

NETWORK 

INOSTRI SERVIZI

Agenda  Digitale

Cittadinanza digitale

Sicurezza informatica

Sanità digitale

Industry 4.0/Innovazione in azienda

Infrastrutture digitali

Procurement dell'innovazione

Fatturazione elettronica

Documenti digitali

Scuola digitale

Cultura e società digitali

Mercati digitali

Startup

Strumenti

Sostenibilità e smart city

Intelligenza Artificiale

SANITÀ DIGITALE

Infrastruttura regionale di telemedicina: ecco il "modello lombardo"



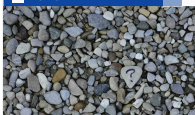
Argomenti

Canali

EU Stories - La coesione innova
l'Italia



Foto per topic



PODCAST

Centro Servizi Territoriali: uno strumento
per accompagnare gli enti nell'attuazione
della politica di coesione. Il podcast
"CapCoe: La coesione riparte dalle
persone"

Articoli correlati



INTELLIGENZA ARTIFICIALE

Dall'intelligenza integrale alle competenze:
guida all'introduzione dell'IA in azienda
19 Nov 2024
di Giuseppe Tome



IL QUADRO COMPLETO

Fascicolo Sanitario Elettronico, cos'è, a che
serve e come attivarlo
02 Dic 2024
di Anna Francesca Pattaro



APPROFONDIMENTO

Diffamazione, norme invecchiate male: perché
serve un restyling
02 Set 2024
di Luciano Daffara





Il presente documento non e' riproducibile, e' ad uso esclusivo del committente e non e' divulgabile a terzi.

[Home](#) [Sanità Digitale](#)



Il presente documento non e' riproducibile, e' ad uso esclusivo del committente e non e' divulgabile a terzi.



Il presente documento non e' riproducibile, e' ad uso esclusivo del committente e non e' divulgabile a terzi.

SPIDER-FIVE-175498394



L'infrastruttura regionale di telemedicina in Lombardia rappresenta un modello per l'innovazione sanitaria. L'iniziativa ha messo in luce aspetti positivi, ma rimangono sfide significative, come l'integrazione del privato accreditato e la gestione del cambiamento

Publicato il 19 mar 2025

Gabriella Borghi
Caffari - Esperta in progettazione e gestione progetti di sanità digitale
Loredana Luzzi
Regione Lombardia Direzione Istruzione Formazione Lavoro - Componente direttivo Aisdet



Non passa giorno che non veda lanciare allarmi sullo stato di salute del nostro Sistema Sanitario Nazionale e di conseguenza dei Sistemi Sanitari Regionali. Se fino a qualche anno erano le Università che si facevano carico di fare proposte per il futuro della sanità italiana (con azioni sistemiche – si veda ad esempio Bocconi[1], o più concentrate su singole tematiche come l'Osservatorio per la Sanità digitale del Politecnico di Milano e ALTEMS dell'Università Cattolica di Roma), oltre alla nota Fondazione Gimbe[2], ora le proposte raggiungono le pagine dei quotidiani con toni allarmistico/divulgativi.

"Curare" la sanità pubblica col digitale: le azioni urgenti da avviare

Sul Corriere della Sera il 3 gennaio Remuzzi scrive "Sanità pubblica: come salvarla", il 5 gennaio la Repubblica titola "Feudale e discriminatoria. L'accusa di Lancet alla sanità italiana" e l'8 gennaio Harari scrive "La sanità e la svolta necessaria - proposte per la sanità". È certo che il nostro Paese ha di fronte a sé il tema importante di una demografia che ci vede un Paese sempre più vecchio – che non vuol dire necessariamente malato – dove, comunque, il bisogno di prevenzione, cura e riabilitazione è destinato ad incrementare ma che non altrettanto necessariamente vuole dire revisione dei principi su cui si fonda il SSN e cambio di sistema di finanziamento.

Indice degli argomenti

La crisi del sistema sanitario nazionale e le possibili soluzioni digitali
L'infrastruttura regionale di telemedicina in Lombardia: investimenti e architettura
Il modello organizzativo della telemedicina e gli scenari applicativi
La governance della telemedicina: monitoraggio e aggiornamento delle procedure
Le macrofasi dei servizi di telemedicina e le peculiarità della televisita
La remunerazione delle prestazioni di telemedicina: codifiche e tariffe
Il monitoraggio remoto dei dispositivi cardiaci: allineamento con altre regioni
Nuove prestazioni di telemedicina e sperimentazione regionale
Le sfide nell'attuazione dei servizi: prestazioni di lavoro e connettività
Il ruolo del privato accreditato nell'ecosistema della telemedicina
Fascicolo sanitario elettronico e gestione del cambiamento digitale
Valutazione del modello lombardo e necessità di nuove figure professionali
Note

La crisi del sistema sanitario nazionale e le possibili soluzioni digitali
In questo contesto di forte difficoltà per il nostro modello di Servizio sanitario, definito ormai 47 anni fa con la

Legge 833/1978 e basato sui principi di universalità, uguaglianza e equità[3] e fino ad ora ritenuto un'eccellenza, proviamo a capire se gli interventi prefigurati dal PNRR possano essere sufficienti per garantire il consolidamento dello sviluppo del SSN.

La sanità digitale, riconosciuta da tutti come priorità oltre che dal PNRR, è uno dei pluri di rafforzamento o forse meglio può essere una delle basi per una nuova e accorta ricostruzione che ormai sembra essere inevitabile, anche se da sola ovviamente non può essere risolutiva.

L'infrastruttura regionale di telemedicina in Lombardia: investimenti e architettura

Partiremo quindi da ciò e da analisi dettagliate sullo stato dell'arte in materia di sanità digitale, come ad esempio la survey fatta in collaborazione con FIASO riportata nel Rapporto OASD 2024[4]. Si tratta di una fotografia sulla digitalizzazione del sistema delle aziende pubbliche su tre ambiti: Digitalizzazione ospedaliera, Telemedicina, Fascicolo Sanitario Elettronico correlati ai sub-investimenti della missione 6 del PNRR. Da qui passiamo poi all'analisi della recente regolamentazione adottata da Regione Lombardia sulla Telemedicina e sui Servizi minimi previsti per l'Infrastruttura Regionale di Telemedicina (IRT) che certamente rappresentano passi in avanti.

