

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE
Erik LAVEVAZ

IL DIRIGENTE ROGANTE
Massimo BALESTRA



REFERTO DI PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto certifica che copia del presente atto è in pubblicazione all'albo dell'Amministrazione regionale dal 23/11/2021 per quindici giorni consecutivi, ai sensi dell'articolo 11 della legge regionale 23 luglio 2010, n. 25.

Aosta, li 23/11/2021

IL DIRIGENTE
Massimo BALESTRA

Verbale di deliberazione adottata nell'adunanza in data 22 novembre 2021

In Aosta, il giorno ventidue (22) del mese di novembre dell'anno duemilaventuno con inizio alle ore otto e sette minuti, si è riunita, nella consueta sala delle adunanze sita al secondo piano del palazzo della Regione - Piazza Deffeyes n. 1,

LA GIUNTA REGIONALE DELLA VALLE D'AOSTA

Partecipano alla trattazione della presente deliberazione :

Il Presidente Erik LAVEVAZ

e gli Assessori

Luigi BERTSCHY - Vice-Presidente

Roberto BARMASSE

Luciano CAVERI

Jean-Pierre GUICHARDAZ

Carlo MARZI

Davide SAPINET

Si fa menzione che le funzioni di Assessore all'ambiente, trasporti e mobilità sostenibile sono state assunte "ad interim" dal Presidente della Regione e che l'Assessore Roberto BARMASSE lascia la seduta alle ore 9.37 dopo l'approvazione della deliberazione n. 1536.

Svolge le funzioni rogatorie il Dirigente della Struttura provvedimenti amministrativi,
Sig. Massimo BALESTRA

E' adottata la seguente deliberazione:

N° **1519** OGGETTO :

APPROVAZIONE DI LINEE DI INDIRIZZO PROGRAMMATICHE ALL'AZIENDA USL DELLA VALLE D'AOSTA PER LO SVILUPPO DELLA TELEMEDICINA PER IL TRIENNIO 2022/2024 E DI INDICAZIONI OPERATIVE PER LA RELATIVA IMPLEMENTAZIONE SUL TERRITORIO. RECEPIMENTO DELL'ACCORDO TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO IN DATA 17/12/2020 (REP. N. 215/CSR).

LA GIUNTA REGIONALE

- vista la seguente normativa statale:
 - il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e, in particolare, l'articolo 1, che declina i principi di tutela del diritto alla salute, di programmazione sanitaria e di definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza;
 - la legge 23 dicembre 1994, n. 724 (Misure di razionalizzazione della finanza pubblica) e, in particolare, l'articolo 34, comma 3, il quale stabilisce che la Regione autonoma Valle d'Aosta provveda al finanziamento del Servizio sanitario nazionale senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato utilizzando prioritariamente le entrate derivanti dai contributi sanitari ad essa attribuiti e, ad integrazione, le risorse del proprio bilancio;
 - il decreto del Ministro della sanità 22 luglio 1996 (Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe), così come modificato dal decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze 18 ottobre 2012 (Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale);
 - il decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", nonché il Regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riferimento al trattamento dei dati personali;
 - il decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, recante "Codice dell'amministrazione digitale";
 - il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502) e, in particolare, l'art.15, comma 4, che specifica che le Regioni e le Province autonome disciplinano le modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, e l'art. 21, comma 4, che specifica che nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati e dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio;
 - il decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, recante "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)";
 - il decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze 12 marzo 2019 (Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria);
 - la deliberazione del Consiglio dei Ministri 31 gennaio 2020 (Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili), nonché la successiva normativa e le successive disposizioni a vario titolo emanate dagli organi di governo centrali concernenti le misure urgenti per il contenimento e il contrasto dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, che hanno individuato nella telemedicina una modalità essenziale ed

efficace per monitorare e contenere il contagio in fase di emergenza e, nella fase di ripresa delle attività programmate, un'opportunità da privilegiare per particolari tipologie di prestazioni;

- visto il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, approvato con decisione di esecuzione del Consiglio dell'Unione europea in data 13 luglio 2021 e, in particolare, la Missione 6 SALUTE, presentata il 12 gennaio 2020 dal Governo, alla quale sono assegnate risorse per complessivi 15,63 miliardi per finanziare 2 Aree progettuali (“componenti”):
 - M6C1- Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale (7 miliardi), per l'avvio di interventi finalizzati a rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari;
 - M6C2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale (8,63 miliardi), per l'avvio di interventi di rinnovamento e ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale;
- dato atto che, come indicato nel PNRR e, in particolare, negli investimenti 1.3 della Componente 2 della Missione 6:
 - i servizi di telemedicina rappresentano lo strumento per: (i) contribuire a ridurre gli attuali divari geografici e territoriali in termini sanitari grazie all'armonizzazione degli standard di cura garantiti dalla tecnologia; (ii) garantire una migliore “esperienza di cura” per gli assistiti; (iii) migliorare i livelli di efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di monitoraggio da remoto;
 - i progetti di telemedicina proposti dalle Regioni saranno finanziati sulla base delle priorità e delle linee guida definite dal Ministero della salute. I progetti potranno riguardare ogni ambito clinico e promuovere un'ampia gamma di funzionalità lungo l'intero percorso di prevenzione e cura: tele-assistenza, tele-consulto, tele-monitoraggio e tele-refertazione. Per ottenere i finanziamenti, tuttavia, i progetti dovranno innanzitutto potersi integrare con il Fascicolo Sanitario Elettronico, raggiungere target quantitativi di performance legati ai principali obiettivi della telemedicina e del Sistema Sanitario Nazionale, nonché garantire che il loro sviluppo si traduca in una effettiva armonizzazione dei servizi sanitari. Saranno infatti privilegiati progetti che insistono su più Regioni, fanno leva su esperienze di successo esistenti, e ambiscono a costruire vere e proprie “piattaforme di telemedicina” facilmente scalabili;
- dato atto che non sono ancora state definite dal Ministero della salute le linee-guida sopra citate per il finanziamento dei progetti di telemedicina proposti dalle Regioni;
- visti i seguenti Accordi e Intese:
 - in data 20 febbraio 2014 (Rep. Atti n. 16/CSR), tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sul documento recante “Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali”;

- in data 22 gennaio 2015 (Rep. Atti n. 4/CSR), tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sulla teleconsulenza al fine di potenziare il funzionamento delle reti regionali per malati rari, nel quale sono evidenziati, tra l'altro, i vantaggi, in termini di efficacia delle cure, della teleconsulenza tra strutture ospedaliere, Centri specialistici di riferimento, strutture sanitarie territoriali, nella presa in carico del paziente con malattia rara;
- in data 15 settembre 2016 (Rep. Atti n. 160/CSR), tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sul "Piano Nazionale cronicità", di cui all'art. 5, comma 21, dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014, concernente il Patto per la salute per gli anni 2014-2016, nel quale si afferma che le tecnologie della sanità digitale (e-Health) e, in particolare, la Telemedicina e la Teleassistenza consentono di favorire la gestione domiciliare della persona, anche nei processi di presa in carico del paziente cronico, e che il medesimo piano propone la sperimentazione di modelli di assistenza che riescano a coniugare soluzioni tecnologiche con i bisogni di salute del paziente, individuando tali modelli nella teleassistenza domiciliare, nel teleconsulto specialistico, nel telemonitoraggio medicale, nella telesorveglianza e nel telecontrollo;
- in data 18 dicembre 2019 (Rep. Atti n. 209/CSR), ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, concernente il Patto per la salute per gli anni 2019-2021;
- in data 17 dicembre 2020 (Rep. Atti n. 215/CSR), ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina";
- visti i seguenti documenti dell'Istituto Superiore di Sanità:
 - Rapporto COVID-19 n. 12/2020 "Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19" del 13 aprile 2020, nel quale sono state illustrate, tra l'altro, le indicazioni per erogare servizi sanitari e supporto psicologico, allo scopo di sorvegliare proattivamente le condizioni di salute di persone in quarantena, in isolamento o dopo dimissione dall'ospedale, oppure isolate a domicilio dalle norme di distanziamento sociale, ma bisognose di continuità assistenziale, pur non essendo contagiate da Covid-19;
 - Rapporto COVID-19 n. 60/2020 "Indicazioni ad interim per servizi sanitari di telemedicina in pediatria durante e oltre la pandemia COVID-19" del 10 ottobre 2020, nel quale sono illustrate, tra l'altro, le indicazioni scientifiche per supportare l'implementazione dei servizi sanitari di telemedicina per i pazienti pediatrici, sia nella prima infanzia, sia in età evolutiva, e durante le diverse fasi della pandemia COVID-19, a supporto della risoluzione di problemi operativi nella gestione del rapporto medico-paziente-famiglia, fornendo altresì, elementi concreti per la definizione delle caratteristiche specifiche, dei criteri di ammissibilità e di esclusione del paziente pediatrico, per aumentare la sicurezza e i benefici dei servizi di telemedicina, nonché per garantire la continuità dell'assistenza ai pazienti pediatrici affetti da malattie croniche rare o comuni;
- visto il Piano Triennale per l'Informatica nella Pubblica amministrazione, approvato dal Presidente del Consiglio il 31.05.2017, realizzato dall'Agenzia per l'Italia Digitale e dal Team per la Trasformazione Digitale, attraverso il quale si definisce il modello di riferimento per lo sviluppo dell'informatica pubblica italiana, ed, in particolare per la sanità, si evidenzia il ruolo fondamentale ricoperto dal Fascicolo sanitario elettronico (FSE), dal Centro unico di prenotazione (CUP) e dal Progetto Telemedicina utile per offrire servizi che migliorino la fruibilità delle cure, dei servizi di diagnosi e della consulenza medica a distanza, oltre al costante monitoraggio di parametri vitali;

