REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
ENNA

DELIBERA N. 520

DEL 30 MAR 2023

OGGETTO: PNRR - M6 – Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT);
- "Intervento C1 - 1.2.2 - COT Interconnessione Aziendale"
– CUP: G76G22000100006
- Approvazione progetto e avvio processi di approvvigionamento.

U.O. PROPONENTE : U.O.C. SERVIZIO TECNICO

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE N. 832

DEL 30-03-2023

IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	IL DIRETTORE F.F. DELL'U.O. PROPONENTE
Dr. Paolo Cannarozzo	Dr. Ciro Viscuso

S.E.F.P.

Si attesta la copertura finanziaria e la compatibilità con il bilancio di previsione vigente.

[ ] come da prospetto allegato (ALL. N. _____) che è parte integrante della presente delibera.

[ ] Autorizzazione n. 131 sub 1 del 2022 C.E. / C.P. 101021001

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO L'ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	IL DIRETTORE DEL S.E.F.P. IL DIRETTORE DEL SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO E PATRIMONIALE
Sig.ra Loredana Barbagallo	Dott.ssa V. PILATO

DATA RICEZIONE DELLA PROPOSTA PRESSO U.O.C. STAFF 30-3-2023

RICHIAMATO l'atto deliberativo n. 1894 del 29.12.2023 con cui:

- è stato approvato il Progetto Tecnico e analisi del fabbisogno con quadro economico delle risorse necessarie, relativo alle Centrali Operative Territoriali (COT) - Interconnessione Aziendale interconnessione aziendale delle), dell'importo complessivo di €. 3.482.501,46 che presenta il seguente quadro di spesa:

DESCRIZIONE E CARATTERISTICHE DELL'INTERVENTO	QUADRO ECONOMICO
Importo software	1.567.125,66
Importo hardware	1.044.750,44
Importo migrazione e interconnessione dati	522.375,22
Importo formazione del personale	348.250,14
TOTALE GENERALE DEL PROGETTO (Importo complessivo per l'interconnessione aziendale)	**€. 3.482.501,46**

- è stato dato atto che per l'approvvigionamento delle risorse necessarie per la realizzazione complessiva dell'intervento erano attive le seguenti Convenzioni ed Accordi Quadro Consip:

Tipo	Descrizione	CIG	Importo
AQ	Servizi applicativi in ottica cloud e PMO	8210634D82	2.437.751,02
CO	Tecnologie Server 4 - lotto 6	9224206797	120.000,00
CO	Microsoft Enterprise Agreement 7	9013132FCE	65.000,00
CO	Licenze software multibrand 4	8628588811	60.000,00
AQ	SPC Conennttività - Spc 2	5133642F61	799.750,44
TOTALE GENERALE DEL PROGETTO (Importo complessivo per l'interconnessione aziendale)			**€. 3.482.501,46**

ATTESO che a causa della capienza dei fondi Consip, non è stato possibile aderire all'Accordo Quadro "Servizi Applicativi in ottica Cloud e PMO" sulla relativa piattaforma;

PRESO ATTO che il Ministero della Salute con nota n. 534 del 03.03.2023 ha comunicato alle Regioni e quindi anche alla Regione Sicilia che è stato predisposto un nuovo Capitolate Tecnico per l'affidamento dei servizi per l'interconnessione aziendale che recepisce le osservazioni ricevute da Agenas condiviso con Consip che permette un generale e significativo miglioramento del progetto;

RILEVATO che tale nota è stata trasmessa a questa ASP di Enna, dall'Assessorato Regionale della Salute con n. 19633 del 28.03.2023, per gli adempimenti consequenziali;

EVIDENZIATO che così da indicazioni ministeriali, la U.O.C: Servizio Tecnico ha provveduto ad aggiornare il progetto;

DATO ATTO che l'importo dell'intervento rimane immutato, mentre vengono modificate le convenzioni Consip e gli Accordi Quadro ai quali aderire che sono le seguenti:

Descrizione intervento	Convenzione/ AQ Consip	CIG	Importo
Software e hardware	Sanità Digitale 3 – Data governance CENTRO-SUD	91882439FB	1.550.000,00
	Sanità Digitale 3 – Servizi di supporto	9188267DC8	431.876,10
	Polo Strategico Nazionale ("PSN")	9066973ECE	450.000,00
	Tecnologie Server 4 - lotto 6	9224206797	110.000,00
	Licenze software multibrand 5	913379995F	70.000,00
		Sub-totale	2.611.876,10
Migrazione e interconnessione dati	SPC Connettività	5133642F61	150.000,00
	Sanità Digitale 3 – Data governance CENTRO-SUD	91882439FB	372.375,22
		Sub-totale	522.375,22
Formazione del personale	Sanità Digitale 3 – Servizi di supporto	9188267DC8	348.250,14
		Sub-totale	348.250,14
		TOTALE	3.482.501,46

VISTO il Progetto Tecnico elaborato dalla U.O.C. Servizio Tecnico del 30.03.2023, sulla base delle indicazioni ministeriali, allegato al presente provvedimento per farne parte integrante relativo agli investimenti previsti per il potenziamento delle cure domiciliari e nello specifico delle Centrali COT;

DATO ATTO che la spesa complessiva, di €. 3.482.501,46 necessaria per la realizzazione dell'intervento, grava sulle somme assegnate con D. A. n. 667 del 29.07.2022 dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana, con cui l'ASP di Enna è stata delegata, in qualità di *"Soggetto attuatore esterno"*, a realizzare n. 42 interventi di propria competenza territoriale finanziati nell'ambito del PNRR – Missione 6 – Componenti 1 e 2 e del PNC – fonte di finanziamento 119 - autorizzazione di spesa 131/2022 e sarà imputata sul conto n. 101021001 del bilancio di competenza;

L'anno duemilaventitre il giorno 30 MAR 2023 del mese di ..... nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna;

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott. Francesco Iudica nominato con Decreto Presidenziale n. 189/serv.1/S.G. del 04/04/2019, coadiuvato dal Direttore Amministrativo, Dr.ssa Sabrina Cillia e dal Direttore Sanitario, Dott. Emanuele Cassarà e con l'assistenza del Segretario Verbalizzante _____

VISTI

- La Legge Regionale 5 /2009 e s.m.i.;
- L'Atto Aziendale adottato con delibera n. 857 del 12.06.2020;
- Il D. Lgs. n. 50 del 18.04.2016 e ss.mm.ii.;

VISTI i seguenti allegati alla presente delibera:

A) Progetto Tecnico e analisi del fabbisogno con quadro economico
B) Nota del Ministero della Salute n. 534 del 03.03.2023
C) Nota dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana n. 19633 del 28.03.2023;

DATO ATTO che la Direzione della U.O.C. che propone il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 3 del D.L. 23 ottobre 1996, come modificato dalla L. 20 dicembre 1996 n. 639, e che lo stesso è stato predisposto nel rispetto della Legge 6 novembre 2012 n. 190 – Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione – nonché nell'osservanza dei contenuti del Piano aziendale della prevenzione della corruzione 2019/2021;

ACQUISITO il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

per le motivazioni espresse in narrativa che si intendono integralmente riportate:

1. **DI CONFERMARE** il Progetto Tecnico e analisi del fabbisogno, con le modifiche apportate sulla base delle indicazioni ministeriali, con quadro economico delle risorse necessarie, relativo alle Centrali Operative Territoriali (COT) - Interconnessione Aziendale, dell'importo complessivo di €. 3.482.501,46 che presenta il seguente quadro di spesa:

DESCRIZIONE E CARATTERISTICHE DELL'INTERVENTO	QUADRO ECONOMICO
Importo software	1.567.125,66
Importo hardware	1.044.750,44
Importo migrazione e interconnessione dati	522.375,22
Importo formazione del personale	348.250,14
TOTALE GENERALE DEL PROGETTO (Importo complessivo per l'interconnessione aziendale)	**€. 3.482.501,46**

2. **DI DARE ATTO** che per l'approvvigionamento delle risorse necessarie per la realizzazione complessiva dell'intervento, in atto, sono presenti le seguenti Convenzioni ed Accordi Quadro Consip:

Descrizione intervento	Convenzione/ AQ Consip	CIG	Importo
Software e hardware	Sanità Digitale 3 – Data governance CENTRO-SUD	91882439FB	1.550.000,00
	Sanità Digitale 3 – Servizi di supporto	9188267DC8	431.876,10
	Polo Strategico Nazionale ("PSN")	9066973ECE	450.000,00
	Tecnologie Server 4 - lotto 6	9224206797	110.000,00
	Licenze software multibrand 5	913379995F	70.000,00
		Sub-totale	2.611.876,10
	SPC Connettività	5133642F61	150.000,00

Migrazione e interconnessione dati	Sanità Digitale 3 – Data governance CENTRO-SUD	91882439FB	372.375,22
		Sub-totale	522.375,22
Formazione del personale	Sanità Digitale 3 – Servizi di supporto	9188267DC8	348.250,14
		Sub-totale	348.250,14
		TOTALE	**3.482.501,46**

3. **DI DARE MANDATO** alla competente U.O.C. Servizio Provveditorato, di avviare le procedure necessarie ai fini della adesione alle Convenzioni ed Accordi Consip presenti sulla relativa piattaforma informatica.

4. **DI TRASMETTERE** il presente provvedimento, unitamente agli elaborati progettuali, alla U.O.C. Servizio Provveditorato per gli adempimenti di competenza.

5. **DI DARE ATTO** che la spesa complessiva di *€. 3.482.501,46* necessaria per la realizzazione dell'intervento grava sulle somme assegnate con D. A. n. 667 del 29.07.2022 dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana, con cui l'ASP di Enna è stata delegata, in qualità di *"Soggetto attuatore esterno"*, a realizzare n. 42 interventi di propria competenza territoriale finanziati nell'ambito del PNRR – Missione 6 – Componenti 1 e 2 e del PNC – fonte di finanziamento 119 - autorizzazione di spesa 131/2022 e sarà imputata sul conto n. 101021001 del bilancio di competenza;

6. **DI RENDERE** il presente provvedimento immediatamente esecutivo stante la necessità di conseguire entro i termini prefissati gli obiettivi finanziari stabiliti nel PNRR.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dr. Sabrina Cillia

IL DIRETTORE SANITARIO
Dr. Emanuele Cassarà

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr. Francesco Iudica

IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE
Giuseppa Tornabene

PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione, su conforme relazione dell'addetto, è stata pubblicata in copia all'Albo Pretorio informatico dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n° 30/93 s.m.i., e dell'art. 32 della L. n. 69 del 18/06/2009, dal 02 APR 2023 al 16 APR 2023

L'incaricato

_____

PER DELEGA DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
IL Dirigente U.O.C. COORD. STAFF

Notificata al Collegio Sindacale il ..... con nota prot. n°. .....

DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

dell'Assessorato Regionale Sanità ex L.R. n° 5/09 trasmessa in data _____ prot. n° _____

SI ATTESTA

che l'Assessorato Regionale Sanità:

- ha pronunciato **l'approvazione** con provvedimento n° _____ del _____
- ha pronunciato **l'annullamento** con provvedimento n° _____ del _____

come da allegato.

Delibera divenuta esecutiva per decorrenza del termine previsto dall'art. 16 della L.R. n° 5/09 dal _____

DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

- esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L.R. n° 25/93, così come modificato dall'art. 53 della L.R. n° 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10 gg. di pubblicazione all'Albo, dal _____
- immediatamente esecutiva dal 30 MAR 2023

Enna lì,

IL FUNZIONARIO INCARICATO

_____

REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

- Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n°. _____ del _____
- Modifica con provvedimento n°. _____ del _____

Enna lì,

IL FUNZIONARIO INCARICATO

_____

LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)
CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI – INTERCONNESSIONE AZIENDALE

L'attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) è prevista nell'ambito del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), precisamente all'interno della Missione 6 "Salute" Componente 1 (M6C1) "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", relativamente agli investimenti previsti per il potenziamento delle cure domiciliari e nello specifico sono previste 600 Centrali COT in tutta Italia, ovvero 1 per ogni Distretto e comunque 1 ogni 100.000 residenti. Di queste, n.49 sono da attivare in Sicilia.

La Missione 6 "Salute" si incentra su due obiettivi principali: prevenzione e assistenza sul territorio, tramite l'integrazione fra servizi sanitari e sociali, e la modernizzazione di tutto l'apparato tecnologico in dotazione alle strutture del Sistema Sanitario Nazionale.

La Missione 6 Salute (M6) - Componente 1 (C1), da adesso in poi definita M6C1 si pone quattro obiettivi generali:

- potenziare il SSN, allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti, anche alla luce delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica;
- rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari;
- sviluppare la telemedicina e ~~a~~ superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio;
- sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare.

Per l'attuazione degli obiettivi del PNRR, è stato successivamente emanato il Decreto Ministero Salute n.77/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" che definisce in maniera globale il servizio previsto dalle COT e ne stabilisce i requisiti, fornendo indicazioni strutturali, tecnologiche ed organizzative sulle COT. In particolare le Centrali Operative Territoriali (COT) devono prevedere i seguenti sistemi:

- Sistemi di tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- sistemi di raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina;
- infrastrutture tecnologiche ed informatiche integrate con i principali applicativi di gestione aziendale;
- software con accesso al fascicolo sanitario elettronico (FSE) e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate, sistema informativo condiviso e interconnesso con la centrale operativa regionale 116117.

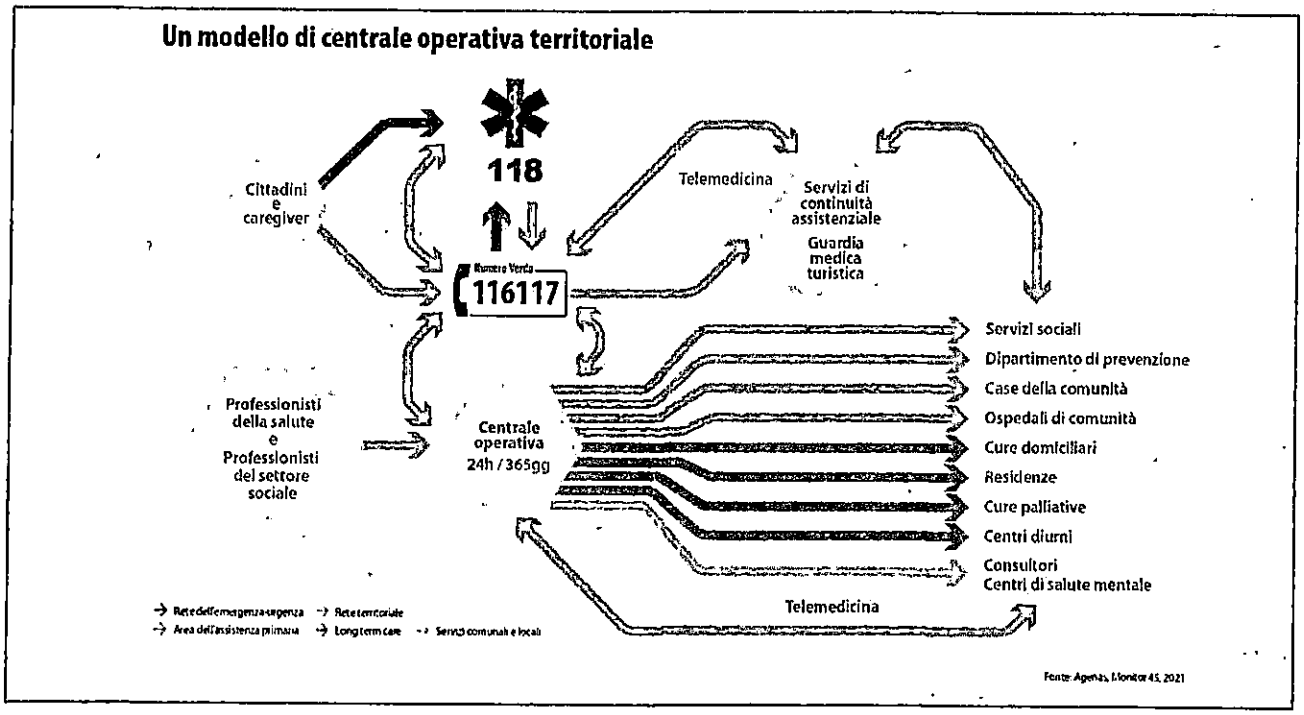
Le Centrali Operative Territoriali sono una delle principali novità introdotte con la riforma dell'assistenza di prossimità e rientrano nel subinvestimento M6C1 I1.2.2, il quale prevede interventi relativi a:

- realizzazione delle COT;
- interconnessione aziendale;
- device a supporto degli operatori e dei pazienti;
- implementazione di un progetto pilota per i servizi di Intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza primaria, per verificare le opportunità e i rischi relativi all'implementazione di tali strumenti all'interno del SSN;

- potenziamento del Portale della Trasparenza, con la finalità di fornire al cittadino informazioni in ambito sanitario di facile accesso, chiare e univoche, assicurando la necessaria integrazione tra le differenti fonti informative già esistenti, a livello nazionale, regionale e locale.

