



REGIONE SICILIANA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
ENNA

DELIBERA N. 1894  
DEL 12 9 DIC 2022

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. 491264  
DEL 29.12.2022

IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO  
RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO  
Dr. Paolo Canharozzo

IL DIRETTORE F.F.  
DELL'U.O. PROPONENTE  
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 29/12/22 C.E.  C.P. 1010 21 001

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO  
L'ASSISTENTE AMMINISTRATIVO  
Sig.ra Loredana Barbagallo

IL DIRETTORE DEL S.E.F.P.  
DEL SERVIZIO ECONOMICO  
FINANZIARIO E PATRIMONIALE  
Dott.ssa V. PILEATO

DATA RICEZIONE DELLA PROPOSTA PRESSO U.O.C. STAFF \_\_\_\_\_

## PREMESSO

- che con il Regolamento (UE) 2021/241 il Parlamento Europeo, come risposta alla crisi pandemica da Covid-19, ha istituito il Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza che ha una durata di sei anni, dal 2021 al 2026, di cui l'Italia è beneficiaria, con cui sono stati avviati programmi di rafforzamento della prevenzione e dell'assistenza sul territorio;
- che nell'ambito di tali obiettivi programmatici è stato richiesto agli Stati membri dell'U.E. di presentare un pacchetto di investimenti e riforme rappresentato dal "*Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*" (PNRR) che si articola in sei Missioni e sedici Componenti
- che detto Piano alla "*Missione 6 - Salute*" definisce due obiettivi: il rafforzamento della prevenzione e dell'assistenza sul territorio con l'integrazione tra i servizi sanitari e sociali, e l'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche;
- che il Governo nazionale con il D.L. n. 59 del 6 maggio 2021, convertito con modificazioni dalla L. 1 luglio 2021, n. 101, ha inteso integrare e potenziare i contenuti del PNRR attraverso il (PNC) "*Piano Nazionale per gli investimenti Complementari*" al PNRR, stanziando ulteriori risorse nazionali, disponibili in aggiunta alle sovvenzioni e ai fondi previsti in sede comunitaria;

**DATO ATTO** che nell'ambito degli investimenti e riforme di cui sopra, finalizzati al rafforzamento dell'assistenza nel territorio sono previsti, tra l'altro:

- la creazione di strutture denominate "*Case della Comunità (CdC)*", intese come strutture in cui insistono tutti i servizi territoriali, coordinati tra loro;
- il potenziamento dei servizi domiciliari, la realizzazione di un sistema informativo aziendale, lo sviluppo della telemedicina e la realizzazione di "*Centrali Operative Territoriali (COT)*", con la funzione di coordinare i servizi sanitario territoriali e assicurare l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza - urgenza;
- il rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia, attraverso l'attivazione degli "*Ospedali di Comunità (OdC)*", strutture sanitarie della rete territoriale destinate a ricoveri di breve durata di pazienti che necessitano interventi sanitari a media/bassa intensità clinica;
- la messa in sicurezza dei Presidi Ospedalieri attraverso *l'adeguamento strutturale dal punto di vista sismico*;
- la realizzazione di infrastrutture per *l'interconnessione* a livello regionale delle "Centrali Operative Territoriali" (COT);
- l'acquisizione centralizzata a livello regionale di *device* da destinare ad operatori e pazienti per l'allestimento delle "Centrali Operative Territoriali" (COT);

**ATTESO** che con D. A. n. 667 del 29.07.2022, notificato con nota n. 37356 del 03.08.2022, dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana, 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;

Verificata

**DATO ATTO** che con atto deliberativo n. 1187 del' 11.08.2022, al fine di avviare le attività volte al perseguimento degli obiettivi del PNRR, Missione 6 – Componente 1 e 2 e del PNC, è stato individuato il “*Referente Unico Aziendale*” al quale è affidato il compito di vigilare sull’ esecuzione degli impegni che discenderanno dallo svolgimento delle attività concernenti la realizzazione dei relativi interventi e sono stati nominati, per ogni singolo intervento di ogni linea di investimento, i Responsabili Unici del Procedimento (RUP) che manterranno l’incarico fino alla rendicontazione finale del finanziamento;

#### **ACCERTATO**

che il sopradetto D.A., nell’ambito della “*Linea M6 – Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT)*”, prevede l’Intervento C1 - 1.2.2 - **COT Interconnessione Aziendale** – CUP: G76G22000100006, avente carattere regionale.

#### **DATO ATTO**

- che detto intervento prevede la realizzazione di una infrastruttura unica a livello regionale dedicata all’interconnessione aziendale che si colloca nel più ampio e strategico percorso di sviluppo di Sanità Digitale definito dalla Regione Sicilia nel “Piano Strategico per la Salute Digitale”;
- che nel dettaglio, la realizzazione di detta infrastruttura unica si inserisce, quale modulo funzionale, nell’ambito della costituenda piattaforma regionale di interoperabilità per l’accesso facilitato ai servizi sanitari da parte del cittadino e alla condivisione dei documenti e dei dati clinici strutturati da parte delle Aziende del SSR;

**VISTA** la nota dell’Assessorato Regionale alla Salute prot. n. 44855 del 05.10.2022 con cui l’Assessorato della Salute della Regione Siciliana, ha disposto affinché questa ASP di Enna attui l’intervento in esame, rammentando che la milestone per l’approvazione è prevista per il 31.12.2022;

**CONSIDERATO** che la disciplina del D.L. 77/2021 citato si pone l’obiettivo della semplificazione e velocizzazione dei procedimenti di affidamento dei contratti pubblici volto all’accelerazione degli appalti di lavori, servizi e forniture necessari per l’attuazione degli interventi relativi al PNRR e al PNC;

**RITENUTO** che il presente approvvigionamento rientra in detta fattispecie e che la prestazione sopraindicata deve essere eseguita con la massima celerità in quanto necessaria per la realizzazione degli interventi sopra indicati;

**RILEVATO** l’obbligo di assicurare il conseguimento di *target e milestone* e degli obiettivi finanziari stabiliti nel PNRR;

**CONSIDERATO** che occorre avviare il processo di approvvigionamento delle risorse necessarie all’implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) Interconnessione Aziendale –, mediante adesione a convenzioni e accordi quadro Consip;

**TENUTO CONTO** che, mediante il progetto in esame, le Centrali Operative Territoriali (COT) attraverso *l’interconnessione aziendale* vengono dotate di sistemi di tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all’altro o da un livello clinico assistenziale all’altro, di raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, oltre che 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, costituendo così un progetto pilota per i servizi di intelligenza artificiale a supporto dell’assistenza primaria, 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;



**DATO ATTO** che a seguito di apposito studio e valutazione tecnica è stata avviata la relativa attività di rilievo ed indagine con conseguente elaborazione dell'allegato (All. A) progetto tecnico che definisce in maniera globale il servizio previsto dalle COT Interconnessione Aziendale e ne stabilisce i requisiti, fornendo indicazioni strutturali, tecnologiche ed organizzative sulle COT stesse, 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
<b>TOTALE GENERALE DEL PROGETTO</b> (Importo complessivo per l'interconnessione aziendale)	<b>€. 3.482.501,46</b>

**CONSIDERATO** che l'approvvigionamento delle risorse necessarie per la realizzazione complessiva dell'intervento può essere realizzato mediante adesione alle 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 Conennnttività - Spc 2	5133642F61	799.750,44
<b>TOTALE GENERALE DEL PROGETTO</b> (Importo complessivo per l'interconnessione aziendale)			<b>€. 3.482.501,46</b>

**ATTESO**

- che l'art. 40 del D. Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii., prevede per le stazioni appaltanti, l'obbligo dell'uso dei mezzi di comunicazione elettronici, nello svolgimento di procedure, comunicazioni e scambi di informazioni di cui al codice degli appalti;
- che occorre pertanto provvedere all'affidamento in esame, mediante la piattaforma telematica Consip;
- che in conseguenza, il fabbisogno individuato può essere trasmesso alla U.O.C: Servizio Provveditorato per la predisposizione della documentazione di gara e gli adempimenti inerenti la gestione della procedura di adesione sulla piattaforma telematica e i successivi atti consequenziali

