



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 71

**12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE** (Igiene e sanità)

INTERROGAZIONI

213<sup>a</sup> seduta: giovedì 15 aprile 2021

Presidenza della presidente PARENTE

**I N D I C E****INTERROGAZIONI**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 5, 8
BOLDRINI (PD) . . . . .	7
* FREGOLENT (L-SP-PSd'Az) . . . . .	4
SILERI, sottosegretario di Stato per la salute . . . . .	3, 5
ALLEGATO (contiene i testi di seduta) . . . . .	9

---

*N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.*

*Sigle dei Gruppi parlamentari: Forza Italia Berlusconi Presidente-UDC: FIBP-UDC; Fratelli d'Italia: FdI; Italia Viva-P.S.I.: IV-PSI; Lega-Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: L-SP-PSd'Az; MoVimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP-PATT, UV): Aut (SVP-PATT, UV); Misto: Misto; Misto-IDEA e CAMBIAMO: Misto-IeC; Misto-Liberi e Uguali: Misto-LeU; Misto-Movimento associativo italiani all'estero: Misto-MAIE; Misto-+Europa – Azione: Misto-+Eu-Az.*

*Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.*

*I lavori hanno inizio alle ore 9.*

#### PROCEDURE INFORMATIVE

##### **Interrogazioni**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca lo svolgimento di interrogazioni.

Sarà svolta per prima l'interrogazione 3-01441, presentata dalla senatrice Fregolent.

SILERI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, il disegno di legge AS 897, d'iniziativa parlamentare, recante misure per prevenire e contrastare condotte di maltrattamento o di abuso, anche di natura psicologica, in danno dei minori nei servizi educativi per l'infanzia e nelle scuole dell'infanzia e delle persone ospitate nelle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali per anziani e persone con disabilità e delega al Governo in materia di formazione del personale, è stato assegnato alla 1<sup>a</sup> Commissione permanente in sede referente e in sede consuntiva alle Commissioni 2<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup>, 7<sup>a</sup>, 11<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup> e 14<sup>a</sup>. Il disegno di legge ha un ambito di applicazione molto ampio, che investe le competenze di diversi Dicasteri: Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Ministero per le pari opportunità e la famiglia, Ministero per le disabilità, Ministero della giustizia, Ministero della salute, Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, nonché le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

In merito all'*iter* relativo al suo esame, si rammenta che questa Commissione, nella seduta del 12 marzo 2019, ha espresso sul disegno di legge, per quanto di propria competenza, un parere favorevole con minime osservazioni.

La 1<sup>a</sup> Commissione, in sede referente, nella seduta del 3 giugno 2020 ha effettuato l'esame di merito sul contenuto del provvedimento e successivamente, nella seduta del 10 marzo 2021, la menzionata 1<sup>a</sup> Commissione ha formulato la richiesta del parere alla 5<sup>a</sup> Commissione a quella data non ancora pervenuto.

Nel corso della seduta del 23 marzo 2021 della 5<sup>a</sup> Commissione, la relatrice, senatrice Rivolta, ha richiesto se fossero intervenuti ulteriori elementi istruttori rispetto alla documentazione già in possesso.

Con nota del 25 marzo 2021, il Ministero dell'economia e delle finanze ha comunicato al Dipartimento per i rapporti con il Parlamento che la Ragioneria generale dello Stato ha formulato un parere negativo

sul contenuto della relazione tecnica al disegno di legge, come predisposto dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, con il contributo delle amministrazioni competenti. Ciò ha conseguentemente determinato la sospensione dell'*iter* del disegno di legge.

Concludo pertanto rappresentando che è attesa l'oggettiva rilevanza della finalità del disegno di legge in argomento, ove sarà richiesto uno specifico contributo del Ministero della salute, che – si ribadisce – non essere il Ministero capofila. Sarà ovviamente cura degli uffici del Ministero stesso garantire il supporto necessario al Ministero capofila, ai fini di una rapida ripresa dell'*iter* parlamentare per l'approvazione finale del disegno di legge.

