

# Regione Lazio

Atti della Giunta Regionale e degli Assessori

Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643

**Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77"**

**OGGETTO: Approvazione del documento “Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77”.**

## LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta dell'Assessore alla Sanità e integrazione Socio-Sanitaria;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e successive modificazioni “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale”;

VISTO il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1, recante “Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale” e successive modifiche ed integrazioni;

VISTO il DCA del 30 dicembre 2015, n. U00606, recante: “Attuazione dei programmi operativi 2013-2015 approvati con il DCA n. U00247/14, come successivamente modificati ed integrati, tra l'altro, dal DCA n. U00373/15. Istituzione delle AA.SS.LL. “Roma 1” e “Roma 2”. Soppressione delle AA.SS.LL. “Roma A”, “Roma B”, “Roma C”, “Roma E”. Ridenominazione delle AA.SS.LL. “Roma D” come “Roma 3”, “Roma F” come “Roma 4”, “Roma G” come “Roma 5” e “Roma H” come “Roma 6””;

VISTO il DCA del 20 gennaio 2020 n. U00018, concernente: “Adozione in via definitiva del piano di rientro “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021” ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo. Modifiche ed integrazioni al DCA U00469 del 14 novembre 2019 in esito al verbale del Tavolo di verifica del 27 novembre 2019”;

VISTO il DCA del 25 giugno 2020 n. U00081 che ha adottato il Piano di rientro denominato “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021” in recepimento delle modifiche richieste dai Ministeri vigilanti con il citato parere del 28 gennaio 2020 e definito il percorso volto a condurre la Regione verso la gestione ordinaria della sanità, previa individuazione degli indirizzi di sviluppo e qualificazione da perseguire;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 406 del 26 giugno 2020 recante “Presenza d'atto e recepimento del Piano di Rientro denominato “Piano di riorganizzazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021” adottato con il Decreto del Commissario ad acta n. 81 del 25 giugno 2020 ai fini dell'uscita dal Commissariamento ed, in particolare, gli indirizzi volti a promuovere la presa in carico globale della persona attraverso la transizione dal modello di attesa a quello proattivo, l'integrazione tra setting di cura e professionisti ed il potenziamento delle strutture territoriali, da realizzare anche attraverso investimenti nell'innovazione tecnologica e nella telemedicina;

CONSIDERATO che con il verbale della riunione del 22/07/2020 il tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza ha ratificato l'uscita della Regione Lazio dal commissariamento;

VISTO il D. Lgs. 23 giugno 2011, n. 118: “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge 5 maggio 2009, n. 42” e successive modifiche;

VISTO l'art. 10, comma 3 lettera a) e b) del D.lgs. n. 118/2011 che autorizza l'assunzione di impegni pluriennali;

VISTA la Legge Regionale 12 agosto 2020, n. 11, recante: "Legge di contabilità regionale";

VISTO il Regolamento Regionale 9 novembre 2017, n. 26, recante: "Regolamento regionale di contabilità" che, ai sensi dell'articolo 56, comma 2, della l.r. n. 11/2020 e fino alla data di entrata in vigore del regolamento di contabilità di cui all'articolo 55 della l.r. n. 11/2020, continua ad applicarsi per quanto compatibile con le disposizioni di cui alla medesima l.r. n. 11/2020;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale del 30 dicembre 2020, n. 1044 con la quale è stato conferito l'incarico di Direttore della Direzione regionale Salute e integrazione socio-sanitaria al dott. Massimo Annicchiarico;

VISTA la nota del Direttore Generale prot. n. 278021 del 30 marzo 2021, con la quale sono fornite le ulteriori modalità operative per la gestione del bilancio regionale 2021-2023;

CONSIDERATO che con Determinazione n. G07512 del 18/06/2021 è stato adottato il Documento Tecnico denominato: "Programmazione della rete ospedaliera 2021-2023 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015";

VISTA la deliberazione di Giunta regionale n. 970 del 21/12/2021 di approvazione del Piano regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025;

VISTA la Deliberazione del Consiglio Regionale 22 dicembre 2020, n. 13 "Un nuovo orizzonte di progresso socio-economico – Linee di indirizzo per lo sviluppo sostenibile e la riduzione delle disuguaglianze. Politiche pubbliche regionali ed europee 2021-2027";

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 16 dicembre 2021, n. 944, concernente "Ricognizione nell'ambito del bilancio regionale delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del SSR, ai sensi dell'art. 20, comma 1, del d.lgs. n. 118 del 23/06/2011 e s.m.i. – Perimetro Sanitario – Esercizio Finanziario 2021";

VISTA la Legge Regionale 30 dicembre 2021, n. 20, recante "Legge di stabilità regionale 2022";

VISTA la Legge Regionale 30 dicembre 2021, n. 21, recante "Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2022-2024";

VISTA la Legge Regionale 30 dicembre 2021, n. 992, concernente "Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2022-2024". Approvazione del "Documento tecnico di accompagnamento", ripartito in titoli, tipologie e categorie per le entrate ed in missioni, programmi, titoli e macroaggregati per le spese";

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 30 dicembre 2021, n. 993, concernente: "Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2022-2024. Approvazione del 'Bilancio finanziario gestionale', ripartito in capitoli di entrata e di spesa ed assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa", come modificata dalla deliberazione di giunta regionale del 14 giugno 2022, n. 437;

VISTO il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), trasmesso dal Governo Italiano alla Commissione Europea il 30 aprile 2021 ai sensi degli articoli 18 e seguenti del regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021, che definisce un quadro di

investimenti e riforme a livello nazionale, con corrispondenti obiettivi e traguardi cadenzati temporalmente, al cui conseguimento si lega l'assegnazione di risorse finanziarie messe a disposizione dall'Unione Europea;

VISTO il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) approvato con Decisione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021 e notificata all'Italia dal Segretario generale del Consiglio con nota LT161/21 del 14 luglio 2021;

VISTO il Regolamento UE 2018/1046 del 18 luglio 2018, che stabilisce le regole finanziarie applicabili al Bilancio generale dell'Unione, che modifica i Regolamenti (UE) n.1296/2013, n. 1301/2013, n. 1303/2013, n. 1304/2013, n. 1309/2013, n. 1316/2013, n. 223/2014, n. 283/2014 e la decisione n. 541/2014/UE e abroga il regolamento (UE, Euratom) n. 966/2012;

VISTO il Decreto Legge 6 maggio 2021, n. 59, convertito con modificazioni dalla legge 1° luglio 2021, n. 101, recante: "Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti"; che approva il Piano Nazionale per gli investimenti complementari finalizzato ad integrare con risorse nazionali gli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e che, in ambito Salute, è focalizzato verso un ospedale sicuro e sostenibile e, in particolare, al miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri;

VISTO il Decreto Legge n. 77 del 31 maggio 2021, convertito con modificazioni dalla legge n. 108 del 29 luglio 2021, recante "Governance del Piano nazionale di rilancio e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure" nel quale, in ordine all'organizzazione della gestione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, vengono definiti i ruoli ricoperti dalle diverse amministrazioni coinvolte nonché le modalità di monitoraggio del Piano e del dialogo con le autorità europee e nel quale si prevedono misure di semplificazione che incidono in alcuni dei settori oggetto del PNRR al fine di favorirne la completa realizzazione;

VISTO il Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 06 agosto 2021 relativo all'assegnazione delle risorse finanziarie in favore di ciascuna Amministrazione titolare degli interventi PNRR e corrispondenti Milestone e Target previste per l'attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione;

CONSIDERATO che il PNRR, nell'ambito della missione 6 Salute, con la componente M6C1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" sostiene gli investimenti volti a rafforzare la capacità di erogazione di servizi e prestazioni sul territorio, destinati in modo particolare alla popolazione con cronicità, grazie al potenziamento e alla realizzazione di strutture territoriali, l'estensione dell'assistenza domiciliare, il coordinamento tra setting di cura al fine di garantire la continuità dell'assistenza, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con i servizi socio-sanitari;

CONSIDERATO, altresì, che nell'ambito della missione 6 Salute, con la componente M6C2, il PNRR prevede investimenti mirati alla digitalizzazione dei DEA I e II Livello, investimenti riguardanti l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero, il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione, nonché investimenti mirati all'adozione e all'utilizzo FSE da parte delle Regioni;

VISTO l'articolo 17 Regolamento UE 2020/852 che definisce gli obiettivi ambientali, tra cui il principio di non arrecare un danno significativo (DNSH, "*Do no significant harm*"), e la

Comunicazione della Commissione UE 2021/C 58/01 recante “Orientamenti tecnici sull’applicazione del principio ‘non arrecare un danno significativo’ a norma del regolamento sul dispositivo per la ripresa e la resilienza”;

VISTI i principi trasversali previsti nel PNRR, quali, tra l’altro, il principio del contributo all’obiettivo climatico e digitale (c.d. tagging), il principio di parità e di genere e l’obbligo di protezione e valorizzazione dei giovani;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale del 9 novembre 2021, n. 755, recante “Governance operativa regionale per l’attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e del Piano Nazionale Complementare al PNRR (PNC)”;

VISTA la Determinazione regionale GR3900-000013 del 06/09/2021 avente ad oggetto “Pianificazione di interventi regionali in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione Salute. Istituzione del Gruppo di lavoro regionale e di Gruppi di lavoro tematici” con la quale, tra l’altro:

- si istituisce il Gruppo di lavoro che opera in stretta collaborazione con le Aziende Sanitarie, presieduto dall’Assessore regionale alla Sanità ed Integrazione Socio-Sanitaria;
- si stabilisce che il Gruppo di lavoro si avvalga del supporto di Agenas, nella figura di un esperto individuato a seguito di specifico atto di convenzione, al fine di favorire il raccordo con gli indirizzi nazionali nella definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici per l’assistenza territoriale, nonché per assicurare connessioni con il progetto PonGov Cronicità;
- si stabilisce la possibilità di costituire con successivi atti, opportuni gruppi di lavoro tematici coordinati dai Dirigenti delle Aree di competenza della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria finalizzati ad accompagnare la pianificazione, la realizzazione e la verifica degli interventi;

