generation EU* (NGEU) ed ha l'obiettivo specifico di fornire agli Stati Membri il sostegno finanziario al fine di conseguire le tappe intermedie e gli obiettivi delle riforme e degli investimenti stabiliti nei loro piani di ripresa e resilienza;
- CONSIDERATO** che il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (di seguito, per brevità, anche PNRR) presentato dall'Italia è stato sviluppato intorno a tre assi strategici condivisi a livello europeo: digitalizzazione e innovazione, transizione, inclusione sociale e si è

esplicitato lungo sei missioni, articolate in Componenti ed Aree di intervento che hanno affrontato sfide specifiche, composte, a loro volta, da Investimenti e Riforme;

CONSIDERATO che, con la decisione ECOFIN del 13 luglio 2021, notificata all'Italia dal Segretariato generale del Consiglio con nota LT161/21, del 14 luglio 2021, il Consiglio ha valutato positivamente il predetto Piano dell'Italia;

VISTO il decreto-legge del 10 settembre 2021, n. 121, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 novembre 2021, n. 156, ed, in particolare l'articolo 10, comma 3, che ha previsto che *“La notifica della citata decisione di esecuzione del consiglio UE - ECOFIN, unitamente al relativo decreto del Ministro dell'economia e delle finanze....., costituiscono la base giuridica di riferimento per l'attivazione, da parte delle amministrazioni responsabili, delle procedure di attuazione dei singoli interventi previsti dal PNRR, secondo quanto disposto dalla vigente normativa nazionale ed europea, ivi compresa l'assunzione dei corrispondenti impegni di spesa, nei limiti delle risorse assegnate”*;

VISTO l'articolo 1 della legge del 30 dicembre 2020, n. 178, nella parte concernente, in particolare, le competenze del Ministero dell'economia e delle finanze in relazione procedure amministrativo-contabili per la gestione delle risorse, le modalità di rendicontazione della gestione del Fondo e lo sviluppo di un apposito sistema informatico al fine di supportare le attività di gestione, di monitoraggio, di rendicontazione e di controllo delle componenti del *Next Generation EU*;

CONSIDERATO che la Missione 6 “Salute” (di seguito, per brevità, anche M6) ha l'obiettivo di rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario e garantire equità di accesso alle cure ed è composta da due Componenti che comprendono le seguenti otto Linee di investimento:

Componente 1 (C1) - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

1.1 Case della comunità e presa in carico della persona;

1.2 Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina;

1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità);

Componente 2 (C2) - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale

1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero;

1.2 Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile;

1.3 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione;

2.1 Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN;

2.2 Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario;

RILEVATO il principio previsto dal PNRR di “non arrecare un danno significativo” all'ambiente, unitamente ai principi trasversali previsti dal medesimo Piano, quali, tra l'altro, il principio del contributo all'obiettivo climatico e digitale, il principio di parità di genere e l'obbligo di protezione e valorizzazione dei giovani;

VISTO il decreto-legge del 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108, concernente la *governance* del PNRR e le prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure ed, in particolare, l'articolo 6 che ha istituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato -, un ufficio centrale di livello dirigenziale generale, denominato Servizio centrale per il PNRR, con compiti di coordinamento operativo, monitoraggio, rendicontazione e controllo del PNRR;

- VISTO** il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze del 6 agosto 2021, modificato con il decreto del 23 novembre 2021, recante "Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione";
- VISTO** il decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze del 15 settembre 2021 di istituzione dell'Unità di Missione del Ministero della salute titolare di interventi PNRR;
- PRESO ATTO** che il Ministero dell'economia e delle finanze ha trasmesso alle Amministrazioni centrali titolari di intervento la Circolare n. 32 prot. 309464 del 30 dicembre 2021, concernente la Guida operativa per il rispetto del principio di non arrecare danno significativo all'ambiente;
- PRESO ATTO** delle Linee Guida volte a favorire la pari opportunità di genere e generazionali, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti pubblici finanziati con le risorse del PNRR e del PNC, pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale del 30 dicembre 2021;
- VISTO** il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze del 23 novembre 2021 che prevede, tra l'altro, per il sub-investimento "M6C1 1.2.3 Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici" l'importo complessivo di euro 1.000.000.000,00 a titolarità del Ministero della salute con l'Agenas nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) come soggetto attuatore e con MITD come altra amministrazione coinvolta;
- VISTO** il decreto del Ministero della salute del 1° aprile 2022, che ripartisce analiticamente il sub-investimento 1.2.3, attribuendo specifica sub-codifica, in 1.2.3.1 "Piattaforma di telemedicina" a cui vengono destinati euro 250.000.000 e 1.2.3.2 "Servizi di telemedicina" a cui vengono destinati euro 750.000.000;
- ACCERTATA**, dall'esame del decreto ministeriale del 6 agosto 2021 l'assegnazione, in favore di Agenas, in qualità di Soggetto Attuatore del sub-investimento 1.2.3 "Telemedicina", della somma complessiva di euro 1.000.000.000,00, suddivisa nelle sub-misure 1.2.3.1 pari a 250.000.000 e 1.2.3.2 pari a 750.000.000;
- VISTO** il decreto del Ministero della salute del 5 aprile 2022 con il quale è stato approvato lo schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo (di seguito, per brevità, anche CIS), comprendente, come allegato, il Piano Operativo Regionale (di seguito, per brevità, anche POR), unitamente alle schede intervento, che esplicita il cronoprogramma degli interventi e rappresenta lo strumento di *governance* in quanto contenente l'elenco di tutte le parti idonee individuate per l'attuazione di ogni specifico intervento e i rispettivi obblighi delle parti che sono impegnate a garantire la qualità della spesa pubblica, coerentemente con gli obiettivi di efficientamento e di tempestività attesi dal PNRR;
- VISTA** la direttiva 8 aprile 2022, n.7, con la quale la "Unità di Missione per l'attuazione degli interventi del PNRR" del Ministero della salute, ad integrazione delle Direttive n. 2 del 28 gennaio 2022 e n. 6 del 18 marzo 2022, ha impartito le definitive istruzioni per la predisposizione dei Piani Operativi Regionali inerenti gli investimenti a regia del PNRR, da attuare mediante la sottoscrizione, entro il 31 maggio 2022, dei CIS tra il Ministero della salute e le regioni e province autonome;
- CONSIDERATO** che il POR della Regione Siciliana è stato sottoscritto il 13 maggio 2022 dal Presidente della Regione ed è stato caricato in pari data sul portale Agenas;
- EVIDENZIATO** che il predetto POR è stato redatto sulla scorta delle indicazioni e del supporto tecnico del Ministero della salute, tramite l'Agenas nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) limitatamente agli investimenti della Missione 6 - Componente 1, e contiene gli *Action Plan* per gli investimenti di attuazione regionale, che costituiscono i cronoprogrammi (milestone e target vincolanti) di ogni singola linea d'investimento, con i

- principali step per il completamento degli interventi nel rispetto delle tempistiche previste;
- VISTO** il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS), sottoscritto il 30 maggio 2022 dal Ministro della Salute e dal Presidente della Regione Siciliana, concernente la realizzazione degli interventi finanziati nell'ambito del PNRR Missione 6 - Componenti 1 e 2 per le predette sette Linee di investimento - e dal PNC - di cui all'articolo 1, comma 2, lettera e), punto 2, del decreto legge 6 maggio 2021, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 1° luglio 2021, n. 101 -, di competenza della Regione Siciliana, sulla scorta del POR, allegato al Contratto;
- VISTO** il decreto del Ministero della Salute del 29 aprile 2022 "Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare";
- VISTO** il decreto del Ministero della Salute del 23 maggio 2022, n. 77, "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", pubblicato in G.U.R.I. del 22 giugno 2022, n.144, in attuazione della "Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima" prevista nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che ha individuato il modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale e gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico;
- VISTO** il decreto presidenziale del 28 giugno 2022, n. 564, recante "Soluzioni tecniche/amministrative per l'attuazione del Contratto Individuale di Sviluppo (CIS) del 30.05.2022, concernente la realizzazione degli interventi finanziati nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 e del Piano Nazionale per gli investimenti complementari (PNC)";
- VISTO** il decreto ministeriale del 21 settembre 2022 recante "Linee guida per i Servizi di telemedicina – Requisiti funzionali e livelli di servizio";
- VISTO** il decreto ministeriale del 30 settembre 2022 che definisce le "Procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l'adozione delle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina", alla luce delle "Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina per il sub-investimento 1.2.3.2";
- VISTO** il decreto assessoriale del 20 dicembre 2022, n.1294, della regione Siciliana, recante "Approvazione del "Piano della rete territoriale di assistenza della Regione Siciliana"; Nomina del "Responsabile regionale dell'attuazione del Piano";
- CONSIDERATO** che il predetto decreto ministeriale 30 settembre 2022 prevede tra gli adempimenti a carico delle regioni e province autonome in relazione agli interventi del sub-investimento "M6C1 1.2.3 Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici" di definire il "Piano operativo servizi di telemedicina" avvalendosi dell'apposito portale *web* messo a disposizione da Agenas;
- VISTA** la nota protocollo n. 15265 del 3 marzo 2023 dell'Assessorato della Salute - Dipartimento della Programmazione Strategica avente ad oggetto "PNRR Missione 6 Salute – investimento M6.C1I sub-codifica 1.2.3.2 del sub-investimento 1.2.3. Servizi di telemedicina. Nomina del referente unico preposto alla compilazione dei questionari e checklist Agenas", con la quale è stato individuato l'Ing. Massimiliano Maisano, Dirigente pro-tempore del Servizio 3 del Dipartimento per la Pianificazione Strategica, già referente unico Regionale per il PNRR Missione 6, quale referente preposto per la compilazione del "Piano operativo servizi di Telemedicina";
- CONSIDERATO** che la Regione Siciliana ha definito il fabbisogno regionale totale per i servizi di telemedicina contenuto nel "Piano operativo servizi di Telemedicina", trasmesso ad

Agenas in data 6 marzo 2023, in applicazione delle indicazioni contenute nel decreto ministeriale 30 settembre 2022;

- CONSIDERATO** che l’Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali (Agenas), con nota n. 19138 del 24 marzo 2023, recante “PNRR M6C1 sub-investimento 1.2.3.2 “Servizi di Telemedicina” – Esiti valutazione “Piano operativo del fabbisogno di ciascuna regione e provincia autonoma dei servizi di minimi di telemedicina” – DM del 30 settembre 2022 e relativi allegati (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 298 del 22.12.2022)” ha comunicato l’accettazione del “Piano operativo servizi di Telemedicina” della Regione Siciliana;
- CONSIDERATO** che il decreto ministeriale 30 settembre 2022 prevede tra gli adempimenti a carico delle regioni e province autonome in relazione agli interventi del sub-investimento “M6C1 1.2.3 Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici” di approvare il “Piano operativo regionale di Telemedicina” mediante apposito atto regionale;
- PRESO ATTO** che, in ottemperanza al predetto decreto ministeriale del 30 settembre 2022 recante “Procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l’adozione delle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina”, alla luce delle “Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina per il sub-investimento 1.2.3.2”, la Regione Siciliana ha approvato il “Piano operativo regionale di Telemedicina” con decreto assessoriale n. 476 del 23 maggio 2023;
- CONSIDERATO** che il citato decreto ministeriale 30 settembre 2022 definisce altresì il cronoprogramma degli adempimenti a carico delle regioni e province autonome in relazione agli interventi del sub-investimento “M6C1 1.2.3 Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici”, prevedendo tra l’altro l’approvazione della “Definizione del modello regionale/provinciale di telemedicina” entro la data del 30 giugno 2023;
- CONSIDERATO** l’esito dei lavori congiunti tra Ministero della Salute e Agenas che ha portato a definire il “Vademecum per la redazione degli atti di programmazione regionale – modello organizzativo”, da ultimo modificato e integrato in occasione dell’incontro plenario del 20 aprile 2023 previsto da Agenas con prot. n. 2023/0003766;
- CONSIDERATO** l’esito della riunione interregionale convocata da Agenas in data 30 maggio 2023, recante “PNRR: Il potenziamento delle strutture per l’assistenza sanitaria territoriale e il supporto della Telemedicina”, volta tra l’altro ad assicurare un maggiore coordinamento tra reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale;
- VISTO** che il decreto ministeriale 30 settembre 2022 individua la Regione Lombardia, insieme alla Regione Puglia, come Regione “Capofila” con il compito di provvedere alla progettazione e l’affidamento di una Piattaforma “verticale” di Telemedicina alla quale potranno aderire tutte le Regioni per l’erogazione dei servizi di “Televisita”, “Teleconsulto”, “Teleassistenza” e “Telemonitoraggio” in modalità integrata alla Infrastruttura Nazionale di Telemedicina, che implementerà i servizi abilitanti e il monitoraggio del livello di diffusione dei servizi a livello nazionale;
- CONSIDERATO** che l’Azienda Regionale per l’Innovazione e gli Acquisti S.p.A. (ARIA), in data 22 giugno 2023, ha pubblicato il bando di gara “ARIA_2023_807 - Procedura aperta, ai sensi dell’art. 60 del D.lgs. n. 50/2016, per la stipula di un Accordo Quadro per l’affidamento del servizio di Infrastruttura Regionale di Telemedicina”, operando in qualità di Soggetto Aggregatore e Centrale di Committenza della Regione Lombardia per la selezione di soluzioni per la realizzazione dell’Infrastruttura Regionale di Telemedicina;
- RAVVISATA** pertanto l’esigenza di integrare il “Piano operativo regionale di Telemedicina” di cui al D.A. n. 476 del 23 maggio 2023 mediante la definizione di un documento regionale di carattere organizzativo denominato “Modello organizzativo regionale dei servizi di

Telemedicina” contenente le informazioni minime relative, tra l’altro, al modello organizzativo del servizio regionale, al cronoprogramma delle attività e alle modalità di monitoraggio e attuazione dell’investimento;

D E C R E T A

Art. 1

(Approvazione del Modello organizzativo regionale dei servizi di Telemedicina)

Per i motivi esposti in premessa, che qui si intendono integralmente riportati e trascritti, in ottemperanza al decreto ministeriale del 30 settembre 2022 recante “Procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l’adozione delle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina”, alla luce del “Vademecum per la redazione degli atti di programmazione regionale – modello organizzativo”, è approvato il “Modello organizzativo regionale dei servizi di Telemedicina” della Regione Siciliana che costituisce parte integrante del “Piano operativo regionale di Telemedicina” approvato con D.A. n. 476 del 23 maggio 2023.

Art. 2

(Pubblicazione)

Il presente provvedimento sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana, nonché nel sito istituzionale dell’Amministrazione regionale, ai sensi dell’art. 68 della legge regionale 12 agosto 2014, n. 21 e successive modificazioni.

Palermo, 30 agosto 2023.

VOLO

MODELLO ORGANIZZATIVO REGIONALE DEI SERVIZI DI TELEMEDICINA

Regione Siciliana



Assessorato della Salute

Versione 1.0

30.06.2023



SOMMARIO

TABELLA ACRONIMI	
1. INTRODUZIONE	
1.1 Premessa.....	
1.2 Quadro normativo-regolamentare	
1.3 Obiettivi del documento	
2. SERVIZIO DI TELEMEDICINA	
2.1 Servizi e setting assistenziali.....	
2.2 Finalità e ambito di applicazione.....	
2.3 Modalità di acquisizione del servizio	
3. MODELLO ORGANIZZATIVO	
3.1 Dimensioni di analisi	
3.2 Televisita.....	
3.3 Teleconsulto	
3.4 Teleassistenza.....	
3.5 Telemonitoraggio.....	
3.5.1 Telemonitoraggio nel paziente con Diabete	
3.4.2 Telemonitoraggio nel paziente con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)	
3.4.3 Telemonitoraggio nel paziente con scompenso cardiaco.....	
4. ATTORI DEL SERVIZIO DI TELEMEDICINA	
4.1 Profili di responsabilità	
4.2 Professionisti del servizio	
5. STRUTTURE DI EROGAZIONE DEI SERVIZI	
5.1 Rete territoriale di assistenza.....	
5.2 Dettaglio delle strutture coinvolte	
6. CRONOPROGRAMMA ATTIVITA'	
6.1 Cronoprogramma regionale di intervento	
6.2 Curve di adozione per la presa in carico.....	
7. MONITORAGGIO E ATTUAZIONE	
7.1 Elementi di governance.....	
7.2 Procedure di attuazione e monitoraggio.....	
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	
INDICE TABELLE	
INDICE FIGURE	

COPIA
NON

TABELLA ACRONIMI

ACRONIMO	SIGNIFICATO
ADA	American Diabetes Association
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
AGENAS	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
ASP	Azienda Sanitaria Provinciale
AO	Azienda Ospedaliera
BPCO	Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva
CIS	Contratto Istituzionale di Sviluppo
CdC	Casa di Comunità
COT	Centrale Operativa Territoriale
CUP	Centro Unico Prenotazioni
DA	Decreto Assessoriale
DL	Decreto Legge
DM	Decreto Ministeriale
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico
GOLD	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
ICT	Information Communication Technology
IFoC	Infermiere di Famiglia o Comunità
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
ISTAT	Istituto Nazionale di Statistica
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
MMG	Medici di Medicina Generale
OdC	Ospedale di Comunità
OSAS	Sindrome delle apnee ostruttive del sonno
PAI	Piano Assistenziale Individualizzato
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
POCT	Point of Care Testing
PRI	Piano Riabilitativo Individuale
SC	Scompenso cardiaco
SMBG	Self-Monitoring of Blood Glucose
SPID	Sistema Pubblico di Identità Digitale
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
SSR	Servizio Sanitario Regionale
TS	Sistema Tessera Sanitaria
UCA	Unità di Continuità Assistenziale
UVM	Unità di Valutazione Multidisciplinare

COPIA
NOT

1. INTRODUZIONE

1.1 Premessa

Il presente documento recepisce il **Decreto Ministeriale 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", nell'ottica di definire il modello organizzativo regionale di Telemedicina. Il documento, inoltre, fa seguito al "Piano operativo regionale di Telemedicina", approvato con decreto assessoriale n. 476 del 23 maggio 2023, in cui viene presentato il fabbisogno regionale per i servizi minimi di Telemedicina.

Coerentemente al quadro di azioni e indirizzi che la Regione Siciliana ha avviato per l'implementazione degli interventi previsti dal **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**, il presente documento mira a garantire l'attuazione dell'investimento della Missione 6 Componente 1 - 1.2.3 «Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici» - sub -intervento «Servizi di Telemedicina».

Obiettivo del documento è quello di definire il modello organizzativo dei servizi di Telemedicina previsti per l'infrastruttura regionale di prossima realizzazione, come definita nelle Linee guida nazionali Agenas 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, in coerenza con il fabbisogno regionale, con gli obiettivi specifici del sub-investimento e nel rispetto dei principi del PNRR.

I contenuti recepiscono e interpretano quanto previsto dai documenti citati e si pongono in stretto raccordo con gli investimenti di cui al Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS), sottoscritto il 30/5/2022 dal Ministro della Salute e dal Presidente della Regione Siciliana, concernente la realizzazione degli interventi finanziati nell'ambito del PNRR rispetto alla Missione 6 – Salute.

Il PNRR e lo specifico sub-investimento citato rappresentano l'occasione per riformulare l'attuale modello di erogazione dei servizi sanitari con l'obiettivo di garantire in parallelo le migliori condizioni possibili di equità di accesso alle cure, tempestività e qualità degli interventi valorizzando il patrimonio di esperienze già avviate in ambito SSR.

In linea con le tendenze nazionali, la Regione Siciliana in tal senso intende promuovere azioni di **ottimizzazione della assistenza sanitaria** nelle aree di assistenza territoriale, integrazione ospedale-territorio ed emergenza e urgenza, garantendo – ai fini dell'equità – appropriati livelli di assistenza sanitaria anche nelle aree caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso. In questa logica, l'obiettivo risulta perseguibile anche favorendo l'integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera tramite l'implementazione di servizi di Telemedicina.

1.2 Quadro normativo-regolamentare

Il **Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)** è un piano di riforma le cui linee di investimento e relative strategie hanno come obiettivi il miglioramento delle condizioni regolatorie, ordinamentali, di contesto e l'incremento in termini di equità, efficienza e competitività del Paese che lo adotta. La Missione 6 Salute mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica, secondo una duplice articolazione:

COPIA
NOTA

- **Componente 1: Reti di prossimità, strutture intermedie e Telemedicina per l'assistenza territoriale.** L'obiettivo della componente è di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie all'attivazione e al potenziamento di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità, le 66 Piano operativo regionale di Telemedicina Regione Siciliana Assessorato della Salute Centrali Operative Territoriali e gli Ospedali di Comunità), rafforzando l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della Telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari;
- **Componente 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.** Tale componente comprende, invece, misure volte al rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, al potenziamento e alla diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e a una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), da realizzare anche attraverso il potenziamento dei flussi informativi sanitari.

Inoltre, rilevanti risorse sono destinate a ricerca scientifica e a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSR. Nello specifico, entrambe le componenti contribuiscono alla creazione, implementazione e diffusione di nuovi modelli e tecnologie digitali per la salute, basati sul rafforzamento delle reti di cura territoriali come prima porta di accesso al Sistema Sanitario Nazionale, al fine di:

- Accompagnare i pazienti fin dall'inizio del percorso di cura dall'individuazione delle persone da assistere alla gestione dei loro percorsi;
- Favorire l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di Telemedicina e telemonitoraggio. La Telemedicina rappresenta, nello specifico, l'elemento tecnologico che abilita lo sforzo di integrazione tra luoghi di cura, il cui significato si estende alla casa come luogo di cura;
- Integrare la rete professionale che opera sul territorio e in ospedale.

Nell'ambito della Componente 1, 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", pubblicato in G.U.R.I. n.144 del 22.06.2022 in attuazione della "Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e Telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima" prevista nel Piano Nazionale dei Ripresa e Resilienza (PNRR), ha individuato il modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale e gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico. Nel disegno di riorganizzazione dell'assistenza territoriale delineato dal DM/77, la Telemedicina diviene parte integrante del progetto di salute, sia esso semplice o complesso, definito per il singolo assistito in base ai bisogni di salute.

Il decreto ministeriale del 6 agosto 2021 ha nominato **Agenas** soggetto attuatore del sub-investimento 1.2.3 «Telemedicina» pari a 1 euro/ml, suddiviso in 1.2.3.1 pari a 250 euro/mln e 1.2.3.2 pari a 750 euro/mln. L'investimento in Telemedicina rappresenta un mezzo per contribuire a ridurre gli attuali divari geografici e territoriali, garantire una migliore "esperienza di cura" per gli assistiti, oltre che per migliorare l'efficacia e l'efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di monitoraggio da remoto. In questo senso, il Decreto Ministeriale del 29 aprile 2022, definisce il modello organizzativo dell'erogazione domiciliare dei servizi di Telemedicina, alla luce delle "Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare".

Il PNRR individua nella **Telemedicina** uno strumento importante per abilitare una più efficace copertura territoriale dei servizi sanitari per gli assistiti. Con tale progetto la Telemedicina, quindi, evolverà così da ambito sperimentale promosso solo da alcune realtà locali a componente integrante del sistema sanitario regionale e nazionale. Come tale, è fondamentale che la sua diffusione sia equa ed omogenea e che le soluzioni regionali siano interoperabili tra loro, per contribuire alla riduzione dei divari territoriali. A questo

COPIA
NOTA

fine, il **Decreto Ministeriale 30 settembre 2022** definisce le modalità univoche di realizzazione dei progetti regionali di Telemedicina per garantire l'omogeneità a livello nazionale e l'efficienza nell'attuazione dei servizi di Telemedicina, alla luce delle «Linee di indirizzo per i servizi di Telemedicina per il sub-investimento 1.2.3.2» che definiscono i requisiti funzionali e tecnologici che la soluzione di Telemedicina regionale dovrà rispettare. Il quadro normativo qui delineato intende pertanto potenziare i servizi assistenziali territoriali esistenti e crearne di nuovi per assicurare la garanzia dei LEA, con l'obiettivo dichiarato - attraverso la definizione di standard nazionali - di ridurre le disuguaglianze e, contestualmente, costruire un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale.

1.3 Obiettivi del documento

Sulla scorta di quanto descritto in premessa, il presente modello organizzativo esplicita azioni e obiettivi connessi alla realizzazione di una piattaforma regionale di Telemedicina nel territorio regionale, nell'ottica del rafforzamento dell'offerta sanitaria e sociosanitaria attualmente erogata, con una duplice finalità:

- Fronteggiare i mutamenti di scenario che prevedono l'erogazione di nuovi setting assistenziali, anche mediante l'utilizzo di strumenti e tecnologie innovative da implementare mediante finanziamenti dedicati nell'ambito del PNRR;
- Recepire il nuovo quadro normativo e regolamentare che introduce specifici standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi per l'erogazione dei servizi e l'integrazione ospedale-territorio.

Il progetto della Regione Siciliana riguarda il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria territoriale, anche nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso alle cure, al fine di garantire equità e appropriatezza nell'accesso e nella fruizione dei servizi sanitari nell'intero territorio regionale. In questa logica, la spinta innovativa della Regione Siciliana nel disegno dei nuovi modelli assistenziali guarda anche alle potenzialità dei sistemi digitali, ed in particolare dei servizi di Telemedicina, quale fattore abilitante della presa in carico integrata e personalizzata del paziente lungo tutta la filiera dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali.

La necessità di dare attuazione a questo processo di trasformazione del sistema sanitario, facendo leva anche sulle potenzialità in gran parte ancora inesprese delle innovazioni digitali, consentirà una più **efficace gestione del percorso assistenziale** (presa in carico e gestione dell'assistito integrati tra ospedale e territorio), un miglioramento dei flussi relazionali, tra operatori sanitari e con il paziente e la qualità della vita di quest'ultimo, una riduzione della frammentarietà dell'offerta di servizi sanitari sul territorio (ad es. zone interne e/o disagiate) ma anche un aumento dell'efficienza, resilienza e sostenibilità dei sistemi, specialmente per le patologie ad alto impatto per il sistema, tra cui quelle croniche, tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di controllo e monitoraggio verso una medicina sempre più predittiva, di precisione, personalizzata e più vicina ai pazienti.