**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 duemilaventidue il giorno **29 DIC 2022** del mese di ..... nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna;

ANITAD

## IL DIRETTORE GENERALE

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) Scheda Progetto Agenas COT Interconnessione
- C) Nota dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana n. 44855/2022

**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

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

1. **DI APPROVARE** 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
<b>TOTALE GENERALE DEL PROGETTO</b> (Importo complessivo per l'interconnessione aziendale)	<b>€. 3.482.501,46</b>

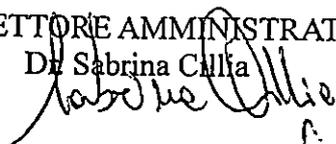
2. **DI DARE ATTO** che per l'approvvigionamento delle risorse necessarie per la realizzazione complessiva dell'intervento, in atto, sono presenti le seguenti Convenzioni ed Accordi Quadro Consip:



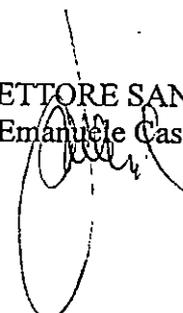
Tipo	Descrizione	CIG	Importo
AQ	Servizi applicativi in ottica cloud e PMO	8210634D82	2.437.751,02
CO	Tecnologie Server 4 - lotto 6	9224206797	120.000,00
CO	Microsoft Enterprise Agreement 7	9013132FCE	65.000,00
CO	Licenze software multibrand 4	8628588811	60.000,00
AQ	SPC Conennttività - Spc 2	5133642F61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

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 Callia



IL DIRETTORE SANITARIO  
Dr. Emanuele Cassarà



IL DIRETTORE GENERALE  
Dr. Francesco Iudica



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE

Luisa Tranchita



P. 10/10/2022

### 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

~~01 GEN 2023~~ al 15 GEN 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 29 DIC 2022

Enna li,

IL FUNZIONARIO INCARICATO

### REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

- Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- Modifica con provvedimento n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Enna li,

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 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 II.2.2, il quale prevede interventi relativi a:

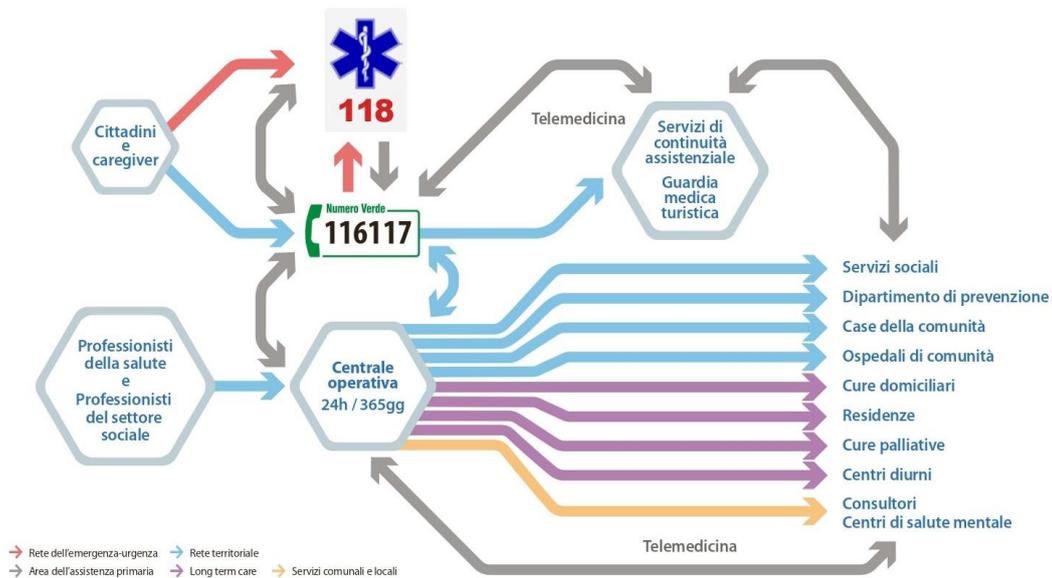
- realizzazione delle COT;
- interconnessione aziendale;
- device a supporto degli operatori e dei pazienti;

- 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.

### Un modello di centrale operativa territoriale



Fonte: Agenas, Monitor 45, 2021.

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.

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.

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.

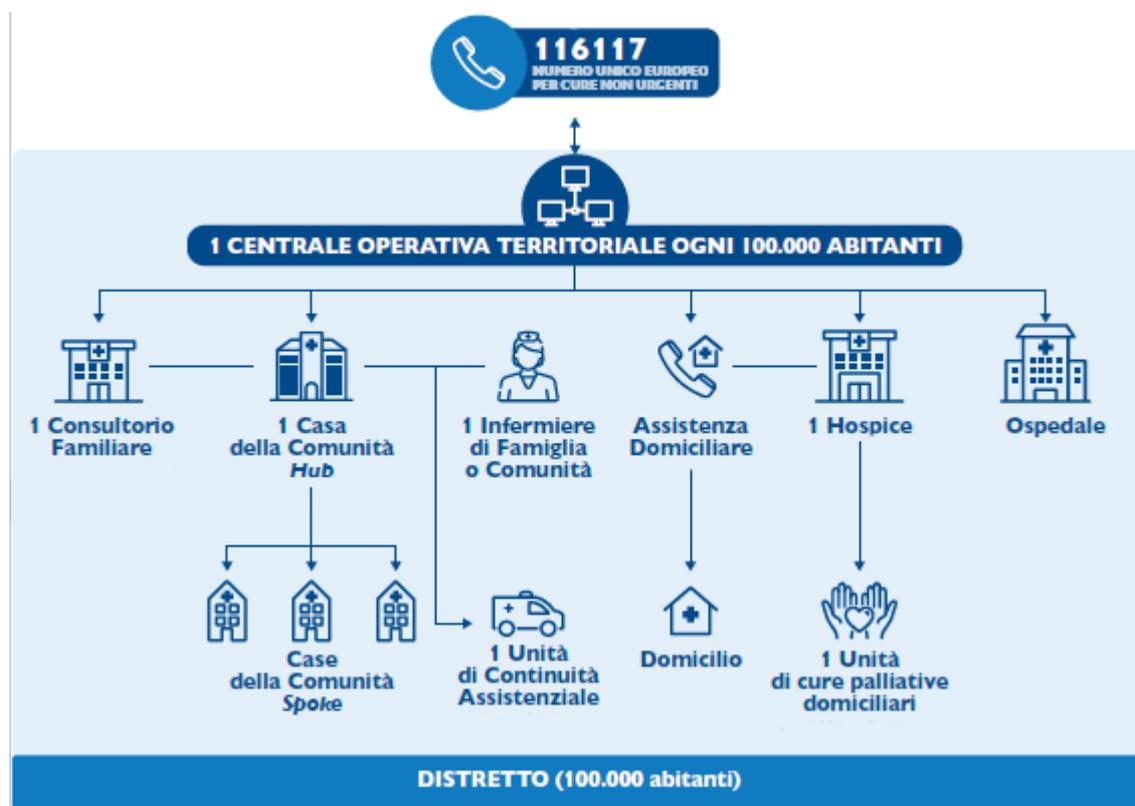
L'**interconnessione** tra i vari Organismi coinvolti è prevista come già accennato, mediante infrastrutture tecnologiche ed informatiche integrate in grado di trasmettere informazioni in real-time dai principali applicativi di gestione aziendale, dai Fascicoli Sanitari Elettronici (FSE), dai gestionali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