Le Centrali Operative Territoriali opereranno a livello distrettuale e hanno l'obiettivo di gestire la continuità assistenziale dei pazienti che passano dall'ospedale ad altri setting territoriali, spesso con specifico riferimento alle dimissioni protette. Le COT infatti sono state progettate per svolgere "*una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti (setting assistenziali) al fine di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria*".

I setting assistenziali coinvolti nell'attività di coordinamento delle COT sono: attività territoriali, sanitarie, sociosanitarie, ed ospedaliere che dialogano con la rete dell'emergenza-urgenza.



Una COT è un modello assistenziale che rappresenta l'evoluzione dei PUA (Punti Unici di Accesso), i quali hanno prettamente funzione informativa e di attivazione mono-professionale, in cui non è prevista la presa in carico integrata dei pazienti, e che saranno assorbiti dalle COT.

A differenza dei PUA, la COT prevede la presa in carico del paziente e la svolta è rappresentata dall'utilizzo di un **sistema informativo** condiviso tra le diverse COT ed i rispettivi organismi/strutture coinvolti i quali condivideranno in tempo reale i dati utili alla gestione socio-sanitaria ed assistenziale del paziente operando 7 giorni su 7.

Il presente documento mira a definire una soluzione progettuale per la realizzazione del suddetto sistema informativo, finanziato nell'ambito della misura di investimento PNRR M6.C1 – 1.2.2 Centrali operative territoriali - Interconnessione aziendale.

Tale sistema rappresenterà una piattaforma regionale con il ruolo di integratore e facilitatore tra l'ospedale e il territorio, fornendo una mappa delle disponibilità e delle soluzioni offerte dalle strutture, consultabile dalle COT al fine di garantire la continuità assistenziale nel percorso del paziente.

La seguente iniziativa si inserisce nella più ampia rivisitazione dei sistemi informativi sanitari, atti a creare un ecosistema interoperabile, per una maggiore efficacia dei processi di cura.

Pertanto, il sistema garantirà l'**interconnessione** tra le diverse realtà territoriali, configurandosi come una piattaforma tecnologica di gestione della *transitional care* a livello sovraordinato rispetto alla rete di 50 COT previste in ambito aziendale dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Il sistema informatico che verrà utilizzato dagli operatori delle COT sarà unificato a livello regionale per quanto concerne la *user experience* e la logica applicativa. Allo stesso tempo, sarà segmentato a livello aziendale per la gestione e l'archiviazione delle informazioni.

La COT dovrà attuare la *transitional care* delle fragilità attraverso la connessione dei nodi della rete delle cure intermedie (Ospedali di comunità, Residenza Sanitaria Assistenziale, Assistenza Domiciliare Integrata), abilitando e facilitando le connessioni tra professionisti e il percorso dei pazienti tra luoghi di cura differenti.

Tramite il portale informatico i diversi operatori potranno interagire in tempo reale coordinando la presa in carico del paziente e raccordando servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali, per il soddisfacimento dei bisogni del paziente.

Le funzioni che la COT dovrà svolgere per coordinare la presa in carico del paziente e raccordare i servizi e professionisti sociosanitari sul territorio sono tre:

1. Sovraintendere il coordinamento dei diversi professionisti nella presa in carico dei pazienti nei diversi *setting* assistenziali oltre all'organizzazione logistica degli spostamenti;
2. Comunicare attraverso la distribuzione di dati ai professionisti della rete assistenziale e la condivisione di "pacchetti informativi" con gli *stakeholder* interessati;
3. Monitorare, supportando la presa in carico dei pazienti, anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina e strumenti utili all'inquadramento e alla scelta del *setting* di destinazione.

La funzione di coordinamento di Professionisti e Servizi delle COT può essere distinta nei seguenti punti:

1. coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
2. coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
3. tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
4. supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
5. raccolta, gestione e monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità (PIC), dei pazienti in assistenza domiciliare con gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle Case della Comunità (CdC) e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

L'**interconnessione** tra i vari Organismi coinvolti è prevista come già accennato, mediante infrastrutture tecnologiche ed informatiche integrate in grado di trasmettere informazioni in real-time dai principali applicativi di gestione aziendale, dai Fascicoli Sanitari Elettronici (FSE), dai gestionali aziendali, dai software di registrazione delle chiamate e dai servizi di Telemedicina.

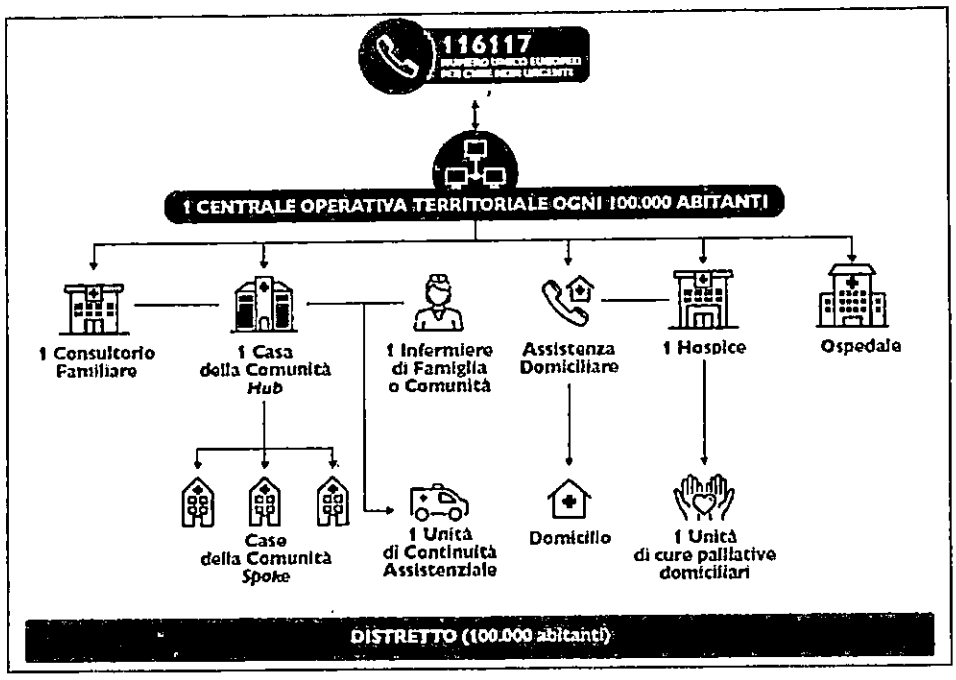
Per l'importante ruolo che rivestono le COT, è indispensabile che il Sistema Informativo sia **condiviso** e **interconnesso** con la Centrale Operativa Regionale 116117, in modo da poter gestire situazioni complesse o di emergenza-urgenza non solo a livello distrettuale, ma anche territoriale, ciò garantirebbe un accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio regionale.

Nello specifico, attraverso un adeguato **sistema informativo**, le COT dovranno interfacciarsi con i seguenti Organismi/servizi:

Centrale Operativa NEA 116117: il Numero Europeo Armonizzato (NEA), unico a livello europeo e nazionale, ha lo scopo di facilitare l'accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti (per esempio continuità assistenziale) e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura,

raccordandosi anche con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza urgenza, con le Centrali Operative Territoriali e con altri servizi previsti da ciascuna Regione. La Centrale Operativa NEA 116117 (CO 116117) offre un servizio diretto ed il servizio è aperto, gratuito e attivo h24 7/7 giorni, e permette alla popolazione di entrare in contatto con un operatore, sanitario o tecnico-amministrativo opportunamente formato, che possa fornire assistenza, direttamente o attraverso il trasferimento di chiamata al servizio competente, a valenza sociosanitaria.

- Casa della Comunità (CdC): è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e rappresenta il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. Nella Casa della Comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale. La Centrale Operativa Territoriale (COT) opera come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle 4 reti di servizi che vedono la Casa della Comunità in un ruolo centrale. In particolare, le 4 reti di servizi da coordinare sono:
  - Rete intra-CdC: costituita dalla messa in rete dei professionisti che svolgono la loro attività anche nelle forme associative interne o collegate alla CdC;
  - Rete inter-CdC: costituita dalla messa in rete tra CdC hub e CdC spoke al fine di contemperare le esigenze di capillarità erogativa e di prossimità con la necessità di raggiungere una massa critica per alcuni servizi a maggiore intensità specialistica e tecnologica, sia per poter rispondere in modo flessibile ai diversi contesti geografici caratterizzati da differente densità abitativa e livelli di presenza attiva dei MMG nelle strutture ambulatoriali delle CdC;
  - Rete territoriale: la CdC è messa in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, quali assistenza domiciliare, ospedali di comunità, hospice e rete delle cure palliative, RSA e altre forme di strutture intermedie e servizi;
  - Rete territoriale integrata: la CdC è in rete con l'attività ospedaliera, anche grazie all'ausilio di piattaforme informatiche, in particolare quella specialistica ambulatoriale o di day service svolta in questo contesto. Questo può avvenire nella doppia direzione di invio di pazienti selezionati dalla CdC, per fasi di processi assistenziali e stadi di patologia che richiedono prestazioni ospedaliere e/o ambulatoriali specialistiche. Tale forma di integrazione e coordinamento ha una maggiore valenza soprattutto in merito alla gestione comune dei malati cronici più complessi e ad alto grado di instabilità, che sono soggetti a frequenti ricoveri.
- servizio dell'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata): il servizio informativo della COT dovrà essere in grado di interfacciarsi e raccordare i servizi dell'ADI in modo da inserire facilmente i dati dei pazienti presi in carico nel Fascicolo Sanitario Elettronico. Lo scopo è che il Distretto, attraverso il sistema informativo delle COT, favorisca l'integrazione tra Professionisti e Servizi assicurando continuità dell'assistenza, prendendo visione delle transizioni degli assistiti tra i diversi setting assistenziali.
- Rete Locale di Cure Palliative (RLCP): è un'aggregazione funzionale integrata delle attività di cure palliative (CP) che coordina e integra le Cure Palliative nei diversi livelli di assistenza, in collaborazione con la Centrale Operativa Territoriale, i Punti Unici di Accesso, l'Assistenza Domiciliare Cure Palliative (di Base, Specialistiche e Pediatriche), la rete della terapia del dolore e l'Assistenza Primaria.



RUOLO DELLE COT

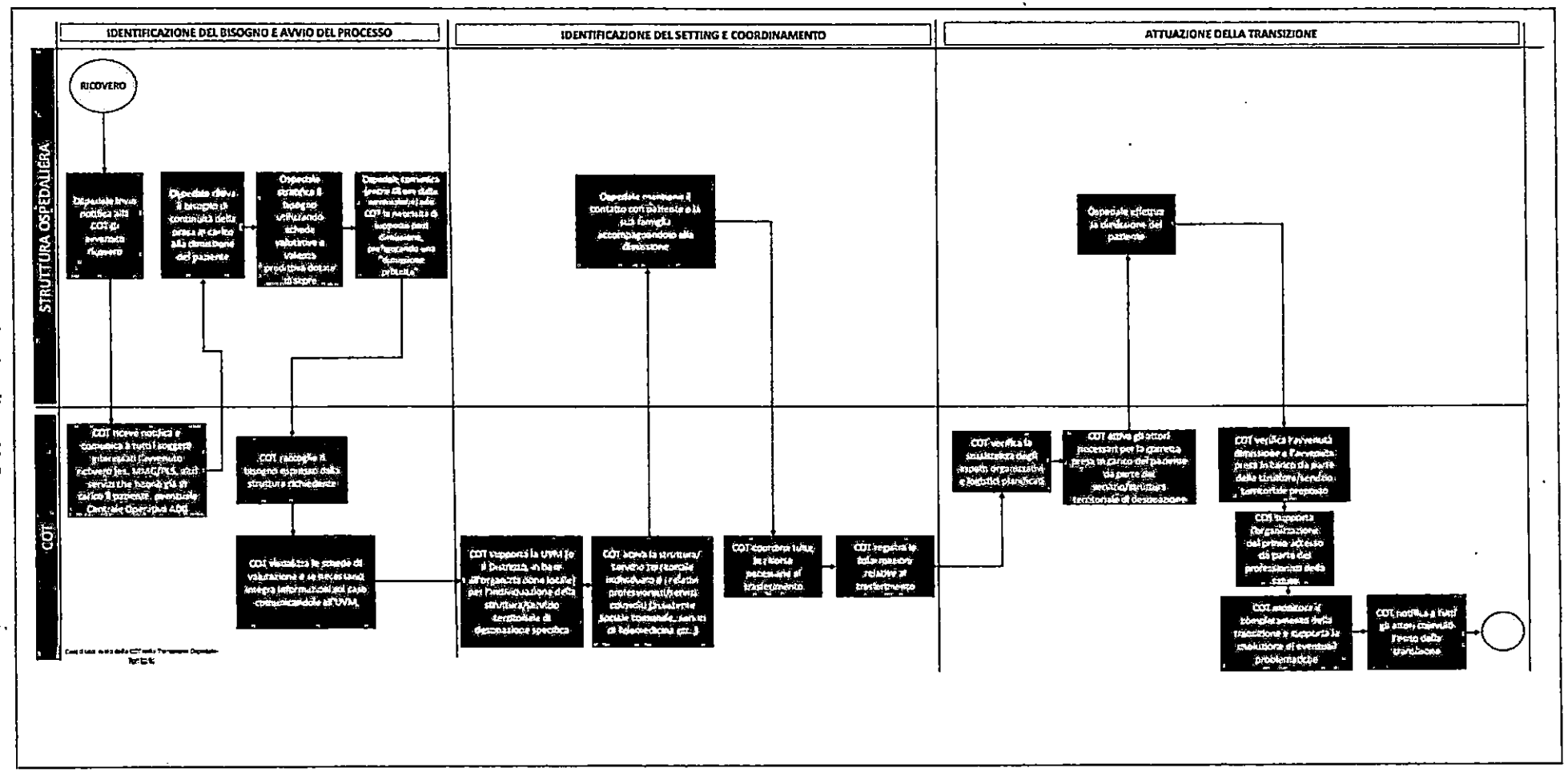
Le COT avranno un ruolo sulle:

- TRANSIZIONE OSPEDALE – TERRITORIO: nei casi in cui la struttura ospedaliera esprime il bisogno di continuità delle cure per un paziente ricoverato per il quale, alla dimissione, si prevede la necessità di supporto sanitario/sociale rilevato anche attraverso l'utilizzo di strumenti e/o scale validate.
- TRANSIZIONE TERRITORIO – OSPEDALE: nei casi in cui il Territorio (rappresentato dai suoi diversi setting) esprime il bisogno di un ricovero ospedaliero (ammissione protetta) non a carattere di urgenza, ma programmabile.
- TRANSIZIONE TERRITORIO – TERRITORIO: nei casi in cui il Servizio sociale/sociosanitario/MMG che ha in carico il soggetto sul territorio esprime il bisogno di modificare/integrare il setting assistenziale della persona.
- COORDINAMENTO E MONITORAGGIO DELLA SALUTE AL DOMICILIO – TELEMONITORAGGIO E/O TELECONTROLLO - (DM 29 APRILE 2022 Linee guida organizzative contenenti il "Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare"): relativo all'assistenza domiciliare.

