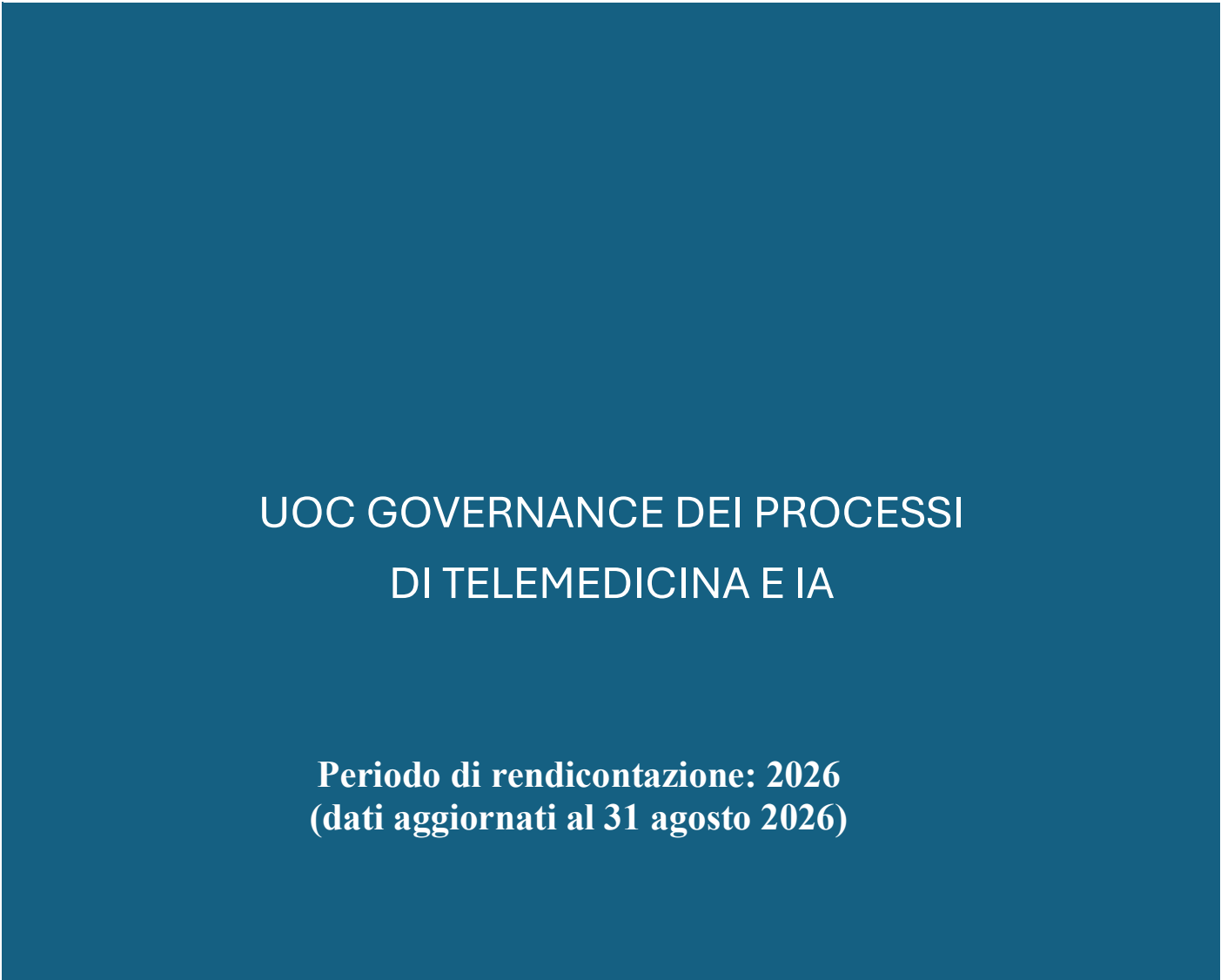




REPORT DI RESPONSABILITÀ E BILANCIO SOCIALE

**UOC GOVERNANCE DEI PROCESSI
DI TELEMEDICINA E IA**

**Periodo di rendicontazione: 2026
(dati aggiornati al 31 agosto 2026)**



Sommario

1. PREMESSA	2
2. IL CONTESTO TERRITORIALE.....	2
3. LA RETE SOCIO SANITARIA DIGITALE	3
4. IL VIRTUAL COMMUNITY HOSPITAL	3
5. LA FACILITAZIONE DIGITALE COME STRUMENTO DI INCLUSIONE	4
6. TELEVISITA E ACCESSO DISTRIBUITO ALLE CURE.....	4
7. GOVERNANCE DIGITALE, DASHBOARD E MONITORAGGIO	5
8. IL SISTEMA DI RECALL E LA PREVENZIONE DEI NO-SHOW.....	6
9. I RISULTATI RAGGIUNTI.....	6
10. IMPATTO SULL'ACCESSIBILITÀ E SULL'EQUITÀ	7
11. IMPATTO SULLA MOBILITÀ	7
12. IMPATTO ECONOMICO PER I CITTADINI	7
13. IMPATTO SUL TEMPO	8
14. IMPATTO AMBIENTALE	8
15. DALLA TELEVISITA ALLA DELOCALIZZAZIONE DEI PERCORSI CLINICI	9
16. IL PERCORSO EMATOLOGICO E LA SOMMINISTRAZIONE TERRITORIALE DEI FARMACI.....	9
17. STAKEHOLDER E RETE DELLE RESPONSABILITÀ	10
18. RESPONSABILITÀ VERSO GLI UTENTI.....	10
19. RESPONSABILITÀ VERSO I PROFESSIONISTI	11
20. RESPONSABILITÀ AMBIENTALE	11
21. RESPONSABILITÀ DIGITALE E UTILIZZO DELL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE	12
22. GOVERNANCE E RESPONSABILITÀ.....	12
23. METODOLOGIA DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO	13
24. CRITICITÀ E AREE DI MIGLIORAMENTO	13
25. OBIETTIVI DI SVILUPPO.....	13
26. IL VALORE SOCIALE GENERATO	14
27. INDICATORI DI IMPATTO AL 31 AGOSTO 2026	14
28. CONCLUSIONI	15

1. PREMESSA

La trasformazione digitale della sanità rappresenta uno degli strumenti fondamentali per garantire equità, prossimità delle cure e sostenibilità del Servizio Sanitario pubblico.

In un territorio esteso, complesso e geograficamente eterogeneo come quello della provincia di Salerno, l'innovazione assume un valore che va oltre l'introduzione di nuove tecnologie: diventa uno strumento di inclusione sociale, di riduzione delle distanze e di contrasto alle disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari.

In questo contesto nasce e si sviluppa la **Rete Sociosanitaria Digitale dell'ASL Salerno**, coordinata dalla **UOC Governance dei Processi di Telemedicina e Intelligenza Artificiale – GPTI**, diretta dal dott. Antonio Coppola.