Mediante i contenuti proposti nel presente documento per la realizzazione della soluzione di Telemedicina, in coerenza con quanto riportato nelle «Linee guida per i servizi di Telemedicina per il sub-investimento 1.2.3.2», la Regione Siciliana intende definire il modello organizzativo per i servizi di Telemedicina previsti per l'infrastruttura regionale di Telemedicina per il sub-investimento citato, nel rispetto di Milestone e Target PNRR, oltre a identificare le modalità per colmare il fabbisogno rilevato sul territorio regionale nel succitato, mediante l'adozione delle soluzioni tecnologiche previste nell'ambito del sub-investimento. Nel dettaglio, il documento fornisce:

COPIA
NOTA

- **Una definizione generale del servizio da implementare** per singole patologie e setting assistenziali, delle finalità e degli ambiti principali di applicazione, infine delle modalità di acquisizione dei servizi di Telemedicina;
- **Una descrizione del modello organizzativo regionale** per l'erogazione dei servizi, con evidenza della popolazione di riferimento, delle modalità di erogazione, dei parametri da monitorare, dei professionisti coinvolti, delle modalità di formazione delle competenze informatiche;
- **Una rappresentazione degli attori coinvolti** in relazione alla tipologia di servizio, con particolare riferimento a medici di assistenza primaria, pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri e altri professionisti sanitari;
- **Una descrizione delle strutture previste da DM/77** coinvolte nel contesto dei servizi di Telemedicina, tra cui le Case della Comunità, le Centrali Operative Territoriali, gli Ospedali di Comunità e altre strutture territoriali;
- **Una programmazione degli interventi e dei meccanismi di governo e monitoraggio** delle attività da attuare, in coerenza con la programmazione definita a livello nazionale dal Ministero della Salute di concerto con l'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari.

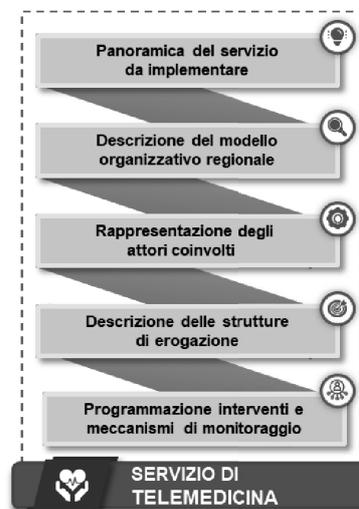


Figura 1. Contenuti proposti nel documento

COPIA
NOTA

2. SERVIZIO DI TELEMEDICINA

2.1 Servizi e setting assistenziali

Il progetto intende realizzare una **piattaforma regionale di Telemedicina** per l'erogazione di servizi sanitari a distanza, sfruttando le tecnologie dell'informazione e della comunicazione, al fine di contribuire a ridurre gli attuali divari geografici e territoriali, garantire una migliore "esperienza di cura" per gli assistiti, migliorare l'efficacia e l'efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di monitoraggio da remoto, infine abilitare una più efficace copertura territoriale dei servizi sanitari per gli assistiti. La piattaforma in esame troverà specifiche modalità d'intervento nelle fasi del processo assistenziale:

- **Gestione di emergenze e urgenze.** In questo contesto la Telemedicina interviene nella interconnessione tra unità operative per la gestione delle attività di urgenza sanitaria, sfruttando l'immediatezza della trasmissione telematica per scambiare informazioni cliniche all'interno della rete sanitaria agevolando la gestione di pazienti critici o non raggiungibili;
- **Presa in carico nel lungo periodo di pazienti cronici e fragili.** La piattaforma offrirà un'assistenza specialistica sanitaria a distanza, sostenendo la riabilitazione dei pazienti, programmando con le strutture di riferimento l'iter medico necessario per gestire la malattia;
- **Diagnosi e cura.** I servizi di Telemedicina aiutano a muovere le informazioni diagnostiche anziché il paziente. Offrono la possibilità di effettuare visite ed esami diagnostici refertati dallo specialista; inoltre garantiscono la continuità delle cure a distanza valutando di volta in volta le scelte terapeutiche, l'andamento patologico e, se necessario, la presa in carico delle cronicità;
- **Follow-up e monitoraggio da remoto.** Grazie all'utilizzo delle tecnologie digitali, la piattaforma consentirà di tenere sotto controllo l'andamento di alcuni parametri vitali del paziente classificato a rischio o già affetto da patologie, anche a seguito di un evento acuto, allo scopo di ridurre l'insorgenza di possibili complicazioni.

Per l'erogazione delle prestazioni sanitarie in Telemedicina, la Regione Siciliana intende attivare i servizi di televisita, teleconsulto, teleassistenza e telemonitoraggio, riportati nella figura di seguito.

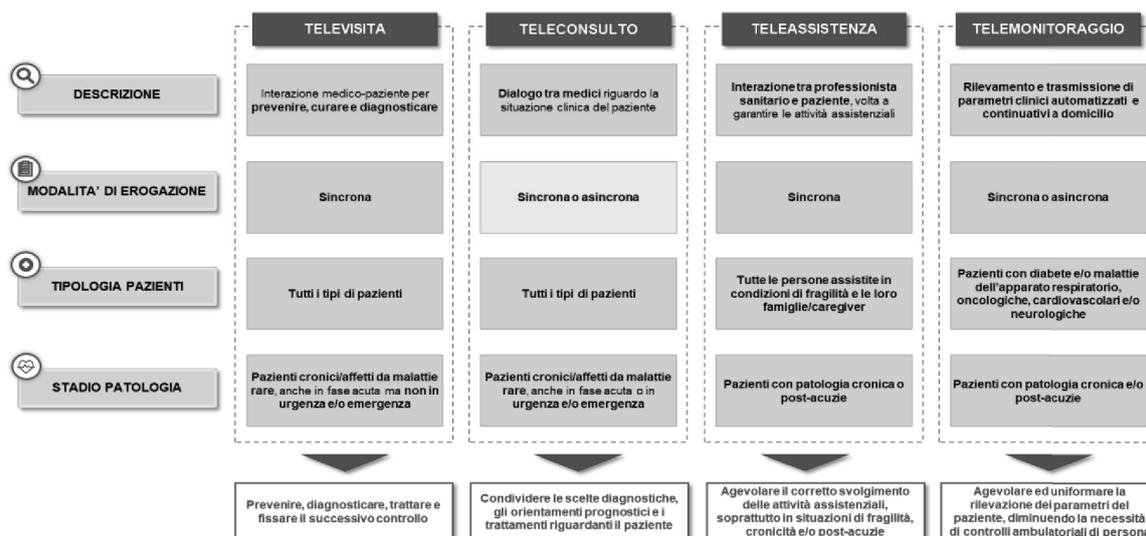


Figura 2. Servizi di Telemedicina

COPIA
NOTA

Si fornisce di seguito un focus su ciascun servizio di prossima implementazione.

TELEVISITA

La tele visita rappresenta l'atto medico in cui il **professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente**, (con il supporto di un eventuale *caregiver*). La tele visita è **eseguibile in qualsiasi condizione clinica**, purché sussistano tutte le condizioni di sicurezza del paziente e dei dati sanitari. Prima della tele visita il medico può avvalersi della condivisione di dati, informazioni, misurazioni o questionari utili per l'elaborazione dell'anamnesi. In tutti i casi la tele visita si conclude con un **telereferto**

La decisione circa l'opportunità della tele visita come mezzo che favorisce o agevola il paziente è affidata alla discrezionalità del medico, il quale può valutare di integrare gli strumenti di Telemedicina per le attività di **rilevazione, o monitoraggio a distanza, dei parametri biologici e di sorveglianza clinica**.

Tuttavia, in conformità con il **codice di deontologia medica** la tele visita non può in nessun caso essere assunta come mezzo unico all'interno della relazione medico - paziente, né può automaticamente sostituire la prima visita medica in presenza. Una volta formulata una diagnosi a seguito di visita in presenza, la tele visita può assumere le attività di controllo dei pazienti e di prescrizione di farmaci o di ulteriori approfondimenti clinici.

La tele visita come atto medico in ambito domiciliare ha il fine di:

- **Gestire il *follow-up*** di patologia nota;
- **Confermare, ricalibrare o modificare le terapie** in corso;
- **Effettuare la valutazione anamnesica per la prescrizione di esami** di diagnosi, o di stadiazione di patologia nota, o sospetta;
- **Verificare da parte del medico gli esiti di esami effettuati**, ai quali può seguire la prescrizione di eventuali approfondimenti, oppure di una terapia.

Tale atto sanitario ha il vantaggio di trasferire informazioni sanitarie senza la necessità di spostamenti da parte del paziente garantendo simultaneamente a quest'ultimo la continuità delle cure e consentendo al medico di valutare di volta in volta le scelte terapeutiche e l'andamento del quadro clinico.

SETTING ASSISTENZIALI

L'attivazione del percorso può avvenire dal **setting domiciliare**, qualora gli attori dell'assistenza territoriale (ognuno per le proprie competenze) ritengano appropriato integrare la presa in carico a domicilio di un paziente con prestazioni di Telemedicina o dal **setting di ricovero**, qualora il personale della struttura (case manager della procedura di dimissione) ravveda l'opportunità di proseguire le cure a domicilio avvalendosi anche di servizi di Telemedicina. Ogni qualvolta la presa in carico dal setting di ricovero o domiciliare prospetti interventi complessi ed in team multidisciplinare e/o multiprofessionale si procede alla valutazione del caso in sede di UVM ed alla definizione del PAI in stretta collaborazione con il MMG/PLS dell'assistito e, quando necessario, anche il Piano riabilitativo individuale (PRI). L'UVM può anche essere realizzata coinvolgendo da remoto i professionisti, qualora siano già disponibili informaticamente tutte le informazioni e le valutazioni.

COPIA
NOTA

TELECONSULTO

Il teleconsulto rappresenta l'atto medico basato sull' **interazione a distanza sincronica** (per esempio tramite videochiamata) **o asincronica tra professionisti della salute**, volto alla condivisione delle scelte diagnostiche, degli orientamenti prognostici e del/dei trattamento/i riguardanti la situazione clinica del singolo paziente anche in situazioni di urgenza o emergenza. I dati clinici, i referti, le immagini, gli audio-video riguardanti il caso specifico sono digitalizzati e condivisi telematicamente tra i medici coinvolti durante il teleconsulto.

Il teleconsulto come atto medico ha il fine di:

- **Condividere le decisioni mediche** riguardo le scelte diagnostiche, gli orientamenti prognostici e del/dei trattamento/i;
- Fornire una **"second opinion"** specialistica, dove richiesto;
- Contribuire alla **definizione del referto** che viene redatto al termine della visita erogata al paziente, ma non dà luogo ad un referto a sé stante quanto piuttosto ad una **"relazione collaborativa"**.

L'atto professionale del teleconsulto ha il vantaggio di essere **eseguibile in qualsiasi condizione clinica** (in condizioni di sicurezza del paziente e dei dati sanitari) ed è da considerarsi preferibile ad altre modalità di consulto quando il paziente si trovi in condizioni di non trasportabilità, di difficile mobilità per cause cliniche o ambientali, oppure in condizioni di limitata libertà personale.

SETTING ASSISTENZIALI

Trattandosi di un'interazione tra professionisti, l'attivazione può avvenire in forma diretta (anche attraverso agende interattive e condivise tra gli stessi professionisti), dal **setting domiciliare**, qualora gli attori dell'assistenza territoriale (ognuno per le proprie competenze) ritengano appropriato integrare la presa in carico a domicilio di un paziente con prestazioni di Telemedicina o **dal setting di ricovero**, qualora il personale della struttura (case manager della procedura di dimissione) ravveda l'opportunità di proseguire le cure a domicilio avvalendosi anche di servizi di Telemedicina. Ogni qualvolta la presa in carico dal setting di ricovero o domiciliare prospetti interventi complessi ed in team multidisciplinare e/o multiprofessionale si procede alla valutazione del caso in sede di UVM ed alla definizione del Piano assistenziale individualizzato (PAI) in stretta collaborazione con il MMG/PLS dell'assistito e, quando necessario, anche il Piano Riabilitativo Individuale (PRI).

TELEASSISTENZA

La teleassistenza rappresenta l'**atto professionale di pertinenza della relativa professione sanitaria** (infermiere/ fisioterapista/ logopedista/ etc.) basato sull'**interazione a distanza tra il professionista e paziente/caregiver, in modalità sincrona**. Strumento essenziale della teleassistenza è la videochiamata, eventualmente integrato con la condivisione di dati, referti, immagini o con idonee App per somministrare questionari, condividere immagini o video tutorial su attività specifiche. La necessità del coinvolgimento attivo di un **caregiver** formale o informale opportunamente formato, che possa supportare la persona assistita, sarà valutata per ogni singolo caso. La prestazione può essere erogata anche in un contesto di multidisciplinarietà/multiprofessionalità.

Il servizio di teleassistenza ha il fine di:

- **Agevolare il corretto svolgimento di attività assistenziali**, eseguibili prevalentemente a domicilio;

COPIA
NOTA

- **Integrarsi con altre prestazioni medico-sanitarie** erogate da remoto o in presenza, all'interno di servizi sanitari basati su sistemi di Telemedicina, nei quali vengano svolti percorsi diagnostici e terapeutici.

Nello specifico, alcune delle attività che possono essere previste sono la **rilevazione e valutazione** di:

- **Segni** legati alla patologia, con utilizzo anche di strumenti di telemonitoraggio e di tipo ambientale;
- **Sintomi** dovuti alla patologia, con valutazione della gravità degli stessi e con attivazione del servizio medico di medicina generale/specialista o del servizio di emergenza sul territorio;
- **Ansia, depressione, stress** nell'assistito e nel *caregiver*/famigliare;
- **Stato della ferita chirurgica** e delle ferite di difficile guarigione e medicazione con *caregiver*;
- **Presidio vascolare centrale** e relativa medicazione;
- **Altro:** counseling, educazione sanitaria e istruzione/abilitazione su particolari attività assistenziali, coaching, etc.

La teleassistenza ha il vantaggio di costituirsi come una prestazione prevalentemente programmata e ripetibile in base a specifici programmi di accompagnamento al paziente.

SETTING ASSISTENZIALI

L'attivazione del servizio di teleassistenza avviene dal **setting domiciliare** qualora il MMG o l'infermiere di famiglia o di comunità (IFoC) individua la persona candidata da assistere da remoto, e propone l'attivazione di cure supportate dalla teleassistenza; **dal setting ospedaliero** quando a seguito di ricovero il medico ospedaliero (o il case manager) ravvede la possibilità di dimissione con prosecuzione delle cure supportate dalla teleassistenza; **da altro setting territoriale** nel caso in cui, a seguito dell'ingresso al Punto unico di accesso, e/o di valutazione multidimensionale, e/o visita specialistica, i medici o i professionisti sanitari individuano la persona candidata da assistere dal servizio di teleassistenza.

TELEMONITORAGGIO

Il telemonitoraggio rappresenta la modalità operativa volta al **rilevamento e alla trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici in modo continuo**, basata su sensori che interagiscono con il paziente (tecnologie biometriche con o senza parti applicate).

La prestazione di telemonitoraggio ha il fine di:

- **Controllare** nel tempo dell'andamento **dei parametri rilevati**;
- **Incrementare** il numero di rilevazioni integrando le **misurazioni** effettuate nel corso di accessi domiciliari;
- **Verificare** l'aderenza alla **terapia**;
- **Gestire** in *home-care*, secondo protocolli convalidati da una ricca letteratura scientifica, molte delle **cronicità metaboliche e cardiorespiratorie**;
- Migliorare la gestione delle **riacutizzazioni**.

Il telemonitoraggio ha il vantaggio di poter efficacemente integrare il telecontrollo medico e il teleconsulto specialistico per migliorare le prestazioni sanitarie offerte al paziente. La modalità operativa di monitoraggio permette inoltre di alimentare il FSE, le cartelle cliniche dei MMG/PLS e strutture sanitarie.

COPIA
NOTA

Il ricorso al telemonitoraggio **prevede sempre un documento di riferimento (PDTA o protocollo) che definisca: il target di pazienti candidabili**, strumenti di telemonitoraggio disponibili, set minimo di parametri oggetto di monitoraggio, valori soglia, selezione di dati da riportare nella documentazione clinica, livello e possibilità di personalizzazione nonché le azioni di intervento in relazione ai livelli rilevati e quindi il percorso per la gestione degli allarmi, ivi compresi i professionisti per la gestione degli interventi (chiamata dell'infermiere di riferimento o del medico, accesso a domicilio dell'infermiere di riferimento o del medico, televisita, attivazione del 118, etc.). Ai sensi di quanto indicato dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) **si è inteso identificare prioritariamente, ma non esclusivamente, alcune condizioni cliniche di ampia prevalenza e di forte impatto sul carico assistenziale territoriale**, potenzialmente invalidanti, per le quali esistono mezzi e protocolli di telemonitoraggio efficaci e rapidamente scalabili, tra **cui diabete, scompenso cardiaco e cardiopatia ischemica, OSAS, broncopneumopatia cronica ostruttiva**.

SETTING ASSISTENZIALI

Il setting di attivazione del servizio di telemonitoraggio varia a seconda che si tratti di pazienti già in carico alle cure domiciliari o pazienti che transitano fra setting di cura diversi. Nel primo caso, l'attivazione avviene dal **setting domiciliare** quando gli attori dell'assistenza territoriale (ognuno per le proprie competenze) valutino utile integrare gli strumenti di telemonitoraggio nelle cure domiciliari, oppure dal setting di ricovero quando il personale della struttura, il medico in raccordo con il *case manager* della procedura di dimissione, ravveda la possibilità di prosecuzione delle cure attraverso interventi domiciliari di telemonitoraggio.

2.2 Finalità e ambito di applicazione

Il presente **modello organizzativo** risulta connesso all'attivazione dei servizi di Telemedicina nel territorio regionale, nell'ottica del rafforzamento dell'offerta sanitaria e socioassistenziale attualmente erogata.

Le finalità del servizio offerto si individuano nel miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria territoriale, anche nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso alle cure, al fine di garantire equità e appropriatezza nell'accesso e nella fruizione dei servizi sanitari nell'intero territorio regionale. In questa logica, la spinta innovativa della Regione Siciliana nel disegno dei nuovi modelli assistenziali guarda pertanto anche alle potenzialità dei sistemi digitali, ed in particolare dei servizi di Telemedicina, quale fattore abilitante della presa in carico integrata e personalizzata del paziente lungo tutta la filiera dei servizi sanitari, socioassistenziali e socioassistenziali.

In linea con le tendenze nazionali sopra descritte, il progetto di Telemedicina è stato definito in modo da garantire la presa in carico diversi **bisogni** e problematiche riscontrate nei processi di cura:

- Ridurre il rischio clinico del paziente;
- Ridurre la distanza dal centro specialistico e il tempo d'intervento;
- Ridurre la disparità di condizioni assistenziali sul territorio.

Nel percorso d'individuazione delle soluzioni alle problematiche suddette, la Telemedicina, erogata attraverso i servizi sopradescritti, trova un'immediata e altamente proficua applicazione poiché abbatte barriere di distanza e tempo, mettendo a disposizione un consulto immediato da parte di figure altamente specializzate. I **risultati primari** che la Regione intende raggiungere tramite l'implementazione dei servizi di Telemedicina sono i seguenti:

COPIA
NOTA

- **Diagnosi precoce** degli eventi grazie alla riduzione delle distanze tra operatori sanitari e pazienti e tra operatori sanitari stessi;
- **Tempestivo intervento per pazienti cronici** anche in occasione di episodi di acuzie per il paziente affetto da patologia rapidamente evolutiva, in cui il tempo che intercorre tra la diagnosi e la terapia è di vitale importanza;
- **Riduzione del numero di trasferimenti** non necessari ed efficientamento delle prestazioni assistenziali erogate in zone interne e/o disagiate, offrendo servizi di prossimità che aumentino l'appropriatezza e l'aderenza terapeutica.

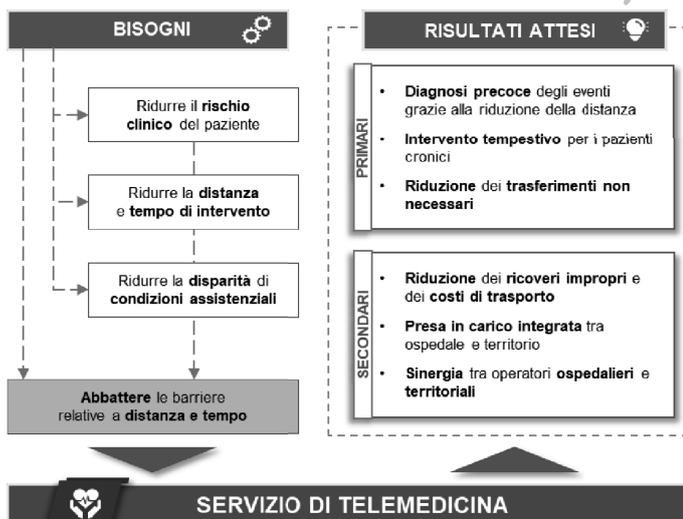


Figura 3. Obiettivi del servizio di Telemedicina

I **risultati secondari** che la Regione intende conseguire riguardano:

- La **riduzione dei costi** per ricoveri impropri e dei costi di trasporto o innalzamento del tasso di compliance alle linee guida internazionali per il trattamento clinico per i pazienti effettivamente bisognosi d'intervento;
- La **presa in carico integrata tra ospedale e territorio** e correlazione degli interventi, anche assicurando processi di de-ospedalizzazione quali ad esempio le dimissioni protette;
- La **collaborazione e comunicazione tra gli operatori** appartenenti alle diverse reti assistenziali ospedaliere e territoriali, consentendo una più efficace ed efficiente operatività dei gruppi di lavoro, in particolare per tutti quei contesti nei quali la multidisciplinarietà è elemento essenziale per una corretta presa in carico e gestione dell'assistito.

Considerato dunque che la finalità dei servizi di Telemedicina si individua nel superare l'isolamento territoriale delle aree più disagiate per ottimizzare, soprattutto in emergenza-urgenza, i livelli di assistenza sanitaria degli ammalati e la loro presa in carico, il modello organizzativo della Regione Siciliana intende considerare due aspetti per la definizione degli **ambiti di applicazione** a cui destinare i servizi: le **condizioni territoriali** e le **condizioni di salute**.

In merito alle **condizioni territoriali**, il servizio di Telemedicina mira ad ottimizzare l'assistenza sanitaria, soprattutto in emergenza-urgenza, anche nelle aree disagiate (in generale, territori che distano oltre 60 minuti dalla più vicina struttura ospedaliera e che presentano forti criticità, popolazione fragile e vulnerabile, per lo più anziana, collegamenti con i grandi centri abitati difficili e poco praticabili, soprattutto d'inverno).

Il particolare **contesto oro-geografico** ha da sempre inciso sullo sviluppo socioeconomico della Sicilia e conseguentemente anche sugli aspetti sanitari: la vastità del suo territorio, la presenza di arcipelaghi (Eolie, Egadi, Pelagie, nonché le isole di Ustica e Pantelleria) comportano peculiari criticità prevalentemente legate alle difficili vie di comunicazione che incidono sui tempi di percorrenza e dunque sul tempestivo accesso alle cure in alcune aree.

COPIA
NOTA

Il modello si propone, pertanto, di ottimizzare l'assistenza sanitaria nelle località con difficoltà di accesso alla rete dei servizi sanitari della Regione Siciliana, quali le aree interne, le zone montane, le Isole minori, già descritte nell'orografia del territorio. In tali realtà "l'offerta di salute", in genere, risulta insufficiente rispetto alle reali necessità, discriminando la popolazione nella fruizione di appropriati servizi assistenziali. Tali zone rispondono alle caratteristiche di zona disagiata, intendendo, con ciò, zone ubicate ad una distanza superiore ai 60 minuti dalle più vicine strutture ospedaliere, non compatibile con una adeguata erogazione delle prestazioni di emergenza-urgenza e specialistiche.

In considerazione del contesto sopra descritto, il progetto di Telemedicina può rappresentare un valido strumento di erogazione di **servizi omogenei** ma, allo stesso tempo, aderenti alle realtà locali, con garanzia di equità di accesso e di sicurezza dell'assistenza sanitaria nel suo complesso.

In relazione alle specifiche **condizioni di salute** che si intendono prendere in carico, l'attuale quadro demografico ed epidemiologico del nostro Paese - e così della Regione Siciliana - in conseguenza di una popolazione proporzionalmente sempre più anziana, vede un continuo incremento della prevalenza delle **patologie croniche**, che devono essere gestite preferenzialmente in ambito territoriale, limitando al massimo le fasi di scompensazione e con una forte responsabilizzazione del paziente stesso.

In tal senso, la Regione intende implementare un moderno sistema di Telemedicina, al fine di riorganizzare l'assistenza per le patologie croniche. Tale tecnologia, soprattutto in un momento di emergenza sanitaria globale come quello attuale, può essere di grande aiuto nella gestione delle malattie croniche, migliorando gli *outcomes* clinici e la qualità di vita dei pazienti, senza interruzione delle cure. Pertanto, l'utilizzo di moderne tecnologie, come la Telemedicina, vede come ambito prioritario in Sicilia malattie croniche come il **diabete**, lo **scompensazione cardiaca**, la **broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)**, favorendo un appropriato utilizzo delle risorse, riducendo i rischi di complicanze, ospedalizzazioni, tempi di attesa, evitando spostamenti del paziente dalla sua residenza. Le patologie citate rappresentano delle condizioni di salute ad elevato impatto sociale sia in termini di salute individuale che di costi per la società, se si considera la prevalenza nella popolazione (ad esempio, in Sicilia si contano oltre 330.000 circa pazienti diabetici negli anni 2021 e 2022, ovvero il 7% della popolazione). Le patologie croniche colpiscono una elevata percentuale di soggetti (si stima intorno al 40% della popolazione) e la loro incidenza è direttamente correlata con il progressivo invecchiamento della popolazione. La gestione di un numero sempre maggiore di soggetti affetti da comorbidità e maggiori complicanze, con conseguente aumento della domanda di cure ed assistenza, pone delle sfide enormi per tutti i sistemi sanitari e richiede l'adozione di strategie che consentano un'efficiente gestione delle risorse per garantire gli obiettivi di salute della popolazione e la sostenibilità del sistema.