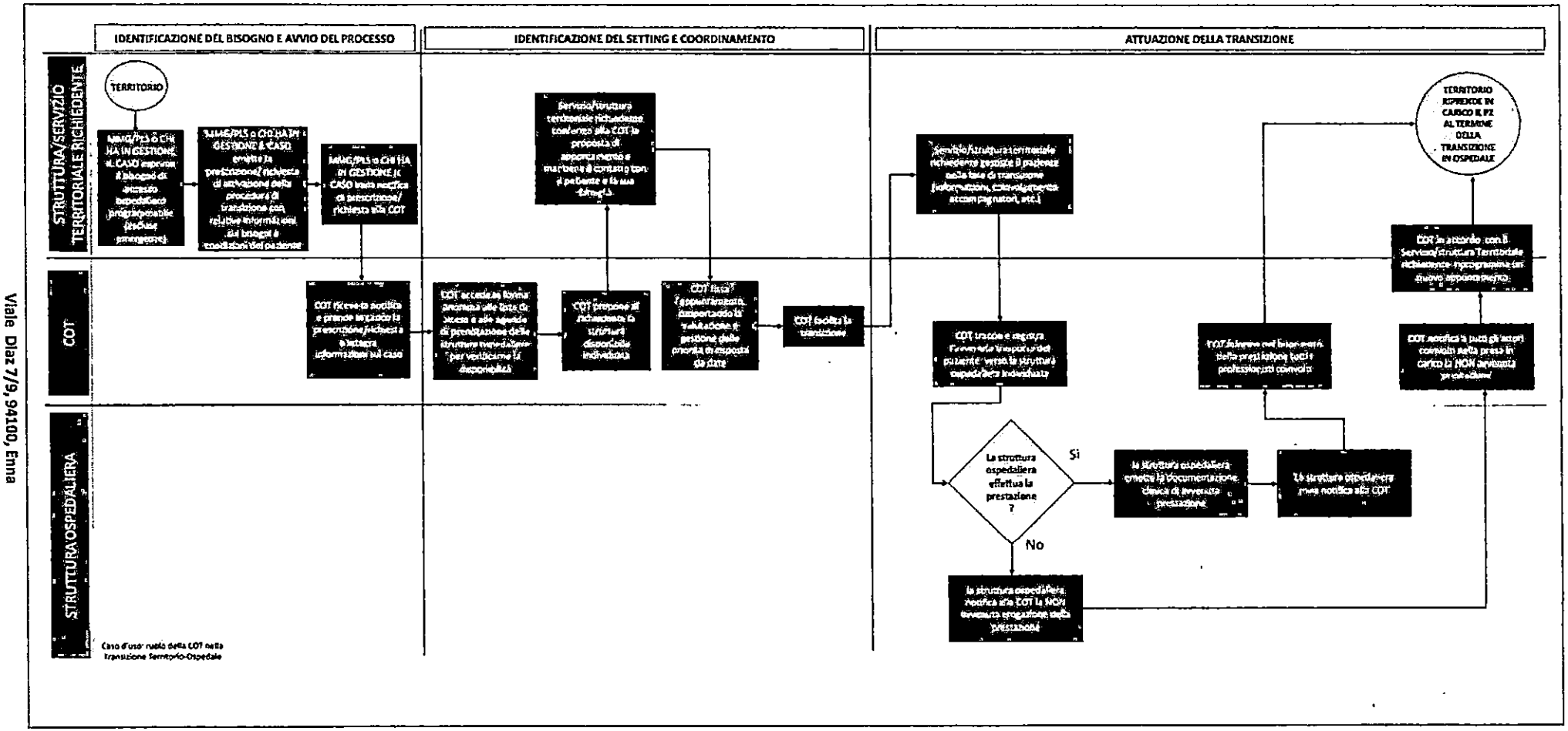
Relativamente ai ruoli delle COT appena descritti, i supporti tecnici e le informazioni che si ritiene debbano essere a disposizione di tali centrali operative territoriali sono:

- TRANSIZIONE OSPEDALE – TERRITORIO (dimissione protetta):
  - sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) corredata delle informazioni anagrafiche, contatti del paziente e/o famiglia, dei dati sulla complessità del caso e sui bisogni e proposta di setting giudicata opportuna da parte dello specialista ospedaliero;
  - possibilità di verificare per il paziente specifico i servizi attivi/già attivati (sanitari, sociosanitari, sociali);
  - disponibilità della mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale, con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, disponibilità posti letto, referenti, numeri di contatto, ecc.), con possibilità di riservare la risorsa e gestire nel contempo la attivazione di servizi alternativi e temporanei;

- cruscotto dei pazienti in dimissione (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) con lo stato di avanzamento del processo di transizione (es. esito approfondimento valutativo del bisogno, programmazione primo accesso al domicilio, attivazione di servizi alternativi temporanei nel caso di liste di attesa sature per l'accesso a regimi ad accesso contingentato, ecc.) comprensiva di funzionalità di notifica degli scostamenti rispetto al processo atteso (gestione delle fasi e analisi dei tempi di transizione per monitorare gli scostamenti rispetto allo standard concordato o suggerito dai sistemi di assessment secondo complessità delle condizioni di salute del paziente);
- sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti al domicilio, attivazione servizio ADP, attivazione servizio ADI da parte del MMG, ecc.);
- cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità di reportistica anche per la valutazione della rispondenza alle fasi e tempi previsti e con funzionalità di notifica degli scostamenti eventuali;
- sistema informatico dove registrare i dati necessari per gestire la programmazione delle transizioni "intermedie" previste in modo da consentire alla COT di disporre di un monitoraggio anche della programmazione delle attività oltre che delle transizioni "in itinere".

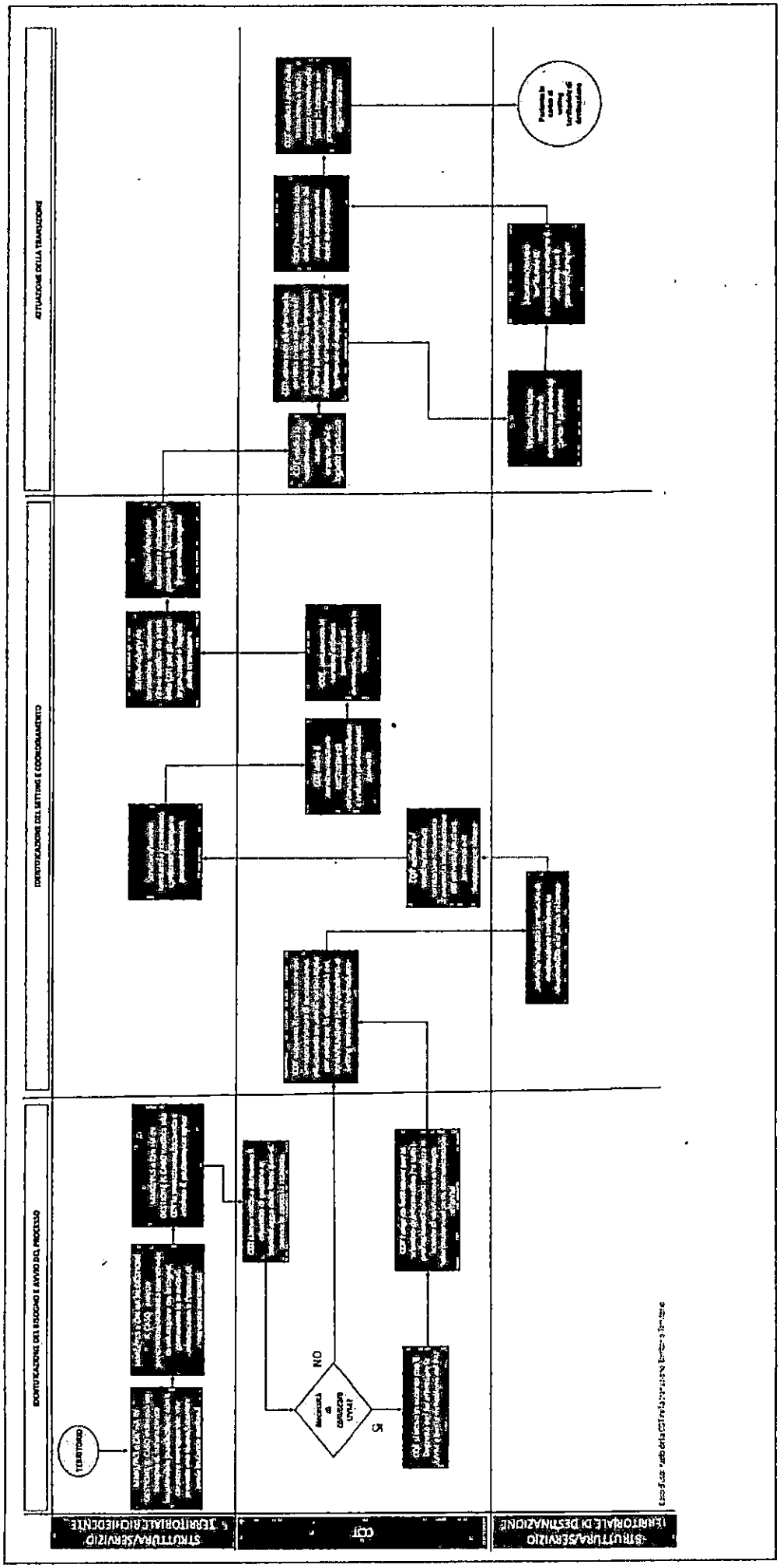

IDENTIFICAZIONE DEL BISOGNO E AVVIO DEL PROCESSO
IDENTIFICAZIONE DEL SETTING E COORDINAMENTO
ATTUAZIONE DELLA TRANSIZIONE
STRUTTURA OSPEDALIERA
COT
RICOVERO
Ospedale invia notifica alla COT di avvenuto ricovero
Ospedale rileva il bisogno di continuità della presa in carico alla dimissione del paziente
Ospedale stratifica il bisogno utilizzando scheda valutativa e valuta il predittivo dopo 48 ore
Ospedale comunica tramite [illegible] alla COT la necessità di supporto post dimissione, [illegible] una "segnalazione prioritaria"
COT riceve notifica e comunica a tutti i soggetti interessati l'avvenuto ricovero [illegible]
COT raccoglie il bisogno espresso dalla struttura ospedaliera
COT visualizza la scheda di valutazione e la integra [illegible] informazioni del caso [illegible] all'UVM
Ospedale mantiene il contatto con paziente e la sua famiglia accompagnandolo alla dimissione
COT supporta la UVM [illegible] il Distretto, [illegible] per l'individuazione della struttura [illegible] territoriale di destinazione specifica
COT scrive la struttura/servizio territoriale individuato [illegible] professionali/[illegible] [illegible] di telemedicina [illegible]
COT coordina tutte le risorse necessarie al trasferimento
COT registra le informazioni relative al trasferimento
Ospedale effettua la dimissione del paziente
COT verifica la sussistenza degli aspetti organizzativi e logistici pianificati
COT attiva gli attori necessari per la gestione [illegible] del paziente da parte del servizio/[illegible] territoriale di destinazione
COT verifica l'avvenuta dimissione e l'avvenuta presa in carico da parte della struttura/servizio territoriale proposto
COT supporta l'organizzazione del primo accesso da parte dei professionisti della rete
COT assicura il coordinamento della transizione e supporta la risoluzione di eventuali problematiche
COT notifica a tutti gli attori coinvolti l'avvenuta dimissione

- TRANSIZIONE TERRITORIO – OSPEDALE (accessi ospedalieri programmabili, quindi non urgenti):
  - Cruscotto di ricezione delle richieste di ospedalizzazione programmata;
  - Possibilità di recuperare informazioni sulla presenza di esigenze clinico assistenziali specifiche (es. trasportabilità, utilizzo di particolari presidi, presenza di un accompagnatore) dai sistemi informatici del setting che ha in carico l'assistito o dal MMG;
  - Possibilità di recuperare informazioni sulla prestazione richiesta per cui è necessario un accesso in ospedale (es. sostituzione di catetere venoso centrale, PEG, programmazione di visite specialistiche o esami diagnostici);
  - cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni;
  - possibilità di accedere alle agende di prenotazione delle strutture ospedaliere con l'indicazione delle disponibilità per la fase di prenotazione e con la possibilità di riservare la risorsa individuata;
  - sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti a domicilio, ADI, ADICP, ecc.);
  - cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità di reportistica anche per la valutazione della rispondenza alle fasi e tempi previsti e con funzionalità di notifica degli scostamenti eventuali;
  - sistema integrato con i principali applicativi di gestione ospedaliera per acquisire accettazione/dimissione del paziente (prestazioni ospedaliere);

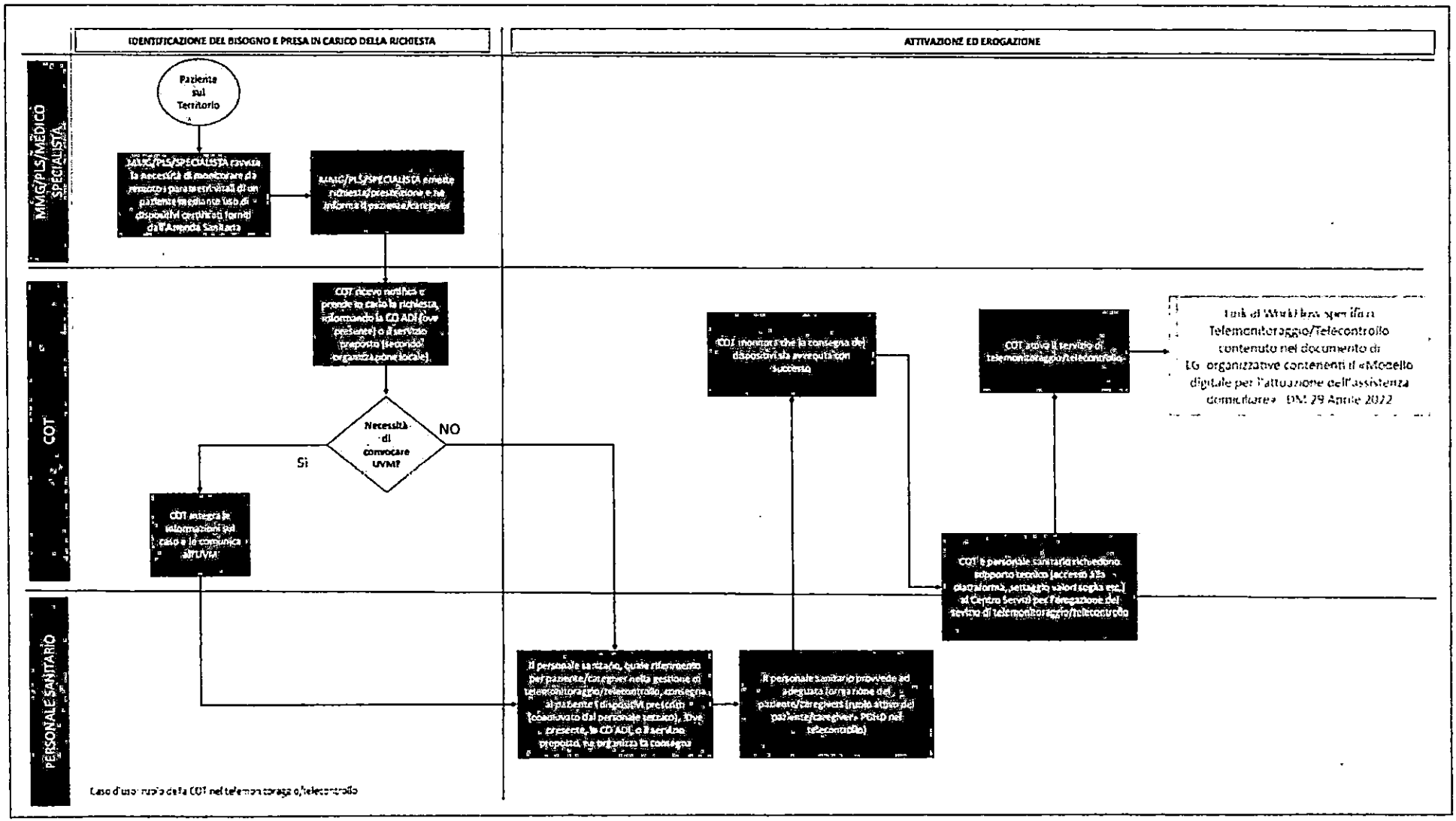

IDENTIFICAZIONE DEL BISOGNO E AVVIO DEL PROCESSO
IDENTIFICAZIONE DEL SETTING E COORDINAMENTO
ATTUAZIONE DELLA TRANSIZIONE
STRUTTURA/SERVIZIO TERRITORIALE RICHIEDENTE
COT
STRUTTURA OSPEDALIERA
TERRITORIO
MMG/PLS o CHI HA IN GESTIONE IL CASO rileva il bisogno di accesso ospedaliero (programmabile/ifficile programmabile)
MMG/PLS o CHI HA IN GESTIONE IL CASO emette la prestazione/ richiesta di attivazione della procedura di transizione con relative informazioni sul bisogno e condizioni del paziente
MMG/PLS o CHI HA IN GESTIONE IL CASO invia notifica di prenotazione/ richiesta alla COT
COT riceve la notifica e prende in carico la prenotazione/richiesta e lo segnala informazioni sul caso
COT accedendo forma informatica alle liste di attesa e alle agende di prenotazione delle strutture territoriali per verificarne la disponibilità
COT propone al richiedente la struttura disponibile individuata
COT tiene l'appuntamento, supportando la valutazione e gestione della priorità in base alla data
COT esegue la transizione
Servizio/struttura territoriale richiedente contatta la COT la proposta di appuntamento e mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia
Servizio/struttura territoriale richiedente supporta il paziente nella fase di transizione (informazioni, coinvolgimento accompagnatori, etc.)
COT traccia e registra l'avvenuta transizione del paziente verso la struttura ospedaliera individuata
La struttura ospedaliera effettua la prestazione ?
Si
No
la struttura ospedaliera invia la documentazione clinica di avvenuta prestazione
la struttura ospedaliera invia notifica alla COT
la struttura ospedaliera notifica alla COT la NON avvenuta erogazione della prestazione
COT informa nel loro ambito della prestazione tutti i professionisti coinvolti
COT notifica a tutti gli attori coinvolti nella presa in carico la NON avvenuta prestazione
COT in accordo con il Servizio/struttura Territoriale richiedente riprogramma un nuovo appuntamento
COT notifica al Servizio/struttura Territoriale richiedente
TERRITORIO RIPRENDE IN CARICO IL PZ AL TERMINE DELLA TRANSIZIONE IN OSPEDALE
Caso d'uso: ruolo della COT nella transizione Territorio-Ospedale