La rete rappresenta un modello organizzativo integrato che collega ospedale, territorio, Comuni, strutture sociosanitarie, professionisti, facilitatori digitali, pazienti e caregiver attraverso una infrastruttura diffusa di servizi di telemedicina e strumenti digitali.

Il presente Report intende rendicontare non soltanto le attività realizzate, ma soprattutto il **valore sociale, sanitario, organizzativo, economico e ambientale generato dalla rete**, secondo principi di responsabilità pubblica, trasparenza e misurazione dell'impatto.

2. IL CONTESTO TERRITORIALE

L'ASL Salerno opera su un territorio di circa **5.000 km²**, caratterizzato dalla presenza di aree urbane densamente popolate, zone costiere e vaste aree interne nelle quali distanza dai presidi sanitari, caratteristiche orografiche, invecchiamento della popolazione e difficoltà nei collegamenti possono rappresentare importanti barriere all'accesso alle cure.

L'Azienda è articolata in **13 Distretti Sanitari e 10 Ambiti Sociali**, secondo un modello che punta a rafforzare l'integrazione tra assistenza sanitaria e sistema sociale territoriale.

La distanza fisica dai servizi sanitari non rappresenta, tuttavia, l'unica forma di disuguaglianza.

Alla distanza geografica si aggiunge infatti il **divario digitale**, che interessa in particolare anziani, persone fragili, cittadini con minori competenze tecnologiche, persone con difficoltà motorie e nuclei familiari che necessitano dell'assistenza di caregiver.

La Rete Sociosanitaria Digitale nasce quindi da un principio fondamentale:

non deve essere il cittadino a spostarsi necessariamente verso il servizio sanitario, ma deve essere sempre più il servizio sanitario a raggiungere il cittadino.

3. LA RETE SOCIO SANITARIA DIGITALE

La rete integra, al 31 agosto 2026:

- **140 Ambulatori Virtuali di Comunità – AVC;**
- **53 Case di Telemedicina;**
- **1 Virtual Community Hospital – VCH,** con sede a Nocera Inferiore;
- **128 Comuni coinvolti;**
- **82 facilitatori digitali operativi;**
- **67 sedi che alimentano stabilmente il sistema di rendicontazione.**

Il modello collega strutture sanitarie, amministrazioni comunali e realtà sociosanitarie e sociali del territorio, creando una rete capillare di punti di accesso assistito ai servizi sanitari digitali.

