

# Regione Lazio

Atti della Giunta Regionale e degli Assessori

Deliberazione 28 giugno 2023, n. 338

**Piano Operativo Regionale. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Missione 6 Salute. Componente 1. (M6C1) Reti di Prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Sub investimento 1.2.3 - Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici. Approvazione Modello organizzativo dei Servizi di Telemedicina territoriali ed ospedalieri della Regione Lazio**

**Oggetto:** Piano Operativo Regionale. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Missione 6 Salute. Componente 1. (M6C1) Reti di Prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Sub investimento 1.2.3 – Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici. Approvazione Modello organizzativo dei Servizi di Telemedicina territoriali ed ospedalieri della Regione Lazio.

## LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA del Presidente

VISTI

- la Costituzione della Repubblica Italiana;
- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale” e successive modifiche ed integrazioni;
- il Regolamento Regionale del 6 settembre 2002, n. 1, “Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale” e successive modifiche ed integrazioni;
- la Deliberazione di Giunta regionale del 24 aprile 2018 n. 203 concernente: “Modifica al Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale e successive modificazioni” che ha istituito la Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria;
- la Determinazione n. G07633 del 13/06/2018 di istituzione delle strutture organizzative di base denominate Aree e Uffici della Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria;
- la Deliberazione della Giunta regionale n. 159 del 5/5/2023 con la quale è stato conferito l'incarico *ad interim* di Direttore della Direzione regionale “Salute e Integrazione sociosanitaria” al dott. Paolo Iannini, Direttore della Direzione Regionale Programmazione Economica;
- la Determinazione n. G06092 08/05/2023 con la quale si affida *ad interim* alla dott.ssa Eleonora Alimenti, ai sensi del Regolamento regionale n. 1/2002, art. 164, comma 5, la responsabilità dell'Area Rete Integrata del Territorio della Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria;

VISTI

- la Legge 23 dicembre 1978, n. 833 “Istituzione del servizio sanitario nazionale”;
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 2012, n. 502 e s.m.i. concernente: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23.10.1992, n. 421”;
- il DPCM 29 novembre 2001 concernente “Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza”;
- il DPCM 12 gennaio 2017 recante l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza;

VISTI

- la Legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i., recante “Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”;
- il DCA del 30 dicembre 2015 n. U00606 “Attuazione dei programmi operativi 2013-2015 approvati con il DCA n. U00247/14, come successivamente modificati ed integrati, tra l'altro, dal DCA n. U00373/15 “Istituzione delle AA.SS.LL. “Roma 1” e “Roma 2”. Soppressione

delle AA.SS.LL. “Roma A”, “Roma B”, “Roma C”, “Roma E”. Ridenominazione delle AA.SS.LL. “Roma D” come “Roma 3”, “Roma F” come “Roma 4”, “Roma G” come “Roma 5” e “Roma H” come “Roma 6””;

- l’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano (rep. Atti 209 CSR del 18 dicembre 2019), concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2019 – 2021;
- il DCA del 20 gennaio 2020 n. U00018 “Adozione in via definitiva del piano rientro “piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario regionale 2019-2021 ai sensi e per gli effetti dell’art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo. Modifiche ed integrazioni al DCA U00469 del 14 novembre 2019 in esito al verbale del Tavolo di verifica del 27 novembre 2019”;
- la Deliberazione di Giunta regionale 21 gennaio 2020 n. 12, avente ad oggetto: “Presenza d’atto e recepimento del “Piano di rientro Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 ai sensi e per gli effetti dell’art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo”, adottato in via definitiva con il Decreto del Commissario ad acta n. U00018 del 20/01/2020 ai fini dell’uscita dal commissariamento;
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri 5 marzo 2020, con cui è stato disposto, tra l’altro, di approvare il Piano di Rientro della Regione Lazio adottato dal Commissario ad acta con il DCA n. U00018 del 20.01.20 e recepito dalla Giunta regionale con la deliberazione n. 12 del 21 gennaio 2020, subordinatamente al recepimento, mediante deliberazione integrativa della Giunta, da adottarsi entro il termine del 30 marzo 2020 (poi prorogato al 30 giugno 2020), delle ulteriori modifiche richieste dai Ministeri Salute ed Economia e Finanze con il parere del 28 gennaio 2020;
- il DCA n. 81 del 25 giugno 2020 che ha adottato il Piano di rientro denominato “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021” in recepimento delle modifiche richieste dai Ministeri vigilanti con il citato parere del 28 gennaio 2020 e definito il percorso volto a condurre la Regione verso la gestione ordinaria della sanità, previa individuazione degli indirizzi di sviluppo e qualificazione da perseguire;
- la Deliberazione di Giunta regionale n. 406 del 26/06/2020 recante: “Presenza d’atto e recepimento del Piano di rientro denominato “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021” adottato con il Decreto del Commissario ad acta n. 81 del 25 giugno 2020 ai fini dell’uscita dal commissariamento”;
- la Deliberazione di Giunta regionale n. 661 del 29/09/2020 recante: “Attuazione delle azioni previste nel Piano di rientro denominato Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 adottato con il DCA n. 81 del 25 giugno 2020 e recepito con la DGR n. 406 del 26 giugno 2020”;

VISTO il verbale della riunione del 22/07/2020 con il quale il tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza ha ratificato l’uscita della Regione Lazio dal commissariamento;

VISTI, per quanto riguarda la disciplina in materia di contabilità e di bilancio:

- il D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge 5.5.2009, n. 42” e successive modifiche;
- il regolamento regionale 9 novembre 2017, n. 26 “Regolamento regionale di contabilità”, che, ai sensi dell’articolo 56, comma 2, della l.r. n. 11/2020 e fino alla data di entrata in vigore del regolamento di contabilità di cui all’articolo 55 della citata l.r. n. 11/2020, continua ad applicarsi per quanto compatibile con le disposizioni di cui alla medesima l.r. n. 11/2020;
- la legge regionale 12 agosto 2020, n. 11, recante: “Legge di contabilità regionale”;

- la Deliberazione di Giunta regionale del 13 dicembre 2022, n. 1178, recante: “Ricognizione nell'ambito del bilancio regionale delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del servizio sanitario regionale, ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D. Lgs n. 118 del 23 giugno 2011 e s.m.i. - Perimetro Sanitario - Esercizio Finanziario 2022”;
- la legge regionale 30 marzo 2023, n. 1, recante: “Legge di stabilità regionale 2023”;
- la legge regionale 30 marzo 2023, n. 2 recante “Bilancio di previsione finanziaria della Regione Lazio 2023-2025”;
- la Deliberazione di Giunta regionale 31 marzo 2023, n. 91, concernente: “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2023-2025. Approvazione del "Documento tecnico di accompagnamento", ripartito in titoli, tipologie e categorie per le entrate e in missioni, programmi, titoli e macro-aggregati per le spese”;
- la Deliberazione di Giunta regionale 31 marzo 2023, n. 92, concernente: “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2023-2025. Approvazione del "Bilancio finanziario gestionale", ripartito in capitoli di entrata e di spesa e assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa”;
- la Deliberazione di Giunta Regionale 27 aprile 2023, n. 127, concernente: “Indirizzi per la gestione del bilancio regionale 2023-2025 e approvazione del bilancio reticolare, ai sensi degli art. 30,31 e 32, della Legge Regionale 12 agosto 2020, n. 11”;