FREGOLENT (*L-SP-PSd'Az*). Signor Presidente, ringrazio il Sottosegretario per la risposta che ha fornito. Ovviamente non nei confronti del Sottosegretario, ma nei confronti della situazione non posso dichiararmi soddisfatta. Si tratta, infatti, di un provvedimento che è fermo dal marzo 2019; l'*iter* ha preso avvio il 12 marzo 2019 e l'ultima relazione rilasciata dal Ministero dell'economia e delle finanze è del 25 marzo 2021. È innegabile che questo provvedimento è incagliato al Ministero e non c'è stata, in questo periodo, la volontà di risolvere le criticità connesse allo stesso.

Nell'ultimo anno, poi, sono cambiate notevolmente le condizioni ed è mutato il contesto nel quale è nato questo disegno di legge, che a maggior ragione potrebbe ricevere attenzione, dal momento che parliamo di medicina territoriale tecnologicamente avanzata. Noi riteniamo che i *device* e le nuove tecnologie possano essere di supporto alla fase di presa in carico anche dei fragili e dei fragilissimi. La possibilità che questa legge veda finalmente la sua approvazione potrebbe essere fondamentale anche all'interno delle RSA, dove in questo momento i nostri anziani hanno dei contatti limitati; essa potrebbe favorire anche la presa in carico dell'anziano da parte dell'infermiere o dell'operatore sanitario che, da un unico punto di visualizzazione, potrebbe avere la situazione sotto controllo.

Ciò non toglie che, quando si tratta soprattutto di bimbi e di minori, non dovremmo avere paura e nasconderci dietro un dito, se c'è qualcosa che non va. Questo strumento non dovrebbe essere letto come una misura repressiva nei confronti dei tanti operatori bravi, ma dev'essere considerato come una valorizzazione di chi sa far bene il proprio lavoro e l'occasione per l'eliminazione delle mele marce, che possono produrre danni consistenti nei confronti sia degli anziani, sia dei bambini. Basta immaginare se l'anziano maltrattato fosse nostro nonno, nostro padre o nostra madre o se il bambino maltrattato fosse nostro figlio.

Gli aspetti importanti sono due: da un lato la tutela, dall'altro la possibilità di introdurre uno strumento che permette di agevolare il lavoro degli operatori sanitari e sociosanitari.

Ringrazio ancora il Sottosegretario per la risposta. Abbiamo compreso che il Ministero della salute è a disposizione, più di altri, quindi di questo non posso che ringraziare. Solleciteremo chi di competenza, perché – ripeto – questo disegno di legge può davvero introdurre, all'interno

delle RSA, uno strumento importante. Per quanto riguarda invece i piccolissimi, dobbiamo interpretarlo come uno strumento non contro qualcuno, ma a tutela e a difesa di chi non può difendersi; dovremmo garantire ai bimbi la serenità di poter essere accuditi come si deve.

PRESIDENTE. Sospendiamo brevemente la seduta in attesa della senatrice Boldrini.

*(La seduta, sospesa alle ore 9,10, è ripresa alle ore 9,15).*

PRESIDENTE. Segue lo svolgimento dell'interrogazione 3-01936, presentata dalla senatrice Boldrini e da altri senatori.

SILERI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, con riguardo alla tematica sollevata con l'interrogazione in esame, inizio comunicando che la mappatura delle esperienze di telemedicina sul territorio nazionale, prevista nella direttiva del Ministro per l'anno 2019, nell'ambito dell'obiettivo strategico «Promozione delle azioni prioritarie, previste dal Patto per la sanità digitale e identificate dalla cabina di regia NSIS integrata, per il conseguimento degli obiettivi di efficienza, trasparenza e sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, attraverso l'impiego sistematico dell'innovazione digitale in sanità», è stata prevista anche al fine di definire la *governance* per la diffusione e il sistematico impiego della telemedicina nell'ambito dei processi di cura e assistenza al cittadino.