TENUTO CONTO che, con la suindicata Determinazione regionale GR3900-000013/2021, si stabilisce altresì che il Gruppo di lavoro garantisca che la pianificazione degli interventi e dei connessi investimenti, in attuazione del PNRR, si sviluppi secondo un quadro organico, integrato e sistemico di interventi, curando in particolare:

- o la coerenza delle attività di programmazione con le indicazioni del livello nazionale ed il raccordo con lo stesso, nonché con le altre Direzioni regionali interessate;
- o la ricognizione di pratiche, esperienze, progetti e sperimentazioni a livello locale, nella cornice dei principi ispiratori e degli indirizzi declinati nella Missione 6;
- o l’identificazione della scalabilità degli interventi, la loro replicabilità a livello locale e la possibilità di sinergie;
- o la promozione di iniziative volte a favorire lo sviluppo di modelli innovativi;

VISTE le Determinazioni regionali n. G01802 del 22/02/2022 e n. G03633 del 28/03/2022 che aggiornano la composizione del suindicato Gruppo di lavoro regionale;

CONSIDERATO che le risorse del PNRR e del PNC destinate alla realizzazione degli interventi sono state ripartite tra le Regioni e le Province autonome con Decreto 20 gennaio 2022 del Ministero della Salute “Ripartizione programmatica delle risorse alle regioni e alle province autonome per i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano per gli investimenti complementari. (22A01552)”, pubblicato su Gazzetta Ufficiale (GU Serie Generale n.57 del 09-03-2022);

CONSIDERATO che la programmazione regionale intende proseguire, implementare e completare la strategia e le azioni necessarie per il raggiungimento di obiettivi specifici che concorrono alla

programmazione degli investimenti nella Sanità del Lazio per l'integrazione Ospedale - Territorio anche attraverso l'utilizzo dei fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1005 del 30/12/2021 recante in oggetto "Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6-Salute componente M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 - Definizione del Piano – Identificazione delle Strutture del PNRR e del piano regionale integrato”;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1006 del 30/12/2021 recante in oggetto "Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 - Salute componente M6C2.1 Aggiornamento Tecnologico Digitale – Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Definizione del Piano del PNRR e del piano regionale integrato”;

VISTA la Determinazione regionale n. G16850 del 31/12/2021 "Approvazione del documento "Documento di Programmazione ad interim degli interventi di riordino territoriale per l'implementazione del community care model: Principi, modelli e strumenti per favorire l'innovazione organizzativa nell'assistenza territoriale, in linea con le indicazioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza" con cui si è provveduto a dare l'avvio alla programmazione degli interventi di riordino territoriale;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 75 del 25/02/2022 recante in oggetto "Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 - Salute componente M6C2.1 Aggiornamento Tecnologico Digitale – Investimento 1.1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione) – Definizione del Piano regionale di digitalizzazione delle strutture ospedaliere sede di DEA di I e II livello, di cui al PNRR”;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 332 del 24/05/2022 Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6: Salute – Componente M6C1 e M6C2– Approvazione Piano Operativo Regionale e Schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)”;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”, ed in particolare l'art. 1, comma 2;

CONSIDERATO che il Gruppo di Lavoro di cui alla Determinazione Regionale GR3900-000013/2021 ha effettuato alcune integrazioni e modifiche al documento di cui alla Determinazione n. G16850 del 31.12.2021, sulla scorta dell'ulteriore lavoro di programmazione e della normativa successivamente emanata, regionale e nazionale;

VISTO il documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal DM 77/2022”, Allegato n. 1 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che rappresenta un aggiornamento, e include il contenuto, del Piano di cui alla determinazione n. G16850/2021;

CONSIDERATO che tale documento analizza gli strumenti programmatici, i modelli organizzativi, le strutture, le funzioni e le figure professionali coinvolte nel percorso di riqualificazione della assistenza territoriale, con riferimento alle Case ed agli Ospedali della Comunità, alla figura dell'Infermiere di Comunità, alle Unità di Continuità Assistenziali, al NEA 116117, alle Centrali Operative Territoriali, alla Transizione digitale e alla Presa in Carico attraverso il sistema integrato di offerta;

RITENUTO necessario, ai sensi dell'art. 1, comma 2, del D.M. 77/2022, approvare il documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77", di cui all'Allegato n. 1, e parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

DATO ATTO che la presente deliberazione non comporta oneri a carico del bilancio;

### **DELIBERA**

per le motivazioni di cui in premessa, che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento,

- di approvare il documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77", Allegato n. 1, e parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Avverso la presente deliberazione è ammesso ricorso giurisdizionali dinanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio entro 60 giorni dalla sua pubblicazione, ovvero ricorso straordinario al Presidente della repubblica entro 120 giorni dalla sua pubblicazione.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.



**LINEE GUIDA GENERALI  
DI PROGRAMMAZIONE  
DEGLI INTERVENTI DI RIORDINO  
TERRITORIALE DELLA REGIONE LAZIO  
IN APPLICAZIONE DELLE ATTIVITÀ  
PREVISTE DAL PIANO NAZIONALE DI  
RIPRESA E RESILIENZA  
E DAL DECRETO MINISTERIALE  
23 MAGGIO 2022, N. 77**







**Linee guida generali di  
programmazione degli interventi  
di riordino territoriale della  
Regione Lazio in applicazione  
delle attività previste dal Piano  
Nazionale di Ripresa e Resilienza  
e dal Decreto ministeriale  
23 maggio 2022, n. 77**

## SOMMARIO

<b>1. PREMESSE</b> .....	4
<b>1.1 Gli obiettivi del documento</b> .....	4
<b>1.2 La struttura e il razionale</b> .....	5
<b>1.3 L'analisi della domanda di salute quale pilastro della gestione delle cure</b> .....	5
<b>1.3.1. La stima dei bisogni assistenziali</b> .....	6
1.3.2. Dalla complessità clinica alla vulnerabilità socio-economica .....	8
1.3.4. Riorganizzazione delle reti territoriali: risultati «attesi» e ciclo dell'audit per una valutazione proattiva	9
<b>2. CASE DELLA COMUNITÀ, OSPEDALI DI COMUNITÀ, INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ, UCA, NEA 116117</b> .....	11
<b>2.1 Gli orientamenti di fondo</b> .....	11
2.1.1 La rete delle Case della Comunità.....	13
2.1.2 Ospedali di comunità .....	16
2.1.3 Infermiere di famiglia e di comunità.....	17
2.1.4 Il Numero Europeo Armonizzato 116117 .....	20
2.1.5 Le Unità di Continuità Assistenziale (UCA) .....	21
<b>2.2 Le esperienze censite in Regione Lazio</b> .....	21
2.2.1 Case della Comunità .....	22
2.2.2 Ospedali di Comunità .....	25
2.2.3 Infermiere di Famiglia e di Comunità .....	27
2.2.4 Telemedicina .....	31
<b>2.3 Le indicazioni operative</b> .....	33
<b>3 LE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)</b> .....	35
<b>3.1 Gli orientamenti di fondo</b> .....	35
3.1.1. Il Coordinamento Regionale COT .....	36
3.1.2 Gli orientamenti di fondo della COT-A.....	37
3.1.3 Gli orientamenti di fondo della COT-D .....	38
<b>3.2 Le esperienze censite in Regione Lazio</b> .....	39
<b>3.3 Le indicazioni operative</b> .....	47
<b>4 LA TRANSIZIONE DIGITALE</b> .....	49
<b>4.1 Gli orientamenti di fondo</b> .....	49
4.1.1 Obiettivi generali della sanità digitale regionale.....	50
4.1.2 Obiettivi specifici della sanità digitale regionale.....	52
<b>4.2 Le esperienze censite in Regione Lazio: il sistema informativo regionale e aziendale e il maturity model– AS IS</b> .....	54

4.2.1 Il sistema regionale .....	55
4.2.2 I sistemi aziendali .....	59
4.3 Le indicazioni operative: descrizione del modello di governance delle azioni e dei cantieri – TO BE .....	60
4.3.1 Iniziative e modello di governance .....	62
5 LA PRESA IN CARICO (PIC) ATTRAVERSO IL SISTEMA INTEGRATO DI OFFERTA.....	95
5.1. PIC come governo della filiera delle cure .....	95
5.2. Le funzioni emergenti del distretto socio-sanitario .....	95
6 VERSO FORME DI CONTROLLO STRATEGICO .....	97
Appendice – Glossario .....	98
Autori del documento.....	100

## 1. PREMESSE

### 1.1 Gli obiettivi del documento

Il presente documento si inserisce nel quadro di azioni e indirizzi che la Regione Lazio sta sviluppando per l'implementazione degli interventi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR, nel DM 77/2022 e nel PON GOV ICT e Cronicità relativamente ai contenuti pertinenti alla Casa della Comunità (CdC), degli Ospedali di Comunità (OdC), alle Centrali Operative Territoriali (COT), alle attività dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC), alla Centrale Operativa 116117, alle Unità di Continuità Assistenziale (UCA) e agli indirizzi in tema di transizione digitale previsti all'interno della Missione 6 Salute. I contenuti del documento recepiscono ed interpretano quanto previsto dai documenti citati e si pongono in stretto raccordo con gli investimenti di cui alla DGR 332 del 24 maggio 2022, attraverso la quale la Regione Lazio ha approvato il Piano Operativo Regionale e lo schema di contratto istituzionale di sviluppo rispetto alla Missione 6 - Salute (componente M6C1 e M6C2) del PNRR.