#### VISTI

- la Legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 concernente: “Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitaria e socio sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali” e s.m.i.
- il Regolamento regionale 6 novembre 2019, n. 20 recante: “Regolamento in materia di autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all’esercizio e accreditamento istituzionale di strutture sanitarie e socio-sanitarie: in attuazione dell’articolo 5, comma 1, lettera b), e dell’articolo 13, comma 3, della legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 (Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali) e successive modifiche. Abrogazione del regolamento regionale 26 gennaio 2007, n. 2 in materia di autorizzazione all’esercizio e del regolamento regionale 13 novembre 2007, n. 13 in materia di accreditamento istituzionale.”;

VISTO il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) approvato con Decisione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021 e notificata all’Italia dal Segretario generale del Consiglio con nota LT161/21 del 14 luglio 2021;

VISTO il Decreto Legge 6 maggio 2021, n. 59, convertito con modificazioni dalla legge 1 luglio 2021, n. 101, recante: “Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti”, che approva il Piano Nazionale per gli investimenti complementari finalizzato ad integrare con risorse nazionali gli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e che, in ambito Salute, è focalizzato verso un ospedale sicuro e sostenibile ed, in particolare, verso il miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri;

VISTO il Decreto Legge 31 maggio 2021 n. 77, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2021 n. 108, recante “Governance del Piano nazionale di rilancio e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure”, nel quale, in ordine all’organizzazione della gestione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, vengono definiti i ruoli ricoperti dalle diverse amministrazioni coinvolte nonché le modalità di

monitoraggio del Piano e del dialogo con le autorità europee e si prevedono misure di semplificazione che incidono in alcuni dei settori oggetto del PNRR, al fine di favorirne la completa realizzazione;

VISTO il Decreto Legge 9 giugno 2021 n. 80, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, recante “Misure urgenti per il rafforzamento delle capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia”;

VISTO il Decreto del Ministero dell’Economia e delle Finanze del 6 agosto 2021 relativo all’assegnazione delle risorse finanziarie in favore di ciascuna Amministrazione titolare degli interventi PNRR e corrispondenti Milestone e Target previsti per l’attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione;

CONSIDERATO che il PNRR, nell’ambito della missione 6 Salute, con la componente M6C1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” sostiene gli investimenti volti a rafforzare la capacità di erogazione di servizi e prestazioni sul territorio, destinati in modo particolare alla popolazione con cronicità, grazie al potenziamento e alla realizzazione di strutture territoriali, l’estensione dell’assistenza domiciliare, il coordinamento tra setting di cura, al fine di garantire la continuità dell’assistenza, lo sviluppo della telemedicina ed una più efficace integrazione con i servizi socio-sanitari;

VISTA la Deliberazione di Giunta regionale del 9 novembre 2021, n. 755, recante “Governance operativa regionale per l’attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e del Piano Nazionale Complementare al PNRR (PNC)”;

CONSIDERATO che il piano di programmazione regionale intende proseguire, implementare e completare la strategia e le azioni necessarie per il raggiungimento di obiettivi specifici che concorrono alla programmazione degli investimenti nella Sanità del Lazio per l’integrazione Ospedale - Territorio anche attraverso l’utilizzo dei fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);

VISTA la Deliberazione di Giunta regionale n. 1005 del 30 dicembre 2021 recante “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 - Salute componente M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale. Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 – Definizione del Piano – Identificazione delle Strutture del PNRR e del piano regionale integrato”;

VISTA la Deliberazione di Giunta regionale n. 1006 del 30 dicembre 2021 recante “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 - Salute componente M6C2.1 Aggiornamento Tecnologico Digitale – Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Definizione del Piano del PNRR e del piano regionale integrato”;

VISTA la Determinazione regionale n. G16850 del 31 dicembre 2021 “Approvazione del documento “Documento di Programmazione ad interim degli interventi di riordino territoriale per l’implementazione del *community care model*: Principi, modelli e strumenti per favorire l’innovazione organizzativa nell’assistenza territoriale, in linea con le indicazioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza”, con cui si è provveduto a dare l’avvio alla programmazione degli interventi di riordino territoriale;

CONSIDERATO che le risorse del PNRR e del PNC destinate alla realizzazione degli interventi sono state ripartite tra le Regioni e le Province autonome con Decreto 20 gennaio 2022 del Ministero della

Salute “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. (22A01552)”, pubblicato su Gazzetta Ufficiale (GU Serie Generale n.57 del 09-03-2022); VISTA la Deliberazione di Giunta regionale n. 75 del 25 febbraio 2022 recante “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 - Salute componente M6C2.1 Aggiornamento Tecnologico Digitale – Investimento 1.1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione) – Definizione del Piano regionale di digitalizzazione delle strutture ospedaliere sede di DEA di I e II livello, di cui al PNRR.”;

PRESO ATTO del Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00057 del 21 aprile 2022 avente ad oggetto “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 Salute – Componente M6C1 Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 - Componente M6C2.1 Investimenti 1.1 - Componente M6C2 Investimenti 1.2 - Componente M6C2.1 Investimento 1.1.1. e Piano Nazionale Complementare al PNRR (PNC). Nomina Soggetti Attuatori delegati” con il quale si è proceduto a nominare i Direttori Generali/Commissari straordinari pro tempore delle Aziende del SSR quali Soggetti Attuatori delegati all’esercizio delle competenze relative all’avvio, alla realizzazione operativa e al funzionamento degli interventi attuativi degli obiettivi del PNRR e del Piano complementare riferiti alla Regione Lazio di cui alle deliberazioni della Giunta regionale del 30 dicembre 2021 nn. 1005, 1006 e 1007 e del 25 febbraio 2022 n. 75, ognuno per gli interventi di propria competenza;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”, ed in particolare l’art. 1, comma 2, che prevede che le regioni e province autonome provvedano ad adottare il provvedimento generale di programmazione dell’Assistenza territoriale entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore del Regolamento;

VISTA la Deliberazione di Giunta regionale n. 332 del 24 maggio 2022 recante “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6: Salute – Componente M6C1 e M6C2– Approvazione Piano Operativo Regionale e Schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)”;

VISTA la Deliberazione di Giunta regionale 26 luglio 2022, n. 643 “Approvazione del documento “Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77”” che, aggiornando il contenuto del Piano di cui alla determinazione n. G16850/2021, rappresenta un primo atto di recepimento del medesimo decreto;

CONSIDERATO che il documento approvato con la sopracitata deliberazione analizza gli strumenti programmatici, i modelli organizzativi, le strutture, le funzioni e le figure professionali coinvolte nel percorso di riqualificazione della assistenza territoriale, con riferimento alle Case della Comunità ed agli Ospedali della Comunità, alla figura dell’Infermiere di Comunità, alle Unità di Continuità Assistenziali, al NEA 116117, alle Centrali Operative Territoriali, alla Transizione digitale e alla Presa in Carico attraverso il sistema integrato di offerta;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute 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.”;