Per realizzare la predetta mappatura, la cabina di regia del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), nella seduta del 29 maggio 2019, ha approvato l'utilizzo di una metodologia che, tenendo in considerazione le linee d'indirizzo nazionali per la telemedicina emanate nel 2014, ha previsto l'applicazione del modello Mast (*Model for the assessment of telemedicine*), già utilizzato nell'ambito di diversi progetti europei e che ha lo scopo di fornire risultati oggettivi su utilità, efficacia e contributo effettivo alla qualità di cura dei servizi sanitari che utilizzano soluzioni di telemedicina. Nella stessa seduta, la cabina di regia NSIS ha anche approvato l'istituzione di un apposito gruppo di lavoro sulla telemedicina con l'obiettivo, tra gli altri, di individuare gli elementi della metodologia Mast utili alle finalità sopra richiamate, da integrare in una precedente rilevazione condotta dall'Istituto superiore di sanità nel 2017.

Il gruppo di lavoro, cui partecipano i rappresentanti delle Regioni Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Piemonte e Toscana, ha quindi prodotto un questionario di rilevazione, articolato in sessantacinque domande, necessario ad acquisire gli elementi informativi relativi ai sette domini di valutazione alla base del modello Mast: descrizione della patologia e caratteristiche dell'applicazione; sicurezza; efficacia clinica; percezione del paziente; aspetti economici; aspetti organizzativi e aspetti socio-culturali, etici e legali.

Per facilitare l'individuazione delle esperienze attive sul territorio, a ciascuna Regione è stato fornito, per il tramite dei referenti dei sistemi

informativi sanitari, un *file* con le informazioni fornite in occasione della predetta rilevazione condotta dall'Istituto superiore di sanità nel 2017, in modo che – oltre alle nuove esperienze attivate nel corso del 2018 – potessero essere aggiornate anche le esperienze avviate precedentemente e ancora attive nel 2018, integrandole con le nuove informazioni previste.

I risultati della mappatura, presentati nella riunione della cabina di regia del 28 luglio scorso, hanno rilevato ben 282 esperienze di telemedicina attive sul territorio nazionale nel 2018, di cui 31 che hanno riportato di aver effettuato tutte le valutazioni utili per applicare la metodologia Mast. Nel 33,3 per cento dei casi si è trattato di prestazioni sanitarie erogate parzialmente in telemedicina e nel 28,4 per cento erogate totalmente in telemedicina. Le restanti esperienze sono progetti pilota o sperimentali. Il 29 per cento delle esperienze sono di teleconsulto, il 23 per cento di telerefertazione e il 22 per cento di telemonitoraggio. L'ambito specialistico è nel 43 per cento la cardiologia, seguito dal 19 per cento in radiologia. Nel 55 per cento dei casi si tratta di pazienti cronici e nel 45 per cento di pazienti acuti. I risultati della mappatura sono stati pubblicati sul portale del Ministero della salute dallo scorso 11 agosto.

Il gruppo di lavoro per la telemedicina della cabina di regia NSIS ha individuato tra le 31 esperienze cinque esperienze di differenti prestazioni in telemedicina (televisita, teleconsulto, telerefertazione, telemonitoraggio, telecooperazione sanitaria) che verranno ulteriormente analizzate con la metodologia Mast per poi essere condivise come *best practice* anche con le altre Regioni.

Per quanto riguarda gli indirizzi per la telemedicina, facendo seguito all'intesa sancita in data 20 febbraio 2014, in sede di Conferenza Stato-Regioni, sul documento recante «Telemedicina e linee d'indirizzo nazionali», e ai rapporti dell'Istituto superiore di sanità n. 12 del 2020 (Indicazioni *ad interim* per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza Covid-19, del 13 aprile) e n. 60 del 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 NSIS del 28 luglio 2020 il Ministero della salute e le Regioni 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.

La pandemia ha reso indispensabile ripensare l'organizzazione del Servizio sanitario nazionale, in particolare a livello territoriale. Nell'ottica di limitare il contagio nella prima fase di gestione dell'emergenza sanitaria, sono state sospese le visite specialistiche e di controllo, gli interventi di elezione; questa riduzione delle attività ordinarie ha comportato verosimilmente una diminuzione dell'assistenza rivolta alle persone con patologie croniche, spesso multiple, aumentandone la condizione di fragilità.