Nella seguente tabella n. 1.1 si riportano gli interventi previsti da finanziamento PNRR sulla rete territoriale (CdC, OdC e COT) così come riportati nel DGR332/22. Il Piano Operativo Regionale preso in esame è da considerarsi definitivo e perfezionato secondo le indicazioni pervenute in fase di verifica da Agenas e dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute.

**Tabella 1.1. Gli interventi previsti finanziati con allocazione fondi PNRR (Fonte: DGR332/22)**

<b>Azienda Sanitaria</b>	<b>Case della Comunità</b>	<b>Ospedali di Comunità</b>	<b>Centrali Operative Territoriali</b>
ASL Roma 1	19	2	10
ASL Roma 2	22	4	9
ASL Roma 3	8	2	6
ASL Roma 4	11	4	4
ASL Roma 5	20	4	7
ASL Roma 6	11	6	6
ASL Frosinone	17	6	5
ASL Latina	15	4	5
ASL Rieti	5	2	4
ASL Viterbo	7	2	3
<b>Totale</b>	<b>135</b>	<b>36</b>	<b>59</b>

Il fine del presente documento è quello di orientare le scelte delle aziende sanitarie della regione verso un'interpretazione organica delle indicazioni nazionali in coerenza con quelle programmatiche che già in passato hanno caratterizzato l'assistenza territoriale in Lazio. Il PNRR e il DM 77/22 rappresentano, quindi, l'occasione per riformulare il «modello Lazio» di assistenza territoriale con l'obiettivo di garantire in parallelo le migliori condizioni possibili di equità di accesso alle cure, tempestività e qualità degli interventi valorizzando il patrimonio di esperienze organizzative e manageriali avviate in ogni azienda del Servizio Sanitario Regionale (SSR).

Per tali ragioni, il presente documento rappresenta un aggiornamento di quanto già formalizzato nel «Documento di programmazione ad interim degli interventi di riordino territoriale per l'implementazione del community care model», approvato con Determina 55302 del 31/12/2021, ed è destinato a sua volta a futuri

periodici aggiornamenti a garanzia dello sviluppo sinergico delle azioni di implementazione del PNRR che il SSR è interessato a promuovere.

## 1.2 La struttura e il razionale

I contenuti del documento vengono proposti in un formato unitario che introduce per ciascuno di essi: a) gli orientamenti strategici di fondo che ispirano le azioni di implementazione in ciascuna azienda sanitaria. Ciò allo scopo di chiarire fini e funzioni per ciascuno degli interventi del DM 77/2022, contestualizzati rispetto al quadro epidemiologico, alla rete regionale di offerta e alla specificità dei singoli territori di riferimento di ciascuna ASL, garantendo il rispetto dell'eterogeneità dei contesti territoriali e aziendali ma unitarietà agli interventi del SSR; b) il censimento delle esperienze condotte in Lazio che già anticipano a diversi livelli di maturità alcuni dei contenuti di servizio oggetto del presente documento. Questa sezione sintetizza le esperienze che hanno guidato la formulazione delle indicazioni qui presentate che proprio ad esse si sono ispirate sia per le condizioni di fattibilità che di gestione del cambiamento che esse suggeriscono; c) le indicazioni operative che introducono sia alcune priorità negli interventi di implementazione sia il tempo di esecuzione delle iniziative che consentono al SSR di evolvere in modo il più possibile unitario.

La parte introduttiva è relativa all'analisi della domanda condotta dal Dipartimento di Epidemiologia Regionale (da ora DEP) che alimenterà un flusso di informazioni per le aziende ASL allo scopo di analizzare la domanda di servizi nei diversi territori e di programmare risorse e interventi.

## 1.3 L'analisi della domanda di salute quale pilastro della gestione delle cure

Con il progressivo invecchiamento della popolazione residente nella regione Lazio<sup>1</sup> e il conseguente aumento della prevalenza di malattie croniche, appare prioritario attivare politiche e attuare modelli di gestione delle cure integrati e personalizzati, rivolti in particolare ai pazienti cronici e multicronici, ai fragili e attenti ai temi della diversità, della prevenzione e della salute come condizione sociale

Le persone che hanno più patologie croniche, soprattutto se correlate ad altre fragilità, presentano un rischio maggiore di sperimentare esiti negativi, come elevata mortalità, disabilità, ridotta qualità di vita e un rilevante consumo di risorse. Per questi pazienti clinicamente complessi, il percorso assistenziale dovrebbe essere basato sull'integrazione tra diverse figure professionali e diverse competenze in ambito socio-sanitario. Tuttavia, a causa dell'ancora diffuso approccio specialistico orientato alla cura della singola patologia (*disease management*), questi pazienti ricevono troppo spesso un'assistenza frammentata, fornita da molteplici erogatori che non interagiscono tra loro e seguono linee guida differenti. Questo può portare ad una deresponsabilizzazione dei singoli provider assistenziali rispetto al percorso complessivo del paziente, e il meccanismo di presa in carico potrebbe rivelarsi incompleto, con interventi poco efficaci e, in alcuni casi, addirittura dannosi per il paziente stesso, come nei casi di esposizione ad un eccessivo numero di trattamenti farmacologici nelle situazioni in cui il paziente viene «de-strutturato» nelle singole patologie da cui è affetto. Quest'ultimo fenomeno ad esempio, da un lato, riduce l'aderenza ai trattamenti e, dall'altro, può generare interazioni nocive tra i diversi farmaci. Pertanto, per un corretto «sistema di presa in carico» del paziente multicronico, clinicamente complesso o che presenta elementi di vulnerabilità socio-economica, è necessario istituire sul territorio una rete di team multidisciplinari e coordinati, volti alla valutazione globale (case management) del paziente e alla sua continuità assistenziale.

---

<sup>1</sup> Il Censimento permanente della popolazione e delle abitazioni. Prima diffusione dei dati definitivi 2018 e 2019. Istituto Nazionale di Statistica, 15 dicembre 2020.

### 1.3.1. La stima dei bisogni assistenziali

L'implementazione di percorsi integrati centrati sui bisogni assistenziali del paziente rappresenta una grande potenzialità per migliorare la qualità delle cure. Alla base di questa forma di assistenza c'è un patto di cura tra medico e paziente, ma anche tra medico e i membri della famiglia. Una relazione che si nutre di un continuo scambio bidirezionale di informazioni, finalizzato a esplorare le preferenze del paziente, ad aiutare il paziente e la sua famiglia nel fare le scelte giuste, nel facilitare l'accesso alle cure appropriate, nel rendere possibili i cambiamenti negli stili di vita necessari per mantenere o migliorare lo stato di salute.

Lo sviluppo di metodologie in grado di identificare fasce di popolazione omogenee in termini di bisogni assistenziali e socio-assistenziali consente di analizzare alcuni dei passaggi più strategici per un'efficiente pianificazione degli interventi: dal *disease management* al *case management*, dalla complessità clinica alla vulnerabilità socio-economica, dalle cure primarie alla integrazione dei diversi setting di cura (cure intermedie, domicilio). Inoltre, soprattutto se improntati ai principi del *Population Health Management* (PHM), questi approcci possono essere in grado di differenziare anche la popolazione sana, tenendo conto della presenza di fattori di rischio, sia individuali che relativi al contesto, su cui agire con interventi di promozione della salute. Secondo l'ultima indagine Istat "Condizioni di salute e ricorso ai Servizi sanitari", il 76.5% della popolazione adulta presenta almeno un comportamento a rischio tra fumo, obesità, alcol e sedentarietà, il 37.2% ne presenta almeno due, mentre l'8,4% associa tre o quattro comportamenti non salutari.

Per definire le strategie di intervento e personalizzare i percorsi assistenziali è stata sviluppata dal DEP una metodologia flessibile, che può essere implementata e diversificata su più livelli di governo, in funzione degli obiettivi della programmazione regionale, aziendale o distrettuale, e che tiene conto non solo di criteri clinici ma anche di tutti quei fattori individuali e socio-familiari che possono incidere sulla effettiva capacità del paziente di gestire la propria patologia. In figura 1.1 sono rappresentati alcuni dei fattori principali utilizzati per la stima dei bisogni socio-assistenziali. Utilizzando questa metodologia modulare è possibile identificare nella popolazione alcuni sottogruppi omogenei e strategici la cui conoscenza, sia quantitativa che qualitativa, può essere di supporto alla programmazione degli interventi per il riordino delle reti territoriali (figura 1.2).