Gli Ambulatori Virtuali di Comunità rappresentano il livello di maggiore prossimità.

Qui i facilitatori digitali accompagnano il cittadino nell'accesso ai servizi digitali sanitari e amministrativi, riducendo il rischio che l'innovazione tecnologica produca nuove forme di esclusione.

Le Case di Telemedicina estendono il modello alle strutture sociosanitarie e assistenziali e rappresentano nodi territoriali della rete dedicati all'erogazione strutturata di servizi di telemedicina, in collegamento con il sistema sanitario e con l'Ospedale Virtuale.

Il progetto delle Case di Telemedicina è esplicitamente orientato a prossimità, equità di accesso, continuità assistenziale e riduzione del digital divide.

4. IL VIRTUAL COMMUNITY HOSPITAL

Il **Virtual Community Hospital di Nocera Inferiore** costituisce il centro di coordinamento operativo della rete.

Non è semplicemente una centrale tecnologica, ma un vero luogo di governo clinico-organizzativo della sanità digitale territoriale.

Nel VCH sono presenti professionalità sanitarie, tra cui personale infermieristico e medico, in grado di supportare attività cliniche a distanza, telemonitoraggio, teleconsulto, televisita e percorsi specialistici integrati con i nodi territoriali.

Il VCH rappresenta quindi il punto di collegamento tra:

ospedali, specialisti, AVC, Case di Telemedicina, facilitatori digitali, strutture sociosanitarie, pazienti e caregiver.

Questo sistema consente di realizzare un modello di continuità ospedale-territorio nel quale la tecnologia non sostituisce la relazione clinica, ma ne aumenta la capacità di raggiungere il cittadino.

5. LA FACILITAZIONE DIGITALE COME STRUMENTO DI INCLUSIONE

Uno degli elementi distintivi del modello ASL Salerno è il ruolo attribuito alla **facilitazione digitale**.

L'accesso alla sanità digitale richiede infatti strumenti tecnologici, identità digitale, connessione e competenze che non tutti i cittadini possiedono nello stesso modo.

Per questo motivo la rete affianca alla tecnologia una presenza umana.

Il facilitatore supporta il cittadino nell'accesso ai servizi, nella preparazione della televisita, nell'utilizzo degli strumenti digitali e nel rapporto con il sistema sanitario.

Il modello supera quindi una concezione della digitalizzazione fondata esclusivamente sulle piattaforme e propone una forma di **innovazione assistita**, particolarmente importante per anziani, persone con fragilità, cittadini con ridotta alfabetizzazione digitale e residenti delle aree interne.

La responsabilità sociale della rete si esprime proprio in questa scelta: utilizzare la tecnologia non per allontanare il cittadino dal sistema sanitario, ma per **ridurre le distanze e rafforzare la relazione con il servizio pubblico**.

6. TELEVISITA E ACCESSO DISTRIBUITO ALLE CURE

La rete permette al cittadino di usufruire di prestazioni in telemedicina attraverso differenti modalità.

Quando le condizioni cliniche e tecnologiche lo consentono, la televisita può essere effettuata direttamente da casa o dal luogo di lavoro.

Quando il cittadino necessita invece di assistenza, può raggiungere uno degli Ambulatori Virtuali di Comunità o delle strutture collegate alla rete.

Il principio organizzativo diventa quindi quello della **flessibilità del punto di accesso**.

Questo permette di:

ridurre gli spostamenti non necessari; evitare viaggi verso gli ospedali per prestazioni effettuabili a distanza; migliorare la continuità assistenziale; facilitare i cittadini con ridotta mobilità; diminuire l'impegno dei caregiver; ridurre il rischio di rinuncia alle cure legato alla distanza.

7. GOVERNANCE DIGITALE, DASHBOARD E MONITORAGGIO

La Rete Sociosanitaria Digitale è accompagnata da un sistema strutturato di monitoraggio.

Ogni facilitatore dispone di un **portale online ad accesso riservato** attraverso il quale registra giornalmente le prestazioni effettuate, la sede di erogazione e le informazioni relative alla soddisfazione dell'utente.

I dati alimentano una **dashboard centralizzata** a disposizione della UOC GPTI.