VISTA la Determinazione regionale n. G14215 del 19 ottobre 2022 recante “Pianificazione di interventi regionali in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Missione Salute. Programmazione operativa degli interventi di riordino territoriale delle Aziende sanitarie della

Regione Lazio, in applicazione del Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77, in coerenza con le Linee Guida generali di programmazione di cui alla Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643: aggiornamento del Gruppo di lavoro regionale e individuazione di gruppi di lavoro tematici”, con la quale si è proceduto ad istituire appositi gruppi di lavoro (work package);

CONSIDERATO che la succitata Determinazione regionale G14215 del 19 ottobre 2022 ha stabilito che il gruppo di lavoro regionale coordini ed armonizzi lo sviluppo di un percorso di lavoro volto a delineare azioni necessarie all’attuazione degli interventi di riordino della rete assistenziale territoriale della Regione Lazio, in applicazione delle Linee Guida generali approvate con la Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643, nonché al completamento del provvedimento generale di programmazione dell’Assistenza territoriale ai sensi del Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n.77, articolo 1 comma 2;

VISTA la Determinazione regionale G16240 del 24 novembre 2022 “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6: Salute - Componente 1 - Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina - Sub investimento 1.2.2 - Implementazione Centrali Operative Territoriali (COT) - 1.2.2.3 COT Device. Approvazione linee guida regionali per l'acquisto dei Device – COT”, che individua i requisiti tecnici minimi di interoperabilità tra i *device* e le piattaforme digitali di telemedicina nazionali e regionali, da utilizzare in fase di approvvigionamento dei *device* per le COT da parte delle Aziende destinatarie del finanziamento di cui alla DGR 332/2022;

VISTA la Determinazione regionale G18206 del 20 dicembre 2022 “Approvazione dei documenti integrativi alla deliberazione di Giunta regionale 26 luglio 2022, n. 643 "Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77"”;

VISTA la Deliberazione di Giunta regionale n. 1238 del 28 dicembre 2022 “Recepimento dell’Intesa Stato-Regioni Rep. Atti n. 151/CSR del 4 agosto 2021 avente ad oggetto “Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l’autorizzazione all’esercizio e requisiti ulteriori per l’accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell’articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178”;

VISTA la Determinazione G02706 del 28/02/2023 “Programmazione regionale degli interventi di riordino territoriale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio, in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ed in applicazione del Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77, in coerenza con le Linee Guida generali di programmazione di cui alla Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643 e la Determinazione regionale 18206/2022: approvazione dei documenti prodotti dal Gruppo di lavoro regionale di cui alla Determinazione regionale n. G14215 del 19 ottobre 2022.”;

VISTA la Determinazione G06419 del 11/05/2023 “PNRR-Sub-investimento 1.2.3.2 "Servizi di Telemedicina". Presa d'atto del Piano Operativo Regione Lazio”;

CONSIDERATO che nel Piano Operativo Servizi di Telemedicina, di cui alla sopra citata determinazione G06419/2023, è previsto, all’interno del cronoprogramma, che la Regione definisca il modello organizzativo di telemedicina entro il 30/6/2023;

VISTA la Deliberazione di Giunta regionale n. 182 del 15 maggio 2023 che approva il “Piano Operativo Regionale. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Missione 6 Salute. Componente 1.2: Casa come primo luogo di cura e Telemedicina”;

RITENUTO necessario, approvare il “Modello Organizzativo dei Servizi di Telemedicina territoriali ed ospedalieri della Regione Lazio” (allegato n. 1), parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

#### DELIBERA

per le motivazioni di cui in premessa, che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento,

di approvare il “Modello organizzativo dei Servizi di Telemedicina territoriali ed ospedalieri della Regione Lazio” (allegato n. 1), parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

E' demandato al Direttore della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria: a) la definizione delle fasi attuative finalizzate alla piena realizzazione, attivazione e sviluppo del “Modello organizzativo dei Servizi di Telemedicina territoriali ed ospedalieri della Regione Lazio” da parte delle Aziende e degli Enti del SSR; b) la costituzione di un Gruppo di lavoro regionale relativo all'implementazione dei servizi di Telemedicina.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e sul sito istituzionale.



---

MODELLO ORGANIZZATIVO DEI  
SERVIZI DI TELEMEDICINA  
TERRITORIALI ED OSPEDALIERI  
DELLA REGIONE LAZIO

---

## SOMMARIO

1.	Descrizione generale del servizio di telemedicina .....	3
1.1	Stato attuale dei servizi di telemedicina della Regione Lazio – As Is .....	3
1.2	Caratteristiche orografiche della Regione Lazio.....	5
1.3	Dati di attività dei servizi di telemedicina aggiornati al 31 dicembre 2022 .....	5
2.	Prestazioni di telemedicina Territoriale .....	7
2.1	Televisita.....	7
2.1.1	Definizione.....	7
2.1.2	Caratteristiche .....	8
2.1.3	Attori Coinvolti.....	8
2.1.4	Percorsi Organizzativi e Attivazione .....	8
2.1.5	Ruolo Centro Servizi/Centro Erogatore .....	8
2.2	Telemonitoraggio .....	9
2.2.1	Definizione.....	9
2.2.2	Caratteristiche .....	9
2.2.3	Attori Coinvolti .....	10
2.2.4	Percorsi Organizzativi e Attivazione .....	10
2.2.5	Ruolo centro servizi/centro erogatore .....	10
2.3	Teleconsulto .....	10
2.3.1	Definizione.....	10
2.3.2	Caratteristiche .....	11
2.3.3	Attori Coinvolti.....	11
2.3.4	Percorsi Organizzativi e Attivazione .....	11
2.3.5	Ruolo centro servizi/centro erogatore .....	11
2.4	Teleconsulto medico sanitario ovvero teleconsulenza .....	11
2.5	Teleassistenza.....	12
2.5.1	Definizione.....	12
2.5.2	Caratteristiche .....	12
2.5.3	Attori Coinvolti.....	12
2.5.4	Percorsi Organizzativi e Attivazione .....	12
2.5.5	Ruolo centro servizi/centro erogatore .....	13
3.	Nuovo modello Organizzativo Territoriale/Aziendale.....	13
3.1	Articolazione organizzativa di Telemedicina, Centro servizi e Centro Erogatore .....	13
3.2	Ruolo della COT / COA / TOH con i servizi di telemedicina .....	14
3.3	Modelli dei percorsi organizzativi dei servizi di telemedicina .....	14

3.3.1 Il nuovo modello organizzativo: Attivazione ADI e/o servizi di Telemedicina.....	14
3.3.1.1 Paziente cronico del territorio verso ADI e/o servizi di telemedicina .....	15
3.3.1.2 Paziente dal Pronto Soccorso verso ADI e/o servizi di telemedicina .....	15
3.3.1.3 Paziente dalle degenze ospedaliere verso l'ADI e/o servizi di telemedicina.....	16
3.4    Miscellanea dei percorsi di attivazione dei servizi di telemedicina .....	16
3.4.1    Ruolo delle Farmacie .....	17
3.4.2    Integrazione socio-sanitaria .....	17
4.    Governance Regionale.....	17

## 1. Descrizione generale del servizio di telemedicina

### 1.1 Stato attuale dei servizi di telemedicina della Regione Lazio – As Is

Durante l'emergenza Covid si sono implementate e consolidate diverse soluzioni di servizi di telemedicina che, attraverso il servizio di teleconsulto nella rete emergenza, il telemonitoraggio e la televisita, hanno garantito l'assistenza a pazienti con problematiche di tipo acuto e/o cronico.