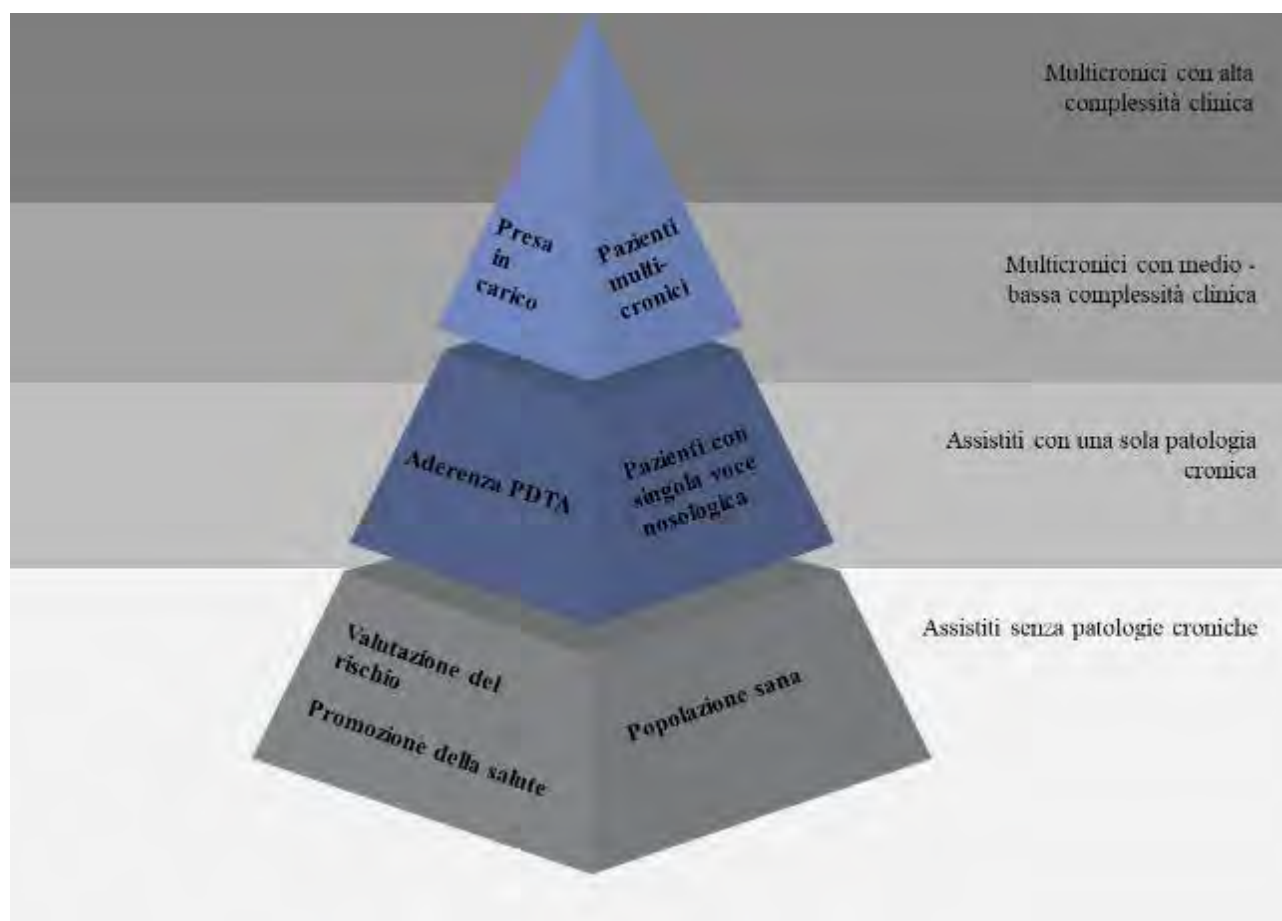
**Figura 1.1.** Le diverse dimensioni del bisogno socio-assistenziale



Disporre di informazioni dettagliate sulla popolazione multicronica potrebbe essere di grande aiuto per pianificare nuovi modelli organizzativi, opportunamente dimensionati e strutturati per soddisfare i bisogni assistenziali dei pazienti che presentano più patologie. Per quel che riguarda la complessità clinica, i pazienti multicronici ad alta complessità potrebbero non trovare risposte assistenziali adeguate sul territorio. Questo rende necessario prevedere e facilitare trasferimenti, auspicabilmente temporanei, tra i diversi setting assistenziali, dopo un'adeguata valutazione multidisciplinare. Inoltre, utilizzando le informazioni descritte in figura 1.1, è possibile calcolare il numero di assistiti esposti ad un numero troppo elevato di trattamenti farmacologici. Il tema della *polypharmacy*, per molto tempo sensibilmente trascurato nei setting territoriali, è di estrema rilevanza per i pazienti affetti da più patologie croniche e sottolinea l'importanza di un modello assistenziale realmente centrato sul paziente, in grado implementare azioni di *deprescribing*, riconciliazione e semplificazione terapeutica.

La flessibilità di questa metodologia consente di caratterizzare gli assistiti sulla base di molte altre dimensioni, direttamente riconducibili a specifici percorsi assistenziali. In particolare, è possibile stimare i costi assistenziali integrati, i *pattern* di multicronicità o i livelli di esposizione a diverse fonti di inquinamento. Anche in questi casi, le dimensioni di interesse e il livello di dettaglio «territoriale» (aziendale, distrettuale o sub-distrettuale) dipendono dagli obiettivi e dalle priorità della programmazione sanitaria, a livello regionale e locale.

**Figura 1.2. Multicronici e complessità clinica \***



\* La «complessità clinica» nei pazienti multicronici è stata stimata analizzando sia il numero che la tipologia di patologie croniche da cui il paziente è affetto (*pattern* di multicronicità). Le patologie che hanno un maggior impatto sulla mortalità a 5 anni determinano valori più elevati dell'indice.



### 1.3.2. Dalla complessità clinica alla vulnerabilità socio-economica

Come indicato dal Piano Nazionale della Cronicità<sup>2</sup>, il processo di classificazione dovrebbe tener conto non solo dei criteri clinici ma anche di tutti quei fattori individuali e socio-familiari che possono incidere sulla capacità del paziente di gestire la propria patologia. A tal fine, può essere definita e utilizzata una nuova «lente», orientata alla valutazione dei fattori di vulnerabilità socio-economica frequentemente correlati alla suddetta capacità. I fattori di vulnerabilità possono essere valutati su diversi sottogruppi della popolazione generale, con particolare riferimento ai pazienti cronici (assistiti con almeno una patologia cronica) e ai pazienti multicronici (assistiti con due o più patologie croniche). La scelta tra i due insiemi di riferimento è generalmente orientata dagli obiettivi della programmazione e dalle risorse disponibili. Sono diversi i fattori in grado di esprimere la vulnerabilità socio-economica, e la loro caratterizzazione è fortemente vincolata ai sistemi informativi disponibili. In questo contesto, saranno considerati i seguenti fattori, valutandone le correlazioni: basso titolo di studio (analfabeti, alfabeti privi di titolo di studio, licenza di scuola elementare; informazione disponibile a livello individuale su base censuaria), presenza di esenzioni per reddito, elevato indice di deprivazione (l'indice viene considerato elevato se si colloca nelle classi originarie «medio-alto» o «alto»; informazione disponibile per sezione di censimento). Nello specifico, per il calcolo dell'indice di deprivazione sono state scelte cinque condizioni che meglio descrivono il concetto multidimensionale della deprivazione sociale e materiale: basso livello di istruzione, condizione di disoccupazione, famiglia monogenitoriale, abitazione in affitto e ad alta densità abitativa<sup>3</sup>.

Questi fattori, soprattutto se coesistenti, associati alla presenza di patologie croniche e ad un'età avanzata (e.g.  $\geq 75$  anni) possono costituire un determinante di non autosufficienza, funzionalmente intesa come difficoltà nello svolgere le attività della vita quotidiana. In questi scenari, l'organizzazione dei percorsi assistenziali muta notevolmente. Infatti, si rende strettamente necessaria l'integrazione tra la componente sanitaria e quella sociale e, nelle situazioni più complesse, i fattori di vulnerabilità potrebbero concorrere alla scelta di un'assistenza di tipo domiciliare o residenziale, varcando il confine che separa le cure primarie da quelle intermedie.

### 1.3.3. Programmazione e presa in carico: gli indicatori per la prioritizzazione degli interventi

Nei processi attuativi del PNRR, disporre di indicatori che misurano la qualità dell'assistenza territoriale può essere un valido supporto per identificare gli eventuali ambiti assistenziali o le possibili aree geografiche (a livello distrettuale e sub-distrettuale) su cui intervenire con elevata priorità e intensità. In questo contesto, l'allocazione delle risorse disponibili può seguire dinamiche differenziate, privilegiando quei percorsi di cura o quelle aree geografiche in cui la distanza tra pratica clinica e *gold standard* assistenziali è ancora molto elevata oppure nei casi in cui siano stati rilevati problemi di equità nell'accesso alle cure ottimali. Attraverso l'integrazione dei Sistemi informativi sanitari della Regione Lazio è possibile misurare diverse dimensioni della qualità dell'assistenza erogata. È possibile calcolare specifici indicatori di esito come le ospedalizzazioni evitabili, che costituiscono una misura indiretta della qualità dell'assistenza sanitaria erogata in un determinato territorio, ricostruire il profilo cronologico, clinico e assistenziale di ciascun residente consentendo di misurare l'aderenza ai trattamenti farmacologici, il ricorso alle visite specialistiche o il monitoraggio di specifici parametri clinici o metabolici, proxy della progressione della patologia. Questi indicatori di processo sono facilmente attribuibili ai provider assistenziali che li hanno generati, e possono essere modificati nel breve periodo attraverso percorsi di *audit & feedback* condivisi e implementati in ambito distrettuale e sub-distrettuale. Gli indicatori che seguono (Tabella 1.2), raggruppati per area

<sup>2</sup> Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria. Piano Nazionale della Cronicità, 2016.

<sup>3</sup> Rosano A, Pacelli B, Zengarini N, Costa G, Cislighi C, Caranci N. [Update and review of the 2011 Italian deprivation index calculated at the census section level]. *Epidemiologia e prevenzione*. 2020; 44(2-3): 162-70.

assistenziale o per tipologia, costituiscono un possibile set di misure strategiche per misurare i differenziali nella qualità dell'assistenza erogata e identificare quelle aree (sia assistenziali che geografiche) su cui intervenire con una logica di priorità.

Tutti gli indicatori possono essere calcolati con diversi livelli di dettaglio, in base alle esigenze della programmazione regionale e sub-regionale. In particolare, dopo una valutazione preliminare della potenza statistica di ciascun indicatore, è possibile calcolare le misure per Azienda Sanitaria Locale, Distretto sanitario e Zona urbanistica, fino a scendere nel dettaglio del singolo MMG o PLS.

Inoltre, tutti gli indicatori proposti possono essere misurati e valutati «sotto la lente dell'equità», analizzando le eventuali differenze di genere o gli eventuali gradienti associati al titolo di studio o allo status socio-economico. In questo contesto, nei casi in cui le differenze osservate sollevassero problemi di equità nell'accesso alle cure ottimali, sarà possibile intervenire con specifiche politiche di contrasto, definite a livello aziendale o distrettuale.

