



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI
FEDERICO II**

DIPARTIMENTO DI SCIENZE SOCIALI

TESI DI MASTER DI II LIVELLO

IN

**DIREZIONE, MANAGEMENT E COORDINAMENTO
DELLE STRUTTURE SANITARIE, SOCIALI E SOCIO-ASSISTENZIALI
TERRITORIALI**

**“PERCORSI DI TERRITORIALITÀ: PROCESSI DI MODERNIZZAZIONE
DELLA CARTELLA SOCIO SANITARIA INFORMATIZZATA”**

Relatore:

Dott.ssa Canonico Angela

Candidata:

Dott. Lauria Andrea

Matricola ZE3000372

Coordinatrice:

Prof.ssa Maria Gabriella Grassia

ANNO ACCADEMICO 2021 - 2022

INDICE

INTRODUZIONE	p.	4
 CAPITOLO 1: NORME E LEGGI	p.	7
1.1. <i>Catalogo regionale dei servizi residenziali: Strutture residenziali ...</i>	p.	7
1.2.1. <i>Figure professionali nei servizi sociali campani</i>	p.	7
1.2.2. <i>Ruolo del coordinatore nel servizio</i>	p.	8
1.2.3. <i>Definizione dei livelli in cui sono raggruppate le figure professionali</i>	p.	8
1.3.1. <i>Comunità tutelari</i>	p.	9
1.3.2. <i>Attività</i>	p.	9
1.3.3. <i>Ricettività e requisiti strutturali</i>	p.	10
1.3.4. <i>Requisiti organizzativi e funzionali</i>	p.	12
1.3.5. <i>Figure professionali necessarie per ogni singolo modulo</i>	p.	13
1.4. <i>Linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina 2022</i>	p.	13
1.5. <i>Missione 6 del PNRR: telemedicina e assistenza domiciliare</i>	p.	16
1.6. <i>Fascicolo Sanitario Elettronico</i>	p.	19
 CAPITOLO 2: UNA NUOVA VISIONE DELLA TELEMEDICINA: PROGETTO PILOTA VILLA SAN GALLO	p.	21
2.1. <i>GEA Società Cooperativa Sociale</i>	p.	21
2.2. <i>Presentazione della Comunità Tutelare “Villa San Gallo”</i>	p.	23
2.3. <i>Progetto Pilota: la telemedicina ed un nuovo approccio per le comunità smart. Digitalizzazione e medicina di prossimità</i>	p.	23
2.3.1. <i>Analisi dei bisogni emergenti</i>	p.	23
2.3.2. <i>Innovazione tecnologica e salute</i>	p.	25
2.3.3. <i>Next Generation Health: la telemedicina</i>	p.	27
2.3.4. <i>Ipotesi di sperimentazione</i>	p.	28
2.3.5. <i>Obiettivi del Progetto</i>	p.	29
2.3.6. <i>Attività e Software messo a punto per il Progetto Pilota</i>	p.	29

2.3.7. <i>Le fasi del progetto</i>	p.	30
2.3.8 <i>Utenti-Pazienti-Clienti: a chi si rivolge la sperimentazione</i>	p.	31
2.3.9. <i>Aree di intervento cliniche assistenziali</i>	p.	31
2.3.10 <i>Partenariato</i>	p.	35
2.4. <i>Importanza dei Sistemi di Gestione per la Qualità per La cooperativa GEA</i>	p.	38
CAPITOLO 3: CARTELLA SOCIO SANITARIA INFORMATIZZATA: CSSI	p.	41
3.1. <i>Sistema Informativo Sanità Campania: l'App che si utilizza in Campania</i>	p.	41
3.2. <i>le difficoltà dovute al territorio ed emerse nella pandemia</i>	p.	44
3.3. <i>Importanza della formazione e delle competenze</i>	p.	46
3.4. <i>Importanza di una Cartella Clinica: differenziazione tra Cartella Clinica Elettronica e Cartella Clinica Informatizzata</i>	p.	47
3.5. <i>La Customer Satisfaction: uno strumento per la Valutazione della Qualità 42 dell'Assistenza in telemedicina</i>	p.	49
CONCLUSIONI	p.	51
BIBLIOGRAFIA	p.	52
SITOGRAFIA	p.	53

*Dedico qualche riga a coloro che mi hanno
affiancato e che hanno contribuito alla
realizzazione di questo mio percorso.*

*Vorrei innanzitutto ringraziare la mia relatrice la
dott.ssa Angela Canonico che mi ha fatto
conoscere la valenza e l'importanza di questo
Master. Mi ha aperto la mente e mostrato nuovi
percorsi professionali.*

*Ringrazio Claudio Romano, una persona che mi
ha fatto capire concretamente il significato della
parola "Resilienza".*

*Inoltre ringrazio la mia famiglia per l'amore e la
forza
con cui mi hanno sostenuto.*

INTRODUZIONE

In questo lavoro la mia attenzione verrà posta principalmente alle Comunità tutelari per persone non autosufficienti presenti sul territorio Campano. In esse, come si evince nel Catalogo Regionale dei servizi socio sanitari, viene prestato un servizio principalmente sociale e l'intensità sanitaria erogata è limitata alle ore dedicate dalle figure infermieristiche, fisioterapiche e dagli OSS ai fruitori di esso. Per tanto non è prevista la figura di un Medico. Deve quindi essere coinvolto il servizio sanitario territoriale dell'ambito per colmare "questo vuoto" intervenendo quando se ne presenta la necessità. Purtroppo in questo periodo di pandemia sono emersi limiti e pregi del nostro S.S.N.; questi limiti hanno influenzato negativamente ed inevitabilmente aspetti socioeconomici e sociosanitari di tutto il territorio nazionale. Anche le comunità residenziali hanno subito gli effetti negativi di questo periodo. Tra le realtà che hanno fatto maggiormente parlare più di sé, in assoluto, è stata la realtà delle RSA, in cui molti errori compiuti, oggettivamente, sono stati commessi sia a livello amministrativo che organizzativo. In questi ultimi due anni sono state emanate diverse norme nazionali e regionali volte a preservare le persone da inutili rischi legati a contatti con il virus SARS- Cov-2, causando, purtroppo, anche un triste isolamento degli ospiti e dei pazienti/utenti presenti nelle varie realtà. Pongo inoltre l'attenzione anche al ruolo che hanno avuto i medici e soprattutto i Medici di Medicina Generale nel periodo della Pandemia da SARS-Cov-2. Quasi tutti i Medici di Medicina Generale hanno dovuto ridurre le visite in presenza dei propri assistiti per limitare e contenere la diffusione della Pandemia tra i diversi nuclei abitativi e gli ambienti lavorativi. Le infrastrutture, i mezzi, le attrezzature hanno subito una grande sollecitazione ed utilizzo provocando un loro eccessivo sfruttamento. Anche i D.P.I. utilizzati ed obbligatori per il periodo pandemico non sono stati sufficienti a tutti coloro che dovevano indossarle; vi è stata, infatti, una corsa spasmodica alla loro ricerca/acquisto e/o al loro recupero. Per le motivazioni sopra descritte ogni singolo servizio residenziale, sia sanitario che sociale, ha dovuto provvedere

con i propri mezzi economici e con l'implementazione di nuove Procedure Gestionali a controllare e limitare i danni di uno stato pandemico anche poco conosciuto o del tutto sconosciuto. In questa crisi generale sono emersi anche aspetti positivi ed opportunità di miglioramento. Tra gli altri, l'aspetto di opportunità più evidente, concreto e utile si è rilevato essere l'utilizzo di dispositivi digitali in genere accorciando le distanze tra le persone e gli specialisti sanitari ma anche, paradossalmente, avvicinandole. Tra tutti, quello di maggior utilità è stato lo smartphone. Grazie ad esso sono state maggiormente utilizzate email, App, videochiamate, messaggi, telefonate ecc. che hanno permesso la circolazione di informazioni utili, anche se al limite del rispetto della Privacy, hanno portato comunque dei buoni risultati. Spesso le persone si sono sentite assistite o per lo meno indirizzate sulle decisioni da prendere. Da qui la riflessione, la voglia e la necessità sempre più incombente di volere o dovere utilizzare questi mezzi tecnologici per dare sostegno non solo alle persone ma anche e soprattutto al Servizio Sociale Nazionale. Oltre alle residenze per anziani o disabili esistono tantissime realtà simili ad esse in cui le difficoltà sono state ancora più complesse: ospedali, hospice, pronto soccorso, ecc.. L'aiuto principale è venuto da risorse individuali in cui un buon assetto organizzativo aziendale, mission chiare e condivise, reti reali e tanta abnegazione hanno rappresentato una valida e forte alternativa. Nel presente lavoro darò ampio risalto a una realtà campana, proveniente dal mondo delle Cooperative sociali che ha vissuto in prima linea la crisi pandemica: p.GEAp. Società Cooperativa Sociale. Essa rappresenta un esempio di come le motivazioni non sono mai mancate anzi hanno rappresentato la forza per andare avanti e sostenere i propri assistiti. Le cooperative sociali rappresentano l'essenza del terzo settore che rispondono al fabbisogno diretto ed indiretto dei territori, ambiti, a cui fanno capo le problematiche sociali, socio sanitarie assistenziali e sanitarie. Il Terzo Settore rappresenta "qualcosa di terzo" tra la dialettica aziendale e le pubbliche amministrazioni. In esso nascono servizi che molto spesso affiancano il pubblico e addirittura si sostituiscono, a volte purtroppo, totalmente ad esso. In questo periodo di pandemia lo hanno fatto in maniera egregia. Analizzerò e spiegherò come una Comunità Tutelare per

persone non autosufficienti stia uscendo dalla crisi pandemica e come la Cooperativa che la gestisce è riuscita a essere fondamentale non solo per gli ospiti e i propri dipendenti ma per tutto il territorio in cui essa si trova ed opera. Ad oggi vi sono varie opportunità che evidenziano nuovi approcci e motivazioni derivanti da queste esigenze di modernizzazione.

CAPITOLO 1: NORME E LEGGI

1.1. Catalogo regionale dei servizi residenziali: Strutture residenziali

In Campania, come nella maggior parte delle regioni Italiane, nel primo decennio di questo secolo nasce l'esigenza di voler mettere ordine nella normativa vigente rispetto all'erogazione di servizi in generale prestati sul territorio campano. Ovviamente i servizi residenziali erano quelli che maggiormente avevano necessità che ciò avvenisse perché spesso si trovavano a dover coesistere esperienze promiscue di utenze di diversa natura. Nasce così il Catalogo regionale dei servizi residenziali, semiresidenziali territoriali e domiciliari.

Il Catalogo, di cui al Regolamento di attuazione della L.R. 11/2007 è stato approvato con delibera di Giunta Regionale n° 107 del 23 aprile 2014. Esso individua i requisiti qualitativi, organizzativi e strutturali per l'erogazione dei servizi sociali in Campania e rappresenta un valido strumento per uniformare i servizi sociali sul territorio regionale. (R.S.A., S.A.D)

Esso è composto di due parti principali:

- Sezione A relativa ai servizi Residenziali e semi residenziali;
- Sezione B relativa ai servizi Domiciliari e territoriali.

Su proposta dell'assessore all'Assistenza sociale, Ermanno Russo, la Giunta regionale della Campania per la prima volta nella regione individua i requisiti sia quantitativi che qualitativi per l'erogazione di servizi residenziali e semiresidenziali (asili nido, centri sociali, case famiglia), territoriali e domiciliari (assistenza a domicilio, telesoccorso, unità mobile di strada). Dopo la sua pubblicazione sul BURC, i soggetti erogatori possono presentare all'Ambito territoriale di pertinenza l'istanza di autorizzazione definitiva sulla scorta dei requisiti specifici fissati dalla delibera.

1.2.1. Figure professionali nei servizi sociali campani

Nella premessa del catalogo regionale dei servizi residenziali vengono riportati gli elementi comuni delle figure professionali impiegate nei vari servizi sociali che sono presenti al suo interno.

1.2.2. Ruolo del coordinatore nel servizio

Il professionista che assolve funzioni di coordinamento è responsabile dei programmi, delle attività e dell'organizzazione del servizio, redige le relazioni, gli atti ed i rapporti richiesti dal comune e dall'ufficio di piano territorialmente competenti, dalla regione Campania, dalla Procura della Repubblica per i minorenni e da ogni altra autorità competente, secondo le direttive proprie dell'autorità stessa. Il coordinatore deve garantire una presenza presso il servizio di almeno 12 ore settimanali, salvo se diversamente specificato nei singoli servizi.

1.2.3. Definizione dei livelli in cui sono raggruppate le figure professionali

Le figure professionali impiegate nei vari servizi vengono classificate in 4 diversi livelli che di seguito vengono riassunti:

Figure professionali di I livello:

Operatori in possesso di titoli formativi rilasciati da enti autorizzati/accreditati dalla Regione Campania o da altre Regioni, di titoli di qualifica/diploma rilasciati dal sistema scolastico nazionale, di titoli rilasciati in altri Stati della Comunità europea o anche al di fuori della stessa, dichiarati equipollenti ai sensi della vigente normativa, attinenti alle tematiche sociali, per l'accesso ai quali sia previsto come requisito il possesso del titolo della scuola secondaria inferiore.

Figure professionali di II livello:

Operatori in possesso di titoli formativi rilasciati da enti autorizzati/accreditati dalla Regione Campania o da altre Regioni, di titoli rilasciati in altri Stati della Comunità europea o anche al di fuori della stessa, dichiarati equipollenti ai sensi della vigente normativa, attinenti alle tematiche sociali, per l'accesso ai quali sia previsto come requisito il possesso del titolo della scuola secondaria superiore.