- vista la Circolare n. 31/2020, in data 3 giugno, del Ministero della salute concernente le Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19, ai fini di fornire indicazioni alle Regioni per la riattivazione delle attività ambulatoriali, sfruttando l'opportunità di privilegiare la modalità di erogazione a distanza (telemedicina, videochiamata, videoconferenza), per particolari tipologie di prestazione (es. alcune tipologie di visite di controllo, l'aggiornamento dei piani terapeutici);
- vista la seguente normativa regionale:
 - la legge regionale 16 dicembre 1991, n. 76, recante norme per l'erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria aggiuntiva a favore degli assistiti del Servizio sanitario regionale (SSR);
 - la legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 (Norme per la razionalizzazione dell'organizzazione del Servizio socio-sanitario regionale e per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella Regione) e, in particolare, l'articolo 2 che prevede che la Regione assicuri, mediante la programmazione sanitaria, lo sviluppo del servizio socio-sanitario regionale, al fine di garantire i livelli essenziali e appropriati di assistenza definiti dal Piano socio-sanitario regionale;
 - la legge regionale 7 dicembre 2009, n. 46 (Nuova disciplina dell'assetto contabile, gestionale e di controllo dell'Azienda regionale sanitaria USL della Valle d'Aosta (Azienda USL). Abrogazione della legge regionale 16 luglio 1996, n. 19);
 - la legge regionale 25 ottobre 2010, n. 34 (Approvazione del Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2011/2013);
- viste le seguenti deliberazioni della Giunta regionale:
 - n. 62, in data 23 gennaio 2015, recante "Aggiornamento, a decorrere dal 1° marzo 2015, del tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio, approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 1452 del 19 maggio 2006 e successive modificazioni";
 - n. 70, in data 25 gennaio 2019, recante "Recepimento del Piano nazionale della cronicità di cui all'accordo della Conferenza permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome del 15 settembre 2016 e istituzione di un tavolo di lavoro per la predisposizione delle linee di indirizzo regionali";
 - n. 698, in data 31 luglio 2020, recante "Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 131/2003 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in data 20/02/2014 sul documento recante "Telemedicina - linee di indirizzo nazionali" (Rep. Atti n. 16/CSR del 20 febbraio 2014) e attivazione di servizi di assistenza sanitaria erogabili a distanza (telemedicina)";
 - n. 1237, in data 23 novembre 2020, recante "Recepimento di Intese e Accordi Rep. n. 151/CSR in data 25 luglio 2012, n. 103/CSR in data 9 luglio 2020, n.118/CSR e n.119/CSR in data 27 luglio 2020, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di Cure palliative e Terapia del dolore. Disposizioni attuative del DPCM 12 gennaio 2017";
 - n. 76, in data in data 1° febbraio 2021, recante "Approvazione di indicazioni per l'organizzazione ed erogazione delle cure domiciliari integrate e delle cure domiciliari palliative. Disposizioni attuative degli articoli 22 e 23 del DPCM 12 gennaio 2017";
 - n. 744, in data 21 giugno 2021, recante "Approvazione degli indirizzi e obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi e assegnazione all'Azienda USL della Valle

d'Aosta del finanziamento della spesa sanitaria regionale di parte corrente e per investimenti, determinato con le leggi regionali di stabilità per il triennio 2021/2023 e di assestamento per l'anno 2021. Prenotazione di spesa” ed, in particolare, l'allegato B, paragrafo 4 “Piano regionale cronicità” che prevede che, *“visto il progetto relativo a “Introduzione, attraverso la telemedicina, di un modello tecnologico/organizzativo di cura dei pazienti cronici” in fase di avvio, che prevede la realizzazione del prototipo del sistema di presa in cura dei pazienti cronici e della sua sperimentazione in un contesto reale, l'Azienda USL capitalizzerà i risultati di tale sperimentazione per definire un sistema strutturato e complesso di presa in carico, attraverso l'utilizzo dell'ICT e della telemedicina”*;

- richiamate, altresì, le deliberazioni del Commissario dell'Azienda USL della Valle d'Aosta:
 - n. 287, del 24 luglio 2019, avente ad oggetto “Avvio studio di fattibilità per la realizzazione del servizio di telemedicina aziendale”, con la quale, tra l'altro, è stata costituita la Cabina di regia aziendale per il coordinamento delle attività di cui trattasi;
 - n. 364, del 3 settembre 2021, avente ad oggetto “Approvazione della relazione “La Telemedicina nell'Azienda USL Valle d'Aosta”, con la quale è stata approvata la relazione che delinea gli ambiti strategici e gli adempimenti concreti da attuare, oltre che la necessaria struttura organizzativa per l'implementazione della telemedicina nell'Azienda USL;
- dato atto che con la DGR 698/2020 sopra citata, di recepimento delle Linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina di cui all'Intesa del 20 febbraio 2014:
 - è stata riconosciuta, all'Azienda USL della Valle d'Aosta e ai soggetti privati accreditati, la possibilità di avviare prontamente l'erogazione di servizi sanitari in modalità di Telemedicina, in coerenza con le disposizioni nazionali vigenti, purché supportati da strumenti informatici e tecnologici adeguati, con contestuale comunicazione di una relazione da inviare alla Struttura finanziamento del servizio sanitario, investimenti e qualità nei servizi socio-sanitari dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, per le valutazioni e le eventuali considerazioni di competenza, che descriva le misure attuate e gli strumenti tecnologici implementati, idonei a garantire la sicurezza del sistema e l'appropriatezza nel processo di erogazione, le caratteristiche e gli standard del servizio di Telemedicina, così come individuati nei paragrafi 2.4 e 5.5 delle citate linee di indirizzo nazionali;
 - è stato definito che le prestazioni sanitarie di cui al vigente Nomenclatore Tariffario regionale della specialistica ambulatoriale (di cui alla DGR 62/2015) erogate in modalità di Telemedicina siano identificate riportando la dicitura “eseguibile in Telemedicina” nel campo del quesito diagnostico della ricetta dematerializzata o in altro campo da definire successivamente in raccordo con il Ministero della salute e Ministero dell'economia e delle finanze;
 - è stato stabilito che le tariffe delle prestazioni erogate in telemedicina rimangono invariate rispetto alla rispettive tariffe previste per la medesima prestazione erogata attraverso i canali tradizionali, e che sia applicato l'eventuale regime di esenzione previsto;
 - è stato disposto che sia fatta salva la possibilità di avviare iniziative di Teleassistenza da parte dei Comuni, delle Unités des Communes Valdôtaines, degli altri soggetti pubblici o privati gestori di servizi socio-assistenziali, applicando, ove possibile, i principi di cui al documento “Telemedicina – Linee di indirizzo nazionali” sopra citato;

