



**POSIZIONE SUL DECRETO DEL MINISTRO DELLA SALUTE, DI
CONCERTO CON IL MINISTRO DELEGATO PER L'INNOVAZIONE
TECNOLOGICA E LA TRANSIZIONE DIGITALE, DEL 30 SETTEMBRE
2022, CONCERNENTE LE PROCEDURE DI SELEZIONE DELLE
SOLUZIONI DI TELEMEDICINA E DIFFUSIONE SUL TERRITORIO
NAZIONALE, NONCHÉ I MECCANISMI DI VALUTAZIONE DELLE
PROPOSTE DI FABBISOGNO REGIONALE PER I SERVIZI MINIMI DI
TELEMEDICINA E L'ADOZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO PER I
SERVIZI DI TELEMEDICINA**

**Informativa, ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera e), del decreto legislativo 28
agosto 1997, n. 281**

Punto 4) Odg Conferenza Stato – Regioni

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, nel prendere atto dell'informativa, tenuto conto che il decreto sembra ammettere al finanziamento del PNRR le spese che saranno sostenute per le soluzioni già esistenti su tutto il territorio regionale, chiede al Ministero della Salute di **modificare l'ultimo paragrafo dell'articolo 1, comma 3** dello schema di DM come segue per integrare gli interventi di acquisto anche con gli interventi sviluppo/evoluzione e/o messa a regime delle soluzioni già esistenti:

*“Per ottenere il finanziamento PNRR, le Regioni e Province autonome i cui piani sono stati approvati, possono attivare le soluzioni selezionate **esclusivamente** attraverso le gare delle Regioni capofila **o attraverso lo sviluppo e la messa a regime delle soluzioni già presenti nel territorio regionale/provinciale.**”*

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome sottopone, inoltre, alle opportune valutazioni ministeriali le osservazioni e le proposte sotto riportate.

Il Decreto, nell'approvare le linee di indirizzo per i servizi di telemedicina prevede che Agenas acquisisca il Piano Operativo e il fabbisogno di ciascuna Regione e Provincia autonoma per i servizi minimi di telemedicina secondo il format di cui all'allegato A del decreto, avvalendosi dell'apposito portale web messo a disposizione dalla stessa. Nel Piano Operativo, ciascuna Regione e Provincia autonoma indica:

- a) il proprio fabbisogno totale per i servizi di telemedicina previsti per l'infrastruttura regionale di telemedicina come definita nelle Linee Guida adottate in materia ai

- sensi del comma 15-undecies, lettera a) dell'articolo 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221 e il rispetto di Milestone e Target nonché il cronoprogramma dello specifico sub-investimento;
- b) quali componenti del fabbisogno intende eventualmente garantire con soluzioni di telemedicina già esistenti e attive su tutto il territorio regionale alla data di registrazione del presente decreto;
 - c) quali componenti del fabbisogno totale intende acquisire nell'ambito del sub investimento 1.2.3.2.

A tale riguardo, nel condividere le finalità del decreto con riferimento alle soluzioni di telemedicina già esistenti da evolvere attraverso l'utilizzo delle risorse del PNRR, rilevano i seguenti elementi di attenzione:

- Il decreto riporta che sono ammissibili le soluzioni già esistenti e attive su tutto il territorio regionale alla data di registrazione del presente decreto. In proposito, tenuto conto che la finalità del decreto è quella di non penalizzare gli interventi regionali già avviati **si propone di valutare l'opportunità/necessità di modificare la parola "attive" in "disponibili" e modificare la frase "registrazione del presente decreto" in "presentazione del Piano Operativo"**.

Ad esempio l'articolo 1, comma 2, lettera b)

- Il decreto sembra ammettere al finanziamento del PNRR le spese che saranno sostenute per le soluzioni già esistenti su tutto il territorio regionale. In proposito, **ad integrazione degli interventi di acquisto, si propone di valutare l'opportunità/necessità di integrare il testo facendo riferimento anche agli interventi sviluppo/evoluzione e/o messa a regime delle soluzioni già esistenti.**

Inoltre, si fa presente che il decreto precisa che le soluzioni regionali esistenti dei servizi in telemedicina dovranno essere conformi alle Linee Guida nazionali adottate in materia. A tale riguardo, **si precisa che ad oggi non si dispone delle richiamate linee guida**, pertanto non è possibile valutare gli eventuali servizi di telemedicina regionali già esistenti che potrebbero non essere finanziabili con le risorse del PNRR.