Figure professionali di III livello:

Operatori in possesso di titoli formativi rilasciati dal sistema universitario nazionale, di titoli universitari rilasciati in altri Stati della Comunità europea o anche al di fuori della stessa, dichiarati equipollenti ai sensi della vigente normativa.

Figure professionali di IV livello:

Operatori in possesso di titoli formativi rilasciati da enti autorizzati/accreditati

dalla Regione Campania o da altre Regioni, di titoli rilasciati in altri Stati della Comunità europea o anche al di fuori della stessa, dichiarati equipollenti ai sensi della vigente normativa, per l'accesso ai quali sia previsto come requisito il possesso di un titolo di studio universitario.

1.3.1. Comunità tutelare

Per semplificare e meglio specificare il motivo del presente lavoro vengono riportati i requisiti specifici di una Comunità tutelare per persone non autosufficienti.

Servizio residenziale a carattere comunitario caratterizzata da alta intensità assistenziale, alto livello di protezione e basso livello di assistenza sanitaria. La Comunità tutelare per non autosufficienti eroga servizi a persone adulte ed anziane, non autosufficienti e/o parzialmente non autosufficienti che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse, ma che richiedono un alto grado di assistenza tutelare, con interventi prevalentemente di tipo socio-assistenziale che facilitano il recupero dell'autonomia psicofisica. La comunità è collegata funzionalmente con i servizi sociosanitari dell'Ambito, comprendenti, tra gli altri, l'assistenza medico-generica, l'assistenza farmaceutica, il segretariato sociale, l'assistenza domiciliare integrata, i centri a carattere residenziale diurno. Il servizio può essere ubicato nella medesima unità abitativa in cui sono presenti altri servizi, secondo quanto riportato nella sezione sui requisiti strutturali.

1.3.2. Attività

Erogazione servizi alberghieri inclusivi della somministrazione pasti; – assistenza tutelare diurna e di segretariato sociale; – assistenza notturna; – attività a sostegno dell'autonomia individuale e sociale tese a raggiungere il miglior livello possibile di qualità della vita dell'ospite attraverso la valorizzazione delle capacità organizzative e dei processi decisionali; – attività socializzanti laboratoriali e ricreative; – prestazioni infermieristiche. In funzione dei progetti personalizzati di assistenza definiti per gli ospiti del servizio saranno erogate a cura delle ASL le prestazioni sanitarie (Assistenza sanitaria comprensiva di prestazioni medico – generiche – prestazioni infermieristiche e di somministrazione farmaci) costitutive

dei livelli essenziali di assistenza programmata a domicilio ADI e ADP (DPCM 29.11.2001). Tali prestazioni sono equiparabili a quelle erogabili a domicilio nel rispetto del modello organizzativo del servizio sanitario regionale.

1.3.3. Ricettività e requisiti strutturali

La ricettività massimo per una comunità tutelare deve essere di 64 utenti divisi in moduli da massimo 16 posti letto.

I requisiti strutturali degli alloggi sono i seguenti:

I moduli costituiscono più comunità autonome all'interno del servizio, con la presenza di almeno uno spazio dedicato ad attività di aggregazione per gli ospiti presenti in ciascun modulo. La comunità deve essere dotata di camere da letto singole o doppie. La superficie minima delle camere da letto non deve essere inferiore:

- per la camera singola, a undici metri quadrati di superficie netta ad esclusione dei servizi igienici;
- per la camera doppia, a sedici metri quadrati di superficie netta ad esclusione dei servizi igienici.

Ogni camera da letto deve contenere uno o due letti (in corrispondenza della testata del letto che deve essere sempre appoggiato alla parete, in modo tale da consentire facili spostamenti agli ospiti e al personale sugli altri tre lati del letto, deve essere disposto un campanello di chiamata), un tavolino da notte per letto, un mobile armadio, un tavolo scrittoio con una sedia, una poltroncina per ogni letto. Gli alloggi devono essere sufficientemente spaziosi da permettere all'ospite di scegliere di consumarvi i pasti, accudire le proprie faccende domestiche e di trascorrere il proprio tempo libero al suo interno. Ogni camera da letto deve essere dotata di un locale per i servizi igienici. Il locale servizi igienici deve contenere il vaso, il bidet o in alternativa una doccetta flessibile a parete, il lavabo (del tipo a mensola) e la doccia con sedile (ricavata a livello del pavimento e dotata di apparecchio a telefono con flessibile); il locale, di dimensioni tali da consentire l'ingresso e la rotazione di una carrozzina, deve essere allo stesso livello della camera da letto e dotato di un campanello di allarme di corrimano di sostegno in acciaio all'altezza di cm. 80 dal pavimento; la porta del locale deve aprirsi verso

l'esterno e deve avere una larghezza minima di cm. 85. Ogni modulo deve, inoltre, essere dotato di un locale opportunamente arredato per ospitare il personale in servizio notturno con bagno annesso. La comunità deve essere fornita di pavimenti antisdrucciolevoli, di interruttori elettrici visibili anche al buio e di idonei sistemi per l'orientamento, la guida e la sicurezza dei non vedenti.

Inoltre la comunità deve comprendere degli ambienti per servizi collettivi comuni a tutti i moduli:

- cucina e dispensa. Il servizio centrale di cucina deve essere tale da contenere tutto quanto occorre per la preparazione dei pasti in relazione ai posti totali del servizio. Si possono prevedere anche servizi appaltati o convenzionati all'esterno. Qualora i pasti provengano da un servizio appaltato all'esterno deve essere previsto un apposito locale adatto allo sporzionamento, al servizio e all'eventuale riscaldamento dei cibi, dotato di uno spazio idoneo al lavaggio ed alla custodia delle stoviglie;
- sala pranzo. La sala da pranzo deve essere ubicata in uno o più locali appositamente attrezzati. La dimensione della sala deve essere tale da contenere un minimo di posti pari a quello degli/le ospiti del servizio;
- spazio multivalente. La comunità deve prevedere uno o più locali destinati alle attività giornaliere e ricreative, in cui tutti gli ospiti dei diversi moduli possono incontrarsi;
- ambulatorio: locale per consultazioni e visite mediche periodiche;
- palestra. Destinata all'esercizio fisico, deve accogliere l'attrezzatura minima per consentire all'ospite un'adeguata attività motoria. In uno spazio attiguo, deve essere previsto il deposito attrezzi e lo spogliatoio con servizio igienico;
- servizi igienici. Almeno due locali per servizi igienici collegati agli ambienti per servizi collettivi, di cui almeno uno, di dimensioni tali da consentire l'ingresso e la rotazione di una carrozzina, che deve essere allo stesso livello delle altre camere, dotato di un campanello di allarme, di corrimano di sostegno in acciaio all'altezza di cm. 80 dal pavimento e deve contenere il vaso, il bidet, il lavabo (del tipo a mensola) e la vasca con sedile;
- spazio lavanderia. Devono essere previsti gli spazi necessari e adeguati alle necessità dell'utenza per assicurare la raccolta, il lavaggio, la stiratura, il

rammendo e la distribuzione della biancheria sporca e pulita, salvo affidamento all'esterno del servizio lavanderia;

- ascensore. Nelle strutture distribuite su più di un piano, deve essere installato almeno un ascensore di dimensioni tali da consentire l'accesso di una carrozzina per disabili semiresidenziali Persone anziane e persone con disabilità
- corridoi. I corridoi devono avere larghezza di 1,40 m., o, in alternativa, larghezza minima di 1 m. con allargamenti atti a consentire l'inversione di marcia da parte di persone su sedia a ruote (art. 8.1.9 del DM 236/89). I corridoi non devono presentare gradini e devono essere dotati di corrimano; – scale. Le scale devono essere dotate di gradini con una pedata minima di 30 cm., di un'altezza massima di 16 cm. e di corrimano su entrambi i lati. Eventuali gradini di accesso alla comunità devono essere affiancati da una rampa percorribile con carrozzella.

Il servizio può essere ubicato nella medesima unità abitativa in cui è collocata una RSA socio-sanitaria, un centro diurno socio-sanitario, una casa albergo per anziani, un centro sociale polifunzionale per anziani, un centro sociale polifunzionale per disabili, salvo quanto diversamente stabilito dalla normativa sanitaria. In tal caso gli ambienti per servizi collettivi che possono essere condivisi tra le suddette strutture sono i seguenti, ferma restando la necessità di organizzare turni di attività qualora la capienza di alcuni locali non consenta la compresenza di tutti gli ospiti:

- cucina e dispensa;
- spazio multivalente;
- ambulatorio;
- palestra;
- i servizi igienici ulteriori rispetto ai due previsti come standard minimo.

1.3.4. Requisiti organizzativi e funzionali

L'ammissione al servizio avviene attraverso la richiesta dei soggetti interessati che presentano domanda di accesso al servizio, personalmente o attraverso un componente della famiglia o della rete di aiuto formale o informale. Il

responsabile del servizio attiverà, contattando il MMG e l'assistente sociale, il percorso per la valutazione multidimensionale del bisogno (UVM) definita in sede di Unità di Valutazione Integrata (UVI). L'Unità di Valutazione Integrata definisce la natura del bisogno, l'intensità e la durata delle prestazioni necessarie e fissa tempi e modalità di valutazione dei risultati e, in base a ciò, predispone il progetto personalizzato. Nei progetti personalizzati viene identificata l'intensità assistenziale in funzione della natura e della complessità del bisogno.

1.3.5. Figure professionali necessarie per ogni singolo modulo

Nel servizio deve essere osservata una presenza che garantisca, di giorno, il rapporto di un operatore di I livello lettera a) ogni sedici persone, di un operatore di I livello lettera b) ogni sedici persone e di un operatore di II livello ogni sedici persone, e, di notte, di un operatore di I livello lettera b) ogni sedici persone. Le figure professionali di III livello devono osservare una presenza presso il servizio per un numero di 12 ore settimanali. Per quanto riguarda le figure con formazione specifica in servizi alberghieri, esse devono effettuare almeno 38 ore settimanali per un solo modulo. Per ogni modulo aggiuntivo, bisogna incrementare tale impegno di 22 ore.¹

1.4. Linee di indirizzo nazionale sulla telemedicina

La Commissione Europea ha attribuito da oltre un decennio una particolare rilevanza al tema della Telemedicina.

Con la Comunicazione europea (COM-2008-689) "Telemedicina a beneficio dei pazienti, sistemi sanitari e società", del 4 novembre 2008, sono state individuate una serie di azioni che coinvolgono tutti i livelli di governo, sia in ambito comunitario che dei singoli Stati Membri, per favorire una maggiore integrazione dei servizi di Telemedicina nella pratica clinica, rimuovendo le principali barriere che ne ostacolano la piena ed efficace applicazione.

Il Consiglio Superiore della Sanità approva le linee guida nazionali infatti per un impiego sistematico della telemedicina nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e per dare attuazione alla Comunicazione Europea, presso il Consiglio

¹ Burc Regione Campania: Catalogo dei servizi residenziali, semiresidenziali, territoriali e domiciliari di cui al Regolamento di attuazione della L.R. 11/2007.

Superiore di Sanità fu istituito il Tavolo tecnico sulla telemedicina, che ha redatto apposite Linee di indirizzo nazionali, per:

- collocare gli ambiti prioritari di applicazione della telemedicina;
- analizzare modelli, processi e modalità di integrazione dei servizi di telemedicina nella pratica clinica;
- definire tassonomie e classificazioni comuni;
- definire gli aspetti concernenti i profili normativi e regolamentari e la sostenibilità economica dei servizi e delle prestazioni di telemedicina.

Le prime Linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina sono state approvate dall'Assemblea generale del Consiglio Superiore di Sanità il 10 luglio 2012.

L'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2014 al fine di garantire “uno sviluppo coordinato, armonico e coerente della telemedicina nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale” è stata siglata l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante “Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali. (Repertorio Atti n. 16/CSR del 20/02/2014)”.

L'Intesa rappresenta un risultato particolarmente rilevante tenuto conto della necessità di ripensare il modello organizzativo e strutturale del Servizio sanitario nazionale del nostro Paese, rispetto alla quale la diffusione sul territorio dei servizi di Telemedicina può costituire un importante fattore abilitante. Il recepimento delle Linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina è stato valutato in sede di adempimenti LEA fino all'anno 2017 al fine di verificarne l'adozione. Dal 2018 tutte le regioni hanno recepito, con proprie delibere, le linee di indirizzo stesse.

Nel 2019 il Ministero ha approvato nell'ambito dei lavori della Cabina di regia del NSIS, l'istituzione di un Gruppo di lavoro sulla telemedicina di cui fanno parte i rappresentanti delle regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Piemonte e Toscana, nonché del Centro Nazionale per la Telemedicina e le Nuove Tecnologie Assistenziali dell'Istituto Superiore di Sanità, che ha realizzato una mappatura nazionale delle esperienze regionali e prodotto indicazioni uniformi sull'intero territorio nazionale per l'erogazione delle prestazioni a distanza.

Facendo seguito all'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2014 e ai Rapporti dell'Istituto Superiore di Sanità COVID-19 n. 12/2020 “Indicazioni ad interim per

servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19" del 13 aprile 2020 e n.60/2020 "Indicazioni ad interim per servizi sanitari di telemedicina in pediatria durante e oltre la pandemia COVID-19" del 10 ottobre 2020, nella riunione della Cabina di regia del NSIS del 28 luglio 2020 il Ministero della salute e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano hanno condiviso la necessità di fornire indicazioni uniformi sull'intero territorio nazionale per l'erogazione delle prestazioni a distanza, con particolare riguardo alle attività specialistiche, estendendo la pratica medica e assistenziale oltre gli spazi fisici in cui usualmente si svolge secondo le tradizionali procedure, anche in relazione alle iniziative avviate da alcune regioni nel periodo dell'emergenza Covid.