La dashboard è collegata alle informazioni relative alle prestazioni programmate attraverso il CUP regionale ed è **aggiornata ogni due ore**, consentendo al team di disporre di una visione aggiornata delle attività e delle televisite programmate.

Il sistema permette di trasformare la raccolta del dato in uno strumento operativo di governo.

Grazie a questa **dashboard evoluta basata su algoritmi di Intelligenza Artificiale** sviluppata con particolare attenzione alla prevenzione del rischio di **no-show sia dei pazienti sia dei professionisti sanitari**, la UOC analizza costantemente i dati relativi alle televisite e monitora un set di **KPI organizzativi, assistenziali e di performance**, tra cui: **tasso di no-show dei pazienti e dei professionisti sanitari; numero e percentuale di televisite effettuate rispetto a quelle programmate; tasso di completamento delle televisite; numero di recall effettuati e relativo esito; percentuale di pazienti raggiunti prima della visita; numero di criticità intercettate e risolte in fase pre-visita; tempi medi di presa in carico e gestione; percentuale di riprogrammazioni; utilizzo degli AVC e delle Case di Telemedicina; distribuzione delle prestazioni per territorio, struttura e specialità; livello di soddisfazione degli utenti e feedback raccolti nel post-visita.**

Attraverso l'elaborazione integrata di questi indicatori e dei dati disponibili, l'algoritmo supporta il team nell'individuazione delle situazioni che richiedono maggiore attenzione, assegnando **livelli di priorità alle attività di recall e ai controlli pre e post visita**. Il personale può così concentrare gli interventi sui casi selezionati come prioritari, verificando preventivamente le condizioni necessarie allo svolgimento della televisita, intervenendo sulle possibili cause di mancata partecipazione e raccogliendo successivamente feedback e informazioni utili al miglioramento continuo del servizio.

La dashboard rappresenta pertanto non soltanto uno strumento di monitoraggio delle performance, ma un vero **sistema di supporto operativo e decisionale data-driven**, capace di trasformare i dati generati dalla rete in azioni mirate, con l'obiettivo di **ridurre i no-show, aumentare il tasso di completamento delle televisite, ottimizzare l'impiego delle risorse professionali, migliorare l'accessibilità ai servizi e incrementare qualità e continuità dei percorsi di telemedicina.**

8. IL SISTEMA DI RECALL E LA PREVENZIONE DEI NO-SHOW

Alla componente tecnologica si affianca un sistema organizzativo di **recall pre e post visita**.

Prima della televisita, il team contatta il cittadino per:

verificare la presenza dei requisiti necessari; controllare strumenti e documentazione; verificare le condizioni per il collegamento; fornire assistenza nella prenotazione; indirizzare, quando necessario, verso l'Ambulatorio Virtuale di Comunità più adeguato.

Il contatto preventivo permette inoltre di intercettare tempestivamente eventuali problemi e di ridurre il rischio di mancata presentazione alla visita.

Il team mantiene parallelamente un contatto diretto e continuativo con le équipe cliniche che effettuano attività in telemedicina.

Il sistema consente quindi di operare sulla prevenzione dei **no-show sia dei pazienti sia dei professionisti**, migliorando l'efficienza delle agende e la capacità del servizio sanitario di utilizzare le risorse disponibili.

Il recall post-visita permette inoltre di acquisire il feedback dell'utente e di trasformare l'esperienza del cittadino in un elemento di valutazione e miglioramento continuo.

9. I RISULTATI RAGGIUNTI

Al **31 agosto 2026**, la rete ha registrato complessivamente:

3.062 prestazioni

di cui 3.046 riferite alle attività della rete e 16 somministrazioni nell'ambito del percorso ematologico territoriale.

Circa **l'80,5% delle prestazioni** è stato effettuato nelle aree interne e nell'area sud della provincia, confermando la capacità del progetto di raggiungere proprio i territori caratterizzati da maggiori distanze dai grandi presidi sanitari.

Sono coinvolti:

128 Comuni, 82 facilitatori digitali operativi, 67 sedi attivamente rendicontanti e 49 professionisti ASL/COT nell'organizzazione e nel governo della rete.

Questi dati dimostrano come il progetto abbia superato la dimensione della sperimentazione tecnologica per assumere le caratteristiche di un vero modello organizzativo territoriale.

10. IMPATTO SULL'ACCESSIBILITÀ E SULL'EQUITÀ

L'impatto principale della rete riguarda il miglioramento dell'accessibilità alle cure.

Le **3.062 prestazioni** rappresentano altrettante occasioni nelle quali il servizio sanitario ha potuto avvicinarsi al cittadino.