Nella Regione Siciliana, sulla base dei dati di confronto con il resto del Paese, il tasso di mortalità legato alle malattie croniche risulta più elevato rispetto al valore nazionale, per una maggiore incidenza di **patologie cardiovascolari** e **diabete** associata ad uno **scenario socioeconomico** peggiore rispetto ai dati nazionali.

In tale contesto, diventa indispensabile mettere in atto una serie di azioni che mirino, da una parte, a ridurre i fattori di rischio maggiormente rilevanti sull'incremento delle patologie croniche (obesità, diabete, sedentarietà, fumo, ipertensione) e, dall'altra, a realizzare un'efficiente "presa in carico" dei pazienti affetti da tali condizioni, sia riorganizzando la **rete assistenziale** (in linea con i modelli di *chronic care model* e secondo quanto indicato nel piano nazionale della cronicità e in ultimo dal DM/77/2022), sia valorizzando il **ruolo del paziente** e del *caregiver*.

Per tali ragioni, la Regione intende sfruttare, almeno in prima istanza, gli strumenti di Telemedicina per l'assistenza di pazienti con patologie negli ambiti diabete, respiratorio e cardiologico che rappresentano

COPIA
NOTA

le aree con maggiore incidenza di malati cronici regionali, oltre ad essere tra le principali cause di mortalità. Si fornisce di seguito il dettaglio dei pazienti assistibili mediante servizi di Telemedicina per singola patologia (diabete, respiratorio e cardiologico) e relativa patologia.

- **Diabete di tipo 1 e 2.** L'utilizzo della Telemedicina a supporto della gestione del diabete di tipo 1 e di tipo 2 offre un aiuto sia al paziente nell'attività di autocontrollo della glicemia sia ai medici che lo seguono per controllare l'andamento della malattia e intervenire in caso di complicanze. I principali studi clinici sull'impatto del compenso glicemico sulle complicanze del diabete hanno incluso lo SMBG (Self-Monitoring of Blood Glucose) quale strumento insostituibile nella gestione quotidiana del diabete, sostenendo che esso sia un efficace elemento terapeutico. L'utilità del SMBG nel diabete di tipo 1 e di tipo 2 in terapia insulinica è oggi unanimemente riconosciuta e il suo impiego è stato da tempo inserito in tutte le linee guida, comprese quelle dell'American Diabetes Association (ADA). Lo SMBG permette al paziente di valutare la propria risposta individuale alla terapia e di determinare il grado di raggiungimento degli obiettivi glicemici. In tal senso, la Regione intende informatizzare parte del processo di cura mediante una personalizzazione del telemonitoraggio in cui venga implementato il protocollo per la gestione del diabete, anche mediante l'utilizzo di dispositivi medicali portatili wireless per l'esame della glicemia, l'adozione di modalità di trasmissione sicura dei valori misurati al sistema di riferimento, infine sistemi di supporto alla gestione e al controllo del processo;
- **Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO).** La BPCO è una malattia dell'apparato respiratorio che si manifesta con una ostruzione progressiva non reversibile del flusso aereo dovuta ad un'inflammatione cronica delle vie aeree che coinvolge il parenchima polmonare, comportando una riduzione della capacità respiratoria. Si tratta di una patologia che in Italia colpisce circa 3,5 milioni di persone e rappresenta oggi la terza causa di morte pari al 5,8% delle morti totali. L'obiettivo della Regione Siciliana è implementare l'impiego della Telemedicina nella pratica clinica per la gestione e assistenza dei pazienti con BPCO, allo scopo di: migliorare il controllo dei sintomi e dell'empowerment del paziente, ridurre la frequenza delle riacutizzazioni nei pazienti con BPCO utilizzando i sistemi di *alert* e di intelligenza artificiale specifici e certificati, migliorare la compliance terapeutica, infine individuare precocemente le riacutizzazioni che grazie alla Telemedicina potrebbe evitare riacutizzazioni gravi e ricoveri ospedalieri;
- **Scompenso cardiaco.** L'Insufficienza cardiaca è la situazione fisiopatologica in cui un'alterazione della funzione cardiaca è responsabile dell'incapacità del cuore di pompare sangue in modo adeguato alle esigenze metaboliche dei tessuti periferici. In generale tale patologia interessa più di 6 milioni di persone in tutto il mondo, con più di 1 milione di nuovi casi ogni anno in tutto il mondo, numero delle ospedalizzazioni sono quadruplicate negli ultimi 15 anni e sopravvivenza a 5 anni del 50%. Gli esami diagnostici di prima istanza per il trattamento della patologia sono: la misurazione della Pressione Arteriosa Sistemica e Venosa centrale e gli Esami strumentali di maggior pertinenza cardiologica (ad esempio l'elettrocardiogramma); seguono poi altri esami clinici e strumentali quali ad esempio esami di laboratorio di routine (e dell'enzima BNP); l'esame eco-cardiografico; l'esame RX-grafico; l'emogasanalisi. La Regione intende informatizzare parte del processo di cura mediante una personalizzazione del telemonitoraggio in cui viene implementato il protocollo per la gestione dello scompenso cardiaco, anche mediante l'utilizzo di dispositivi medicali portatili wireless per l'esame, l'implementazione di modalità di trasmissione sicura dei valori misurati al sistema di riferimento, l'adozione di sistemi di supporto alla gestione e al controllo del processo.

COPIA
NOTA

2.3 Modalità di acquisizione del servizio

Nell'ambito dell'investimento 1.2.3 «Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici» - sub - intervento «Servizi di Telemedicina» della Missione 6 - Componente 1, la Regione Siciliana adotta una **piattaforma unica** per l'erogazione dei servizi di Telemedicina nell'intero territorio regionale.

In tal senso, 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. Le Regioni e le PP.AA. sono state chiamate alla presentazione di un progetto secondo modalità e tempistiche definite dalle suddette Linee di indirizzo: in qualità di Soggetto Attuatore dell'intervento, Agenas acquisisce il Piano Operativo e il fabbisogno di ciascuna Regione, avvalendosi dell'apposito portale web messo a disposizione dalla stessa.

In coerenza con l'iter descritto, la Regione Siciliana ha definito nel mese di febbraio 2023, mediante apposita piattaforma resa disponibile da Agenas, un **fabbisogno totale per i servizi di Telemedicina**, valutato interamente conforme e, pertanto, finanziato con le risorse assegnate.

La programmazione è stata effettuata in coerenza con il **contesto regionale** e delle realtà provinciali, le condizioni demografiche e socioeconomiche, l'orografia e le condizioni di salute che si intendono prendere in carico, oltre che con gli obiettivi specifici del sub-investimento e nel rispetto dei principi del PNRR e del **Decreto 23 maggio 2022, n.77**, che rappresenta la necessità di riformulare l'attuale modello di erogazione dei servizi sanitari, con l'obiettivo di garantire in parallelo le migliori condizioni possibili di equità di accesso alle cure, tempestività e qualità degli interventi.

Per la realizzazione del servizio, la Regione intende acquisire i **micro-servizi logici** "specifici" e «trasversali» necessari al funzionamento dell'Infrastruttura regionale di Telemedicina (IRT) secondo quanto previsto dalle "Linee guida per i Servizi di Telemedicina Requisiti funzionali e livelli di servizio" allegate al DM del 21 settembre 2022.

Si riporta di seguito il dettaglio dei micro-servizi che la Regione Siciliana intende acquistare/integrare (A/I) con fondi PNRR, come coerentemente comunicato ad **Agenas** in data 6 marzo 2023 con riferimento ai servizi da implementare.

Micro-servizi	Televisita	Teleconsulto	Teleassistenza	Telemonitoraggio Livello 1	Telemonitoraggio Livello 2
Analisi del caso con supporto AR		(A)			
Billing Management	(A)		(A)		
Booking Management System	(I)	(I)	(I)		
Calibrazione dei device tramite RPA				(A)	(A)
Gestione documentale su NFT	(A)	(A)	(A)		
Modelli di Analisi Predittiva			(A)	(A)	(A)
Modelli Predittivi di Forecast		(A)			
Natural Language Processing-NLP	(A)				
Refertazione e Firma Digitale	(A)				
Sistema AI di Smart Suggestion			(A)		

Micro-servizi	Televisita	Teleconsulto	Teleassistenza	Telemonitoraggio Livello 1	Telemonitoraggio Livello 2
Speech Recognition	(A)	(A)	(A)		
Task Planner	(A)	(A)	(A)	(A)	(A)
Viewer Dati Clinici DICOM	(A)	(A)	(A)	(A)	(A)

Legenda

A: Acquistare

I: Integrare

Tabella 1. Microservizi di Telemedicina

Attualmente l'erogazione dell'assistenza sanitaria in Regione Siciliana non è supportata da servizi di Telemedicina integrati a livello regionale, piuttosto gli strumenti presenti sul territorio derivano da iniziative aziendali, interaziendali o regionali non coordinate tra loro, che gestiscono il servizio in aree limitate di territorio o per set limitati di patologie. Tra le principali iniziative presenti in Regione, che rappresentano delle "best practices" per la realizzazione del servizio regionale, si annoverano:

- **Progetto Trinacria (per le isole minori):** Servizio per l'ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle piccole Isole e in località con particolare difficoltà di accesso di cui la Regione Siciliana è capofila per le regioni del sud (D.A. n. 2145 del 8/11/2016). L'obiettivo principale del progetto risulta il miglioramento dei livelli di assistenza, emergenza, urgenza e presa in carico del paziente attraverso l'adozione di modelli organizzativi volti a garantire l'appropriatezza delle prestazioni erogate tramite l'implementazione della Telemedicina al fine di garantire l'ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle piccole Isole della Regione e nelle aree disagiate individuate e superando in tal modo le condizioni di isolamento, sia dei cittadini con patologie croniche a lungo *follow-up* che degli operatori sanitari. Il meccanismo alla base del progetto è il trasferimento delle informazioni al fine di consentire la tele diagnosi e il teleconsulto, reso possibile mediante l'adozione di strumenti di Information and Communication Technology (ICT) e di adeguati percorsi formativi e di aggiornamento professionale;
- **Progetto aziendale di Telemedicina "EOLIENET":** Servizio di Telemedicina, attivato dall'ASP di Messina, che dal 2006 collega le isole Eolie con i Centri (Messina, Milazzo, Lipari) più attrezzati per l'archiviazione, la consultazione e l'analisi delle cartelle cliniche dei pazienti avvalendosi di apposita strumentazione ICT. Il servizio viene erogato attraverso i cosiddetti POCT (Point of Care Testing) che garantiscono la produzione di analisi cliniche e la condivisione in tempo reale tra il personale medico, situati presso le Guardie Mediche di Alicudi, Filicudi, Salina, Panarea, Vulcano, Stromboli-Ginostrea;
- **Progetto di Teleconsulto Neurochirurgico in Rete "TeleNeuReS":** Rete regionale per il teleconsulto neurochirurgico in pazienti neurolesi (trauma cranico, ICTUS emorragico, patologie tumorali intracraniche, e patologie vertebro-midollari). Si tratta di una rete specialistica e specializzata, articolata in HUB e Spoke, e integrata con gli altri network istituiti nel SSR. TeleNeuReS integrandosi con la Rete del Politrauma regionale (D.A. n.1438 del 18/07/2012), rappresenta di fatto il concreto segmento applicativo della Telemedicina per le finalità di diagnosi delle patologie dei pazienti neurolesi da trauma e da ictus. La soluzione progettuale individuata consiste in un'unica infrastruttura di rete per il teleconsulto, con copertura regionale e medesime funzionalità su tutto il territorio servito, che preservi ed estenda le esperienze e gli investimenti di progetti consolidati come ReSPeCT (Rete Specialistica per il Trauma), per la provincia di Messina operativo dal 2005 e il progetto TeleTAC, realizzato tra alcune aziende delle provincie di Palermo, Agrigento e Trapani attivo dal 2011 seguendo così il principio di preservazione degli investimenti pregressi sia in termini di tecnologia che di *modus operandi*. Gli elementi logici di cui si compone il sistema, fortemente integrati tra loro, sono: un applicativo di Teleconsulto a cui accedere in modalità web, un sistema di gestione e distribuzione

COPIA
NOTA

delle immagini radiologiche (studi iconografici) che permette l'invio al nodo centrale presso l'AO Civico di Palermo, e successivamente alla postazione dello specialista refertatore presso l'Hub che ha in carico il caso di teleconsulto.

- **Progetto interaziendale di teleconsulto neurochirurgico delle emergenze “ReSpecT”**: Sistema telematico finalizzato alla realizzazione di una rete provinciale di teleconsulto neurochirurgico per pazienti affetti da trauma cranico ed ictus cerebrale emorragico. Si tratta di una rete di Telemedicina con architettura Hub and Spoke, in grado di collegare le neurochirurgie dell'AOU Policlinico “G. Martino” e dell'A.O. Papardo-Piemonte di Messina con tutti i presidi ospedalieri dell'ASP di Messina, al fine di ottimizzare la gestione in urgenza dei pazienti affetti da patologie neurochirurgiche (ad oggi trauma cranico ed ictus emorragico, in fase di estensione). Gli obiettivi principali del progetto ReSPeCT si riscontrano nel supporto al processo decisionale in tempi brevi, tempestività della diagnosi e dell'intervento terapeutico, razionalizzazione delle risorse, condivisione delle eccellenze sul territorio, alta formazione e contenimento dei costi relativi ai trasferimenti inutili. Il progetto, iniziato in fase sperimentale nel 2003, ha avuto la sua diffusione su tutto il territorio dell'ASP nel giugno 2005 ed è entrato a regime routinario.

La mancanza di un modello unico di Telemedicina per l'erogazione dei servizi sanitari impone la definizione di un **modello organizzativo sistematico**, seguito da un piano di azioni strutturato, che integri – anche mediante il coinvolgimento del livello locale - le strutture e le risorse coinvolte nel processo e consenta, al contempo, l'avvio di una adeguata campagna di informazione della comunità sull'esistenza e possibilità di cura domiciliare offerte dai servizi di Telemedicina.

Con tale progetto la Telemedicina evolverà da ambito sperimentale promosso solo da alcune realtà locali o limitatamente ad alcune patologie a **componente integrante del sistema sanitario regionale**, con l'obiettivo di uniformare, a livello regionale, le iniziative già presenti, nonché di allargarne il bacino d'utenza, al fine di migliorare i servizi sanitari offerti ed accrescere “l'esperienza di cura” del paziente. Come tale, è fondamentale che la sua diffusione sia equa ed omogenea e che le soluzioni adottate siano interoperabili tra loro.

COPIA
NOTA

3. MODELLO ORGANIZZATIVO

3.1 Dimensioni di analisi

La **Telemedicina** è un campo in cui vari concetti devono integrarsi in armonia l'uno con l'altro per arrivare all'obiettivo finale dell'applicazione, poiché fornire un percorso sanitario ad un paziente, erogato attraverso la Telemedicina, non significa, consegnare fisicamente uno strumento tecnologico al suo domicilio. Ai fini di una valutazione e migliore organizzazione dei servizi di Telemedicina, è importante sviluppare un modello organizzativo che ne descriva gli aspetti logistici e relazionali.

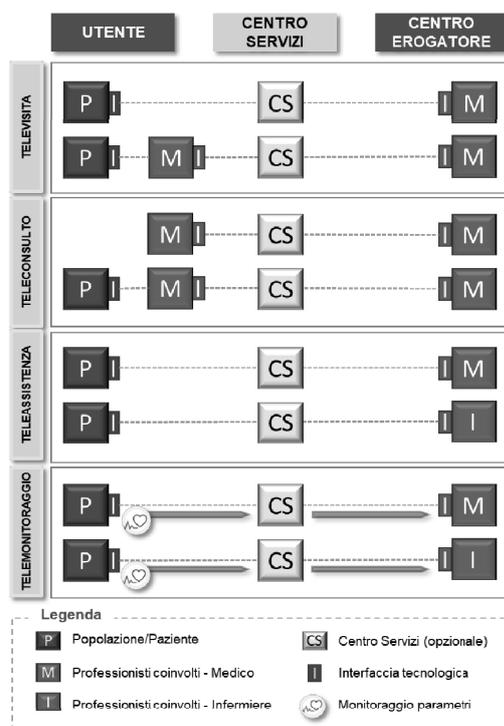


Figura 4. Framework modello organizzativo

Una classificazione dei modelli organizzativi può migliorare la capacità di valutazione oggettiva delle **performance dei servizi** in Telemedicina e dei loro risultati rispetto agli obiettivi preposti. In relazione agli attori coinvolti e alle modalità di realizzazione dei servizi di Telemedicina, si riconoscono diversi modelli di erogazione del servizio, come sintetizzato in Figura 4: in linea generale, l'utente paziente/caregiver interagisce con il Centro erogatore (medico e/o infermiere), mediante una infrastruttura di comunicazione e un Centro Servizi, se previsto.

La Regione Siciliana intende sviluppare un modello organizzativo capace di **integrare la Telemedicina nella cura delle patologie croniche**, passando dalla ricerca alla pratica, per offrire le massime garanzie possibili di concretezza, efficacia e stabilità. Ciò è particolarmente importante in aree territoriali vaste, in zone svantaggiate per condizioni ambientali o socio-economiche, oppure per individui o comunità in situazioni di isolamento o di difficoltà di qualsiasi tipo.

Tale modello introduce molteplici dimensioni che devono essere prese in considerazione per realizzare questo tipo di servizio. In tal senso, la Regione Siciliana ha individuato e definito un **insieme coordinato di processi, procedure e ruoli operativi** regolamentati che permetta la gestione fluida di attività complesse, trasversali rispetto ai **soggetti coinvolti**, finalizzate al comune obiettivo prefissato. A tal fine, nell'ottica di erogare i servizi di Telemedicina ad un **set di pazienti target con patologie croniche**, la conoscenza della **condizione clinica e del carico di malattia** della **popolazione di riferimento** risulta centrale per la Regione e le aziende sanitarie, insieme alla definizione delle **modalità di erogazione** di ciascun servizio e alla descrizione dei **parametri da monitorare/controllare**. Il modello organizzativo deve, inoltre, necessariamente tenere conto **dell'informazione e formazione** sull'utilizzo dei servizi di Telemedicina rivolta sia al **personale sociosanitario**, sia a coloro che utilizzano il servizio come **destinatari** della prestazione sanitaria in Telemedicina (paziente e/o il *caregiver*), al fine di permettere loro l'acquisizione delle competenze necessarie per l'utilizzo dei servizi di Telemedicina.

Il **modello organizzativo** qui proposto si configura dunque come **multidimensionale**, e si compone di un **set di dimensioni di analisi**, ciascuna dedicata a uno dei quattro servizi che la Regione Siciliana intende implementare nell'ambito della Telemedicina: televisita, teleconsulto, teleassistenza, alle quali si aggiunge, in conformità con quanto previsto dal DM del 30 settembre 2022, un dettaglio sul

telemonitoraggio delle singole patologie croniche (diabete, scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva BPCO) che la Regione intende assistere, in prima istanza, con i servizi di Telemedicina.

Le dimensioni di analisi che configurano ciascun servizio erogato risultano:

- **Condizione clinica della popolazione;**
- **Modalità di erogazione;**
- **Professionista/i e branche specialistiche coinvolti;**
- **Parametri da monitorare/controllare.**

In aggiunta, due dimensioni di analisi trasversali, quali la **formazione del personale** e la **valutazione e formazione delle competenze informatiche del paziente**, risultano fondamentali per una erogazione efficace ed efficiente del servizio sopra descritto.

Si riporta di seguito un **elenco descrittivo della struttura generale** del modello organizzativo regionale di Telemedicina.

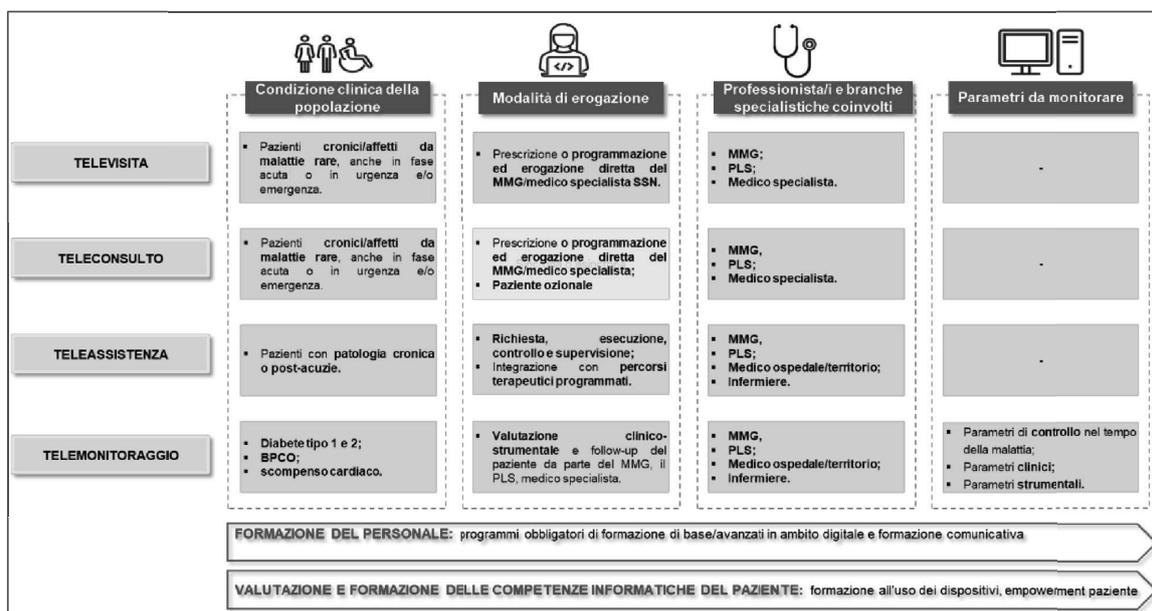


Figura 5. Quadro riepilogativo delle dimensioni di analisi

CONDIZIONE CLINICA DELLA POPOLAZIONE

La corretta **scelta del target** di destinazione del servizio, è strettamente derivante dalle analisi **epidemiologica** e dei **servizi**. L'epidemiologia è definita lo "studio della distribuzione e dei determinanti di condizioni o di eventi legati alla salute in popolazioni specifiche, nonché l'applicazione di tale studio al controllo dei problemi di salute"¹; essa rappresenta dunque un'importante chiave di metodo per compiere scelte finalizzate a conservare ed aumentare il patrimonio di salute di una comunità.

In particolare, i dati derivanti dall'analisi epidemiologica offrono un utile supporto in tutte le fasi della progettazione in Sanità Pubblica, permettendo di individuare problemi di salute prioritari, sui quali agire ricavando i più elevati "guadagni di salute" possibili.

¹Last J. M. et al., "A Dictionary of Epidemiology", in *American Journal of Epidemiology*, Volume 154, Issue 1, 2001.

COPIA
NOTA

Fase preliminare e fondamentale del modello organizzativo regionale di Telemedicina è, infatti, stimare l'importanza del problema di salute e quali gruppi a rischio riguarda, utilizzando una serie di indicatori, come, ad esempio, tassi di mortalità e morbosità (ricovero), ricavabili da fonti di dati sanitari correnti e valutabili nella loro distribuzione temporale e geografica.

Risulta fondamentale, affinché il risultato del progetto non sia inficiato da variabili non controllabili, non sottostimare altri **elementi di carattere più sociale** afferenti al target di pazienti da monitorare, e tenere in considerazione il fatto che molti pazienti con patologie croniche condividono **diverse patologie** con diversi **gradi di gravità**. Per tale ragione, il modello organizzativo propone una stratificazione della popolazione basata su una **valutazione multidimensionale del paziente**, in funzione di diversi parametri:

- Livelli socio-economici;
- Stili di vita;
- Propensione all'uso delle tecnologie;
- Caratteristiche rete familiare di supporto;
- Rapporti con i servizi sociali;
- Stato psico-cognitivo del paziente e dei *care givers*;
- Parametri standard, quando reso possibile dalle evidenze scientifiche e dalla pratica clinica, come nel caso della classificazione GOLD (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*) per i pazienti affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO).

A seconda del servizio di Telemedicina e della relativa finalità (valutazione iniziale, supervisione del MMG, second opinion specialistica, monitoraggio di parametri clinici o biologici), viene individuato il set di popolazione di riferimento a cui erogare il servizio. In questo senso, la Regione Siciliana ha deciso di erogare i servizi di Telemedicina, in prima istanza, in favore di pazienti affetti da **patologie croniche** quali diabete di tipo 1 e di tipo 2, scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO).

La selezione dei pazienti da coinvolgere nella fruizione del servizio di Telemedicina avviene stabilendo dei criteri adeguati che variano a seconda della patologia. È dunque utile per ogni categoria di pazienti, per patologia coinvolta individuare:

1. Criteri di inclusione:

- Criteri anagrafici;
- Luogo di residenza;
- Tipologia patologia: es. Diabete mellito Tipo II complicato/scompenso;

2. Criteri di esclusione:

- Criteri soggettivi: es. pazienti che partecipano anche ad altri progetti;
- Criteri psico-attitudinali;
- Criteri di inabilità a partecipare.