Il Gruppo di lavoro sulla telemedicina, integrato anche da esperti e da rappresentanti delle federazioni nazionali delle professioni sanitarie (FNOMCeO e FNOPI), ha quindi predisposto che il documento è stato approvato dalla Cabina di regia del NSIS (Nuovo Sistema Informatizzato Sanitario) nella seduta del 28 ottobre 2020 ed è stato adottato con Accordo in Conferenza Stato Regioni del 17 dicembre 2020 (Repertorio atti n.215/CSR) .

Questo documento intende fornire le indicazioni da adottare a livello nazionale per l'erogazione di alcune prestazioni di telemedicina quali la televisita, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico-sanitaria, la teleassistenza da parte di professioni sanitarie, la telerefertazione, così che la possibilità di utilizzare le prestazioni di telemedicina (esempio la televisita per le visite di controllo) rappresenti un elemento concreto di innovazione organizzativa nel processo assistenziale.

Il documento "Indicazioni per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie" che è stato approvato dalla Cabina di Regia nella seduta del 9 Aprile u.s. ed è stato adottato con Accordo in Conferenza Stato Regioni il 18 novembre 2021 (Repertorio Atti n. 231/CSR), intende fornire le indicazioni uniformi per l'intero sistema sanitario italiano riguardanti le prestazioni di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie, nonché i servizi che possono derivare dalla combinazione delle suddette prestazioni tra loro e con altre prestazioni sanitarie. Così come la riabilitazione,

anche la teleriabilitazione trova applicazione in tutte le fasce d'età, da quella evolutiva agli anziani, in diversi ambiti tra cui: teleriabilitazione motoria cognitiva, neuropsicologica, occupazionale, della comunicazione, della deglutizione, del comportamento, cardiologica e polmonare. In considerazione della loro specificità, non sono trattati gli aspetti specifici degli ambiti della teleriabilitazione cardiologica e polmonare.²

1.5. Missione 6 del PNRR: telemedicina e assistenza domiciliare territoriale

Nel PNRR e nello specifico nella missione 6 vengono analizzate le linee guida per la formazione e sviluppo delle reti di prossimità della telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Nella premessa si elencano le componenti fondamentali del modello organizzativo domiciliare:

- a) il servizio di assistenza domiciliare deve garantire la continuità dell'assistenza nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente;
- b) la pianificazione degli accessi domiciliari deve essere sviluppata nell'arco dell'intera settimana secondo quanto previsto dalla predetta normativa tenendo conto della complessità clinico-assistenziale dei pazienti;
- c) il servizio di cure domiciliari integrato con prestazioni di telemedicina avviene da remoto.

Utilizzando questi servizi il processo di digitalizzazione sanitaria vuole raggiungere, con il suo sviluppo su tutto il territorio nazionale (regionale e provinciale), i seguenti obiettivi:

- incrementare il numero di pazienti presi in carico a domicilio, quale obiettivo macro proposto dal PNRR, consentendo di raggiungere il valore soglia del 10% degli assistiti ultrasessantacinquenni;
- garantire a tutta la popolazione lo stesso livello assistenziale e qualità delle cure erogate migliorando l'efficienza organizzativa anche in contesti geograficamente svantaggiati;
- fornire al paziente un'assistenza che comprenda risposte a bisogni clinico-assistenziali, e psicologici anche per ridurre l'impatto negativo del vissuto di malattia del paziente;

² Ministero della salute: Linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina.

- ridurre gli accessi al pronto soccorso, l'ospedalizzazione e l'esposizione ai rischi legati ad essa, nonché il ricorso all'istituzionalizzazione;
- permettere una dimissione protetta dalle strutture di ricovero potendo assicurare a domicilio la continuità di assistenza e cure di pari efficacia;
- ridurre gli accessi in day hospital sviluppando risposte alternative a domicilio;
- ridurre gli accessi, da parte degli assistiti, in luoghi di cura non appropriati per la patologia;
- prendere in carico il paziente a domicilio, coordinandone la gestione e assicurando il costante monitoraggio di parametri clinici, al fine di ridurre il rischio d'insorgenza di complicazioni in persone a rischio o affette da patologie croniche;
- fornire alla famiglia educazione terapeutica nel proprio contesto di vita, migliorando l'uso di risorse e di servizi, favorendo le attività di sorveglianza in ambito sanitario;
- accrescere l'utilizzo appropriato dei servizi a distanza finalizzato ad una più efficace risposta ai bisogni assistenziali;
- migliorare la qualità di vita percepita del paziente, delle famiglie e dei caregiver.
- migliorare le transizioni tra setting grazie all'informatizzazione e all'interoperabilità dei sistemi e favorire la continuità informativa nelle transizioni tra setting.

Le linee guida possono essere considerate un documento cardine per chi voglia utilizzare la medicina digitale in quanto vengono approfonditi dei temi specifici che avvicinano la realtà italiana a quella europea (Germania, Francia, Gran Bretagna).

Di seguito viene riportata una tabella riassuntiva di tutti i percorsi di E-Health dai quali possono essere compresi con maggior semplicità i percorsi da utilizzare dalla presa in carico del paziente al documento prodotto che andrà successivamente riportato nel F.S.N.

Tabella 1: Percorsi di medicina digitale

Tipologia di servizio	Finalità	Richiedente/prescrittore	UVI	PAI	Attivatore	Erogatore	Soggetti Coinvolti	Supporti Tecnici e Set di informazioni disponibili	Documentazione a corredo
Televisita: Atto medico con interazione con il paziente in tempo reale	Follow up, Aggiustamento terapia in corso. Prescrizione di esami, Verifica degli esiti di c/o terapia	Medico del Distretto, MMG/PLS/ MCA/ Specialista	non necessario	non necessario	COT Centrale operativa / ADI MMG/PLS/ Specialista	MMG/PLS/ Specialista	Pazienti caregiver; Eventuale infermiere domicilio altro professionista sanitario; Centrale di servizi per la telemedicina	e Videochiamata +Chat (per scambio messaggi) APP/servizi applicativi che consentano la consultazione di referti, immagini, altre informazioni clinico-sanitarie (FSE) Ricetta dematerializzata	Adesione al trattamento domiciliare; Cartella domiciliare; Esita in un referto strutturato della televisita qualora sia erogata dallo specialista
Teleconsulto medico: Atto medico, anche asincrono	Dialogo tra medici riguardo la situazione clinica del paziente	Medico del Distretto MMG/PLS/ MCA/ Specialista	non necessario	non necessario	Medico del Distretto MMG/PLS/ MCA/ Specialista	MMG/PLS/ MCA/ specialista Medico del Distretto	Interazione tra più medici Possibile presenza del paziente Centrale di servizi per la telemedicina	e Videochiamata +Chat eventuale APP/servizi applicativi che consentano la consultazione di referti, immagini, altre informazioni clinico-sanitarie (FSE)	Adesione al trattamento domiciliare; Quesito diagnostico; Esita una p.Relazione o in annotazioni riportate in cartella domiciliare.
Teleconsulenza medicosanitaria: Atto non necessariamente medico, può essere anche asincrono	Supporto durante lo svolgimento di attività sanitaria a domicilio	Professionista sanitario (anche medico)	non necessario	non necessario	COT, Centrale operativa ADI, Professionista sanitario direttamente tramite agende di disponibilità condivise tra professionisti	Professionisti sanitari (anche medico quando il richiedente è altro professionista)	Pazienti caregiver Infermiere o altro professionista sanitario a domicilio Possibile presenza del paziente Centrale di servizi per la telemedicina	e Videochiamata +Chat eventuale APP/servizi applicativi che consentano la consultazione di referti, immagini, altre informazioni clinico-sanitarie (FSE)	Adesione al trattamento domiciliare; p.Quesito di ingressop.; Esita in una relazione o annotazioni riportate nella cartella domiciliare
Teleassistenza: Prevede l'interazione con il paziente in tempo reale	Interazione a distanza per agevolare il corretto svolgimento di attività assistenziali	Professionisti Sanitarie	Possibile ma non necessario	Possibile ma non necessario	COT, Centrale operativa ADI, Professionisti Sanitari direttamente tramite agende di disponibilità condivise tra professionisti	Professionisti sanitari (anche medico quando il richiedente è altro professionista)	Pazienti caregiver Centrale di servizi per la telemedicina	e Videochiamata +Chat (per scambio messaggi) APP/servizi applicativi che consentano la consultazione di referti, immagini, altre informazioni clinico-sanitarie (FSE) APP di condivisione con il paziente di strumenti (es. test, questionari, ecc.)	Adesione al trattamento domiciliare; Cartella domiciliare Esita in una relazione o annotazioni riportate nella cartella domiciliare
Telemonitoraggio	Rilevamento e trasmissione automatizzati continuativi di parametri clinici a domicilio	Medico del Distretto MMG/PLS/MCA/ specialista	Possibile, non necessario	Necessario	COT Centrale operativa ADI	Medico Infermiere	Pazienti caregiver Centrale di servizi per la telemedicina	e Set di tecnologie collegate ad una centrale Piattaforma di rilevazione dei dati, consultabile, eventualmente integrabile nella cartella	Adesione al trattamento domiciliare PDTA e Protocollo in cui siano esplicitati criteri di eleggibilità, percorso per la gestione degli allarmi Monitoraggio anche attraverso la compilazione di scale/schede informatizzate Esita in una relazione o annotazioni riportate nella cartella domiciliare
Teleriabilitazione: Prevede l'interazione con il paziente Può avere carattere multi Disciplinare	Servizi intesi ad abilitare, ripristinare il funzionamento psicofisico Valutazione a distanza del corretto utilizzo di ausili, ortesi e protesi all'interno del PRI	Professionista sanitario e medico	Necessaria UVM in presenza del paziente per le opportune valutazioni	Necessario PRI/PAI	COT Centrale operativa ADI Professionisti Sanitari direttamente tramite agende condivise	Professionista singolo équipe multi professionale	Pazienti caregiver Centrale di servizi per la Telemedicina	e Dispositivi per la gestione e lo scambio di dati e immagini, dispositivi mobili, dispositivi medici, anche indossabili, sensori, robotica, serious games	Adesione al trattamento domiciliare; Cartella domiciliare Esita in una relazione o annotazioni riportate nella cartella domiciliare
Telecontrollo (medico)	Rilevamento parametri periodico e interattivo a domicilio attraverso una serie cadenzata di contatti con il medico	Medico del Distretto MMG/PLS/MCA/ specialista	Possibile, non necessario	Necessario	COT Centrale operativa ADI	Medico Potrebbe essere coinvolto il professionista sanitario	Pazienti caregiver Centrale di servizi per la telemedicina	e Videochiamata + Set di tecnologie collegate ad una centrale Piattaforma di rilevazione dei dati, consultabile, eventualmente integrabile nella cartella	Adesione al trattamento domiciliare PDTA e Protocollo in cui siano esplicitati criteri di eleggibilità, percorso per la gestione degli allarmi Esita in una relazione o annotazioni riportate nella cartella domiciliare

Leggenda: MMG: medico di medicina generale; PLS: pediatra di libera scelta; MCA: medico di continuità assistenziale; COT: centrale operativa territoriale; APP: anamnesi patologica prossima.

1.6. Fascicolo Sanitario elettronico

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), conosciuto anche come Electronic Health Record (EHR), è un insieme di dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici, riguardanti l'assistito, riferiti a prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e, a partire dal 19 maggio 2020, anche da strutture sanitarie private.

Il FSE è istituito in base all'articolo 12 del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179. Esso è un elemento chiave all'interno dell'insieme di iniziative che si inseriscono nell'ambito della Sanità Digitale e rappresenta un importante strumento per il miglioramento della qualità delle cure che le strutture sanitarie, a tutti i livelli, offrono all'assistito.

Il FSE è messo a disposizione dalle regioni e dalle province autonome, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, con finalità di:

- prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
- studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico;
- programmazione sanitaria, verifica delle qualità delle cure e valutazione dell'assistenza sanitaria.

Attualmente il Fascicolo Sanitario Elettronico raccoglie e rende disponibili al paziente, con il suo consenso, al personale sanitario i seguenti dati:

- identificativi e amministrativi dell'assistito;
- del medico di base scelto dall'assistito;
- le prescrizioni specialistiche e farmaceutiche, i referti di laboratorio;
- il profilo sanitario sintetico redatto e aggiornato dal medico di medicina generale o pediatra di libera scelta che riassume la storia clinica dell'assistito e la sua situazione corrente conosciuta.

Inoltre l'assistito ha a disposizione il taccuino in cui può inserire, a propria discrezione e autonomamente, i dati e documenti personali che reputa di interesse per gli operatori sanitari che dovessero prenderlo in cura.

Si prevede inoltre che potranno essere inseriti oltre a questi dati anche le lettere di dimissione ospedaliera, i verbali del pronto soccorso, i referti di radiologia, i documenti di esenzione, i referti di specialistica ambulatoriale, i referti di anatomia patologica, le prescrizioni dematerializzate, le diverse erogazione

farmaceutiche e specialistiche, le vaccinazioni, ecc.

Il Fascicolo consentirà, in particolare, la costruzione di un punto unico di aggregazione delle informazioni rilevanti e consultazione di tutti i documenti sanitari e socio-sanitari generati dagli attori pubblici e privati del sistema sanitario, nel rispetto della normativa in materia di privacy e dei consensi espressi dal cittadino stesso.

Il Fascicolo Sanitario è consultabile solo da te e se vuoi renderlo consultabile anche al personale sanitario che ti prende in cura dovrai esprimere uno specifico consenso alla consultazione. Se non vuoi rendere consultabili alcuni tuoi documenti, puoi modificarne la visibilità nel Fascicolo Sanitario tramite apposita funzione direttamente dal portale.³

³ Ministero della salute: Cos'è il Fascicolo Sanitario Elettronico.