Nella figura è illustrata l'Architettura di riferimento del sistema, prevista dal bando della gara[5], che aveva come Capofila Regione Lombardia; la fornitura per l'IRT (Infrastruttura Regionale di Telemedicina) è stata aggiudicata per un valore complessivo, IVA esclusa, pari a EURO 279.360.588,00 ed è in fase di realizzazione.

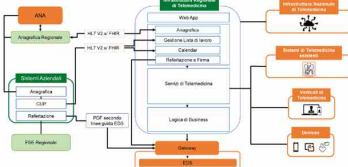


Figura 7: Architettura di riferimento

La quota di risorse destinata a Regione Lombardia[6], come indicato nel bando è di circa il 17% del totale, quantificato sulla scorta dei fabbisogni presentati nel Piano Operativo dei Servizi di Telemedicina da ciascuna Regione.

Da tenere presente che Regione Lombardia vanta una lunga esperienza di alcuni servizi di telemedicina già presenti a sistema dal 2006 e tuttora funzionanti[7].

Il modello organizzativo della telemedicina e gli scenari applicativi

Il modello organizzativo era stato descritto ed approvato nel 2023[8] e dopo un'attenta ricognizione di quanto in essere con numerosi incontri con le realtà locali, con la DGR n°XII/3671 del scorso dicembre[9] sono stati definiti per i quattro Servizi minimi di Telemedicina garantiti dall'IRT, i possibili "Scenari di Applicazione" nell'ambito dei processi clinici e assistenziali e di presa in carico dei propri cittadini.

Per ciascuno di essi è stato dettagliato il possibile setting di erogazione e gli attori coinvolti, come sintetizzato nella figura successiva.

Servizi minimi di Telemedicina			
Scenari di Applicazione (da DGR n°XII/3671 del 16/12/2024)			
Televisita	Teleconsulto	Teleassistenza	Telemonitoraggio
Scenario 1 Attivazione ed Erogazione da parte del MMG/PLS	Scenario 1 Teleconsulto tra MMG/PLS e Specialista	Scenario 1 Attivazione dal setting domiciliare/territoriale	Scenario 1 Processo a gestione territoriale
Scenario 2 Attivazione ed Erogazione da parte del Medico Specialista	Scenario 2 Teleconsulto tra Medici Specialisti	Scenario 2 Attivazione dal setting ospedaliero	Scenario 2 Processo a gestione ospedaliera
			Scenario 3 Processo a gestione integrata
Seguono Istruzioni Operative per ciascun Scenario Applicativo			

Definiti i nove scenari di riferimento, sono state fornite per ciascuno delle precise e dettagliate "Istruzioni Operative". Questi i contenuti: descrizione del servizio; come viene suddiviso per macrofasi del processo; matrice di responsabilità degli attori coinvolti; risorse tecnologiche impiegate e loro gestione; flowchart del processo, finendo con una interessante checklist di attività per ciascun attore.

Sono inoltre stati allegati i documenti di supporto per le Aziende Sanitarie che attiveranno i Servizi:

- Format per il progetto di telemedicina;
- Modulo di adesione alla telemedicina;
- Informativa Privacy;
- Schemi per le seguenti Relazioni e Referti: Relazione collaborativa Teleconsulto MMG/PLS - Medico Specialista; Relazione collaborativa Teleconsulto Multidisciplinare; Relazione Teleassistenza; Relazione Telemonitoraggio; Referto Televisita.

Si è trattato di un lavoro teorico ed applicativo che consentirà alle Aziende Sanitarie una gestione standardizzata e centralizzata dei processi socio-sanitari, consentendo di attuare con una maggiore omogeneità gli interventi con il supporto della telemedicina; tutto ciò permette inoltre di creare una maggiore collaborazione fra i professionisti coinvolti e una concreta interoperabilità tra i sistemi tecnologici presenti. In questo modo si delinea la realizzazione del disegno complessivo e leggibile dell'ecosistema di Sanità Digitale.

La governance della telemedicina: monitoraggio e aggiornamento delle procedure

Il quadro si completa con la possibilità, da parte degli operatori di fornire commenti e proposte migliorative alle istruzioni operative, oltre alla previsione di avere per ciascuna struttura sanitaria e socio-sanitaria il referente per la telemedicina che parteciperà a un tavolo di lavoro presso la DG Welfare di Regione. Il lavoro di costruzione si completa con l'istituzione di un Gruppo multiprofessionale per la digitalizzazione dei servizi socio-sanitari, costituito da rappresentanti delle diverse professionalità operanti nei servizi territoriali e ospedalieri, sempre per facilitare l'avvio, la tenuta e la diffusione dei percorsi applicativi a cui si vuole garantire, come già detto, un aggiornamento costante sulla base anche dell'implementazione sul campo della Infrastruttura Regionale di Telemedicina.

Le macrofasi dei servizi di telemedicina e le peculiarità della televisita

Ulteriore aspetto da segnalare è, nell'ambito delle istruzioni operative, la definizione, per ciascuno scenario di applicazione, delle macrofasi del percorso proposto che possono essere sintetizzate nella tabella seguente.

Sono infatti e comprensibilmente analoghe per ogni servizio di telemedicina tranne che per la televisita, dove per quella specialistica è presente la fase conclusiva di rendicontazione in quanto, come noto, ne è già prevista a livello nazionale la remunerazione.



La remunerazione delle prestazioni di telemedicina: codifiche e tariffe

Si pone quindi il problema della remunerazione delle prestazioni che in Lombardia dovrebbe aver trovato una soluzione nell'ambito della DGR 3630/2024[10] in attuazione del DPCM del 2017[11] di aggiornamento dei LEA (livelli essenziali di assistenza) in materia di assistenza specialistica ambulatoriale.

Il provvedimento, al termine dell'Allegato 2, individua le "Prestazioni e Servizi erogabili in Telemedicina", mediante televisita, teleconsulto, teleassistenza e telemonitoraggio. Esso definisce 62 codifiche e le relative prestazioni di riferimento tariffario già ora presenti o riconducibili ad una prestazione del nomenclatore tariffario nazionale e regionale (definite "tipologia A"). Un esempio sono le visite di controllo di diverse specialità, ma anche i colloqui psicologici o alcune terapie educazionali.