- TRANSIZIONE TERRITORIO – TERRITORIO:
  - sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) corredata delle informazioni anagrafiche, contatti del paziente e/o famiglia, dei dati sulla complessità del caso e dei bisogni;
  - possibilità di verificare per il caso specifico servizi attivi/già attivati (sanitari, sociosanitari, sociali) sul paziente;
  - mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale, con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, disponibilità posti letto, referenti, ecc.);
  - cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con lo stato di avanzamento (es. esito UVM, ecc.) comprensivo di funzionalità di notifica degli scostamenti rispetto al processo atteso (fasi e tempi);
  - sistema per la "prenotazione/impegno" della risorsa/servizio individuati.
  - sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti a domicilio, ecc.);
  - database delle strutture/servizi territoriali con l'indicazione delle eventuali disponibilità (mappatura). La mappatura dovrebbe seguire le regole dell'MRA (Monitoraggio della Rete di Assistenza – parte del Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute1) ;
  - cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità di reportistica anche comprensiva della notifica degli scostamenti rispetto al processo atteso (fasi e tempi)

[1] Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario, attraverso la realizzazione del progetto Monitoraggio della rete di assistenza (MRA), si prefigge l'obiettivo di realizzare un sistema che, disponendo delle informazioni sulle strutture che operano a tutti i livelli d'assistenza, sulle prestazioni erogate e sulle risorse utilizzate, permetta il monitoraggio dell'intera rete di assistenza sanitaria al fine di gestire un patrimonio informativo che possa agevolare il raggiungimento degli obiettivi di governo da parte dei diversi livelli (ministeriale, regionale e aziendale), e gli obiettivi di comunicazione ed informazione verso il cittadino. Rif https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=sistemaInformativo&menu=rete


IDENTIFICAZIONE DEL BISOGNO E AVVIO DEL PROCESSO
IDENTIFICAZIONE DEL SETTORE E COORDINAMENTO
ATTUAZIONE DELLA TRANSAZIONE
STRUTTURA/SERVIZIO TERRITORIALE/INTERNO
CDP
STRUTTURA/SERVIZIO TERRITORIALE DI DESTINAZIONE
TERRITORIO
NO
SI

- COORDINAMENTO E MONITORAGGIO DELLA SALUTE AL DOMICILIO – TELEMONITORAGGIO E/O TELECONTROLLO:
  - sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) corredata delle informazioni anagrafiche, contatti del paziente e/o famiglia e dati sulla complessità del caso e del bisogno;
  - possibilità di verificare i servizi attivi/già attivati (sanitari, sociosanitari, sociali) sul paziente;
  - sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere;
  - cruscotto su dati di salute anonimi derivanti da strumenti di telemedicina ai fini di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.


IDENTIFICAZIONE DEL BISOGNO E PRESA IN CARICO DELLA RICHIESTA
ATTIVAZIONE ED EROGAZIONE
MMG/PLS/MEDICO SPECIALISTA
COT
PERSONALE SANITARIO
Paziente sul Territorio
MMG/PLS/SPECIALISTA rileva la necessità di monitorare da remoto i parametri vitali di un paziente mediante uso di dispositivi certificati forniti da l'Azienda Sanitaria
MMG/PLS/SPECIALISTA emette richiesta/prescrizione e ne informa il paziente/caregiver
COT riceve notifica e prende in carico la richiesta, informando la CO ADI (ove presente) o il servizio proposto (secondo organizzazione locale)
Necessità di convocare UVM?
NO
Si
COT integra le informazioni sul caso e le comunica all'UVM
Il personale sanitario, quale riferimento per paziente/caregiver nella gestione di telemonitoraggio/telecontrollo, consegna al paziente (dispositivi precedentemente configurati dal personale tecnico), ove presente, la CO ADI, o il servizio proposto, ne organizza la consegna
Il personale sanitario provvede ad adeguata formazione del paziente/caregiver (ruolo attivo del paziente/caregiver, POTD nel telecontrollo)
COT monitora che la consegna dei dispositivi sia avvenuta con successo
COT attiva il servizio di telemonitoraggio/telecontrollo
COT e personale sanitario richiedono supporto tecnico (accesso alla piattaforma, settaggio valori soglia etc.) al Centro Servizi per l'erogazione del servizio di telemonitoraggio/telecontrollo
Task di Workflow specifici Telemonitoraggio/Telecontrollo contenuto nel documento di LG organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare» DM 29 Aprile 2022
Caso d'uso: ruolo della COT nel telemonitoraggio/telecontrollo

TECNOLOGIE DIGITALI NELL'ASSISTENZA TERRITORIALE PREVISTA CON LE COT: L'INTERCONNESSIONE

Il Ministero della Salute ha trasmesso alle Regioni il decreto che definisce come dovranno essere organizzate le cure sul territorio. Le tecnologie digitali rivestono un ruolo molto importante nello sviluppo dell'assistenza territoriale.

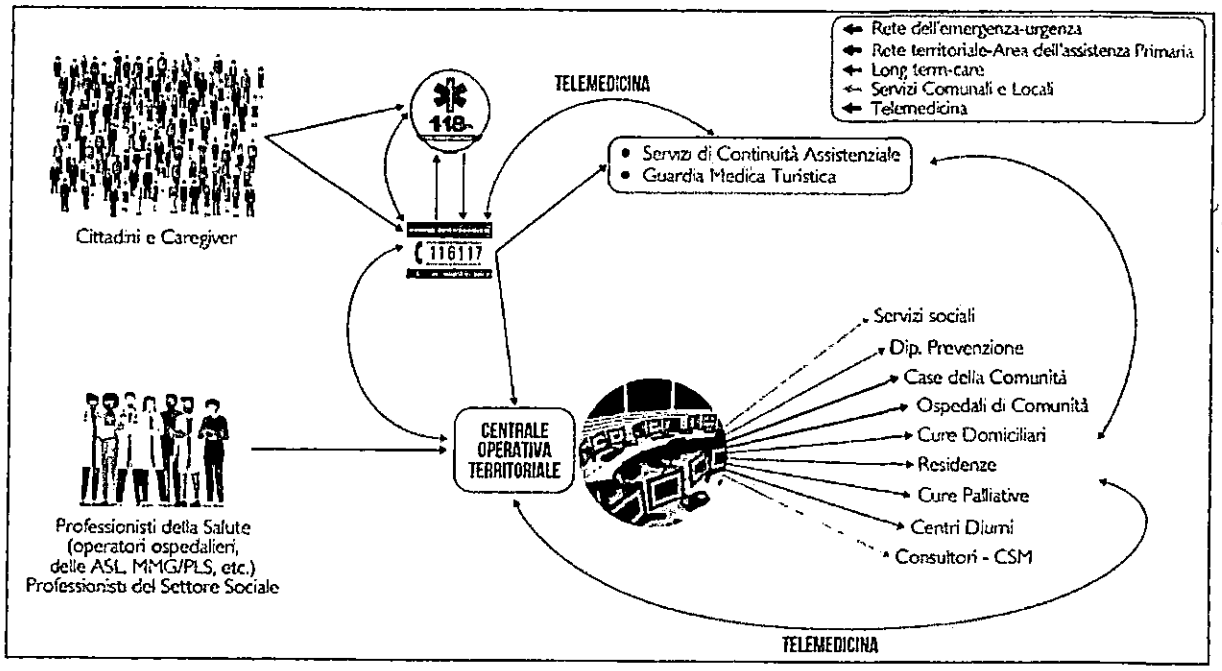
Tra gli obiettivi dichiarati che il SSN persegue troviamo infatti i "*modelli di servizi digitalizzati, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale*".

Le COT, per assolvere ai compiti loro destinati, dovranno quindi interfacciarsi con il PUA e il NEA 116117, nonché andranno stabilite modalità formalizzate di comunicazione ed i relativi strumenti tecnologici a supporto con i professionisti della salute che operano nelle Case della Comunità (CdC), nelle Unità di Continuità Assistenziale (UCA), nelle Cure Domiciliari Integrate (ADI), nelle residenze/centri diurni, nelle strutture ospedaliere, nelle altre strutture territoriali (es. SERD, Alcologia) e con gli MMG/PLS, oltre che con i servizi sociali dei Comuni.

La Regione dovrà dotarsi di una piattaforma di governo distrettuale che consenta l'interconnessione con le COT Territoriali. Ogni COT dovrà accedere di un Sistema Informatico tale da gestire l'interconnessione delle diverse componenti del modello delle Centrali Operative Territoriali che è stato previsto con la nuova riorganizzazione della Medicina Territoriale.

Il Sistema Informatico dovrà mettere a disposizione strumenti visuali di gestione dei processi, di regole di instradamento dei messaggi e di regole di trasformazione dei dati. Tutte le informazioni scambiate tra gli attori sul territorio e le COT e tra le COT dovranno essere persistite dal sistema stesso. Il sistema Informatico dovrà consentire un monitoraggio delle integrazioni in tempo reale.

Per assicurare il supporto informativo, organizzativo e logistico delle transizioni dei pazienti da un setting di assistenza all'altro, la COT si farà carico delle necessità espresse dal professionista del setting di provenienza responsabile del caso, contattando e attivando il servizio/i necessario/i alla definizione del setting di destinazione, dando supporto ai processi necessari (tra cui anche il processo di valutazione del setting) e tracciando, monitorando e registrando la transizione e il suo esito. In questo caso, la COT coordina le transizioni che coinvolgono i diversi setting per i casi gestiti nel proprio ambito territoriale.



La COT, nel supportare i processi, provvede a tracciarli, verificando al contempo, la corretta e completa alimentazione dei flussi informativi necessari. Per svolgere le sue funzioni la COT dovrà disporre di un patrimonio informativo pertinente e non eccedente rispetto alle finalità attribuite alla stessa dalla norma. La COT dovrà inoltre svolgere la funzione di raccordare le informazioni tra i professionisti che operano nei diversi servizi, supportandoli nell'avere a disposizione e mettere a sistema tutte le informazioni utili a soddisfare lo specifico bisogno.

Il D.M. 77/2022 prevede che la COT sia operativa 7 giorni su 7 e deve inoltre essere dotata di infrastrutture tecnologiche ed informatiche quali ad esempio:

- piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale,
- software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali,
- software di registrazione delle chiamate.

Inoltre, Al fine di garantire un accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio, nonché affrontare situazioni complesse o di emergenza, è fondamentale che la COT, a livello regionale, usufruisca di un sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117.

I sistemi informativi del Distretto devono essere in grado di:

1. produrre i documenti nativi digitali necessari ad alimentare il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) di ciascun assistito, anche grazie al potenziamento del FSE previsto nel PNRR;
2. integrarsi ed interoperare con la piattaforma del Sistema TS del Ministero dell'economia e delle finanze, per garantire la corretta generazione della ricetta dematerializzata (a carico del SSN e non a carico del SSN), nonché dei Piani Terapeutici Elettronici;
3. produrre i dati necessari al monitoraggio a livello nazionale dell'assistenza territoriale, al fine di assicurare la produzione nativa dei dati relativi ai flussi informativi nazionali già attivi (SDO, FAR, SIAD, SISM, HOSPICE, EMUR, ecc.)
4. interoperare con il repository centrale del FSE, una volta realizzato, al fine di utilizzare servizi applicativi di interesse per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione degli assistiti del Distretto;
5. interoperare con le piattaforme di telemedicina adottate a livello regionale/nazionale.

La Centrale Operativa Territoriale non si sostituisce alle funzioni proprie delle strutture interessate e non è il luogo della diretta "presa in carico" della persona protetta, ma svolge una funzione di coordinamento e monitoraggio, in particolar modo nei momenti di passaggio tra le varie strutture sanitarie e sociosanitarie della Rete dei Servizi.

INIZIATIVA PROGETTUALE

Descrizione del progetto. Il progetto oggetto del presente documento si compone di:

- un sistema informativo a servizio delle funzioni che dovranno essere svolte dalla COT, nonché strumento di facilitazione per la realizzazione del dialogo Ospedale-Territorio. Tale sistema deve essere in grado: (i) ricevere i dati dal territorio a livello di singola COT; (ii) connettere tra loro tutte le 50 COT presenti sul territorio a livello regionale. In particolare, ogni COT (totale 50) farà riferimento ad una ASP (totale 9) ed ogni ASP farà riferimento al Sistema Centrale Regionale;
- un cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni di setting assistenziale, che fornisce informazioni sullo stato e sulle caratteristiche delle transizioni tra diversi luoghi di cura, come la trasportabilità del paziente e la necessità di accompagnamento. Inoltre, questo strumento permette di pianificare le transizioni e di ricevere notifiche in caso di scostamenti.

Il progetto prevede inoltre: (i) la creazione di una mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale ed ospedaliera, con tutte le informazioni necessarie (es. tipologia e classificazione delle strutture, disponibilità effettiva posti letto/risorse, capacità e modalità di erogazione prestazioni, referenti dei servizi sanitari attivabili, ecc.); (ii) funzionalità di accesso agli archivi di presa in carico, conservati a

livello Regionale ed aziendale, che forniscono l'informazione di quali servizi sanitari sono attivi per coloro per i quali è richiesta, è in corso o è stata completata una transizione con annesse informazioni anagrafiche, contatti del paziente e/o famiglia/caregiver, e stato del soggetto all'interno del setting assistenziale che lo ha in carico.

La disponibilità di un insieme di dati pertinente e non eccedente costituisce elemento abilitante per:

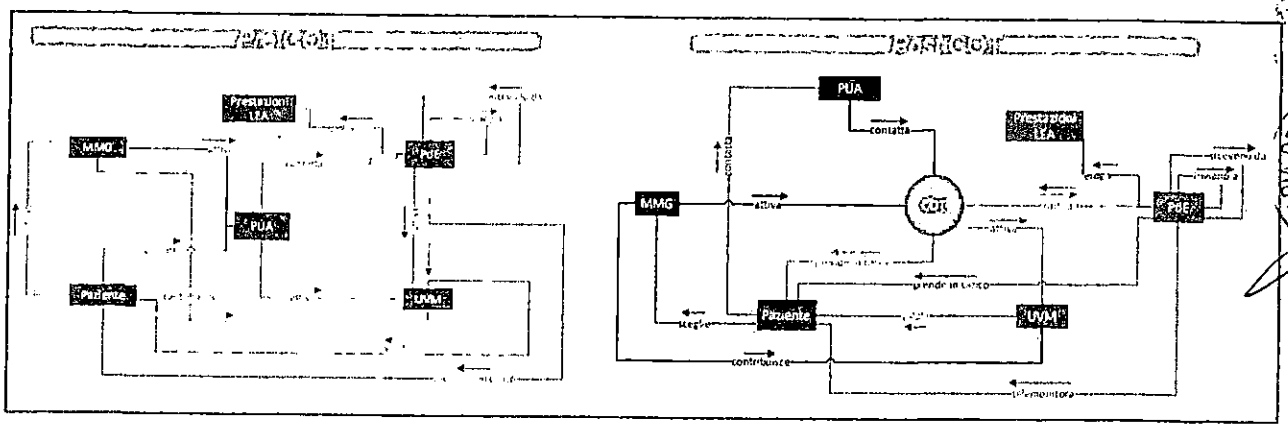
- il raggiungimento dell'interoperabilità tra aziende (es. eventuale presa in carico distribuita tra più aziende, trasmissione di richieste verso servizi cross-azienda);
- il monitoraggio in tempo reale su scala regionale (tramite strumenti di Business Intelligence (BI)).