La modalità di trattamento dei dati dovrà essere congruente con quanto previsto dal GDPR n. 2016/679, nonché da quanto indicato dal GPDP in materia.

**Tabella 1.2. Indicatori di qualità e prioritarizzazione degli interventi**

Area assistenziale	Indicatore
CARDIOVASCOLARE	IMA: aderenza alla politerapia dopo il ricovero - % ADJ
	IMA: eventi maggiori cardio-cerebrovascolari (MACCE) dopo il ricovero - % ADJ
	Scompenso cardiaco: aderenza al trattamento dopo il ricovero - % GREZZA
	Ospedalizzazioni per scompenso cardiaco - TASSO x 1000 ADJ
CEREBROVASCOLARE	Ictus ischemico: aderenza al trattamento dopo il ricovero - % GREZZA
	Ictus ischemico: eventi maggiori cardio-cerebrovascolari (MACCE) dopo il ricovero - % ADJ
METABOLICA	Diabete: almeno una misurazione di emoglobina glicata in un anno - % GREZZA
	Diabete: almeno una misurazione di colesterolemia in un anno - % GREZZA
	Ospedalizzazioni per complicanze a breve e lungo termine del diabete - TASSO x 1000 ADJ
RESPIRATORIA	BPCO: aderenza al trattamento dopo il ricovero - % ADJ
	Ospedalizzazioni per BPCO - TASSO x 1000 ADJ
PERCORSO NASCITA	Gravidanza: utilizzo di farmaci potenzialmente inappropriati - % GREZZA
	Gravidanza: donne con meno di 3 ecografie - % GREZZA
FARMACO UTILIZZAZIONE	Assistiti di età >= 80 anni: utilizzo di statine - % GREZZA
	Assistiti in età adulta (18-84 anni) che utilizzano antibiotici - % GREZZA
	Bambini in età prescolare che utilizzano cortisonici per aerosol - % GREZZA
ACCESSI IN PS	Pazienti con patologie croniche: accessi potenzialmente inappropriati in PS - % GREZZA

#### 1.3.4. Riorganizzazione delle reti territoriali: risultati «attesi» e ciclo dell'audit per una valutazione proattiva

Atteso quanto precedentemente descritto e quanto riportato in tabella 1, sarà possibile identificare alcuni indicatori più "sensibili" alle innovazioni assistenziali previste dal PNRR, calcolabili attraverso l'integrazione dei Sistemi informativi sanitari della Regione Lazio, per valutare quelle dimensioni in cui l'effetto degli interventi di riordino dovrebbe essere maggiore e più rapido. In particolare, l'effetto dei percorsi integrati e centrati sul paziente ma anche del potenziamento delle capacità di monitoraggio attraverso la telemedicina può essere misurato ampliando gli indicatori di aderenza ai trattamenti farmacologici e ai percorsi

assistenziali *evidence-based*. Allo stesso modo, il conseguente effetto delle azioni di *deprescribing* e armonizzazione terapeutica può essere valutato introducendo indicatori specifici di *polypharmacy*. Inoltre, il miglioramento “atteso” della continuità assistenziale e l’attivazione del numero unico per cure non urgenti NEA 116-117 potrebbe avere un impatto diretto sugli accessi inappropriati in Pronto soccorso. Per quel che riguarda il rafforzamento delle cure intermedie, con particolare riferimento agli Ospedali di Comunità, il maggiore “filtro” esercitato dal territorio potrebbe comportare una riduzione generalizzata del tasso di ricovero per acuti, soprattutto nei pazienti cronici e multicronici. Anche il nuovo e centrale ruolo dell’Infermieristica di famiglia/comunità può migliorare concretamente i percorsi assistenziali di queste persone, limitando le istituzionalizzazioni e gli accessi nelle Residenze socio-assistenziali.

Sulla base di questi indicatori, dopo le misurazioni al *baseline* che consentiranno di valutare la qualità dell’assistenza territoriale prima degli interventi di “riordino”, sarà possibile identificare una serie di risultati “attesi” a cui tendere progressivamente nel corso del tempo. I risultati attesi verranno identificati coinvolgendo tutti gli stakeholder di riferimento, con la possibilità di diversificare i target a livello regionale, aziendale e distrettuale. Il monitoraggio sistematico dei risultati ottenuti, il confronto critico con gli attesi (analisi degli scostamenti) e l’eventuale implementazione di specifici interventi “correttivi” consentirà di realizzare un *processo di valutazione proattiva*, basato sulla metodologia del *ciclo dell’audit* (figura 1.3).

**Figura 1.3. Il ciclo dell’audit: risultati attesi e valutazione proattiva**



Tutti i prodotti del “ciclo dell’audit” saranno messi a disposizione della Regione, delle ASL e dei Distretti sanitari attraverso un supporto informativo elettronico, che consentirà l’accesso a tutti gli indicatori utilizzati per le valutazioni proattive, ai relativi protocolli operativi e ai risultati delle analisi degli scostamenti.

## 2. CASE DELLA COMUNITÀ, OSPEDALI DI COMUNITÀ, INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ, UCA, NEA 116117

### 2.1 Gli orientamenti di fondo

Con la Componente 1 della Missione 6, il PNRR prevede interventi di prevenzione e assistenza sul territorio in una prospettiva di integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali che sinergicamente garantiscano la risposta ai bisogni di salute e la presa in carico del paziente, con riferimento soprattutto alla persona affetta da malattie croniche. Il Programma di riqualificazione 2019-2021 della Regione Lazio aveva già posto specifica attenzione al modello di risposta ai bisogni del paziente con cronicità, che la Regione (in coerenza con il Piano Nazionale Cronicità) è ora chiamata a rafforzare, assicurando una migliore «navigabilità» del sistema delle cure attraverso tre azioni:

Il potenziamento dell'accesso alla rete assistenziale grazie alla capillare diffusione delle CdC nelle ASL e al loro collegamento in rete tra quelle con funzione hub e quelle con funzione spoke;

la tempestività degli interventi di risposta alla domanda di salute dei pazienti e di gestione dei servizi ad essa rivolti. In questa direzione si collocano in modo specifico le innovazioni delle COT e dell'IFeC che proprio sui temi delle cure di transizione e del supporto alle persone e ai nuclei in condizioni di fragilità si rivolgono;

il rafforzamento degli interventi di comunità grazie alla rinnovata vocazione delle Case della Salute che si trasformano in CdC maggiormente orientate alla promozione della salute e al coinvolgimento dei soggetti della comunità anche attraverso forme di co produzione.

Gli approcci multidisciplinari e multi professionali sono quelli che devono caratterizzare la nuova filiera dei servizi territoriali chiamata a collaborare in modo nuovo e più intenso del passato intorno ai processi di erogazione per rispondere ai bisogni del malato e della sua famiglia. Essi devono caratterizzare l'erogazione territoriale soprattutto in presenza di multi-patologia o di fragilità socio ambientale costruendo meccanismi stabili di scambio sia tra professionisti della rete territoriale che con quelli ospedalieri. L'integrazione tra servizi e professionisti che operano in setting, contesti aziendali e territori differenti chiamati a confrontarsi sulla gestione dei casi più complessi, ha lo scopo di dare continuità ai percorsi di cura quando cambiano i setting di erogazione e/o i contesti aziendali e/o le equipe di riferimento. Al fine di tradurre tali premesse in un concreto percorso che muova verso la realizzazione per step dei cambiamenti organizzativi citati, valorizzando e portando a sistema il modello pilota di risposta territoriale all'emergenza COVID-19 che la Regione Lazio ha sviluppato, è necessario accompagnare i processi di cambiamento con iniziative di formazione e rafforzamento delle competenze di tutti gli attori coinvolti e potenziare sia la dotazione tecnologica che quella delle risorse umane.

La telemedicina rappresenta, nell'ambito del sistema informativo regionale, l'elemento tecnologico che abilita lo sforzo di integrazione tra luoghi di cura, il cui significato si estende alla casa come luogo di cura, come previsto dal PNRR, interventi e professionisti che potranno garantire il passaggio dai PDTA (percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali) ai PAI (percorsi assistenziali integrati) e PRI (Piani di riabilitazione integrati) che personalizzano gli interventi sulle specificità di ogni singolo caso. L'ultima sezione del presente documento, dedicata alla transizione digitale, esplicita le principali scelte di fondo relativamente alle condizioni di avvio della telemedicina.

La Tabella n. 2.1 rappresenta un quadro semplificato e di riferimento che distingue i principali contenuti caratterizzanti delle aree di innovazione organizzativa previste dalla Missione 6 del PNRR relativamente all'assistenza territoriale.