Il monitoraggio remoto dei dispositivi cardiaci: allineamento con altre regioni

Interessante notare come siano state indicate in questa categoria le prestazioni relative al controllo in remoto dei dispositivi cardiaci elettrici impiantabili con codice prestazione e tariffa riconducibili alla prestazione in presenza, con un numero massimo di prestazioni erogabili per anno da parte dello stesso Ente Sanitario, in relazione alla tipologia del device, quattro volte per Pace-maker e Defibrillatore impiantabile e otto volte per Loop recorder.

Tale indicazione, attesa da anni in Lombardia, crea un allineamento con altre regioni che già da tempo avevano espresso tale indirizzo, come si vede dalla figura a lato. Si risponde così ai documenti di Consenso sul monitoraggio remoto dei dispositivi impiantabili espressi da AIAAC con la presenza di numerosi clinici lombardi e si completano a distanza di molti anni i risultati e gli auspici emersi già dal 2012 in Lombardia dallo studio EVOLVO[12].





Figura: RIMBORSO DEL MONITORAGGIO REMOTO

SITUAZIONE IN ITALIA Fonte: <https://niec.it/monitoraggio-remoto-in-italia/>

Nuove prestazioni di telemedicina e sperimentazione regionale

L'Allegato 2 della DGR 3630 richiamata individua anche, aspetto più innovativo, le codifiche per i servizi di telemedicina non riconducibili a prestazioni ambulatoriali già presenti nel nomenclatore tariffario nazionale e regionale (definite "tipologia B"). Per queste prestazioni, di nuova introduzione erogabili in telemedicina, si darà avvio, con successivi provvedimenti della Direzione Generale Welfare, ad un periodo sperimentale su tutto il territorio regionale di cui almeno sei mesi nel corso del 2025.

Questa sperimentazione consentirà di valutare i volumi complessivi effettivi, le ricadute organizzative sugli Enti sanitari, l'eventuale possibilità di miglioramento, l'impatto economico sul sistema regionale e la conseguente congruità tariffaria e permetterà di valutare ulteriori possibili tipologie di prestazioni e di servizi aggiuntivi. Non va infatti dimenticato che la Lombardia ha dieci milioni di abitanti e rappresenta quasi il 17% della popolazione nazionale ed ha già esperienze di servizi di Telemedicina in atto e tariffati che verranno ricondotte nella cornice che si va delineando a livello di sistema regionale.

A conferma di ciò negli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 (già Regole 2025)[13], si conferma quanto indicato nelle DGR 3630 e 3671 citate, in particolare nel punto 11 riguardante la Digitalizzazione del SSR, che affronta l'evoluzione dello scenario generale dei Sistemi informativi e la conseguente programmazione degli interventi in atto, la telemedicina ma anche le nuove iniziative regionali, confermando che alcuni percorsi di telemedicina in atto, nelle more della creazione del nuovo assetto, dovranno perdurare. Si tratta ad esempio dei percorsi delle Nuove Reti Sanitarie (punto 4.17)[14].

Le sfide nell'attuazione dei servizi: postazioni di lavoro e connettività

Vi sono però, per l'attuazione dei servizi, dei punti ancora scoperti.

Le postazioni di lavoro: Regione Puglia è, come noto, capofila per lo svolgimento della procedura di acquisizione e di manutenzione delle postazioni di lavoro e della relativa logistica e ha individuato InnovaPuglia S.p.a per lo svolgimento della gara che non prevede però la fornitura della connettività associata all'utilizzo delle apparecchiature.

Le postazioni dell'infrastruttura regionale di Telemedicina

Il numero di postazioni e le tipologie nella struttura sanitaria



Fonte: <https://www.agenas.gov.it/stato-avanzamento-gara-regione-puglia>

L'aggiudicazione dell'Appalto specifico SDAPA Consip ICT ID 268 è in corso. Completata questa fase seguono le stipule delle convenzioni e quindi sarà necessario ancora un po' di tempo. Le 8.945 postazioni di lavoro, che saranno acquisite in Lombardia per facilitare l'attuazione dei diversi servizi minimi di telemedicina, saranno suddivise fra MMG/PLS, Case di Comunità, medici specialisti e saranno legate all'avvio dell'IRT. Sarà poi la loro configurazione e la gestione dei servizi attuata attraverso di esse ad impattare sulle macrofasi di servizio indicate precedentemente.

Il ruolo del privato accreditato nell'ecosistema della telemedicina

Strutture pubbliche e privato accreditato. È scontato che l'infrastruttura regionale sia messa a disposizione delle strutture pubbliche e che le stesse colleghino i propri sistemi ad essa, non così scontato che lo facciano tutte le strutture private accreditate che, negli anni, si sono dotate di piattaforme ad hoc. Vi sarà un obbligo? Teniamo presente che in Lombardia il privato accreditato rappresenta ormai oltre il 50% dell'offerta ospedaliera sanitaria regionale. Il Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2027 indica che in Lombardia "le prestazioni ospedaliere sono erogate da 204 Ospedali (104 accreditati a contratto) e 19 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, IRCCS (14 accreditati a contratto)". Se però si vuole sapere il numero complessivo delle strutture sanitarie private accreditate si vede che al 31/12/2024 esse sono ben 780 [15].

Fascicolo sanitario elettronico e gestione del cambiamento digitale

Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0. Referti (Televisita) e Relazioni (Relazione collaborativa per il Teleconsulto e Relazione per Teleassistenza e Telemonitoraggio). In tutti i casi in cui la prestazione di telemedicina sarà tariffata le informazioni devono confluire nel FSE, preferibilmente in modo strutturato: si sta procedendo su diverse innovazioni che a livello regionale e nazionale procedono in parallelo, anche per rispondere ai tempi richiesti dal PNRR, e quindi siamo di fronte ad un grosso problema di gestione della "difficile arte della gestione del cambiamento" [16].