Proposte di modifica:

- **Articolo 1, comma 2 – si propone di eliminare la parola "tutto"**, modificando la lettera c) come segue: *"Nel Piano Operativo, ciascuna Regione e Provincia autonoma indica [...] quali componenti del fabbisogno intende eventualmente garantire con soluzioni di telemedicina già esistenti e attive su ~~tutto~~ il territorio regionale alla data di registrazione del presente decreto"*.
- **Articolo 4 – si propone la seguente riformulazione** *"Con decreto del Ministro della Salute, [...] sono assegnate alle Regioni e alle Province autonome le risorse previste dall'investimento PNRR M6C1 1.2.3 per l'acquisizione e/o lo*

sviluppo dei servizi di telemedicina da loro prescelti e approvati dalla Commissione Tecnica di cui all'articolo 2 del presente decreto" [...];

Osservazioni e proposte di modifica agli allegati al DM:

- **ALLEGATO A** *Indicazioni per la presentazione dei Progetti regionali di telemedicina*
 - 1) **Premessa – occorre chiarire la differenza fra Linee guida tecniche** per le soluzioni adottate e le **Linee di indirizzo** di cui all'**Allegato B**.
 - 2) **Capitolo 4.2 Servizi di telemedicina da implementare – Si ritiene che la Tabella 3 sia troppo dettagliata** ad oggi per programmare l'attività che si andrà ad implementare e si rimodulerà sicuramente nel corso dell'attivazione del progetto telemedicina, anche in funzione di aspetti epidemiologici. Il livello di dettaglio di questa tabella reca il rischio di far riportare alle Regioni una stima numerica imprecisa. **Si propone di aggregare le condizioni cliniche come nella precedente Tabella 2b e di indicare una percentuale minima di pazienti affetti dalle patologie indicate** rispetto al totale di pazienti che si prevede di seguire in telemedicina.
 - 3) **Tabelle 4a, 4b, 4c, 5 – “indicare [...] il numero dei Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici Specialisti e altre figure professionali...”**, anche in questo caso, **il preciso numero di professionisti e postazioni di lavoro di telemedicina** reca il rischio di far riportare alle Regioni dei dati non preventivabili con precisione. **Si propone di prevedere il numero di strutture raggiunte per tipologia** (es CdC, OSCO, poliambulatori, dipartimenti salute mentale), **con un bisogno di postazioni complessivo; tutto questo, fermo restando che la rendicontazione ex post può essere più puntuale.**
 - 4) **Capitolo 6 Piano progettuale di dettaglio e tempi di realizzazione** – si ritiene che la scadenza sia troppo ravvicinata per poter presentare un piano esaustivo. **Si propone di modificare il cronoprogramma e, come scadenza della Presentazione Piano Operativo Regionale/Provinciale, T1 2023 o almeno Febbraio 2023.**
- **ALLEGATO 1**

Allineare i dati riportati in tutte le tabelle relativamente alle singole Regioni affinché ci sia corrispondenza fra le diverse righe.
- **ALLEGATO B** *Linee di Indirizzo per i Servizi di Telemedicina*