CAPITOLO 2: UNA NUOVA VISIONE DELLA TELEMEDICINA: PROGETTO PILOTA VILLA SAN GALLO

2.1. “GEA” Società Cooperativa Sociale

La Cooperativa Sociale Gea, si è costituita nel 1989 e da oltre trenta anni garantisce nell’ambito dei servizi sociali e socio-sanitari interventi e prestazioni con caratteristiche innovative, volti all’inclusione sociale e al rispetto degli standard di qualità. Nel corso degli anni la Gea, ha consolidato esperienze significative nella gestione dei servizi a favore della prima infanzia, minori e famiglie, delle persone anziane e delle persone con disabilità fisica e mentale. La cooperativa opera nei territori della provincia di Salerno, Avellino e Benevento, nei Comuni della Costiera Amalfitana, Salerno, Valle dell’Irno, Sele, Vallo di Diano, Cilento, Agro Nocerino Sarnese, Alta Irpinia, Valle del Sannio. Il contesto territoriale di riferimento sono i medi e piccoli comuni dell’entroterra della Regione Campania ubicati nelle tre province. La provincia di Salerno si caratterizza per la sua estensione territoriale e la maggioranza sono piccoli comuni dell’entro terra e della costiera Amalfitana e Cilentana. Nelle province di Avellino e Benevento la popolazione è in fase regressiva con un consistente invecchiamento della popolazione e un basso tasso di natalità. I comuni sono classificati fra i più critici secondo l’indice di vulnerabilità sociale e materiale. La scelta strategica della cooperativa negli anni è stata di erogare servizi a favore della popolazione delle aree interne e marginali con lo scopo di garantire ai minori, anziani e i livelli essenziali di assistenza sociali e socio-sanitari, e attivare servizi di prevenzione del disagio e di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro. L’attività prevalente è la progettazione e la realizzazione di servizi nelle seguenti aree di intervento.

- Persone anziane
- Infanzia e adolescenza
- Responsabilità Familiari
- Persone con disabilità
- Disagio psichico

- Multi utenza

La cooperativa eroga servizi di assistenza domiciliare a favore delle persone non autosufficienti, gestione di comunità tutelari per anziani; servizi di educativa domiciliare, gestione dei nidi, micro nidi, ludoteche per la prima infanzia, centro per la famiglia; centri sociali polifunzionali per disabili; centri diurni e residenziali per disabili psichici, centro per disturbo condotta alimentare. La cooperativa si caratterizza inoltre, per l'erogazione di servizi nel settore della ristorazione collettiva, con la gestione di mense scolastiche, il settore delle sanificazioni ambientali pubbliche e private, in cui sono impegnati persone svantaggiate per l'inclusione sociale e reinserimento lavorativo. In ogni servizio si avvale di personale altamente qualificato e professionale con esperienza consolidata. La struttura organizzativa è costituita da: operatori socio-sanitari, operatori socio-assistenziali, infermieri professionali, fisioterapisti, assistenti sociali, sociologi, psicologi, educatori professionali, psicopedagogisti, operatori per l'infanzia, animatori di comunità, geriatri, terapisti occupazionali, cuochi, addetti alle pulizie, operatori specializzati nella sanificazione ambientale, addetti all'assistenza materiale, addetti alla sorveglianza, autisti, addetti ai servizi mensa. La cooperativa nel corso degli anni ha attivato borse lavoro, stage formativi finalizzati alla qualificazione ed all'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate e con disabilità. La Cooperativa adotta la Carta dei Servizi dove sono individuati i livelli qualitativi ottimali, la descrizione dei vari servizi e le modalità delle prestazioni, un valido strumento di comunicazione agli utenti. Ogni anno viene redatto il Bilancio Sociale che rappresenta per la cooperativa uno strumento di rendicontazione e di relazione che persegue la trasparenza nella presentazione delle strategie e delle iniziative attuate durante l'anno. Attraverso una rappresentazione sistemica, e grazie al coinvolgimento degli stakeholder, viene mantenuto il rapporto di fiducia con i territori in cui si opera e che contraddistingue il nostro operato, avendo cura di quantificare il valore sociale generato. L' Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato ha riconosciuto alla cooperativa Gea il Rating di legalità, si tratta di un sistema di premialità per le imprese che rispettano la legge e si allineano ai più elevati standard etico-sociali e di governance, adeguando la propria organizzazione in tale direzione. Inoltre la cooperativa è stata iscritta a giugno 2022 dalla Prefettura

di Salerno negli elenchi dei fornitori di beni o prestatori di servizi non soggetti a tentavi di infiltrazione mafiosa la c.d. “White List”.

2.2 Presentazione della comunità tutelare “Villa San Gallo”

Tra i vari servizi che la GEA fornisce possiamo trovare la Comunità Tutelare “Villa San Gallo”, una struttura residenziale che ospita adulti e anziani che fornisce servizi mirati al recupero e al mantenimento del benessere fisico e psichico degli ospiti con un elevato standard di qualità delle prestazioni socio-assistenziali, infermieristiche e riabilitative. La struttura è immersa nel verde e facilmente raggiungibile dal centro abitato. Progettata secondo i più moderni canoni architettonici offre ambienti luminosi e accoglienti con ampi spazi esterni che consentono agli ospiti di svolgere attività ricreative e di socializzazione all’aperto. L’ambiente semplice ma ricco di particolari in cui i colori, gli arredi e i percorsi rendono il clima accogliente e gli ospiti possono vivere in una dimensione familiare. La vita comunitaria è ricca di occasioni ricreative, gli ospiti vengono accompagnati e stimolati, con comprensione e rispetto, per favorire una migliore qualità della vita. La comunità tutelare è caratterizzata da alta intensità assistenziale, alto livello di protezione e basso livello di assistenza sanitaria. La Comunità tutelare eroga servizi a persone adulte ed anziane, non autosufficienti e/o parzialmente non autosufficienti che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse, ma che richiedono un alto grado di assistenza tutelare, con interventi prevalentemente di tipo socio-assistenziale che facilitano il recupero dell’autonomia psicofisica. La comunità è collegata funzionalmente con i servizi sociosanitari dell’Ambito, comprendenti, tra gli altri, l’assistenza medico-generica, l’assistenza farmaceutica, il segretariato sociale, l’assistenza domiciliare integrata, i centri a carattere residenziale diurno.

2.3. Il progetto pilota: Telemedicina ed un nuovo approccio per le “comunità smart”. Digitalizzazione e medicina di prossimità.

2.3.1. Analisi dei bisogni emergenti

La pandemia da Covid-19 ha avuto un impatto notevole sulla percezione della

salute nell'orizzonte valoriale degli italiani. Prima dell'emergenza sanitaria, infatti, già il 66% degli italiani dichiarava che la salute fosse la cosa più importante, ma nel corso del 2020 questo dato è costantemente cresciuto: a settembre gli italiani che mettevano la salute al primo posto erano il 72%, mentre a novembre sono saliti al 78%. Inoltre, è cresciuta anche l'attenzione alla salute in generale, con la stragrande maggioranza degli italiani (l'81%) che è d'accordo nell'affermare che la prevenzione sia la cura migliore. A fronte di una più complicata accessibilità ai servizi sanitari, la quasi totalità degli italiani (92%) ha dovuto e ha potuto sperimentare la ricezione delle prescrizioni mediche per via telematica, senza peraltro incontrare alcuna difficoltà. Tuttavia, ancora per pochi – circa il 15% – sono cambiate le modalità di consulto con il medico. Allo stesso tempo, però, più di 6 cittadini su 10 esprimono elevata propensione circa il ricorso in futuro a modi diversi di relazionarsi con i clinici, consapevoli che la visita a distanza comporta diversi vantaggi, tra cui il minor tempo perso in attesa della visita (61%), i minori rischi legati alla necessità di uscire di casa (57%) e i minori costi per gli spostamenti e i trasporti (54%). L'emergenza Covid-19 ha però messo in luce anche le criticità storiche del Servizio Sanitario Nazionale facendo emergere la necessità di ripensare l'organizzazione dell'offerta sanitaria nel nostro Paese. I bisogni e le aspettative degli italiani sono un punto di partenza irrinunciabile nel tentativo di disegnare le possibili direttrici di una Sanità più moderna, sostenibile e vicina ai cittadini. Innanzitutto, la certezza da cui ripartire è conferma del valore del modello universalistico del SSN italiano, che è molto apprezzato da oltre l'86% degli italiani. In tutte le ricerche effettuate da vari enti di ricerca gli italiani hanno espresso chiaramente gli ambiti su cui intervenire per ridisegnare la sanità e i servizi del futuro: il 92% si dichiara favorevole a presidi territoriali multi-specialistici sul territorio, in modo da evitare di dover sempre ricorrere all'ospedale e il 72% apprezzerrebbe la domiciliazione delle terapie, anche se rimane forte il ruolo di presidio territoriale delle farmacie e il conseguente ruolo di consulente di salute svolto dal farmacista. Allo stesso modo, il 90% degli italiani ritiene che la digitalizzazione delle prescrizioni mediche ed in generale il canale digitale siano diventati imprescindibili, soprattutto per l'ambito della

diagnostica e per facilitare la relazione medico-paziente, con il 76% che è favorevole a visite mediche da remoto, anche per il futuro, pur in assenza di situazioni complesse come quella che stiamo ancora vivendo. L'area che richiederebbe un intervento immediato è la prenotazione e gestione delle visite che proprio durante i mesi del lock down hanno subito un netto rallentamento. La pandemia Covid 19 ha di fatto accelerato la necessità di misurarsi con le sfide di cambiamento e di smartizzazione dei servizi sanitari e socioassistenziali, acclarando che tale istanza di innovazione non è più rinviabile anche alla luce della crescente attenzione dell'opinione pubblica e della straordinaria disponibilità di risorse che nei prossimi anni saranno investite in questa direzione. Compatibilmente con l'andamento epidemiologico, la ripresa delle attività ambulatoriali, erogata in presenza del paziente registrerà notevoli limiti organizzativi, strutturali e logistici (spazi ridotti dove far attendere e visitare i pazienti) e dovrà fare i conti con l'esigenza di evitare potenziali occasioni di contagio. All'interno di questo scenario, anche la conferenza stato regioni in più occasioni ha condiviso l'opportunità di attivare tra le misure generali di prevenzione i servizi innovativi di telemedicina, estendendo la pratica tradizionale oltre gli spazi fisici abituali (Ex L. 326/2003 Art. 50 e s.m.i.).

2.3.2. Innovazione tecnologica e salute

La telemedicina rappresenta una modalità innovative che riorganizza la rete assistenziale sanitaria, agevolando l'erogazione dei servizi a distanza attraverso dispositivi digitali, internet e nuovi sistemi di comunicazione a distanza. Attraverso questo approccio, si punta a rendere maggiormente accessibili prestazioni e cure e quindi a garantire la funzione di servizi sanitari ed assistenziali, riducendo gli spostamenti verso centri clinici e rendendo possibile uno scambio sicuro di contenuti, informazioni e documenti tra professionisti sanitari e pazienti. Inoltre, attraverso questa modalità si possono cogliere maggiori opportunità nell'ambito della prevenzione, della diagnosi tempestiva delle terapie e del monitoraggio dei valori per il paziente, garantendo in alcuni ambiti l'equivalente contenuto assistenziale degli accessi tradizionali, ma in modo più efficiente e capillare territorialmente. Sulla scorta di tale quadro

introduttivo, l'impiego della telemedicina può rivelarsi particolarmente utile per le seguenti finalità:

- Emergenza/urgenza: attraverso la gestione della fase emergenziale mediante la trasmissione telematica per scambiare informazioni cliniche all'interno della rete sanitaria, agevolando la gestione sia di pazienti critici, che di pazienti provenienti in contesti territoriali difficilmente raggiungibili. Molte Regioni e Province Autonome già hanno avviato delle significative esperienze in questo scenario: dalla trasmissione di tracciati ECG ai centri cardiologici, alla trasmissione immagini dal Pronto Soccorso alle stroke unit, al teleconsulto in emergenza con la trasmissione dei dati.
- Patologie rilevanti in ambito Domiciliare ed in ambito Residenziale (RSA): attraverso un'assistenza specialistica sanitaria a distanza in molti ambiti (cardiologico, diabetologico, riabilitativo, etc.) programmando con le strutture di riferimento l'iter medico per gestire la malattia e/o il decorso post ricovero. Questa attività risulta di grande interesse e potenzialità anche nella gestione dell'emergenza pandemica Covid 19, sia nel trattamento della fase di contagio che nella fase successiva (anche al post-dimissioni ospedaliere).
- Diagnosi e cura: attraverso una nuova modalità che punta a far muovere le informazioni diagnostiche anziché il paziente, con un notevole impatto positivo sia nella gestione dei tempi di risposta del sistema che nell'ottimizzazione delle risorse (umane ed economiche).
- Monitoraggio: attraverso l'utilizzo delle tecnologie (software e hardware) la telemedicina permette di tenere sotto controllo l'andamento di alcuni parametri vitali del paziente classificato a rischio, affetto da varie patologie, allo scopo di ridurre l'insorgenza di possibili complicazioni. Una volta definiti una serie di parametri da monitorare, le relative apparecchiature di misurazione e monitoraggio (nuove tecnologie validate medicalmente es. cerotto, braccialetto elettronico, ecc.), le relative soglie personalizzate di allarme in funzione delle serie storiche di dati monitorati quotidianamente, tutta questa mole di dati sarà organizzata per singolo paziente e messa in condivisione con professionisti dedicati. Questa attività oltre che utilissima in questa fase di emergenza pandemica – attraverso il controllo dei dati multi

parametrici (pressione arteriosa, temperatura, saturimetria, frequenza cardiaca e peso corporeo) – può essere immaginata nella prospettiva di applicazione in vari ambiti, finanche per la gestione di informazioni inviate da dispositivi impiantabili (pace maker, defibrillatori, etc.).