**Tabella 2.1 Un quadro di riferimento sulle priorità di target per le innovazioni organizzative previste**

	IFeC	CdC	116117	OdC	COT	ADI	UCA
popolazione sana	sanità di iniziativa	sanità di iniziativa, erogazione di specialistica ambulatoriale, prevenzione, promozione della salute, iniziative di community building e di coproduzione	filtro e orientamento tramite informazioni al paziente e rimando alla filiera della rete				
paziente cronico stabile	sanità di iniziativa, formazione all'autocura, erogazione a domicilio, prevenzione secondaria sia farmacologica che non	sanità di iniziativa, gestione del PAI, erogazione di specialistica ambulatoriale, prevenzione secondaria sia farmacologica che non, iniziative di community building e di coproduzione	filtro e orientamento tramite informazioni al paziente e rimando alla filiera della rete				
cronicità ad alta complessità		integrazione di interventi sanitari, socio sanitari e sociali, gestione del PAI, erogazione di prestazioni specialistiche (terapeutiche e di follow up)	filtro e orientamento tramite informazioni al paziente e rimando alla filiera della rete	recupero funzionale	transito tra setting sia nel flusso step down che step up	intervento programmato clinico assistenziale	intervento estemporaneo clinico assistenziale in coordinamento con la continuità assistenziale
paziente in dimissione da setting per acuto				recupero funzionale	transito tra setting sia nel flusso step down	intervento programmato clinico assistenziale	intervento estemporaneo clinico assistenziale in coordinamento con la continuità assistenziale

La tabella inquadra i target prioritari di ciascuna delle soluzioni organizzative:

- la popolazione sana, a cui sono rivolte principalmente iniziative di prevenzione, di promozione della salute, community building e coproduzione, oltre all'erogazione di specialistica ambulatoriale e ai servizi di filtro e orientamento;
- il paziente cronico stabile (mono o pluripatologico), in ragione della continuità di accesso alle cure trova nell'IFeC e nella CdC i principali soggetti per la gestione del proprio PAI. In alcuni contesti aziendali, laddove fossero presenti le condizioni professionali, organizzative e manageriali, anche le COT potranno intervenire nella gestione della transizione continuativa tra servizi tipica dei percorsi di cura per i pazienti cronici;
- il paziente cronico ad alta complessità rappresenta un insieme di situazioni che riguardano l'instabilità dello stato di salute, largamente legato alla compresenza di condizioni di tipo sanitario (ad esempio la multipatologia) ma anche sociale. In questi casi oltre ai processi di integrazione tra professionisti e strutture di offerta della filiera territoriale potrà essere opportuno il coordinamento con professionisti e strutture ospedaliere. Il raccordo tra interventi ospedalieri e territoriali sarà il perno dei processi di integrazione anche nel caso di modelli innovativi di diagnosi e cura che prevedono la delocalizzazione sul territorio di attività in passato erogate nei setting ospedalieri;
- il paziente in dimissione dall'ospedale sia per la gestione di interventi acuti in senso stretto che per forme di riacutizzazione di malattia. In questi casi la preparazione della dimissione già in fase di ricovero consentirà la migliore continuità delle cure nella transizione tra setting sia sul piano clinico assistenziale che temporale.

Come anticipato nelle premesse del documento, la tabella 2.1 esplicita quelle priorità che trasversalmente potranno caratterizzare il modello di funzionamento della filiera territoriale nelle ASL e che potrà essere ulteriormente arricchito e sofisticato nel rispetto delle esperienze già sviluppate e delle competenze maturate. Il rispetto di questi elementi distintivi di fondo caratterizza il «modello di assistenza territoriale del Lazio» trasversalmente diffuso nella rete delle aziende sanitarie e interpretato e affinato in ragione delle contingenze locali.

### 2.1.1 La rete delle Case della Comunità

La CdC rappresenta il sistema di offerta fisico e virtuale che garantisce servizi di prossimità per la popolazione di riferimento. È dunque il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale il cittadino può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Le funzioni di seguito indicate non sono esercitate dalla singola struttura ma dalla relazione a rete tra CdC, articolate in hub e spoke in ragione della numerosità dei servizi (e delle relative connessioni) presenti all'interno.

La rete delle CdC è:

- Il «luogo» dove la comunità in tutte le sue espressioni, con l'ausilio dei professionisti e delle istituzioni, interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute, le priorità di azione e i correlati servizi, inclusi gli interventi "non sanitari" che è possibile realizzare in una logica di community care
- Il «luogo» dove professioni diverse integrando le proprie competenze, personalizzano gli interventi, interagendo con gli utenti per riprogettare i servizi in funzione dei bisogni della comunità, attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare;
- Il «luogo» di ricomposizione delle risorse della comunità in generale (combinazione tra servizi erogati da istituzioni per la tutela della salute e quelli offerti dalle reti sociali e dal terzo settore) e sul singolo caso anche attraverso strumenti sviluppati ad hoc quali il budget di salute;
- Il «luogo» su cui fa perno la multiprofessionalità degli operatori del territorio sia all'interno della filiera dei servizi territoriali che con i professionisti della rete degli ospedali e degli enti locali;
- Il «luogo» grazie al quale si fa informazione sulla salute e si orienta la comunità nella conoscenza e nell'accesso alla rete di servizi, dei professionisti e delle istituzioni che possono intervenire nella gestione dei bisogni di salute integrando il quadro delle informazioni istituzionali con quelle provenienti dalle reti sociali.

Il target di riferimento è composto da: a) i pazienti sani e/o con bisogni occasionali e pazienti cronici anche comorbidi in condizione di stabilità che necessitano di servizi ambulatoriali o domiciliari; b) la comunità sia attraverso le iniziative di salute pubblica e di comunità che attraverso quelle di *community building* e di coproduzione.

In Lazio è già attiva una rete territoriale di Case della Salute, chiamate a trasformarsi in CdC che si caratterizzano per: a) l'integrazione con le attività dei MMG sia quando operanti all'interno sia quando funzionalmente integrati con la CdC; b) l'avvio di attività di integrazione con i servizi socio sanitari anche in collegamento con gli enti locali e i municipi; c) l'offerta di servizi e di programmi di prevenzione e di salute mentale allo scopo di integrare interventi sulla persona con interventi sulle comunità. L'obiettivo è quello di far evolvere il modello della presa in carico multispecialistica che attualmente caratterizza le Case della Salute in quello ad alta integrazione che a quest'ultimo si associa per attivare la CdC, secondo i principi del welfare di comunità.

Le CdC promuovono un modello di intervento integrato e multiprofessionale, in sedi privilegiate per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari in stretta integrazione con interventi sociali. Esse presuppongono, infatti, un'organizzazione delle attività che permetta un'azione d'équipe/integrazione funzionale multiprofessionale tra MMG, PLS, specialisti ambulatoriali interni – anche nelle loro forme organizzative – IFeC, altri professionisti della salute, quali ad esempio logopedisti, fisioterapisti, dietisti, tecnici della riabilitazione e assistenti sociali, anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali del comune di riferimento.

L'organizzazione richiede il coinvolgimento delle forme associative dei MMG i e dei PLS, con particolare riferimento alla definizione e all'assegnazione di obiettivi condivisi dall'équipe multiprofessionale, alla partecipazione attiva del MMG e PLS e alla valorizzazione delle competenze delle professioni sanitarie e sociali, insieme alle articolazioni organizzative delle strutture aziendali, aspetti ritenuti fondamentali per la sua effettiva realizzazione.

Le forme associative dei MMG e dei PLS, già presenti nel Lazio con le UCP e le UCPP, costituiscono il primo anello della rete di assistenza territoriale e sono parte integrante delle CdC, sia quando operano in esse, sia quando integrate funzionalmente. In tal modo provvedono a garantire l'assistenza in forma di medicina d'iniziativa e di presa in carico della comunità di riferimento con un maggior grado di prossimità.

Le tabelle seguenti indicano per ciascuna ASL alcune caratteristiche che riguardano le UCP (Unità di Cure primarie - aggregazioni di MMG di assistenza primaria) e le UCPP di fascia 1 e 2 (Unità di Cure Primarie Pediatriche - aggregazioni di PLS in cui la fascia 1 garantisce 9 ore con orario continuativo 10-19, la fascia 2 garantisce 8 ore al giorno con orario tra le 10-14 e 15-19).

**Tabella 2.2 UCP (aggregazioni di MMG di assistenza primaria)\***

Sede pubblica	Sede privata	Totale	# medio componenti	Min	Max	Tot MMG	# medio assistiti	Min	Max	Tot assistiti
4	52	56	5,4	3	15	300	6.884	2.560	18.893	385.503
6	47	53	6,1	2	15	325	8.413	2.766	25.866	445.907
3	15	18	4,8	2	9	86	6.342	2.559	12.431	114.154
6	93	99	6,9	3	24	681	8.491	2.717	25.874	840.595
4	119	123	6,5	2	16	801	8.386	2.222	22.485	1.031.538
1	62	63	5,5	2	16	344	7.668	3.155	23.394	483.082
0	34	34	5,2	3	8	178	7.326	3.604	12.156	249.078
1	48	49	5,8	2	16	284	8.016	2.654	21.822	392.766
1	48	49	6,7	3	15	330	9.223	3.309	23.125	451.927
1	35	36	5,1	2	12	182	6.831	2.751	16.333	245.915
27	553	580				3.511				4.640.465

**Tabella 2.3 UCPP (fascia 1 e fascia 2)\***

Sede pubblica	Sede privata	Totale	# medio componenti	Min	Max	Tot PLS	# medio assistiti	Min	Max	Tot assistiti
0	8	8	6,4	4	10	51	5.199	2.913	7.724	41.590
0	12	12	4,8	3	9	57	4.298	2.783	8.214	51.570
0	3	3	3,3	2	5	10	2.743	1.658	4.139	8.229
0	21	21	5,2	3	10	109	4.322	2.622	8.962	90.760
0	29	29	5,5	2	10	160	4.374	1.748	8.975	126.832
0	13	13	5,2	2	9	68	4.230	1.579	7.443	54.993
0	6	6	5,8	4	7	35	4.730	2.991	5.654	28.378
0	9	9	6,3	4	10	57	5.194	3.070	8.012	46.748
0	12	12	4,8	2	7	58	4.003	1.919	6.042	48.032
0	5	5	4,6	2	9	23	3.639	1.686	6.903	18.193
	118	118				628				515.325

\*Nel totale non è stata inclusa peculiare forma di integrazione professionale, denominata UCPI (UCP integrata, costituita da MMG e PLS) presente esclusivamente nell'Asl RM6, costituita 3 componenti e con 4672 assistiti.