Particolarmente significativo è il dato relativo alla distribuzione territoriale delle attività, con circa l'80,5% delle prestazioni concentrate nelle aree interne e meridionali della provincia.

La rete interviene quindi direttamente su uno dei principali determinanti dell'accesso sanitario: la distanza.

La disponibilità di un presidio digitale prossimo al domicilio riduce inoltre l'impatto delle difficoltà motorie e organizzative, con particolare beneficio per:

anziani; persone allettate; pazienti fragili; persone con disabilità o ridotta mobilità; pazienti cronici; caregiver; famiglie residenti lontano dai grandi ospedali.

11. IMPATTO SULLA MOBILITÀ

L'analisi delle prestazioni effettuate ha permesso di stimare:

3.062 spostamenti di andata e ritorno evitati.

Complessivamente, tali spostamenti corrispondono a circa:

91.971 chilometri di mobilità evitata.

La valutazione considera la distanza tra il luogo di origine del cittadino e il presidio presso il quale avrebbe dovuto ricevere la prestazione secondo il modello tradizionale.

Sono stati inoltre stimati **almeno 229 accessi ospedalieri evitati**, di cui 213 collegati ai percorsi di telemedicina e 16 alle somministrazioni territoriali previste dal percorso ematologico.

12. IMPATTO ECONOMICO PER I CITTADINI

Applicando un parametro prudenziale di **0,30 euro per chilometro** ai chilometri di mobilità evitata, il beneficio economico diretto per i cittadini è stimato in:

€ 27.591

di costi di spostamento evitati.

A questo valore si aggiungono i benefici indiretti difficilmente monetizzabili, quali:

giornate di lavoro non perse; minore necessità di accompagnamento da parte dei caregiver; minori costi di parcheggio; minore utilizzo dei mezzi privati; riduzione dello stress associato agli spostamenti verso strutture lontane; riduzione del tempo complessivo necessario per ricevere una prestazione sanitaria.

Il percorso territoriale ematologico ha inoltre generato una stima specifica di **1.328 euro di costi di trasporto evitati**.

13. IMPATTO SUL TEMPO

Uno dei valori sociali meno visibili ma più rilevanti è il tempo restituito ai cittadini e alle famiglie.

Le attività realizzate hanno consentito di evitare complessivamente circa:

2.180 ore di spostamento

equivalenti a circa:

273 giornate lavorative.

Si tratta di tempo sottratto a viaggi, attese e trasferimenti e restituito alla vita familiare, lavorativa e personale.

Il tempo diventa quindi un vero indicatore di sostenibilità sociale.

14. IMPATTO AMBIENTALE

La riduzione degli spostamenti produce anche un beneficio ambientale diretto.

I circa **91.971 chilometri evitati** corrispondono a una stima di:

14,97 tonnellate di CO₂ equivalente evitate

e a circa:

5.978 litri di benzina non consumati.

La stima utilizza un fattore emissivo di **0,16272 kg di CO₂e per chilometro** per autovettura a benzina.

Il progetto dimostra quindi come la digitalizzazione sanitaria possa contribuire contemporaneamente a obiettivi sanitari, sociali e ambientali.

Ogni prestazione che evita uno spostamento non necessario produce infatti un doppio valore: **migliora l'accessibilità alle cure e riduce l'impatto ambientale della mobilità sanitaria.**

15. DALLA TELEVISITA ALLA DELOCALIZZAZIONE DEI PERCORSI CLINICI

La Rete Sociosanitaria Digitale non si limita alla televisita.

Il modello viene progressivamente utilizzato per sviluppare percorsi clinici integrati capaci di spostare sul territorio attività precedentemente concentrate negli ospedali.

Sono stati sviluppati o sperimentati percorsi relativi, tra gli altri, a: rinnovo di piani terapeutici; controlli specialistici; teleconsulto; telemonitoraggio; Unità di Valutazione Integrata; percorsi dedicati alle cronicità; teleodontoatria; radiologia mobile; percorsi dedicati alle malattie rare; scompenso cardiaco; disturbi del sonno; attività specialistiche rivolte alla popolazione penitenziaria; somministrazione territoriale di terapie in collegamento con lo specialista ospedaliero.

Questa evoluzione rappresenta uno dei principali elementi di innovazione della rete.

La telemedicina diventa infatti infrastruttura per la **ridisegnazione dei percorsi assistenziali**, e non semplice strumento di comunicazione a distanza.