MODALITÀ DI EROGAZIONE

Una volta definita la condizione clinica a cui erogare i servizi e il set di popolazione coinvolta, si intende procedere con la mappatura degli incroci organizzativi: il chi fa cosa, secondo una serie di **macro fasi** di progetto, che definiscono la modalità di erogazione del servizio. In base all'esperienza e al *benchmarking*, le macro-fasi sono le seguenti:

- Richiesta e ottenimento del **consenso informato** da parte del paziente;

- **Arruolamento:** tale fase prevede che vengano raccolte informazioni sia di tipo anagrafico sia di tipo anamnestico. Le modalità di raccolta sono molteplici poiché il rapporto diretto con il paziente è ritenuto essenziale specialmente nelle prime fasi del progetto;
- **Creazione scheda assistito;**
- Presenza del **Centro Servizi** che garantisce il funzionamento del sistema infrastrutturale di Telemedicina;
- **Assesment iniziale/installazione:** stesura del protocollo per la fruizione del servizio di Telemedicina che implica la scelta di quali apparati/*device* dare in dotazione;
- **Operatività** del servizio.

Le modalità di erogazione possono essere molteplici e diversificate, cambiando a seconda dell'evoluzione della patologia e dello sviluppo della tecnologia. Tali variabili, incidono su diversi soggetti che contribuiscono a definire la modalità di erogazione, ad esempio rispetto:

- Al **tipo di personale sanitario** che eroga il servizio;
- Alla **durata** e alla **disponibilità** oraria dell'erogazione (ad esempio, per la televisita la sua durata dipende dal caso specifico ed è eseguibile a qualsiasi orario, per la teleassistenza la sua durata dipende da ogni singola Azienda Sanitaria Locale, mentre la tempistica di attivazione può essere delineata nell'ambito dei documenti previsti a livello locale per la definizione degli aspetti organizzativi (es. PAI), per il telemonitoraggio può raggiungere le 24 ore 7 giorni su 7, in base alle condizioni cliniche del paziente e sulla base di quanto stabilito dal medico curante).

PROFESSIONISTA/ E BRANCHE SPECIALISTICHE COINVOLTI

È utile in fase di definizione del modello organizzativo valutare con grande attenzione chi sono gli operatori da coinvolgere definendo quelli essenziali e quelli non prioritari. Ogni possibile risultato, sarà infatti positivo o negativo a seconda di quanto e come si sono presi in considerazione tutti gli impatti del nuovo servizio di Telemedicina a livello organizzativo.

I soggetti da coinvolgere sono numerosi: quelli **prioritari**, e quindi, sempre, da coinvolgere:

- Pazienti e *caregivers*;
- MMG e specialisti per patologia;
- Servizi del distretto (cure domiciliari, prevenzione, etc.),
- Servizi dell'ente gestore;
- Ospedale.

I soggetti **secondari** che possono essere coinvolti in base al modello di servizio, risultano, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- Continuità assistenziale;
- Volontariato.

I professionisti coinvolti in ogni servizio di Telemedicina, così come previsto dal modello organizzativo regionale sono il MMG, il PLS o il medico specialista, a cui resta in capo la responsabilità del paziente e la valutazione dell'efficacia del servizio erogato. Sia i MMG, che i PLS che gli specialisti hanno la possibilità di:

- **Arruolare i pazienti** nel servizio e, pertanto, inserire i dati clinici del Paziente nel sistema;
- Definire le **sglie di riferimento** dei parametri misurati;
- Definire il **protocollo di Telemedicina** (*device* da utilizzare, frequenza delle misure, soggetti da coinvolgere nelle emergenze, etc.).

COPIA
NOTA

È essenziale inoltre che:

- Il MMG o lo specialista esplicitino al paziente le procedure che verranno utilizzate nell'ambito della Telemedicina. Ai fini di **una corretta comunicazione** sarebbe utile che all'informazione orale si accompagni sempre una comunicazione scritta, sotto forma di carta del servizio o anche solo volantino informativo da lasciare al paziente e ai suoi famigliari;
- Il **linguaggio sia semplice e comprensibile** e lo stile comunicativo favorisca l'empatia e la possibilità di accettare un nuovo modello di cura.

PARAMETRI DA MONITORARE/CONTROLLARE

Il presente modello organizzativo dei servizi di Telemedicina prevede anche che venga effettuato – tra i servizi resi disponibili – il telemonitoraggio dei **parametri**, anche attraverso l'utilizzo di appositi **dispositivi medici** che, a seconda delle loro caratteristiche, sono in grado di rilevare determinate informazioni.

Lo scopo è il controllo dei parametri, rilevati in un arco temporale, al fine di meglio parametrare l'assistenza sanitaria fornita al paziente (ad esempio, rilevare una minore necessità per il paziente di eseguire controlli ambulatoriali di persona). Tali parametri mutano dunque in relazione alla popolazione di riferimento e al carico di malattia, ma possono globalmente essere coi distinti:

- Parametri finalizzati alla formulazione/identificazione della diagnosi della malattia;
- Parametri finalizzati alla identificazione ed al controllo nel tempo dei fattori di rischio che accompagnano la malattia;
- Parametri di appropriatezza d'uso dei servizi del SSN;
- Parametri finalizzati alla rilevazione della presenza ed evoluzione del danno d'organo associato alla malattia;
- Stratificazione globale del rischio della malattia;
- Parametri clinici-strumentali.

FORMAZIONE DEL PERSONALE

La Regione Siciliana intende sviluppare nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente, **programmi obbligatori di formazione di base/avanzati in ambito digitale** e programmi di aggiornamento specifico, anche con riferimento all'utilizzo degli strumenti e applicativi di Telemedicina scelti dall'organizzazione per l'erogazione dell'ADI, assegnando la relativa responsabilità organizzativa in capo al Centro Servizi, se presente, o al Centro Erogatore.

La formazione dovrà riguardare le nuove **apparecchiature di acquisizione** delle informazioni e le **tecnologie di trasmissione dei dati**, alla base di una prestazione in Telemedicina. È infatti importante considerare che le differenti categorie di operatori coinvolti nell'erogazione dei servizi di Telemedicina hanno, di fatto, un diverso approccio alle tecnologie, non solo per attitudine personale, ma anche per modalità di lavoro. Negli ultimi tempi si sta assistendo, e non solo per l'aumento del debito informativo, ad un incremento dei processi cooperativi che prevedano lo scambio di informazioni tramite l'ICT; tuttavia, non devono essere sottovalutati tutti gli elementi, denominati esterni, che possono boicottare o diminuire il successo di un progetto.

La Regione Siciliana intende sviluppare nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente, **programmi obbligatori di formazione di base/avanzati in ambito digitale** e **programmi di aggiornamento** specifico, anche con riferimento all'utilizzo degli strumenti e applicativi di Telemedicina

COPIA
NOTA

scelti dall'organizzazione per l'erogazione dell'ADI, assegnando la relativa responsabilità organizzativa in capo al Centro Servizi, se presente, o al Centro Erogatore.

Per superare le criticità legate a pregiudizi e alla resistenza al cambiamento dei singoli operatori, si propone di investire molto sulla formazione e sulla cura degli aspetti psicologici, sul fronte anche comunicativo. Per la buona riuscita del modello organizzativo regionale di Telemedicina risulta, infatti, molto utile formare il professionista nelle modalità di approccio **relazionale** verso i pazienti. Il personale medico, soprattutto quello con cui i pazienti hanno contatti per telefono oppure attraverso lo schermo, dovrà aver ricevuto anche una formazione psicologica, in modo da umanizzare la relazione a distanza e da rimediare alla mancanza di quella presenza fisica sulla quale si era sinora basato il **dialogo tra medico e paziente**. Sono, dunque, essenziali momenti di formazione che permettano agli operatori del settore di prestare attenzione anche agli aspetti della comunicazione efficace in rapporto ai pazienti.

La Telemedicina deve, dunque, essere "accettata dal paziente"; e per questo è fondamentale saperla proporre, senza creare vissuti di abbandono o solitudine nel paziente, che potrebbe avere difficoltà nel non relazionarsi direttamente con il medico o con l'operatore. È determinante che l'apprendimento diventi un'**azione di sistema** e non una proposta estemporanea.

VALUTAZIONE E FORMAZIONE DELLE COMPETENZE INFORMATICHE DEL PAZIENTE

Il modello organizzativo regionale prevede anche che ai **pazienti** assistiti con sistemi di Telemedicina sia fornita un'adeguata **formazione**, anche in considerazione del fatto che in massima parte si tratta di pazienti **anziani**, con scarsa dimestichezza con le **tecnologie**.

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

Al paziente potrebbe essere ad esempio richiesto di inviare in maniera automatica i parametri medici (es. glicemia, pressione arteriosa, peso, etc.) misurati attraverso l'impiego dei dispositivi medici scelti, in funzione della patologia e del protocollo assegnato dal MMG e, se necessario, dallo specialista.

La **valutazione delle competenze informatiche** del paziente e la sua capacità di effettuare le rilevazioni in autonomia o con il supporto di un operatore/*caregiver*, insieme alla formazione del paziente e/o *caregiver* e alla **consegna dei dispositivi** prescritti sono in carico al personale sanitario che segue il paziente, eventualmente coadiuvato da personale tecnico per l'installazione e l'avvio dei dispositivi.

La formazione dei pazienti e dei *caregivers* non risulta limitata agli **aspetti tecnologici**, ma si focalizza anche sugli aspetti sociali e di relazione, sul mutamento del **rapporto medico-paziente** e sulla rassicurazione che, pur a distanza, viene comunque garantita assistenza e cura al paziente ed alla sua patologia. Per tale ragione, risulta fondamentale, in particolar modo nella gestione delle patologie croniche, l'educazione e l'**empowerment** del paziente e dei *caregiver*.

Con tale strategia si intende garantire il passaggio da un sistema che reagisce ad un evento improvviso e non pianificato, ad un sistema che educa e responsabilizza il paziente a prendersi cura attivamente della propria malattia e del proprio regime di trattamento. La prevenzione della cronicità e il miglioramento

COPIA
NOTA

della gestione della patologia cronica con la partecipazione diretta del paziente responsabile rappresentano una sfida per la sostenibilità economica dei sistemi sanitari.

Si riporta di seguito il dettaglio del modello organizzativo della Regione Siciliana di ciascun servizio di Telemedicina.

3.2 Televisita

La **televisita** rappresenta un servizio di assistenza sanitaria, effettuato tramite il ricorso a tecnologie innovative, in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente non hanno la possibilità di interagire fisicamente nello stesso luogo al fine di prevenire, diagnosticare, trattare e fissare il controllo.

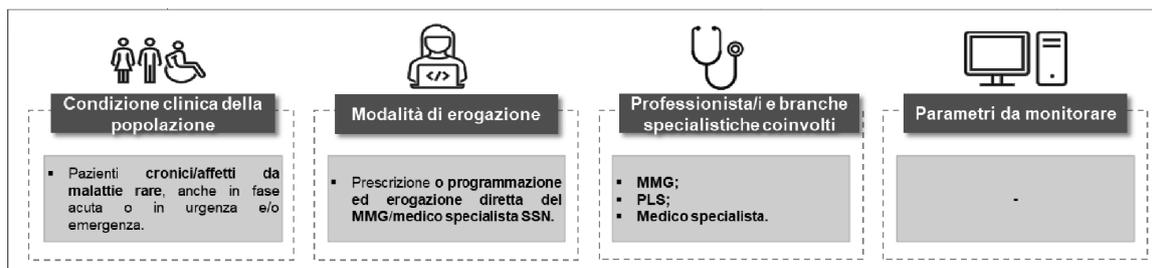


Figura 6. Framework modello organizzativo televisita

Condizione clinica della popolazione

Il servizio di televisita è potenzialmente fruibile da **qualsunque tipo di paziente**, tuttavia, le condizioni cliniche della popolazione di riferimento che la Regione Siciliana vuole assumere, in prima istanza, come beneficiaria dei servizi di Telemedicina, sono relative ai pazienti con patologie croniche (diabete di tipo 1 e di tipo 2, scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)).

Come riportato dalle “Linee di Indirizzo per i Servizi di Telemedicina” allegate al DM del 30 settembre 2022, per l’individuazione della popolazione coinvolta occorre attenzionare eventuali **requisiti da rispettare** nell’erogazione del servizio a pazienti di determinate fasce di età o condizioni di salute, tra cui a titolo esemplificativo:

- **Anziani** – il sistema di accesso alla videochiamata per la televisita deve essere fruibile in autonomia (o anche supportati dal *caregiver*) anche da persone anziane;
- **Bambini** – il sistema di videochiamata per l’esecuzione della televisita deve essere utilizzabile dagli esercenti la patria potestà con modalità che facilitino il contemporaneo accudimento del minore, specie se malato;
- **Disabili** – il sistema di videochiamata deve essere tale da consentirne l’uso da parte di qualsiasi tipo di *caregiver* e con dispositivi digitali e software adatti a facilitarne l’uso mentre egli prosegue ad accudire il disabile.

Ciascun servizio deve necessariamente essere adeguato alla popolazione di riferimento. A titolo esemplificativo, risulta possibile erogare:

- **Televisita per paziente con patologia cronica/malattia rara:** conferma diagnostica, prognosi, decisione terapeutica, verifica del trattamento, modifica del trattamento, *follow-up*;
- **Televisita per paziente con patologia acuta ma non in urgenza/emergenza:** conferma diagnostica, prognosi, decisione terapeutica, verifica del trattamento, modifica del trattamento, prevenzione terziaria, controlli in convalescenza, *follow-up*.

COPIA
NOT

- **Televisita per paziente in urgenza/emergenza:** non è suggeribile in quanto non deve costituire ragione per ritardare interventi in presenza nei casi in cui questi garantiscono maggiore efficacia o sicurezza rispetto all'intervento da remoto.

Modalità di erogazione

La televisita, erogabile in qualsiasi tipo di PDTA, può essere prescritta dal **medico/dai medici del SSN** o dai medici delle strutture private convenzionate con il SSN che ha/hanno in carico il paziente, oppure può essere programmata ed erogata direttamente dal **MMG** o dal **PLS**. La televisita si conclude sempre con un referto (ad eccezione nei casi in cui la televisita sia effettuata dal MMG/PLS) che deve essere inviato al FSE. Tuttavia, qualora il paziente abbia difficoltà ad accedere al proprio FSE, su richiesta, il referto potrà essere inviato anche in modalità sicura, con doppia autenticazione. La **prenotazione** di televisita può essere effettuata, attraverso sistemi digitali, sia da parte del medico nel momento in cui la prescrive, oppure direttamente dal paziente o da chi abbia titolo a rappresentarlo. La televisita è eseguibile a qualsiasi orario e la sua durata dipende dal caso specifico. Sia in via preliminare, sia durante l'erogazione del servizio è possibile lo scambio di documentazione clinica tra il paziente e lo specialista, ad esempio mediante la consultazione della documentazione clinica già presente nei database associati alla piattaforma di appoggio, per i quali il paziente ha già dato consenso d'uso a fini di cura.

Professionista/i e branche specialistiche coinvolti

Nella prestazione di televisita sono coinvolti il **MMG**, il **PLS** o il **medico specialista**. Il **Centro Servizi** garantisce il funzionamento del sistema di Telemedicina, e interviene al bisogno e in modo proattivo, assumendo funzioni di help desk per il paziente e/o per il medico. I medici sono responsabili della valutazione delle indicazioni e delle controindicazioni mediche alla sua esecuzione, in considerazione della condizione clinica del singolo paziente e secondo deontologia medica, fatti salvi i contesti in cui le decisioni spettino per legge alla autorità di sanità pubblica, che sarà comunque tenuta a valutare le eventuali proposte dei medici che hanno in cura il singolo malato. La valutazione di eventuali limitazioni nella prestazione di televisita è responsabilità medica e dipende dalla ponderazione del rapporto tra la condizione clinica del paziente e la disponibilità oggettiva al momento. La responsabilità delle risorse hardware, software e di telecomunicazione e della loro conformità alle leggi, ai regolamenti e alle norme tecniche di riferimento in Italia, a quanto stabilito al momento della messa a disposizione del servizio è in capo all'organizzazione sanitaria.

3.3 Teleconsulto

Il **teleconsulto** rappresenta un servizio di assistenza sanitaria, effettuato tramite il ricorso a tecnologie innovative, in situazioni in cui più professionisti della salute, ed eventualmente il paziente, non hanno la possibilità di interagire fisicamente nello stesso luogo al fine di prevenire, diagnosticare e trattare un determinato quadro clinico.

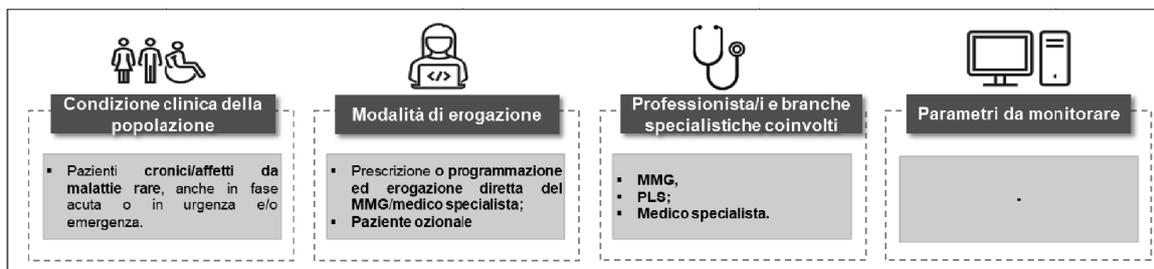


Figura 7. Framework modello organizzativo teleconsulto

Condizione clinica della popolazione

Il **teleconsulto** può essere svolto in **favore di qualsiasi paziente**. A tal proposito, si rimanda all'Intesa Stato Regioni 158 del 21 settembre 2017 per la realizzazione della Rete Nazionale dei Tumori Rari, la quale richiede che la presa in carico dei pazienti avvenga in centri altamente specializzati detti user e provider anche attraverso la presenza necessaria e inderogabile del teleconsulto/teleconsulenza clinico (singolo o continuativo), teleconsulto/teleconsulenza clinico con visita del paziente, teleconsulto/teleconsulenza istopatologico e teleconsulto/teleconsulenza radiologico. Il teleconsulto non ha controindicazioni per la sicurezza del paziente, se presente, e può essere eseguito **anche in urgenza o emergenza**.

Modalità di erogazione

Il teleconsulto viene **richiesto dal medico/dai medici del SSN** o dai medici delle strutture private convenzionate con il SSN che ha/hanno in carico il paziente. Il teleconsulto può essere eseguito a **qualsiasi orario** e la **durata** della singola prestazione dipende dal **caso**. Quando il teleconsulto si svolge con il paziente in collegamento, esso assume le modalità di esecuzione di una televisita. Si precisa, inoltre, che trattandosi di un intervento di Telemedicina che necessita del coinvolgimento occasionale di altri professionisti sanitari che non sono usualmente coinvolti nel processo di cura poiché si può svolgere anche senza la presenza remota o fisica del paziente, è fondamentale descrivere, nell'informativa privacy fornita al paziente durante l'attivazione della presa in carico, tali modalità di modo che l'interessato possa conoscerle a priori.

Professionista/i e branche specialistiche coinvolti

Nella prestazione di teleconsulto sono coinvolti il **MMG**, il **PLS** o il **medico specialista**. Il **Centro Servizi** garantisce il funzionamento del sistema di Telemedicina, e interviene al bisogno e in modo proattivo, assumendo funzioni di help desk per il paziente e/o per il medico. Le **indicazioni di teleconsulto** sono decise dal **medico/dai medici** che in un dato momento ha/hanno la **responsabilità clinica del paziente**. Tale servizio risulta particolarmente utile nei casi in cui sia impossibile o difficile trasportare il paziente per cause cliniche o ambientali, o legate a condizioni di limitata libertà personale. In tali circostanze il teleconsulto è da considerare preferibile ad altre modalità di consulto o prestazioni sanitarie (es. limitazioni degli spostamenti a causa di epidemia o pandemia). La responsabilità delle risorse hardware, software e di telecomunicazione e della loro conformità alle leggi, ai regolamenti e alle norme tecniche di riferimento in Italia, è in capo all'organizzazione sanitaria.

3.4 Teleassistenza

La **teleassistenza** rappresenta un sistema socio-assistenziale per la presa in carico della persona anziana o fragile a domicilio, tramite la gestione di allarmi, di attivazione dei servizi di emergenza, di chiamate di "supporto". La Teleassistenza ha un contenuto prevalentemente sociale, con confini sfumati verso quello sanitario, con il quale deve connettersi al fine di garantire la continuità assistenziale.

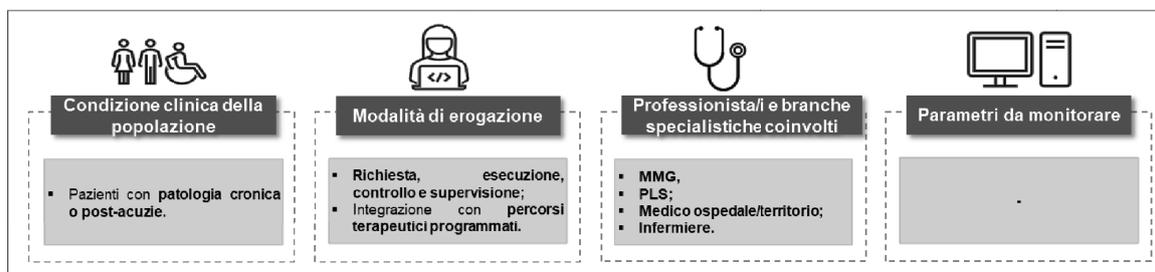


Figura 8. Framework modello organizzativo teleassistenza

COPIA
NOTA

Condizione clinica della popolazione

L'attività di teleassistenza, di pertinenza delle professioni sanitarie, è rivolta a tutte le **persone assistite** e loro **famiglie/caregiver**, in condizioni di fragilità generate da **patologia cronica o post-acuzie**. Il servizio può essere erogato ad un'ampia platea di soggetti in diversi livelli assistenziali, e in particolare in quello delle **cure domiciliari** e delle situazioni ad esso assimilabili, ad esempio case-famiglia, comunità residenziali, dormitori, centri diurni e strutture protette per emarginati, strutture di accoglienza per i minori non accompagnati, e può essere inoltre integrato o condiviso anche con le forme di assistenza previste per ospedali, IRCCS, Ospedale di Comunità, Case di Comunità, Residenza Sanitaria Assistenziale, casa di riposo e, con gli opportuni adeguamenti, per gli istituti di formazione e gli istituti penitenziari.

Modalità di erogazione

Le prestazioni sanitarie di Teleassistenza devono essere progettate a partire dalle esigenze specifiche delle persone assistite a cui essi si rivolgono, tenendo conto anche delle caratteristiche del territorio nel quale la prestazione verrà svolta. Le attività di Teleassistenza possono integrarsi con altre **prestazioni medico-sanitarie** erogate da remoto o in presenza, all'interno di servizi sanitari basati su sistemi di Telemedicina, percorrendo percorsi diagnostici e terapeutici, costruiti su evidenze scientifiche e definiti dagli studi clinici e dalla pratica assistenziale. Le attività di Teleassistenza si integrano con il piano di cura, il **PAI**, Progetto personalizzato e tutti gli altri strumenti, in accordo con la persona assistita, ove possibile, e con la famiglia, oltre che con i referenti o responsabili del caso nel settore socio-sanitario. La **valutazione**, al termine della prestazione, del grado di raggiungimento degli obiettivi definiti, è in capo al professionista sanitario, il quale, in caso di insufficienza del risultato per motivi diversi, ha l'obbligo di riprogrammare la prestazione in presenza. La **tipologia dell'intervento** comprende la richiesta, l'esecuzione, il controllo, il monitoraggio, la supervisione, la modifica, la sostituzione di prestazione e/o di servizi, di valutazione, abilitazione, erogati a distanza per mezzo dell'utilizzo di servizi digitali. Prima della attivazione del servizio, va esplicitamente richiesto e ottenuto il consenso informato all'utilizzo del servizio. La durata del servizio è in capo ad ogni singola Azienda Sanitaria, mentre la tempistica di attivazione può essere delineata nell'ambito di documenti a livello locale per la definizione di aspetti organizzativi (es. PAI).

Professionista/i e branche specialistiche coinvolti

La responsabilità clinica della persona assistita rimane in capo al **MMG** o al **medico specialista ambulatoriale** o al **medico ospedaliero**. L'**infermiere**, componente fondamentale delle équipe multiprofessionali/multidisciplinari che opera nelle Casa della Comunità e negli altri livelli assistenziali in cui si articola l'organizzazione territoriale, diviene punto di raccordo tra la famiglia e gli altri professionisti, assumendo anche il ruolo di facilitatore organizzativo nella definizione ed attuazione del PAI, ed eventualmente fungendo da case manager, in relazione al piano di cura domiciliare. Per garantire il monitoraggio, anche attraverso strumenti di Teleassistenza, dei pazienti in assistenza domiciliare, l'infermiere dovrà avere accesso alla piattaforma tecnologica di supporto.

3.5 Telemonitoraggio

Il servizio di telemonitoraggio permette una misurazione continua di parametri clinici a distanza, attraverso l'utilizzo di appositi dispositivi medici. In conformità con quanto previsto dal DM del 30 settembre 2022, si riportano di seguito il dettaglio dei servizi di telemonitoraggio relativi alle singole patologie croniche (diabete di tipo 1 e di tipo 2, scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica

COPIA
NOTA

ostruttiva (BPCO)) che la Regione Siciliana intende assistere, in prima istanza, con i servizi di Telemedicina.

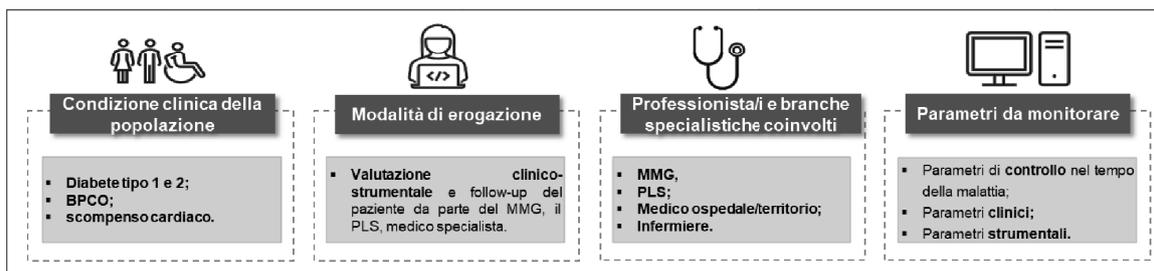


Figura 9. Framework modello organizzativo telemonitoraggio

3.5.1 Telemonitoraggio nel paziente con Diabete

Condizione clinica della popolazione

La popolazione target del servizio è composta da pazienti con **diabete di tipo 1 e di tipo 2**. In particolare, i pazienti con **diabete mellito di tipo 2**, neo-diagnosticato o già diagnosticato, con/senza complicanze (es. SIRD-diabete con grave insulino-resistenza, MOD-diabete lieve correlato all'obesità, MARD-diabete lieve correlato all'età), in scarso compenso glicemico, in trattamento ipoglicemizzante orale, insulinico e/o con nuovi antidiabetici di ultima generazione (sottoposti a piano terapeutico o a specifiche note) possono rappresentare la categoria elettiva per il telemonitoraggio.