Con la fine dello stato di emergenza tali soluzioni sono state riadattate ed implementate anche per rispondere alle diverse necessità cliniche con una particolare attenzione alla gestione di patologie croniche e alla co-morbilità. Nel contempo è stato anche mappato l'uso e la diffusione di strumenti di telemedicina nelle diverse ASL e Ospedali della Regione. Ne è emerso un quadro dell'attuale stato dell'arte dei servizi di telemedicina della Regione Lazio dove si sono evidenziate punte di eccellenza ma anche di scarso utilizzo di questi servizi. Lo scenario, molto variegato e articolato, indipendentemente dalla localizzazione geografica, si può comunque suddividere approssimativamente in tre situazioni:

- a) Aziende/Asl che devono ancora implementare servizi di telemedicina;
- b) Aziende/Asl che hanno già stipulato contratti con fornitori di piattaforme di telemedicina e stanno iniziando ad usare i nuovi applicativi;
- c) Aziende/Asl che usano alcuni servizi di telemedicina con piattaforme regionali e/o con applicativi forniti da terze parti.

Qualunque sia la posizione in cui si trovano le Aziende Sanitarie, la Regione intende comunque sostenere lo sviluppo dei servizi di telemedicina, proponendo nuove soluzioni organizzative e promuovendo fortemente l'utilizzo delle piattaforme regionali per garantire la diffusione omogenea dei principali servizi di telemedicina. Tuttavia, resta alla singola Azienda/Asl la possibilità di scegliere eventuali altre soluzioni tecnologiche, che saranno quindi al di fuori dei finanziamenti PNRR; tali soluzioni dovranno comunque obbligatoriamente dialogare con la piattaforma regionale ed osservare tutte le normative di interoperabilità, sicurezza e privacy, indicate nelle linee guida dell'Agenas.

Allo stato attuale, come riportato dettagliatamente di seguito, nella Regione Lazio sono già attive piattaforme Regionali per alcuni ambiti della telemedicina, quali il Telemonitoraggio, il Teleconsulto e la Televisita, che sono state ampiamente utilizzate e collaudate. Considerando il loro largo utilizzo, si intende quindi rafforzare e migliorare l'uso delle stesse fino a quando non saranno acquistate con fondi PNRR le nuove soluzioni proposte dalle gare nazionali coordinate dall'Agenas. Tale scelta permetterà di rodare e migliorare i percorsi organizzativi di tutti i servizi di telemedicina che si andranno ad integrare con il nuovo assetto organizzativo descritto dal DM 77/2022 e renderà più facile lo switch alle nuove piattaforme quando queste saranno attive.

Alla luce del DM del 30 settembre 2022 GU\_20221222\_298 "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" e del piano di fabbisogno dei servizi di telemedicina presentato ad Agenas e approvato con determina n.G06419 dell'11 maggio 2023 "PNRR – Sub investimento 1.2.3.2 'Servizi di Telemedicina' Presa d'atto del Piano Operativo Regione Lazio", la Regione Lazio ha optato per l'acquisto ex novo di tutti i servizi minimi di telemedicina come verranno proposti dalle regioni capofila.

Allo stato attuale, le piattaforme regionali attualmente attive sono:

- a) **TeleAdvice** (teleconsulto Hub/Spoke). Piattaforma per la rete di emergenza e telerefertazione ECG da mezzi di soccorso e che dal giugno 2023 può essere utilizzata anche per i teleconsulti tra reparti di strutture sanitarie differenti;
- b) **LazioAdvice** (telemonitoraggio). Piattaforma usata per lo più per l'emergenza Covid e per la sorveglianza delle ondate di calore e che, dal maggio 2023, è stata upgradata anche per il telemonitoraggio delle principali patologie croniche.
- c) **SISMED** (Televisita). La Piattaforma, nata per la prescrizione dematerializzata, integrata con SAR, SAC, Recup, dispone anche di una sezione per la televisita.

Tutte le caratteristiche tecniche delle nuove piattaforme che verranno acquistate con fondi PNRR ed i loro obblighi di interoperabilità con i diversi applicativi verticali, opzionali e trasversali, sono stati già descritti nei documenti Agenas a cui si rimanda. In tale documento verranno pertanto analizzati solo i percorsi organizzativi specifici della Regione Lazio e le interazioni tra i diversi attori descritti nel DM 77/2022, (CdC; OdC; COT; IfeC, ecc) nonché il ruolo e il coinvolgimento dei diversi professionisti che interagiranno con il nuovo modello organizzativo solo ed esclusivamente per ciò che concerne i percorsi e i servizi di telemedicina. Un'attenzione particolare sarà dedicata comunque all'utilizzo e all'integrazione di interoperabilità delle diverse piattaforme regionali quali, ad esempio, la piattaforma socio-sanitaria SIATESS, il Recup Regionale, gli applicativi di cartelle sanitarie aziendali, ecc.

Per assicurare un corretto e funzionale utilizzo delle piattaforme così integrate è necessario pianificare un percorso organico e governato per il change management e un'adeguata formazione degli stakeholders coinvolti (personale sanitario, parasanitario e amministrativo). Sarà altresì necessaria la programmazione di iniziative informative e di comunicazione anche attraverso i mass media volte a promuovere l'utilizzo diffuso della televisita, telemonitoraggio e teleassistenza tra gli assistiti del SSR, anche nell'ambito di interventi di empowerment e di sviluppo delle abilità di auto-cura destinati ai soggetti con specifiche cronicità.

Un ruolo importante lo ha la lotta al digital divide, sia in termini di formazione mirata della popolazione, sia in termini di miglioramento delle infrastrutture di comunicazione wireless (reti 4G e 5G), soprattutto nelle

aree interne, gravate da scarso supporto da parte dei gestori di telefonia e conseguente difficoltà all'utilizzo di sistemi di comunicazione e di trasmissione di dati a domicilio e in mobilità.

### 1.2 Caratteristiche orografiche della Regione Lazio

La programmazione e l'implementazione dei servizi di telemedicina nella Regione Lazio non può prescindere da un'analisi del territorio che, tra l'altro, è caratterizzato da 7 macroaree con un alto numero di piccoli comuni con bassa densità di popolazione. Il quadro descritto nella figura 1 evidenzia tale condizione ed è una caratteristica di cui si dovrà tener conto nella programmazione.



Figura 1 Orografia Lazio e distribuzione Comuni per Area

### 1.3 Dati di attività dei servizi di telemedicina aggiornati al 31 dicembre 2022

L'analisi delle attività dei servizi di telemedicina è tratta anche dal "piano di fabbisogno dei servizi di telemedicina" presentato ad Agenas e approvato con determina n. G06419 dell'11 maggio 2023 che si riferisce principalmente all'utilizzo delle piattaforme regionali di teleconsulto, televisita e telemonitoraggio già in uso. Sinteticamente si riportano di seguito i principali dati di attività:

Per il teleconsulto (sincrono ed asincrono) viene usata la piattaforma Teleadvice già attiva in tutti i 46 DEA regionali<sup>1</sup> che hanno funzione di Spoke collegata con le 18 strutture ospedaliere<sup>2</sup> che assolvono il ruolo di Hub. I dati di attività della piattaforma Teleadvice evidenziano un buon uso della stessa nella rete emergenza/urgenza. Numero di prestazioni eseguite dall'inizio del servizio (luglio 2019): 52.320 (nel solo 2022, 12.836)<sup>3</sup>.