2.3.3. Next Generation Health: “La telemedicina negli ambulatori e nei luoghi di cura dei pazienti fragili”

La drammaticità dell’impatto della pandemia COVID 19 sulle popolazioni e sulla sanità Italiana ha messo in luce fenomeni latenti che palesano la necessità impellente di una revisione del modello di erogazione di alcuni servizi sanitari e socioassistenziali, tra cui spiccano per importanza quelli relativi alle cronicità e fragilità, laddove la trasformazione digitale è funzionale a supportare una profonda revisione dei servizi verso una prossimità spaziale e temporale ai bisogni dei cittadini sulla base di una maggiore efficacia e flessibilità.

Il progetto sperimentale Next Generation Health mira a verificare un nuovo modello in grado di dare risposte alla gestione di alcune patologie rilevanti e cronicità in un ambito domiciliare e di valorizzare le strutture socio assistenziali, attraverso il miglioramento del monitoraggio clinico dei pazienti al fine di poterli curare meglio ed eventualmente di intervenire tempestivamente nell’acutizzarsi di patologie sottoposte a controllo in tempo reale. Pertanto, lo sviluppo di una soluzione tesa ad estendere la presa in carico delle cronicità e delle fragilità sino al domicilio del paziente e/o in strutture residenziali, con il ruolo centrale del medico di medicina generale e dell’infermiere di famiglia, necessita del contributo di numerose professionalità sia nella fase di validazione scientifica della proposta che in quello della definizione progettuale. Oltre al contributo clinico ed assistenziale, che rappresenta ovviamente il “core” dell’iniziativa, per la valutazione sperimentale si dovranno integrare apporti da parte di informatici (sviluppatori, architetti e data scientist) designer, psicologi, oltre che esperti di norme, organizzazione e processi sanitari.

In questo quadro, un’attenzione importante sarà riservata all’ergonomia di tali applicazioni e quindi all’utilizzo della tecnologia in modo che questo approccio non rappresenti una ulteriore incombenza, ma che comporti uno snellimento

dell'operatività in termini di ottimizzazione dei tempi e di miglioramento generale nell'erogazione del servizio.

Il progetto punta ad assicurare un maggiore benessere all'utente/cittadino ed un miglioramento delle performance del sistema socio-sanitario, in linea con le esigenze reali espresse dai pazienti e/o dai loro caregiver. Solo in questo modo si potrà massimizzare il successo del progetto sperimentale, gettando anche le basi per una realizzabilità dello stesso in un più ampio contesto territoriale.

2.3.4 Ipotesi di sperimentazione

Con l'intento di testare la funzionalità e la trasferibilità del modello oggetto del Progetto Pilota, sono considerate le linee di indirizzo regionale sull'attivazione dei servizi sanitari erogabili a distanza (Telemedicina) e impiego nell'ambito sanitario regionale campano.

I servizi di telemedicina prevedono numerose prestazioni erogate a distanza da ricondurre allo stesso livello assistenziale di quelle erogate in presenza del paziente. Nel presente lavoro sono state prese in considerazione: televisita, teleconsulto medico, tele consulenza medico sanitaria e relative refertazioni, attraverso l'utilizzo di piattaforma digitale e dispositivi hardware per la rilevazione di parametri clinici relativi alle patologie da monitorare.

- a. Televisita: Programmata; il medico interagisce con il paziente, anche con il supporto di un caregiver; Da effettuare una per ogni paziente da arruolare al tempo 0 ed un per ognuno alla fine della sperimentazione ed ogni volta che il paziente, il caregiver od un familiare lo richieda. La prima visita comporta la compilazione della cartella clinica essenziale con: lista problemi, terapia in corso, allergie ed intolleranze, dati antropometrici, abitudini voluttuarie, PA, FC, FR, temperatura corporea, esami specialistici relativi alla patologia da monitorare;
- b. Teleconsulto medico: programmato; Atto medico di interazione a distanza tra professionisti medici, se necessario nelle singole aree cliniche con lo specialista di riferimento;
- c. Teleconsulenza medico-sanitaria: attività non necessariamente medica, ma specifica delle professioni sanitarie da effettuare quando richiesta da operatori

che hanno differenti responsabilità rispetto al caso specifico.

In questa fase il partenariato si pone l'obiettivo di testare la validità dell'iniziativa, con indicazioni puntuali sull'efficienza e l'efficacia degli outputs, sulla tempistica e sui costi necessari per l'erogazione dei servizi/prestazioni fornite attraverso modalità digitale. Pertanto, di seguito è declinata sinteticamente la struttura dell'iniziativa:

La durata sarà di 3-4 mesi dall'inizio della sperimentazione, dopo la fase di reclutamento e di individuazione dei criteri di inclusione ed esclusione.

2.3.5. Obiettivi del Progetto

L'obiettivo generale del progetto è quello di verificare il bisogno socio-sanitario di telemedicina in pazienti cronici a domicilio e ricoverati in strutture tutelari, in ambiente rurale e suburbano, con percorsi assistenziali capaci di integrare attività in presenza ed in remoto finalizzati all'erogazione di prestazioni socio-sanitarie ed all'empowerment del paziente, dei suoi familiari, del caregiver e degli operatori.

Obiettivi specifici della fase di sperimentazione sono i seguenti:

- Rilevazione bisogno di salute nella popolazione, inteso anche come “mercato” potenziale;
- Verifica dell'appropriatezza di strumenti e procedure clinico-assistenziali;
- Verifica dell'efficacia e dell'efficienza di strumenti e procedure clinico-assistenziali.

2.3.6. Attività e Software messo a punto per il progetto pilota

Erogazione di prestazioni socio-sanitarie integrate, tra remoto ed in presenza, per la presa in carico di pazienti cronici secondo le procedure operative applicabili nei diversi contesti territoriali di riferimento, nel rispetto delle nuove linee guida regionali e nazionali per la telemedicina.

Un'applicazione che sarà installata su un dispositivo del paziente (cellulare, tablet), la quale, una volta effettuato un pairing iniziale con gli hardware (maglietta etc.) permetterà al paziente di rilevare e monitorare i propri parametri vitali in modo autonomo, lo avviserà quando dovrà procedere alle

rilevazioni, gli permetterà di mettersi in contatto con il medico e di tenere quindi sotto controllo il suo piano terapeutico. Al medico sarà fornito l'accesso alla piattaforma dedicata, che gli permetterà di: avere un quadro generale del paziente; mettersi in contatto con il paziente per eseguire una tele visita; mettersi in contatto con altro operatore sanitario per eseguire un teleconsulto; ricevere alert del paziente quando i parametri superano o scendono al di sotto di determinate soglie.

2.3.7. le fasi del progetto

Le fasi del progetto possono essere riassunte in quattro punti principali:

1. Set-up: Fornire al paziente i device, installare l'applicazione sul dispositivo, creare un'utenza sul software, sia lato paziente che lato medico;
2. Rilevazioni automatiche: La maglietta, una volta indossata, permette di trasmettere i dati all'applicazione in modo automatico. Per far sì che le rilevazioni vengano registrate, comunque, sarà necessario premere il pulsante corrispondente all'interno dell'applicazione e tenere l'app aperta durante il tracciamento.
3. Rilevazioni "manuali": Per le rilevazioni degli altri dispositivi, sarà necessario che il paziente accenda il dispositivo e faccia un click sull'applicazione, così che possa avvenire la comunicazione, e proceda alla rilevazione dei parametri, i quali vengono trasmessi automaticamente all'applicazione. Il paziente viene avvisato dall'applicazione con delle notifiche ogni qual volta debba effettuare queste rilevazioni nell'arco della giornata.
4. Invio dei dati al medico: i dati registrati dall'applicazione vengono trasmessi sulla piattaforma dedicata, che lavora in Cloud e che permette così al medico di avere accesso a tutte le informazioni necessarie per monitorare lo stato di salute dei propri pazienti in qualunque momento, da qualsiasi dispositivo in grado di navigare online. Quando un parametro supera o scende al di sotto di determinate soglie, il medico viene notificato tramite alert dalla piattaforma, e può così mettersi in contatto col paziente per esaminare il suo stato e intervenire ove necessario.

2.3.8. Utenti-Pazienti-Clienti: a chi si rivolge la sperimentazione

Il target individuato per la fase di sperimentazione è composto da 30 pazienti, di cui 15 da seguire a domicilio e 15 da seguire in una struttura residenziale, con diverse patologie e quadri clinici.

La tipologia di pazienti da coinvolgere e monitorare sarà individuata dal pool di professionisti sanitari coinvolti nel progetto ed in via esemplificativa saranno inquadrati nelle Aree di intervento cliniche assistenziali di seguito individuate.

Per avviare le attività risulta necessario sottoporre tutti i pazienti inclusi nel progetto pilota ad una visita in presenza che oltre ad arruolare il paziente ed a compilare la cartella clinica digitale servirà a definire e condividere il percorso formativo del personale OSS e/o del familiare - caregiver.

2.3.9. Aree di intervento cliniche assistenziali

Di seguito vengono riportate e schematizzate le aree di intervento e come esse possono essere schematizzate individuando le risorse umane e professionali, le ore di lavoro e la descrizione dei device utilizzati

1) Teleconsulto nelle aree cliniche concordate per mettere in comunicazione bidirezionale paziente, familiare, caregiver, operatori sociosanitari, operatori assistenziali, medico di medicina generale e pediatra di libera scelta, specialisti, centri di eccellenza specifici per patologia. Sia in pazienti residenziali che domiciliari.

Target: Intero campione del progetto pilota ovvero per 30 pazienti di cui 15 in assistenza domiciliare e 15 in struttura residenziale, attraverso medici titolari della scelta e specialisti facenti capo a SAMNIUM Soc. Coop.

Erogazione Servizio: GEA e SAMNIUM Soc. Coop

Area geografica di riferimento per l'assistenza domiciliare: Costiera amalfitana, Sannio/Beneventano.

Struttura residenziale di riferimento: "Villa San Gallo" di Roccabascerana (AV).

Tabella 2: Schema riassuntivo dell'area di intervento clinica assistenziale

Risorse umane impiegate nella progettazione, formazione, assistenza.	1 Tecnico; 1 Medico; 1 Operatore Socio Sanitario
Ore lavoro	1 Tecnico; 1 Medico; 1 Operatore Socio Sanitario
Risorse umane impiegate nell'erogazione	1 Medico; 1 Operatore Socio Sanitario
Ore lavoro	1 Medico – Consulti; 1 Operatore Socio Sanitario
Descrizione strumentazione HD Device.	Per tutti i pazienti inseriti nel progetto pilota sarà previsto l'impiego della Maglietta sensorizzata, comoda e pratica, che, dopo essere stata collegata ad un'applicazione sul dispositivo del paziente, permette di rilevare in modo autonomo e automatico: Frequenza Cardiaca a 2 Canali, Frequenza Respiratoria e Temperatura Corporea. Hardware dotato di accelerometro e giroscopio che, in via sperimentale, potranno fornire rilevazioni utili al monitoraggio di Spostamenti, eventuali Cadute e Posizione Nel Sonno dei pazienti. Gli altri HD inseriti nella sperimentazione saranno forniti in base alla specifica area di inquadramento clinico in cui il paziente viene inquadrato.

2) Scompenso cardiaco monitorando pressione arteriosa, ECG – frequenza cardiaca, peso corporeo, temperatura corporea, pulsii ossimetria e disturbi lievi del sonno, frequenza respiratoria.

Target: 10 pazienti, con diagnosi di scompenso cardiaco in classe NYHA 3° e 4°, con più di 60 anni di cui 5, in assistenza domiciliare e 5 in struttura residenziale.

Equipe di riferimento: GEA e SAMNIUM Soc. Coop

Area geografica di riferimento per l'assistenza domiciliare: Costiera Amalfitana

Struttura di riferimento: Struttura Tutelare Villa San Gallo di Roccabascerana (AV). Elementi e frequenze delle rilevazioni dei pazienti:

- Pulsiossimetria a riposo 2 volte al giorno;
- Pulsiossimetria a riposo e dopo test del cammino (6 minuti), o della sedia (1 minuto). Da ripetere 2 volte a settimana;
- Frequenza cardiaca a riposo almeno 2 volte al giorno (mattino e pomeriggio);
- Frequenza cardiaca sia a riposo che dopo attività fisica ordinaria, due volte a settimana;
- Temperatura corporea mattina e sera;
- Peso corporeo, due volte a settimana;
- Sperimentazione del monitoraggio della posizione corporea durante il sonno -

indicatore dei disturbi lievi del sonno (6 ore a notte con una lettura ogni 10 secondi);

- Aderenza alla terapia prescritta, da registrare in testo libero (a cura del caregiver);
- Frequenza respiratoria* almeno 2 volte al giorno (mattino e pomeriggio) sia a riposo che dopo attività fisica ordinaria.

L'alert scatta se: Saturazione a riposo < 92 , Frequenza respiratoria a riposo > 20 , Frequenza cardiaca a riposo > 100 e/o aritmia, Temperatura corporea $> 38^{\circ}$, Incremento peso > 2 kg rispetto al peso basale all'arruolamento.

Alerts: Si potrebbero monitorare anche più frequentemente per valutare quale è il range più appropriato di rischio clinico.

3) Monitoraggio di pazienti Covid 19 in corso di malattia ed in fase riabilitativa, attraverso

Pulsossimetria, Temperatura corporea, Frequenza cardiaca, Frequenza respiratoria.