Valutazione del modello lombardo e necessità di nuove figure professionali

Abbiamo cercato di descrivere come è stato normato a livello regionale in Lombardia l'avvio dei Servizi minimi previsti per l'infrastruttura regionale di telemedicina IRT di cui al DM del 30.9.2022 (GU 22/12/2022 n°298) e ne abbiamo evidenziato i numerosi aspetti positivi, ma anche il molto cammino che resta da percorrere e alcuni punti critici a cui porre attenzione. Come abbiamo visto sono notevoli i passi avanti fatti come è notevole e da riconoscere il lavoro corposo e meticoloso fatto per la produzione della documentazione che va dalle checklist alle istruzioni operative, anche grazie al supporto delle c.d. "assistenza tecniche".

Il percorso sembra delineato e sembra sia stata posta attenzione anche alle persone coinvolte che sono state sentite e motivate, ma che ora vanno accompagnate, anche correggendo la rotta ove servisse. Il tema del personale è infatti uno dei punti carenti e dolenti del sistema. E parlando di personale lo spettro è ampio si va dagli infermieri, ai MMG/PLS, agli specialisti ma anche alle altre professioni sanitarie e a quelle tecniche e amministrative che contribuiscono a far funzionare la complessità del Sistema sanitario e sociosanitario. In merito ai flussi di processo descritti non si può però non osservare che quasi tutto il carico di lavoro resta in capo a medici ed infermieri. In tale contesto riteniamo doveroso riportare all'attenzione quanto già delineato in altri articoli,[17] con particolare riferimento alla necessità di introdurre nuove figure professionali "laiche", non necessariamente appartenenti al mondo delle professioni sanitarie che possa facilitare l'uso e lo sviluppo dei servizi di telemedicina.

C'è un tema di addestramento dei pazienti e dei caregiver, come anche un tema, oltre che di formazione del personale medico e sanitario, di necessità di "risparmio" di ore/lavoro per questi profili professionali, soprattutto gli infermieri, che scarseggiano. Molte attività di addestramento all'utilizzo dei sistemi e dei dispositivi, per il collegamento e per il trasferimento dei dati possono ben essere fatte da queste figure. Pensiamo in particolare al profilo dell'operatore tecnico facilitatore per la sanità digitale, già proposto ad esempio, sui tavoli del lavoro in Regione Lombardia e che si è arenato per ragioni di inquadramento contrattuale.

La digitalizzazione e il progresso scientifico in campo medico, compresa l'AI, hanno ormai cambiato la realtà e il medico non può più essere il responsabile unico dell'intervento nei confronti del paziente. Per rispondere ai nuovi bisogni dei pazienti si richiede uno spettro di competenze diverse e tale esigenza non può che trovare risposta in un team multidisciplinare che sia in grado di affrontare la nuova realtà. Ai problemi noti, ad

Il presente documento non è riproducibile, e' ad uso esclusivo del committente e non e' divulgabile a terzi.

NETWORK360

INOSTRI SERVIZI

Agenda Digitale • Cittadinanza digitale • Sicurezza informatica • Sanità digitale • Industry 4.0/Innovazione in azienda • Infrastrutture digitali • Procurement dell'innovazione • Fatturazione elettronica • Documenti digitali • Scuole digitali • Cultura e società digitali • Mercati digitali • Startup • Strumenti • Sostenibilità e smart city • Intelligenza Artificiale

Note

- [1] <https://cergas.unibocconi.eu/publications/policy-proposals/area-sanita-strategie-la-salute-del-paese>
- [2] <https://www.gimbe.org/pagine/1026/it/premio-saliamo-il-nostro-sen>
- [3] <https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?area=Lea&id=5073&menu=vuoto>
- [4] <https://cergas.unibocconi.eu/oasi-2024>
- [5] <https://www.sintel.regione.lombardia.it/eprocdata/auctionDetail.xhtml?id=171039205>
- [6] <https://www.agendadigitale.eu/sanita/verso-un-sistema-sanitario-connesso-il-ruolo-della-telemedicina-regionale/>
- [7] Come i Percorsi di "Tele sorveglianza sanitaria domiciliare" per pazienti con scompenso cardiaco cronico medio grave o per pazienti con BPCO grave e molto grave e il Percorso di "Ospedalizzazione Domiciliare riabilitativa post-cardiochirurgica", percorsi denominati "Nuove Reti Sanitarie NRS", tariffati a livello regionale
- [8] DGR n° XII/1475 del 04/12/2023 "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6, Componente 1, Sub-investimento 1.2.3.2. "Servizi di Telemedicina" - Modello Organizzativo di diffusione dei Servizi di Telemedicina"
- [9] DGR n° XII/3671 del 16/12/2024 "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6, Componente 1, sub-investimento 1.2.3, investimento 1.2.3.2. - Servizi di Telemedicina - Scenari di Applicazione dei Servizi minimi di Telemedicina e relative Istruzioni Operative"
- [10] DGR n° XII/3630 del 16/12/2024 "Approvazione del nomenclatore tariffario regionale dell'assistenza specialistica Ambulatoriale e protesica ai sensi dello schema di decreto di cui all'intesa Stato Regioni del 14 novembre 2024 (Rep atti 204/cv)

- [11] D.P.C.M. 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del D. L. 30.12.1992, n. 502", pubblicato nella G.U. n. 65 del 18 marzo 2017 ed entrato in vigore il 19 marzo 2017
- [12] Circulation. 2012 Jun 19 - "Remote monitoring reduces healthcare use and improves quality of care in heart failure patients with implantable defibrillators: the evolution of management strategies of heart failure patients with implantable defibrillators (EVOLVO) study - Maurizio Landolina 1, Giovanni B Perego, Maurizio Lunati, Antonio Cumis, Giuseppe Guenzati, Alessandro Vicentini, Gianfranco Parati, Gabriella Borghi, Paolo Zanaboni, Sergio Valsecchi, Maurizio Marzegalli
- [13] DGR XII/3720 del 30/12/2024 "DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE DEL SSR PER L'ANNO 2025"
- [14] Polo Ospedaliero - 4.17. NUOVE RETI SANITARIE - Per le prestazioni delle "nuove reti sanitarie" si conferma tutto quanto previsto dalle regole di esercizio 2023 dando evidenza nella scheda di budget degli importi contrattati.
- [15] <https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioAtto/istituzione/Amministrazione-Trospedale/strutture-sanitarie-private-accreditate/strutture-sanitarie-private-accreditate/strutture-sanitarie-private-accreditate>
- [16] Alfonso Fuggetta, Alla ricerca del buon management, Egea, 2024 - capitolo 36
- [17] <https://www.agendadigitale.eu/sanita/potenziamento-delle-competenze-digitali-in-sanita-strategie-e-iniziative-per-professionisti-e-cittadini/>
- [18] Milena Gabbanelli, Simona Ravizza, Codice Rosso. Come la sanità pubblica è diventata un affare privato, Milano, Furoi Scena, 2024 @RIPRODUZIONE RISERVATA