Per il telemonitoraggio viene usata la piattaforma Lazioadvice che è utilizzata da tutte Asl del Lazio<sup>4</sup> e dall'Ares 118. Nella piattaforma sono attivi in tutto ben 6.466 utenti.<sup>5</sup> La piattaforma dispone anche di un App per i pazienti "Doctor Lazio" (precedentemente si chiamava Lazio dr Covid). Solo attraverso l'App sono stati inviati 459.416 parametro vitali.<sup>6</sup> La piattaforma è integrata con l'anagrafica regionale ASUR e la piattaforma dei tamponi Covid ECV. Nel 2021 e 2022 sono stati seguiti 112.770 pazienti.

Per le televisite si è utilizzata la piattaforma di interoperabilità Sismed. Dai dati Sias.<sup>7</sup> Dal 2020 al 2022 sono state effettuate 24.804 televisite afferenti a 39 branche specialistiche. I dati di attività evidenziano come il servizio di televisite è stato utilizzato da quasi la totalità delle Asl del Lazio. Altre piattaforme utilizzate in Regione Lazio sono state recentemente upgrate per renderle più complianti alle nuove linee di indirizzo sulla telemedicina e sono diventate quindi interoperabili con il Recup regionale (attraverso NRE e/o N. di prenotazione), è stata introdotta l'autenticazione forte del paziente con OTP, la gestione di Teleambulatori con questionari dedicati e personalizzabili, la possibilità di inviare documentazione clinica aggiuntiva, il consenso informato del paziente, l'invio del referto attraverso link ed OTP e/o al FSE.

---

<sup>1</sup> Strutture SPOKE: Angelucci; Ao S. Camillo Forlanini; Ao S. Giovanni Addolorata; Aou S.Andrea; Bambino Gesù; Bambino Gesù Palidoro; C.T.O. A. Alesini; Campus Biomedico; Casa Di Cura Citta Di Aprilia; Casa Di Cura S.Anna; Civile Di Acquapendente; Coniugi Bernardini; Cristo Re; G. B. Grassi; Inmi L. Spallanzani; L. Parodi Delfino; Madre Giuseppina Vannini; Osp. Anzio-Nettuno; Osp. Civile Cassino; Osp. Dei Castelli; Osp. Di Civitacastellana; Osp. Di Tarquinia; Osp. Paolo Colombo; Padre Pio; Po A. Fiorini; Po Belcolle: Po Dono Svizzero; Po F. Spaziani; Po S. Spirito; Po San Benedetto; Po San Giovanni Di Dio; Po Santa Maria Goretti; Policlinico Casilino; Policlinico Tor Vergata; Regionale Oftalmico; S. Camillo De Lellis; S. Eugenio; S. Filippo Neri; S. Paolo; S. Sebastiano; San Pietro Fatebenefratelli; Sandro Pertini; Sg Calibita; Fatebenefratelli; Ss Gonfalone; Ss Trinita

<sup>2</sup> Strutture HUB: Ao S.Camillo; Ao. S.Giovanni Addolorata; Aou S.Andrea; Bambin Gesù; Campus Biomedico; European Hospital; Inmi L.Spallanzani; Po Belcolle; Po F. Spaziani; Po S.Giovanni Evangelista; Po S.Spirito; Po- S Maria Goretti; Policlinico Gemelli; Policlinico Casilino; Policlinico Tor Vergata; Policlinico Umberto I; San Pietro Fatebenefratelli; Sg Calibita Fatebenefratelli

<sup>3</sup> fonte dati: piattaforma advice.regionelazio.it. Per le cifre totali il periodo di riferimento va dal luglio 2019 al 31/12/2022; il riferimento all'ultimo anno è dal 12/01/2022 al 12/01/2023.

<sup>4</sup> Asl Rm1; Rm2; Rm3; Rm4; Rm5; Rm6, Frosinone; Latina; Rieti, Viterbo

<sup>5</sup> 6.466 utenti in LazioAdvice (di cui 4.416 MMG; 712 PLS; 637 Guardia Medica; 551 operatori asl; operatori ares 118)

<sup>6</sup> 176.315 parametri vitali nel 2021 e 47.632 nel 2022

<sup>7</sup> anno di riferimento dal 2020 al 2022; - I dati di attività si riferiscono non solo alla piattaforma Sismed ma anche ad altre piattaforme che sono state utilizzate specie durante il periodo di emergenza Covid.

Complessivamente i dati di attività dei servizi di telemedicina aggiornati a tutto il 2022 sono schematicamente riportati nella Tabella 1 Servizi di Telemedicina Lazio AS-IS, che sintetizza schematicamente quanto su esposto.

Servizi di Telemedicina	Applicativo Regionale AS-IS	Anni Riferimento	Numero Pazienti Seguiti	Note
Telemonitoraggio 1°Livello	LazioAdvice	21-22	112.770	Maggiormente pazienti Covid Positivi
Telemonitoraggio 2°Livello	N.D.	N.D.	N.D.	Non attivato
Teleconsulto	Teleadvice	2022	12.836	
Televisita	Sismed	20-21-22	24.804	
Teleassistenza	N.D.	N.D.	N.D.	Non attivato

Tabella 1 Servizi di Telemedicina Lazio AS-IS

## 2. Prestazioni di telemedicina Territoriale

Di seguito vengono descritti i servizi minimi di telemedicina da implementare in ogni ASL/Azienda ospedaliera della Regione Lazio. Per ogni servizio verranno dettagliati la definizione, le caratteristiche principali e le particolarità della prestazione, gli attori coinvolti, i principali percorsi organizzativi e il ruolo del Centro Servizi e del Centro erogatore. E' fondamentale sottolineare che le diverse prestazioni di telemedicina potranno comunque essere usate in diversi percorsi assistenziali.

Per ciascuna forma di telemedicina di seguito declinata si basa principalmente sulle linee guida organizzative "modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare" emanate dal Decreto del Ministero della Salute del 29 aprile 2022 pubblicato su Gazzetta Ufficiale del 24 maggio 2022 e richiamate dal Decreto del Ministero della Salute del 21 settembre 2022 pubblicato su Gazzetta Ufficiale del 2 novembre 2022 "Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio".

### 2.1 Televisita

#### 2.1.1 Definizione

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



### 2.1.2 Caratteristiche

- È usata esclusivamente per visite di controllo in pazienti con storia clinica già definita. Il core della tele visita è un contatto sincrono tra il paziente e il medico ed è fortemente raccomandato che possa essere preceduta da una parte asincrona dove il paziente possa fornire eventuale documentazione clinica e/o rispondere a determinati questionari incentrati sulla propria patologia.
- Lo scambio di documentazione clinica potrà comunque avvenire anche durante la fase sincrona (video call tra il medico e il paziente).
- Qualora il paziente abbia reso il proprio FSE consultabile ai sanitari, questo potrà essere consultato dal medico che effettua la tele visita.
- La tele visita effettuata da uno specialista richiede sempre la prescrizione dematerializzata, la prenotazione su agende Recup e termina sempre con un referto che deve essere inviato al FSE.
- La tele visita effettuata dal MMG/PLS non avrà bisogno di prescrizione/prenotazione/referto ma deve terminare con una relazione sulla scheda clinica del paziente e ne deve essere tenuta traccia nella programmazione del PAI domiciliare.