Target: 10 pazienti > 50 anni fragili con problemi respiratori post covid19, di cui 5 in Assistenza domiciliare e 5 in struttura residenziale.

Erogazione Servizio: GEA e SAMNIUM Soc. Coop

Gestione Software: MED2ME, Progettazione del processo inclusi scelta moduli esterni software e hardware.

Elementi e frequenze delle rilevazioni dei pazienti:

- Pulsiossimetria a riposo 2 volte al giorno;
- Pulsiossimetria a riposo e dopo test del cammino (6 minuti), o della sedia (1 minuto). Da ripetere 2 volte a settimana;
- Frequenza cardiaca a riposo almeno 2 volte al giorno (mattino e pomeriggio);
- Frequenza cardiaca sia a riposo che dopo attività fisica ordinaria, due volte a settimana;
- Temperatura corporea - almeno 2 volte al giorno;
- Frequenza respiratoria* - almeno 2 volte al giorno a riposo e dopo sforzo (normale: 10-20 atti al minuto; tachipnea: > 20 con respiro rapido e superficiale; Iperventilazione: > 20 con respiro rapido ma profondo).

L'alert scatta se: Saturazione a riposo < 92 , Frequenza respiratoria a riposo > 20 ,

Frequenza cardiaca a riposo > 100 e/o aritmia, Temperatura corporea > 38°.

Area geografica di riferimento per l'assistenza domiciliare: Costiera amalfitana, Sannio/Beneventano.

Struttura residenziale di riferimento: "Villa San Gallo" di Roccabascerana (AV)

Tabella 3: schema riassuntivo dell'area di intervento clinica assistenziale

Risorse umane impiegate nella progettazione, formazione, assistenza.	1 Tecnico; 1 Medico; 1 Operatore Socio Sanitario
Ore lavoro	1 Tecnico; 1 Medico; 1 Operatore Socio Sanitario
Risorse umane impiegate nell'erogazione.	1 Medico; 1 Operatore Socio Sanitario
Descrizione strumentazione HD – Device	Maglietta sensorizzata, comoda e pratica, che, dopo essere stata collegata ad un'applicazione sul dispositivo del paziente, permette di rilevare in modo autonomo e automatico: Frequenza Cardiaca a 2 Canali, Frequenza Respiratoria e Temperatura Corporea. Hardware dotato di accelerometro e giroscopio che, in via sperimentale, potranno fornire rilevazioni utili al monitoraggio di Spostamenti, eventuali Cadute e Posizione Nel Sonno dei pazienti. Saturimetro Bluetooth: si tratta di un dispositivo da applicare al dito del paziente, che procede alla rilevazione della Saturazione dell'Emoglobina e invia i dati all'applicazione sul dispositivo del paziente con tecnologia Bluetooth. Fascia Pressione Bluetooth: si tratta di una comune fascia da applicare al braccio del paziente per la rilevazione della Pressione Arteriosa. La fascia è collegata ad un display che riporta la misurazione ed invia il dato, tramite Bluetooth, all'applicazione sul dispositivo del paziente. Tablet: dispositivo che garantirà funzionale alla connessione con il personale medico (per teleconsulto, etc...) ed alla ed invio i dati rilevati dagli HD alla piattaforma dedicata attraverso tecnologia Bluetooth/wireless.

4) Telemedicina in teleconsulto.

Target: 6 pazienti in Assistenza domiciliare, con web camera per valutazione clinica ed archiviazione di immagini.

Area geografica di riferimento: Costiera Amalfitana, Sannio/Beneventano.

Erogazione Servizio: GEA e SAMNIUM Soc. Coop.

Elementi e frequenze delle rilevazioni dei pazienti:

Un teleconsulto settimanale con archiviazioni di immagini e valutazione della terapia.

Tabella 4: schema riassuntivo dell'area di intervento clinica assistenziale

Risorse umane impiegate nella progettazione, formazione, assistenza.	1 Tecnico; 1 Medico; 1 Operatore Socio Sanitario
Ore lavoro.	1 Tecnico; 1 Medico; 1 Operatore Socio Sanitario
Risorse umane impiegate nell'erogazione.	1 Medico 1 Operatore Socio Sanitario
Descrizione strumentazione HD device	Telecamera HD: per il monitoraggio delle piaghe da decubito; Tablet: dispositivo che garantirà funzionale alla connessione con il personale medico (per teleconsulto, etc...) ed alla ed invio i dati rilevati dagli HD alla piattaforma dedicata attraverso tecnologia Bluetooth/wireless.

Oltre alle attività previste dal telemonitoraggio, sarà possibile, ove necessario, procedere a rilevazioni più approfondite dei parametri vitali dei pazienti, tramite l'utilizzo di device che permettono di eseguire esami diagnostici in telemedicina. Per eseguire questi esami, visto il grado di complessità dell'utilizzo degli strumenti, sarà sempre necessaria la presenza di un infermiere, e potranno quindi essere eseguiti in modalità spot, all'occorrenza.

Ulteriori esami che saranno svolti durante il progetto pilota e che di fatto completano ed irrobustiscono la parte di sperimentazione clinica sono i seguenti: Elettrocardiogramma (a 12 canali), Holter Pressorio, Holter Cardiaco e Spirometro. I dispositivi per eseguire questi esami hanno dimensioni ridotte (KIT), e saranno portati anche presso il domicilio del paziente per svolgere l'esame in loco, permettendogli così di non spostarsi dalla propria abitazione, in un'ottica di continuità assistenziale di alto livello. I tre Kit (il cui ingombro gli consente di entrare tutti in una valigetta), saranno a disposizione di un infermiere/OSSS, unitamente ad un PC/Tablet Windows collegabile ai device per registrare i dati.

La prenotazione, gestione e registrazione degli esami, nonché la refertazione degli stessi, avviene completamente online sulla piattaforma dedicata.

2.3.10. Partenariato

I partner del progetto oltre a "GEA" Società Cooperativa Sociale (2.1.) vede coinvolti anche la cooperativa "Samnium Medica" e la "Med2Me":

1) COOPERATIVA SAMNIUM MEDICA è costituita da medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, che con altri operatori sanitari e sociali

(infermieri, amministratori, universitari, collaboratori di studio, operatori, ecc.) si organizzano per erogare servizi alla professione, formazione e ricerca, in linea con i valori del proprio vissuto professionale ed umano. Samnium Medica è specializzata nella organizzazione e fornitura di servizi ai medici soci. Opera dal 1997. Ad oggi hanno sottoscritto le sue quote 109 soci tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti e figure professionali. Impegnata nella Promozione e Sviluppo della Cooperazione e della Formazione, la Samnium Medica è a Provider ECM e tra l'altro affiancata da figure con elevata esperienza professionale ha acquisito notevole competenza nei seguenti settori: organizzazione e gestione della medicina in rete con il coordinamento degli orari di studio; organizzazione e gestione della medicina di gruppo; gestione del server di cooperativa; assistenza informatica per i medici soci; organizzazione di corsi e convegni locali, regionali e nazionali; accreditamento nazionale (ECM) ed internazionale (EACCME-UEMS ed EBAC) di corsi di formazione finalizzati all'aggiornamento professionale continuo di operatori del comparto sanitario e socio-sanitario; elaborazione di pacchetti formativi finanziati Fondo professioni per personale sanitario e socio-sanitario delle cure territoriali; servizi editoriali con la realizzazione della collana: SAMNIUM COMMENTARII progettazione ed organizzazione, in partenariato con la ASL Benevento, delle prime UCCP sperimentali della Campania (UCCP Valle telesina; UCCP San Giorgio del Sannio). La Samnium Medica vanta l'ideazione e/o la partecipazione a numerosi progetti di formazione e ricerca per la Medicina Generale, in collaborazione con Enti di Ricerca, Università e strutture afferenti all'articolazione del Sistema Sanitario. Per il progetto sperimentale di "telemedicina" la Samnium Medica metterà a disposizione le proprie competenze medico-scientifiche e il proprio know-how, favorendo la partecipazione dei soci, medici di medicina generale, sia per la fase di arruolamento che per il successivo monitoraggio dei pazienti selezionati secondo i criteri di eleggibilità della patologia/condizione in studio e del setting assistenziale previsto dal progetto stesso. Da un'attenta analisi di mercato propedeutica alla definizione dei prezzi per il progetto pilota, abbiamo avuto la possibilità di confrontarci con numerosissimi operatori di mercato nel settore

dell'Hardware e software di settore. Tra questi soggetti sarà selezionato il partner tecnologico che consentirà al progetto di essere immediatamente operativo e capace di costruire un modello sostenibile sia sotto il profilo economico che tecnologico.

2) Med2me è stata formata ne febbraio del 2021 da una iniziativa imprenditoriale di Alberto Guidotti. In particolare, si focalizza verso la fascia demografica della così detta Silver age. La cura della salute di questa parte della popolazione è, infatti, destinata a diventare nei prossimi anni un tema di interesse strategico per il Paese. Questo sulla base di tre linee guida strategiche di riferimento:

A) Invecchiamento progressivo della popolazione (nel 2050 il 39% della popolazione italiana sarà over 75, oltre 20 milioni di abitanti, contro il 26% attuale) con necessità di una maggiore efficacia ed efficienza nella gestione della salute per la terza età (silver age). Questo diventerà un elemento chiave per evitare il sovraccarico delle strutture sanitarie e la conseguente riduzione della qualità del servizio di supporto alla salute erogata dal cittadino;

B) Progressiva e pervasiva introduzione della tecnologia nella vita quotidiana in tutte le fasce di età e nella gestione della rilevazione dati e monitoraggio della salute, attraverso arredi medicali di largo consumo;

C) Progressiva crescita dei dati digitali individuali relativi alla salute, oggi distribuiti su una quantità enorme di font di raccolta senza una corretta e coordinata gestione della privacy e d'altra parte la necessità di gestire attraverso piattaforme digitali in modo strutturato ed organizzato queste informazioni personali sulla salute per poterle mettere a disposizione del singolo cittadino.

Il programma Med2me prevede cinque aree di lavoro collegate e sinergiche tra loro. Queste avranno un duplice obiettivo:

- Trasformare il modo in cui oggi gestiamo digitalmente i dati di salute attraverso un processo di progressiva interoperabilità e centralizzazione dei dati per avere un monitoraggio attivo e un aumento della prevenzione sui rischi di salute;
- Ridurre la spesa sanitaria pro-capite grazie alla capacità di prevedere e gestire i possibili problemi di salute con l'avanzare dell'età e al miglioramento dell'efficienza gestionale delle strutture coinvolte.

Le cinque aree di lavoro nelle quali si sta muovendo Med2me sono:

- 1) L'infrastruttura applicativa portante My-Health. Si tratta di una infrastruttura software imputata all'aggregazione centrale di informazioni sanitarie digitali;
- 2) Home care tech (telemedicina) applicativo e device di supporto per la telemedicina con l'obiettivo di aiutare la decentralizzazione della diagnostica sanitaria fino al domicilio. Anche in questo caso si trova corrispondenza con le linee guida del PNRR. L'obiettivo è la piena implementazione nei prossimi 3/5 anni partendo dal mondo delle RSA, il più sofferente in questo momento;
- 3) RSA LIFE: sistema gestionale per supportare la crescita strutturata e profittevole del mondo delle RSA
- 4) K-SPORT: eccellenza nella medicina sportiva attraverso la raccolta e gestione in tempo reale di informazioni sulle prestazioni fisiche e sportive degli atleti. E' stata recentemente acquisita la società K-SPORT, oggi operante e con circa 500 team di serie A di calcio nel mondo come clienti.
- 5) Med2me Medical Device: divisione di ricerca e sviluppo di nuove tecnologie (ed eventuale loro brevettazione) per la raccolta di informazioni mediche anomizzate. Queste saranno utili alla analisi diagnostica e alla prevenzione di problemi di salute.

In collaborazione con UNIMORE e regione Emilia Romagna si punterà ad avviare il piano di sviluppo all'interno del Servizio Sanitario Regionale. L'eccellenza che lo caratterizza sarà il contesto ideale per definire le linee guida per lo scambio dei dati tra strutture di diverse dimensioni e complessità, integrandole attraverso l'info-struttura MyHeath, descritta al punto 1.

2.4. Importanza dei Sistemi di Gestione per la Qualità per la Cooperativa GEA

Il successo di un'azienda dipende dalle decisioni strategiche che prende ogni giorno. Dotarsi di sistemi di gestione aziendali certificati, in grado di ridurre la complessità aziendale rendendo più leggibile e condivisibile le procedure e certificare i propri servizi può, infatti, segnare in positivo il futuro di un'azienda. Come Cooperativa **GEA** ottenere le certificazioni ed implementare un nuovo modello di gestione è sicuramente un elemento strategico che permette anche ad un'impresa sociale non profit di differenziarsi ed emergere.

Le certificazioni **ISO** (*International Organization for Standardization*)

rappresentano un'attestazione importante avvalendosi di appositi strumenti professionali che comprovino la conformità dei propri sistemi di gestione dei processi aziendali a standard dettati da norme tecniche.

La **Cooperativa GEA** con le sue **7 certificazioni** ha voluto rivolgere la sua attenzione verso un Sistema di Gestione Integrato, un nuovo Modello di gestione Aziendale, un vero e proprio metodo per una gestione più attenta, responsabile e integrata della propria organizzazione, un percorso quasi obbligato alla luce degli attuali scenari globali, un'opportunità unica per crescere e innovare l'erogazione dei propri servizi. Le Certificazioni ottenute dalla cooperativa Gea nel corso nel tempo sono diverse.

La certificazione ISO 9001 – Qualità, valorizza prodotti e servizi aumentando la competitività aziendale sul mercato, ottimizzando la struttura organizzativa, per migliorare in maniera continua l'azienda.