Il modello proposto prevede quindi l'introduzione di un'unica piattaforma tecnologica estesa che garantisca, potenzialmente, il supporto funzionale ai percorsi di presa in carico in logica integrata per permettere la fruizione dei servizi che hanno elevato impatto sull'efficacia e la tempestività delle attività dell'intero processo a cui si riferiscono.

Requisiti funzionali. La piattaforma delle COT, oggetto del presente progetto, dovrà rispettare i seguenti requisiti funzionali:

- Presa in carico della richiesta: la piattaforma delle COT deve permettere di prendere in carico la richiesta espressa dal *setting* responsabile del caso, anche definito setting inviante (es. MMG, Ospedale, servizio ADI, ecc.), contattando e attivando il servizio necessario alla definizione del setting di destinazione, anche definito setting ricevente (es. RSA, Hospice, ecc.). per gestire e monitorare le transizioni di *setting* assistenziale.
- Supporto organizzativo: Il sistema informativo deve essere progettato in modo tale da supportare le esigenze organizzative che permetteranno agli operatori della COT di svolgere il ruolo di coordinamento della presa in carica e raccordo tra i servizi: ricevere e inviare notifiche relative a richieste di transizione, verificare servizi attivi per il paziente specifico, recuperare informazioni sulla presenza di esigenze clinico-assistenziali e su prestazioni richieste.
- Mappatura della rete dei servizi sanitari: la piattaforma delle COT deve disporre di un'architettura della rete dei servizi sanitari, aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale, capace di fornire visione dei *setting* assistenziali coinvolti, che potranno agire da "ente inviante" o "ente ricevente" nella presa in carico del paziente, e gestire la programmazione delle transizioni intermedie.
- Gestione del bisogno di salute: il Sistema Informativo delle COT dovrà essere in grado di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno di salute attraverso dati anonimi derivanti da strumenti di telemedicina e permettere la visibilità delle informazioni in modo traversale per gestire le attività di un'altra COT in caso di problematiche di funzionamento.

I suddetti requisiti funzionali devono consentire la gestione dell'architettura dei servizi sanitari *post* COT, che prevede l'interazione tra COT e diversi attori coinvolti nella presa in carico dei pazienti, con i relativi sistemi informativi, per svolgere le funzioni di coordinamento della presa in carico e raccordo dei servizi.



Tale mappatura rappresenta i possibili percorsi di presa in carico dei pazienti che deve gestire la COT. Da questo emerge che gli attori che dovranno interagire direttamente con gli operatori della COT, e che quindi potranno assumere ruoli di setting invianti o riceventi, sono i seguenti:

- MMG/PLS, che identifica il bisogno autonomamente o in accordo con il PUA, luogo di primo contatto a disposizione del cittadino finalizzato a garantire l'accesso unitario al sistema territoriale degli interventi e servizi sanitari, sociali e sociosanitari;
- UVM: unità composta da medico di famiglia/pediatra, medici specialisti e assistente sociale della zona di residenza, che ha il fine di fornire un ulteriore opinione, per i casi più complessi, sugli interventi che meglio rispondono alle esigenze dei pazienti;
- Punti di Erogazione (PdE): tutti i setting assistenziali che erogano prestazioni LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) (sia territoriali che ospedalieri). In questa categoria di servizi, rientra anche il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) che offre cure sociosanitarie, mediche, infermieristiche, riabilitative e assistenziali presso il domicilio della persona

Requisiti non funzionali. La soluzione deve rispettare i seguenti requisiti non funzionali:

- Aderenza a standard: la piattaforma delle COT deve utilizzare lo standard HL7 FHIR per la strutturazione e la ricezione delle informazioni cliniche da sistemi informativi esterni e supportare i seguenti standard semantici: ICD-9-CM, LOINC, AIC, ATC, SNOMED CT ed OMOP. Inoltre, deve supportare lo standard DICOM per la comunicazione, la visualizzazione, l'archiviazione e la stampa di informazioni ed immagini di tipo biomedico.
- Certificato come dispositivo medico: il Sistema Informativo delle COT deve essere predisposto per essere sottoposto ai percorsi previsti dalla normativa vigente per acquisire la certificazione come dispositivo medico (certificazione MDR). Il nuovo Regolamento Dispositivi Medici MDR 2017/745 è entrato in vigore il 26 maggio 2021 abrogando la Direttiva 90/385/CEE (AIMDD) e la Direttiva 93/42/CEE (MDD).
- Interoperabilità: la soluzione deve interfacciarsi con diversi sistemi informativi, come il sistema telefonico della centrale, i sistemi di accettazione, di gestione della lista di attesa e di presa in carico delle aziende sanitarie, il centro unico di prenotazione, il sistema di gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, la cartella del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta e la cartella assistenza domiciliare integrata, al fine di garantire interoperabilità e scambio di informazioni (si veda par. "INTERFACCE NECESSARIE E CARATTERISTICHE TECNICHE" per il dettaglio dei sistemi da rendere interoperabili).
- Accessibilità e usabilità: il sistema deve garantire rapidità di accesso alle funzioni chiave, visualizzazione di informazioni critiche sul paziente, percorso cronologico e sintetico della *transitional care* del paziente, visualizzazione delle informazioni rilevanti e circoscritte all'ambito operativo dell'utente, accesso mediante un unico set di credenziali e trasparenza del cambio di contesto tra moduli, meccanismi per il log-out dell'operatore, gestione dettagliata e flessibile della profilazione degli utenti, interfaccia semplice e responsive, sistema di reportistica flessibile, interfaccia multilingue e personalizzazione delle funzionalità per ogni Ente SSR.
- Efficienza ed efficacia: il sistema deve essere modulare, in modo da separare le funzionalità specifiche delle diverse tipologie di transizioni da quelle comuni e consentire la configurazione dei dati in base all'ambito di riferimento dell'utente. L'applicativo del sistema deve inoltre essere in grado di fornire report su indicatori chiave di processo, indicatori chiave di gestione delle transizioni, incoerenze nei dati inseriti, statistiche sulla gestione delle transizioni in relazione alle patologie del paziente e statistiche di utilizzo dell'applicativo.
- Disponibilità e affidabilità del sistema: il sistema informatico deve garantire la completa disponibilità dei dati clinici in ogni momento, anche in caso di malfunzionamenti o interruzioni dell'infrastruttura di comunicazione o di altri sistemi integrati. In caso di indisponibilità del sistema, è necessario realizzare una infrastruttura tecnologica e un'organizzazione del servizio coerenti con il contesto

organizzativo della Regione e degli enti sanitari e le loro procedure di Business Continuity e Disaster Recovery.

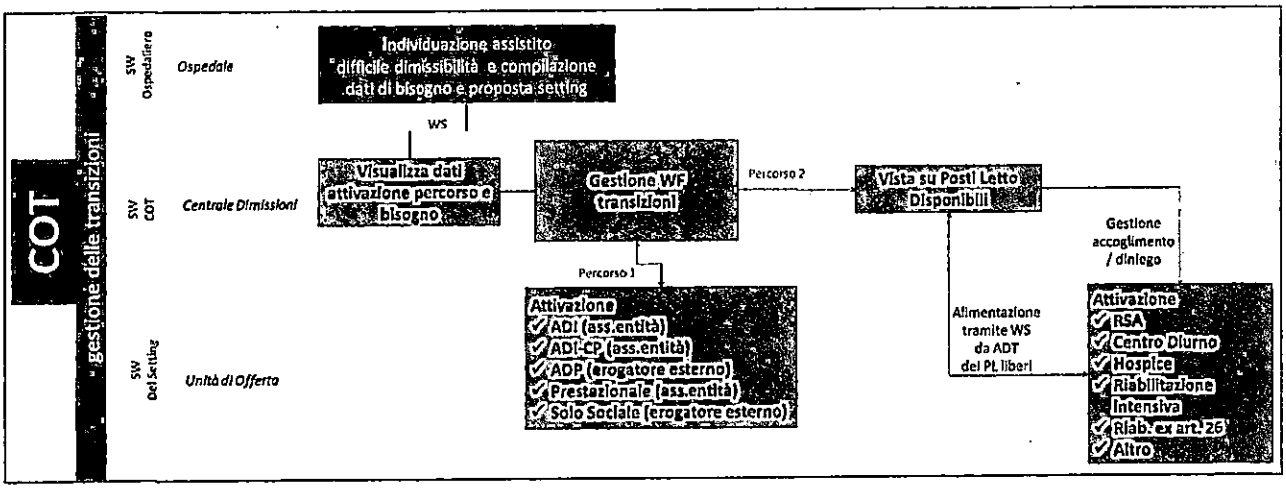
- Estendibilità e Scalabilità del sistema: il sistema informatico deve essere progettato e sviluppato in modo da garantire la scalabilità del sistema nel suo complesso per future estensioni e espansioni, in termini di dimensioni dell'archivio e di servizi. Deve essere possibile estendere la soluzione con le funzionalità degli enti sanitari interessati ai dati.
- Tracciabilità ed esibizione: l'applicativo deve garantire la tracciabilità totale delle operazioni, registrando data, ora e autore di ogni accesso, visualizzazione, inserimento, modifica o importazione di informazioni e rendendo visibile questa informazione nell'interfaccia se richiesto.
- Sistema di *licensing*: il sistema include la licenza software ad uso proprio e illimitato della Regione/del singolo Ente SSR.
- Gestione utenze: la soluzione deve prevedere il numero e i differenti livelli di profilazione degli utenti, che in prima battuta dovranno seguire i requisiti organizzativi dettati dal DM77 per una singola COT: 1 coordinatore infermieristico; 3-5 infermieri; 1-2 unità di personale di supporto (psicologi, amministrativi, ecc.). Inoltre, in accordo con i singoli Enti SSR, devono essere predisposte le utenze per profili professionali aggiuntivi (es. assistenti sociali, O.S.S.) se previsti.

SANITARIA PROV.

SISTEMA INFORMATIVO DELLE COT A LIVELLO REGIONALE

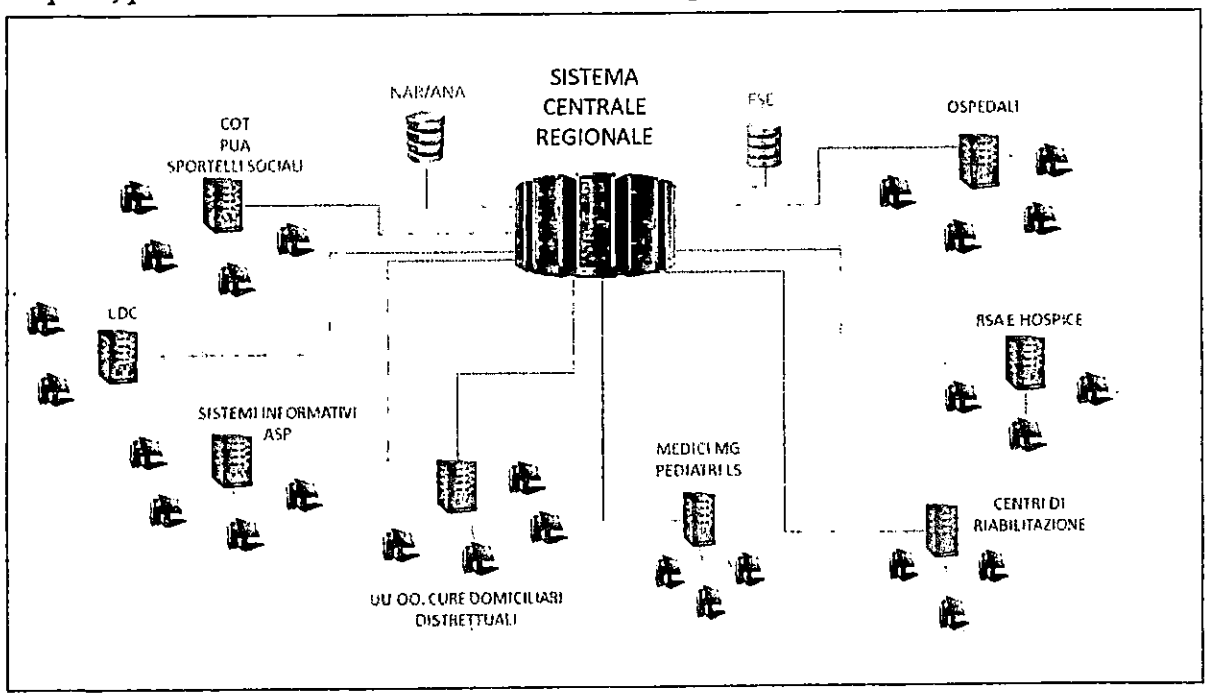
Nell'informatizzazione delle COT dovrà essere progettato e realizzato un framework in grado di raccogliere in un unico sistema (Server) i dati provenienti dalle diverse fonti e piattaforme aziendali, ad esempio dalla piattaforma che gestisce i ricoveri ospedalieri, dai Medici di Medicina Generale o dai Pediatri di Libera Scelta, dai sistemi che gestiscono le cure domiciliari e le cure palliative, dai sistemi di Telemedicina, dalle RSA, dai Centri di riabilitazione o ancora, dagli attuali PUA.

Ogni COT territoriale poi, preleverà i dati di sua pertinenza in modo da trattare in tempo reale le informazioni a sé spettanti, ad esempio la gestione delle dimissioni protette; come ad es. rappresentato nello schema seguente:



OBIETTIVI DEL SISTEMA INFORMATIVO DELLE COT

L'obiettivo del Sistema Informativo da realizzare è quello di consentire l'interconnessione delle Unità Operative interessate dalla COT, nello specifico, dev'essere realizzata una rete dove tutti gli operatori che ne fanno parte, possono accedere allo stesso sistema in tempo reale



Un Sistema Informativo di questo tipo permette di:

- Condividere delle stesse informazioni in tempo reale.
- Avere una visione completa della storia dei percorsi di cura della persona.
- Fornire risposte appropriate al cittadino con efficacia ed efficienza.

Realizzando un sistema di questo tipo, pensato non solo a livello territoriale di ogni singola COT, ma anche a livello regionale, più sono le Unità Operative coinvolte e maggiore sarà anche la capacità del sistema di rispondere in modo appropriato alle richieste del cittadino.

Le peculiarità nell'utilizzo di un unico sistema informativo condiviso con tutti gli attori sociosanitari regionali, dove tutti utilizzano lo stesso linguaggio e mettono in rete le informazioni necessarie secondo i privilegi di accesso consentiti, sono:

- utilizzo dello stesso sistema di lettura del bisogno
- utilizzo dello stesso sistema di progettazione
- utilizzo dello stesso sistema di verifica del risultato

Infatti uno dei principali problemi nello scambio dei flussi di dati provenienti da diversi sistemi informativi aziendali, i quali spesso utilizzano sistemi informatici propri, è quello della difficoltà nell'interpretazione delle informazioni trasmesse, sia per il formato che per la tipologia dei files stessi nonché per il contenuto.

SPECIFICHE MINIME TECNOLOGICHE PRESCRITTE PER LE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI

Gli standard tecnologici e strutturali che devono essere previsti per le COT sono:

- Sistemi di tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro.
- Sistemi di raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina.
- Infrastrutture tecnologiche ed informatiche integrate con i principali applicativi di gestione aziendale
- Software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali,
- Software di registrazione delle chiamate.
- Sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117.

Per quanto non esplicitato sopra, l'allegato 2 del D.M. 77/2022 rimanda a i seguenti documenti tecnici di riferimento:

- Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante *Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.*
- Accordo Stato-Regioni sancito il 15 settembre 2016 (Rep. Atti n. 160/CSR) recante *Piano Nazionale della Cronicità.*

DIMENSIONE INFORMATICA

Il sistema informatico deve essere a servizio delle funzioni che dovranno essere svolte dalla COT nonché strumento di facilitazione per la realizzazione del dialogo Ospedale - Territorio.

L'implementazione dell'infrastruttura informatica a supporto delle COT dovrà, a livello logico-funzionale, mettere a disposizione, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di trattamento dei dati personali e sicurezza, degli operatori presenti nelle COT i seguenti strumenti:

1. mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale ed ospedaliera, con tutte le informazioni necessarie (es. tipologia e classificazione delle strutture, disponibilità effettiva posti letto/risorse, capacità e modalità di erogazione prestazioni, referenti dei servizi sanitari attivabili, stato di accreditamento e autorizzazione, ecc.)
2. funzionalità di accesso agli archivi di presa in carico, mantenuti a livello aziendale, che forniscono l'informazione di quali servizi sanitari sono attivi per coloro per i quali è richiesta una transizione o è in corso o è stata completata con informazioni anagrafiche, contatti del paziente e/o famiglia/caregiver, e stato del soggetto all'interno del setting assistenziale proprio (assessment summary);
3. cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni di setting assistenziale con informativa sullo stato e sulle caratteristiche delle stesse (ad esempio trasportabilità paziente, necessità di presidi, necessità di accompagnamento), con possibilità di effettuare programmazione delle transizioni e di ricevere alert a fronte di eventuali scostamenti;
4. sistema di ricezione e invio notifiche integrato con il cruscotto delle transizioni.