Le CdC devono poter garantire in modo coordinato le seguenti funzioni:

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- la prevenzione e promozione della salute anche attraverso il coordinamento con il dipartimento di prevenzione e sanità pubblica aziendale grazie a iniziative proattive progettate in coerenza con le caratteristiche dei diversi territori;
- la promozione e tutela della salute dei minori e della donna, in campo sessuale e riproduttivo e dell'età evolutiva, in rapporto a tutti gli eventi naturali fisiologici tipici delle fasi del ciclo vitale;
- la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il paradigma della medicina d'iniziativa e la

personalizzazione dei percorsi di cura calibrando i PDTA aziendali sulle esigenze di ciascun paziente e arrivando alla progettazione e al monitoraggio del PAI;

- l'orientamento e la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata, programmabile e no, rappresentando il principale punto di riferimento e di «ascolto» per le collettività locali;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. Dsm, consultori, ecc.);
- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari che prevedano l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
- la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver sviluppando iniziative di welfare di comunità e di community building;
- l'erogazione di prossimità di specifici interventi di terapia o di follow up a carattere specialistico grazie a modelli di telemedicina o a all'erogazione presso la rete della CdC di prestazioni specialistiche (ad esempio, follow up oncologici).

In prospettiva PNRR, saranno attivate 135 CdC a fronte delle attuali 30 Case della Salute già realizzate o programmate che sono chiamate a rivedere sia il proprio modello di offerta che il sistema di relazione con gli attori della rete. La CdC nelle sue articolazioni a rete garantisce l'accesso ai seguenti servizi e competenze professionali attraverso opportuni interventi di riorganizzazione aziendale:

- erogazione multi professionale sia quando il paziente ha accesso fisico alle strutture di offerta sia quando vi sia l'erogazione da remoto. L'uso di modelli evoluti di telemedicina consente il coordinamento anche tra professionisti in sedi differenti (MMG, PLS, medici di continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali interni, professionisti dipendenti e altre figure sanitarie e socio-sanitarie). I modelli di multi professionalità potranno coinvolgere anche gli specialisti ospedalieri di riferimento soprattutto nel caso dei pazienti cronici ad alta complessità;
- iniziative di orientamento e accesso alla rete dei servizi tra cui il Punto Unico di Accesso (PUA);
- programmi di screening ed altre iniziative di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica;
- punto prelievi e servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione);
- servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza coerenti al profilo epidemiologico del relativo territorio (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.) ma anche per quelle croniche ad alta complessità;
- servizi di medicina d'iniziativa e assistenza proattiva infermieristica (API) svolta dall'IFeC, ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali;
- attività di erogazione di servizi e interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità, anche attraverso i Consultori Familiari e l'attività rivolta ai minori – ove esistenti – che si articolano con il mondo educativo e scolastico per gli specifici interventi sulla popolazione 0-18 anni (raccomandato facoltativo);
- attività di profilassi vaccinale in particolare per alcune fasce di età o condizioni di rischio e di fragilità. Tutte le attività di profilassi vaccinale e di sorveglianza delle malattie infettive sono coordinate dal Dipartimento di Prevenzione aziendale;
- gestione dell'assistenza protesica e della farmacia territoriale;



- sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale allo scopo di offrire al paziente la prenotazione contemporanea delle prestazioni prescritte («dove si prescrive si prenota»);
- servizio di assistenza domiciliare integrato con la figura dell'IFeC e degli operatori dell'UCA;
- partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione, con le associazioni di cittadini, volontariato, etc., anche per favorire processi di programmazione e valutazione condivisa;
- integrazione con i servizi sociali anche attraverso la presenza degli assistenti sociali, quando possibile, presso la sede della CdC; a seconda dei bisogni della popolazione, si ravvisa la possibilità di integrare all'interno delle Case di Comunità, anche alcuni dei servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza da identificarsi in coordinamento con il Dipartimento di Salute Mentale.

Le CdC sono messe in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, quali assistenza domiciliare, OdC, hospice e rete delle cure palliative, RSA e altre forme di strutture intermedie e servizi: le CdC possono essere fisicamente ed operativamente integrate con posti letto territoriali (OdC e pp.II di RSA) e/o posti letto di hospice e/o servizi di riabilitazione e mantenimento funzionale.

Infine, in coerenza con il DM/77, si ritiene che le CdC debbano essere in rete anche 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.

### 2.1.2 Ospedali di comunità

Gli Ospedali di comunità (OdC) rispondono all'esigenza di assicurare ai soggetti portatori di complessità assistenziali o particolari fragilità la continuità assistenziale, attraverso l'attivazione di strutture di cure intermedie che accompagnino la transizione dal momento acuto della malattia alla presa in carico domiciliare o che possano offrire un adeguato supporto assistenziale di maggior intensità rispetto a quello erogabile a domicilio per un breve periodo di tempo utile alla riorganizzazione dei servizi territoriali o alla attivazione di un *setting di long term care* più specifico. Si tratta di una struttura residenziale territoriale intermedia, di ricovero breve, che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri inappropriati o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni socio-sanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e/o adattamento alle nuove necessità assistenziali da fornire a domicilio (es. attivazione NAD, acquisizione presidi e ausili necessari alla domiciliazione in sicurezza, riorganizzazione della rete familiare e/o rimodulazione spazi abitativi). Si integra con la rete ospedaliera e la rete territoriale attraverso un alto grado di interdisciplinarietà. Gli standard prevedono la presenza di almeno 1 ospedale di comunità ogni 100.000 con 20 PL (0,2 PL ogni 1000 abitanti), da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale (37 OdC).

CRITERI DI ELEGGIBILITÀ DEI PAZIENTI
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temporaneamente senza adeguato supporto familiare o ambientale;</li> <li>• persone che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in: valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); counselling ed educazione terapeutica nel caso di disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.</li> <li>• soggetti dimessi o seguiti da reparti ospedalieri specialistici che necessitano di controllo sanitario (previa definizione di percorsi clinico-assistenziali condivisi);</li> <li>• persone prevalentemente affetti da multimorbidità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti temporaneamente assistenza infermieristica continuativa;</li> <li>• soggetti che necessitano di assistenza temporanea nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;</li> <li>• soggetti con percorsi diagnostico-terapeutici specialistici concordati e condivisi con i MMG, malati con patologie croniche scompensate e/o riacutizzate, relativamente stabili, con necessità di monitoraggio o con compromissione generale per patologia di tipo evolutivo; in particolare pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;</li> <li>• Ospitalità di "solievo alla famiglia" in pazienti con problematiche sanitarie attive.</li> </ul>
CRITERI DI ESCLUSIONE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persone affetti da patologie acute che necessitano di cure intensive o che richiedano un elevato impegno specialistico e/o tecnologico.</li> <li>• Persone con condizioni cliniche che diano indicazioni ad altro tipo di regime di ricovero quali Lungodegenza, Hospice, RSA, strutture psichiatriche.</li> </ul>

L'accesso presso l'OdC avviene su proposta di: a) MMG; b) medico di continuità assistenziale; d) medico specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero; e) medico del pronto soccorso.

La gestione dell'accesso ai pp. degli OdC è assicurata dalle COT e il ricovero può avere una durata massima di 20/30 giorni. Solo in casi eccezionali e comunque, motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte, la degenza potrà prolungarsi per lo stretto tempo indispensabile alla risoluzione delle criticità o alla attivazione del trasferimento verso setting più appropriato, previa rivalutazione della situazione.

Il DM77/2022 aggiorna le indicazioni del DCA 8/2011 e s.m.i e del DCA 370/2014.

### 2.1.3 Infermiere di famiglia e di comunità

L'IFeC associa a funzioni di erogazione delle cure quelle di interfaccia e *case management* sui casi a complessità assistenziale e/o sociale. Può operare in modelli assistenziali di cure primarie molto diversi per le diverse caratteristiche del contesto territoriale. L'esperienza già sviluppata in Regione Lazio suggerisce un capillare colloquio tra i servizi infermieristici territoriali e i MMG, dove le primarie esperienze con poche aggregazioni funzionali hanno dato il via alla diffusa richiesta dell'IFeC quale professionista di riferimento per la popolazione. L'IFeC rappresenta un co-responsabile, con il MMG/PLS e lo specialista, del «progetto di

salute» dell'assistito quando la complessità clinico assistenziale e sociale richiede l'integrazione di un ampio numero di professionalità (equipe di supporto come declinata dalla Conferenza delle Regioni<sup>4</sup>).

Le azioni di presa in carico da parte dell'IFeC secondo la stratificazione del rischio<sup>5</sup> prevedono azioni autonome e proattive dal I al III livello finalizzate al supporto dell'individuo in cui l'utilizzo dei servizi è ancora sporadico e di bassa/media frequenza. L'*assessment* a domicilio permette, attraverso la redazione del Progetto di Salute, di identificare i bisogni dell'assistito, pianificare gli interventi necessari, connettere l'equipe multiprofessionale laddove sia necessario redigere un PAI, determinare gli obiettivi da raggiungere (cronoprogramma degli interventi). Il progetto di Salute<sup>6</sup> rappresenta per l'IFeC lo strumento di programmazione, verifica e controllo della coerenza clinica e socioassistenziale della presa in carico. Il progetto viene redatto congiuntamente all'utente/*caregiver* al primo appuntamento e rielaborato con il MMG/PLS, laddove si preveda un intervento di natura medica (programma terapeutico) ovvero integrato con i servizi sociali, socioassistenziali soprattutto nelle strutture in cui prevale tale componente. In particolare, secondo i sei livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni assistenziali<sup>7</sup>, l'infermiere di famiglia e comunità assolve le azioni di presa in carico, divenendo il riferimento diretto del paziente e/o *caregiver*. Il livello di attività è determinato dal livello di stratificazione del rischio dei suoi assistiti e dal progetto di salute, se semplice o complesso, associato. Concorre, in particolare, a contrastare l'istituzionalizzazione e la «fragilità» attraverso l'educazione e il supporto dei pazienti al *self management*.