- dato atto che in sede di confronto tra le Regioni, durante l'incontro in videoconferenza del Gruppo di Lavoro sull'Assistenza Specialistica Ambulatoriale, istituito nell'ambito del Coordinamento tecnico Area territoriale della Commissione Salute, svolto in data 22 luglio u.s., è stato, tra l'altro, elaborato un documento di lavoro condiviso, nel quale sono ribadite le indicazioni già contenute nella DGR 698/2020, con riferimento, tra l'altro, al tracciamento, nei flussi istituzionali, delle prestazioni erogate in telemedicina e all'applicazione delle relative tariffe, equivalenti a quelle applicate per le analoghe prestazioni rese in presenza;
- ritenuto necessario recepire le ulteriori indicazioni nazionali in materia di telemedicina, di cui all'Accordo in data 17 dicembre 2020 (Rep. Atti n. 215/CSR) sopra citato, finalizzate a garantire la diffusione omogenea, sul territorio nazionale, delle modalità di erogazione di alcune prestazioni di telemedicina, quali la televisita, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico-sanitaria, la teleassistenza da parte di professioni sanitarie e la telerefertazione, così che tale opportunità rappresenti un elemento concreto di innovazione organizzativa nel processo assistenziale;
- dato atto che le indicazioni contenute nell'Accordo sopracitato saranno oggetto di aggiornamento periodico, anche in relazione all'evoluzione delle tecnologie, e che, pertanto, seguiranno successive indicazioni relative ad ulteriori prestazioni di telemedicina, al fine di supportare e garantire una progressiva estensione e applicazione in tutti gli ambiti assistenziali nei quali tale modalità erogativa possa contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza;
- dato atto che le Regioni e le Province autonome hanno espresso l'assenso tecnico al documento "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie" che sarà oggetto di successivo Accordo ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 e che i contenuti del documento sopra citato sono già recepiti, in linea generale, nella presente deliberazione, con riferimento al corretto inserimento nei processi di abilitazione, riabilitazione e presa in carico dei pazienti, garantiti dal Servizio sanitario nazionale;
- ritenuto necessario approvare il documento allegato A alla presente deliberazione, di linee di indirizzo programmatiche all'Azienda USL Valle d'Aosta per il triennio 2022/2024, al fine di favorire la programmazione delle azioni finalizzate ad un avvio sistematizzato dell'erogazione di prestazioni sanitarie in modalità di telemedicina, per ambiti prioritari di intervento;
- dato atto che, in considerazione dell'obiettivo prioritario di potenziare i servizi erogati sul territorio, al fine di garantire ai cittadini una risposta il più possibile prossima al proprio domicilio, siano essi bisogni di tipo prettamente sociale, sanitario o che richiedano una presa in cura di tipo globale, tra le attività propedeutiche vi è la costituzione di una Centrale Operativa Territoriale (COT), con funzione di coordinamento dei servizi, di risposta omogenea sul territorio nell'erogazione dei medesimi, di adeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali, nonché con la rete di emergenza-urgenza;
- dato atto che la Centrale Operativa Territoriale costituirà il punto privilegiato di integrazione con il Centro di coordinamento tecnico delle attività di telemedicina previsto tra gli interventi prioritari da realizzare nella deliberazione del Commissario dell'Azienda USL della Valle d'Aosta n. 364/2021 sopra citata;
- ritenuto, altresì, necessario, approvare il documento all'allegato B alla presente deliberazione, contenente, sulla scorta di quanto disposto nella vigente DGR 698/2020 e nell'Accordo in data 17 dicembre 2020 (Rep. Atti n. 215/CSR), le indicazioni operative ai soggetti erogatori di prestazioni sanitarie in Telemedicina, al fine di favorire l'applicazione

omogenea, su tutto il territorio regionale, delle attività di prescrizione, erogazione, tracciamento e tariffazione delle prestazioni medesime;

- ritenuto necessario precisare che la relazione di cui al punto 2 del dispositivo della DGR 698/2020, da inviare alla Struttura finanziamento del servizio sanitario, investimenti e qualità nei servizi socio-sanitari dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali per l'avvio dei servizi sanitari in modalità di Telemedicina, deve contenere tutti gli elementi necessari al rispetto delle disposizioni di cui alla presente deliberazione;
- ritenuto altresì necessario precisare che la Struttura finanziamento del Servizio sanitario, investimenti e qualità nei servizi socio-sanitari dell'Assessorato Sanità, salute e politiche sociali per effettuare le valutazioni e le considerazioni di competenza di cui al punto 2 del dispositivo della DGR 698/2020 chiederà parere tecnico, sulla documentazione ricevuta, all'Organismo Tecnicamente Accreditante e che l'attività erogata in Telemedicina potrà essere sospesa qualora non siano rispettati i requisiti minimi di cui alla DGR 698/2020 e alla presente deliberazione;
- ritenuto necessario precisare che la possibilità per i soggetti privati accreditati di erogare servizi e prestazioni in Telemedicina non costituisce automatica autorizzazione all'erogazione con tale modalità per quanto concerne le prestazioni per conto del Servizio Sanitario Nazionale e che la decisione in merito resta in capo all'Azienda USL della Valle d'Aosta;
- ritenuto necessario istituire il Gruppo regionale di telemedicina, costituito da rappresentanti regionali e aziendali dei diversi ambiti coinvolti, così individuati:
 - il Direttore sanitario dell'Azienda USL;
 - i componenti della Cabina di regia costituita dall'Azienda USL, con deliberazione del Commissario n. 287, in data 24 luglio 2019;
 - il Coordinatore e i Dirigenti del Dipartimento sanità e salute;
- ritenuto necessario stabilire che il Gruppo regionale di telemedicina sia convocato dal Coordinatore del Dipartimento sanità e salute dell'Assessorato competente almeno semestralmente o su richiesta dei componenti del Gruppo medesimo, ai fini dell'attività di monitoraggio dell'applicazione delle disposizioni contenute nella presente deliberazione, nonché di confronto sullo sviluppo della telemedicina;
- dato atto che la presente deliberazione non comporta oneri aggiuntivi per il bilancio regionale 2021/2023, rispetto all'ammontare delle risorse finanziarie che annualmente sono trasferite all'Azienda USL della Valle d'Aosta per il finanziamento della spesa sanitaria regionale;
- richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 1404, in data 30 dicembre 2020, concernente l'approvazione del documento tecnico di accompagnamento al bilancio e del bilancio finanziario gestionale per il triennio 2021/2023 e delle connesse disposizioni applicative;
- visto il parere favorevole di legittimità sulla proposta della presente deliberazione rilasciato congiuntamente dal Coordinatore del Dipartimento sanità e salute, dal Dirigente della Struttura assistenza territoriale, formazione e gestione del personale sanitario, dal Dirigente della Struttura igiene e sanità pubblica e veterinaria, dalla Dirigente della Struttura programmazione socio-sanitaria e sanità ospedaliera e dal Dirigente della Struttura finanziamento del servizio sanitario, investimenti e qualità nei servizi socio-sanitari, ai sensi dell'articolo 3, comma 4, della legge regionale 23 luglio 2010, n. 22;

su proposta dell'Assessore alla sanità, salute e politiche sociali, Roberto Alessandro Barmasse;