Valuta la qualità di questo articolo



Gabriella Borghi

Cefiel - Esperta in progettazione e gestione progetti di sanità digitale
Seguimi su

Loredana Luzzi

Regione Lombardia Direzione Istruzione formazione lavoro - Componente direttivo Aisdet
Seguimi su

La sanità digitale è una priorità, ma da sola non basta.

Gabriella Borghi
Cefiel - Esperta in progettazione e gestione progetti di sanità digitale
Loredana Luzzi
Regione Lombardia Direzione Istruzione formazione lavoro - Componente direttivo Aisdet

Non passa giorno che non veda lanciare allarmi sullo stato di salute del nostro Sistema Sanitario Nazionale e di conseguenza dei Sistemi Sanitari Regionali. Se fino a qualche anno erano le Università che si facevano carico di fare proposte per il futuro della sanità italiana (con azioni sistemiche - si veda ad esempio Bocconi^[1]), o più concentrate su singole tematiche come l'Osservatorio per la Sanità digitale del Politecnico di Milano o ALTENS dell'Università Cattolica di Roma, oltre alla nota Fondazione Gimbe^[2], ora le proposte raggiungono le pagine dei quotidiani con toni allarmistici/divulgativi. Sul Corriere della Sera il 3 gennaio Remuzzi scrive "Sanità pubblica: come salvarla", il 5 gennaio la Repubblica titola "Feudale e discriminata. L'accusa di Lancelotti alla sanità italiana" e l'8 gennaio Harari scrive "La sanità è la svolta necessaria - proposte per la sanità". E' certo che il nostro Paese ha di fronte a sé il tema importante di una demografia che ci vede un Paese sempre più vecchio - che non vuol dire necessariamente malato - dove comunque il bisogno di prevenzione, cura e riabilitazione è destinato ad incrementare ma che non altrettanto necessariamente vuole dire revisione dei principi su cui si fonda il SSN e cambio di sistema di finanziamento.

In questo contesto di forte difficoltà per il nostro modello di Servizio sanitario, definito ormai 47 anni fa con la Legge 833/1978 e basato sui principi di universalità, uguaglianza e equità^[3] e fino ad ora ritenuto un'eccellenza, proviamo a capire se gli interventi prefigurati dal PNRR possano essere sufficienti per garantire il consolidamento dello sviluppo del SSN.

La sanità digitale, riconosciuta da tutti come priorità oltre che dal PNRR, è uno dei pilastri di rafforzamento o forse meglio può essere una delle basi per una nuova e accorta ricostituzione che ormai sembra essere inevitabile, anche se da sola ovviamente non può essere risolutiva.

Partiamo quindi da ciò che è da analisi dettagliate sullo stato dell'arte in materia di sanità digitale, come ad esempio la survey fatta in collaborazione con FIASO riportata nel Rapporto OASI 2024^[4]. Si tratta di una fotografia sulla digitalizzazione del sistema delle aziende pubbliche su tre ambiti: Digitalizzazione ospedaliera, Telemedicina, Fascicolo Sanitario Elettronico correlati a sub-investimenti della missione 6 del PNRR. Da qui passiamo poi all'analisi della recente regolamentazione adottata da Regione Lombardia sulla Telemedicina e sui Servizi minimi previsti per l'Infrastruttura Regionale di Telemedicina (IRT) che certamente rappresentano passi in avanti.

Nella figura è illustrata l'architettura di riferimento del sistema, prevista dal bando della gara^[5], che aveva come Capofila Regione Lombardia la fornitura per l'IRT Infrastruttura Regionale di Telemedicina (IRT) è stata aggiudicata per un valore complessivo, IVA esclusa, pari a EURO 279.360.588,00 ed è in fase di realizzazione.

La quota di risorse destinata a Regione Lombardia^[6], come indicato nel bando è di circa il 17% del totale, quantificato sulla scorta dei fabbisogni presentati nel Piano Operativo dei Servizi di Telemedicina da ciascuna Regione.

Da tenere presente che Regione Lombardia vanta una lunga esperienza di alcuni servizi di telemedicina già presenti a sistema dal 2006 e tuttora funzionanti^[7].

Il modello organizzativo era stato descritto ed approvato nel 2023^[8] e dopo un'attenta ricognizione di quanto in essere con numerosi incontri con le realtà locali, con la DGR n°XII/3671 del 16/12/2024 sono stati definiti per i quattro Servizi minimi di Telemedicina garantiti dall'IRT, i possibili "Scenari di Applicazione" nell'ambito dei processi clinici e assistenziali e di presa in carico dei propri cittadini.

Per ciascuno di essi è stato dettagliato il possibile setting di erogazione e gli attori coinvolti, come sintetizzato nella figura successiva.

Servizi minimi di Telemedicina			
Scenari di Applicazione (da DGR n°XII/3671 del 16/12/2024)			
Televisita	Teleconsulto	Teleassistenza	Telemonitoraggio
Scenario 1 Attivazione ed Erogazione da parte del MMG/PLS	Scenario 1 Teleconsulto tra MMG/PLS e Specialista	Scenario 1 Attivazione dal setting domiciliare/territoriale	Scenario 1 Processo a gestione territoriale
Scenario 2 Attivazione ed Erogazione da parte del Medico Specialista	Scenario 2 Teleconsulto tra Medici Specialisti	Scenario 2 Attivazione dal setting ospedaliero	Scenario 2 Processo a gestione ospedaliera
			Scenario 3 Processo a gestione Integrata
Seguono Istruzioni Operative per ciascun Scenario Applicativo			

Definiti i nove scenari di riferimento, sono state fornite per ciascuno delle precise e dettagliate "Istruzioni Operative". Questi i contenuti: descrizione del servizio, che viene suddiviso per macrofasi del processo; matrice di responsabilità degli attori coinvolti; risorse tecnologiche impiegate e loro gestione; flowchart del processo, firmando con una interessante checklist di attività per ciascun attore.