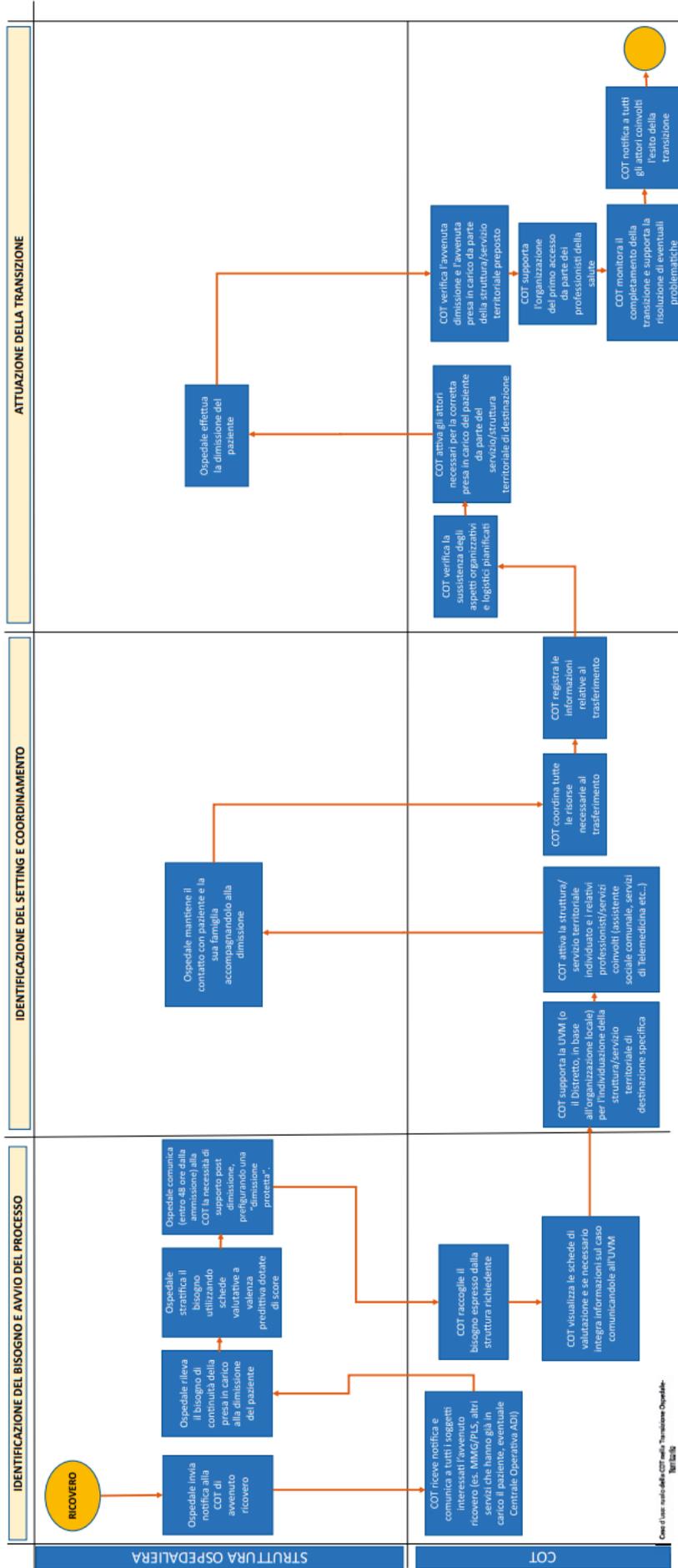


Le COT avranno un ruolo sulle:

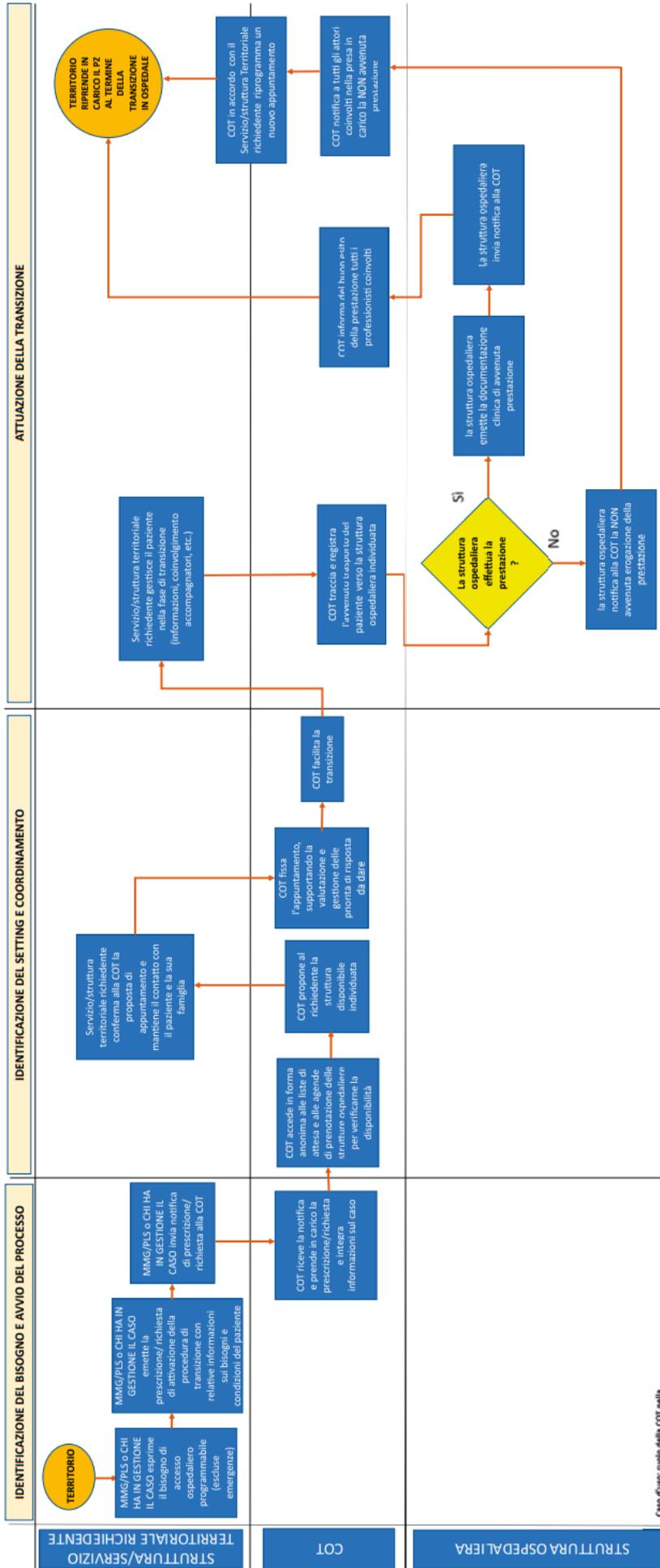
- TRANSIZIONE OSPEDALE – TERRITORIO: nei casi in cui la struttura ospedaliera esprime il bisogno di continuità delle cure per un paziente ricoverato per il quale, alla dimissione, si prevede la necessità di supporto sanitario/sociale rilevato anche attraverso l'utilizzo di strumenti e/o scale validate.
- 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 saturate 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".