16. IL PERCORSO EMATOLOGICO E LA SOMMINISTRAZIONE TERRITORIALE DEI FARMACI

Particolarmente significativa è la sperimentazione relativa alla somministrazione territoriale di farmaci a pazienti fragili, realizzata attraverso un modello di collaborazione tra specialisti ospedalieri, personale sanitario territoriale e infrastruttura di telemedicina.

Al 31 agosto 2026 risultavano effettuate:

16 somministrazioni, rivolte a **2 pazienti fragili**, con attività distribuite su **3 Comuni**, quattro cicli completati e un nuovo percorso clinico strutturato.

La soddisfazione rilevata nell'esperienza pilota è stata pari a **10/10**.

L'esperienza dimostra come, attraverso adeguati protocolli, selezione dei pazienti, tracciabilità, gestione della catena del farmaco, procedure per le emergenze e collegamento specialistico, sia possibile portare sul territorio anche attività cliniche di maggiore complessità.

17. STAKEHOLDER E RETE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione della Rete Sociosanitaria Digitale è il risultato di un modello di governance partecipata.

Tra gli stakeholder interni sono coinvolti:

la UOC GPTI; il Virtual Community Hospital; le 13 COT; le équipe mediche di telemedicina; i facilitatori digitali; professionisti sanitari territoriali; infermieri; farmacia e specialisti ospedalieri.

All'interno del progetto risultano coinvolti **49 professionisti ASL/COT**, mentre **82 facilitatori digitali** operano sul territorio.

Tra gli stakeholder esterni figurano:

128 amministrazioni comunali, le **53 Case di Telemedicina**, realtà del Terzo Settore e associazioni, la Croce Rossa Italiana, IFEL, CSV, strutture sociosanitarie, utenti e caregiver.

Il rapporto con gli stakeholder non avviene esclusivamente nella fase di progettazione, ma accompagna quotidianamente il funzionamento della rete attraverso dashboard, riunioni operative, portale, recall, attività di facilitazione e contatto continuo con le équipe cliniche.

18. RESPONSABILITÀ VERSO GLI UTENTI

L'utente rappresenta il principale stakeholder della rete.

La responsabilità verso il cittadino si concretizza in cinque principi:

Accessibilità, portando i servizi più vicino ai luoghi di vita.

Inclusione, accompagnando chi possiede minori competenze digitali.

Continuità, collegando territorio e specialisti ospedalieri.

Ascolto, attraverso recall e rilevazione della soddisfazione.

Appropriatezza, utilizzando la telemedicina nei percorsi nei quali essa può garantire qualità e sicurezza.

I dati disponibili evidenziano una prevalenza di giudizi positivi e un beneficio particolarmente rilevante per cittadini allettati, con mobilità ridotta o residenti lontano dagli ospedali.

19. RESPONSABILITÀ VERSO I PROFESSIONISTI

L'innovazione produce valore solo se migliora anche l'organizzazione del lavoro.

La rete permette ai professionisti di disporre di agende coordinate, informazioni sulle attività programmate e un sistema di recall che intercetta preventivamente criticità tecnologiche e organizzative.

La relazione continua tra team GPTI, recall ed équipe cliniche permette di ridurre le occasioni di mancato collegamento, migliorare l'utilizzo delle agende e aumentare la continuità con pazienti e caregiver.

Tra gli effetti qualitativi rilevati figurano una migliore programmazione delle attività, la riduzione di alcune visite domiciliari evitabili e la possibilità di effettuare valutazioni dirette mantenendo continuità con il caregiver.

20. RESPONSABILITÀ AMBIENTALE

La responsabilità ambientale rappresenta una conseguenza strutturale del modello.

La telemedicina contribuisce alla riduzione della mobilità sanitaria attraverso la sostituzione degli spostamenti non necessari con prestazioni digitali o territoriali di prossimità.

La misurazione dei chilometri e delle emissioni evitate permette alla rete di includere progressivamente indicatori ambientali nella valutazione delle proprie attività.

L'obiettivo futuro è consolidare questa metodologia e trasformare l'impatto ambientale in un KPI stabile della governance della telemedicina.

In una prospettiva più ampia, lo sviluppo della **Rete Sociosanitaria Digitale dell'ASL Salerno** assume un valore crescente anche come strumento di **adattamento del sistema sanitario agli effetti del cambiamento climatico**. L'aumento della frequenza e dell'intensità delle **ondate di calore estive, dei periodi di freddo intenso e degli eventi meteorologici estremi** può infatti rendere più difficili, rischiosi o talvolta impraticabili gli spostamenti, con conseguenze particolarmente rilevanti per le persone anziane, fragili, con patologie croniche o con ridotta mobilità.