Sono inoltre stati allegati i documenti di supporto per le Aziende Sanitarie che attivavano i Servizi: 1. Format per il progetto di telemedicina; 2. Modulo di adesione alla telemedicina; 3. Informativa Privacy; 4. Schemi per le seguenti Relazioni e Referti: Relazione collaborativa Teleconsulto MMG/PLS - Medico Specialista; Relazione collaborativa Teleconsulto Multidisciplinare; Relazione Teleassistenza; Relazione Telemonitoraggio; Referto Televisita.

Si è trattato di un lavoro tecnico ed applicativo che consentirà alle Aziende Sanitarie una gestione standardizzata e centralizzata dei processi socio-sanitari, consentendo di attuare con una maggiore omogeneità gli interventi con il supporto della telemedicina, tutto ciò permette inoltre di creare una maggiore collaborazione fra i professionisti coinvolti e una concreta interoperabilità tra i sistemi tecnologici presenti. In questo modo si delinea la realizzazione del disegno complessivo e logico dell'ecosistema di Sanità Digitale.

Il quadro si completa con la possibilità, da parte degli operatori di fornire commenti e proposte migliorative alle istruzioni operative, oltre alla previsione di avere per ciascuna struttura sanitaria e socio-sanitaria il referente per la telemedicina che parteciperà a un tavolo di lavoro presso la DG Welfare di Regione. Il lavoro di costruzione si completa con l'istituzione di un Gruppo multiprofessionale per la digitalizzazione dei servizi socio-sanitari, costituito da rappresentanti delle diverse professionalità operanti nei servizi territoriali e ospedalieri, sempre per facilitare l'avvio, la tenuta e la diffusione dei percorsi applicativi cui si vuole garantire, come già detto, un aggiornamento costante sulla base anche dell'implementazione sul campo della Infrastruttura Regionale di Telemedicina.

Ulteriore aspetto da segnalare è, nell'ambito delle istruzioni operative, la definizione, per ciascuno scenario di applicazione, delle macrofasi del percorso proposto che possono essere sintetizzate nella tabella seguente. Sono infatti e comprensibilmente analoghe per ogni servizio di telemedicina tranne che per la televisita, dove per quella specialistica è presente la fase conclusiva di rendicontazione in quanto, come noto, ne è già prevista a livello nazionale la remunerazione.

MACROFASI SERVIZI MINIMI TELEMEDICINA

Televisita – 2 Scenari : MMG/PLS o Specialistica



Teleconsulto - 2 Scenari: MMG/PLS e Specialista- Multispecialistico



Telemonitoraggio di Livello 1 – 3 Scenari: integrato – ospedaliero - territoriale

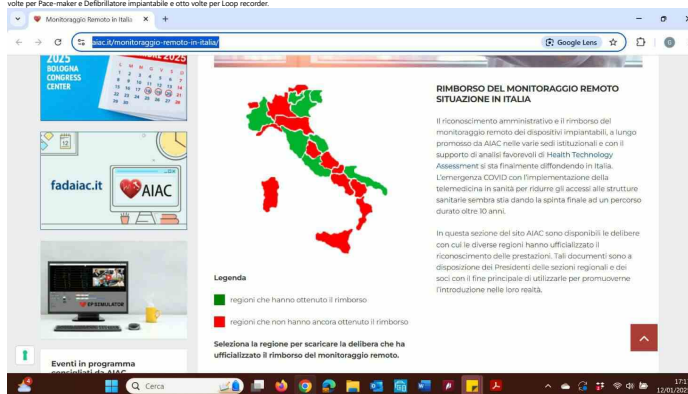


Teleassistenza – 2 Scenari: setting ospedaliero – setting domiciliare/territoriale


Si pone quindi il problema della remunerazione delle prestazioni che in Lombardia dovrebbe aver trovato una soluzione nell'ambito della DGR 3630/2024^[6] in attuazione del DPCM del 2017^[1] di aggiornamento dei LEA (livelli essenziali di assistenza) in materia di assistenza specialistica ambulatoriale.

Il provvedimento, al termine dell'Allegato 2, individua le "Prestazioni e Servizi erogabili in Telemedicina", mediante teleselezione, teleconsulto, teleassistenza e telemonitoraggio. Essi definiscono 42 codifiche e le relative prestazioni di riferimento tariffario già ora presenti o riconducibili ad una prestazione del nomenclatore tariffario nazionale e regionale (definite "tipologia A"). Un esempio sono le visite di controllo di diverse specialità, ma anche i colloqui psicologici o alcune terapie educative.

Interessante notare come siano state indicate in questa categoria le prestazioni relative al controllo in remoto dei dispositivi cardiaci elettrici impiantabili con codice prestazione e tariffa riconducibili alla prestazione in presenza, con un numero massimo di prestazioni erogabili per anno da parte dello stesso Ente Sanitario, in relazione alla tipologia del device, quattro volte per Pace-maker e Defibrillatore impiantabile e otto volte per Loop recorder.



Tale indicazione, attesa da anni in Lombardia, crea un allineamento con altre regioni che già da tempo avevano espresso tale indirizzo, come si vede dalla figura a lato. Si risponde così ai documenti di Consenso sul monitoraggio remoto dei dispositivi impiantabili espressi da AIAC con la presenza di numerosi clinici lombardi e si completano a distanza di molti anni i risultati e gli auspici emersi già dal 2012 in Lombardia dallo studio EVOLVO^[12].