La certificazione ISO 14001 – Sistemi di gestione ambientale, offre alle organizzazioni la possibilità di dimostrare l'adozione di un efficace sistema di gestione ambientale quale supporto per il miglioramento delle performance ambientali ed il raggiungimento di obiettivi di sostenibilità.

La certificazione ISO 11034 – Strutture e servizi per l'infanzia, concerne i servizi all'infanzia, intesi come strumento per favorire l'equilibrato sviluppo fisico e psichico del bambino e facilitare l'instaurarsi di relazioni tra bambini e tra bambini e adulti.

La certificazione ISO 22000, Sicurezza alimentare, attesta, per le organizzazioni di ogni dimensione e operanti nella filiera agroalimentare, l'attenzione nei confronti della sicurezza alimentare e la capacità di gestirne i rischi connessi.

La certificazione ISO 22005 – Tracciabilità di Filiera in ambito Alimentare, supporta le imprese nel garantire – attraverso una certificazione di conformità – la tipicità, genuinità e tracciabilità dei prodotti alimentari in ogni fase della filiera.

L'adozione della **certificazione ISO 45001 – Sistema di gestione salute e sicurezza** consente a tutte le organizzazioni di valutare, prevenire e ridurre i rischi connessi alla salute e sicurezza dell'attività lavorativa favorendo la tutela dei lavoratori in merito a rischi e pericoli.

La certificazione STANDARD SA 8000 – Social Accountability, contiene requisiti per il comportamento “socialmente responsabile” di un’organizzazione in diversi ambiti: dal lavoro minorile alla prevenzione per la salute e sicurezza dei lavoratori; dalla libertà di associazione e di contrattazione, alla discriminazione; dalle procedure disciplinari, all’orario di lavoro e retribuzione.

L’Ente di Certificazione nostro fornitore per le certificazioni aziendali è il **RINA**. Oggi, alle imprese sociali, alle cooperative e alle aziende in generale viene chiesta una maggiore attenzione alla qualità, all’ambiente e un maggiore impegno nel sociale. Per questo, agire nel pieno rispetto di tutti gli standard di qualità, sicurezza e sostenibilità, previsti dalla normativa, è una scelta che può davvero fare la differenza. Le Certificazioni di Sistema Aziendale aiutano a semplificare le procedure organizzative, a standardizzare e automatizzare i processi, a razionalizzare le attività e a ottimizzare i tempi e le risorse per una maggiore flessibilità organizzativa per raggiungere gli obiettivi prefissati e condivisi.

Un vero e proprio metodo per una gestione più attenta, responsabile e integrata della propria organizzazione, un’opportunità unica per GEA, per crescere e innovare nell’erogazione dei propri servizi.⁴

⁴ <https://www.coopgea.org/certificazioni-aziendali/>

CAPITOLO 3: CARTELLA SOCIOSANITARIA INFORMATIZZATA

3.1 Sistema INFOrmativo saNità CampanIA: l'app che si utilizza in Campania

SoReSa SpA, Società Regionale Sanità, è un ente di acquisto regionale ed aggregatore di procuratori. So.Re.Sa assegna appalti pubblici e conclude accordi quadro per lavori, forniture e servizi per le autorità sanitarie locali e gli ospedali pubblici e privati accreditati. So.Re.Sa è anche un organismo tecnico che fornisce supporto al governo regionale nel monitoraggio delle prestazioni del Sistema Sanitario Regionale e nel supporto della valutazione della qualità dei servizi sanitari pubblici, nonché nella valutazione delle esigenze della popolazione. Tra i progetti di innovazione di interesse strategico che l'ente sta realizzando, c'è SINFONIA - Sistema INFOrmativo saNità CampanIA. Quest'ultima è una piattaforma informatica dedicata ai pazienti di tutta la Regione Campania, Ospedali e strutture sanitarie locali. Sinfonia avvicina l'assistenza sanitaria al paziente attraverso un portale web ed una App.

Il Progetto SINFONIA è un sistema che, mediante l'uso delle tecnologie e dell'informazione, consente lo sviluppo di interventi di Sanità Digitale rivolti ai cittadini della Regione Campania, in coerenza con gli obiettivi regionali, con il Piano Triennale per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione 2017-2019 predisposto da AgID ed avendo come riferimento la "Strategia per la crescita digitale". Il Sistema INFOrmativo saNità CampanIA è un progetto che si realizza attraverso tre fasi:

Fase 1: Progettazione - I trimestre 2018

Fase 2: Realizzazione e avviamento - I trimestre 2019

Fase 3: Supporto e messa a punto del sistema - I trimestre 2020

La Regione Campania ha avviato attraverso SORESA S.p.A. una profonda innovazione dei Sistemi informativi regionali applicati alla Sanità Pubblica con l'obiettivo di supportare il processo di crescita del Sistema sanitario regionale verso più elevati standard qualitativi. Essa deve promuovere l'adozione di modelli organizzativi più efficienti, favorendo l'innovazione di processi e l'attivazione di

servizi dedicati alla salute del cittadino.

SINFONIA - Sistema INFOrmativo saNità CampanIA Sinfonia è il cuore pulsante degli Interventi di Sanità digitale. Esso è costituito dalla centralizzazione dei Sistemi Italiani e delle piattaforme digitali regionali. Sinfonia ha l'obiettivo di sviluppare ed implementare il nuovo sistema delle anagrafiche regionale, la gestione dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS), nonché la gestione dei flussi di comunicazione e monitoraggio della mobilità sanitaria per la Regione Campania, il Portale del Cittadino ha l'App AiDA. AiDa è un assistente vocale dedicato alla salute (come SIRI, CORTANA) che si prende cura del cittadino, fornendo diversi servizi attraverso chatbot, app dedicate, ecc...

La Regione Campania ha elaborato una serie di azioni strategiche per la sanità digitale, il cui effetto combinato soddisferà il bisogno di:

- ✓ un radicale efficientamento della capacità di analisi dei dati salienti per la sanità;
- ✓ un efficientamento dei parametri di qualità di erogazione delle prestazioni sanitarie;
- ✓ un efficientamento della spesa attualmente sostenuta in Italia con notevoli risparmi sulla spesa corrente;
- ✓ una progressiva migrazione di prestazioni inappropriate e costose verso prestazioni territoriali di medicina preventiva e telemedicina (prestazioni ambulatoriali, screening oncologici);
- ✓ un effettivo e percepibile miglioramento della tempestività di accesso alle cure per i pazienti (Cup regionale e liste di attesa).

Gli obiettivi specifici da perseguire quindi sono i seguenti:

- Ridurre al minimo la distanza attualmente percepita tra offerta sanitaria e il cittadino;
- Consentire ai cittadini ed agli operatori del settore di accedere ai dati memorizzati nel sistema;
- Espandere la gamma di servizi offerti ed il livello di interazione;
- Costruire una rete di collegamenti tra le Aziende Sanitarie ed il mondo del personale che lavora con l'assistenza sanitaria.

Un altro obiettivo specifico del progetto è quello di consentire, attraverso Soresa, il raggiungimento di una governance unitaria finalizzata alla razionalizzazione, ottimizzazione e pianificazione delle infrastrutture telematiche, dei servizi ed ecosistemi digitali, delle piattaforme abilitanti e della sicurezza informatica.

La Governance unitaria del sistema sanitario ha come destinatario finale la persona “I bisogni della persona al centro del Sistema sanitario”.

La sfida principale per Sinfonia è la costruzione di una rete di collegamenti tra le Aziende sanitarie ed il mondo del personale che lavora con l’Healthcare: operatori sanitari, personale amministrativo, cittadini, associazioni di volontariato, con l’obiettivo di rendere efficienti tutti i processi ed i servizi che coinvolgono i cittadini ed i servizi sanitari. La risposta della Regione Campania alla sfida è: SDINFONIA.

L’investimento in nuove tecnologie è concepito attraverso un nuovo modello integrato e intelligente, uno «Smart Care System», in grado di prendersi carico dei pazienti nelle fasi acute e a livello ospedaliero così come nell’assistenza domiciliare e sociale, con una governance condivisa dell’innovazione in cui l’ICT abiliti e favorisca la collaborazione tra i diversi attori. L’infrastruttura adottata si basa su uno schema architetturale di tipo distribuito, conforme con gli standard esistenti e con l’architettura IBSE definita a livello nazionale, che prevede la connessione dei diversi “domini organizzativi” mediante una rete per l’utilizzo dei servizi di cooperazione applicativa, sicurezza perimetrale e accesso ad Internet.

Il Sistema Informativo Sanitario Regionale prevede la realizzazione di strumenti di supporto alle decisioni per il livello direzionale dell’amministrazione, da utilizzarsi nell’ambito della programmazione e delle scelte strategiche nei diversi ambiti di applicazione. Saranno sviluppate funzionalità di analisi dei dati: cruscotti informativi, analisi multidimensionale, integrazione con dati esterni al sistema, data mining, forecasting e analisi what-if; questo avverrà mediante un accesso guidato con la possibilità di integrare la base dati con ogni altro dato utile ai processi decisionali del management sanitario.

Il Sistema Informativo Sanitario Regionale prevede la sua implementazione ed integrazione utilizzando la piattaforma I.Ter, il sistema di interoperabilità e cooperazione applicativa di Regione Campania, attraverso lo sviluppo di una

specifica componente di sistema denominata I.Ter Sanità. I.Ter Campania - Anagrafe delle Entità e degli Eventi Territoriali – è il Geographic Cloud pubblico della Regione Campania, sviluppato in tecnologia Open Source dalla Direzione Generale per l'Università, la Ricerca e l'Innovazione.

SINFONIA può essere una best practice perché è uno strumento di coordinamento e collegamento tra gli attori del sistema sanitario che opera su scala regionale con una visione strategica comune e mira a rafforzare la ricerca e trasferire competenze a supporto dell'efficienza sanitaria.⁵

3.2 Le difficoltà dovute al territorio ed emerse nella pandemia

Il Centro Nazionale per la Telemedicina e le Nuove Tecnologie Assistenziali dell'Istituto Superiore di Sanità, dall'inizio dell'emergenza nazionale da COVID-19, sta collaborando con le realtà operative sul territorio italiano fornendo il proprio supporto alla realizzazione di soluzioni concrete, rapide da applicare e aderenti alle norme vigenti e tali da offrire le migliori garanzie di sicurezza sanitaria sia per i pazienti che per i professionisti. Si registrano numerose esigenze di cura ed assistenziali sia negli ospedali che ancora di più nei territori.

Oltre a ciò i medici, specialmente nell'ambito dell'assistenza primaria, sollecitano interventi di facile e veloce applicazione, che abbiano approccio pragmatico sul piano tecnologico e organizzativo ma siano anche rigorosi sul piano della pratica medica e della tutela della sicurezza, che coprano esigenze reali, anche non locali, con soluzioni scalabili secondo le necessità e utilizzando la rete per annullare la distanza tra persone e creare barriere invalicabili per il virus (1, 2). Il 4 marzo 2020, il Centro Nazionale ha proposto, alla riunione scientifica ISS, un primo modello operativo pensato per ottenere in pochi giorni un servizio in telemedicina attivo nei territori più colpiti con l'idea di coprire rapidamente e per un periodo limitato le esigenze dovute alla quarantena di vaste aree.

Nell'emergenza sanitaria COVID-19, l'ISS individua quattro tipologie di persone che, dovendo restare in isolamento, necessitavano di controlli sanitari a domicilio:

1) asintomatici che sono venuti in contatto con caso COVID-19 positivo (quarantena fino a 14 giorni dall'ultimo contatto con il caso); 2) paucisintomatici

⁵ Regione Campania: progetto "SINFONIA".

che sono venuti in contatto con caso COVID-19 positivo, con test COVID-19 negativo (isolamento fino a 14 giorni dall'ultimo contatto con il caso);

3) paucisintomatici con test COVID-19 positivo (isolamento fino a negativizzazione del test e scomparsa dei sintomi);

4) dimessi dall'ospedale clinicamente guariti, ancora COVID-19 positivi.

L'ISS prosegue affermando che la telemedicina doveva dare un aiuto non solo a queste 4 tipologie di persone ma anche e soprattutto a pazienti affetti da patologie croniche o che richiedano trattamenti di lungo periodo, normalmente gestiti in parte o del tutto da servizi territoriali o da strutture residenziali (si pensi a mero titolo di esempio: diabete, patologie cardiovascolari croniche, BPCO, terapie del dolore, chemioterapie, patologie psichiatriche, disabilità), comprendendo anche le persone affette da malattie rare e condizioni di fragilità che richiedono costanti contatti con le strutture sanitarie e gli operatori sanitari di riferimento, oppure persone che necessitano di particolare assistenza e/o supporto non ospedalieri, ma non differibili (ad esempio: gestanti, puerpere, persone con problematiche psicologiche).

In definitiva l'obiettivo di un servizio di assistenza a domicilio in telemedicina consiste nel portare servizi medico-assistenziali alle persone in isolamento o che si trovino di fatto isolate a seguito delle norme di distanziamento sociale, allo scopo di sorvegliare proattivamente le loro condizioni di salute, in relazione sia alla prevenzione e cura del COVID-19 sia alla continuità assistenziale eventualmente necessaria per altre patologie e/o condizioni che lo richiedano.