Questa criticità assume un significato ancora maggiore nelle **aree interne e nei territori più distanti dai principali presidi ospedalieri e specialistici**, dove le caratteristiche geografiche e infrastrutturali possono amplificare gli effetti degli eventi climatici estremi. In tale scenario, la telemedicina e la presenza capillare della rete territoriale rappresentano non soltanto strumenti di innovazione e prossimità, ma anche elementi di **resilienza climatica del sistema sanitario**: consentono di avvicinare le competenze specialistiche ai luoghi di vita delle persone, ridurre la necessità di percorrere lunghe distanze e contribuire a garantire la continuità assistenziale anche quando le condizioni ambientali rendono più complesso raggiungere gli ospedali.

Lo sviluppo della rete assume pertanto una **duplice valenza ambientale**: da un lato contribuisce alla **mitigazione**, riducendo spostamenti, consumi di carburante ed emissioni di CO₂; dall'altro rafforza la capacità di **adattamento ai cambiamenti climatici**, rendendo l'assistenza sanitaria territoriale più accessibile, resiliente e vicina ai cittadini. In questa prospettiva, la Rete Sociosanitaria Digitale dell'ASL Salerno rappresenta anche un modello attraverso il quale **innovazione digitale, tutela della salute, equità territoriale e sostenibilità ambientale** possono concorrere alla costruzione di un sistema sanitario maggiormente preparato alle sfide climatiche dei prossimi anni.

21. RESPONSABILITÀ DIGITALE E UTILIZZO DELL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE

L'utilizzo di strumenti di intelligenza artificiale all'interno della rete è concepito come supporto ai processi organizzativi e decisionali.

L'IA può contribuire alla lettura delle informazioni, alla gestione delle agende, all'individuazione delle criticità, alla prevenzione dei no-show, alla stratificazione dei bisogni e all'ottimizzazione della capacità produttiva.

Il principio alla base del modello resta tuttavia quello della **centralità della responsabilità professionale e organizzativa**.

L'intelligenza artificiale deve quindi essere utilizzata come strumento a supporto dell'operatore, secondo criteri di trasparenza, protezione dei dati, sicurezza, appropriatezza e supervisione umana.

22. GOVERNANCE E RESPONSABILITÀ

La governance della rete è affidata alla **UOC Governance dei Processi di Telemedicina e Intelligenza Artificiale**, che assicura:

coordinamento organizzativo; integrazione tra ospedale e territorio; monitoraggio delle attività; standardizzazione dei processi; sviluppo dei nuovi percorsi; collaborazione con i Distretti; integrazione con Comuni e strutture sociosanitarie; valutazione degli indicatori; gestione dell'innovazione tecnologica.

La rete si inserisce nel percorso di rafforzamento dell'assistenza territoriale previsto dal **DM 77/2022**, dalla **Missione 6 del PNRR** e dalle linee nazionali sulla telemedicina.

Le Case di Telemedicina sono state progettate in coerenza con tali riferimenti e con le indicazioni AGENAS relative a televisita, teleconsulto, teleassistenza e telemonitoraggio in luoghi protetti che già accolgono per natura pazienti fragili.

23. METODOLOGIA DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO

La valutazione adottata è di tipo **osservazionale, mixed-method e in itinere**.

La metodologia integra:

dati quantitativi relativi alle prestazioni; dati provenienti dal portale dei facilitatori; informazioni delle agende CUP; distanze origine-destinazione; tempi di percorrenza; costi della mobilità; consumi energetici associati agli spostamenti; emissioni evitate; rilevazioni qualitative della soddisfazione; feedback dei professionisti; analisi specifiche dei percorsi clinici sperimentali.

La valutazione viene svolta internamente dalla UOC GPTI e alimenta un processo di miglioramento continuo.

L'obiettivo non è quindi soltanto misurare quanto è stato fatto, ma utilizzare i dati per **orientare le decisioni future**.

24. CRITICITÀ E AREE DI MIGLIORAMENTO

La valutazione ha consentito di individuare anche alcune criticità.

Tra queste:

la difficoltà di alcuni cittadini nell'utilizzo delle identità digitali; la minore familiarità con la tecnologia soprattutto nelle fasce di età più avanzata; l'utilizzo non ancora uniforme di tutte le postazioni territoriali; la necessità di consolidare alcuni dati demografici e di popolazione raggiunta; la progressiva standardizzazione necessaria per i percorsi clinici più innovativi.