Compatibilmente con l'andamento epidemiologico, la ripresa a regime dell'attività ambulatoriale, se erogata in presenza del paziente, avverrà con importanti limiti organizzativo-strutturali, quali – a titolo esem-

plificativo non esaustivo – le postazioni di *pre-triage* all’accesso delle strutture, i limiti logistici, la necessità di ridurre le potenziali occasioni di contagio.

Questa situazione d’indubbia criticità ha rappresentato, comunque, l’opportunità per favorire l’attivazione degli strumenti di sanità digitale per un Servizio sanitario più in linea con i tempi, le capacità individuali e l’organizzazione.

Il gruppo di lavoro sulla telemedicina della cabina di regia NSIS, integrato anche da esperti e da rappresentanti di FNOMCeO e FNOPI, ha quindi predisposto il documento «Indicazioni nazionali per l’erogazione di prestazioni di telemedicina», finalizzato a 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.

Il documento è stato approvato dalla cabina di regia del NSIS nella seduta del 28 ottobre 2020 e adottato con accordo in Conferenza Stato-Regioni del 17 dicembre 2020. A questo documento, recante indicazioni nazionali, ne seguiranno altri simili relativi ad ulteriori prestazioni di telemedicina. Tutto questo, ovviamente, è fatto per contribuire a migliorare la qualità dell’assistenza.

BOLDRINI (*PD*). Signor Presidente, ringrazio il Sottosegretario per la sua risposta, di cui sono soddisfatta. Abbiamo almeno tutta la cronistoria di quanto sta succedendo, anche per quanto riguarda la telemedicina. Ne stiamo parlando tantissimo, inserendola in tutti i documenti, PNRR compreso.

Sapevo che c’era stato un blocco, perché di telemedicina se ne parla da tanti anni. Proprio l’altro giorno abbiamo avuto un’audizione sul tema, ma di fatto non è mai decollato come dovrebbe.

Il fatto che questi documenti siano stati approvati, con l’individuazione di alcune delle tantissime prestazioni che potrebbero prevedere la telemedicina, è sicuramente un dato importante. Ciò è avvenuto il 17 dicembre 2020, ossia, per quanto riguarda la politica, poco tempo fa.

Ovviamente vorremmo essere aggiornati nel caso in cui, nel frattempo, vi dovessero essere ulteriori disposizioni per l’individuazione di altre prestazioni; sappiamo infatti che il medico che lavora a distanza svolge comunque una prestazione, che dev’essere riconosciuta in quanto tale.

Signor Sottosegretario, vista anche la sua professione (oltre ad essere il nostro rappresentante del Governo di riferimento), mi auguro che si realizzino – come chiedono tantissime associazioni, anche scientifiche – piattaforme distinte per patologie, perché non si può massimizzare il rilevamento per ogni settore. Spero che su questo la cabina di regia offra ulteriori indicazioni, ma sarà sicuramente così, perché sono stati inseriti ulteriori attori, visto che parliamo di FNOMCeO e FNOPI e di tutte quelle federazioni che conoscono l’attività pratica. Non bisogna fare troppe

diversificazioni, perché alla fine bisogna dare risposte per ogni patologia; ogni paziente avrà la sua indicazione.

La ringrazio per la sua risposta, che intanto offre un punto di riferimento su quanto andremo a chiedere successivamente.

PRESIDENTE. Ringrazio il sottosegretario Sileri.

Lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno è così esaurito.

*I lavori terminano alle ore 9,30.*

ALLEGATO

**INTERROGAZIONI**

FREGOLENT. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

dopo l'approvazione il 23 ottobre 2018 della Camera dei deputati, è stato assegnato alla 1<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato (Affari costituzionali, affari della Presidenza del Consiglio e dell'Interno, ordinamento generale dello Stato e della Pubblica Amministrazione) il disegno di legge «Misure per prevenire e contrastare condotte di maltrattamento o di abuso, anche di natura psicologica, in danno dei minori nei servizi educativi per l'infanzia e nelle scuole dell'infanzia e delle persone ospitate nelle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali per anziani e persone con disabilità e delega al Governo in materia di formazione del personale» (AS 897);