- 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);



Caso d'uso: ruolo della COT nella Transizione Territorio-Ospedale

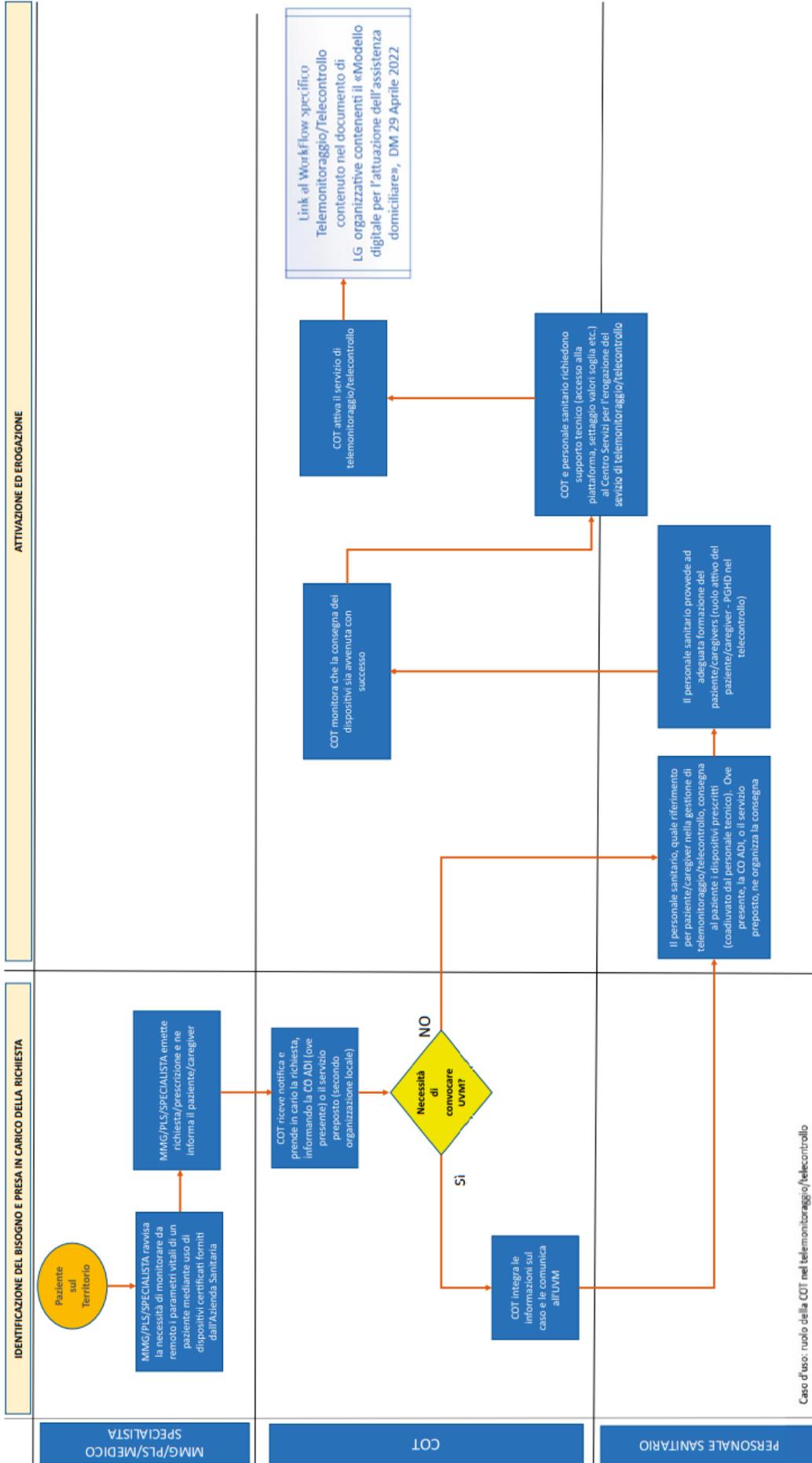
- TRANSIZIONE TERRITORIO – TERRITORIO:
  - sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) corredata delle informazioni anagrafiche, contatti del paziente e/o famiglia, dei dati sulla complessità del caso e dei bisogni;
  - 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 Salute<sup>1</sup>);
  - cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità di reportistica anche comprensiva della notifica degli scostamenti rispetto al processo atteso (fasi e tempi)

---

<sup>1</sup> 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](https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=sistemaInformativo&menu=rete)



- 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.



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”*.

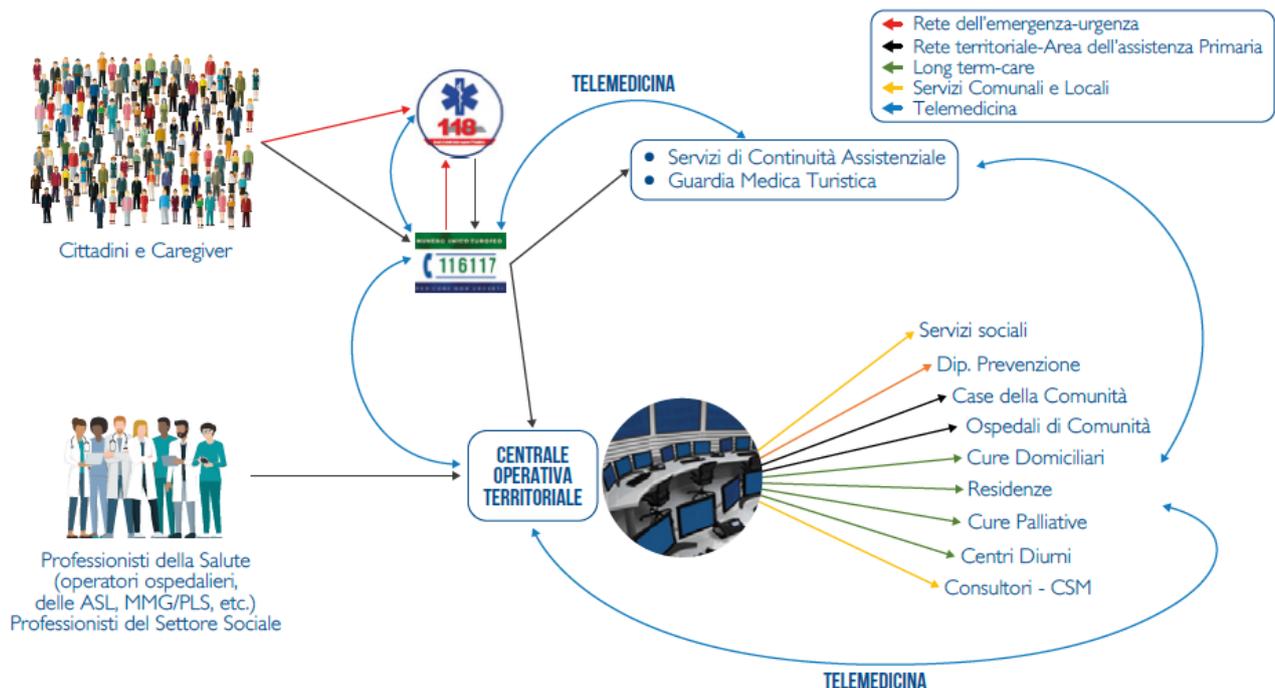
Le COT, per assolvere ai compiti loro destinati, dovranno quindi interfacciarsi con il PUA e il NEA 116117, nonché andranno stabilite modalità formalizzate di comunicazione ed i relativi strumenti tecnologici a supporto con i professionisti della salute che operano nelle Case della Comunità (CdC), nelle 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.

L'interconnessione e l'interoperabilità dovrà essere garantita da un Sistema Informatico che sia in grado: a livello di singola COT di ricevere i dati dal territorio; a livello regionale di connettere tra loro tutte le 49 COT presenti sul territorio. In particolare, ogni COT (totale 49) farà riferimento ad una ASP (totale 9) ed ogni ASP farà riferimento al Sistema Centrale Regionale. Il Sistema Informatico dovrà essere in grado di gestire i seguenti formati sanitari: FHIR, HL7v2/HL7v3, CDA2, IHE-XDS, DICOM. 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'aver 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:

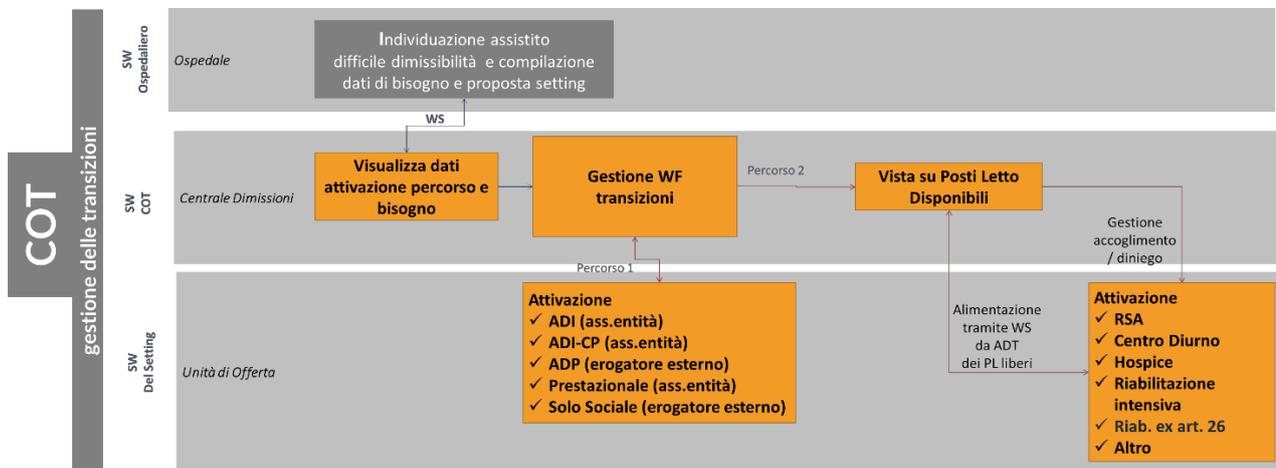
1. produrre i documenti nativi digitali necessari ad alimentare il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) di ciascun assistito, anche grazie al potenziamento del FSE previsto nel PNRR;
2. integrarsi ed interoperare con la piattaforma del Sistema TS del Ministero dell'economia e delle finanze, per garantire 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.

### SISTEMI INFORMATIVI DELLE COT A LIVELLO REGIONALE

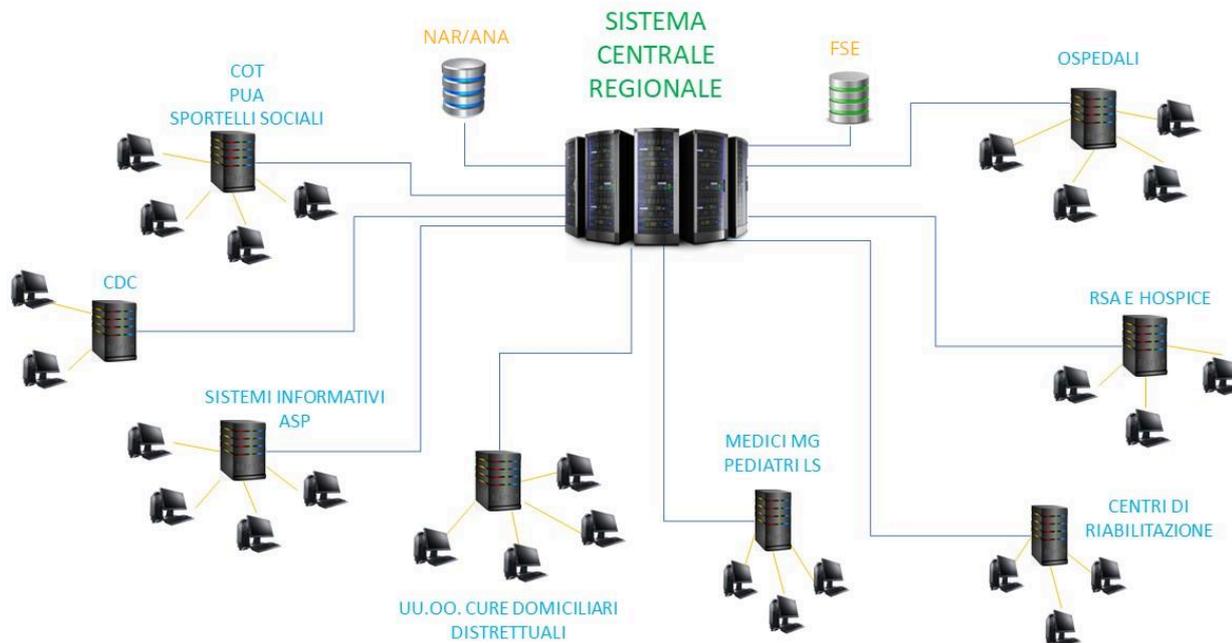
Nell’informatizzazione delle COT dovrà essere progettato e realizzato un framework in grado di raccogliere in un unico sistema (Server) i dati provenienti dalle diverse fonti e piattaforme aziendali, ad esempio dalla piattaforma che gestisce i ricoveri ospedalieri, dai Medici di Medicina Generale o dai 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:

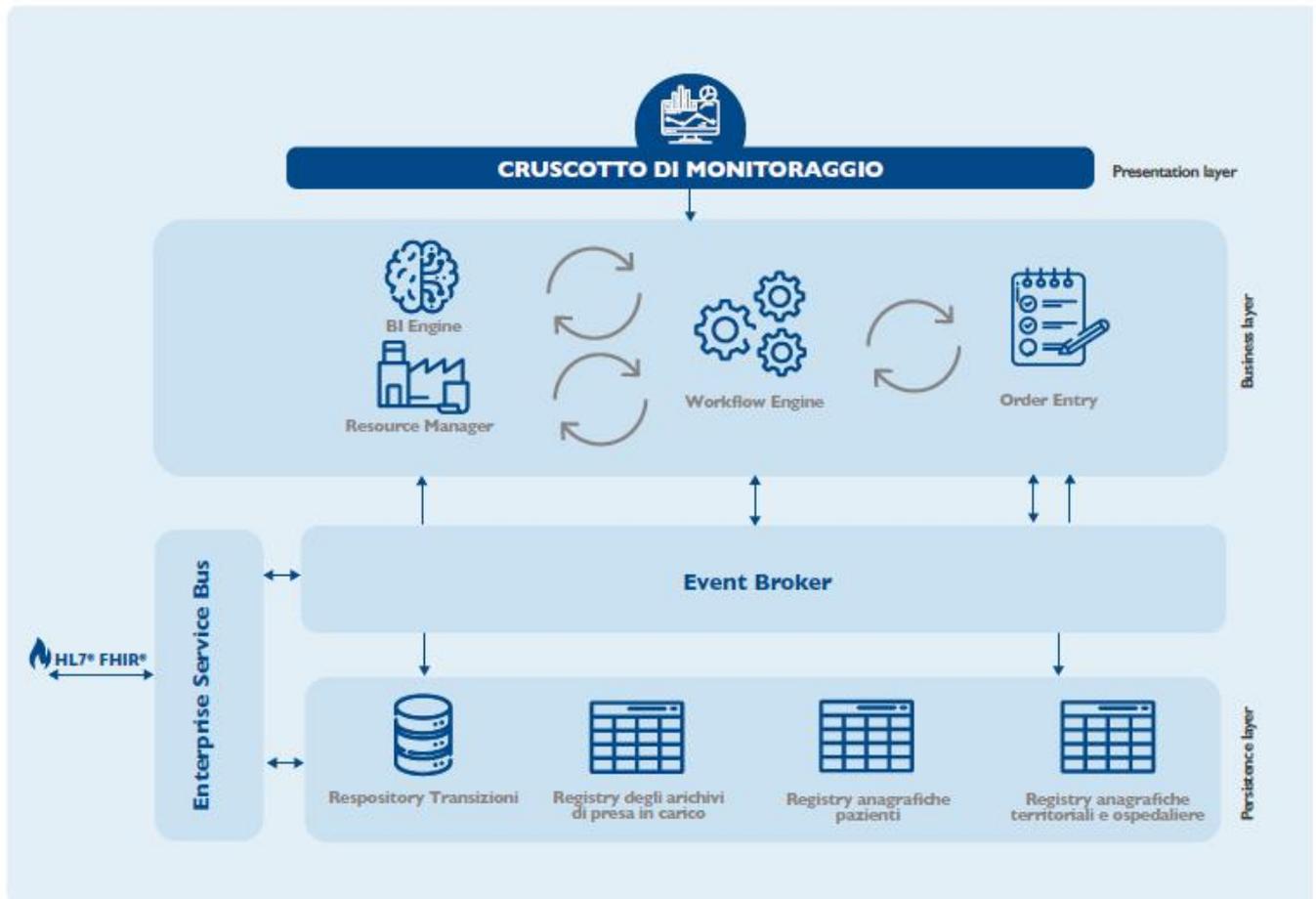
- utilizzo dello stesso sistema di lettura del bisogno
- utilizzo dello stesso sistema di progettazione
- utilizzo dello stesso sistema di verifica del risultato

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.