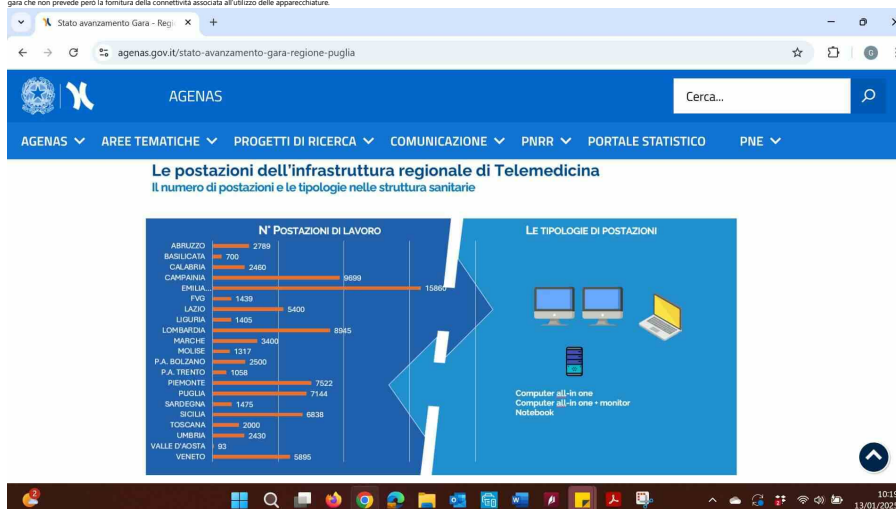
Figura RIMBORSO DEL MONITORAGGIO REMOTO SITUAZIONE IN ITALIA Fonte: <https://aiac.it/monitoraggio-remoto-in-italia/>

L'Allegato 2 della DGR 3630 richiama individua anche, aspetto più innovativo, le codifiche per i servizi di telemedicina non riconducibili a prestazioni ambulatoriali già presenti nel nomenclatore tariffario nazionale e regionale (definite "tipologia B"). Per queste prestazioni, di nuova introduzione erogabili in telemedicina, si darà avvio, con successivi provvedimenti della Direzione Generale Welfare, ad un periodo sperimentale su tutto il territorio regionale di cui almeno sei mesi nel corso del 2025.

Questa sperimentazione consentirà di valutare i volumi complessivi effettivi, le ricadute organizzative sugli Enti sanitari, l'eventuale possibilità di miglioramento, l'impatto economico sul sistema regionale e la conseguente congruità tariffaria e permetterà di valutare ulteriori possibili tipologie di prestazioni e di servizi aggiuntivi. Non va infatti dimenticato che la Lombardia ha dieci milioni di abitanti e rappresenta quasi il 17% della popolazione nazionale ed ha già esperienza di servizi di Telemedicina in atto e tariffati che verranno ricondotti nella cornice che si va delineando a livello di sistema regionale.

A conferma di ciò negli Indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 (già Regole 2025)^[13], si conferma quanto indicato nella DGR 3630 e 3671 citate, in particolare nel punto 11 riguardante la Digitalizzazione del SSR, che affronta l'evoluzione dello scenario generale dei Sistemi informativi e la conseguente programmazione degli interventi in atto, la telemedicina ma anche le nuove iniziative regionali, confermando che alcuni percorsi di telemedicina in atto, nelle more della creazione del nuovo assetto, dovranno persistere. Si tratta ad esempio dei percorsi delle Nuove Reti Sanitarie (punto 4.17)^[14].

Vi sono però, per l'attuazione dei servizi, dei punti ancora scoperti. Le postazioni di lavoro: Regione Puglia è, come noto, capofila per lo svolgimento della procedura di acquisizione e di manutenzione delle postazioni di lavoro e della relativa logistica e ha individuato InnovaPuglia 5.p.a per lo svolgimento della gara che non prevede però la fornitura della connettività associata all'utilizzo delle apparecchiature.



Fonte: <https://www.agenas.gov.it/stato-avanzamento-gara-regione-puglia>

L'aggiudicazione dell'Appalto specifico SDMA Comp ICT ID 268 è in corso. Completata questa fase seguiranno le stipule delle convenzioni e quindi sarà necessario ancora un po' di tempo.

Le 8.945 postazioni di lavoro, che saranno acquisite in Lombardia per facilitare l'attuazione dei diversi servizi minimi di telemedicina, saranno suddivise fra MMG/PLS, Case di Comunità, medici specialisti e saranno legate all'avvio dell'IRT. Sarà poi la loro configurazione e la gestione dei servizi attuata attraverso di esse ad impattare sulle macrofasi di servizio indicate precedentemente.

Strutture pubbliche e private accreditate. È scontato che l'infrastruttura regionale sia messa a disposizione delle strutture pubbliche e che le stesse colleghino i propri sistemi ad essa, non così scontato che le facciano tutte le strutture private accreditate che, negli anni, si sono dotate di piattaforme ad hoc. Vi sarà un obbligo? Tieniamo presente che in Lombardia il privato accreditato rappresenta ormai oltre il 50% dell'offerta ospedaliera sanitaria regionale. Il Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2027 indica che in Lombardia "Le prestazioni ospedaliere sono erogate da 204 Ospedali (104 accreditati a contratto) e 19 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) (14 accreditati a contratto)". Se però si vuole sapere il numero complessivo delle strutture sanitarie private accreditate si vede che al 31/12/2024 esse sono ben 780.^[15]

Fascicolo Sanitario 2.0, Referti (Teleselezione) e Relazioni (Relazione collaborativa per il Teleconsulto e Relazione per Teleassistenza e Telemonitoraggio). In tutti i casi in cui la prestazione di telemedicina sarà tariffata le informazioni devono confluire nel FSE, preferibilmente in modo strutturato: si sta procedendo su diverse innovazioni che a livello regionale e nazionale procedono in parallelo, anche per rispondere ai tempi richiesti dal PNRR, e quindi siamo di fronte ad un grosso problema di gestione della "Officina arte della gestione del cambiamento".^[16]