ad oggi, dopo un ciclo di audizioni, la discussione nella Commissione di merito, l'adozione di un testo unificato, il parere favorevole delle Commissioni consultive e la presentazione di emendamenti, l'*iter* è bloccato perché la 5<sup>a</sup> Commissione permanente (Programmazione economica, bilancio), come riferito dal sottosegretario Guerra in data 29 gennaio e 4 febbraio 2020, non ha ancora ricevuto gli elementi istruttori di competenza da parte del Ministero della salute per potersi esprimere;

sono incomprensibili le ragioni di tale ritardo ed è inaccettabile che un provvedimento che non presenta criticità dal punto di vista finanziario, provvisto di relazione tecnica redatta dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali in data 12 aprile 2019, su cui il Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato del Ministero dell'economia e delle finanze si è espresso con nota del 5 aprile 2019 prot. n. 39922/2019, sia fermo in Commissione,

si chiede di sapere quali siano le cause che giustificano un tale ritardo e se il Ministro in indirizzo non ritenga doveroso fornire rapidamente gli elementi istruttori sul provvedimento, al fine di far proseguire i lavori in sede referente e portare in tempi brevi il testo all'esame dell'Aula del Senato.

(3-01441)

BOLDRINI, PARRINI, TARICCO, PINOTTI, ROJC, ASTORRE, VERDUCCI, IORI, NANNICINI, FEDELI, LAUS, D'ALFONSO, FERRAZZI, ROSSOMANDO, VATTUONE, D'ARIENZO, PITTELLA, STEFANO, ALFIERI, BITI, COLLINA, GIACOBBE, VALENTE. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

il nostro Paese ha dovuto affrontare, e ancora lo farà, il COVID-19, un *virus* impercettibile quanto pericoloso, in grado di scatenare un'emergenza sanitaria senza precedenti, che nella sua tragicità ha fatto emergere il valore della sanità digitale, intesa come l'applicazione all'area me-

dica e a quella della assistenza sociosanitaria dell'*information and communication technology*. Sanità digitale non vuol dire solo telemedicina, ma questa ne rappresenta una componente essenziale;

la telemedicina (nelle sue componenti principali di televisita, telemonitoraggio e teleconsulto) è intesa, secondo le linee di indirizzo nazionali per la telemedicina, recepite dalle Regioni, una modalità di esecuzione dell'atto sanitario in cui il professionista della salute ed il paziente sono in luoghi differenti, permettendo quindi la cura di un paziente a distanza o in generale l'erogazione di servizi sanitari a distanza, che sono in grado di monitorare e garantire la gestione ordinaria dei pazienti cronici e delle persone con disabilità. La pandemia COVID-19 ha messo in evidenza quanto la telemedicina possa essere di supporto per la tutela ed il monitoraggio della salute e in particolar modo per l'assistenza a quella parte di popolazione più fragile;

l'OMS ha definito la telemedicina come servizio essenziale per il «rafforzamento della risposta dei sistemi sanitari al COVID-19», mentre l'OCSE l'ha annoverata tra le misure chiave che i sistemi sanitari stanno adottando per migliorare la cura e l'assistenza alle persone in isolamento rilevandone gli importanti benefici, evitando un sovraccarico delle reti ospedaliere e sanitarie;

in Italia i principali riferimenti regolativi riguardo alla diffusione delle nuove tecniche di interazione tra personale sociosanitario e pazienti, e dunque anche alla telemedicina, sono il patto per la sanità digitale e le linee di indirizzo nazionali del Ministero della salute in materia di telemedicina, elaborate da un gruppo di lavoro presso il Consiglio superiore della sanità (2014-2015). Dopo l'approvazione delle linee nazionali sono stati emanati ulteriori indirizzi normativi e programmatori che riguardano l'aspetto organizzativo o tecnologico della telemedicina: il patto della salute 2014-2016, ma anche il più recente patto della salute 2019-2021, ove si fa riferimento a dispositivi e tecnologie mediche e la necessità di coadiuvare e collaborare con «l'industria dei dispositivi e delle tecnologie mediche (per cronicità ed anziani in particolare) per generare nuovo valore a beneficio di medici e pazienti»; le specifiche tecniche per l'interoperabilità tra i sistemi regionali di fascicolo sanitario elettronico (FSE) (2015), le reti di eccellenza per le malattie rare, il teleconsulto, la telecooperazione e la telesorveglianza (2015), il nuovo nomenclatore ambulatoriale e i LEA (2017);