La presenza di criticità non viene interpretata come limite del modello ma come elemento fondamentale di un sistema di responsabilità e miglioramento.

La facilitazione digitale rappresenta, in particolare, la risposta organizzativa al rischio di esclusione digitale.

25. OBIETTIVI DI SVILUPPO

La fase successiva della Rete Sociosanitaria Digitale sarà orientata a consolidare e ampliare il modello attraverso:

maggiore diffusione delle prestazioni di telemedicina; estensione dei percorsi clinici specialistici; aumento dell'utilizzo degli AVC e delle Case di Telemedicina; ulteriore integrazione con COT, distretti e strutture ospedaliere; sviluppo delle cliniche virtuali (attualmente avviate quella dei disturbi del sonno e dello scompenso cardiaco); potenziamento dei sistemi di telemonitoraggio; maggiore integrazione dei dati; sviluppo

responsabile di strumenti di intelligenza artificiale; consolidamento degli indicatori di impatto economico e ambientale; rilevazione sempre più strutturata della Patient Experience; misurazione della riduzione dei no-show; valutazione del tempo restituito a pazienti e caregiver.

Particolare attenzione sarà dedicata alla definizione di indicatori omogenei relativi a utenti unici, popolazione raggiunta, tempi di accesso, utilizzo delle postazioni e soddisfazione.

26. IL VALORE SOCIALE GENERATO

La Rete Sociosanitaria Digitale dell'ASL Salerno dimostra che innovazione tecnologica e responsabilità sociale possono convergere all'interno di un unico modello organizzativo.

Il valore generato non è rappresentato soltanto dal numero delle prestazioni.

È valore sociale:

quando una persona fragile può evitare un viaggio verso un ospedale distante;

quando un anziano viene accompagnato da un facilitatore nell'accesso a un servizio digitale;

quando un caregiver non deve perdere una giornata di lavoro;

quando un paziente può ricevere una prestazione vicino al luogo in cui vive;

quando una visita non viene persa perché il recall ha risolto preventivamente una difficoltà;

quando una terapia specialistica può essere erogata sul territorio mantenendo il collegamento con l'ospedale;

quando migliaia di chilometri di mobilità sanitaria vengono evitati;

quando il dato digitale diventa uno strumento per migliorare concretamente il servizio pubblico.

27. INDICATORI DI IMPATTO AL 31 AGOSTO 2026

3.062 prestazioni complessive

140 Ambulatori Virtuali di Comunità

53 Case di Telemedicina

13 COT

1 Virtual Community Hospital

128 Comuni coinvolti

82 facilitatori digitali operativi

67 sedi attivamente rendicontanti

circa 80,5% delle prestazioni nelle aree interne/area sud

3.062 spostamenti A/R evitati

almeno 229 accessi ospedalieri evitati

91.971 km di mobilità evitata

2.180 ore di viaggio risparmiate

273 giornate lavorative equivalenti restituite a cittadini e famiglie

€ 27.591 di risparmio stimato sui costi di mobilità

5.978 litri di benzina evitati

14,97 tonnellate di CO₂e evitate

16 somministrazioni territoriali nel percorso ematologico

10/10 soddisfazione rilevata nel percorso pilota ematologico.

28. CONCLUSIONI

L'esperienza sviluppata dall'ASL Salerno evidenzia un principio fondamentale: **la tecnologia produce valore sociale quando viene inserita all'interno di una organizzazione capace di accompagnare le persone.**

Portale, dashboard, telemedicina, intelligenza artificiale e dispositivi rappresentano strumenti.

L'impatto nasce invece dall'integrazione di questi strumenti con facilitazione umana, presenza territoriale, coordinamento clinico, monitoraggio, capacità di ascolto e collaborazione istituzionale.

La Rete Sociosanitaria Digitale propone quindi un modello nel quale l'innovazione non sostituisce la prossimità: **la rende possibile anche quando la distanza geografica, la fragilità o il divario digitale rischiano di trasformarsi in disuguaglianza sanitaria.**

I risultati ottenuti nei primi mesi di attività indicano la possibilità di costruire una sanità territoriale più accessibile, efficiente e sostenibile, capace di integrare ospedale e territorio e di mettere realmente il cittadino al centro del sistema.

La principale lezione appresa può essere sintetizzata in un principio:

la prossimità digitale non sostituisce la relazione di cura. La rafforza, la estende e la rende più equa.

È questa la responsabilità sociale che la Rete Sociosanitaria Digitale dell'ASL Salerno assume verso cittadini, professionisti, comunità e territorio.