CONCLUSIONI

Abbiamo cercato di descrivere come è stato normato a livello regionale in Lombardia l'avvio dei Servizi minimi previsti per l'infrastruttura regionale di telemedicina IRT di cui al DM del 30.9.2022 (GU 22/12/2022 n°298) e ne abbiamo evidenziato i numerosi aspetti positivi, ma anche il molto cammino che resta da percorrere e alcuni punti critici a cui porre attenzione. Come abbiamo visto sono notevoli i passi avanti fatti: come è notevole e da riconoscere il lavoro corposo e meticoloso fatto per la produzione della documentazione che va dalle checklist alle istruzioni operative, anche grazie al supporto delle c.d. "assistenza tecnica", il percorso sembra delineato e sembra sia stata posta attenzione anche alle persone coinvolte che sono state sentite e motivate, ma che ora vanno accompagnate, anche correggendo la rotta ove serve. Il tema del personale è infatti uno dei punti centrali e deludenti del sistema. È parlando di personale lo spetto è ampio si va dagli infermieri, ai MMG/PLS, agli specialisti ma anche alle altre professioni sanitarie e a quelle tecniche e amministrative che contribuiscono a far funzionare la complessità del Sistema sanitario e socio-sanitario. In merito ai flussi di processo descritti non si può però non osservare che quasi tutto il carico di lavoro resta in capo a medici ed infermieri. In tale contesto riteniamo doveroso riportare all'attenzione quanto già delineato in altri articoli^[17] con particolare riferimento alla necessità di introdurre nuove figure professionali "tecniche", non necessariamente appartenenti al mondo delle professioni sanitarie che possa facilitare l'uso e lo sviluppo dei servizi di telemedicina. C'è un tema di addestramento dei pazienti e dei caregiver, come anche un tema, oltre che di formazione del personale medico e sanitario, di necessità di "risparmio" di ore/lavoro per questi profili professionali, soprattutto gli infermieri, che scaricano. Molte attività di addestramento all'utilizzo dei sistemi e dei dispositivi, per il collegamento e per il trasferimento dei dati possono ben essere fatte da queste figure. Pensiamo in particolare al profilo dell'operatore tecnico facilitatore per la sanità digitale, già proposto ad esempio, sui tavoli del lavoro in Regione Lombardia e che si è arenato per

ragioni di inquadramento contrattuale. La digitalizzazione e il progresso scientifico in campo medico, compresa l'AI, hanno ormai cambiato la realtà e il medico non può più essere il responsabile unico dell'intervento nei confronti del paziente. Per rispondere ai nuovi bisogni dei pazienti si richiede uno spettro di competenze diverse e tale esigenza non può che trovare risposta in un team multidisciplinare che sia in grado di affrontare la nuova realtà. Ai problemi posti, ad esempio dal digitale, non si può chiedere che risponda il medico o l'infermiere e forse è anche più conveniente per il sistema che si attivino nuove figure che meglio possano supportare la transizione in atto. Ma tutto questo si pone, come si diceva all'inizio in un contesto di sistema addirittura definito da "codice rosso" citando un recente libro sul SSN⁽⁶⁾.

1. <https://cegas.unibocconi.eu/publications/policy-proposals/area-santa-strategie-la-salute-del-paese-1>
2. <https://www.gimbe.org/jagira/1026/te/previo-saliamo-il-nostro-ssn-1>
3. <https://www.salute.gov.it/portale/te/dettaglioContenutiTea.jsp?area=Lea&id=5073&menu=vuoto-1>
4. <https://cegas.unibocconi.eu/casi-2024-1>
5. <https://www.sintet.regione.lombardia.it/eprocdata/funcionDetail.html?Id=171692605-1>
6. <https://www.agendadigitale.eu/sanita/veneto-un-sistema-sanitario-connesso-il-nuovo-della-telemedicina-regionale-1>
7. Come i Percorsi di "telemonitoraggio sanitario domiciliare" per pazienti con scompenso cardiaco cronico medio grave o per pazienti con BPCO grave e molto grave e il Percorso di "Opedalizzazione Domiciliare riabilitativa post-cordicchiagioni" percorsi denominati "Nuove Reti Sanitarie NRS", tariffati a livello regionale?
8. DGR n° XIV/1475 del 04/12/2023 "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6, Componente 1, Sub-Investimento 1.2.3.2. "Servizi di Telemedicina" - Modello Organizzativo di diffusione dei Servizi di Telemedicina"?
9. DGR n° XIV/3671 del 16/12/2024 "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6, Componente 1, sub-Investimento 1.2.3, investimento 1.2.3.2. - Servizi di Telemedicina - Scenari di Applicazione dei Servizi minimi di Telemedicina e relative Istruzioni Operative"?
10. DGR n° XIV/9630 del 16/12/2024 "Approvazione del nomenclatore tariffario regionale dell'assistenza specialistica Ambulatoriale e protesica ai sensi dello schema di decreto di cui all'Intesa Stato Regioni del 14 novembre 2024 (Rep atti 204/cst)?"
11. D.P.C.M. 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del D. L. 30.12.1992, n. 502", pubblicato nella G.U. n. 45 del 18 marzo 2017 ed entrato in vigore il 19 marzo 2017?
12. Circulation. 2012 Jun 19. "Remote monitoring reduces healthcare use and improves quality of care in heart failure patients with implantable defibrillators: the evolution of management strategies of heart failure patients with implantable defibrillators (EVOLVD) study - Maurizio Landolina 1, Giovanni B. Penno, Maurizio Lunati, Antonio Corni, Giuseppe Guarnati, Alessandro Vicentini, Gianfranco Perati, Gabriella Borghi, Paolo Zanaboni, Sergio Valsecchi, Maurizio Marzagali 1
13. DGR XIV/1720 del 30/12/2024 "DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE DEL SSR PER L'ANNO 2025"?
14. Polo Ospedaliero - 4.17. NUOVE RETI SANITARIE - Per le prestazioni delle "nuove reti sanitarie" si conferma tutto quanto previsto dalle regole di esercizio 2023 dando evidenza nella scheda di budget degli importi contrattati.?
15. <https://www.regione.lombardia.it/eproc/portale/istituzionale/NDettaglioAtto/istituzionaleAmministrazione-Transparente/strutture-sanitarie-private-accreditate/strutture-sanitarie-private-accreditate/strutture-sanitarie-private-accreditate-1>
16. Alfonso Fuggetta, Alla ricerca del buon management, Egea, 2024 - capitolo 36?
17. <https://www.agendadigitale.eu/sanita/potenziamento-delle-competenze-digitali-in-sanita-strategie-e-iniziative-per-professionisti-e-cittadini-1>
18. Milena Gabanelli, Simona Ravizza, Codice Rosso. Come la sanità pubblica è diventata un affare privato, Milano, Fuori Tema, 2024?

Articolo 1 di 4