le linee di indirizzo nazionali forniscono infatti indicazioni e definizioni di livello generale in merito alla tipologia dei servizi ed alla modalità di erogazione, ma non contengono indicazioni di tipo tecnico per l'implementazione e non risultano essere aggiornate;

il Ministero della salute nel 2019 ha stanziato 17.432.447 euro nel 2019 ed altrettanti nel 2020 e nel 2021 per l'obiettivo strategico di promozione delle azioni prioritarie, previste dal patto per la sanità digitale e identificate dalla cabina di regia NSIS integrata, «per il conseguimento

degli obiettivi di efficienza, trasparenza e sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, attraverso l'impiego sistematico dell'innovazione digitale in sanità», tra le quali anche la «mappatura delle esperienze di telemedicina sul territorio nazionale in coerenza con quanto definito nelle linee di indirizzo in materia di telemedicina». Tuttavia, tale mappatura non risulta ancora completata a causa di alcune difficoltà nel dialogo e collaborazione tra amministrazioni e organismi coinvolti;

nell'ambito della cronicità, secondo quanto scritto nel piano della cronicità del 2016, i servizi di telemedicina possono realizzare le seguenti finalità sanitarie: prevenzione, diagnosi e cura e riabilitazione;

proprio nell'ottica di una sempre più robusta integrazione tra ospedale e territorio e nelle nuove forme di aggregazione, la telemedicina è l'esempio di come la tecnologia possa supportare un'efficace operatività, anche ai fini della gestione della cronicità;

i vantaggi e i benefici della telemedicina per i pazienti sono evidenti: meno visite a strutture sanitarie e studi medici, minori costi e fastidi da sostenere per gli spostamenti, soprattutto per aree difficili da raggiungere o in cui le strutture sanitarie non siano vicine; trattamento delle patologie, soprattutto quelle croniche; accesso a trattamenti che altrimenti non sarebbero disponibili se non dopo lunghe attese o solo per periodi limitati (come per esempio riabilitazione e terapia di linguaggio per i pazienti colpiti da infarto o ictus eccetera);

allo stesso tempo i potenziali vantaggi per il SSN ed i medici non sono trascurabili: incremento dell'equità nell'accesso ai servizi sanitari e a competenze di eccellenza, grazie al decentramento e alla flessibilità dell'offerta di servizi resi. Inoltre può avere effetti positivi sull'efficacia dell'azione e sulla riduzione dei costi da sostenere;

è necessario un lavoro nazionale di approfondimento ed aggiornamento delle linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina (approvate il 10 luglio 2012 dall'assemblea generale del Consiglio superiore di sanità) come richiesto da tutti gli *stakeholder* del settore;

proprio durante l'emergenza da coronavirus, numerose Regioni, tra cui il Veneto, la Toscana, la Lombardia e la Provincia autonoma di Trento, hanno emanato delibere attuative sulla telemedicina, basate sulle linee di indirizzo citate, tutte le altre Regioni italiane le hanno recepite;

sarebbe utile, a parere degli interroganti, identificare una strategia unitaria che permetta di definire un quadro regolatorio coerente a livello nazionale, al fine di coadiuvare l'utilizzo della telemedicina come strumento di sanità digitale in grado di favorire sia la gestione dell'appropriatezza clinica e prescrittiva, sia l'aderenza terapeutica e l'accessibilità ad elevati standard di servizi nonché per garantire equità territoriale e sostenibilità dei costi,

si chiede di sapere quale sia lo stato dell'arte relativo all'attuazione e all'implementazione delle linee guida in materia di telemedicina e se il Ministro in indirizzo non intenda, soprattutto alla luce dell'emergenza da

COVID-19, valutare l'opportunità di promuovere, su tutto il territorio nazionale, un protocollo uniforme per la telemedicina e per ogni singola patologia, per la presa in carico e per la gestione dei pazienti con malattie croniche e degli eventuali nuovi casi di Sars-Cov-2 con un monitoraggio degli esiti e della rimborsabilità.

(3-01936)