Tuttavia, esso da solo non è sufficiente per realizzare a livello individuale dei servizi appropriati alla cura della singola persona. Nel costruire questi servizi in telemedicina è necessario anche che il medico individui quali sono le attività diagnostiche, terapeutiche e assistenziali che possano essere svolte a distanza, con le tecnologie disponibili e realmente utilizzabili dalla persona interessata. Il medico responsabile del trattamento deve poter scegliere di volta in volta la combinazione tra organizzazione e tecnologia che si dimostri migliore, in efficacia e sicurezza, per la persona da assistere. Dotare il paziente di una tecnologia, per quanto evoluta, non lo conduce automaticamente alla guarigione. Il paziente può guarire se la tecnologia viene opportunamente utilizzata all'interno di un

ragionamento clinico che ha come scopo la cura dell'individuo e non l'utilizzo della tecnologia.⁶

3.3 importanza della formazione e delle competenze

Occorre avere ben presente che le possibilità concrete di connessione da parte del destinatario costituiscono il vero limite tecnologico per qualsiasi servizio che utilizzi tecnologie di telecomunicazione. Un'insufficiente connettività può determinarsi per fattori infrastrutturali di vario tipo (dal conduttore utilizzato per portare il segnale elettrico al domicilio, alle tecniche di costruzione degli ambienti dai quali ci si connette, o magari semplicemente dalla distanza dal router Wi-Fi o dall'antenna di telefonia mobile più vicina), oppure dal tipo di dispositivo che viene utilizzato, ma può essere influenzata negativamente anche dal tipo di servizio reso disponibile dal gestore di telecomunicazione. Ad esempio, è comune osservare nelle utenze domestiche una marcata differenza tra la velocità di trasmissione in download rispetto a quella in upload. Ciò significa che alla persona a domicilio arrivano molti dati nell'unità di tempo, ma riesce ad inviare pochi dati nella stessa unità di tempo. In tale situazione le immagini provenienti dal paziente a domicilio potranno essere di qualità non soddisfacente per l'uso. Nelle circostanze emergenziali, per organizzare il servizio migliore per ogni persona tenendo conto della connettività, è sufficiente sapere:

- se al domicilio c'è il collegamento Wi-Fi o via cavo;
- a che distanza dal router usualmente la persona si connette;
- che tipo di dispositivi digitali sono a disposizione e collegabili in rete (smartphone, tablet, laptop, desktop);
- qual è il livello di connessione mobile all'interno del domicilio;
- quali dispositivi medici digitali sono disponibili a domicilio e se essi hanno sistema Bluetooth LE;
- se la persona collabora non è difficile guidarla ad eseguire anche test di velocità della connessione dati, sia rispetto al Wi-Fi domestico sia rispetto alla rete mobile che raggiunge i locali di domicilio.

⁶ Rapporto Istituto Superiore della Sanità Covid-19, n°. 12/2020: indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19 – introduzione; esigenze assistenziali a domicilio affrontabili in telemedicina in corso di COVID-19.

Questo è per quanto riguarda l'utenza della telemedicina ma queste difficoltà vanno analizzate anche da parte di chi fornisce l'aiuto sanitario: ospedali, medici e personale sanitario. Infatti anche se la connessione negli ospedali permette una buona navigazione le difficoltà maggiori derivano da parte di quei medici che lavorano nei "territori rurali" dove le difficoltà sono le stesse dei fruitori della telemedicina che prima sono state elencate.

A tutto ciò va aggiunto una scarsa conoscenza da parte sia del personale sanitario che dei pazienti e dei caregiver, dell'utilizzo delle tecnologie digitali. Questo rappresenta un motivo di demotivazione che spesso porta le parti in questione ad allontanare la telemedicina e a non apprezzare i suoi vantaggi. Per questo motivi, sia di connettività e che di scarsa conoscenza tecnologica, va incrementata la formazione da ambo le parti. Vanno creati percorsi formativi. Questi devono essere calibrati e forniti in base alle diverse tipologie di persone: va tenuto presente soprattutto l'età. Infatti viene fuori che le persone più avanti con l'età sono coloro che maggiormente sono restie all'utilizzo dei device e delle piattaforme online. La formazione deve spiegare e trasmettere il valore aggiunto della tecnologia digitale sanitaria. Tutorial, video esplicativi e supporti tecnici e app semplici nella comprensione e nell'utilizzo saranno utili a colmare questo divario. Solo così queste armi potranno rappresentare il mezzo per trasformare delle difficoltà in valori aggiunti.⁷

3.4 importanza di una cartella clinica: differenziazione tra Cartella Clinica Elettronica e cartella clinica informatizzata

L'utilizzo di strumenti informatizzati offre sia vantaggi organizzativi che clinici. Una migliore organizzazione si traduce anche in un migliore servizio e migliori risultati. La Cartella Clinica è un elemento centrale nell'ottenere questi vantaggi. Spesso si parla di "cartella clinica informatizzata", in altri casi di "cartella clinica elettronica".

La domanda inerente ad esse più frequente che spesso viene posta è: Ma sono diverse o sono la stessa cosa? La risposta è ovviamente che sono due cose molto diverse.

⁷ Rapporto Istituto Superiore della Sanità Covid-19, n°. 12/2020: indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19 – condizioni riferite alla possibilità della persona di collaborare.

La Cartella Clinica è un documento formale e previsto dalla nostra normativa. Essa è Un documento indispensabile, gestito per la maggior parte in modo cartaceo.

La Cartella Clinica Informatizzata è un modo per gestire digitalmente delle informazioni e dei documenti che verranno poi comunque stampati, firmati e utilizzati anche su carta. Esso è un Referto scritto al computer, poi stampato e firmato su carta. Così come avviene anche oggi in tantissime strutture.

Avere l'accesso in maniera informatica alle informazioni della Cartella Clinica è senz'altro un vantaggio importante. Sia in termini organizzativi, ma anche per la cura del Paziente. Secondo la mia personale opinione la gestione della Cartella Clinica Informatizzata è un passo urgente e fondamentale per qualsiasi struttura.

La velocità nel recuperare le informazioni, come si capisce chiaramente da quanto detto finora fa risparmiare molto tempo e in certi casi questo non solo riduce i costi, ma offre anche risultati utili al servizio offerto ai Pazienti stessi. Avere sempre sotto controllo il Diario Clinico, conoscere il personale sanitario che hanno partecipato a certe attività o esami, è fondamentale per il Medico che ad esempio vuole confrontarsi con un collega e vuole tenere sotto controllo un intero percorso medico di un suo paziente. È evidente che l'informazione cartacea può e deve essere controllata ma quella digitale è più semplice, e ne viene tenuta peraltro traccia in modo certo. Per non parlare poi dei casi in cui la storia del Paziente diventa essenziale per valutare i nuovi eventi.

La Cartella Clinica Elettronica (CCE) invece è il risultato di un cambio di processo. La produzione del documento cambia e di conseguenza il processo che porta alla sua redazione. Con la Cartella Clinica Elettronica i documenti nascono digitali, e restano digitali.

Mentre con la Cartella Clinica Informatizzata i documenti poi, per avere valore legale, devono essere stampati e firmati su carta, con la Cartella Clinica Elettronica i documenti vengono firmati con Firma Digitale o Firma Elettronica Avanzata (FEA), con perfetto valore legale, e quindi Conservati in modo Sostitutivo.

Investire sulla Cartella Clinica Elettronica diventa un processo. Una evoluzione organizzativa della struttura può avere ripercussioni organizzative, di sicurezza ed economiche. Ogni documento infatti nasce e resta digitale. Non dovrei più produrre documenti cartacei, che poi vanno gestiti, protetti, conservati con tutti i

maggiori oneri rispetto ad un archivio digitale. Un archivio digitale è estremamente più sicuro di un archivio cartaceo. Ovviamente, l'archivio digitale deve essere gestito opportunamente e con tutti i sistemi di sicurezza richiesti. Anche a livello economico può avere risvolti sicuramente più vantaggiosi. I costi relativi ad un archivio da tenere sotto chiave, faldoni di documenti cartacei e tutte le spese annesse sono comunque maggiori rispetto ad un unico file informatizzato e che conservo in una memoria digitale. Quindi, in definitiva, quello della digitalizzazione è un nuovo modo di concepire e portare avanti il lavoro in ambito sanitario e anche sociale.

Quindi si può pensare alla digitalizzazione di una cartella clinica non come un progetto a se, ma come il passo fondamentale di una strategia organizzativa e aziendale. Un elemento fondante di un nuovo modo di offrire, ai diversi fruitori del servizio, una struttura efficiente, con lo scopo di migliorarne l'esperienza in ogni aspetto.⁸

3.5. La Customer Satisfaction in un percorso di telemedicina: uno strumento per la Valutazione della Qualità dell'Assistenza

Oggi i cittadini sono più coscienti dei loro diritti nel campo della salute e sempre più esigenti riguardo le proprie aspettative, infatti, possiedono i loro criteri di giudizio su come debba essere un servizio sanitario di buona qualità. Proprio per questo, nell'ambito di ricerca della qualità totale, gli operatori sanitari e gli amministratori assumono sempre di più il punto di vista del paziente quale termine di riferimento cruciale per l'azione di riqualificazione delle prestazioni.

Uno strumento che molto spesso viene usato e con ottimi risultati risulta essere la rilevazione della "customer Satisfaction".

Lo studio sulla soddisfazione degli utenti introduce nei vari servizi che la adoperano la cultura all'ascolto e il rispetto del paziente. Questi fattori determinano il feedback cliente/servizio dal quale è poi possibile ottenere un

⁸ Stefano Rosini in Vettore.Medical: Decreto Legislativo 7 marzo 2005 "Codice dell'amministrazione digitale"; Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 22 febbraio 2013 "Regole tecniche in materia di generazione, apposizione e verifica delle firme elettroniche avanzata, qualificate e digitali"; Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 3 dicembre 2013 "Regole tecniche in materia di sistema di conservazione sostitutiva" e "Regole tecniche in materia di documento informatico, gestione documentale e conservazione di documenti informatici"; Vedi anche informazioni circa Manuale della Conservazione, e Responsabile della Conservazione.

ritorno di informazioni utili alla verifica della validità dei servizi offerti e alla definizione delle strategie di miglioramento continuo della qualità.

Tale strumento potrebbe essere anche usato in telemedicina dove i pazienti, gli utenti i caregiver ma gli stessi dipendenti delle diverse aziende sanitarie e cooperative potranno rappresentare il termine di confronto più diretto e immediato. Anche grazie agli spunti che possono nascere da questi feedback si potrà migliorare il futuro della Telemedicina.

CONCLUSIONI

Quanto scritto finora può rappresentare una svolta decisiva per iniziare un nuovo percorso sociale volto a ottimizzare costi, tempi e benefici non solo per le persone, ma anche per la struttura organizzativa di diversi enti che oggi non si trovano al passo con i percorsi di modernizzazione. In Europa esistono già norme volte all'implementazione della telemedicina e al potenziamento della digitalizzazione sanitaria che in Germania e Inghilterra si sono già realizzate a differenza dell'Italia che è in ritardo. Per Essa quindi, sarà importante guardare all'approccio da loro utilizzato.

Dovrà avvenire un cambiamento sociale che coinvolgerà inevitabilmente diversi attori sociali.

Territorialità potrà essere la parola chiave. È' dalle piccole realtà, infatti che devono nascere gli stimoli per realizzare questo percorso.

Saranno inoltre necessari i fondi che lo Stato stanzierà per promuovere progetti, professionalità e utilizzo di devices sempre più aggiornati.

Una funzione importante sarà quelle delle cooperative sociali come la GEA e la SAMNIUM MEDICA. La prima mette al centro del proprio agire la persona e il suo benessere, la seconda utilizza i propri medici allo stesso scopo sul territorio, contribuendo entrambe alla realizzazione della Next Generation Health.

Le giovani generazioni daranno sicuramente forza ed impulso alla realizzazione di questo progresso grazie alle loro sviluppatissime abilità digitali. Personalmente investirò le mie future energie professionali ed umane alla realizzazione di queste nuove esigenze socio sanitarie, per ottenere una realtà in cui non ci sarà più una marcata differenza tra sanitario e sociale e si potrà addirittura realizzare oltre alla cartella digitale sanitaria anche quella sociale, che permetterà di avere un quadro completo e immediato dell'individuo.

BIBLIOGRAFIA

- Burc regione Campania
- Repertorio Atti n. 16/CSR del 20/02/2014
- Stefano Rosini in Vettore.Medical: Decreto Legislativo 7 marzo 2005 “Codice dell’amministrazione digitale”; Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 22 febbraio 2013 “Regole tecniche in materia di generazione, apposizione e verifica delle firme elettroniche avanzata, qualificate e digitali”; Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 3 dicembre 2013 “Regole tecniche in materia di sistema di conservazione sostitutiva” e “Regole tecniche in materia di documento informatico, gestione documentale e conservazione di documenti informatici”; Vedi anche informazioni circa Manuale della Conservazione, e Responsabile della Conservazione
- Rapporto Istituto Superiore della Sanità Covid-19, n°. 12/2020: indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l’emergenza sanitaria COVID-19

SITOGRAFIA

<https://www.salute.gov.it/portale/ehealth/dettaglioContenutiEHealth.jsp?lingua=italiano&id=5525&area=eHealth&menu=telemedicina>

www.salute.gov.it/portale/ehealth/dettaglioContenutiEHealth.jsp?lingua=italiano&id=5525&area=eHealth&menu=telemedicina

<https://www.ambito04.it/docum/modulistica/autorizzazioni/Catalogo-dei-Servizi.pdf>

<https://www.salute.gov.it/portale/ehealth/dettaglioContenutiEHealth.jsp?lingua=italiano&id=5491&area=eHealth&menu=fse>

<https://www.coopgea.org/certificazioni-aziendali/>

<https://www.regione.campania.it/assets/documents/progetto-sinfonia-presentazione.pdf>

Sul sito <https://www.fascicolosanitario.gov.it> è pubblicato lo stato di avanzamento della realizzazione dei FSE nelle regioni e nelle province autonome e la sua diffusione sul territorio nazionale.