Il diverso grado di rischio del paziente con diabete mellito impone scelte diagnostiche, gestionali e terapeutiche individualizzate. La modalità di presa in carico della persona con malattia diabetica di tipo 2 deve basarsi su metodi di stratificazione della popolazione target in differenti livelli di intensità di cure in relazione al bisogno clinico – assistenziale, come riportato nella tabella di seguito².

Livello intensità	Descrizione
Alta intensità	Persona di nuova diagnosi con iperglicemia marcata "glicemia da prelievo venoso > 250 e/o sintomi di scompenso (poliuria-polidipsia)", (glicemia > 250 mg/dl), senza acidosi metabolica che può essere trattato farmacologicamente e reidratato ambulatorialmente sotto monitoraggio glicemico intensivo da parte del Team diabetologico fino a stabilizzazione della glicemia e della terapia ipoglicemizzante.
Media intensità	Persona con diabete di tipo 2 di nuova diagnosi non critico ma instabile già (o meno) in trattamento con ipoglicemizzanti orali o in sola dieta, che ha necessità di una rivalutazione diagnostico-terapeutica a causa di un aggravamento del quadro clinico o della comparsa di una nuova complicanza o peggioramento di complicanza preesistente. Il diabetologo, mentre rivaluta la terapia farmacologica, prende in carico il paziente fino a stabilizzazione del quadro clinico.
Bassa intensità	Persona con nuova diagnosi di DM2 non ancora in trattamento che necessita d'inquadramento diagnostico ed eventuale terapia. Il medico che pone diagnosi, MMG o specialista, rilascerà esenzione per patologia e programma la valutazione nutrizionale (individuale o di gruppo) possibilmente garantita da dietista con competenze specifiche. Il paziente se stabile, qualora anche in trattamento con farmaci che richiedono piano terapeutico AIFA, è inviato al MMG per l'avvio della gestione integrata del DM2.

Tabella 2. Stratificazione popolazione diabete di tipo 2

² Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS), *Diabete nell'Adulto PDTA Diabete mellito di tipo 2*, Versione n. 00 del 30/12/2021.

COPIA
NOTA

Le **altre categorie di pazienti diabetici** (diabete mellito di tipo 1, LADA-diabete autoimmune latente nell'adulto, MODY- diabete giovanile a esordio nell'età adulta, e/o diabete mellito gestazionale e diabete mellito neonatale, SAID-diabete grave autoimmune, SIDD-diabete con deficit severo di insulina) possono essere inclusi in sistemi di telemonitoraggio fatte salve le specificità correlate ad età, sesso o alla presenza di stati parafisiologici che ne consentano l'agevole accesso al servizio ed il successivo *follow-up*. **Scelte terapeutiche individualizzate** devono necessariamente essere tenute in considerazione a fronte di diverso grado di rischio del paziente con diabete mellito. Inoltre, l'ampio spettro di complicanze della malattia diabetica, che interessano diversi organi ed apparati, necessita di un approccio multidisciplinare supportato da figure professionali esperte nella gestione della prevenzione cardiovascolare. Di conseguenza, il telemonitoraggio, del paziente diabetico va sempre **integrato con quello delle altre complicanze o comorbidità** presenti e deve necessariamente prevedere il controllo dei fattori di rischio associati (es. iperlipidemia, ipertensione) anche quando finalizzato principalmente al controllo glicemico, al fine di garantire migliori esiti clinici. Il telemonitoraggio di parametri attinenti al diabete non può essere disgiunto dal controllo e monitoraggio delle abitudini alimentari (dieta), dello stile di vita (attività fisica, fumo, etc.) e dell'uso di farmaci i cui dati devono essere opportunamente integrati.

Modalità di erogazione

I professionisti coinvolti nell'erogazione di telemonitoraggio del diabete di tipo 1 e di tipo 2 possono essere: medici specialisti, MMG; professionisti sanitari (infermiere specializzato, dietista, fisioterapista, etc.); altri professionisti non sanitari (es. psicologo). Il Centro Servizi garantisce il funzionamento del sistema infrastrutturale di Telemedicina. Al momento dell'**arruolamento**, o ai fini della proposta di attivazione del servizio di telemonitoraggio, il medico definisce l'opportunità di seguire il paziente in telemonitoraggio per la **valutazione clinico-strumentale** e per il **follow-up** della persona con diabete e ne prescrive/propone l'attivazione. La copertura oraria del telemonitoraggio può raggiungere le 24 ore 7 giorni su 7, in base alle condizioni cliniche del paziente e sulla base di quanto stabilito dal medico curante.

Parametri da monitorare/controllare

I **parametri** generali da rilevare in telemonitoraggio o in modalità mista sono rappresentati da:

- Parametri finalizzati alla formulazione/identificazione della diagnosi della malattia diabetica ed al livello di controllo nel tempo della malattia;
- Parametri finalizzati alla identificazione ed al controllo nel tempo dei fattori di rischio che accompagnano la malattia diabetica;
- Parametri di appropriatezza d'uso dei servizi;
- Parametri finalizzati alla rilevazione della presenza ed evoluzione del danno d'organo associato alla malattia diabetica;
- Stratificazione globale del rischio della malattia diabetica.

Esempi di parametri e misure di frequente utilizzazione del paziente diabetico che possono essere acquisiti in remoto sono riportati nella figura a lato.

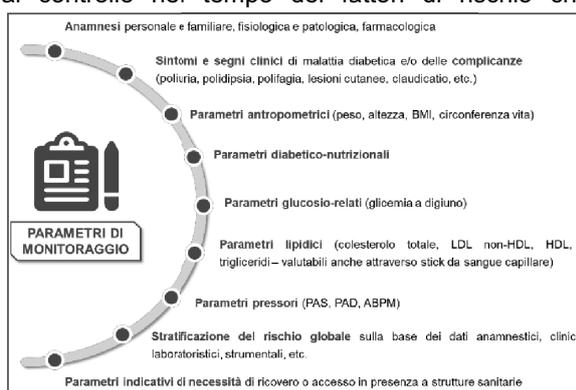


Figura 10. Parametri telemonitoraggio diabete di tipo 1 e 2

COPIA
NOTA

Professionista/i e branche specialistiche coinvolti

I **professionisti** coinvolti nel processo si suddivono in **due livelli**. Per quanto riguarda il **primo livello** i professionisti coinvolti risultano: il MMG, il PLS, il diabetologo, o i professionisti sanitari dell'area delle scienze infermieristiche.

Relativamente al **secondo livello** i professionisti coinvolti sono: specialisti (malattie del metabolismo, endocrinologia, medicina interna, cardiologia, chirurgia vascolare, neurologia, nefrologia, oculistica, urologia, etc.), professionisti sanitari della prevenzione cardiovascolare, professionisti sanitari dell'area delle scienze infermieristiche, professionisti della riabilitazione, professionisti sanitari dell'area tecnico-diagnostica e dell'area tecnico-assistenziale, *caregiver*, personale di supporto territoriale.

3.4.2 Telemonitoraggio nel paziente con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)**Condizione clinica della popolazione**

In relazione alle **condizioni cliniche** dei pazienti con patologie respiratorie di tipo cronico, la Regione Siciliana, intende erogare, in prima istanza, il servizio di telemonitoraggio in favore di pazienti affetti da **broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)**. Per la identificazione della popolazione target occorre tenere in considerazione la severità della patologia e la prognosi, correlati ad un insieme di **fattori** che comprendono, oltre al grado dell'ostruzione bronchiale:

- Gravità dei sintomi. La presenza di limitazione di flusso, responsabile dello sviluppo di iperinflazione dinamica, influenza gravemente la dispnea e la sopravvivenza;
- Frequenza e gravità delle riacutizzazioni;
- Presenza di complicanze della malattia (per esempio insufficienza respiratoria, poliglobulia e cuore polmonare cronico);
- Presenza di co-morbidità;
- Stato di nutrizione;
- Numero di farmaci richiesti per controllare la malattia.

In tal senso, il medico deve considerare la specificità di ogni singolo caso, valutando la serietà del quadro patologico respiratorio della BPCO e le possibilità terapeutiche offerte per curarlo, anche mediante opportuni metodi di stratificazione della popolazione in più livelli di intensità clinica. A titolo esemplificativo, si propone di seguito una scala crescente di gravità clinica (stadio 0, I, II, III, IV) proposta dalla classificazione GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), che si fonda sulla valutazione clinica del paziente e sulla spirometria³.

Livello intensità	Sintomi cronici	Spirometria
0 A RISCHIO	Tosse Catarro	Nella norma
I LIEVE	Presenti o assenti	FEV ₁ /FVC ≤ 70% FEV ₁ ≥ 80%
II MODERATA	Presenti o assenti	FEV ₁ /FVC ≤ 70% FEV ₁ ≥ 50% ≤ 80%
III GRAVE	Presenti o assenti	FEV ₁ /FVC ≤ 70% FEV ₁ ≥ 30% ≤ 50%

³Global Initiative on Obstructive Lung Diseases (GOLD), Gold pocket guide 2021, "Strategia globale per la diagnosi, il trattamento e la prevenzione della BPCO", 2020.

COPIA
NOTA

Livello intensità	Sintomi cronici	Spirometria
IV MOLTO GRAVE	Presenti o assenti	FEV ₁ /FVC ≤ 70% FEV ₁ ≤ 30% o ≤ 50% con insufficienza respiratoria o scompenso cardiaco destro

Tabella 3. Stratificazione popolazione BPCO

Modalità di erogazione

I professionisti coinvolti nell'erogazione della prestazione di telemonitoraggio possono essere: Medici specialisti, MMG (es. in malattie dell'apparato respiratorio); professionisti sanitari (infermiere specializzato, dietista, fisioterapista, etc.); altri professionisti non sanitari (es. psicologo). Il Centro Servizi garantisce il funzionamento del sistema infrastrutturale di Telemedicina. Al momento **dell'arruolamento**, o ai fini della proposta di attivazione del servizio di telemonitoraggio, il medico definisce l'opportunità di seguire il paziente in telemonitoraggio per la **valutazione clinico-strumentale** e per il **follow-up** della persona con malattia respiratoria e ne prescrive/propone l'attivazione. La copertura oraria del telemonitoraggio può raggiungere 24 ore 7 giorni su 7, in base alle condizioni cliniche del paziente e sulla base di quanto stabilito dal medico curante

Parametri da monitorare/controllare

I parametri da monitorare/controllare sono sia di tipo clinico strumentali, normativi e legati alla comorbidità. Per i parametri clinici strumentali, secondo quanto riportato nelle "Linee di Indirizzo per i Servizi di Telemedicina" allegate al DM del 30 settembre 2022, a titolo di esempio, si evidenziano quelli riportati nella figura a lato.

Rappresenta un parametro di tipo clinico-normativo la valutazione da realizzare ai fini dell'idoneità psicofisica alla guida e dell'attribuzione/revisione mansione lavorativa. Per le comorbidità, infine, si fa riferimento a quanto richiesto per l'inquadramento ed il monitoraggio clinico-strumentale in ambito cardiovascolare, metabolico, gastroenterologico, reumatologico, immunologico, neurologico, otorinolaringoiatrico, maxillo-facciale, odontoiatrico. La **trasmissione dei dati clinici** e strumentali può avvenire:

- In tempo reale se il quadro clinico è a rischio di instabilità;
- In tempo reale o in differita in caso di quadro clinico stabile.

Esempi di parametri e misure di frequente utilizzazione del paziente con BPCO che possono essere acquisiti in remoto sono riportati nella figura a lato.

Professionista/i e branche specialistiche coinvolti

Il servizio di telemonitoraggio prevede un ampio ventaglio di attori coinvolti: **MMG, PLS, medico specialista in malattie dell'apparato respiratorio**, un qualunque altro specialista in ambito medico o chirurgico coinvolto nella gestione del percorso di cura di persona con malattia respiratoria cronica, biologo (analisi campioni di liquidi biologici e citologici con finalità diagnostica), psicologo (supporto nella gestione della persona con malattia respiratoria cronica), infermiere (assistenza alla

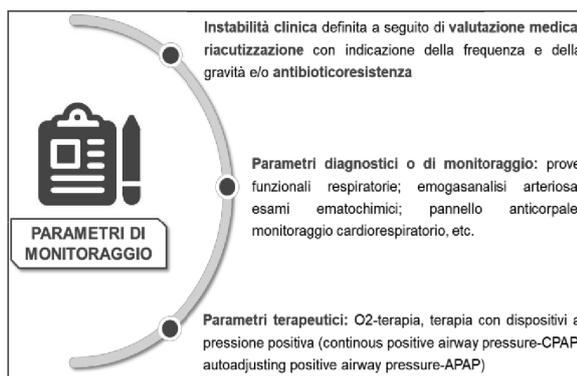


Figura 11. Parametri telemonitoraggio BPCO

COPIA
NOTA

persona anche con utilizzo dispositivi terapeutici meccanici), fisioterapista (realizzazione della terapia riabilitativa anche con utilizzo di dispositivi terapeutici meccanici), logopedista (valutazione e trattamento dei disturbi della deglutizione, articolazione e fonazione nel malato respiratorio cronico), tecnico di neurofisiopatologia (montaggio e gestione dei sistemi di monitoraggio multiparametrici, analisi dei dati registrati), tecnico di radiologia (realizzazione diagnostica per immagini), tecnico di anatomia patologica (analisi campioni tissutali per diagnosi citologica ed istologica), tecnico di laboratorio (gestione campioni di liquidi biologici per diagnosi di laboratorio). Ognuna di queste figure, nel rispetto dei diversi ruoli e per quanto di sua competenza nei diversi momenti del **percorso di cura** della persona con malattia respiratoria cronica, si avvale della Telemedicina. Il medico prescrive le modifiche dei parametri dei **dispositivi terapeutici meccanici** (CPAP, etc.) già oggi realizzabili in remoto.

3.4.3 Telemonitoraggio nel paziente con scompenso cardiaco

Condizione clinica della popolazione

Considerata la rilevanza dello **scompenso cardiaco** (SC) dal punto di vista dell'incidenza sui ricoveri ospedalieri in Italia e larga parte dell'Europa, e le variabili di cardiopatie assai diverse dal punto di vista fisiopatologico (valvulopatie, chemioterapia, forme virali, congenite, ipertensione, aritmie, miocardiopatie) che possono condurre a infarto, la popolazione di riferimento è piuttosto ampia e stratificata. Occorre anche considerare, ad esempio, i portatori di **pacemaker** (PM) (+65mila/anno) che possono essere inseriti nel progetto in particolare quando coesista o subentri scompenso cardiaco.

Per questo tipo di pazienti esistono strumenti di Telemedicina integrati in reti strutturate nazionali di eccellenza che consentono di gestire i malati, tra cui pazienti con defibrillatori impiantabili, con pacemaker, con *loop recorder*, con ICD (defibrillatore cardioverter impiantabile), etc.

Considerate le variabili di gravità che caratterizzano i pazienti affetti da scompenso cardiaco (ad esempio, quelli particolarmente gravi o con valvulopatia severa o cardiomiopatia ipertrofica, portatori di dispositivi di assistenza ventricolare, in lista d'attesa per trapianto cardiaco, affetti da scompenso cardiaco cronico), è preferibile adottare **criteri ad hoc** e stratificare i pazienti in funzione della **gravità** e delle diverse **esigenze organizzative** (per esempio considerando la scarsa compliance o l'assenza di supporto familiare e altri). In tal senso, le "Linee di Indirizzo per i Servizi di Telemedicina" allegate al DM del 30 settembre 2022, includono, a titolo esemplificativo, tipologie di pazienti in una scala crescente di **gravità clinica** (1,2,3) fino ai pazienti candidati al trapianto cardiaco, come riportato nella tabella di seguito⁴. In base a tali criteri può essere definita la scelta dei dispositivi, il livello di integrazione dei segnali, la tipologia e frequenza degli allarmi, la scansione temporale delle misure del telemonitoraggio, etc.

Livello intensità	Descrizione
UNO	<ul style="list-style-type: none"> - Età > 70 anni - FE < 40% oppure FE > 40% e NT-pro BNP > 125pg/ml (14,8 pmol/l) con diagnosi di cardiomiopatia ipertrofica, scompenso cardiaco diastolico, valvulopatie severe con indicazione a terapia medica - Classe NYHA II ad alto rischio di instabilizzazione - Classe NYHA III stabile - Difficoltà di accesso all'ambulatorio dello scompenso cardiaco - Plurime comorbidità

⁴ Decreto Ministeriale 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".

COPIA
NOTA

Livello intensità	Descrizione
	<ul style="list-style-type: none"> - Scarsa compliance / aderenza alla terapia - Scarsa presenza di <i>caregiver</i>
DUE	<ul style="list-style-type: none"> - Età ≤ 70 anni - FE < 40% - Classe NYHA III stabile - Portatori di LVAD con compenso stabile - Pazienti in lista per trapianto cardiaco con compenso stabile
TRE	<ul style="list-style-type: none"> - Età ≥ 18 anni - Classe NYHA III stabile - Classe NYHA IV - FE < 40% - Paziente con comorbidità che controindicano trapianto cardiaco o impianto di LVAD - Ricovero per scompenso cardiaco < 6 mesi - Valvulopatie non operabili

Tabella 4. Stratificazione popolazione scompenso cardiaco

Modalità di erogazione

I **professionisti sanitari** che operano a livello di medicina territoriale (es. MMG, ambulatori territoriali) o di ambulatori/centri dello scompenso valutano la possibilità di includere i pazienti diagnosticati con patologie cardiologiche e inserirli nel percorso di telemonitoraggio, avvalendosi delle funzionalità definite per i singoli servizi di Telemedicina. I professionisti coinvolti nell'erogazione della prestazione possono essere: MMG, PLS, medico specialista (cardiologo, internista, etc.), infermiere specializzato e altro personale sanitario (dietista, fisioterapista, etc.) che svolge **attività assistenziale** presso il paziente. Il **Centro Servizi** garantisce il funzionamento del sistema infrastrutturale di Telemedicina. Al momento dell'**arruolamento**, o ai fini della proposta di attivazione del servizio di telemonitoraggio, il medico definisce l'opportunità di seguire il paziente in telemonitoraggio e ne prescrive/propone l'attivazione. La copertura oraria del servizio potrà dipendere dal tipo di prestazione erogata e dovrà essere formalizzato e comunicato al paziente tramite informativa al momento dell'attivazione. La copertura oraria del telemonitoraggio può raggiungere le 24 ore 7 giorni su 7, in base alle condizioni cliniche del paziente e sulla base di quanto stabilito dal medico curante.

Parametri da monitorare/controllare

I parametri da monitorare/controllare nell'ambito di un percorso di telemonitoraggio/telecontrollo sono sia di tipo **clinico** che **strumentali**. Per quelli clinici vi sono alcuni parametri da rilevare attraverso un apposito questionario a cura del personale d'assistenza, dei *caregiver*, dei MMG o degli infermieri di cure domiciliari; deve essere monitorato anche il consumo di farmaci. Per il dettaglio del set di parametri da monitorare si veda la figura a lato.

Uno degli aspetti più rilevanti dell'uso di telemonitoraggio/telecontrollo è quello di rilevare detti parametri, utili anche per altre valutazioni nel contesto di malattie frequentemente associate allo scompenso. Devono essere previsti protocolli specifici per

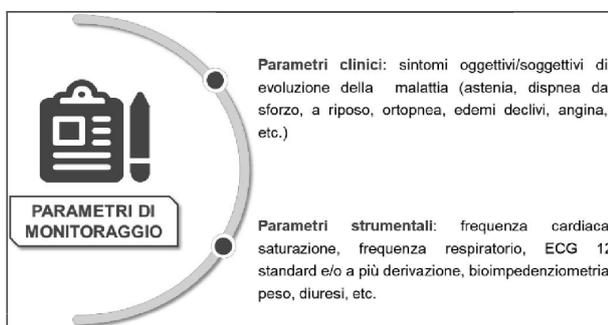


Figura 12. Parametri telemonitoraggio scompenso cardiaco

COPIA
NOTA

la gestione degli allarmi e per il percorso di presa in carico.

Esempi di parametri e misure di frequente utilizzazione del paziente con scompenso cardiaco che possono essere acquisiti in remoto sono riportati nella figura a lato.

Professionista/i e branche specialistiche coinvolti

I **professionisti** coinvolti sono: MMG, PLS, medici specialisti, professionisti sanitari della prevenzione cardiovascolare, professionisti sanitari dell'area delle scienze infermieristiche, professionisti della riabilitazione, professionisti sanitari dell'area tecnico-diagnostica e dell'area tecnico-assistenziale, personale di supporto territoriale. Nello specifico, si identificano:

- MMG (responsabile clinico);
- Cardiologo (individuazione dei pazienti da inserire nel telemonitoraggio/telecontrollo);
- Infermiere della centrale ADI in caso di paziente in cure domiciliare (monitoraggio dei parametri e comunicazione con il MMG);
- Medico delle cure primarie del distretto socio-sanitario (cooperazione con il responsabile clinico e coordinamento delle diverse attività territoriali);
- Medico dell'unità di continuità assistenziale (affiancamento al MMG nell'assistenza al paziente nelle Case della Comunità);
- Centro Erogatore (gestione del Servizio per la parte della piattaforma, della comunicazione e del contatto con il paziente);
- Centro Servizi (gestione, consegna, formazione sull'uso dei dispositivi da utilizzare per il telemonitoraggio);
- Assistente sociale.

COPIA
NON

4. ATTORI DEL SERVIZIO DI TELEMEDICINA

4.1 Profili di responsabilità

I servizi erogati a distanza per mezzo di sistemi digitali di Telemedicina vengono contestualizzati nel processo di presa in carico del paziente, che va dalla richiesta/prescrizione, all'attivazione, fino all'erogazione. Nel dettaglio, si prevede:

1. **Richiesta/prescrizione**, la cui responsabilità è in capo al professionista sanitario, attiene alla scelta di prescrivere un percorso di Telemedicina tramite gli appositi sistemi informatici previsti dal SSN (ad es. sistema TS, Piattaforma di Telemedicina Nazionale, etc.);
2. **Attivazione del percorso di Telemedicina** che può avvenire:
 - Dal setting domiciliare, qualora gli attori dell'assistenza territoriale (ognuno per le proprie competenze) ritengano appropriato integrare la presa in carico a domicilio di un paziente con prestazioni di Telemedicina;
 - Dal setting di ricovero qualora il personale della struttura (case manager della procedura di dimissione) ravveda l'opportunità di proseguire le cure a domicilio avvalendosi anche di servizi di Telemedicina.

A seconda del modello organizzativo, l'attivazione può essere svolta in maniera diretta dal professionista stesso o tramite il supporto da parte della Centrale operativa dell'Assistenza domiciliare integrata (ADI) e della COT, quest'ultima in particolare quando risulta necessario l'intervento di diversi operatori ed il raccordo tra più servizi e setting;

3. **Valutazione dei bisogni e definizione del progetto individualizzato**, dal momento che i servizi di Telemedicina si inseriscono a pieno titolo nel percorso di presa in carico a domicilio, sia che si tratti di una attività erogata una tantum, sia che si sviluppino come cicli di prestazioni o in modalità continuativa. Interventi assistenziali semplici, anche limitati nel tempo, che non richiedono normalmente l'intervento dell'Unità valutativa multidisciplinare (UVM), possono essere utilmente integrati con occasionali servizi di Telemedicina per decisioni cliniche contingenti coordinate tra professionisti. Ogni qualvolta, invece, la presa in carico dal setting di ricovero o domiciliare prospetti interventi complessi ed in team multiprofessionale si può procedere alla valutazione del caso (in sede di UVM) ed alla definizione del Piano assistenziale individualizzato (PAI) in stretta collaborazione con il MMG/PLS dell'assistito. Il PAI presenta, oltre agli elementi tradizionalmente costitutivi (es. obiettivi di assistenza clinica-infermieristica-riabilitativa e sociale, équipe coinvolta, tempistiche, etc.), gli eventuali servizi che potranno essere erogati anche in Telemedicina;
4. **Erogazione della prestazione**, la cui responsabilità è in capo al professionista sanitario che la eroga. In particolare, costituiscono attori del processo di fruizione dei servizi di Telemedicina:
 - Il paziente, eventualmente supportato dal *caregiver* adeguatamente formato, utilizza la strumentazione messa a disposizione (es. eseguendo la rilevazione dei parametri, aggiornando la App, compilando questionari o caricando foto/video di medicazioni/ferite, etc.). L'idoneità del paziente/*caregiver* a poter fruire di servizi in Telemedicina deve essere stabilita preventivamente caso per caso;
 - Il MMG/PLS/Medico del Distretto/Specialista in qualità di responsabile clinico del percorso assistenziale (clinical manager) prescrive o attiva direttamente la prestazione in Telemedicina e, in alcuni casi, la eroga;

COPIA
NOTA

- L'équipe delle cure domiciliari provvede alla formazione della persona assistita/caregiver all'uso della piattaforma, eroga la prestazione da remoto, valuta il livello di raggiungimento degli obiettivi, gestisce il piano di lavoro (agende dedicate), attiva servizi necessari in caso di urgenza;
- La Centrale operativa dell'ADI 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;
- La Centrale Operativa Territoriale (COT) garantisce la continuità dell'assistenza tra un setting e l'altro in caso di transizioni necessarie, attivandone opportunamente i servizi;
- Il Centro servizi per la Telemedicina⁵, ove esistente, garantisce, sulla base dei diversi modelli organizzativi implementati, le manutenzioni periodiche e per la risoluzione tempestiva di malfunzionamenti dei dispositivi tecnologici e della strumentazione per il paziente.