ad unanimità di voti favorevoli

DELIBERA

1. di approvare il documento allegato A alla presente deliberazione, per formarne parte integrante e sostanziale, di linee di indirizzo programmatiche all'Azienda USL Valle d'Aosta per lo sviluppo della telemedicina per il triennio 2022/2024, al fine di favorire la programmazione delle azioni finalizzate ad un avvio sistematizzato dell'erogazione di prestazioni sanitarie in modalità di telemedicina, per ambiti prioritari di intervento;
2. di approvare il documento allegato B alla presente deliberazione, per formarne parte integrante e sostanziale, contenente, sulla scorta di quanto disposto nella vigente DGR 698/2020 e nell'Accordo in data 17 dicembre 2020 (Rep. Atti n. 215/CSR), le indicazioni operative ai soggetti erogatori di prestazioni sanitarie in Telemedicina, al fine di favorire l'applicazione omogenea, su tutto il territorio regionale, delle attività di prescrizione, erogazione, tracciamento e tariffazione delle prestazioni medesime;
3. di approvare il recepimento delle disposizioni di cui all'Accordo in data 17 dicembre 2020 (Rep. Atti n. 215/CSR), ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina";
4. di stabilire che la relazione di cui al punto 2 del dispositivo della DGR 698/2020, da inviare alla Struttura finanziamento del servizio sanitario, investimenti e qualità nei servizi socio-sanitari dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali per l'avvio dei servizi sanitari in modalità di Telemedicina, deve contenere tutti gli elementi necessari al rispetto delle disposizioni di cui alla presente deliberazione;
5. di precisare che la Struttura finanziamento del servizio sanitario, investimenti e qualità nei servizi socio-sanitari dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali per effettuare le valutazioni e le considerazioni di competenza di cui al punto 2 del dispositivo della DGR 698/2020 chiederà parere tecnico sulla documentazione ricevuta all'Organismo Tecnicamente Accreditante e che l'attività erogata in Telemedicina potrà essere sospesa qualora non siano rispettati i requisiti minimi di cui alla DGR 698/2020 e alla presente deliberazione;
6. di approvare l'istituzione del Gruppo regionale di telemedicina, costituito da rappresentanti regionali e aziendali dei diversi ambiti coinvolti, così individuati:
 - il Direttore sanitario dell'Azienda USL;
 - i componenti della Cabina di regia costituita dall'Azienda USL, con deliberazione del Commissario n. 287 in data 24 luglio 2019 e s.m.i.;
 - il Coordinatore e i Dirigenti del Dipartimento sanità e salute;
7. di stabilire che il Gruppo regionale di telemedicina di cui al punto precedente sia convocato dal Coordinatore del Dipartimento Sanità e salute dell'Assessorato competente almeno semestralmente o su richiesta dei componenti del Gruppo medesimo, ai fini dell'attività di monitoraggio dell'applicazione delle disposizioni contenute nella presente deliberazione, nonché di confronto sullo sviluppo della telemedicina;
8. di dare atto che la presente deliberazione non comporta oneri aggiuntivi per il bilancio regionale 2021/2023, rispetto all'ammontare delle risorse finanziarie che annualmente sono trasferite all'Azienda USL della Valle d'Aosta per il finanziamento della spesa sanitaria regionale;
9. di stabilire che la presente deliberazione sia trasmessa all'Azienda USL Valle d'Aosta per gli adempimenti di competenza.

LINEE DI INDIRIZZO PROGRAMMATICHE, ALL'AZIENDA USL DELLA VALLE D'AOSTA, PER LO SVILUPPO DELLA TELEMEDICINA PER IL TRIENNIO 2022/2024.

1. ANALISI DI CONTESTO

La popolazione in Valle d'Aosta nel 2020 ammonta a 125.500 abitanti. L'età media della popolazione valdostana è poco più elevata della media italiana così come l'indice di vecchiaia. Gli ultraottantenni sono il 7,4% e ad avere più di 65 anni è un terzo della popolazione. La speranza di vita negli uomini è inferiore di oltre un anno rispetto al dato medio nazionale, sia alla nascita, sia a 65 anni, mentre per le donne si equivale al dato nazionale. Con attenzione alla fascia altimetrica: il 57,19% risiede in comuni situati fino a 600 m.s.l.m., il 31,60% in comuni situati tra i 600 e i 1.200 m.s.l.m. e vi è inoltre un 11,21% di persone che risiedono in comuni posti oltre i 1.200 m.s.l.m.

Su 123.546 iscritti al Servizio sanitario regionale (SSR), nel 2019, il 99,1% (122.495) sono residenti. Tra tutti gli iscritti al SSR, i dati estraibili dal Portale della Tessera Sanitaria indicano 43.873 persone esenti dal pagamento del ticket sanitario e, di queste, 26.718 lo sono per patologia (di cui 864 per malattie rare). Si tratta di una quota molto elevata, pari al 60% degli iscritti al Servizio sanitario regionale.

Con attenzione allo stato di salute riferito e alla presenza di malattie croniche, in Valle d'Aosta, secondo l'indagine campionaria dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana", ha dichiarato di essere in buona salute il 71,3% degli intervistati (68,8% media nazionale), ha dichiarato una malattia cronica diagnosticata il 42,7% a fronte del 40,9% medio nazionale e due malattie diagnosticate il 20,5% a fronte del 21,1% medio nazionale; infine dichiara di avere malattie croniche ma di sentirsi in buona salute il 49,3% degli intervistati a fronte del 43,1% della media nazionale.

Le malattie cardio e cerebro vascolari costituiscono uno dei più importanti problemi di salute pubblica e sono tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità. Per le malattie ischemiche del cuore, in Valle d'Aosta, i tassi standardizzati (std) di dimissioni ospedaliere negli uomini continuano ad essere, anche nel 2018, più del doppio di quelli delle donne sia per l'IMA (infarto miocardico acuto), sia considerando l'IMA unitamente alle altre forme acute e subacute di ischemia cardiaca. In controtendenza al calo generalizzato tra il 2012 e il 2018 in tutta Italia, in Valle d'Aosta gli andamenti dei tassi di ospedalizzazione per le malattie cerebrovascolari nel loro complesso e in particolare per l'ictus ischemico risultano in crescita del +3,0% negli uomini e del +23,2% nelle donne nel complesso e del +7,9% negli uomini e di +13,1% nelle donne per il solo ictus.

Con attenzione alle malattie metaboliche e al diabete in particolare, l'ospedalizzazione costituisce una risposta non appropriata che troverebbe migliore efficacia ed efficienza nei protocolli integrati tra ospedale e territorio, riservando all'ospedale solo le fasi di riacutizzazione, quando il quadro clinico non risulta adeguatamente controllato dalla terapia. I dati regionali mostrano un eccesso di ricoveri ordinari per diabete tra i valdostani di entrambi i generi ma soprattutto nei maschi. Il tasso di ospedalizzazione ogni 100.000 abitanti (ricovero ordinario e day hospital) nei maschi è 72,75 (media nazionale 68,21) e 42,81 nelle femmine (media nazionale 41,85).

Inoltre, il numero di persone dimesse almeno una volta da un ricovero ospedaliero con diagnosi primaria o secondaria di disturbo psichico si è confermato tra i più elevati in Valle d'Aosta a livello nazionale, sia per gli uomini che per le donne e in tutte le fasce di età ad esclusione della prima (fino a 18 anni). Soprattutto nell'età più anziana l'eccesso di ospedalizzazione regionale per queste cause lascia intuire una mancanza di alternative al

ricovero e una debole presa in carico sul territorio. Oltre i 75 anni il tasso di dimissione ogni 100.000 abitanti negli uomini è 32,48 (media italiana 15,06) e nelle donne 32,76 (media italiana 15,40).

Nel confronto con i valori nazionali, i valori regionali della mortalità complessiva mostrano, nel trend temporale (2006-2018), valori più elevati nei maschi, mentre nelle femmine la mortalità approssima quella nazionale. Una ulteriore peculiarità attiene una mortalità differenziale più elevata in Valle d'Aosta rispetto alla media nazionale nell'ultima classe di età (oltre i 75 anni) per entrambi i generi: infatti, il tasso standardizzato di mortalità in questa classe di età, ogni 100.000 abitanti, è di 886,9 nei maschi (media italiana 848) e 620 nelle femmine (media italiana 598). Uno svantaggio che potrebbe essere attribuito a una gestione non ottimale della cronicità proprio nelle persone anziane.