L'elemento cardine è il potenziamento delle integrazioni delle infrastrutture a livello regionale.

Inoltre la disponibilità di un insieme di dati pertinente e non eccedente è elemento abilitante per:

- interoperabilità tra aziende (es. eventuale presa in carico distribuita tra più aziende, trasmissione di richieste verso servizi cross-azienda);
- un monitoraggio in tempo reale su scala regionale (tramite strumenti di Business Intelligence).

La Piattaforma Applicativa a supporto della COT prevede inoltre adeguati Strumenti di Analytics & Reporting, dotati di diversi livelli di profilazione (COT, ASP, Regione). Una soluzione di analisi che processa i dati archiviati in modo personalizzato consentirà di produrre reportistica, KPI, indicatori quantitativi e benchmarking.

Utilizzare gli strumenti di Web Analytics significa identificare le metriche giuste, ovvero le dimensioni chiave, per comprendere le performance delle piattaforme applicative delle COT. Gli strumenti di Analytics & Reporting che saranno disponibili mediante Piattaforma saranno, a titolo esemplificativo e non esaustivo: report e dashboard interattive e personalizzate, analisi self-service, strumenti per la condivisione dei dati con tutti gli attori del processo sanitario.

L'AGENAS raccomanda alle Regioni di prevedere, se possibile e compatibilmente con lo stato di digitalizzazione presente nelle Regioni stesse, un sistema informatico comune, segmentato a livello aziendale (per quanto attiene le informazioni relative alle prese in carico dei pazienti) e dotato di rigorose policy di accesso a garanzia del rispetto del principio di pertinenza e non eccedenza, a tutte le COT di una specifica Regione al fine di agevolare l'integrazione e favorire l'attività delle COT.

ARCHITETTURA DI RIFERIMENTO PER IL SISTEMA INFORMATICO A SUPPORTO DELLE COT

L'architettura di riferimento proposta da Agenas è stata pensata con un approccio event-driven ed è stata individuata sulla base delle tre direttrici principali che derivano dalle funzioni che questa deve svolgere.

L'idea è quella di avere un sistema informatico unificato a livello regionale per quanto concerne la user experience e la logica applicativa, ma segmentato a livello aziendale per la gestione e l'archiviazione delle informazioni, favorisce economie di scala e l'interoperabilità delle COT a livello aziendale, salvaguardando al tempo stesso gli investimenti già effettuati dalle Regioni/Province Autonome.

Le tre direttrici principali che derivano dalle funzioni che la COT deve svolgere sono:

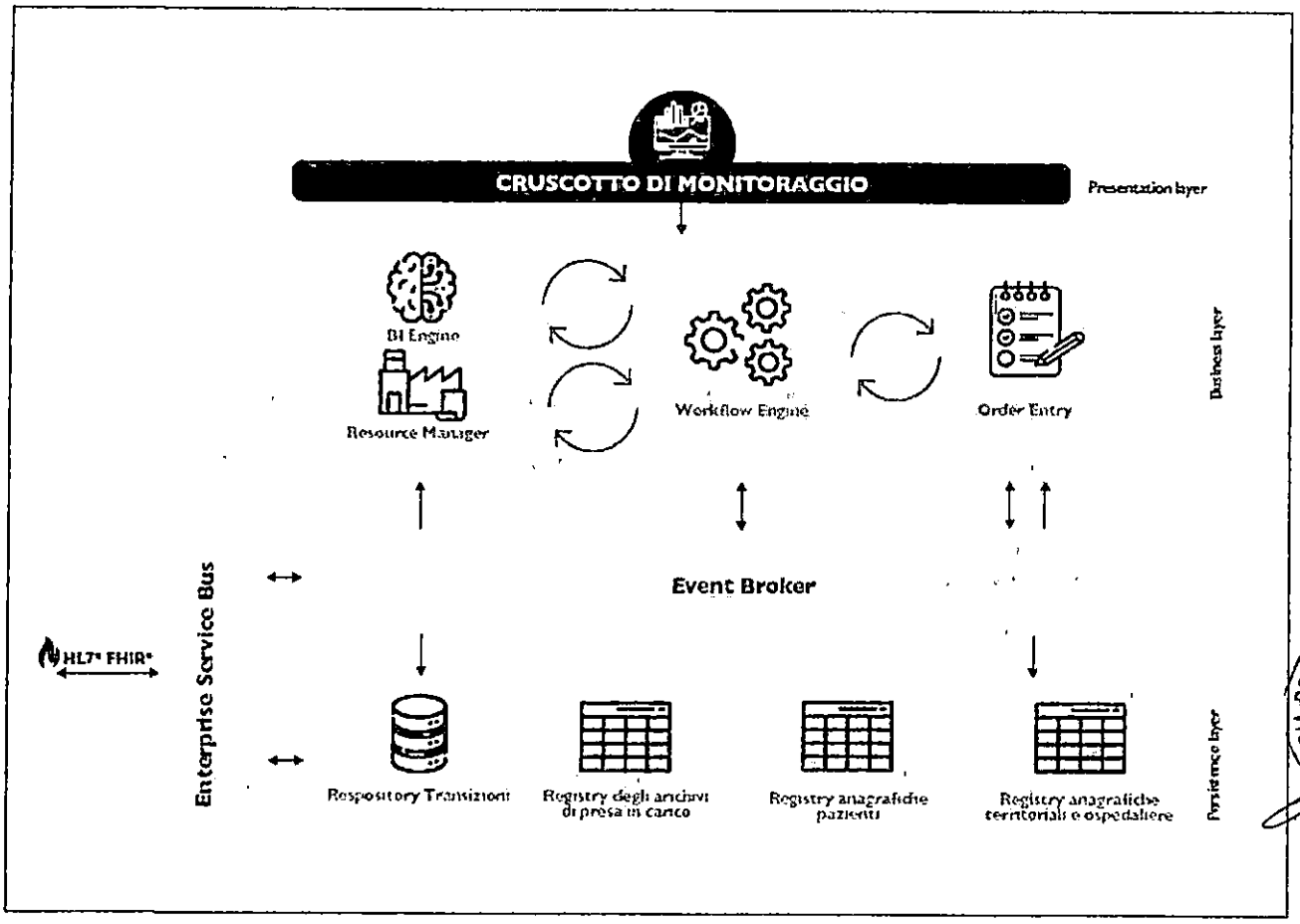
- sistemi con cui la COT deve interfacciarsi (anagrafiche strutture, anagrafica pazienti...) per ottenere le informazioni necessarie a governare le transizioni di setting assistenziali (posti letto, capacità di

erogazione prestazioni per le strutture territoriali, fabbisogni individuali derivanti dalla storia clinica del paziente, presenza di supporto socio-assistenziale, ecc.);

- livello di interfacciamento (inter-distrettuale, inter-aziendale, inter-regionale). Il livello che queste linee guida propongono è un livello di interfacciamento almeno inter-aziendale e quindi regionale con informazioni che vengono scambiate in modalità near real-time;
- modalità di interoperabilità con i soggetti coinvolti nei processi relative alle funzioni svolte dalla COT.

Queste linee guida raccomandano di utilizzare modalità di interfacciamento con i soggetti esterni alla COT che contemplino l'utilizzo di standard di interoperabilità consolidati anche in ambito sanitario. In particolare, si raccomanda l'utilizzo di servizi Restful con l'adozione del profilo HL7 FHIR1 per lo scambio delle informazioni.

L'architettura di riferimento proposta da Agenas è rappresentata come segue:



In questo modello proposto, vengono illustrati i macro-moduli dell'architettura di riferimento per la COT, i quali sono realizzati tramite microservizi che consentono l'utilizzo di pratiche agili per lo sviluppo e supportano l'alta disponibilità.

Ecco quali sono le loro funzioni dei suddetti macro-moduli e dei loro componenti:

BUSINESS INTELLIGENCE ENGINE: qui il modulo *Order Entry* gestisce le richieste di transizione che vengono ricevute attraverso il layer *Event Broker*, ponendo la transizione in un determinato stato. La richiesta di transizione viene quindi sottoposta al *Workflow Engine* assegnando una priorità a tale richiesta sia in termini temporali che in termini di gravità e/o urgenza. A seconda del setting assistenziale di "destinazione", il *Resource Manager* verifica la disponibilità delle risorse necessarie a soddisfare il bisogno assistenziale. Il *Business Intelligence Engine*, attingendo alle regole e le tempistiche previste dal *workflow engine* e confrontando queste con i dati presenti nel *repository delle transizioni* (*PERSISTENCE LAYER*), ha il compito di supportare il monitoraggio delle transizioni soprattutto nei casi in cui queste presentino scostamenti rispetto all'atteso e di suggerire eventuali interventi correttivi.

PERSISTENCE LAYER: Il layer di persistenza prevede dei moduli per la gestione del *repository delle transizioni* (in formato anonimizzato quando concluse e trascorso il periodo di retenzione dei dati secondo le policy di trattamento dati), con le informazioni necessarie a ricostruire il percorso e i vari stati relativi alla gestione della presa in carico dei pazienti e delle transizioni ad essi associate, del *registry degli archivi* di presa in carico (che fornisce le informazioni, mantenute a livello aziendale, su quale servizio abbia preso in carico il soggetto per il quale è in gestione/ stata gestita una transizione), e del *registry delle anagrafiche territoriali e ospedaliere e delle anagrafiche dei pazienti*, contenente non copia dei dati relativi alle anagrafiche esterne, bensì degli indici o puntatori che ne permettono il fetching (ovvero il recupero) in maniera efficiente. Il *registry delle anagrafiche* può eventualmente implementare funzionalità di caching per rendere il recupero delle informazioni più efficiente e robusto.

ENTERPRISE SERVICE BUS: esso garantisce lo scambio di dati con i sistemi informatici dipartimentali e ospedalieri alimentando e ricevendo dall'*Event Broker* i messaggi necessari per gestire le transizioni relative ai setting assistenziali. Gli attori esterni alla COT interagiscono con il sistema informatico della COT utilizzando lo standard HL7 FHIR attraverso l'*Enterprise Service Bus* che garantisce la massima interoperabilità fornendo servizi di coordinamento, sicurezza, messaggistica, instradamento e le necessarie trasformazioni di formato di scambio. Attraverso l'*Enterprise Service Bus*, inoltre, transitano le informazioni relative al *registry degli archivi di presa in carico, delle anagrafiche territoriali e ospedaliere e delle anagrafiche dei pazienti.*

LAYER DI PRESENTATION: qui è presente il *Cruscotto di gestione e monitoraggio* che costituisce **lo strumento di lavoro dell'operatore della COT**. Attraverso il *Cruscotto*, l'operatore può monitorare le transizioni tra i vari setting assistenziali, avere una visione complessiva di facile consultazione e monitorare il dettaglio con la possibilità di intervenire nel caso si rilevino scostamenti o problemi rispetto all'esito della transizione.

INTERFACCE NECESSARIE E CARATTERISTICHE TECNICHE

Il sistema informatico a supporto della COT verrà collocato in data center *on premise* appropriata rispetto alla classificazione dei dati trattati.

Nel rispetto delle disposizioni vigenti in termini di protezione dei dati personali e sicurezza, dovranno essere gestite almeno le seguenti interfacce applicative limitatamente ai soggetti per cui è richiesta una transizione di setting assistenziale:

- interfaccia CTI (computer telephone integration) con il sistema telefonico di centrale, per il riconoscimento delle chiamate entranti e l'apertura in automatico delle schede relative ai casi in gestione alla COT;
- interfaccia con Anagrafe Regionale Assistiti e quindi con Anagrafe Nazionale Assistiti (ANA) e Contatti Aziendale – MPI, caregiver;
- interfaccia con i Sistemi di accettazione (ADT), di Gestione Lista di Attesa (LDA) e generici Sistemi di Presa in Carico delle aziende dei territori di riferimento (privati compresi)
- Interfaccia con i sistemi di PS per avere notizia di eventuali accessi del paziente;
- Interfaccia con il CUP – Centro Unico di Prenotazione – al fine di avere notizia di quelle che sono le visite e le indagini diagnostiche pianificate per il paziente;
- Interfaccia verso il sistema di gestione dei PDTA aziendali – nel caso il paziente sia in carico ad una determinata azienda sanitaria per un determinato PDTA;
- Interfaccia con la cartella del MMG/PLS;
- Interfaccia con la cartella ADI.

Le Interfacce sopra descritte dovranno essere implementate attraverso la realizzazione di micro-servizi REST che vengono veicolati dall'ESB – Enterprise Service Bus – delle COT.

Il sistema delle COT potrà essere interrogato attraverso l'ESB, mediante l'interazione con una serie di micro-servizi esposti.

Infine, il sistema informatico unificato a livello regionale a supporto della COT dovrà assicurare la piena integrazione con i sistemi attualmente utilizzati a livello regionale e a livello aziendale, nonché con futuri sistemi informativi regionali e altri sistemi nella disponibilità degli attori del SSR che potranno utilizzare il sistema (es. FSE, nuova piattaforma regionale di Telemedicina, NUE 116117 Regionale, ecc).

ORDER ENTRY

Le richieste di transizione provenienti dall'ambito ospedaliero e/o dall'ambito territoriale devono essere intercettate tempestivamente e gestite con adeguati strumenti informatici, tra i quali rientra il servizio di "*Order Entry*".

Il servizio di *Order Entry* implementa le funzionalità per l'immissione, la raccolta, la gestione e la lavorazione delle richieste di transizione di luogo o di setting assistenziale, normalmente nell'ambito territoriale di riferimento della COT.

La richiesta di transizione implementata dall'*Order Entry* assume diversi stati:

- Immessa – la richiesta viene immessa attraverso le funzionalità rese disponibili dall'Order Entry completa delle informazioni necessarie per il corretto indirizzamento del luogo o setting di destinazione e delle tempistiche attese.
- In lavorazione – la richiesta è presa in carico dalla COT che dispone le necessarie azioni di valutazione e, sulla base del tipo di intervento richiesto e della verifica delle disponibilità dei servizi assistenziali necessari effettuata dal Resource Manager, provvede ad eseguire l'azione necessaria per impegnare le risorse necessarie a soddisfare la richiesta di transizione (prenotazione del posto letto nel caso di ricovero ospedaliero o di ricovero presso servizio territoriale intermedia, ecc.).
- Gestita – la richiesta è stata gestita dalla COT che ha definito il percorso di transizione richiesto, individuato e impegnato la struttura del servizio assistenziale di destinazione e definito le tempistiche per la sua attuazione.
- Conclusa – la transizione è stata completata e la gestione della richiesta viene chiusa.

Le richieste immesse dai servizi ospedalieri e territoriali sono sempre indirizzate alla propria COT di riferimento. Ciascuna COT fa riferimento al servizio *Order Entry* del proprio ambito aziendale e territoriale.

La COT, qualora la transizione non possa essere attuata nello stesso ambito territoriale, ha la possibilità di indirizzare e ricevere richieste a/ da *servizi Order Entry di altre COT* che operano su altri ambiti territoriali della stessa organizzazione sociosanitaria o afferiscono ad altre aziende, anche di altre Regioni.

L'*Order Entry* dispone, pertanto, di funzionalità per l'inoltro delle richieste di servizi assistenziali anche ad altri territori e/o distretti della stessa organizzazione aziendale, della stessa Regione e anche a livello nazionale, qualora necessario.

Analogamente, l'*Order Entry* implementa funzionalità per ricevere richieste da altri distretti della stessa organizzazione sociosanitaria, di altre organizzazioni della stessa Regione o, eventualmente, da soggetti di livello nazionale.

La rete delle COT che afferiscono alla stessa organizzazione sociosanitaria, alla stessa Regione e di livello nazionale può essere implementata attraverso l'adozione di un orchestratore che implica un soggetto di livello superiore che coordini l'instradamento di notifiche e messaggi tra le COT. Un'altra modalità è quella che si rifà ad un approccio "coreografico" in cui ciascun elemento coopera con gli altri per erogare il servizio desiderato. Un ulteriore approccio è quello che prevede un orchestratore a livello regionale e che tale orchestratore cooperi con gli altri orchestratori a livello regionale per supportare le richieste di transizione dei setting assistenziali che coinvolgono regioni differenti.