### 2.1.3 Attori Coinvolti

Medico specialista; MMG, PLS, Caregiver del Paziente, Personale Sanitario addetto all'Assistenza (infermiere, ostetrica, tecnico della riabilitazione, ecc.), personale amministrativo, Farmacie

### 2.1.4 Percorsi Organizzativi e Attivazione

- L'attivazione del servizio di tele visita è di competenza del medico specialista, del MMG e può essere anche proposto / suggerito dalla COT;
- La tele visita dovrà avere, seppur con modalità diverse, gli stessi passaggi operativi delle visite in presenza;
- Le piattaforme devono prevedere la gestione di una fase asincrona per l'invio della documentazione sanitaria e la possibilità di somministrare eventuali questionari incentrati sulla patologia del paziente e utilizzabili anche al fine di rilevare la maturità tecnologica e il *digital divide* del paziente, e di una fase sincrona finalizzata allo scambio contestuale alla visita di ulteriore documentazione. Nella comunicazione sincrona e asincrona con l'utente potranno essere utilizzati strumenti di multicanalità, come ad esempio APP, funzioni di *chatbot*, chat, etc. La tele visita, se prevede ulteriori follow up, deve terminare con nuova prescrizione e prenotazione di altra prestazione;
- La tele visita è lo strumento particolarmente indicato anche per il rinnovo dei piani terapeutici.

### 2.1.5 Ruolo Centro Servizi/Centro Erogatore

- Il centro Servizi deve avere a disposizione interfacce di sistemi di business intelligence per il governo e il monitoraggio dei processi; È fondamentale che il Centro Servizi compia anche attività di Helpdesk per i pazienti e per i medici anche con interventi proattivi.

- Il Centro erogatore: l'organizzazione della tele visita potrà avvalersi, in qualsiasi servizio erogatore di cura dell'Azienda Sanitaria, come avviene nelle prestazioni ambulatoriali in presenza, anche di personale infermieristico e/o amministrativo di supporto.

## 2.2 Telemonitoraggio

### 2.2.1 Definizione

Obiettivo del telemonitoraggio è il controllo nel tempo dell'andamento di parametri vitali e/o clinici, permettendo il rilevamento di parametri con maggiore frequenza e uniformità. Il telemonitoraggio permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici anche per mezzo di sensori e/o medical device che interagiscono con il paziente. Le tecnologie utilizzate al domicilio, personalizzate in base alle indicazioni fornite dal medico, devono essere connesse al sistema software che raccoglie i dati di eventuali medical device e i dati clinici anamnestici necessari al monitoraggio delle singole patologie. Il sistema di telemonitoraggio deve consentire di integrare tali dati, se necessario, con altri dati sanitari e di metterli a disposizione degli operatori in base alla modalità organizzative e tecniche stabilite.

### 2.2.2 Caratteristiche

- Il servizio è particolarmente indicato, ma non prerogativa, per i pazienti in ADI, i quali potranno usufruire anche di altre prestazioni. Sui modelli organizzativi si fa riferimento alle linee guida dell'AGENAS sulla telemedicina nell'Assistenza domiciliare adottate dalla Regione Lazio con Determina G07238 del 06/06/2022.
- I parametri da monitorare<sup>8</sup> e la loro frequenza di rilevazione saranno stabiliti dal medico (MMG/PLS/specialista) in fase di arruolamento al servizio e potranno essere modificati a seconda delle condizioni cliniche del paziente. I parametri vitali da controllare sono quelli comunemente forniti dai medical device che dovranno essere conformi alle direttive della Determina Regionale n. G16240 del 24/11/2022 inerente all' "Approvazione delle linee guida regionali per l'Acquisto dei Device".
- Ogni telemonitoraggio avrà una durata determinata e sarà reiterabile nel tempo
- Ogni servizio di telemonitoraggio si deve concludere sempre con una relazione clinica firmata digitalmente da inviare al FSE

---

<sup>8</sup>A scopo esemplificativo e non esaustivo si riportano i parametri vitali di base che si potranno controllare: Saturimetria, Frequenza Cardiaca, Frequenza respiratoria, Glicemia, Peso, Temperatura Corporea, Pressione Sistolica, Pressione Diastolica, tracciati ecg, ecc.

### 2.2.3 Attori Coinvolti

Possono essere molteplici: vi è un coinvolgimento attivo del medico (MMG/PLS/specialista), dell'infermiere (anche IFeC), del case manager, dell'altro personale sanitario addetto all'assistenza, tecnici ICT, amministrativi e un eventuale coinvolgimento delle Farmacie

### 2.2.4 Percorsi Organizzativi e Attivazione

- Qualsiasi paziente con patologia cronica può essere arruolato in un servizio di telemonitoraggio che potrà essere attivato secondo modelli organizzativi e criteri di inclusione decisi delle singole aziende e applicati nel passaggio tra i diversi setting assistenziali. La possibilità di poter attivare i servizi di telemonitoraggio contribuisce a dare una risposta sanitaria a diverse patologie limitando il rischio di riacutizzazione e limitando i ricoveri inappropriati.
- Il telemonitoraggio può essere richiesto dal MMG/PLS, dallo specialista, dall'Ospedale di Comunità, o in fase di dimissione ospedaliera; la richiesta informatizzata di telemonitoraggio per l'ADI avverrà tramite i processi di gestione della dimissione complessa, delle segnalazioni al PUA, della presa in carico e della valutazione multidisciplinare predisposti sulla piattaforma regionale SIATESS. Tale piattaforma è già integrata con il sistema regionale di gestione dell'ADI, SIAT, e sarà integrata con tutti gli altri sistemi di gestione del processo sociosanitario.

### 2.2.5 Ruolo centro servizi/centro erogatore

- Il Centro Servizi di occupa in particolare della consegna dei dispositivi prescritti (medical device) e la formazione del paziente e/o del caregiver al corretto utilizzo degli stessi; si occupa anche della riconsegna delle apparecchiature, ne controlla il buon funzionamento e ne effettua la sanificazione. Ha funzioni di Help desk per il paziente e/o per il personale sanitario esclusivamente per problematiche di tipo tecnico.
- Il Centro Erogatore è il principale interlocutore del paziente per problematiche di tipo sanitario. Supervisiona e valida ogni parametro, valuta e gestisce gli alert automatici e coinvolge il personale medico qualora ve ne sia bisogno.

## 2.3 Teleconsulto

### 2.3.1 Definizione

È un atto medico tra un medico richiedente (spoke) ed un medico refertante (Hub), in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per confrontarsi, anche tramite una videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di dati clinici, referti, immagini radiologiche, esami strumentali, audio-video riguardanti il caso specifico. Tutti i suddetti elementi devono

essere condivisi per via telematica attraverso piattaforme dedicate. Ogni teleconsulto deve concludersi con un referto che verrà fornito per via telematica al medico richiedente. Qualora il teleconsulto si effettui in modalità sincrona e con il coinvolgimento del paziente, questo si configura come una visita multidisciplinare.