Il sistema informativo della COT deve possedere i seguenti strumenti:

- La mappatura aggiornata (come detto secondo la logica MRA) di tutti i servizi della rete territoriale ed ospedaliera;

- L'accesso agli archivi di presa in carico del paziente, con gli interventi previsti e tutte le informazioni anagrafiche, i contatti e i caregiver dell'assistito, il subset di informazioni di assessment derivante dall'uso di un sistema di valutazione unico e distribuito regionale;
- Un cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni di setting assistenziali;
- Un sistema di ricezione e invio notifiche integrato con il *cruscotto* delle transizioni.



Il modello prevede un'architettura basata su un approccio event-driven e un sistema informatico unificato a livello regionale per quanto concerne la user experience e la logica applicativa, segmentato a livello aziendale per la gestione e l'archiviazione delle informazioni, così da favorire economie di scala e l'interoperabilità delle COT a livello aziendale, salvaguardando al tempo stesso gli investimenti già effettuati dalle Regioni/Province Autonome.

### **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.*

## SISTEMA INFORMATICO

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).

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

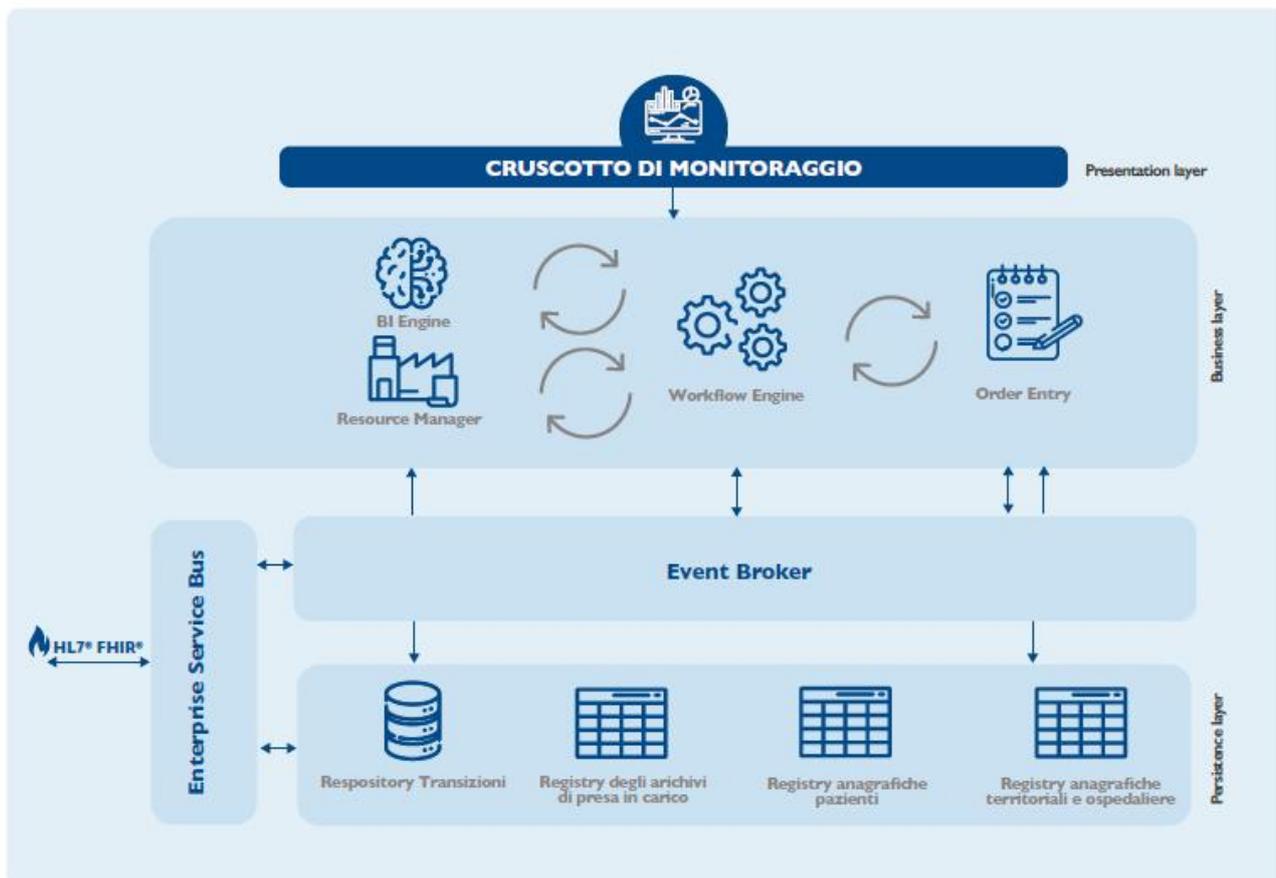
L'architettura di riferimento proposta da Agenas è stata pensata con un approccio event-driven ed è stata individuata sulla base delle tre direttrici principali che derivano dalle funzioni che questa deve svolgere. L'idea è quella di avere un sistema informatico unificato a livello regionale per quanto 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 (anagrafica 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 ritenzione 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.

## 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.

L'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 prima 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 dialogo 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 inquadrare 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.

### **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 servizi 108 109) 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
<p>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.</p>	<p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> <li>• verifica per il caso specifico di servizi attivi/già attivati</li> <li>• mappatura aggiornata dei servizi territoriali</li> </ul>
<p>La COT supporta l'individuazione della struttura/servizio di destinazione specifica e attiva la struttura/servizio, registrando le informazioni relative al trasferimento</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cruscotto pazienti in dimissione con sistema di notifica degli scostamenti rispetto all'atteso</li> <li>• sistema di notifica ai soggetti coinvolti</li> </ul>
<p>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.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• cruscotto con finalità di reportistica</li> <li>• sistema informatico per registrazione dei dati necessari per il monitoraggio</li> </ul>

## TRANSIZIONI DAL TERRITORIO ALL'OSPEDALE

Processo organizzativo	Aspetti privacy	Strumenti e dati a disposizione della COT
------------------------	-----------------	---

<p>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</p>	<p>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 pubblicata su apposito sito web del distretto in cui la COT è incardinata</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema di ricezione delle notifiche;</li> <li>• accesso profilato alle informazioni relative a eventuali esigenze clinico assistenziali specifiche</li> <li>• accesso profilato alle informazioni sulla prestazione richiesta per cui è necessario un accesso in ospedale</li> </ul>
<p>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.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni;</li> <li>• accesso profilato alle agende di prenotazione;</li> <li>• sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti</li> </ul>
<p>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</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità;</li> <li>• sistema integrato con i principali applicativi di gestione ospedaliera;</li> <li>• sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti</li> </ul>

**TRANSIZIONI DAL TERRITORIO – TERRITORIO**

Processo organizzativo	Aspetti privacy	Strumenti e dati a disposizione della COT
<p>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</p>	<p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni;</li> <li>• accesso profilato ai sistemi per verificare i servizi attivi/già attivati</li> <li>• mappatura aggiornata dei servizi</li> </ul>
<p>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.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con lo stato di avanzamento comprensivo di funzionalità di notifica;</li> <li>• sistema per la “prenotazione/impegno”</li> <li>• sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti</li> <li>• accesso profilato al database delle strutture con indicazione di disponibilità</li> </ul>
<p>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 paziente e mantiene i contatti con paziente e famiglia</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità di reportistica e notifica</li> <li>• sistema di notifica esito transizione al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti</li> </ul>