CRUSCOTTO DI MONITORAGGIO E MOTORI DI WORKFLOW E DI BUSINESS INTELLIGENCE

Il *cruscotto di gestione e monitoraggio* deve permettere alla COT di visualizzare e di gestire, in raccordo con il motore di *workflow* e con i *servizi di business intelligence* ed accedendo alle banche dati dei servizi che cooperano, le transizioni che ha in carico.

È indispensabile che il *cruscotto di monitoraggio* sia integrato con le principali funzioni e sistemi sopra descritti, in particolare con il *registry degli archivi di presa in carico* e con il *registry dell'anagrafe delle strutture*, e che sia sufficientemente flessibile da potersi adattare a eventuali future esigenze organizzative della COT.

Il *cruscotto di monitoraggio* consentirà all'operatore di agire a due livelli:

I. al livello più alto, potrà impostare le tempistiche delle diverse tipologie di transizioni entro le quali determinate azioni devono essere compiute (es. convocazione UVM, prima visita al domicilio...), cooperando con il *motore di workflow*,

II. a livello operativo potrà monitorare l'elenco delle transizioni in atto, anche attraverso codici colore e alert sullo stato di avanzamento delle fasi della transizione del singolo paziente.

Il *motore di workflow* deve consentire il disegno dei flussi di riferimento delle tipologie di transizioni che potranno essere in carico alla COT, completo di riferimenti ai dati, ai documenti, alle risorse ed ai tempi che caratterizzano le singole fasi della transizione e deve operare sulle singole istanze di transizione in carico alla COT per consentirne il monitoraggio operativo.

Il *motore di workflow* nella prima fase di avvio della COT può essere sostituito da una funzionalità di tracciatura, priva di automatismi, che tuttavia renderebbe molto meno scalabile ed automatizzata l'attività della centrale operativa.

I *servizi di business intelligence* a supporto del *cruscotto di monitoraggio delle transizioni* dovrebbero offrire attraverso l'analisi dei dati nel tempo le indicazioni per l'ottimizzazione della gestione operativa delle diverse tipologie di transizione in modo da orientare verso il rispetto delle regole definite sul *workflow*, oltre a fornire gli elementi per una migliore programmazione dell'attività della COT.

Agenas fornisce alcuni esempi su come l'uso di strumenti di business intelligence possa supportare la gestione operativa.

ESEMPIO 1: CASO IN CUI LA COT HA PROGRAMMATO PER L'ADI UNA VISITA AL DOMICILIO DEL PAZIENTE PER POTER VALUTARE PREVENTIVAMENTE L'ADEGUATEZZA DEL SETTING CHE OSPITERÀ IL PAZIENTE

In questo caso la visita dovrà essere programmata e svolta <u>prima</u> della dimissione, quindi in assenza del paziente (ancora ricoverato), con la presenza del caregiver.

1) L'operatore registra sul cruscotto l'azione concordata (ragionevolmente proposta direttamente, e imposta la data entro la quale la valutazione deve essere stata completata). Lo stato dell'azione appena impostata è "on time" ed è riconoscibile dal colore verde.
2) Qualche giorno prima dello scadere del tempo impostato, lo stato dell'azione si modifica in "due" e il colore diventa giallo, l'operatore viene allertato da una notifica che uno degli stati è diventato giallo.
3) L'operatore può proattivamente contattare il referente responsabile dell'azione in questione ed essere di supporto nella risoluzione di eventuali problemi. Se nonostante l'intervento dell'operatore COT l'azione non viene completata entro i tempi previsti, lo stato cambia in "late" e il colore dell'azione diventa rosso, l'operatore COT riceve una notifica che lo avvisa del cambio di stato.
4) Se l'azione, dopo il sollecito, viene effettuata correttamente (integrazione con cartella domiciliare che permetta di notificare in automatico alla COT che la visita è stata fatta) l'azione viene convalidata,

non è più modificabile e viene salvata nello storico delle prestazioni/ azioni previste per la transizione del paziente.

ESEMPIO 2: CASO IN CUI LA COT RICEVE E VISUALIZZA SUL CRUSCOTTO UNA RICHIESTA DA PARTE DEL MMG DI RICOVERO PER UN PAZIENTE PRESSO UNA STRUTTURA RIABILITATIVA TERRITORIALE.

In questo caso la COT raccoglie il bisogno indicando nel cruscotto chi è l'operatore COT referente per quella specifica azione (stato sul cruscotto "in lavorazione" in bianco), e sulla base delle informazioni condivise individua le strutture sul territorio adatte alla presa in carico del paziente.

1) Attraverso il cruscotto la COT verifica la disponibilità di posti letto e, relazionandosi direttamente con i referenti territoriali del caso (es. MMG/ADI) e il servizio territoriale individuato, concorda data e modalità di accesso confermando il ricovero.
2) La COT in raccordo con i vari attori coinvolti organizza il trasferimento del paziente dal setting di partenza (es. domicilio) a quello di arrivo (es. struttura riabilitativa).
3) L'operatore COT registra sul cruscotto le azioni pianificate e le date previste per la loro attuazione (stato sul cruscotto "pianificato" in verde).
4) A pochi giorni dal momento del ricovero, lo stato delle azioni programmate (trasporto e ricovero) passa da verde a giallo (stato sul cruscotto "due") e una notifica viene inviata all'operatore COT, di modo che abbia contezza delle azioni il cui monitoraggio di passaggio di stato è prioritario nei giorni seguenti.
5) Nel momento del ricovero presso la struttura riabilitativa, una notifica (possibilmente) automatica informa la COT che l'azione pianificata è andata a buon fine ed è pertanto conclusa. Lo stato dell'azione diventa "conclusa" in colore verde e viene convalidata, non è più modificabile e viene salvata nello storico delle prestazioni/azioni previste per la transizione del paziente.
6) In assenza di ricezione della notifica, la COT viene allertata che sul cruscotto una delle azioni programmate da "due" segnalata in giallo è passata a "late" in rosso. La COT proattivamente contatta gli attori coinvolti per risolvere eventuali problemi e riprogrammare l'azione.

DEFINIZIONE COT E ASPETTI PRIVACY

La COT è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza. Le COT coordinano, tracciano e monitorano le prese in carico e le transizioni fra luoghi di cura dei pazienti. Qualora sia funzionale alla presa in carico e al coordinamento, tracciamento, monitoraggio delle transizioni, le COT si interfacciano con tutti i professionisti e i servizi del Sistema, ivi compreso il Numero unico 116117. Non rispondono direttamente ai cittadini e non hanno nemmeno in generale relazioni dirette con loro. La COT utilizza quindi una serie di dati personali, intesi come dati relativi a una persona identificata o identificabile. Ciò vale anche per i dati pseudonimizzati, nella misura in cui è possibile ricondurli alla persona attraverso algoritmi di reversibilità. In questo contesto, i principi di trattamento dei dati devono fare riferimento al GDPR / General Data Protection Regulation (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati), ovvero il Regolamento Europeo 2016/679, ed al D.Lgs. 196/2003 i quali chiariscono come i dati personali debbano essere trattati, incluse le modalità di raccolta, utilizzo, protezione e condivisione.

FONTE DEL DATO	BANCA DATI
Anagrafiche individuali	Anagrafiche pazienti (regionali o ANA) Anagrafica MMG/PLS
Sistemi Informativi Ospedalieri	Database ricoveri (incl. Diagnosi, punteggi Schede BRASS ecc.)
Sistemi Informativi Territoriali	PAI Schede di valutazione Servizi attivi per il paziente Anagrafe contatti Anagrafica personale sanitario

FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Le finalità per le quali la COT potrà trattare i dati personali sopra indicati sono sostanzialmente volte al coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza.

MODALITÀ RACCOLTA DEI DATI

In linea generale le funzioni dalle quali la COT potrebbe trovarsi a ricevere i dati personali sono le seguenti: Ospedali, servizi territoriali, MMG/PLS, enti locali. A seconda che tali funzioni siano inquadrate all'interno della medesima persona giuridica che sviluppa l'attività della COT o meno, andranno a configurarsi diversi percorsi in ambito di gestione dell'informativa.

SOGGETTI A CUI I DATI POTRANNO ESSERE COMUNICATI

I soggetti a cui i dati potranno essere comunicati dalla COT sono sostanzialmente i medesimi dai quali la COT stessa potrebbe riceverli: Ospedali, servizi territoriali, MMG/PLS, enti locali.

LA MINIMIZZAZIONE DEI DATI RACCOLTI ED ELABORATI (RISPETTO ALL'INTENDED USE)

Il sistema di gestione della COT deve garantire la tutela dei dati personali e dei dati particolari tramite l'assegnazione differenziata dei profili di abilitazione, intervento, modifica e visualizzazione dei dati e delle informazioni in rapporto al ruolo svolto dagli operatori.

GESTIONE DELLA PRIVACY E SICUREZZA DELLE INFORMAZIONI

La sicurezza delle informazioni rappresenta un obiettivo di primaria importanza per gli Enti SSR. Al fine di consentire un'efficace ed efficiente gestione della sicurezza delle informazioni sotto tutti gli aspetti, è necessario rispettare:

- le prescrizioni normative in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/03 successivamente rivisto con D.Lgs. 101/18, provvedimenti emanati dal Garante della Privacy);
- quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali, di seguito GDPR).

La normativa sulla protezione dei dati personali, come il Regolamento UE 2016/679 e il D.lgs. 196/2003 e 101/2018, è volta a garantire che il trattamento dei dati personali avvenga rispettando i diritti e le libertà fondamentali dell'interessato, in particolare la riservatezza, l'identità personale e il diritto alla protezione dei dati personali. La normativa prevede la necessità di un'organizzazione specifica per la protezione dei dati personali e un insieme di misure per proteggere efficacemente le informazioni e i dati personali dall'accesso non autorizzato, alterazione, distruzione o perdita, trasmissione non autorizzata, trattamento non autorizzato e altri abusi.

Per quanto di competenza in riferimento al presente progetto, verrà individuato un responsabile del trattamento dei dati personali (di seguito, anche solo "Responsabile") dal titolare del trattamento (di seguito, anche solo "Titolare").

Ai sensi dell'art. 32 del Reg. UE 2016/679, verranno messe in atto misure tecniche e organizzative adeguate a garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio (es. protezione contro software dannoso, gestione dei Back-up e rilevazione delle vulnerabilità tecniche). Nel valutare l'adeguato livello di sicurezza, si terrà conto dei rischi presentati dal trattamento, in particolare da quelli che derivano dalla distruzione, dalla perdita, dalla modifica, dalla divulgazione non autorizzata o dall'asso, in modo accidentale o illegale, a dati personali trasmessi, conservati o comunque trattati.

PRIVACY IN QUATTRO CASI D'USO: PRESUPPOSTI

Nella presentazione dei casi d'uso (Ospedale-Territorio, Territorio-Ospedale, Territorio-Territorio, Telemonitoraggio e/o Telecontrollo), viene fatto riferimento ai processi così come sono disegnati e descritti nella precedente sezione. L'assunto base comune ai casi presentati è che il paziente (sia esso noto e non noto ai servi- 108 109 zi) attraversi sempre e comunque almeno un servizio, nel quale riceva adeguata informativa rispetto ai dati che vengono trattati, al modo in cui i dati vengono utilizzati nel suo percorso di presa in carico e ai principi privacy/GDPR che vengono considerati. Nella presente descrizione dei casi d'uso viene pertanto segnalata e descritta la fase in cui il paziente debba essere informato i) delle categorie di dati e ii) delle modalità di accesso, utilizzo e conservazione dei dati stessi, prima che la COT avvii la sua attività di coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali, ovvero prima che la COT possa accedere a informazioni relative allo specifico paziente. In generale, si propongono pertanto i seguenti scenari: Ospedale / Territorio: in caso di paziente noto e in caso di paziente non-noto, l'ospedale provvede a fornire una informativa sul servizio COT (o integra la propria informativa con la procedura COT). Territorio / Ospedale: MMG/PLS o chi ha in carico il paziente (Distretto) provvede a fornire una informativa sul servizio COT (o integra la propria informativa con la procedura COT). Territorio / Territorio: MMG/PLS o chi ha in gestione il caso (assistente sociale, referente di struttura...) provvede a fornire una informativa

sul servizio COT (o integra la propria informativa con la procedura COT). Telemonitoraggio e/o Telecontrollo: MMG/ PLS o chi ha in carico il paziente (Distretto) provvede a fornire una informativa sul servizio COT (o integra la propria informativa con la procedura COT).

TRANSIZIONI DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO

Processo organizzativo	Aspetti privacy	Strumenti e dati a disposizione della COT
La struttura ospedaliera esprime il bisogno di continuità delle cure per un paziente ricoverato per il quale, alla dimissione, si prevede la necessità di supporto sanitario/sociale, e trasmette una notifica di avvenuto ricovero alla COT che i) verificherà la presenza di altri servizi aperti su quel paziente e ii) informerà i soggetti coinvolti dell'avvenuto ricovero e iii) visualizza le schede di valutazione.	Prima della notifica e della messa a disposizione alla COT delle informazioni (richieste di continuità e monitoraggio del percorso dello specifico paziente), la struttura ospedaliera fornisce al paziente informativa rispetto i) ai dati che verranno messi a disposizione della COT e ii) alle modalità con cui la COT tratterà questi dati. Potrebbe essere anche una informativa breve che rimandi ad una informativa completa pubblicata su apposito sito web del distretto in cui la COT è incardinata. Alla COT vengono messe a disposizione tutte le sole informazioni necessarie a garantire la continuità delle cure ed attivare il percorso assistenziale più idoneo a rispondere alle necessità manifestate, monitorando il coinvolgimento di tutti gli attori necessari	• Sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (incl: informazioni anagrafiche, contatti del paziente e/o famiglia, dei dati sulla complessità del caso e dei bisogni) e cruscotto pazienti in dimissione comprensiva di noti; • verifica per il caso specifico di servizi attivi/già attivati • mappatura aggiornata dei servizi territoriali
La COT supporta l'individuazione della struttura/ servizio di destinazione specifica e attiva la struttura/servizio, registrando le informazioni relative al trasferimento		• Cruscotto pazienti in dimissione con sistema di notifica degli scostamenti rispetto all'atteso • sistema di notifica ai soggetti coinvolti
La COT attiva gli attori necessari, verifica l'avvenuta dimissione e presa in carico del servizio territoriale, monitorando il completamento della transizione, e notificando tutti gli attori dell'esito anche con eventuali aggiornamenti.		• cruscotto con finalità di reportistica • sistema informatico per registrazione dei dati necessari per il monitoraggio

TRANSIZIONI DAL TERRITORIO ALL'OSPEDALE

Processo organizzativo	Aspetti privacy	Strumenti e dati a disposizione della COT
Il MMG/PLS o il medico palliativista/medico del distretto o chi ha in gestione il caso, previo raccordo con MMG/PLS qualora la richiesta non provenga dallo stesso, concorda la necessità di un accesso ospedaliero programmabile	Preliminarmente all'invio della richiesta alla COT, il MMG/PLS o il medico palliativista/medico del distretto o chi ha in gestione il caso al domicilio fornisce al paziente informativa rispetto i) ai dati che verranno messi a disposizione della COT e ii) alle modalità con cui la COT tratterà questi dati. Potrebbe essere anche una informativa breve che rimandi ad una informativa completa	• Sistema di ricezione delle notifiche; • accesso profilato alle informazioni relative a eventuali esigenze clinico assistenziali specifiche • accesso profilato alle informazioni sulla prestazione richiesta per cui è necessario un accesso in ospedale

	pubblicata su apposito sito web del distretto in cui la COT è incardinata	
La COT accede in forma anonima alle liste di attesa e alle agende per verificare disponibilità, propone la struttura individuata disponibile, fissa un appuntamento e facilita la transizione, mentre il servizio territoriale conferma l'appuntamento e mantiene il contatto con il paziente e i familiari.		• cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni; • accesso profilato alle agende di prenotazione; • sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti
La COT traccia e registra il buon esito della transizione del paziente verso la Struttura Ospedaliera individuata e notifica tutti gli attori coinvolti anche con aggiornamenti. La struttura ospedaliera effettua le prestazioni ed emette la documentazione notificando la COT, gestendo il paziente in transizione e riprendendolo in carico		• cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità; • sistema integrato con i principali applicativi di gestione ospedaliera; • sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti

TRANSIZIONI DAL TERRITORIO – TERRITORIO

Processo organizzativo	Aspetti privacy	Strumenti e dati a disposizione della COT
MMG/PLS o chi ha in gestione il caso individua il bisogno, produce una scheda di valutazione e notifica la richiesta alla COT, informando paziente e caregiver. La COT prende in carico la richiesta, attiva se necessario il Distretto per UVM e definizione del PAI, integrando le informazioni e facilitando i professionisti. La COT visualizza le schede di valutazione anche per eventuale integrazione	Preliminarmente all'invio della richiesta alla COT, il MMG/PLS o chi ha in gestione il caso sul territorio fornisce al paziente informativa rispetto i) ai dati che verranno messi a disposizione della COT e ii) alle modalità con cui la COT tratterà questi dati. Potrebbe essere anche una informativa breve che rimandi ad una informativa completa pubblicata su apposito sito web del distretto in cui la COT è incardinata.	• sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni; • accesso profilato ai sistemi per verificare i servizi attivi/già attivati • mappatura aggiornata dei servizi
La COT raccoglie e trasmette le informazioni utili, supporta l'individuazione del servizio, effettua una analisi sul territorio per verificare disponibilità e attiva la struttura, pianificando la transizione. Il servizio territoriale richiedente riceve notifica, conferma la proposta e viene aggiornato dalla COT, mentre il servizio ricevente conferma la disponibilità e pianifica la transizione con la COT.		• cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con lo stato di avanzamento comprensivo di funzionalità di notifica; • sistema per la "prenotazione/ impegno" • sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti • accesso profilato al database delle strutture con indicazione di disponibilità
La COT organizza e monitora la transizione e verifica che il primo accesso alla struttura di destinazione o al domicilio sia avvenuto secondo quanto programmato, dandone notifica a tutti i soggetti coinvolti nella presa in carico. Il servizio di destinazione prende in carico il		• cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità di reportistica e notifica • sistema di notifica esito transizione al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti

paziente e mantiene i contatti con paziente e famiglia		

IL RUOLO DELLA CO NEL COORDINAMENTO E MONITORAGGIO DELLA SALUTE A DOMICILIO-TELEMONITORAGGIO E/O TELECONTROLLO (DM 29 APRILE 2022)

Processo organizzativo	Aspetti privacy	Strumenti e dati a disposizione della COT
Il telemonitoraggio può essere richiesto da un medico (MMG/PLS, specialista) che ravvisa la necessità di monitoraggio da remoto, inviando la richiesta alla COT e informando il paziente o caregiver. La COT prende in carico la richiesta, informa la centrale operativa ADI o il servizio preposto, attiva l'UVM e visualizza le schede di valutazione.	Preliminarmente all'invio della richiesta alla COT, il MMG/PLS o il medico specialista fornisce al paziente informativa rispetto i) ai dati che verranno messi a disposizione della COT e ii) alle modalità con cui la COT tratterà questi dati. Potrebbe essere anche una informativa breve che rimandi ad una informativa completa pubblicata su apposito sito web del distretto in cui la COT è incardinata.	• sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni • accesso profilato per la verifica dei servizi attivi/già attivati

FASI PROGETTUALI PER LA REALIZZAZIONE DELLA SOLUZIONE

Il progetto mira a fornire omogeneità nella gestione dei pazienti nella transitional care agli enti sanitari. L'iniziativa progettuale include tutti i servizi, generali e specialistici, che dovranno essere erogati al fine di garantire l'interoperabilità del S.I. COT con i differenti setting assistenziali presenti presso gli Enti SSR aziendali e le strutture private accreditate della Regione. In particolare, dovranno essere garantiti:

- la fornitura della componente tecnologica di software e hardware;
- l'erogazione dei servizi di migrazione e interconnessione dati;
- l'erogazione di servizi di formazione del personale.

Il modello adottato per il delivery della soluzione è articolato su due macro-livelli. A livello regionale, verranno gestiti gli investimenti e le attività necessarie per garantire la disponibilità della soluzione trasversale ai singoli Enti SSR. In particolare, pur garantendo l'autonomia operativa di ciascun Enti SSR e in conformità con le normative in merito di trattamento e tutela dei dati personali, le informazioni gestite a livello locale potranno essere consolidate anche a livello regionale. Il livello locale si occuperà di creare le condizioni affinché la soluzione "generalista" si adegui verticalmente alle caratteristiche peculiari dei singoli Enti SSR.
Le principali attività, che dovranno essere svolte a livello regionale e locale, saranno l'assessment, la parametrizzazione, la stesura e l'approvazione di un Documento Progettuale di Dettaglio, la predisposizione delle integrazioni, la configurazione del sistema, i test, la migrazione dei dati e il collaudo, la formazione e l'avviamento, e la gestione a regime della soluzione. Sarà importante mantenere un continuo confronto con i referenti regionali e a livello locale per garantire l'allineamento degli obiettivi dell'intervento alle esigenze che potranno essere integrate anche durante la fase di assessment.

Fase	Attività progettuale
Fase 0	Assessment preliminare delle specifiche informative relative alla situazione attuale dell'ente proponente
Fase 1	*Assessment*, parametrizzazione, stesura e approvazione di un Documento Progettuale di Dettaglio (DPD), Predisposizione delle integrazioni
	Configurazione del sistema
Fase 2	Test, Migrazione dati e collaudo
Fase 3	Formazione e avviamento
Fase 4	Gestione a regime della soluzione

Fase 0: Assesment preliminare delle specifiche informative relative alla situazione attuale dell'ente proponente
Ricognizione sulla situazione attuale dell'ente proponente con indicazione del perimetro tecnologico, sistemi informativi esistenti, strutture organizzative, funzionigramma aziendale, specifiche informative, etc.

Fase 1: Assesment, parametrizzazione, stesura e approvazione di un Documento Progettuale di Dettaglio (DPD), predisposizione delle integrazioni, configurazione del sistema
In questa fase verranno gestiti gli investimenti e le attività necessarie per garantire la disponibilità del sistema trasversale ai singoli enti. In particolare, è previsto lo sviluppo di un documento di assesment per individuare il parco tecnologico (infrastrutturale e applicativo) dell'Ente SSR che verrà impattato. Sulla base dell'assesment, sarà necessario parametrizzare le attività da mettere in campo per il delivery della

soluzione, fornendo una strategia che tenga conto delle attività da eseguire come, ad esempio, per la predisposizione degli ambienti virtuali. A seguito si procederà alla relativa attuazione, che dovrà prevedere l'esecuzione delle configurazioni necessarie per eseguire il rilascio, i test ed il collaudo della soluzione 'trasversale'.

Fase 2: Test, migrazione dati e collaudo
In questa fase saranno svolti i test e il collaudo del sistema. Nello specifico, si redigerà un piano dei test, concordato con la regione e gli ES, contenente modalità e tempistiche per ogni tipologia di test, i casi d'uso coperti dal test e le funzionalità impattate. Successivamente verrà eseguito il deploy della soluzione trasversale che dovrà essere eseguito relativamente ad una prima COT, che funzioni da pilota per le successive strutture sanitarie.

Fase 3: Formazione, avviamento e completamento della diffusione
La diffusione della soluzione avverrà anche mediante specifica formazione al personale. Dovranno essere organizzate tutte le attività utili ad agevolare l'introduzione della nuova soluzione sia agli utilizzatori finali (personale amministrativo, infermieristico, assistenziale delle COT), sia a ruoli chiave all'interno delle strutture tecniche degli Enti SSR.

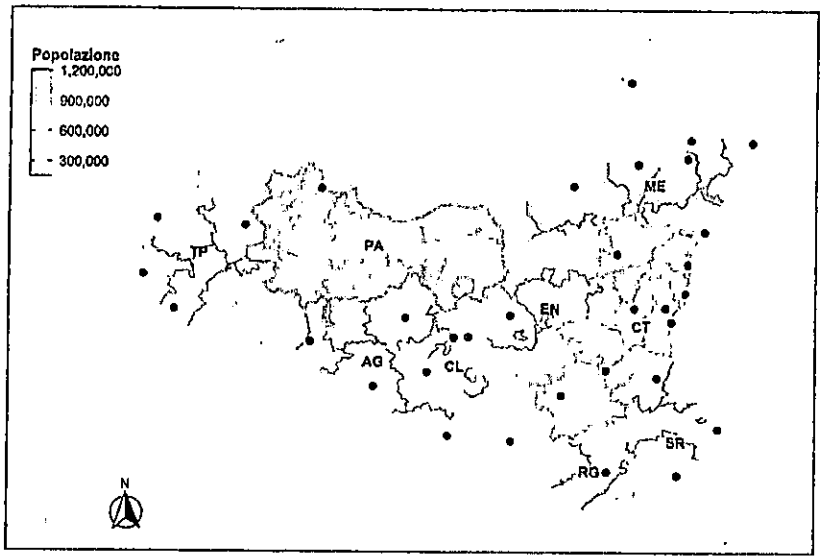
Fase 4: Gestione a regime della soluzione
A seguito dell'avviamento a regime della soluzione, si dovranno garantire, fino al termine dell'incarico tutte quelle attività e servizi necessari ad assicurare il corretto funzionamento del sistema, tra cui il supporto per la pianificazione delle evoluzioni dei servizi, la gestione operativa delle installazioni, il supporto e manutenzione dei servizi della soluzione, l'assistenza e il supporto applicativo.

L'iniziativa sarà accompagnata da una gamma di servizi professionali di natura tecnica e gestionale atti a supportare la transizione al nuovo servizio, nonché orientati alla efficace operatività della soluzione stessa:

- Project management per la pianificazione, attivazione e gestione dell'iniziativa progettuale, anche mediante l'adozione di approcci agili e interattivi (es. AgilePM, PMP, PRINCE2, ecc);
- Servizi a supporto per lo sviluppo dei requisiti necessari all'adeguamento dei sistemi informativi in essere nelle strutture per garantire l'interoperabilità con la piattaforma regionale;
- Gestione operativa delle installazioni e monitoraggio della soluzione, anche mediante l'utilizzo di *framework* di gestione dei processi IT (es. ITIL, ecc).

ELEMENTI DIMENSIONALI

Come già detto, la presente iniziativa progettuale mira alla realizzazione di un sistema informativo unificato a livello regionale per l'interconnessione aziendale tra le COT che verranno realizzate nell'ambito del PNRR. Si fornisce di seguito una vista di sintesi delle strutture che la Regione Siciliana ha individuato in sede di programmazione e definito nel CIS Missione 6. Nello specifico, è prevista la realizzazione di 1 COT ogni 95.000 abitanti, per un totale di 50 strutture da realizzare sul territorio.



Ente Sanitario	N° COT
ASP di Agrigento	4
ASP di Caltanissetta	4
ASP di Catania	10
ASP di Enna	2
ASP di Messina	7
ASP di Palermo	12
ASP di Ragusa	3
ASP di Siracusa	4
ASP di Trapani	4
Regione	**50**

Per un completo dimensionamento dell'iniziativa progettuale si forniscono di seguito alcuni elementi informativi relativi alla demografia e organizzazione dell'assistenza sanitaria in Regione Siciliana riferiti all'anno 2021.

Provincia	N° Abitanti	N° Strutture Ospedaliere	N° SDO	N° Strutture Assistenziali Territoriali	N° Posti Letto
Agrigento	419.847	4	31.107	332	876
Caltanissetta	252.803	6	17.673	118	662
Catania	1.066.765	7	142.008	423	4032
Enna	158.183	4	14.329	102	796
Messina	609.223	7	69.553	348	2563
Palermo	1.214.291	7	141.457	485	4423
Ragusa	314.950	5	30.850	118	756
Siracusa	386.451	7	32.204	217	1113
Trapani	418.363	7	30.511	205	833
Regione	**4.840.876**	**54**	**509.692**	**2.348**	**16.054**

QUADRO ECONOMICO DEL PROGETTO

Descrizione intervento	Convenzione/ AQ Consip	CIG	Importo
Software e hardware	Sanità Digitale 3 – Data governance CENTRO-SUD	91882439FB	1.550.000,00
	Sanità Digitale 3 – Servizi di supporto	9188267DC8	431.876,10
	Polo Strategico Nazionale ("PSN")	9066973ECE	450.000,00
	Tecnologie Server 4 - lotto 6	9224206797	110.000,00
	Licenze software multibrand 5	913379995F	70.000,00
		Sub-totale	2.611.876,10
Migrazione e interconnessione dati	SPC Connettività	5133642F61	150.000,00
	Sanità Digitale 3 – Data governance CENTRO-SUD	91882439FB	372.375,22
		Sub-totale	522.375,22
Formazione del personale	Sanità Digitale 3 – Servizi di supporto	9188267DC8	348.250,14
		Sub-totale	348.250,14
		TOTALE	**3.482.501,46**

DESCRIZIONE E CARATTERISTICHE DELL'INTERVENTO	**QUADRO ECONOMICO**
Importo software	1.567.125,66
Importo hardware	1.044.750,44
Importo migrazione e interconnessione dati	522.375,22
Importo formazione del personale	348.250,14
TOTALE GENERALE DEL PROGETTO (Importo complessivo per l'interconnessione aziendale)	**3.482.501,46**

AZ SANITARIA PROV.LE DI

Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU

Italiadomani PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

PIÙ Salute PROSSIMITÀ INNOVAZIONE UGUAGLIANZA

PNRR MISSIONE 6 - SALUTE

All. "B"

Ministero della Salute

UNITA' DI MISSIONE PER L'ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI DEL PNRR
UFFICIO I - Ufficio di coordinamento della gestione
Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma
PEC PNRR@postacert.sanita.it

Alle Regioni e PP.AA. impegnate nell'attuazione
dei progetti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
alla c.a. del Referente Unico della Parte
ex art. 3, co. 2 Contratto Istituzionale di Sviluppo

e p.c.

Al Ministero della Salute
Segretariato generale
Alla c.a. del Dott. Giovanni Leonardi

Ad AGENAS
Direzione generale
Alla c.a. del Dott. Domenico Mantoan

Oggetto: Progetti interconnessione aziendale (M6.C1-I1.2.2.2). Trasmissione nuovo schema di Capitolato Tecnico.

Con riferimento all'oggetto, si fa seguito alle note già trasmesse dalla Scrivente Unità di Missione con i protocolli 002541-15/12/2022-UMPNRR e 2590-20/12/2022-UMPNRR, per condividere un nuovo schema di Capitolato Tecnico per l'affidamento dei servizi per l'interconnessione aziendale.

Rispetto alla versione dello scorso 20 dicembre, il documento recepisce le osservazioni ricevute da Agenas ed è stato anche condiviso con Consip per permettere un generale e significativo miglioramento dello schema. Il documento espone i contenuti "comuni" agli interventi su tutto il territorio nazionale, propone una versione per eventuali contenuti specifici che andrà implementata dai Soggetti Attuatori per la descrizione peculiare del caso e riporta, in rosso, alcuni commenti tecnici utili per l'emissione della gara.

L'allegato alla presente è diffuso anche in versione editabile per consentirne la pronta modifica alle particolarità del caso da parte del Responsabile del progetto.

IL DIRIGENTE
Vicario dell'Unità di Missione
*f.to Arch. Dora DI FRANCESCO**

Allegato:
- *2023_02_17 - Capitolato Tecnico piattaforma COT_Master.pdf*
- *2023_02_17 - Capitolato Tecnico piattaforma COT_Master.doc*

**firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art.3, comma 2, del D.lgs. n.39/1993*

UMPNRR/Uff.1/DDF/FDP

SANITARIA PROVI. DI ENNA

aspe.ASP ENNA.REGISTRO UFFICIALE.I.0034587.28-03-2023

Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU

PNRR MISSIONE 6 - SALUTE

PIÙ Salute PROSSIMITÀ INNOVAZIONE UGUAGLIANZA

Italiadomani PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

REPUBBLICA ITALIANA
REGIONE SICILIANA

34587

ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento per la Pianificazione Strategica
Struttura per l'attuazione del PNRR e PNC - Missione 6

Prot. n. 19633

Palermo 28 MAR 2023

OGGETTO: Progetti interconnessione aziendale (M6.CI1.2.2.2). Trasmissione nuovo schema di Capitolato Tecnico.

Alla Direzione Strategica dell'ASP di Enna

Al RUP aziendale degli interventi della Linea M6.C1-I1.2.2.2

Si trasmette in allegato alla presente, la nota del Ministero della Salute nota prot.0000534 del 03/03/2023 con relativi allegati, per gli adempimenti di propria competenza.

L'Istruttore Direttivo
Rag. Francesco Galati

REGIONE SICILIA Ass.to Reg.le Salute

Il Referente Unico Regionale per il PNRR
(Ing. Massimiliano Maisano)