### 2.3.2 Caratteristiche

Può essere svolto sia in urgenza tra i DEA, che in elezione (tra reparti della stessa o di diverse strutture sanitarie). Il teleconsulto può svolgersi in modalità asincrona (modalità maggiormente utilizzata) o sincrona. Il modello organizzato è sempre del tipo Hub/Spoke.

### 2.3.3 Attori Coinvolti

Medico richiedente e medico specialista refertante

### 2.3.4 Percorsi Organizzativi e Attivazione

Previo accordo e organizzazione dei percorsi, si può richiedere teleconsulto tra reparti di diverse strutture sanitarie (ospedali; CdC, OdC; Strutture residenziali). Il teleconsulto è utilizzabile non solo tra ASL e Ospedali ma è particolarmente indicato nelle RSA, nelle strutture residenziali e le case di reclusione per le specialità di maggior interesse clinico.

### 2.3.5 Ruolo centro servizi/centro erogatore

Il Centro Servizi ha solo funzioni di Help desk per il personale sanitario e potrà intervenire anche in modo proattivo per problematiche tecniche o in caso di ritardo della risposta.

Il centro erogatore è di fatto rappresentato dai medici refertanti. Può intervenire in modo proattivo in caso di teleconsulti inevasi.

## 2.4 Teleconsulto medico sanitario ovvero teleconsulenza

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

Il centro erogatore è di fatto rappresentato dai medici e dal personale sanitario addetto all'assistenza che interagiscono durante il teleconsulto.

## 2.5 Teleassistenza

### 2.5.1 Definizione

È un atto professionale di pertinenza della relativa professione sanitaria e si basa sull'interazione a distanza tra il professionista e il paziente/caregiver per mezzo di una videochiamata, alla quale si può all'occorrenza aggiungere la condivisione di dati clinici, referti, questionari mirati o immagini. Il professionista che svolge l'attività di teleassistenza può anche utilizzare idonee APP per somministrare questionari, condividere immagini o video tutorial su attività specifiche. La multicanalità è uno strumento utile al fine di garantire la massima accessibilità ai servizi. Lo scopo della teleassistenza è quello di supportare il corretto svolgimento di attività assistenziali, eseguibili prevalentemente a domicilio. La teleassistenza è prevalentemente programmata e ripetibile in base a specifici programmi di accompagnamento al paziente.

### 2.5.2 Caratteristiche

La 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, ecc. La teleassistenza ha anche un ruolo fondamentale nel supporto educativo al paziente e ai suoi *caregiver*, soprattutto in fase di dimissione ospedaliera o in seguito a una visita specialistica.

### 2.5.3 Attori Coinvolti

Personale addetto all'assistenza (fisioterapisti, terapisti occupazionali, psicologi, dietisti, logopedisti, infermieri, ecc)

### 2.5.4 Percorsi Organizzativi e Attivazione

Sono a discrezione dell'organizzazione del territorio afferente alle ASL. L'ingaggio al percorso di teleassistenza potrà avvenire: dal setting domiciliare (MMG o l'Infermiere di famiglia e di comunità (IFeC) o dal setting ospedaliero a seguito di un ricovero o da una struttura sanitaria residenziale (RSA, etc.) che individua la persona candidata da assistere da remoto, e propone l'attivazione di cure supportate dalla teleassistenza.

### 2.5.5 Ruolo centro servizi/centro erogatore

Il centro servizi deve garantire e supervisionare il funzionamento delle piattaforme. Essere di riferimento per problematiche tecniche per i pazienti o per le professioni sanitarie.

Il centro erogatore è di fatto rappresentato dal personale sanitario addetto all'assistenza coinvolto nella teleassistenza. Può intervenire in modo proattivo in caso di teleassistenza inevasa.

## 3. Nuovo modello Organizzativo Territoriale/Aziendale

### 3.1 Articolazione organizzativa di Telemedicina, Centro servizi e Centro Erogatore

I modelli organizzativi possono variare molto a seconda della tipologia del servizio di telemedicina da attuare. Si raccomanda comunque che ogni ASL/Azienda Ospedaliera disponga di una articolazione organizzativa di Telemedicina con personale che, a seconda delle diverse esigenze, può contemplare unità infermieristiche, mediche, tecniche e/o amministrative. Tale articolazione dovrà comunque anche svolgere sempre le funzioni di Centro Erogatore indicate nelle linee guida e, eventualmente, anche la funzione di Centro Servizi, qualora questa attività non sia già prevista in altra articolazione aziendale che si occupa di assistenza informatica. Il Centro Servizi e il Centro Erogatore hanno comunque un ruolo centrale per il buon funzionamento di qualsiasi prestazione di telemedicina. Le specificità dei compiti di tali strutture sono dettagliatamente descritte nelle linee guida per l'attuazione dei servizi di telemedicina dell'Assistenza Domiciliare cui si rimanda. Qui, per brevità, si ricordano gli obiettivi:

- il Centro Servizi ha funzioni tecniche e di governance (monitoraggio delle attività, verifica tecnica dei device elettromedicali, gestisce e controlla l'eventuale consegna di device ai pazienti, garantisce la formazione per l'uso dei dispositivi e l'assistenza tecnica per i pazienti e/o per il personale sanitario, etc.); tale attività che può, a seconda dell'organizzazione del servizio, essere espletata anche da fornitori esterni. Il Centro Servizi, deve inoltre svolgere anche funzioni di Help Desk per i professionisti e per i pazienti per il solo supporto tecnico.
- il Centro Erogatore ha funzioni prettamente cliniche, sanitarie e di help desk di primo livello per i pazienti o il personale sanitario; specialmente per il telemonitoraggio il ruolo del centro erogatore è anche quello di analizzare, validare e gestire i parametri vitali ricevuti. Il centro erogatore può essere integrato con la COT/COA in base all'organizzazione prevista da ciascuna Azienda Sanitaria.

Qualora per motivi organizzativi non sia presente il Centro Servizi, le sue funzioni potranno comunque assunte dal Centro Erogatore.

### 3.2 Ruolo della COT / COA / TOH con i servizi di telemedicina

Si rimanda a ciascuna Azienda Sanitaria (ASL, AO, AOU,PU) l'organizzazione locale per una maggiore integrazione possibile tra le funzioni della COT/COA/TOH e del centro servizi/erogatore di telemedicina, in base alla specifica organizzazione interna.

### 3.3 Modelli dei percorsi organizzativi dei servizi di telemedicina

Di seguito si illustrano alcuni modelli organizzativi e la loro connessione esclusivamente per ciò che concerne l'interazione con i diversi servizi di telemedicina.