Ogni attore che partecipa alla prestazione di Telemedicina deve essere comunque identificabile attraverso opportuni sistemi digitali e deve essere rilevato il relativo impegno orario impiegato per ciascun assistito attraverso sistemi informatizzati, ai fini della rendicontazione automatizzata delle attività svolte.

Lo **schema a matrice** seguente costituisce una sintesi degli attori coinvolti nei diversi processi e delle relative responsabilità a loro attribuite.

TIPOLGIA DI SERVIZIO DI TELEMEDICINA	MMG / PLS/ Medico del distretto / Specialista	Equipe cure domiciliari / professionista sanitario	COT/ Centrale operativa ADI *	Centro servizi per la telemedicina *	Paziente a domicilio
TELEVISITA	A C E P R S	A C E P R S	A C E P R S	A C E P R S	A C E P R S
TELECONSULTO MEDICO	A C E P R S	A C E P R S	A C E P R S	A C E P R S	A C E P R S
TELEASSISTENZA	A C E P R S	A C E P R S	A C E P R S	A C E P R S	A C E P R S
TELEMONITORAGGIO	A C E P R S	A C E P R S	A C E P R S	A C E P R S	A C E P R S

Legenda

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

* Se presente

Figura 13. Matrice di responsabilità

4.2 Professionisti del servizio

L'assistenza dei pazienti cronici mediante servizi di Telemedicina viene garantita a livello regionale da una fitta rete di professionisti, sanitari e non, che interagiscono anche a distanza con il paziente per l'erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria tramite servizi di Telemedicina.

Di seguito si fornisce un dettaglio degli attori coinvolti nel servizio di Telemedicina suddivisi in base alla tipologia di servizio offerto.

⁵ Il Centro servizi interviene, anche in modo proattivo, da remoto o direttamente al domicilio, per le manutenzioni periodiche e per la risoluzione tempestiva di malfunzionamenti dei dispositivi tecnologici e della strumentazione messa a disposizione del paziente. Il Centro servizi ha la funzione di gestione e manutenzione del sistema informativo, attraverso il quale il Centro erogatore svolge la prestazione in Telemedicina, l'installazione e la manutenzione degli strumenti nei siti remoti (casa del paziente o siti appositamente predisposti), la fornitura, la gestione e la manutenzione dei mezzi di comunicazione tra pazienti e medici o altri operatori sanitari, l'addestramento di pazienti e familiari all'uso degli strumenti. Nel caso in cui non sia presente un Centro servizi, le funzioni del Centro servizi sono assolve dal Centro erogatore o dall'articolazione aziendale deputata allo svolgimento delle funzioni sopra descritte. Il Centro servizi non interviene a livello di responsabilità clinica, risponde al Centro erogatore per quanto riguarda lo svolgimento efficace di tutti i suoi compiti, in particolare per gli aspetti di integrità e sicurezza delle informazioni sanitarie e sociosanitarie a valenza sanitaria trasmesse durante le attività di Telemedicina.

COPIA
NOTA



Figura 14. Attori coinvolti nel processo di televisita

- **Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Medici Specialisti** (potenzialmente di tutte le branche specialistiche), in qualità di responsabili clinici del percorso assistenziale (*clinical manager*), **richiedono/prescrivono, attivano ed erogano** direttamente la prestazione tramite il servizio di televisita. Nel dettaglio, in qualità di richiedenti/prescrittori possono richiedere, in ambito di assistenza domiciliare, la prestazione in televisita e, qualora la prestazione sia erogata da uno specialista esterno all'équipe domiciliare, emettono la ricetta dematerializzata. I medici, in quanto responsabili clinici, sono responsabili della valutazione delle indicazioni e delle controindicazioni mediche alla sua esecuzione, in considerazione della condizione clinica del singolo paziente e secondo deontologia medica, ad eccezione dei contesti in cui le decisioni spettino per legge alla autorità di sanità pubblica, che sarà comunque tenuta a valutare le eventuali proposte dei medici che hanno in cura il singolo malato; tale prestazione, che può essere erogata anche a pazienti con una presa in carico non complessa, non necessita di valutazione da parte dell'UVM così come non è necessario sia presente un Piano assistenziale individualizzato. Nell'erogazione della prestazione tramite televisita, si possono presentare fattori limitanti al suo compimento e la valutazione degli stessi ricade sul medico e dipende dalla valutazione del rapporto tra la condizione clinica del paziente e la disponibilità oggettiva al momento.
- **COT** o, in base all'organizzazione locale, **Centrale operativa dell'ADI**, ove presente, sono gli attori che **attivano** il percorso di competenza della televisita. Potranno essere attivati automatici per la prenotazione della televisita su agende dedicate;
- **Altri soggetti coinvolti** (parenti e *caregivers*, centrale servizio Telemedicina, altri professionisti sanitari) svolgono attività di supporto al servizio di televisita erogato dal personale medico e/o in qualità di soggetti riceventi.

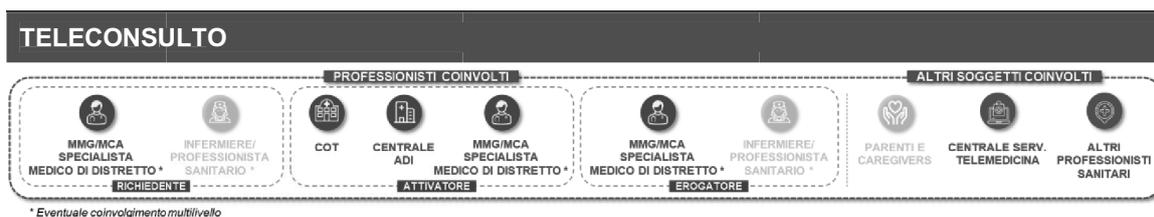


Figura 15. Attori coinvolti nel processo di teleconsulto

- **Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Medici Specialisti** (potenzialmente di tutte le branche specialistiche), in qualità di responsabili clinici del percorso assistenziale (*clinical manager*), **richiedono/prescrivono, attivano ed erogano** direttamente la prestazione tramite il servizio di teleconsulto. Nel dettaglio, in qualità di richiedenti/prescrittori possono richiedere, in ambito di assistenza domiciliare, la prestazione in teleconsulto al fine di condividere le scelte diagnostiche, gli orientamenti prognostici e i trattamenti. Tale prestazione, che può essere erogata anche a pazienti con una presa in carico non complessa, non necessita di

COPIA
NOTA

valutazione da parte dell'UVM così come non è necessario sia presente un PAI. Qualora esistano percorsi di interazione già condivisi tra professionisti, l'attivazione può avvenire in forma diretta anche attraverso agende interattive e condivise tra gli stessi. A seguito dell'attivazione, i professionisti erogano il servizio di teleconsulto che contribuisce alla definizione del referto che viene redatto solamente al termine della visita erogata al paziente, generando una "relazione collaborativa" piuttosto che a un referto a sé stante;

- **COT e Centrale operativa dell'ADI** sono gli attori che **attivano** il percorso di competenza del teleconsulto e rispettivamente: la COT, qualora sia necessario fare interagire e raccordare professionisti afferenti ad ambiti e setting differenti o in caso di presenza del paziente; la Centrale operativa dell'ADI, quando non esistano percorsi di interazione già condivisi tra professionisti;
- **Altri soggetti coinvolti** (centrale servizio Telemedicina, altri professionisti sanitari) svolgono attività di supporto al servizio di teleconsulto erogato dal personale medico e/o in qualità di soggetti riceventi.



Figura 16. Attori coinvolti nel processo di teleassistenza

- **Infermiere e Professionista sanitario** (infermiere/fisioterapista/logopedista/etc.), **richiedono/prescrivono, attivano ed erogano** direttamente la prestazione tramite il servizio di teleassistenza. Nel dettaglio, in qualità di richiedenti/prescrittori possono richiedere, in ambito di assistenza domiciliare, la prestazione in teleassistenza. Non è necessario che la richiesta sia seguita dall'UVM e che la prestazione sia inserita all'interno del PAI. L'attivazione può avvenire direttamente a cura dei professionisti sanitari che pianificano i servizi di teleassistenza tramite agende di prenotazione condivise e gestite, in questo specifico caso, dagli stessi professionisti sanitari coinvolti. I professionisti sanitari che erogano la prestazione hanno la responsabilità della valutazione del raggiungimento degli obiettivi definiti, riprogrammando in presenza la prestazione qualora non siano stati raggiunti, per motivi tecnici o legati alla persona;
- **COT e Centrale operativa dell'ADI, nonché i Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Medici Specialisti**, sono gli attori che **attivano** il percorso di competenza della teleassistenza nel caso in cui non sia stata direttamente attivata dai professionisti sanitari. In questo specifico caso, inoltre, gestiscono le agende di prenotazione pianificate dai professionisti;
- **Altri soggetti coinvolti** (parenti e *caregivers*, centrale servizio Telemedicina) svolgono attività di supporto al servizio di teleassistenza erogato dai professionisti sanitari e/o in qualità di riceventi.

COPIA
NOTA



Figura 17. Attori coinvolti nel processo di telemonitoraggio

- **Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Medici Specialisti richiedono/prescrivono ed erogano** l'operazione di telemonitoraggio nell'ambito dell'assistenza domiciliare, senza il necessario coinvolgimento dell'UVM. La prestazione di telemonitoraggio e la personalizzazione dei valori soglia ad essa collegati devono essere inseriti all'interno del PAI per permettere l'armonizzazione degli interventi, degli strumenti e degli obiettivi attivati per/con il paziente e *caregiver*. Requisito obbligatorio per richiedere il servizio di telemonitoraggio è la produzione di documento di riferimento (Pdta o protocollo) nel quale si definiscono 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 la possibilità di personalizzazione nonché le azioni di intervento in relazione ai livelli rilevati e quindi il percorso per la gestione degli allarmi (compresi i professionisti per la gestione degli interventi: chiamata dell'infermiere di riferimento o del medico, accesso a domicilio dell'infermiere di riferimento o del medico, televisita, attivazione del 118, etc.). I medici, inoltre, a seguito di attivazione, erogano il servizio di monitoraggio continuo e la trasmissione a distanza dei parametri vitali e clinici del paziente.
- **Infermiere e Professionista sanitario** (infermiere/fisioterapista/logopedista/etc.), a seguito di attivazione, **erogano** il servizio di monitoraggio continuo e la trasmissione a distanza dei parametri vitali e clinici del paziente, alternativamente al personale medico.
- **COT e Centrale operativa dell'ADI** sono gli attori che **attivano** il percorso di competenza del telemonitoraggio e rispettivamente: la COT, qualora si tratti di pazienti che transitano fra setting di cura diversi e sia necessario il coordinamento di professionisti e di competenze diverse; la Centrale operativa dell'ADI, qualora si tratti di pazienti già in carico alle cure domiciliari;
- **Altri soggetti coinvolti** (parenti e *caregivers*, centrale servizio Telemedicina) svolgono attività di supporto al servizio di telemonitoraggio erogato dal professionista medico e/o dai professionisti sanitari e/o in qualità di soggetti riceventi.

COPIA
NOTA

5. STRUTTURE DI EROGAZIONE DEI SERVIZI

5.1 Rete territoriale di assistenza

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" definisce il nuovo **Distretto** sociosanitario come *"il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali. È inoltre deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta"*.

Nella sua nuova concezione, il Distretto garantisce una **risposta assistenziale integrata** sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento. Al fine di svolgere tali funzioni la conoscenza dei bisogni di salute della popolazione di riferimento risulta centrale e rientra pertanto tra le attività del Distretto.

Al Distretto, pertanto, possono essere ricondotte le seguenti **funzioni** già precedentemente dettagliate nel Piano operativo regionale di Telemedicina:

- **Committenza**, ossia la capacità di programmare, su mandato della Direzione Generale, i servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell'utenza di riferimento anche in relazione alle risorse disponibili;
- **Produzione**, ossia la funzione di erogazione dei servizi sanitari territoriali, caratterizzata da erogazione in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e sociosanitari di cui all'articolo 3 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- **Garanzia**, ossia il compito di assicurare l'accesso ai servizi, l'equità all'utenza attraverso il monitoraggio continuo della qualità dei servizi medesimi, la verifica delle criticità emergenti nella relazione tra i servizi e tra questi e l'utenza finale.

Il **Direttore del Distretto** garantisce l'attività di programmazione del Distretto, in termini di risposta integrata alle specifiche esigenze di salute della popolazione di riferimento, di disponibilità delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali. È inoltre garante del rispetto del raggiungimento degli obiettivi che gli sono stati assegnati dalla Direzione generale aziendale in materia di efficacia ed efficienza dei servizi erogati. Il Distretto e il suo Direttore acquisiscono, quindi, la funzione di garanzia attraverso la **valutazione dei bisogni di salute della popolazione**, la valutazione delle priorità d'azione e della sostenibilità delle scelte, l'orientamento dei livelli di produzione di attività sanitaria come richiesta alle strutture ospedaliere e territoriali, la verifica dei risultati.

In coerenza con l'articolo 1, comma 161, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, la Regione Siciliana ha la possibilità di rimodulare i distretti ad oggi esistenti, al fine di assicurare, mediante specifici atti di programmazione, omogeneità del modello organizzativo del Distretto e adeguamento agli **standard del DM/77** in termini di numero di abitanti serviti, personale e attività, come di seguito riportato.

STANDARD PREVISTI DAL DM/77	
Popolazione	Distretto di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio
Casa	1 struttura hub ogni 40.000-50.000 abitanti + strutture spoke

COPIA
NOTA

STANDARD PREVISTI DAL DM/77	
della Comunità	Ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente
Infermiere di Famiglia o Comunità	1 infermiere ogni 3.000 abitanti (numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola)
Unità di Continuità Assistenziale	1 medico e 1 infermiere ogni 100.000 abitanti
Centrale Operativa Territoriale	1 struttura ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore
Ospedale di Comunità	1 struttura dotata di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti

Tabella 5. Standard del distretto sanitario

Per l'attivazione delle nuove strutture di assistenza previste dal DM/77 (es. Case della Comunità e Ospedali di Comunità), è previsto l'inserimento di nuove figure professionali (es. Infermieri di Famiglia) che opereranno nei locali e negli spazi sanitari di nuova realizzazione.

L'**informatizzazione** dei processi clinico-assistenziali, come ben noto, assume un ruolo sempre più centrale e favorisce un approccio integrato alla cura del paziente e consente di misurare e valutare l'assistenza prestata. A tale scopo, la **Telemedicina** rappresenta uno dei principali ambiti di applicazione in grado di abilitare forme di assistenza anche attraverso il ridisegno strutturale e organizzativo della rete del SSN; nel successivo paragrafo verrà declinato tale ambito in base alle nuove strutture di assistenza territoriale previste dal DM/77.

Si fornisce di seguito una rappresentazione, resa disponibile da Agenas, che chiarisce le strutture e le interrelazioni nel nuovo distretto sociosanitario.

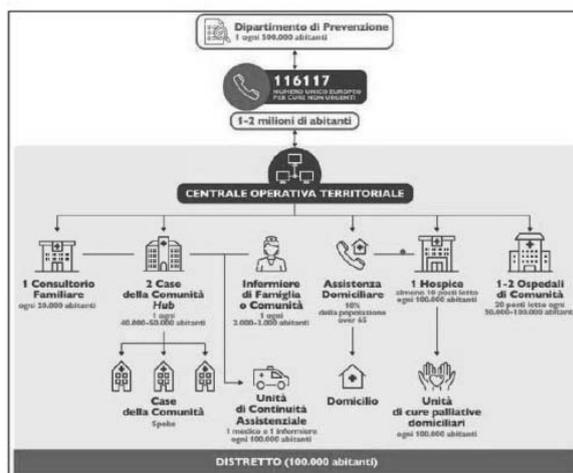


Figura 18. Configurazione organizzativa del distretto sanitario

Naturalmente, la configurazione attuale della Regione Siciliana non risponde pienamente ai requisiti introdotti dal DM/77, nonostante esistano già dei setting assistenziali da sviluppare per la piena aderenza alla nuova configurazione del distretto, tra cui i già citati PTA. In tal senso, il **complesso di investimenti** definito dalla Regione Siciliana nell'ambito della **Missione 6** PNRR abilita l'adeguamento dell'assistenza territoriale, mediante l'attuazione di un set di interventi a valere su due **componenti**. Nello specifico, la programmazione per la Regione Siciliana definita con il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) prevede:

- La realizzazione di **155 Case della comunità**, **50 Centrali Operative Territoriali** e **43 Ospedali della Comunità** nell'ambito della **Componente 1**, al fine di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie all'attivazione e al potenziamento di strutture e presidi territoriali;

COPIA
NOTA

- La realizzazione di misure volte al rinnovamento e all'**ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali**, che rappresentano un elemento abilitante alla comunicazione tra le diverse strutture prevista dalla rete territoriale ed ospedaliera (es. Telemedicina, FSE, flussi informativi).

5.2 Dettaglio delle strutture coinvolte

Il DM/77/2022 prevede l'inserimento di nuove strutture di assistenza all'interno della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali. Di seguito si fornisce il dettaglio di tali **strutture** che risultano coinvolte, a vario titolo, nel processo di erogazione dei servizi di Telemedicina.

CASE DELLA COMUNITÀ

La **Casa della Comunità** (CdC) è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e sociosanitaria. La CdC rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'**assistenza di prossimità** per la popolazione di riferimento. Tale struttura costituisce inoltre la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di **interventi sanitari** e di **integrazione sociale**: è infatti, il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza.

La CdC promuove un modello di **intervento integrato e multidisciplinare**, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari: l'attività, infatti, deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'equipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia o Comunità, altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali del bacino di riferimento.

La missione di questa struttura sanitaria, pertanto, è prendersi cura delle persone fin dal momento dell'**accesso**, attraverso l'accoglienza dei cittadini, la collaborazione tra professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l'autonomia, la responsabilità professionale e la valorizzazione delle competenze, anche con lo scopo di eliminare gli accessi impropri dagli ospedali. Inoltre, l'adozione di un modello basato sull'**integrazione funzionale** tra i diversi erogatori di servizi sanitari consente un utilizzo delle risorse umane e professionali più positivo per il successo della struttura stessa.

Il DM/77/2022 prevede l'istituzione di **1 Casa della Comunità ogni 40.000-50.000 abitanti** o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore.

Relativamente allo **standard di personale** per ciascuna CdC Hub, il DM/77 prevede: 1 assistente sociale, 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo).

Inoltre, è previsto un **team medico** da allocare all'interno delle CdC in numerosità da determinare tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali.

COPIA
NOTA

Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la **sede fisica** oppure a queste collegate funzionalmente. I medici e gli altri professionisti sanitari operano sia all'interno delle CdC che nella loro individualità, nei territori a minore densità abitativa. In tal modo provvedono a garantire l'assistenza primaria attraverso un approccio di medicina d'iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento, con i servizi h 12 e integrandosi con il servizio di continuità assistenziale h 24.

Nel corso del 2021, la **Regione Siciliana** ha concluso l'attività di ricognizione delle localizzazioni e siti idonei alla realizzazione delle CdC, e ha proceduto a definire una prima programmazione in sede di definizione del CIS Missione 6. Nello specifico, è prevista la realizzazione di **1 CdC ogni 32.000 abitanti**, per un totale di **155 strutture** da realizzare sul territorio.

Le equipe delle CdC sono principalmente rappresentate dagli MMG/PLS e Infermieri di Comunità in stretta connessione, a secondo del bisogno emergente, con altri professionisti come gli assistenti sociali, specialisti, fisioterapisti. Le CdC (sia *hub* che *spoke*) offrono, tramite i professionisti che lavorano in modalità integrata e multidisciplinare, servizi di Telemedicina ai propri pazienti. L'obiettivo principale è quello di agevolare le attività assistenziali che possono essere eseguite prevalentemente a domicilio. Nello specifico, l'equipe delle Case della Comunità:

- Identifica i pazienti eleggibili al servizio anche attraverso strumenti di medicina di iniziativa e la valutazione clinico-assistenziale;
- Contatta i pazienti e la sua famiglia per la condivisione dell'opportunità dell'utilizzo della Telemedicina;
- Definisce la tipologia di dispositivi da utilizzare e altri requisiti necessari (es. SPID);
- Definisce con il paziente e la sua famiglia i parametri personalizzati da monitorare e i valori soglia;
- Provvede all'addestramento e alla formazione dell'assistito e/o *caregiver* all'utilizzo dei *devices*;
- Verifica periodicamente l'andamento del servizio;
- Garantisce un supporto tecnico permanente per prendere in carico prima possibile le problematiche che si manifestano (guasti, interfacce, configurazione dispositivi, etc.).

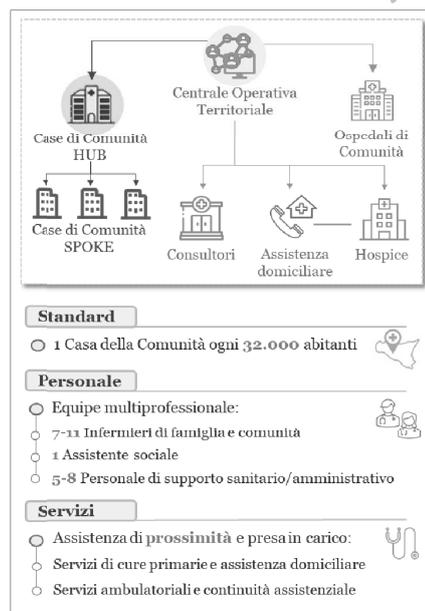


Figura 19. Case della Comunità

CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una **funzione di coordinamento** della presa in carico della persona e **raccordo tra servizi e professionisti** coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

L'obiettivo della COT è quello di assicurare **continuità, accessibilità ed integrazione** dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. Costituisce un servizio operativo 7 giorni su 7, dotato di adeguate **infrastrutture tecnologiche e informatiche** quali ad esempio una piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al FSE e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate.

COPIA
NOTA

Il DM/77/2022 prevede l'istituzione di **1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti** o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore. Relativamente allo **standard di personale** per ciascuna COT, il DM/77 prevede: 1 Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri e 1-2 unità di Personale di Supporto.

In ogni caso, la composizione e la **numerosità del team** da allocare all'interno delle COT devono tenere conto delle funzioni previste e del bacino di utenza. Per svolgere le attività sopra citate, ivi incluse quella di integrazione ospedale-territorio che necessitano di una valutazione multidimensionale, potrebbe infatti essere necessario prevedere l'interazione con figure professionali diverse: Infermiere case manager, Medico, Assistente sociale per la valutazione dei pazienti con bisogni sociali più o meno complessi, la cui valutazione è determinante ai fini della scelta del setting di destinazione.

Nel corso del 2021, la Regione Siciliana ha concluso l'attività di ricognizione delle localizzazioni e siti idonei alla realizzazione delle COT, e ha proceduto a definire una prima programmazione in sede di definizione del CIS Missione 6. Nello specifico, è prevista la realizzazione di **1 COT ogni 95.000 abitanti**, per un totale di **50 strutture** da realizzare sul territorio.

Nello specifico, la **COT**, nello svolgimento delle proprie attività, può offrire attività di **supporto** all'erogazione dei servizi di Telemedicina, ovvero di **supervisione** e **coordinamento** del telemonitoraggio e nello specifico:

- Gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (Telemedicina, strumenti di e-health, etc.), utilizzata operativamente dalle Case della Comunità e dagli altri servizi afferenti al distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno;
- Raccolta, gestione e monitoraggio dei percorsi integrati di cronicità (PIC) e dei dati di salute dei pazienti in assistenza domiciliare.
- Controllo remoto dei dispositivi di Telemedicina forniti ai pazienti, al fine di sostenere lo scambio di informazioni tra gli operatori sanitari coinvolti nella cura, costituendo un punto di riferimento per i *caregiver*, sia per la formazione alla cura che per la sua attuazione.

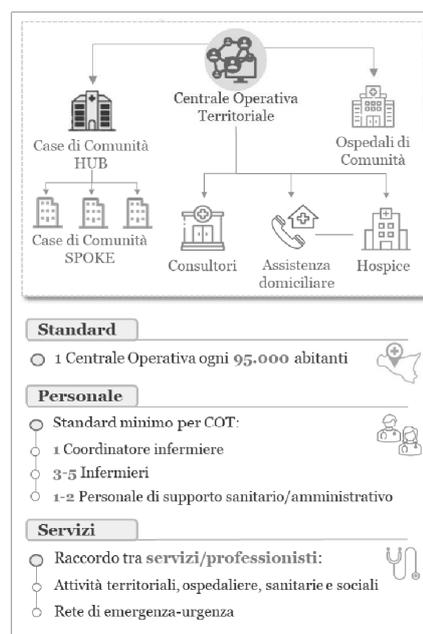


Figura 20. Centrale Operativa Territoriale

OSPEDALI DI COMUNITÀ

Gli **Ospedali di Comunità (OdC)** rappresentano **strutture intermedie** tra l'assistenza domiciliare e l'ospedale e hanno l'obiettivo di evitare ricoveri inappropriati supportando al meglio il processo di dimissione dalle strutture di ricovero, garantendo assistenza a pazienti con condizioni complesse, superando la specificità per singola patologia/condizione. Gli OdC, insieme alle CdC pongono il loro obiettivo nella **riduzione degli accessi impropri** ai poli ospedalieri e di Pronto Soccorso.

Sono, inoltre, concepiti come **struttura socioassistenziale** per favorire la **transizione** dei pazienti dalle strutture ospedaliere per malattie acute al proprio domicilio, offrendo ai pazienti un luogo dove poter

COPIA
NOTA

sostare per il percorso post-ricovero e per consentire alle loro famiglie di aver un periodo di tempo necessario per l'organizzazione del rientro al domicilio.