**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

**QUADRO ECONOMICO DEL PROGETTO**

<b>DESCRIZIONE E CARATTERISTICHE DELL'INTERVENTO</b>	<b>QUADRO ECONOMICO</b>
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
<b>TOTALE GENERALE DEL PROGETTO</b> (Importo complessivo per l'interconnessione aziendale)	<b>3.482.501,46</b>

**CONVENZIONI E ACCORDI QUADRO CONSIP**

<b>Tipo</b>	<b>Descrizione</b>	<b>CIG</b>	<b>Importo</b>
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
<b>TOTALE GENERALE DEL PROGETTO</b> (Importo complessivo per l'interconnessione aziendale)			<b>3.482.501,46</b>



# PNRR – MISSIONE 6 SALUTE

M6.C1 – 1.2.2 Casa come primo luogo di cura: Centrali operative territoriali-Interconnessione aziendale

## INFORMAZIONI GENERALI

M6.C1 – 1.2.2 Casa come primo luogo di cura: Centrali operative territoriali-Interconnessione

La presente scheda è predisposta su indicazioni della Direzione Generale Unità di missione per l'attuazione degli interventi del PNRR del Ministero della Salute

### NUMERO INTERVENTI

Quante schede si desidera compilare?*	1
---------------------------------------	---

### Sez. I - IDENTIFICAZIONE DELLA REGIONE E DELL'ENTE

Regione	SICILIA
Soggetto richiedente (l'Ente del sistema sanitario regionale)	ASP ENNA - RUP: VISCUSO CIRO
Indirizzo (Civico, CAP, Località)*	viale Diaz 7
Telefono*	0935520202
Fax*	0935520186
e-mail*	ciro.viscuso@asp.enna.it
Responsabile dell'intervento (il Responsabile Unico del Procedimento)*	Ciro Viscuso
Luogo*	enna
data di compilazione*	14/03/2022



# PNRR – MISSIONE 6 SALUTE

M6.C1 – 1.2.2 Casa come primo luogo di cura: Centrali operative territoriali-Interconnessione aziendale

## SCHEDA COT - INTERCONNESSIONE

M6.C1 – 1.2.2 Casa come primo luogo di cura: Centrali operative territoriali-Interconnessione

Sez. I - IDENTIFICAZIONE DELL'INTERVENTO	
Importo complessivo intervento - (Nota: l'importo sarà automaticamente visualizzato in base a quanto imputato nel QUADRO ECONOMICO DEI LAVORI)*	3482501.46
CUP / codice progetto*	g76g22000100006
Data apertura CUP*	14/03/2022
Titolo - Inserire titolo intervento di interconnessione*	centrale operativa territoriale piattaforma regionale C.O.T.
Descrizione - Indicare descrizione della progettualità*	realizzazione della piattaforma regionale che gestisce le attività delle C.O.T., modulo del sistema regionale informatico sanitario. di seguito il codice NSIS delle Aziende seguito dal numero di COT programmate 190201#4 cot, 190202#4 cot, 190203#10 cot, 190204#2 cot, 190205#7 cot, 190206#12 cot, 190207#3 cot, 190208#4 cot, 190209#4 cot
Altri sistemi/ setting coinvolti Inserire con quale sistema o setting dell'area territoriale si intende interconnettere la COT*	sistema informatico sanitario regionale
Modalità attuative dell'intervento - Indicare una delle modalità riportate nella tabella seguente*	Acquisizione tramite procedura centralizzata Consip
Numero di strutture che si vuole interconnettere*	9

Sez. II - DESCRIZIONE E CARATTERISTICHE DELL'INTERVENTO - IDENTIFICAZIONE INTERVENTO	
Data attivazione a partire dal 1 febbraio 2020	
Altro/Eventuali Note	
COT/ASL di riferimento oggetto di intervento* (Per le ASL indicare il codice NSIS e la descrizione utilizzando # come separatore es:150204#A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO)	190204#2 cot
COT/ASL di riferimento oggetto di intervento* (Per le ASL indicare il codice NSIS e la descrizione utilizzando # come separatore es:150204#A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO)	190205#7 cot
COT/ASL di riferimento oggetto di intervento* (Per le ASL indicare il codice NSIS e la descrizione utilizzando # come separatore es:150204#A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO)	190206#12 cot
COT/ASL di riferimento oggetto di intervento* (Per le ASL indicare il codice NSIS e la descrizione utilizzando # come separatore es:150204#A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO)	190201#4 cot
COT/ASL di riferimento oggetto di intervento* (Per le ASL indicare il codice NSIS e la descrizione utilizzando # come separatore es:150204#A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO)	190202#4 cot
COT/ASL di riferimento oggetto di intervento* (Per le ASL indicare il codice NSIS e la descrizione utilizzando # come separatore es:150204#A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO)	190203#10 cot
COT/ASL di riferimento oggetto di intervento* (Per le ASL indicare il codice NSIS e la descrizione utilizzando # come separatore es:150204#A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO)	190207#3 cot
COT/ASL di riferimento oggetto di intervento* (Per le ASL indicare il codice NSIS e la descrizione utilizzando # come separatore es:150204#A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO)	190208#4 cot
COT/ASL di riferimento oggetto di intervento* (Per le ASL indicare il codice NSIS e la descrizione utilizzando # come separatore es:150204#A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO)	190209#4 cot
Comune*	ENNA
Comune*	MESSINA
Comune*	PALERMO
Comune*	AGRIGENTO
Comune*	CALTANISSETTA
Comune*	CATANIA
Comune*	RAGUSA
Comune*	SIRACUSA
Comune*	TRAPANI
Indirizzo*	viale diaz 7
Indirizzo*	via la Farina 42
Indirizzo*	via cusmano 55
Indirizzo*	viale delle vittorie 321
Indirizzo*	via cusmano 1
Indirizzo*	via santa maria la grande 5
Indirizzo*	via giuseppe delle vittorie 49



# PNRR – MISSIONE 6 SALUTE

M6.C1 – 1.2.2 Casa come primo luogo di cura: Centrali operative territoriali-Interconnessione aziendale

Indirizzo*	corso gelone 17
Indirizzo*	via mazzini 1
Cap*	94100
Cap*	98100
Cap*	90100
Cap*	92100
Cap*	93100
Cap*	95100
Cap*	97100
Cap*	96100
Cap*	91100

## Sez. II - DESCRIZIONE E CARATTERISTICHE DELL'INTERVENTO - DICHIARAZIONE DI COERENZA DELL'INTERVENTO CON GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PNRR

<p>Il Soggetto richiedente dichiara sotto la propria responsabilità: di garantire che, ai sensi dell'art. 9 del Regolamento (EU) 241/2021, in conformità con quanto indicato dalla circolare del MEF n.33 del 31.12.2021, recante chiarimenti in merito a "Addizionalità, finanziamento complementare e obbligo di assenza del c.d. doppio finanziamento", in caso di progetti di investimento sostenuti da altri programmi e strumenti dell'Unione, il sostegno fornito nell'ambito del dispositivo per la ripresa e la resilienza (RRF) non copre lo stesso costo; che la realizzazione delle attività progettuali prevede di non arrecare un danno significativo agli obiettivi ambientali, ai sensi dell'articolo 17 del Regolamento (UE) 2020/852; che la realizzazione delle attività progettuali è coerente con i principi e gli obblighi specifici del PNRR relativamente al principio del "Do No Significant Harm" (DNSH) e, ove applicabili, ai principi del Tagging clima e digitale, della parità di genere (Gender Equality), della protezione e valorizzazione dei giovani e del superamento dei divari territoriali; che l'attuazione del progetto prevede il rispetto delle norme comunitarie e nazionali applicabili, ivi incluse quelle in materia di trasparenza, uguaglianza di genere e pari opportunità e tutela dei diversamente abili; che l'attuazione del progetto prevede il rispetto della normativa europea e nazionale applicabile, con particolare riferimento ai principi di parità di trattamento, non discriminazione, trasparenza, proporzionalità e pubblicità; che adotterà misure adeguate volte a rispettare il principio di sana gestione finanziaria secondo quanto disciplinato nel Regolamento finanziario (UE, Euratom) 2018/1046 e nell'art. 22 del Regolamento (UE) 2021/241, in particolare in materia di prevenzione dei conflitti di interessi, delle frodi, della corruzione e di recupero e restituzione dei fondi che sono stati indebitamente assegnati; di disporre delle competenze, risorse e qualifiche professionali, sia tecniche che amministrative, necessarie per portare a termine il progetto e assicurare il raggiungimento di eventuali milestone e target associati; di aver considerato e valutato tutte le condizioni che possono incidere sull'ottenimento e utilizzo del finanziamento a valere sulle risorse dell'Investimento M6.C1 – 1.2.2 Casa come primo luogo di cura: Centrali operative territoriali-Interconnessione aziendale e di averne tenuto conto ai fini dell'elaborazione della proposta progettuale; di essere a conoscenza che l'Amministrazione centrale responsabile di intervento si riserva il diritto di procedere d'ufficio a verifiche, anche a campione, in ordine alla veridicità delle dichiarazioni rilasciate in sede di domanda di finanziamento e/o, comunque, nel corso della procedura, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente.</p>	<p>Accetto</p>
---	----------------