#### 3.3.1 Il nuovo modello organizzativo: Attivazione ADI e/o servizi di Telemedicina

La Missione 6. Salute del PNRR prevede il rafforzamento dell'ADI. Tale obiettivo richiede l'adozione di opportune strategie regionali a supporto ai processi di *change management* aziendali. Il raggiungimento di tale obiettivo è prefigurabile attraverso due azioni di "sistema" nella misura in cui coinvolgono sia le aziende sanitarie che il quadro di indirizzi sviluppato dalla Regione:

Attualmente i singoli distretti sanitari hanno processi e procedure differenti che dovranno essere uniformati. Se il processo di segnalazione per l'attivazione dell'ADI necessita di un modello unitario su scala aziendale, il processo di erogazione avviene a livello distrettuale rispetto al quale, a seconda dell'organizzazione dell'ASL, può avvenire in sinergia con le Centrali Operative Territoriali (COT);

I possibili scenari per l'individuazione precoce dei soggetti eleggibili ad un percorso di cure domiciliari si articolano su tre livelli, che riguardano le modalità di erogazione e/o percorsi attivabili per l'assistenza domiciliare per tipologia di paziente: a) cronico a livello territoriale; b) dai servizi di Pronto Soccorso verso l'ADI; c) dalle degenze ospedaliere verso l'ADI. L'intera centralizzazione dei processi, delineata nei tre flussi, dovrebbe avvenire possibilmente presso l'ADI, con un'interfaccia operativamente robusta con la COT, al fine di non perdere alcuni passaggi dalle degenze ospedaliere e dai servizi di Pronto Soccorso.



Figura 2 Nuovo Modello Organizzativo;

In questo quadro, COT e ADI sono da intendersi quali due entità distinte, previa la necessità di raccordo perché al fine di alimentare i due flussi da *setting* ospedalieri. Nei paragrafi seguenti, vengono chiariti percorsi per ciascuno dei tre livelli delineati.

### 3.3.1.1 Paziente cronico del territorio verso ADI e/o servizi di telemedicina

A livello territoriale, è importante intercettare precocemente i soggetti fragili, secondo logiche di proattività, per cui il MMG/PLS, (o IFeC con funzione "*pivot*", Infermiere care manager dei PDTA o Medico Specialista) segnalano e attivano l'ADI base, prevedendo interventi di breve periodo e azioni di educazione terapeutica alla famiglia/caregivers nel proprio contesto di vita anche da remoto, selezionando i soggetti con maggiore fragilità sanitaria e sociale (mediante indicatori standardizzati, quali il ricovero negli ultimi 3 mesi, le cadute, il calo ponderale e la perdita del supporto familiare). Successivamente, l'ADI identifica il tipo di intervento, il setting e la frequenza, anche mediante l'utilizzo di strumenti di telemedicina. In caso di particolare vulnerabilità sociale, l'intervento dovrà essere integrato con i servizi sociali, per l'attivazione dei percorsi di sostegno economico o assistenziale o l'avvio della nomina di un Amministratore di Supporto. Importante il ruolo dell'Unità di Continuità Assistenziale (UCA), laddove attivata, nella prealutazione del caso e la presa in carico precoce.

### 3.3.1.2 Paziente dal Pronto Soccorso verso ADI e/o servizi di telemedicina

È importante che la presa in carico precoce in ADI dei pazienti fragili avvenga anche in Pronto Soccorso attraverso la COT come riferimento delle strutture ospedaliere. In questo percorso un ruolo cardine, accanto al Medico di Pronto Soccorso, è ricoperto dall'infermiere «flussista» del Team Operativo Ospedaliero (TOH)



e dall'Assistente Sociale. I Pronto Soccorso di strutture ospedaliere che dispongono di servizi di telemedicina che erogano televisita e/o telemonitoraggio e/o teleconsulto possono attivare rapidamente tali servizi per garantire continuità assistenziale (prima della presa in carico del territorio).

### 3.3.1.3 Paziente dalle degenze ospedaliere verso l'ADI e/o servizi di telemedicina

Gli Ospedali che dispongono di servizi di telemedicina che erogano televisita e/o telemonitoraggio, e/o teleconsulto, e/o teleriabilitazione, e/o teleassistenza possono attivare tali servizi in fase di dimissione per garantire continuità assistenziale.

## 3.4 Miscellanea dei percorsi di attivazione dei servizi di telemedicina

Pazienti provenienti da diversi setting assistenziali potranno prevalentemente usufruire di diversi servizi di telemedicina.

Nello schema seguente si indicano in maniera volutamente didascalica, a scopo esemplificativo e non esaustivo, i principali percorsi di attivazione e quali sono i servizi di telemedicina attivabili a partire dalla diversa provenienza dei pazienti.

	Attivazione dei diversi servizi di Telemedicina								
	Pz in Ospedale	Pz in PS	Pz dimesso da Ospedale	Pz dimesso da PS	Pz in struttura residenziale (RSA ecc)	Pz da CdC	Pz in Casa Circondariale	Da 118	Pz da territorio (MMG/PLS,
Telemonitoraggio			x	x		x		x	x
Teleconsulto	x	x			x	x	x	x	x
Televisita			x	x		x		x	x
Teleassistenza			x	x	x	x			x

Tabella 2 servizi minimi di telemedicina attivabili dai diversi setting assistenziali

Stakeholders coinvolti	Telemonitoraggio	Teleconsulto	Televisita	Teleassistenza
MMG/PLS	x	x	x	
Medici di UO Ospedaliere	x	x	x	
Coordinatori UO Ospedaliere	x	x		
Infermieri CAD	x	x	x	x
Infermieri Case Manager	x		x	x
professioni sanitarie				x
IFeC	x			x
Farmacie	x		x	
Tecnici ICT	x	x	x	x
Amministrativi	x	x	x	x

Tabella 3 Coinvolgimento dei diversi stakeholder nei diversi servizi di telemedicina

### 3.4.1 Ruolo delle Farmacie

La farmacia dei servizi può avere un ruolo di prossimità per il sostegno ai cittadini che hanno difficoltà a effettuare alcuni servizi di telemedicina secondo percorsi e modelli organizzativi che verranno dettagliati nel prossimo cronoprogramma.

### 3.4.2 Integrazione socio-sanitaria

Nell'ottica di incrementare servizi di teleassistenza socio-sanitaria dei pazienti fragili e cronici con particolare attenzione a coloro residenti nei comuni montani o aree interne o aree disagiate, si ritiene necessario l'integrazione dei dati raccolti dai servizi sociali dei comuni o distretti comunali delle aree metropolitana con la piattaforma di telemedicina aziendale e si prospetta lo sviluppo di servizi di domotica di base anche attraverso lo studio da parte del FOSMIT<sup>9</sup> di un servizio di assistenza socio-sanitaria che possa monitorizzare anche in modo proattivo eventuali criticità. In questo senso è da implementare l'interoperabilità tra le piattaforme SIGESS e SIATESS e il ruolo delle COT e dei PUA nell'interazione con il sociale.

## 4. Governance Regionale

E' demandato alla Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria: a) la definizione delle fasi attuative finalizzate alla piena realizzazione, attivazione e sviluppo del "Modello organizzativo dei Servizi di Telemedicina territoriali ed ospedalieri della Regione Lazio" (all. 1) da parte delle Aziende e degli Enti del SSR; b) la costituzione di un Gruppo di lavoro regionale relativo all'implementazione dei servizi di Telemedicina.

---

<sup>9</sup> FOSMIT FOnDo per lo Sviluppo delle Montagne ITaliene