L'OdC si pone pertanto in stretta relazione con la **rete ospedaliera** e con la **rete sanitaria territoriale**, tramite un alto livello di interdisciplinarietà. Gli Ospedali di Comunità hanno una connotazione a forte indirizzo infermieristico e possono essere utilizzati sia per la presa in carico dei pazienti nelle fasi post ricovero ospedaliero sia per tutti quei casi in cui c'è bisogno di una particolare assistenza vicino al domicilio del paziente.

Dunque, l'OdC supporta il paziente nel suo rientro a casa e a saper gestire in maniera più autonoma i momenti di acuzie della propria malattia, al fine di evitare successive ospedalizzazioni non necessarie.

Il DM/77/2022 prevede l'istituzione di **1 Ospedale di Comunità ogni 100.000 abitanti** o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore.

Relativamente allo **standard di personale** per ciascun OdC, il DM/77 prevede: 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e almeno 1 Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

Nel corso del 2021, la **Regione Siciliana** ha concluso l'attività di ricognizione delle localizzazioni e siti idonei alla realizzazione degli OdC e ha proceduto a definire una prima programmazione in sede di definizione del CIS Missione 6.

Nello specifico, è prevista la realizzazione di **1 OdC ogni 110.000 abitanti**, per un totale di **43 strutture** da realizzare sul territorio regionale.

Nell'ambito dell'assistenza ai pazienti cronici, attraverso gli strumenti resi disponibili dalla Telemedicina e con il supporto delle **Centrali Operative Territoriali**, l'OdC può costituire un "luogo di cura" strategico. Considerato che la gestione e l'attività nell'OdC sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, è fondamentale che il personale previsto (assistenza infermieristica h24, assistenza medica 4,5 ore/die, OSS e riabilitatori) venga integrato con il supporto degli specialisti presenti sul territorio, in particolare operanti nelle **Case della Comunità**, e di altre figure sanitarie. Il servizio erogato dagli OdC deve garantire le attività di monitoraggio dei pazienti in loco o in collegamento funzionale, anche attraverso dispositivi di **telemonitoraggio**; inoltre, risulta possibile richiedere/attivare dei servizi di **teleconsulto** tra le figure professionali coinvolte. In tal senso, è prioritario stabilire dei **protocolli operativi** con CdC e COT di riferimento per il teleconsulto, la tele refertazione o l'assistenza specialistica in loco.

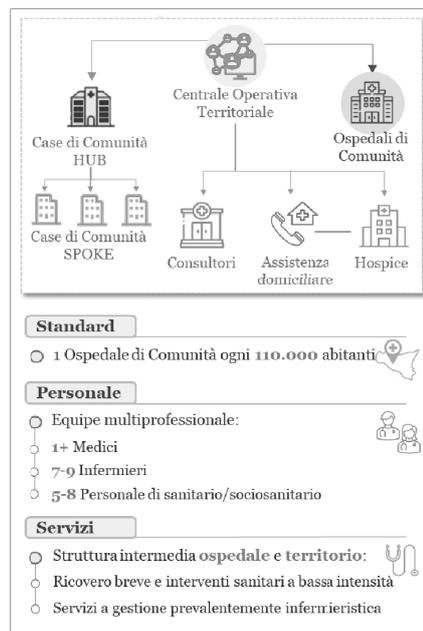


Figura 21. Ospedali di Comunità

UNITÀ DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

L'**Unità di Continuità Assistenziale (UCA)** nel limite previsto ai sensi dell'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021 n. 234 è un'**équipe mobile distrettuale** per la gestione e il supporto della presa in carico di individui o di comunità. L'équipe UCA può essere integrata con altre figure professionali sanitarie, nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di

COPIA
NOTA

riorganizzazione aziendale. L'UCA non sostituisce ma supporta per un tempo definito i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità.

La normativa vigente prevede l'istituzione di 1 UCA, costituita da 1 Medico e 1 Infermiere, ogni 100.000 abitanti. La sede operativa dell'UCA è la **Casa della Comunità hub** alla quale afferisce anche dal punto di vista organizzativo.



La **Regione Siciliana** con provvedimento di Giunta Regionale n. 368 del 25/7/2022 e n. 405 del 04 agosto 2022 ha istituito le Unità di Continuità Assistenziale, nella misura di una ogni distretto sanitario e affidando alle aziende sanitarie di conferire a far data dal 1 ottobre incarichi temporanei in attesa della compiuta attivazione delle UCA a seguito della precisa definizione dell'assegnazione degli incarichi, del profilo contrattuale, delle relazioni con gli altri professionisti.

Inoltre, al fine di riqualificare i presidi di CA e rimodularne la rete, integrandoli con le Case di Comunità ai sensi del DM/77, è stata già avviata una rilevazione sull'intera rete dei presidi di CA e di GM turistica, con la valutazione di numerosi item relativi all'ubicazione, alla proprietà dei locali, agli aspetti strutturali anche relativi all'accessibilità, alle dotazioni tecnologiche, informatiche e di sicurezza, al fine di identificare le criticità e le aree prioritarie di intervento per l'adeguamento strutturale.

L'UCA può operare nel territorio di riferimento anche attraverso l'erogazione di servizi di Telemedicina, quali la **televisita** e la **teleassistenza**; inoltre, l'UCA deve essere dotata di un sistema integrato comprendente una **moderna infrastruttura di Telemedicina** collegata alle COT ed accessibile via internet al fine di garantire anche in teleconsulto l'interoperabilità della **rete di consulenti** collegati. Tale personale, infine, deve essere dotato di strumentazione avanzata di primo livello e di una gamma completa di dispositivi medici portatili (anche diagnostici) in grado di acquisire informazioni e parametri necessari al monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Le Cure domiciliari rappresentano un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'**erogazione al domicilio** di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Tale assistenza è garantita da tutte le aziende sanitarie provinciali che mantengono il governo delle cure (valutazione, presa in carico e definizione dei Piani assistenziali individualizzati).

La **casa come primo luogo di cura** viene individuata all'interno della programmazione sanitaria nazionale definita dal DM77/2022 quale setting privilegiato dell'assistenza territoriale. Le cure domiciliari, nelle sue forme previste nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza, si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato. Le cure domiciliari si articolano in un livello Base e in **Cure Domiciliari Integrate** (ADI di I livello, ADI di II livello, ADI di III livello) e consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, etc., prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Il DM/77 definisce i seguenti standard a cui uniformarsi per lo sviluppo dell'assistenza domiciliare:

COPIA
NOTA

- 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente entro il 2025, misurato mediante il seguente indicatore “% di pazienti over65 in assistenza domiciliare” considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni "presi in carico" per tutti i CIA;
- Continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24, nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente, ivi compresi i servizi di Telemedicina nelle modalità e forme previste;
- Alimentazione del Sistema Informativo Assistenza Domiciliare – SIAD;
- Interfaccia e raccordo con la Centrale Operativa Territoriale attraverso piattaforme digitali, che facilitino l'inserimento dei dati dell'assistito nel Fascicolo Sanitario Elettronico.



10%
target over65

Assistenza domiciliare

I servizi di Telemedicina si inseriscono a pieno titolo nel percorso di **presa in carico a domicilio**, sia che si tratti di una attività erogata una tantum, sia che si sviluppino come cicli di prestazioni (es. la teleriabilitazione) o in modalità continuativa (es. il telemonitoraggio). In tale contesto la domotica consente di incrementare le prestazioni e l'assistenza domiciliare con particolare attenzione verso i pazienti anziani e con disabilità.

Per l'erogazione dei servizi a domicilio costituiscono elementi fondamentali la **programmazione** e la realizzazione delle attività, la **definizione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)**, nonché il **collegamento a piattaforme tecnologiche** di supporto alla presa in carico da parte dell'équipe multiprofessionale o del singolo professionista e la **circolarità delle informazioni** tra tutti gli attori coinvolti nella presa in carico al fine di garantire in tempo reale i dati aggiornati.

La strumentazione necessaria all'attivazione e al mantenimento dei servizi di Telemedicina nell'assistenza domiciliare si può configurare come segue:

- Dispositivi per la registrazione, archiviazione e scambio di immagini, di video e di dati alla base della teleassistenza;
- Dispositivi mobili, dispositivi medici e sensori per la rilevazione dei parametri, possibilità di collegamento e consultazione di informazioni tra i servizi che contribuiscono al processo di Telemedicina e nello specifico di televisita.

Nell'ambito del servizio di **telemonitoraggio**, attraverso un set di dispositivi tecnologici certificati e collegati ad una piattaforma centrale gestita dalla COT è possibile ricevere e conservare i dati raccolti, di supporto per la presa in carico della persona. L'accesso alla piattaforma di telemonitoraggio e ai dati raccolti dai dispositivi deve essere consentito al medico che ha richiesto il telemonitoraggio e all'équipe individuata nel PAI. La gestione degli allarmi generati dalla piattaforma, così come personalizzati in sede di PAI, è affidata agli attori che, a seconda della complessità del caso, ne hanno valutato l'applicabilità e la personalizzazione, quindi alla équipe assistenziale, alla Centrale Operativa dell'ADI ove presente, alla COT e qualora previsto, direttamente alla rete dell'emergenza in linea con il protocollo di gestione personalizzata degli allarmi inserito nel PAI.

COPIA
NOTA

6. CRONOPROGRAMMA ATTIVITA'

6.1 Cronoprogramma regionale di intervento

La Regione Siciliana, nell'ottica di favorire un'efficiente implementazione dei servizi di Telemedicina all'interno della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali offerti dalle afferenti strutture del SSR, ha definito nel Piano operativo regionale di Telemedicina un cronoprogramma di azioni e relative tempistiche di esecuzione da perseguire.

La programmazione delle suddette attività e dei relativi termini di esecuzione è stata effettuata in relazione alla pianificazione già riportata nel Contratto Istituzionale di Sviluppo per la Missione 6 PNRR. Nello specifico, gli enti coinvolti a livello regionale e locale, ciascuno secondo ruoli e modalità definiti, garantiscono l'attuazione del Piano operativo regionale di Telemedicina secondo la realizzazione di un complesso di azioni diversificate, afferenti alle seguenti aree:

- **Analisi del fabbisogno di salute e identificazione dei pazienti target**, alla luce delle specifiche condizioni demografiche e socioeconomiche, dell'orografia e delle specificità dei singoli territori di riferimento di ciascuna provincia, oltre che delle condizioni di salute di maggiore rilievo che necessitano di cure personalizzate e monitoraggio domiciliare (patologie cronic-degenerative) da effettuare mediante un'attenta analisi del contesto sociale ed epidemiologico di riferimento;
- **Realizzazione della piattaforma regionale di Telemedicina** mediante lo sviluppo di tutti gli strumenti abilitanti al funzionamento dei servizi di Telemedicina, compresi l'infrastruttura regionale e le connesse integrazioni con altri sistemi (es. FSE, sistemi RIS/PACS aziendali, cartella clinica elettronica, etc.);
- **Informazione e formazione su utilizzo dei servizi di Telemedicina** rivolta sia al personale sociosanitario, sia a coloro che utilizzano il servizio come destinatari della prestazione sanitaria in Telemedicina (paziente e/o il caregiver), al fine di permettere loro l'acquisizione delle competenze necessarie per l'utilizzo dei servizi di Telemedicina;
- **Implementazione del modello di monitoraggio regionale** per la valutazione dei livelli di servizio erogati, in coerenza con la programmazione definita a livello nazionale dal Ministero della Salute di concerto con l'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali.

A tal proposito, si riporta di seguito un quadro di sintesi delle azioni da attuare e delle relative tempistiche di esecuzione regionale.

1. ANALISI DEL FABBISOGNO DI SALUTE E IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI TARGET

ID	Descrizione	Target regionale
1.1	Dimensionamento dei servizi di Telemedicina e valutazione del fabbisogno di salute in sede di redazione del Piano Operativo Regionale	T1 2023
1.2	Identificazione dei pazienti target tra la popolazione eleggibile (es. pazienti con diabete, scompenso cardiaco, BPCO)	T4 2023
1.3	Presa in carico dei pazienti target individuati in sede di valutazione	T1 2024
1.4	Definizione set di indicatori correlati con i bisogni e gli esiti di salute della popolazione	T1 2024

Tabella 6. Cronoprogramma regionale per la macro-fase 1

COPIA
NOTA

2. REALIZZAZIONE DELLA PIATTAFORMA REGIONALE DI TELEMEDICINA

ID	Descrizione	Target regionale
2.1	Analisi dei servizi da implementare in sede di redazione del Piano Operativo regionale	T1 2023
2.2	Definizione del modello regionale per l'erogazione dei servizi di Telemedicina	T2 2023
2.3	Attivazione servizi regionali di Telemedicina (moduli di televisita, teleconsulto, teleassistenza, telemonitoraggio)	T1 2024
2.4	Integrazione e potenziamento delle tecnologie e dei servizi digitali esistenti	T4 2024
2.5	Implementazione meccanismi di integrazione con sistemi di nuova istituzione (es. Fascicolo Sanitario Elettronico a livello regionale)	T2 2026

Tabella 7. Cronoprogramma regionale per la macro-fase 2

3. INFORMAZIONE E FORMAZIONE SU UTILIZZO DEI SERVIZI DI TELEMEDICINA

ID	Descrizione	Target regionale
3.1	Valutazione piano regionale del fabbisogno di personale socio-sanitario per l'erogazione del servizio di Telemedicina	T4 2023
3.2	Promozione di attività formative per il personale sociosanitario volte all'acquisizione di competenze (es. uso componenti software e dispositivi elettromedicali, gestione da remoto del servizio di Telemedicina, ecc)	T2 2024
3.3	Attivazione dei programmi di formazione accreditati ECM e di quelli resi disponibili dalla piattaforma nazionale per la diffusione della Telemedicina (PNDT)	T2 2024
3.4	Elaborazione e promozione di strumenti informativi semplici (<i>videotutorial</i> ; infografiche; attività di <i>coaching</i> in presenza o a distanza) rivolti ai destinatari delle prestazioni sanitarie di Telemedicina (paziente e/o caregiver)	T2 2024

Tabella 8. Cronoprogramma regionale per la macro-fase 3

4. IMPLEMENTAZIONE DEL MODELLO DI MONITORAGGIO REGIONALE

ID	Descrizione	Target regionale
4.1	Definizione sistema di governo distrettuale per la valutazione delle cure e dei livelli di servizio erogati a livello regionale	T4 2023
4.2	Controllo e monitoraggio delle azioni implementate mediante specifici indicatori di valutazione e misurazione di impatto (es. riduzione dell'istituzionalizzazione dei malati e/o delle persone fragili; riduzione dello stress assistenziale dei caregivers; ecc)	T4 2024
4.3	Censimento delle iniziative intraprese a livello aziendale e implementazione azioni di coordinamento e integrazione a livello regionale	T4 2024
4.4	Implementazione di eventuali ulteriori flussi a valenza regionale per il monitoraggio dei livelli di servizio erogati nel complesso della rete territoriale	T2 2026

Tabella 9. Cronoprogramma regionale per la macro-fase 4

COPIA
NOTA

6.2 Curve di adozione per la presa in carico

L'obiettivo regionale indicato nel Piano operativo territoriale di Telemedicina prevede la realizzazione di un complesso di fasi e azioni diversificate attuabili nel corso del triennio 2023-2026, secondo il cronoprogramma sopra descritto.

Il target regionale individuato prevede il coinvolgimento di una fitta rete di professionisti la cui quantificazione è frutto della rilevazione del numero di pazienti cronici per patologia clinica presenti nel territorio siciliano.

Di seguito si fornisce una rappresentazione del processo logico di adozione del modello organizzativo regionale di Telemedicina da attuare in base al cronoprogramma e dei soggetti da coinvolgere.

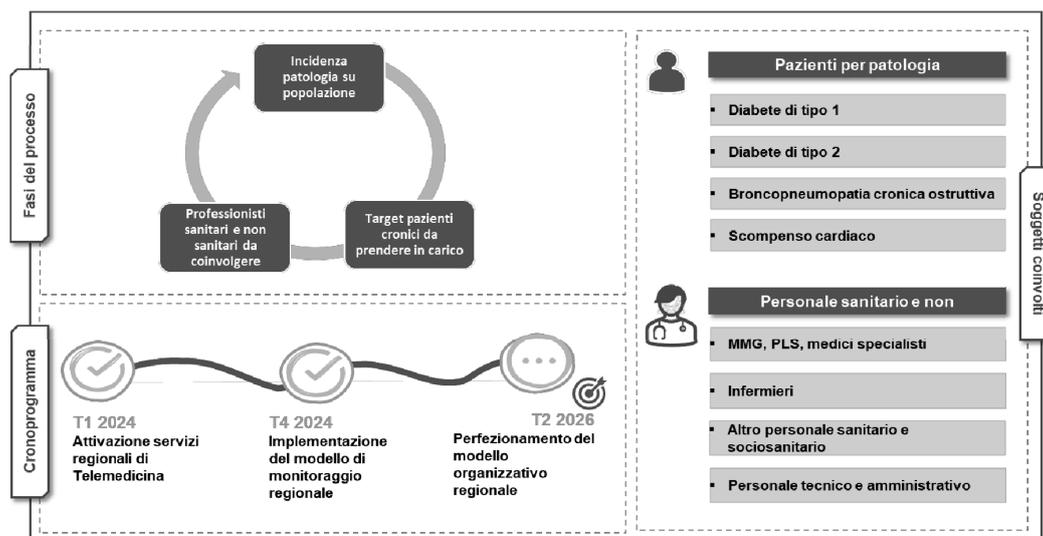


Figura 22. Elementi di adozione per la presa in carico

A tale scopo, di seguito si fornisce una rappresentazione del numero di pazienti cronici (suddivisi per condizione clinica) presenti in Regione Siciliana che risultano potenziali destinatari dei servizi di Telemedicina. Il dato dei **pazienti cronici siciliani per condizione clinica** è frutto di elaborazioni dell'amministrazione regionale a partire dai dati resi disponibili da **Istat** con riferimento all'anno 2021.

Condizione clinica	Numero pazienti	Fonte dati	Anno di riferimento
Diabete	335.000	Elaborazione Dipartimento Pianificazione Strategica - Assessorato della Salute a partire da dati ISTAT	2021
Respiratorio	260.000	Elaborazione Dipartimento Pianificazione Strategica - Assessorato della Salute a partire da dati ISTAT	2021
Cardiologico	170.000	Elaborazione Dipartimento Pianificazione Strategica - Assessorato della Salute a partire da dati ISTAT	2021
Oncologico	80.000	Elaborazione Dipartimento Pianificazione Strategica - Assessorato della Salute a partire da dati ISTAT	2021
Neurologico	150.000	Elaborazione Dipartimento Pianificazione Strategica - Assessorato della salute a partire da dati ISTAT	2021

Tabella 10. Numero di pazienti cronici anno 2021 – elaborazione regionale

COPIA
NOTA

In base a tale elaborazione, è emersa l'esigenza da parte della Regione di impiegare gli strumenti di telemedicina, almeno in prima istanza, per **l'assistenza di pazienti con patologie negli ambiti diabete, respiratorio e cardiologico** che rappresentano le aree con maggiore incidenza di malati cronici regionali, oltre ad essere tra le principali cause di mortalità.

Al fine di determinare la quota di pazienti da prendere in carico, con il Piano operativo regionale di Telemedicina si è proceduto, in primo luogo, a individuare **l'incidenza di ciascuna patologia sulla popolazione** mediante statistiche rese disponibili dal **Ministero della Salute** e **Istat**; in secondo luogo, per ciascuna patologia, è stato determinato il complesso di **pazienti da prendere in carico**, compatibilmente con l'esigenza di raggiungimento del target nazionale (circa 200.000 pazienti).

Condizione clinica	Patologia clinica	Numero pazienti	Fonte dati
Diabete	Diabete tipo 1	2.500	Elaborazione Dipartimento Pianificazione Strategica - Assessorato della Salute
	Diabete tipo 2	22.500	
Respiratorio	Broncopneumopatia cronica ostruttiva	18.500	
Cardiologico	Scompenso cardiaco	7.000	

Tabella 11. Numero complessivo di pazienti (suddivisi per condizione clinica) assistibili tramite telemedicina

Determinato il complesso di pazienti, per ciascuna patologia, da prendere in carico, al fine di garantire l'assistenza degli stessi, sono stati **individuati** a livello regionale i **professionisti sanitari e non**, che risultano potenziali utilizzatori della piattaforma di Telemedicina. In tal senso, per il corretto dimensionamento del servizio, si fornisce nelle tabelle di seguito riportate una stima delle utenze di accesso necessarie per ciascuna categoria di personale che può accedere ai servizi:

- **Personale medico impiegato nell'erogazione dei servizi di Telemedicina** (Medici di Medicina Generale MMG, Pediatri di Libera Scelta PLS e Medici Specialisti). Le utenze di personale medico sono stimate a partire dal personale attivo che eroga servizi di assistenza territoriale per ciascuna Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) del SSR rilevato dall'Assessorato della Salute, oltre ai medici specialisti che forniscono assistenza ospedaliera nelle ASP e Aziende Ospedaliere⁶.

Enti del SSN	NUMERO UTENZE		
	Medici assistenza primaria	Pediatri di libera scelta	Medici specialisti
ASP Agrigento	362	47	719
ASP Caltanissetta	217	29	537
ASP Catania	908	144	2.736
ASP Enna	140	22	369
ASP Messina	576	93	2.025
ASP Palermo	1.029	168	2.594
ASP Ragusa	262	34	631
ASP Siracusa	328	52	762
ASP Trapani	374	51	781
TOTALE	4.196	640	11.154

Tabella 12. Numero di utenze di personale medico

⁶ La quota di utenze destinate a personale impiegato nelle Aziende ospedaliere è imputata all'Azienda territorialmente competente.

COPIA
NOTA

Con riferimento ai Medici Specialisti sopra indicati, si riporta di seguito il **dettaglio delle utenze destinate a ciascuna branca specialistica**. Il dato è determinato a partire dall'elaborazione dei dati disponibili dall'Assessorato della Salute (Flusso regionale Personale convenzionato anno 2021 - DDG 8 luglio 2013) con riferimento alle tre branche specialistiche associate alle condizioni cliniche prese in carico mediante Telemedicina (Diabete, Respiratorio e Cardiologico).

Enti del SSN	NUMERO UTENZE			
	Endocrinologia	Pneumologia	Cardiologia	Altro
ASP Agrigento	8	2	61	648
ASP Caltanissetta	13	8	53	463
ASP Catania	50	54	157	2.475
ASP Enna	13	7	30	319
ASP Messina	42	38	137	1.808
ASP Palermo	60	60	152	2.322
ASP Ragusa	12	12	45	562
ASP Siracusa	15	6	57	684
ASP Trapani	20	17	59	685
TOTALE	233	204	751	9.966

Tabella 13. Numero di utenze di medici specialisti per branca

- **Altro personale sanitario e non impiegato nell'erogazione dei servizi di Telemedicina** (Infermieri, Altro personale sanitario e sociosanitario, Personale tecnico e amministrativo). Le utenze di personale infermieristico e altro personale sanitario e non sanitario sono stimate a partire dal fabbisogno teorico di personale da allocare alle strutture territoriali di nuova istituzione definite dal Decreto 23 maggio 2022, n. 77, "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".

Enti del SSN	NUMERO UTENZE		
	Infermieri	Altro personale sanitario e sociosanitario	Personale tecnico e amministrativo
ASP Agrigento	94	49	21
ASP Caltanissetta	64	31	13
ASP Catania	148	76	32
ASP Enna	23	12	5
ASP Messina	115	58	25
ASP Palermo	174	91	39
ASP Ragusa	50	25	11
ASP Siracusa	60	31	13
ASP Trapani	72	36	16
TOTALE	800	409	175

Tabella 14. Numero di utenze di altro personale sanitario e non sanitario

COPIA
NON

7. MONITORAGGIO E ATTUAZIONE

7.1 Elementi di governance

In accordo con quanto stabilito nel Piano operativo regionale di Telemedicina, si individua e si definisce l'insieme coordinato di processi, procedure e ruoli operativi regolamentati volti a consentire una gestione agevole di attività complesse e trasversali rispetto ai soggetti coinvolti, finalizzati a:

- Ridurre gli attuali divari geografici e territoriali;
- Garantire una migliore "esperienza di cura" per gli assistiti;
- Migliorare l'efficacia e l'efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di monitoraggio da remoto.

La struttura presentata intende proporre gli elementi di base sulle funzioni e sui compiti degli organismi e dei soggetti coinvolti, nonché sugli strumenti e protocolli operativi da adottare per il l'attuazione delle azioni sottese alla realizzazione degli obiettivi prefissati.

Nello specifico, le azioni individuate e le progettualità che saranno avviate per l'attuazione del servizio di Telemedicina prevedono il coinvolgimento dei seguenti soggetti:

- **Livello nazionale**, che include il Ministero della Salute e l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas), nominata **oggetto attuatore** del sub-investimento 1.2.3 «Telemedicina» con decreto ministeriale del 6 agosto 2021. Tale livello definisce le disposizioni normative e regolamentari e garantisce l'attuazione e il monitoraggio del sub-investimento;
- **Livello regionale**, che definisce in prima istanza il fabbisogno totale per i servizi di Telemedicina previsti per l'infrastruttura regionale di Telemedicina e il modello organizzativo da implementare a livello regionale, garantendo l'implementazione di una soluzione unica per l'erogazione dei servizi di Telemedicina anche mediante la diffusione di direttive operative verso gli Enti del SSR;
- **Livello locale (Enti del SSR)**, che ha il compito di erogare i servizi di Telemedicina secondo le iniziative progettuali definite in linea con il modello organizzativo regionale, secondo gli indirizzi strategici e le indicazioni operative dei livelli ministeriale e regionale, avvalendosi dei professionisti sanitari operanti nelle strutture ospedaliere e territoriali di pertinenza.

Al fine di svolgere tali funzioni, nell'ottica di erogare i servizi di Telemedicina ad un set di pazienti target con patologie croniche, la conoscenza dei **bisogni di salute della popolazione** di riferimento risulta centrale per la Regione e le aziende sanitarie. Pertanto, l'implementazione dei suddetti servizi deve necessariamente tenere conto dell'evoluzione dei bisogni della popolazione, anche mediante un'attività di analisi dei flussi sanitari e sociosanitari finalizzata al dimensionamento dell'offerta coerentemente con i bisogni epidemiologici della popolazione.