La mortalità "precoce" è un tipo di mortalità oggetto di analisi specifica da parte degli epidemiologi ed è dovuta, principalmente, alle malattie croniche (1). In Valle d'Aosta il tasso standardizzato per mortalità precoce, calcolato ogni 10.000 abitanti, dal 2007 al 2017, si è ridotto in misura superiore di quanto non sia avvenuto a livello nazionale (30% contro 18%), portandosi su valori più bassi di quelli medi nazionali. Con attenzione invece alla mortalità "evitabile", generalmente calcolata sui decessi tra 0 e 74 anni e tradotta in numero standardizzato di giorni di vita pro capite perduti, la Valle d'Aosta, nel 2019, perde 2 giorni in più di vita rispetto al valore medio nazionale. Delle due componenti che la definiscono quella a cui attribuire le maggiori criticità è la mortalità "prevenibile" (con stili di vita e diagnosi precoci) rispetto a quella "trattabile" (attraverso l'efficacia dei servizi sanitari).

2. AMBITI DI APPLICAZIONE DELLA TELEMEDICINA

Lo sviluppo della telemedicina consente di dare nuove risposte a problemi tradizionali della medicina e facilita la creazione di opportunità per il miglioramento del servizio sanitario, attraverso una maggiore collaborazione tra i professionisti sanitari coinvolti e i pazienti.

Il presente documento intende delineare le linee programmatiche regionali per la predisposizione e/o il consolidamento di progetti attuativi di telemedicina da parte dell'Azienda USL della Valle d'Aosta (di seguito Azienda USL) per il triennio 2022/2024, attraverso l'individuazione, in particolare, di modelli organizzativi finalizzati al miglioramento dell'assistenza sanitaria nel contesto regionale, per le tre aree assistenziali di riferimento:

1. Area dell'assistenza territoriale;
2. Area emergenza-urgenza;
3. Area ospedaliera.

I Servizi di Telemedicina, quali servizi di assistenza sanitaria erogati a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet e software e delle reti di telecomunicazione, appaiono la migliore soluzione in contesti con aree geografiche non omogenee e meno accessibili per:

- garantire il controllo e il monitoraggio della salute e delle capacità funzionali della persona, riducendo l'insorgenza di complicazioni o riacutizzazioni e rallentando la progressione della patologia;
- stimolare l'attività fisica e stili di vita adeguati;
- migliorare la sicurezza e prevenire l'isolamento sociale grazie alla possibilità data dalle nuove tecnologie di mettere l'individuo al centro di una rete di supporto;
- aumentare l'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari e sociali;

¹ Sono considerate per la stima della mortalità precoce tra i 30 e i 69 anni le principali cause di morte per: tumori maligni, diabete mellito, malattie cardiovascolari e malattie respiratorie croniche (codici ICD-10: C00-C97, E10- E14, I00-I99, J30-J98).

- garantire il controllo di alcune patologie di particolare rilievo per la governance del SSR;
- garantire l'equità di accesso alle cure e continuità assistenziale, con particolare riferimento alla popolazione residente in zone disagiate e lontane dall'Ospedale;
- garantire la fruizione di servizi sanitari senza che il paziente o l'assistito debba recarsi presso le strutture sanitarie o, comunque, presso le strutture più prossime al proprio domicilio;
- assicurare il supporto ai soccorritori nel caso di situazioni di emergenza sanitaria (es. collegamento ambulanze e Pronto Soccorso per comunicazione dati in tempo reale).

I servizi di Telemedicina mirano principalmente a rendere direttamente al domicilio del paziente il servizio di assistenza, prevalentemente medica, senza spostamenti fisici né da parte del medico né del paziente, attraverso la trasmissione dei dati sanitari da remoto rilevati grazie a dispositivi medici di monitoraggio.

Tale obiettivo deve tenere in considerazione i diversi elementi (tecnologici, socio-assistenziali, sanitari, formativi e legali) e tenere conto delle esperienze e delle risorse già presenti e attive presso l'Azienda USL.

Le prestazioni di Telemedicina, con riferimento all'appropriatezza erogativa, sono suddivisibili in quattro categorie di prestazioni:

- assimilate a qualsiasi prestazione sanitaria diagnostica e/o terapeutica tradizionale, rappresentandone una alternativa di erogazione;
- a supporto della prestazione sanitaria tradizionale, in quanto ne aumentano l'accessibilità aumentandone l'efficienza e l'equità distributiva;
- integrative della prestazione tradizionale;
- sostitutive della prestazione sanitaria tradizionale, realizzando nuove prassi assistenziali;

e la loro adozione nella pratica del sistema sanitario deve essere accompagnata da adeguate evidenze scientifiche riguardante l'utilizzo clinico-assistenziale appropriato delle tecnologie.

I servizi di Telemedicina, per i fini di cui al presente documento, sono quelli individuati nell'allegato B alla presente deliberazione che definisce le *“Indicazioni operative per l'erogazione di prestazioni e attività sanitarie in modalità di telemedicina”*.

L'erogazione di servizi/prestazioni in telemedicina da parte dell'Azienda USL deve, inoltre, rispondere agli indirizzi nazionali di cui alle seguenti intese tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano:

- Rep. Atti n. 15/CSR del 20 febbraio 2014, recante “Telemedicina – Linee di indirizzo nazionali”;
- Rep. Atti n. 215/CSR del 17 dicembre 2020, recante “Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina”;

Con riferimento alle diverse aree assistenziali, l'Azienda USL, nel corso del triennio 2022/2024, definirà modelli organizzativi innovativi e darà avvio a programmi di sviluppo della telemedicina, tenendo anche in considerazione gli ambiti di progressiva implementazione di seguito dettagliati per la progettazione di servizi resi a distanza.

2.1. AREA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

2.1.A La telemedicina nelle Cure Domiciliari, nelle Cure Domiciliari Integrate e nelle Cure palliative

Le Cure Domiciliari forniscono presso il domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione; più nello specifico, le Cure Domiciliari Integrate e le Cure Palliative consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, assistenziali assicurati alle persone non autosufficienti, in condizioni di fragilità, o in fase di palliazione e/o terminalità, da team multiprofessionali e multidisciplinari. La Regione autonoma Valle d'Aosta ha recentemente dettato disposizioni in materia di Cure Domiciliari Integrate, in applicazione degli articoli 22 e 23 del DPCM 12 gennaio 2017, con la deliberazione della Giunta regionale n. 76, in data 1 febbraio 2021.

L'assistenza domiciliare rappresenta una possibile soluzione per generare risparmi di spesa e sopperire ad eventuale carenza di professionisti, tenuto conto che le tecnologie sanitarie domiciliari rendono disponibile un ampio spettro di strumenti diagnostici di base.

In tale ambito, si evidenziano, le seguenti possibili prestazioni sanitarie a distanza:

- a. telemonitoraggio di pazienti domiciliarizzati e instabili, anche da parte dei Medici di Assistenza Primaria (MAP) in collaborazione con gli specialisti ospedalieri;
- b. teleassistenza di pazienti domiciliarizzati nel corso di pandemia da COVID-19;
- c. teleassistenza di pazienti a domicilio nell'ambito di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) attivati dall'Azienda USL
- d. telemonitoraggio di pazienti cronici a domicilio nell'ambito del Piano cronicità aziendale;
- e. programmi di teleriabilitazione per pazienti in struttura residenziale e al domicilio (es. post ictus);
- f. interventi terapeutici a distanza nell'ambito della salute mentale;
- g. gestione della popolazione anziana istituzionalizzata attraverso il monitoraggio/controllo programmato di assistiti con patologie croniche al fine di limitare gli eventi di riacutizzazione di patologie in essere e i ricoveri inappropriati;
- h. televisite per i detenuti presso la Casa circondariale di Brissogne.

2.1.B La telemedicina nelle Strutture territoriali aziendali

Gli spazi aziendali quali poliambulatori, ambulatori, consultori e presidi dislocati sul territorio (comprese le future strutture territoriali previste dal PNRR) rappresentano il punto di erogazione di assistenza più di prossimità ai cittadini presso i quali, attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina, potrebbero essere garantite visite e controlli a distanza con gli specialisti ospedalieri, limitando gli spostamenti soprattutto per gli assistiti residenti nelle località più distanti dal Presidio Ospedaliero.