1. Con riferimento al **consenso informato** richiamato a pagina 6 dell'allegato B *"I servizi di telemedicina possono essere svolti in favore di qualsiasi paziente; prima dell'attivazione del servizio, va esplicitamente richiesto e ottenuto il consenso informato all'utilizzo del servizio e dei dati."* al fine di semplificare i processi di presa in carico dei pazienti si propone di distinguere i due concetti di consenso informato:
 - ✓ consenso per utilizzo del servizio: tenuto conto che in assenza di consenso la prestazione non sarà erogata, si propone di approfondire se con il termine "esplicitamente richiesto" si intenda la necessità anche di raccogliere e conservare il consenso espresso dal cittadino.
 - ✓ consenso per utilizzo dei dati: in analogia alle modalità tradizionali di erogazione di una prestazione sanitaria e sulla base di quanto dichiarato dal garante a marzo del 2019 *"per il professionista sanitario (come il medico), soggetto al segreto professionale, non è necessario richiedere il consenso per i trattamenti di dati necessari alla prestazione sanitaria"*. Pertanto, si propone di approfondire se con il termine "esplicitamente richiesto" si intenda la necessità anche di raccogliere e conservare il consenso espresso dal cittadino per il trattamento di dati.
2. Obiettivi – con riguardo alle indicazioni clinico-assistenziale sulle prestazioni, si fa presente che **nel format** per la predisposizione del **Piano Operativo viene citato solo il teleconsulto e non la teleconsulenza**. Pertanto, **aggiungere anche la teleconsulenza medico-sanitaria**.
3. **TELEVISITA, TELECONSULTO/TELECONSULENZA E TELEASSISTENZA NELL'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE, Televisita per paziente con disabilità/fragilità – si fa presente che questa** non è una tipologia aggiuntiva rispetto a quelle per paziente (pz) con patologia cronica/malattia rara o pz con patologia acuta, ecc. Si chiede di modificare il testo come proposto, aggiungendo: *"In caso di Televisita per paziente con disabilità/fragilità..."*.
Modalità di erogazione - Riprendendo l'Accordo Stato-Regioni n. 215 del 17/12/2020, di norma, la televisita deve essere prenotata dallo specialista che ha in carico il pz (o dalla struttura in cui lo specialista lavora), non deve essere onere del cittadino decidere se può o meno eseguire la prestazione a distanza. La prescrizione riporta la necessità di fare una visita specialistica, senza necessariamente indicare che si svolgerà a distanza. In questo senso è stato anche modificato il flusso DEMA.

Relativamente alla **documentazione clinica che il medico può consultare durante la televisita**, si propone di fare riferimento **anche a quella presente su FSE** e si propone di **inserire** il seguente periodo:

“Anche il teleconsulto può richiedere lo scambio di documentazione tra i professionisti che si devono confrontare su un caso clinico.”.

Quando nel documento è scritto che: *“La televisita si conclude sempre con un referto”*, **tenere presente che** la televisita si conclude con un referto quando è specialistica ambulatoriale, ma **ci sono situazioni in cui il documento conclusivo è una relazione o altro**, non un vero e proprio referto. Anche in questo caso si seguono le regole della visita in presenza erogata nel medesimo setting (v. Accordo CSR sopracitato).

4. **TELEMONITORAGGIO E TELECONTROLLO NELL'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE** – si fa presente che la **definizione di “telecontrollo” riportata nel documento proposto:** *“...telecontrollo [...] prevede delle misurazioni di parametri ad orari o al bisogno dei pazienti”* è **diversa da quella riportata nell'Accordo CSR sopracitato: “controllo a distanza del paziente”.**

5. **Telemonitoraggio e Telecontrollo nel paziente con Diabete - Modalità di erogazione** – **si propone di eliminare il riferimento alla prescrizione** dove è scritto che: *“Al momento dell'arruolamento, o ai fini della proposta di attivazione del servizio di telemonitoraggio, il medico [...] ne ~~prescrive~~/propone l'attivazione”*. **Non si tratta di prescrizione su ricetta SSN, ma una proposta/richiesta.**

6. **Con riferimento a tutti capitoli concernenti i Parametri da monitorare/controllare, si propone sottolineare che si tratta di parametri non esaustivi.**

Inoltre, si fa presente che i dispositivi necessari per rilevare i diversi parametri **non trovano sempre corrispondenza nelle tipologie comprese nel Piano Operativo COT-Device** e nemmeno nelle ipotesi 2020/2021 per le tecnologie MMG-PLS.

- **APPENDICE, Definizioni** – nel documento **non viene considerata** solo la **Teleriabilitazione** mentre la **Teleconsulenza** viene spesso **descritta**.

Roma, 12 ottobre 2022