In tale ottica, i **livelli locale e regionale** collaborano nel processo di costruzione della rete di offerta, in modo tale che essa risulti adeguata e dimensionata in modo coerente con il bisogno distrettuale e al fine di garantire ai cittadini soluzioni adeguate al bisogno anche in caso di distribuzione geograficamente disomogenea dell'offerta.

Assumono in tal senso particolare rilevanza le modalità di comunicazione e coordinamento tra gli Enti coinvolti, che dovranno pertanto essere definite con l'obiettivo di garantire il corretto funzionamento dei processi strategici e delle procedure operative entro i tempi stabiliti.

COPIA
NOTA

Nel presente documento vengono proposti gli elementi di base sulle funzioni e sui compiti degli organismi e dei soggetti coinvolti, nonché sugli strumenti e protocolli operativi da adottare, che dovranno comunque trovare efficacia mediante formale adozione di specifici atti.

LIVELLO NAZIONALE

Il **Ministero della Salute** mediante decreto ministeriale del 6 agosto 2021 ha nominato l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (**Agenas**) soggetto attuatore del sub-investimento 1.2.3 «Telemedicina». Inoltre, il suddetto Ministero monitora, attraverso il supporto operativo di Agenas, le attività di adeguamento tecnologico di ciascuna Regione, in coerenza con gli investimenti della Missione 6 del PNRR.

Nello specifico, sulla base di quanto stabilito dal Decreto ministeriale del 6 agosto 2021:

- La programmazione e l'organizzazione delle attività è in capo all'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) che, svolge il ruolo di programmazione e governo strategico;
- Agenas è responsabile della formulazione e diffusione alle regioni ed aziende del Sistema Sanitario Regionale di politiche di indirizzo e linee guida in merito alla modalità organizzative e tecniche di attuazione dell'investimento, anche mediante la formulazione di indicazioni in merito a requisiti funzionali e livelli di servizio per la progettazione dei servizi di Telemedicina;
- Agenas, mediante la collaborazione di un Gruppo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare, che prevede anche il coinvolgimento del Ministero della salute, valuta le proposte progettuali regionali e i piani dei fabbisogni;
- Agenas verifica i report regionali trasmessi durante la fase di attuazione dei progetti, valutandone la coerenza rispetto agli adempimenti previsti dalla Missione 6 PNRR.

LIVELLO REGIONALE

Nell'attuazione del presente documento, l'**Assessorato della Salute**, in linea con gli indirizzi strategici del **Presidente della Regione** e mediante il diretto coordinamento dell'**Assessore alla Salute** e del **Dirigente generale**, svolge il ruolo di soggetto beneficiario dell'investimento, esercitando tra l'altro le seguenti funzioni:

- Definizione del fabbisogno regionale per l'infrastruttura regionale di Telemedicina e del relativo modello organizzativo da implementare a livello territoriale, come definito nelle Linee Guida adottate in materia ai sensi del comma 15-undecies, lettera a) dell'articolo 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221 e del Piano Operativo della Regione, per mezzo dell'apposito portale web messo a disposizione da Agenas;
- Adozione e funzionamento dell'infrastruttura tecnologica di Telemedicina che possa adattarsi al proprio contesto organizzativo e tecnologico in continuità con i piani di ammodernamento e completamento degli ecosistemi regionali (es. CUP regionale, sistemi aziendali, servizi di firma remotizzata, etc.);
- Stipula dei contratti di acquisto per l'attivazione dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina messi a disposizione dalle Regioni capofila, ai sensi dell'articolo 15 della legge 7 agosto 1990, n. 241, in conformità a quanto previsto dall'articolo 5, comma 6, del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50;
- Rispetto di Milestone e Target nonché del cronoprogramma dello specifico sub-investimento 1.2.3.2 «Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici» - sub-intervento «Servizi di

COPIA
NOTA

Telemedicina»;

- Realizzazione dei servizi mediante lo sviluppo di una strategia univoca a livello regionale e la diffusione di direttive e istruzioni operative verso gli Enti del SSR;
- Informazione e formazione di operatori sanitari ed utenti, che rappresentano fattori fondamentali allo sviluppo e all'implementazione dei servizi di Telemedicina nei contesti sanitari regionali. Pertanto, sia il personale sanitario che i pazienti i loro *caregiver* dovranno ricevere un'adeguata formazione in merito all'uso degli strumenti messi a disposizione per l'erogazione delle prestazioni in Telemedicina;
- Implementazione dei meccanismi di governo e monitoraggio a livello regionale in modo da garantire l'applicazione uniforme dei workflow clinici e delle "best practice" fornite a livello nazionale per specifici asset assistenziali, la gestione di codifiche e dizionari terminologici, la valutazione degli outcomes clinici e di processo per la verifica dell'efficacia della presa in carico mediante percorsi di Telemedicina.

LIVELLO LOCALE

Gli **enti del SSR** hanno il compito di ottemperare alle iniziative progettuali definite nel presente Piano, secondo gli indirizzi strategici e le indicazioni operative dei livelli ministeriale e regionale. Nello specifico:

- In qualità di soggetti erogatori delle prestazioni e dei servizi di Telemedicina, i suddetti enti si avvalgono dei professionisti operanti nelle strutture ospedaliere e territoriali di pertinenza, comprese quelle di nuova istituzione previste dal DM/77 (es. Centrali Operative Territoriali, Case della Comunità, ecc). Le aziende sanitarie sono deputate all'erogazione delle attività, garantendo gli standard previsti dal presente Piano sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali;
- Gli enti del SSR si occupano dello sviluppo della rete dell'assistenza di prossimità, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra MMG, PLS servizi di continuità assistenziale, infermieri di famiglia e specialisti ambulatoriali. L'integrazione tra le diverse strutture sanitarie deve assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, oltre che uniformità dei livelli di assistenza e pluralità dell'offerta;
- Gli enti del SSR provvedono all'erogazione delle seguenti prestazioni: televisita, teleconsulto, teleassistenza, telemonitoraggio; I professionisti coinvolti nella prestazione possono essere: MMG, PLS, medico specialista, infermiere e altro personale sanitario che erogano la prestazione di Telemedicina, mentre il Centro Servizi garantisce il funzionamento del sistema infrastrutturale di Telemedicina;
- Gli enti del SSR, in capo al Centro Erogatore, ricevono le informazioni sanitarie dall'utente e trasmettono all'utente gli esiti della prestazione. Il Centro Erogatore può essere costituito da: - strutture del Servizio Sanitario Nazionale, autorizzate o accreditate, pubbliche o private, - operatori del SSN quali medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, medici specialisti che erogano prestazioni sanitarie attraverso una rete di telecomunicazioni;

Le attività di natura sanitaria, in termini di erogazione dei servizi, vengono svolte sotto il diretto coordinamento del Direttore di Distretto, la figura responsabile dell'attività di programmazione del Distretto, in termini di risposta integrata alle specifiche esigenze di salute della popolazione di riferimento, di disponibilità delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali. Il Distretto e il suo Direttore acquisiscono, quindi, la funzione di garanzia attraverso la valutazione dei bisogni di salute della

COPIA
NON

popolazione, la valutazione delle priorità d'azione e della sostenibilità delle scelte, l'orientamento dei livelli di produzione di attività sanitaria come richiesta alle strutture ospedaliere e territoriali, la verifica dei risultati.

7.2 Procedure di attuazione e monitoraggio

In accordo con quanto definito nel Piano operativo regionale di Telemedicina, si prevede un **avvio integrato e coordinato** dell'intero portafoglio di innovazioni in quanto condizione necessaria per garantirne l'**efficacia complessiva**. Infatti, non si può immaginare l'implementazione di **servizi di Telemedicina** che contribuiscono al rinnovo del modello di offerta territoriale regionale con il semplice inserimento nell'attuale sistema di servizi considerati innovativi. Ricostruire una visione unitaria di come far fronte alla crescente complessità della domanda di servizi per la tutela della salute attraverso le innovazioni introdotte significa rileggere ex novo le interdipendenze tra operatori, strutture di offerta e sistemi di gestione e riprogettare specifiche modalità di erogazione da remoto dei servizi.

In ragione della complessità delle innovazioni da introdurre nell'attuale configurazione del SSR, l'introduzione di **meccanismi di monitoraggio e controllo** rappresenta una condizione necessaria per il buon esito delle azioni previste dal presente documento. Come citato sopra, l'**Agenas Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali** (Agenas) tramite la nomina ministeriale a soggetto attuatore, ha la responsabilità di monitoraggio e controllo dell'investimento, al fine di garantire la piena attuazione degli interventi previsti, da realizzare congiuntamente con le Regioni.

A livello operativo, il monitoraggio dell'attuazione di quanto previsto dalle **disposizioni nazionali in ambito PNRR**, nello specifico dall'articolo 1, comma 1044, della legge 30 dicembre 2020 n. 178 (legge di bilancio per il 2021), Agenas, in qualità di soggetto attuatore, effettua il monitoraggio del PNRR, finalizzato a dare contezza dell'attuazione dei progetti afferenti all'ambito PNRR, dal punto di vista dell'avanzamento finanziario, fisico e procedurale. A titolo esemplificativo e non esaustivo, vengono acquisiti e analizzati i dati riguardanti:

- Esecuzione procedurale, ossia (i) l'espletamento degli step previsti nel cronoprogramma procedurale di progetto con l'indicazione delle relative date e l'acquisizione a sistema degli atti corrispondenti; (ii) gli esiti delle procedure di gara, stipula dei contratti e registrazione degli atti contrattuali; (iii) ogni altra informazione rilevante che riguarda la fase procedurale propedeutica alla messa in opera del progetto;
- Realizzazione fisica, ossia le informazioni relative il materiale avanzamento dei singoli progetti misurati attraverso (i) indicatori specifici appositamente definiti per gli stessi, (ii) valutazione degli Stati di Avanzamento Lavori (SAL – ove pertinenti) formalmente approvati, ovvero (iii) altri documenti formali attestanti l'esecuzione dei progetti (Relazioni periodiche, collaudi, etc.);
- Esecuzione finanziaria, ossia i dati finanziari attinenti sostanzialmente a tre livelli: (i) trasferimenti ricevuti a fronte delle assegnazioni delle risorse/selezione dei progetti di propria competenza; (ii) cronoprogrammi di spesa; (iii) impegni assunti e spesa effettuata per la realizzazione del progetto, in corrispondenza dell'approvazione degli Stati di avanzamento lavori (SAL – ove pertinenti) ovvero negli altri documenti formali attestanti l'esecuzione dei progetti (Relazioni periodiche, collaudi, etc.).

In qualità di Soggetto beneficiario, la **Regione Siciliana** rende disponibili le informazioni utili ad Agenas per svolgere adeguatamente il complesso di attività sopra citate. Congiuntamente, la Regione attua:

- La verifica del conseguimento degli obiettivi prefissati entro i termini stabiliti dal presente documento

COPIA
NOTA

e/o da ulteriore documentazione in merito che verrà prodotta;

- La definizione e sviluppo di appositi strumenti di rilevazione delle attività territoriali e monitoraggio dei target assegnati (set di reportistica standard, KPI e indicatori, flussi informativi, etc.);
- Il monitoraggio dei risultati intermedi e finali di carattere organizzativo (es. formazione personale, etc.), clinico-sanitario (es. livelli di assistenza erogati, etc.) e tecnico-informatico (es. attivazione e funzionamento piattaforma, etc.);
- Coordinamento con le altre iniziative intraprese a livello regionale per lo sviluppo dei setting assistenziali da potenziare sul territorio in relazione agli esiti del monitoraggio effettuato, tra cui si cita la programmazione effettuata in seno alla definizione del nuovo Piano di assistenza territoriale della Regione Siciliana.

Per il monitoraggio delle azioni implementate, verranno adottati specifici **indicatori di valutazione e misurazione di impatto** che possano permettere di verificare lo stato di avanzamento delle attività ed i risultati che si intendono raggiungere.

Nello specifico, sono previsti, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- L'adozione di un **cruscotto di monitoraggio** per la verifica continuativa degli obiettivi intermedi e finali, i cui dati saranno resi disponibili all'amministrazione regionale coerentemente con le finalità previste dal presente Piano;
- L'utilizzo di **flussi informativi** e/o altri strumenti basati sull'utilizzo di linguaggi comuni per strutturare un flusso di comunicazione omogeneo a tutti i livelli per la rilevazione dello stato di attuazione;
- La definizione di specifici **indicatori di performance** – di struttura, di processo e di esito – per la misurazione dei risultati raggiunti. A tal riguardo, si riportano alcuni tra gli indicatori specifici che verranno analizzati.

Macro area	Ambiti di intervento
Volume delle prestazioni erogate	Numero di utenti seguiti negli ultimi 12 mesi
	% utenti seguiti rispetto al totale di utenti affetti da patologia cronica, cronicità e/o post-acuzie
	Numero medio di contatti nel mese di riferimento per utente
Durata e stabilità del servizio	Numero di mesi di attività dall'attivazione del servizio
Complessità organizzativa del servizio	Numero di operatori coinvolti nella erogazione del servizio
	Numero di attrezzature coinvolte nella erogazione del servizio
Standard e performance di risposta del servizio	Numero di prestazioni fornite entro un tempo target
	Costo totale annuo del mantenimento del servizio (personale, attrezzature, etc.)/numero di utenti seguiti
Costo del servizio	% costi dell'assistenza (degenza, esami di laboratorio, trasporti, etc.) risultanti dall'erogazione di servizi di Telemedicina comparati a prestazioni in assenza
Efficacia del servizio	Degenza media ospedaliera per i pazienti seguiti/degenza media ospedaliera per i pazienti non utilizzatori di servizi di Telemedicina
Gradimento da parte degli utenti (pazienti e caregivers)	% utenti (pazienti, familiari, caregivers) soddisfatti del servizio di Telemedicina
Adozione del servizio di Telemonitoraggio	Numero di pazienti che hanno ricevuto i dispositivi medici (es. glucometro, sfigmomanometro e bilancia pesapersona) rispetto al totale dei pazienti

COPIA
NOTA

Macro area	Ambiti di intervento
	Numero di pazienti con valori fuori range suddivisi e per tipologia di parametri rilevati sul totale dei pazienti monitorati
	Numero di interventi suddivisi per personale infermieristico, MMG e specialista a seguito di rilevazione di parametri fuori range sul totale dei casi di valori telemonitorati fuori range

Tabella 15. Indicatori di performance

Nell'ottica di avviare un processo di monitoraggio strutturato e omogeneo delle azioni, la verifica di attuazione e raggiungimento degli obiettivi prefissati verrà svolta congiuntamente con altri filoni progettuali con cui il presente Piano condivide il medesimo ambito di intervento, tra cui il Piano di assistenza territoriale della Regione Siciliana e il complesso di interventi in ambito Sanità digitale definiti nell'Agenda Digitale Sicilia (D.A. n. 18/2018).

COPIA
NON

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

AGENAS - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, *“Elementi di analisi e osservazione del sistema salute”*, in *“Monitor”*, n°47, 2022;

Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS), *“Diabete nell’Adulto PDTA Diabete mellito di tipo 2”*, Versione n. 00 del 30/12/2021;

Decreto Assessoriale 18 luglio 2012, n. 1438, *“Rete per l’assistenza al politraumatizzato”*;

Decreto Assessoriale 23 maggio 2023, n. 476, *Soluzioni tecniche/amministrative per l’attuazione del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) del 30/5/2022, concernente la realizzazione degli interventi finanziati nell’ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 e del Piano Nazionale per gli investimenti complementari (PNC). Approvazione del “Piano operativo regionale di Telemedicina”*;

Decreto Assessoriale 8 novembre 2016, n. 2145, *“Approvazione del Progetto regionale in materia di ottimizzazione dell’assistenza sanitaria nelle piccole Isole e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso, denominato: Progetto Trinacria”*;

Decreto Legge 6 maggio 59/2021, *“Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti”*;

Decreto Ministeriale 20 gennaio 2022, *“Ripartizione programmatica delle risorse alle regioni e alle province autonome per i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano per gli investimenti complementari”*;

Decreto Ministeriale 20 maggio 2022, *“Adozione delle Linee guida per l’attuazione del Fasciolo sanitario elettronico”*;

Decreto Ministeriale 21 settembre 2022, *“Linee guida per i Servizi di Telemedicina – Requisiti funzionali e livelli di servizio”*;

Decreto Ministeriale 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”*;

Decreto Ministeriale 6 agosto 2021, *“Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l’attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione”*;

Decreto Ministeriale 77/2022, *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”*;

Decreto-legge 34/2020, *“Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19”*;

Global Initiative on Obstructive Lung Diseases (GOLD), *“Gold pocket guide 2021. Strategia globale per la diagnosi, il trattamento e la prevenzione della BPCO”*, 2020;

COPIA
NOTA

Last J. M. et al., "A Dictionary of Epidemiology", in *American Journal of Epidemiology*, Volume 154, Issue 1, 2001;

Legge 30 dicembre 234/2021, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024";

Legge 7 agosto 135/2012, "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini";

Piano Operativo Regionale (POR), parte integrante del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS), sottoscritto in data 30 maggio 2022 dal Ministero della Salute e dal Presidente della Regione Siciliana;

Regione Siciliana, Assessorato della Salute Dipartimento Attività Sanitarie Osservatorio Epidemiologico (DASOE), "Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025";

Regione Siciliana, Assessorato della Salute, "Piano della rete territoriale di assistenza", 2022.

COPIA
NOT

INDICE TABELLE

N.	DESCRIZIONE TABELLA
1	Microservizi di Telemedicina
2	Stratificazione popolazione diabete di tipo 2
3	Stratificazione popolazione BPCO
4	Stratificazione popolazione scompenso cardiaco
5	Standard del distretto sanitario
6	Cronoprogramma regionale per la macro-fase 1
7	Cronoprogramma regionale per la macro-fase 2
8	Cronoprogramma regionale per la macro-fase 3
9	Cronoprogramma regionale per la macro-fase 4
10	Numero di pazienti cronici anno 2021 – elaborazione regionale
11	Numero complessivo di pazienti (suddivisi per condizione clinica) assistibili tramite Telemedicina
12	Numero di utenze di personale medico
13	Numero di utenze di medici specialisti per branca
14	Numero di utenze di altro personale sanitario e non sanitario
15	Indicatori di performance

COPIA
NOT

INDICE FIGURE

N.	DESCRIZIONE FIGURA
1	Contenuti proposti nel documento
2	Servizi di Telemedicina
3	Obiettivi del servizio di Telemedicina
4	Framework modello organizzativo
5	Quadro riepilogativo delle dimensioni di analisi
6	Framework modello organizzativo televisita
7	Framework modello organizzativo teleconsulto
8	Framework modello organizzativo teleassistenza
9	Framework modello organizzativo telemonitoraggio
10	Parametri telemonitoraggio diabete di tipo 1 e 2
11	Parametri telemonitoraggio BPCO
12	Parametri telemonitoraggio scompenso cardiaco
13	Matrice di responsabilità
14	Attori coinvolti nel processo di televisita
15	Attori coinvolti nel processo di teleconsulto
16	Attori coinvolti nel processo di teleassistenza
17	Attori coinvolti nel processo di telemonitoraggio
18	Configurazione organizzativa del distretto sanitario
19	Case della Comunità
20	Centrale Operativa Territoriale
21	Ospedali di Comunità
22	Elementi di adozione per la presa in carico

(2023.35.1941)134COPIA
NOTA

La *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana è in vendita al pubblico:

AGRIGENTO - Pusante Alfonso - via Barone Francesco Celsa, 33.

BAGHERIA - Carto - Aliotta di Aliotta Franc. Paolo - via Diego D'Amico, 30; Rivendita giornali

Leone Salvatore - via Papa Giovanni XXIII (ang. via Consolare).

BARCELLONA POZZO DI GOTTO - Edicola "Scilipoti" di Stroschio Agostino - via Catania, 13.

CASTELVETRANO - Cartolibreria Marotta di Parrino V. & Valerio N. s.n.c. - via Q. Sella, 106/108.

CATANIA - Libreria La Paglia - via Etna, 393/395.

MODICA - Baglieri Laura - corso Umberto I, 458/460.

PALERMO - Edicola Romano Maurizio - via Empedocle Restivo, 107; "La Bottega della Carta"

di Scannella Domenico - via Caltanissetta, 11.

PIAZZA ARMERINA - Cartolibreria Armana Michelangelo - via Remigio Roccella, 5.

RAFFADALI - "Striscia la Notizia" di Randisi Giuseppina - via Rosario, 6.

SANTO STEFANO CAMASTRA - Lando Benedetta - corso Vittorio Emanuele, 21.

SIRACUSA - Cartolibreria Zimmitti s.r.l. unipersonale - via Necropoli Grotticelle, 25/O.

TERRASINI - Serra Antonietta - corso Vittorio Emanuele, 350.

Le norme per le inserzioni nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana, parti II e III e serie speciale concorsi, sono contenute nell'ultima pagina dei relativi fascicoli.

PREZZI E CONDIZIONI DI ABBONAMENTO - ANNO 2023

PARTE PRIMA

I)I Abbonamento ai soli fascicoli ordinari, incluso l'indice annuale

— annuale	€ 81,00
— semestrale	€ 46,00

II)I Abbonamento ai fascicoli ordinari, inclusi i supplementi ordinari e l'indice annuale:

— soltanto annuale	€ 208,00
Prezzo di vendita di un fascicolo ordinario	€ 1,15
Prezzo di vendita di un supplemento ordinario o straordinario: per ogni sedici pagine o frazione	€ 1,15

SERIE SPECIALE CONCORSI

Abbonamento annuale (abbonamento semestrale non previsto)	€ 23,00
Prezzo di vendita di un fascicolo ordinario	€ 1,70
Prezzo di vendita di un supplemento ordinario o straordinario, per ogni sedici pagine o frazione	€ 1,15

PARTI SECONDA E TERZA

Abbonamento annuale (versione cartacea)	€ 166,00 + I.V.A. ordinaria
Abbonamento annuale (solo on-line)	€ 133,00 + I.V.A. ordinaria
Abbonamento semestrale (versione cartacea)	€ 91,00 + I.V.A. ordinaria
Abbonamento semestrale (solo on-line)	€ 73,00 + I.V.A. ordinaria
Prezzo di vendita di un fascicolo ordinario	€ 3,50 + I.V.A. ordinaria
Prezzo di vendita di un supplemento ordinario o straordinario: per ogni sedici pagine o frazione	€ 1,00 + I.V.A. ordinaria

Fascicoli e abbonamenti annuali di annate arretrate: il doppio dei prezzi suddetti.

Fotocopia di fascicoli esauriti, per ogni fasciata

€ 0,15 + I.V.A. ordinaria

Per l'estero i prezzi di abbonamento e vendita sono il doppio dei prezzi suddetti

L'importo dell'abbonamento, **corredato dell'indicazione della partita IVA o, in mancanza, del codice fiscale del richiedente**, deve essere versato, a mezzo **bollettino postale**, sul c/c postale n. 00296905 intestato alla "Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana - abbonamenti", ovvero direttamente presso l'Istituto di credito che svolge il servizio di cassa per la Regione (in atto, UNICREDIT), indicando nella causale di versamento per quale parte della Gazzetta ("prima" o "serie speciale concorsi" o "seconda e terza") e per quale periodo (anno o semestre) si chiede l'abbonamento.

L'Amministrazione della Gazzetta non risponde dei ritardi causati dalla omissione di tali indicazioni.

In applicazione della circolare del Ministero delle Finanze - Direzione Generale Tasse - n. 18/360068 del 22 maggio 1976, il rilascio delle fatture per abbonamenti od acquisti di copie o fotocopie della Gazzetta deve essere esclusivamente richiesto, dattiloscritto, nella causale del certificato di accreditamento postale, o nella quietanza rilasciata dall'Istituto di credito che svolge il servizio di cassa per la Regione, unitamente all'indicazione del Codice Univoco, delle generalità, dell'indirizzo completo di C.A.P., della partita IVA o, in mancanza, del codice fiscale del versante, oltre che dell'esatta indicazione della causale del versamento.

Gli abbonamenti hanno decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre, se concernenti l'intero anno, dal 1° gennaio al 30 giugno se relativi al 1° semestre e dal 1° luglio al 31 dicembre, se relativi al 2° semestre.

I versamenti relativi agli abbonamenti devono pervenire improrogabilmente, pena la perdita del diritto di ricevere i fascicoli già pubblicati ed esauriti o la non accettazione, entro il 31 gennaio se concernenti l'intero anno o il 1° semestre e entro il 31 luglio se relativi al 2° semestre.

I fascicoli inviati agli abbonati vengono recapitati con il sistema di spedizione in abbonamento postale a cura delle Poste Italiane S.p.a. oppure possono essere ritirati, a seguito di dichiarazione scritta, presso i locali dell'Amministrazione della Gazzetta.

L'invio o la consegna, a titolo gratuito, dei fascicoli non pervenuti o non ritirati, da richiedersi all'Amministrazione entro 30 giorni dalla data di pubblicazione, è subordinato alla trasmissione o alla presentazione di una etichetta del relativo abbonamento.

Le spese di spedizione relative alla richiesta di invio per corrispondenza di singoli fascicoli o fotocopie sono a carico del richiedente e vengono stabilite, di volta in volta, in base alle tariffe postali vigenti.

Si fa presente che, in atto, l'I.V.A. ordinaria viene applicata con l'aliquota del 22%.

AVVISO Gli uffici della Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana sono aperti al pubblico dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00 ed il mercoledì dalle ore 15,45 alle ore 17,15. Negli stessi orari è attivo il servizio di ricezione atti tramite posta elettronica certificata (P.E.C.).

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA G.U.R.S.
NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

VITTORIO MARINO, *direttore responsabile*

MELANIA LA COGNATA, *condirettore e redattore*

SERISTAMPA di Armango Margherita - VIA SAMPOLO, 220 - PALERMO

PREZZO € 5,75

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la
commercializzazione