In tale ambito, si evidenziano, le seguenti possibili prestazioni sanitarie a distanza:

- a. implementazione degli esami di diagnostica strumentale con telerefertazione a distanza;
- b. televisite e controlli programmati (*follow up*) presso i poliambulatori/ambulatori/consultori/presidi aziendali sul territorio, in appositi spazi attrezzati (ambulatorio di telemedicina), di pazienti presi in carico nell'ambito delle patologie croniche in progetti di medicina di iniziativa e/o di continuità assistenziale.

2.2 AREA EMERGENZA URGENZA

In tale ambito, si evidenziano le seguenti possibili prestazioni sanitarie a distanza:

- a. collegamento tra centrale operativa del soccorso sanitario e i servizi di emergenza territoriale (invio di parametri vitali/tracciati ECG) per anticipo del monitoraggio del paziente;
- b. trasmissione immagini da Pronto Soccorso a reparti specialistici per indicazione terapeutica;
- c. televisita specialistica tra Pronto Soccorso e altri specialisti;
- d. teleconsulto con invio di immagini e dati sanitari.

2.3 AREA OSPEDALIERA

In tale ambito, si evidenziano le seguenti possibili prestazioni sanitarie a distanza:

- a. telemonitoraggio di pazienti domiciliarizzati, dimessi dalla degenza, e instabili da parte degli specialisti ospedalieri;
- b. telemonitoraggio pazienti a domicilio con necessità di interventi assistenziali da tenere in osservazione;
- c. televisite e controlli programmati (*follow up*);
- e. teleconsulti tra operatori sanitari e/o a supporto di operatori sul territorio (centri traumatologici, rifugi, ecc.).

3. FASI DELLA PIANIFICAZIONE

La pianificazione relativa all'introduzione di nuovi servizi da erogare in telemedicina necessita di un percorso di analisi che definisca tutti gli aspetti tecnico-organizzativi ed economici per l'attuazione del progetto.

Per tale motivo, al fine di attivare i servizi di telemedicina, l'Azienda USL predisporrà per ciascuna attività implementata un'apposita progettazione, tenuto conto della tipologia e della conseguente complessità del servizio in attivazione.

Con riferimento in particolare ai servizi più complessi e rivolti a *target* numerosi di popolazione, quali quelli previsti al punto 2.1, l'Azienda USL predisporrà una progettazione articolata per la quale si dettagliano le seguenti fasi:

FASE 1 - Individuazione popolazione target

L'Azienda USL dovrà identificare per ogni area di intervento sopra richiamata il criterio maggiormente idoneo per l'individuazione della popolazione target, sulla base dei dati epidemiologici, che dovrà tenere conto:

- degli atti di programmazione regionale e, ove presente, aziendale, riferiti al contesto specifico (assistenza domiciliare, assistenza domiciliare integrata, presa in carico dei pazienti cronici e dimissioni ospedaliere protette);
- di analisi valutative che, considerando i servizi di assistenza territoriale già attivi in modalità ordinaria, introducano soluzioni innovative di servizi in telemedicina al fine di facilitare l'accessibilità all'assistenza da parte dei cittadini meno prossimi al Presidio Ospedaliero e ai punti di erogazione di prestazioni sanitarie presenti sul territorio, al fine di garantire una assistenza capillare e di prossimità;
- dei percorsi diagnostico-assistenziali per patologia, al fine di facilitare l'adesione degli assistiti alle prestazioni di controllo programmate;
- delle priorità cliniche e organizzative individuate dall'Azienda USL con la collaborazione dei Responsabili delle Strutture aziendali, dell'Area territoriale e dei medici convenzionati operanti sul territorio.

A seguito della definizione del criterio sopra descritto, l'Azienda USL provvederà alla valutazione quantitativa dei soggetti che soddisfano le caratteristiche definite, predisponendo anche una valutazione di sviluppo futuro della domanda sanitaria.

FASE 2 - Individuazione del fabbisogno sanitario

Successivamente, l'analisi dovrà scendere nel dettaglio, identificando i singoli assistiti/pazienti rispondenti al criterio identificato e i relativi fabbisogni sanitari, anche attraverso la profilazione del rischio di ospedalizzazione.

Per ogni paziente dovrà essere stabilita la risposta assistenziale che sarà erogata dall'Azienda USL attraverso prestazioni in telemedicina, attraverso la costruzione di un PAI individuale dove dovranno essere rese evidenti le prestazioni erogate a distanza.

L'Azienda USL farà ricorso in questa fase anche a PDTA già validati e in esercizio.

FASE 3 - Definire le attività e i ruoli/le funzioni degli attori coinvolti: predisposizione del Piano Operativo di dettaglio

Per ogni servizio da attivare dovrà essere predisposto il Piano Operativo che stabilisce le attività da implementare e il modello organizzativo, precisando i requisiti minimi strutturali e funzionali necessari, e che evidenzia nel dettaglio:

- gli assistiti eleggibili (analisi nella fase 1 e 2);
- le prestazioni rese in telemedicina (analisi della fase 2);
- gli attori/operatori coinvolti e i relativi ruoli;
- le tecnologie impiegate (infrastruttura tecnologica e dispositivi medici) e le modalità di approvvigionamento/utilizzo/manutenzione;
- la tecnologia a disposizione dell'utente e/o resa disponibile dall'utente e le modalità gestionali;
- i luoghi coinvolti;
- la modalità organizzativa per la gestione e manutenzione del sistema informativo, con funzioni di tele-allerta/telesoccorso e coordinamento, controllo e gestione della tecnologia in uso al domicilio (COT, Centro Tecnico di Coordinamento, CUS ecc.);
- le attività di *start up* del servizio (formazione degli operatori e addestramento *care giver*, redazione dei PAI degli assistiti, avvio degli strumenti, problematiche *privacy*);
- la valutazione economica del servizio attraverso una analisi di dettaglio dei costi di infrastrutturazione e di gestione;
- la compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito o gratuità, ai sensi della normativa vigente;
- le problematiche di *cyber security* e di responsabilità professionale;
- il piano di valutazione dei rischi commisurato alla tipologia di servizi forniti in telemedicina;
- il monitoraggio del PAI;
- le attività di controllo: monitoraggio almeno semestrale degli esiti dell'attivazione del servizio attraverso indicatori di processo e di esito, progettazione di momenti di verifica interni per analisi di eventuali criticità e verifiche di gradimento del servizio.

Tale Piano Operativo dovrà essere sottoposto dall'Azienda USL alla valutazione *Health Technology Assessment* – HTA, oppure, nel caso la stessa non lo ritenga opportuno per il basso impatto in tecnologia e nella riorganizzazione dei processi, giustificare l'assenza di tale valutazione da parte dell'organo aziendale competente.

4. LIMITI DI APPLICAZIONE DELLA TELEMEDICINA

Le prestazioni in telemedicina non possono essere erogate a pazienti:

- con patologie acute o riacutizzazioni di patologie croniche in atto;
- con patologie croniche e fragilità o con disabilità che rendano imprudente la permanenza a domicilio.

La valutazione finale degli strumenti idonei per singolo paziente spetta al medico che ne ha la responsabilità.

5. MODELLO ORGANIZZATIVO DI COORDINAMENTO E MONITORAGGIO DELLE PRESTAZIONI A DISTANZA

L'Azienda USL definirà il modello organizzativo aziendale di coordinamento e monitoraggio delle prestazioni a distanza, considerando gli strumenti organizzativi previsti dalla programmazione nazionale e regionale, tra cui:

- la Centrale Operativa Territoriale, che svolge funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra i servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali;
- la Centrale Operativa 116/117, sede del Numero Europeo Armonizzato per le cure mediche non urgenti;
- le Unità Speciali di Continuità Assistenziale, équipe mobile distrettuale per la gestione di situazioni clinico assistenziali;
- la Rete dell'emergenza-urgenza e la Centrale Unica del Soccorso;
- il Centro tecnico di coordinamento, che ha funzione di gestione e manutenzione del sistema informativo e degli strumenti.

L'Azienda USL dovrà, inoltre, attivare la Piattaforma aziendale di Telemedicina che gestisca complessivamente tutti i servizi, accessibile sia ai professionisti aziendali, sia ai pazienti.