# PNRR – MISSIONE 6 SALUTE

M6.C1 – 1.2.2 Casa come primo luogo di cura: Centrali operative territoriali-Interconnessione aziendale

## Sez. II - DESCRIZIONE E CARATTERISTICHE DELL'INTERVENTO - DICHIARAZIONE DI COERENZA DELL'INTERVENTO CON GLI OBIETTIVI SPECIFICI DELLA MISSIONE DELL'INTERVENTO

<p>Il Soggetto richiedente dichiara sotto la propria responsabilità: che l'intervento mira alla realizzazione di un sistema di interconnessione aziendale che permetta ai dati, anche clinici (si pensi a quelli derivanti da dispositivi medici, ad esempio gli impiantabili, pacemaker) di essere disponibili in tempo reale. L'intervento è finalizzato al collegamento e al coordinamento dei professionisti e dei servizi sanitari territoriali, sanitari e sociosanitari, ospedalieri, nonché quelli della rete dell'emergenza-urgenza. L'infrastruttura e gli applicativi - a disposizione dei professionisti nei diversi setting assistenziali - devono potersi integrare con i database aziendali, connettersi con la Centrale 116117, per l'accesso alla totalità dei servizi sul territorio, interconnettersi con i sistemi di telemedicina.</p>	<p>Accetto</p>
---	----------------

## Sez. II - DESCRIZIONE E CARATTERISTICHE DELL'INTERVENTO - INQUADRAMENTO PROGRAMMATICO

<p>L'Intervento è coerente con i Documenti di Programmazione Regionale e/o gli strumenti di pianificazione del singolo Soggetto richiedente?*</p>	<p>Si</p>
<p>Specificare in quali documenti è stato inserito</p>	<p>Piano strategico salute digitale . Delibera di Giunta di Governo n.116 del 6 marzo 2018</p>
<p>Chiarire come e in quali tempi si intenda implementare l'inserimento nei documenti di programmazione</p>	
<p>È necessario modificare e/o integrare i Documenti di Programmazione Regionale e/o gli strumenti di pianificazione del singolo Soggetto richiedente?*</p>	<p>No</p>
<p>Indicare quali ed in quali tempi si intenda eseguire l'integrazione*</p>	





# PNRR – MISSIONE 6 SALUTE

M6.C1 – 1.2.2 Casa come primo luogo di cura: Centrali operative territoriali-Interconnessione aziendale

## Sez. II - DESCRIZIONE E CARATTERISTICHE DELL'INTERVENTO - QUADRO ECONOMICO DEL PROGETTO

A. Importo software	1567125.66
B. Importo Hardware	1044750.44
C. Importo migrazione e interconnessione dati	522375.22
D. Importo formazione del personale	348250.14
<b>TOTALE GENERALE PROGETTO (Importo complessivo per l'interconnessione aziendale)</b>	<b>3482501.46</b>
Il Soggetto richiedente con la presentazione della presente Scheda attesta la congruità degli importi.	Accetto

## Sez. III - DATI ECONOMICI, FINANZIARI - FONTI DI FINANZIAMENTO DEL PROGETTO

IMPORTO COMPLESSIVO INVESTIMENTO - (Nota: l'importo sarà automaticamente visualizzato in base a quanto imputato nel QUADRO ECONOMICO DEL PROGETTO)	3482501.46
FINANZIAMENTO PNRR	3482501.46
Ulteriori fonti di finanziamento?	No
Il Soggetto richiedente dichiara sotto la propria responsabilità che, ai sensi dell'art. 9 del Regolamento (EU) 241/2021, in conformità con quanto indicato dalla circolare del MEF n.33 del 31.12.2021, recante chiarimenti in merito a "Addizionalità, finanziamento complementare e obbligo di assenza del c.d. doppio finanziamento", il sostegno fornito nell'ambito del dispositivo per la ripresa e la resilienza (RRF) in aggiunta al sostegno fornito nell'ambito di altri programmi e strumenti dell'Unione non copre lo stesso costo.	
Indicare le fonti e i rispettivi importi delle eventuali fonti di finanziamento ulteriori rispetto al budget assegnato a valere sul PNRR/FC (indicare la fonte e l'importo in euro separati da #):	

## Sez. III - DATI ECONOMICI, FINANZIARI - CRONOPROGRAMMA FINANZIARIO

L'intervento è in corso?	No
Spesa prevista nell'anno 2020	
Spesa prevista nell'anno 2021	
Spesa prevista nell'anno 2022	1044750.44
Spesa prevista nell'anno 2023	1741250.73
Spesa prevista nell'anno 2024	696500.29

### RUP

Firmato da  
Ciro Viscuso  
ASP ENNA - RUP: VISCUSO CIRO  
il 14/03/22 16:25:04

### Validatore

Firmato da  
Massimiliano Maisano  
Regione SICILIA  
il 14/03/22 18:26:04

REPUBBLICA ITALIANA  
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE  
Struttura tecnica per l'attuazione del PNRR Missione 6

Prot. n. 44855

Palermo, - 5 OTT 2022

OGGETTO: PNRR – Missione 6 – Interventi COT interconnessione e COT device – Disposizioni operative

Al Direttore Generale ASP Enna  
Al Direttore Generale CEFPAS  
Al RUP COT Interconnessione/device  
c/o ASP Enna

SEDE

Facendo seguito a quanto rappresentato e concordato nell'incontro tenutosi presso questo Dipartimento in data 26/9/2022, giusta convocazione nota protocollo n.42647 del 20/9/2022, si dispone che:

- codesta Azienda
  - attui gli interventi 1.2.2 implementazione delle centrali operative territoriali (COT) del piano nazionale di ripresa e resilienza – missione 6 denominati “COT Device” e “COT Interconnessione”; a tal proposito si rammenta che la milestone prevista dal piano operativo del PNRR prevede al 31 dicembre c.a. l'assegnazione del codice CIG per l'intervento “COT Device”;
  - preveda tra i requisiti dell'intervento COT Device, volto alla realizzazione di una infrastruttura hardware e software unica a livello regionale dedicata alla gestione informatica delle attività delle Centrali Operative Territoriali, l'interoperabilità con le piattaforme denominate “Sanità digitale” e “Sirges” del Cefpas.
- codesto Centro
  - prenda in carico dal Dipartimento regionale di protezione civile la gestione della piattaforma Sirges entro e non oltre il 15 ottobre p.v., data di scadenza della proroga tecnica, avendo cura di notificarne questo Dipartimento;
  - Fornisca all'ASP di Enna le specifiche tecniche per l'interoperabilità delle piattaforme “Sirges” e “Sanità digitale” con l'infrastruttura oggetto dell'intervento “COT interconnessione”.

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