Tale piattaforma dovrà garantire il collegamento con la futura piattaforma nazionale di telemedicina la cui creazione è prevista nell'Investimento 1.3 della Componente 2, Riforma 1, della Missione 6 del PNNR.

INDICAZIONI OPERATIVE PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI E ATTIVITÀ SANITARIE IN MODALITÀ DI TELEMEDICINA.

Le seguenti indicazioni operative sono finalizzate a definire gli aspetti generali concernenti l'attività sanitaria erogata in modalità di telemedicina, con particolare riferimento alle prestazioni che rientrano nell'ambito dell'Assistenza specialistica ambulatoriale.

1) Tipologia di prestazioni e di attività sanitarie erogabili e assistiti beneficiari

Nell'ambito dell'Assistenza specialistica ambulatoriale, le interazioni a distanza possono avvenire tra medico e paziente oppure tra medici o tra medici e altri operatori sanitari, in particolare secondo le modalità di seguito rappresentate:

- **Televisita:** il medico interagisce a distanza con il paziente con l'eventuale supporto del *caregiver*, può dar luogo alla prescrizione di farmaci o di cure. Durante la televisita un operatore sanitario che si trovi vicino al paziente può assistere il medico. Se tale visita, anche a distanza, garantisce tutti i requisiti di quella erogata in presenza può essere considerata come prestazione specialistica ai sensi della normativa vigente.
- **Teleconsulto:** è un'indicazione di diagnosi e/o di scelta di una terapia senza la presenza fisica del paziente, consulenza a distanza fra medici. Questa attività si considera come parte integrante dell'attività lavorativa dei medici e degli specialisti e come quella effettuata in presenza non necessita di una remunerazione a prestazione, pertanto di una tariffa ad hoc.
- **Telecooperazione:** assistenza fornita da un medico o altro operatore sanitario ad un altro medico o altro operatore sanitario impegnato in un atto sanitario. Questa attività, a seconda dei casi, può essere ricondotta ad una delle precedenti, in particolare ad una visita multidisciplinare o ad un teleconsulto.
- **Teleassistenza:** da parte di professioni sanitarie (infermiere/fisioterapista/logopedista ecc.) è un atto professionale di pertinenza della relativa professione sanitaria e si basa sull'interazione a distanza tra il professionista e paziente/*caregiver* per mezzo di una videochiamata, alla quale si può all'occorrenza aggiungere la condivisione di dati, referti o immagini. Lo scopo della teleassistenza è quello di agevolare il corretto svolgimento di attività assistenziali, eseguibili prevalentemente a domicilio.
- **Teleriabilitazione:** da parte di professioni sanitarie (infermiere/fisioterapista/logopedista ecc.) è un atto professionale di pertinenza della relativa professione sanitaria e consiste nell'erogazione, a distanza, di prestazioni e servizi intesi ad abilitare, ripristinare, migliorare o mantenere il funzionamento psico-fisico delle persone, da parte di professionisti sanitari, anche in forma multidisciplinare. Quando necessario è prevista la richiesta di collaborazione al *caregiver*, ai familiari o ad altre figure presenti nel luogo di erogazione delle prestazioni e dei servizi, quali gli insegnanti a scuola.

Analogamente, si considera facente parte dell'attività specialistica, quindi senza necessità di remunerazione a prestazione, il Triage telefonico effettuato da medici o operatori sanitari per

contattare i pazienti, allo scopo di valutare la necessità di eseguire la visita in tempi rapidi in presenza o a distanza o la possibilità di rimandarla ad un momento successivo, assegnando un nuovo appuntamento.

Sono erogabili in Televisita le prestazioni ambulatoriali che non richiedono l'esame obiettivo del paziente (tradizionalmente composto da ispezione, palpazione, percussione e auscultazione) ed in presenza delle seguenti condizioni:

- il paziente è inserito in un percorso di *follow up* da patologia nota
- il paziente necessita della prestazione nell'ambito di un PAI/PDPA
- il paziente necessita di monitoraggio, conferma, aggiustamento o cambiamento della terapia in corso (es. rinnovo piano terapeutico o modifica dello stesso)
- il paziente necessita di valutazione anamnestica per la prescrizione di esami di diagnosi, o di stadiazione di patologia nota o sospetta
- il paziente necessita di spiegazione, da parte del medico, degli esiti di esami di diagnosi o stadiazione effettuati, cui può seguire la prescrizione di eventuali approfondimenti o di una terapia
- ogni altro scenario dove il medico valuti la possibilità di erogare la visita in modalità "televisita".

2) Requisiti concernenti il luogo di erogazione della prestazione o dell'attività sanitaria e attività propedeutiche all'erogazione in sicurezza e appropriatezza

Per l'erogazione di prestazioni in telemedicina si considerano i requisiti di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali in modalità tradizionale e gli ulteriori requisiti generali di seguito declinati.

Tutti i trasferimenti di voce, video, immagini e *files* devono essere crittografati e rispettare le vigenti normative in materia di *privacy* e sicurezza.

Gli erogatori delle prestazioni in telemedicina devono assicurare:

- nella Carta dei servizi, la presenza dell'elenco delle prestazioni erogabili in telemedicina, le loro modalità di erogazione, l'organigramma funzionale con i diversi livelli di responsabilità, le tempistiche di rilascio dei referti, i costi, i tempi e le modalità di pagamento, ecc.;
- la designazione di un Direttore/Responsabile Sanitario che garantisca l'organizzazione tecnico-sanitaria e la sussistenza dei dovuti *standard* prestazionali per le attività cliniche erogate in telemedicina e identificazione di un soggetto professionale, di comprovata e specifica competenza, responsabile della gestione e manutenzione delle tecnologie e dell'infrastruttura informatica atta a garantire l'erogazione di servizi di telemedicina (Centro Tecnico di Coordinamento);
- l'erogazione dei servizi di telemedicina, in ogni loro fase, attraverso personale con le necessarie qualifiche, conoscenze e competenze, di cui alle disposizioni e normative di riferimento in relazione agli specifici servizi erogati;
- un piano di formazione periodico che garantisca il mantenimento nel tempo delle competenze del personale preposto, a vario titolo (acquisizione, consulto e refertazione), alla gestione e utilizzo dei servizi di telemedicina;
- l'adozione di una procedura per assicurare idonea e preventiva informativa al cittadino sull'esecuzione della prestazione "a distanza";
- la garanzia all'utente della possibilità di accedere e consultare i propri dati acquisiti, gestiti e archiviati nell'ambito dei servizi erogati in telemedicina attraverso le infrastrutture regionali di FSE e Ritiro referti *on line*;

- l'adozione di un piano formativo per l'addestramento del personale utilizzatore (pazienti, *caregivers*, operatori sanitari) all'uso delle tecnologie impiegate;
- l'adozione, ove possibile, di procedure per l'eventuale recupero, la pulizia, sanificazione e disinfezione e il ricondizionamento di tecnologie provenienti dal domicilio, nei casi previsti di un loro possibile successivo riutilizzo con altri utenti;
- l'adozione di politiche di tutela per la sicurezza, riservatezza, conservazione e integrità dei dati, conformemente alle direttive comunitarie e alle norme tecniche di riferimento inerenti la *privacy* e la sicurezza delle informazioni. I dati vengono gestiti limitatamente alle finalità di utilizzo previste;
- l'identificazione delle figure di responsabilità previste dalle normative vigenti in tema di *privacy* e sicurezza;
- la garanzia della tracciabilità delle attività di manutenzione, collaudi e controlli di sicurezza, qualora effettuati o previsti dalle normative vigenti, per le tecnologie *hw* e *sw* in uso, con relativi rapporti tecnici di dettaglio;
- l'adozione di un piano di qualità che preveda procedure organizzative ben definite per l'espletamento dei servizi in telemedicina;
- l'adozione di un piano di valutazione dei rischi, commisurato alla tipologia di servizi forniti specificatamente in telemedicina, che preveda:
 - la ponderazione dei rischi connessi all'utilizzo delle tecnologie in relazione alla destinazione d'uso, al quadro clinico del paziente e ai fattori ambientali (strutturali, impiantistici, igienici, ecc.) e di contesto sussistenti;
 - la presenza di procedure di mitigazione dei rischi di eventuali eventi avversi;
 - la rivalutazione periodica dei rischi connessi all'utilizzo delle tecnologie e l'eventuale ripianificazione delle procedure di mitigazione dei rischi;
 - la formazione dell'utente/*caregiver*, in caso di servizi di telemedicina al domicilio, in merito a procedure di sicurezza e/o di mitigazione dei rischi di eventuali eventi avversi;
 - l'esplicitazione delle modalità di segnalazione e notifica di eventuali incidenti o mancati incidenti.

2.1 Adesione informata del paziente

L'attivazione del servizio di telemedicina richiede l'adesione preventiva del paziente, al fine di confermare, tra l'altro, la disponibilità di un contatto telematico per la interazione documentale/informativa con lo specialista ed accedere ad un sistema di comunicazione remota secondo le specifiche tecniche e le normative vigenti in materia di *privacy* e sicurezza. Tale adesione deve essere preceduta da un'adeguata e puntuale informativa, in linea con quanto previsto dalla normativa vigente e, che deve consentire al paziente di essere consapevole dei seguenti aspetti:

- in cosa consiste la prestazione, qual è il suo obiettivo, quali i vantaggi che si ritiene possa avere il paziente e quali gli eventuali rischi;
- come sarà gestita e mantenuta l'informazione e chi avrà accesso ai dati personali e clinici del paziente;
- quali strutture e professionisti saranno coinvolti;
- quali saranno i compiti di ciascuna struttura e le relative responsabilità;
- quali sono gli estremi identificativi del/dei titolare/i del trattamento dei dati personali e di almeno un responsabile se individuato, indicando le modalità per conoscere l'elenco aggiornato dei responsabili;
- quali sono le modalità con le quali rivolgersi al titolare o al responsabile;
- quali sono i diritti dell'assistito ai propri dati.

Il collegamento deve avvenire in tempo reale e consentire di vedere il paziente e interagire con esso, eventualmente, qualora necessario, anche avvalendosi del supporto del *caregiver* nella gestione della comunicazione.

Gli assistiti che non possono fruire presso il proprio domicilio delle prestazioni rese a distanza per motivi vari, quali ad esempio l'assenza di figure di supporto, la non disponibilità di tecnologie adeguate, possono fruire delle prestazioni in telemedicina nell'ambito delle strutture socio-sanitarie pubbliche di prossimità. Saranno inoltre svolte le opportune valutazioni in merito alla stipula di eventuali accordi che permettano di usufruire di postazioni territoriali dedicate, con distribuzione capillare, quali ad esempio studi medici, farmacie ecc.

2.2 Responsabilità sanitaria durante attività in Televisita

Agire in telemedicina per i sanitari significa assumersi piena responsabilità professionale, esattamente come per ogni atto medico condotto nell'esercizio della propria professione, tenendo conto della corretta gestione delle limitazioni dovute alla distanza fisica, nonché il rispetto delle norme sul trattamento dei dati.

Ai fini della gestione del rischio clinico e della responsabilità sanitaria, il corretto atteggiamento professionale consiste nello scegliere le soluzioni operative che – dal punto di vista medico-assistenziale – offrano le migliori garanzie di proporzionalità, appropriatezza, efficacia e sicurezza e nel rispetto dei diritti della persona.

Alle attività sanitarie in telemedicina si applicano tutte le norme legislative e deontologiche proprie delle professioni sanitarie, nonché i documenti d'indirizzo di bioetica.

Resta infine nella responsabilità del sanitario la valutazione, al termine di una prestazione erogata a distanza, sul grado di raggiungimento degli obiettivi che la prestazione stessa si prefiggeva e, in caso di insufficienza del risultato per qualunque motivo (tecnico, legato alle condizioni riscontrate del paziente o altro), l'obbligo della riprogrammazione della prestazione in presenza.

3) Prescrizione della prestazione

Il medico richiede la visita specialistica senza il dettaglio della modalità di erogazione; nel caso tuttavia sia necessario specificare che la prestazione debba essere erogata a distanza, potrà riportare nel campo testo questa indicazione o in altro campo che potrà essere definito in accordo con il Ministero della salute e Ministero dell'economia e delle finanze. La prestazione richiesta ed erogata deve essere ricompresa nel nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

La scelta di specificare, in fase di prescrizione, la modalità di erogazione della prestazione non deve essere vincolante e deve potere essere modificata all'atto dell'erogazione della prestazione medesima. Inoltre, l'informazione sulla modalità erogativa, se presente nella prescrizione, deve essere riferita alla singola prestazione e non all'intera ricetta.

4) Prenotazione

Le prestazioni sono richieste e prenotate direttamente dal medico specialista che ha in carico il paziente e che ha valutato l'opportunità e la fattibilità della televisita. La prenotazione potrà quindi avvenire su agende dedicate alla telemedicina oppure su agende tradizionali, a seconda della scelta organizzativa della struttura erogante.

La decisione rispetto alla modalità di erogazione della prestazione è dello specialista che prenota la prestazione e non deve essere demandata ad un operatore di sportello.

5) Tariffazione

Nelle more di eventuali modificazioni delle tariffe massime nazionali delle prestazioni di Assistenza specialistica ambulatoriale erogate in modalità di telemedicina, si applicano le medesime tariffe previste per l'erogazione delle prestazioni in presenza, ivi inclusa l'eventuale quota di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico dell'assistito ovvero l'esenzione dalla medesima.

6) Comunicazione dell'esito della prestazione erogata e refertazione

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

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

La prestazione sanitaria erogata in modalità di Televisita è regolarmente gestita e refertata sui sistemi informatici in uso presso l'erogatore, alla pari di una visita specialistica erogata in modalità tradizionale, con l'aggiunta della specifica di erogazione in modalità a distanza. Il referto, nel rispetto delle vigenti normative in materia di *privacy* e sicurezza, sottoscritto digitalmente dal medico, deve essere consegnato al paziente in modalità telematica anche attraverso il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

Al termine della Televisita, nel referto, oltre alle consuete informazioni, devono essere registrati:

- indicazione di eventuali collaboratori partecipanti alla Televisita (presenza *caregiver*, presenza di un medico);
- qualità del collegamento e conferma dell'idoneità dello stesso all'esecuzione della prestazione.

Qualora lo strumento di telemedicina non permetta di mantenere inalterato il contenuto sostanziale della prestazione da erogare, l'Azienda USL Valle d'Aosta o gli Enti erogatori privati sono tenuti a completare la prestazione ambulatoriale in modalità tradizionale senza ulteriori oneri a carico del SSN e/o dell'assistito.

7) Tracciamento nei flussi istituzionali

Le prestazioni erogate in modalità di telemedicina devono essere tracciate sia nei flussi di erogazione/rendicontazione delle attività sia nel referto.

Il Coordinamento tecnico dell'Area Territoriale della Commissione Salute ha predisposto un documento di soluzioni condivise con le Regioni e Province autonome da condividere successivamente con il Tavolo della Sanità elettronica e da sottoporre, in via definitiva, alla Commissione Salute, al fine di adottare regole omogenee per gli adempimenti sopra descritti.

Il documento adottato sarà oggetto di apposita comunicazione agli uffici preposti per gli adempimenti di competenza.

Nelle more dell'adozione di tale documento di soluzioni condivise, il campo del flusso utilizzato per rilevare l'informazione è quello sul "luogo di erogazione", per il quale, oltre alla possibilità di indicare "A-ambulatorio" e "D-Domicilio", sarà aggiunta la possibilità "T-Telemedicina".

8) Mobilità interregionale

Le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) erogate in telemedicina devono essere garantite anche ad assistiti residenti in regioni diverse da quella di erogazione. Ciò premesso, i flussi corrispondenti, finalizzati agli scambi delle prestazioni sanitarie rese in mobilità, devono consentire la rilevazione anche di queste prestazioni. La scelta in merito all'opportunità o meno di integrare il flusso con l'informazione relativa alla modalità di erogazione in telemedicina è demandata al Tavolo interregionale della mobilità sanitaria.