Regione Lazio intende promuovere la redazione dei «progetti di salute» secondo modalità informatizzate per almeno due priorità di scelte strategiche:

- per l'utente, per poter gestire, ove le competenze informatiche lo consentono, le comunicazioni anche a distanza (telemedicina, teleassistenza), la ricezione delle prescrizioni terapeutiche, il diario degli appuntamenti per le visite di controllo, il calendario delle vaccinazioni e degli *screening*, gli appuntamenti per esami diagnostici. Ma anche per annotare e inviare all'IFeC l'aderenza ai piani terapeutici, ai piani nutrizionali, ai piani riabilitativi.
- per l'IFeC e per l'equipe di supporto, per acquisire in *real time* le informazioni provenienti dall'utente (automonitoraggio) e programmare su piattaforme (RECUP) gli appuntamenti per le visite e gli accertamenti diagnostici necessari con priorità diversificata (urgente/differibile), e verificarne l'esecuzione degli stessi da parte dell'utente.

Qualora il modello delle comunicazioni per via informatica non possa essere perseguito, l'IFeC calendarizza gli incontri e utilizza la comunicazione telefonica e la visita a domicilio quali strumenti adattati all'*empowerment* dell'utente.

L'assistenza domiciliare nelle sue forme previste<sup>8</sup> è attivata dal MMG/PLS anche attraverso le relazioni con l'IFeC e solo dopo una valutazione del bisogno con un approccio sistemico e multidimensionale integrato, utilizzando gli strumenti di valutazione multidimensionale già in uso a livello regionale (in primo luogo il

<sup>4</sup> Conferenza delle Regioni del 10/09/2020.

<sup>5</sup> DM 77/2022 "la stratificazione della popolazione per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi, permette a differenziazione delle strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio, di bisogno di salute e consumo di risorse"

<sup>6</sup> IL progetto di Salute (DM 77/2022) è il filo conduttore che rappresenta la storia della persona e dei suoi bisogni clinico-socioassistenziali

<sup>7</sup> Il DM 77/2022 prevede sei livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali: dalla persona in salute alla persona in fase terminale, passando per diversi gradi di complessità clinico assistenziale.

<sup>8</sup> Assistenza domiciliare di livello base, assistenza domiciliare integrate (ADI di I livello, ADI di II livello, ADI di III livello) e Cure Palliative Domiciliari (CPD di livello base e CDP livello specialistico), si configura come un servizio in grado di gestire a domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e in un piano personalizzato di assistenza. Consiste in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, ecc, prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana (DM 77/2022)

Contact Assessment InterRAI). Il bisogno può essere di prima insorgenza ovvero rappresentare una condizione di riacutizzazione o una fase di scompenso di una situazione di cronicità. La preavvalutazione dell'impegno assistenziale, socioassistenziale e riabilitativo deve essere "avviata" entro 12 ore dall'insorgenza del bisogno stesso. Nelle situazioni di maggiore complessità sarà invece coinvolta la COT per l'attivazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) per la formulazione del PAI e laddove necessari, anche un Piano di Riabilitazione Individuale (PRI) integrando l'UVM con i professionisti necessari e l'apporto dei servizi sociali presenti nel territorio. È fortemente raccomandato che le equipe interagiscano anche mediante l'uso di piattaforme comunicative a distanza laddove sia necessario programmare interventi da attivare entro 24 ore dalla presa in carico. Il bisogno immediato di presa in carico è soddisfatto attraverso l'attivazione dell'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) che può usufruire del supporto di specialisti ospedalieri e territoriali anche attraverso forme di teleconsulto.

La figura dell'IFeC è integrata quindi nell'equipe multiprofessionale della CdC ed è funzionalmente inserita nelle sedi delle UCP/AFT. Inoltre quota parte dell'attività lavorativa è svolta nel team della COT. L'IFeC può essere attivato dal MMG, dal PUA o dallo specialista della CdC, ovvero dal *case manager* presente nell'OdC alla dimissione della persona assistita, ovvero dalla COT, dall'infermiere dei servizi ambulatoriali, laddove venga individuato nel *setting* prestazionale un problema assistenziale.

La visita domiciliare dell'IFeC consente e favorisce, operando 7/7 giorni, l'intercettazione precoce del bisogno della popolazione a rischio. Essa va accordata secondo un giudizio di priorità nei confronti della popolazione over 65 e nelle condizioni di fragilità sociosanitaria. Si stima la presenza di 3 IFeC ogni UCP (mediamente le UCP assistono circa 9.000 abitanti).

Le attività dell'IFeC sono condizionate dal *setting* in cui opera e per conseguenza dai *target* verso cui è orientato il suo intervento. Il contributo dell'IFeC sulla popolazione cronica (anche multipatologica) e sana si esprime principalmente attraverso la rete delle CdC e il rapporto con le UCP. In particolare l'IFeC:

- predispone interventi sulla promozione della salute, prevenzione e promozione dei corretti stili di vita, anche attraverso i programmi rivolti alle scuole di ogni ordine e grado. A tal proposito, l'opera di promozione della salute non si limita alla promozione nei confronti della popolazione sana, ma comprende anche la tutela della salute «residua» attraverso il supporto alle attività di prevenzione secondaria
- intercetta precocemente le modifiche dello stato di salute al fine di ridurre i ricoveri impropri e garantire la gestione precoce della complessità e delle complicanze
- facilita la presa in carico proattiva delle persone fragili e affette da patologie croniche attraverso modelli di sanità e *welfare* di iniziativa gestiti dalla CdC
- supporta l'aderenza ai percorsi di cura, prevedendo l'*engagement* del *caregiver*, orientando all'utilizzo appropriato dei servizi sanitari, promuovendo l'aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi, promuovendo comportamenti aderenti ai determinanti della salute (OMS)
- si interfaccia con il CAD in caso di domiciliarizzazione dei propri assistiti e con le strutture intermedie ovvero le RSA per tutto il periodo di ospitalità
- collabora con le reti di volontariato presenti nel territorio per promuovere modelli di *community building*

Tra le attività svolte dagli IFeC vi sono anche, più sporadicamente, quelle erogative:

- nelle CdC l'IFeC eroga l'assistenza agli utenti in grado di deambulare e che necessitano di assistenza infermieristica a media-bassa complessità. Nell'attività ambulatoriale, provvede all'erogazione delle prestazioni di maggiore richiesta degli utenti (prelievi, medicazioni, iniezioni, infusioni, controllo e monitoraggio dei parametri vitali, ecc.);
- a livello domiciliare, l'IFeC eroga l'assistenza a tutti gli utenti che non possono recarsi in ambulatorio per gravi patologie o per difficoltà alla deambulazione che necessitano di assistenza infermieristica a

medio-bassa complessità, con carattere di continuità, con bassi livelli di autonomia che necessitano di periodiche prestazioni sanitarie

L'IFeC utilizza tecnologie informatiche anche al fine di valutare le capacità del cittadino nella predisposizione del piano di autocura ovvero nei casi di automonitoraggio con dispositivi e *devices* in remoto. È richiesta inoltre una formazione adeguata in linea con le indicazioni provenienti dalle «linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità Ex l. 17 luglio 2020 n. 77» poi riprese dal DM77/2022.

Per valutare le attività svolte dagli IFeC, Regione Lazio intende monitorare i seguenti indicatori di esito:

- % di utenti che si recano agli appuntamenti programmati sul totale pazienti arruolati nei pdta
- % di utenti che ricevono le vaccinazioni secondo i calendari
- % di utenti che aderiscono agli inviti dei programmi di screening
- % di utenti non aderenti alla terapia/terapie prescritte
- % di utenti con 1 o più episodi di ricovero evitabili
- % di utenti i cui valori ematochimici risultano alterati rispetto alla patologia/e di cui sono affetti
- % di utenti che acquisiscono competenze di automonitoraggio

#### 2.1.4 Il Numero Europeo Armonizzato 116117<sup>9</sup>

La Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) a valenza sociale per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione, attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale. L'organizzazione, dunque, del servizio prevede l'attivazione di una Centrale Operativa NEA 116117, di cui la Regione ha ottenuto il nullaosta da parte del Ministero della Salute per la sperimentazione il 31 luglio 2020 (DGPROGS 0015768-P-31/07/2022). La CO NEA 116117 ha la funzione di facilitare l'accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura, attraverso prioritariamente la centralizzazione delle chiamate di Continuità Assistenziale e mediante il raccordo con le COT e con altri servizi previsti sul territorio. Inoltre, tale centrale dialoga con la CO 118 dell'emergenza-urgenza, trasferendo, qualora ritenuto necessario e mediante appositi protocolli, le richieste di soccorso sanitario urgente.

L'esperienza già sviluppata in Regione Lazio relativa al numero verde 800-118-800 rappresenta una base su cui costruire la Centrale Operativa 116117. L'esperienza 800-118-800 ha infatti permesso di sviluppare la capacità degli operatori di raccogliere il fabbisogno, orientare l'accesso ai servizi e dare informazioni alla popolazione, in particolare durante il periodo Covid e l'emergenza Ucraina. Si prevede una Centrale Operativa 116117 ogni 1-2 milioni di abitanti.

Questo servizio è rivolto a tutti i cittadini ed è finalizzato a garantire l'accesso alle cure mediche non urgenti e agli altri servizi sanitari del territorio a bassa intensità e a bassa priorità di cura (MMG/PLS, farmacie) con il vantaggio di avere a disposizione un numero unico regionale per avere risposta ai diversi bisogni di salute

<sup>9</sup> Il Numero Europeo Armonizzato 116117, di cui all'Accordo Stato-Regioni, Rep. Atti n. 221/CSR del 24 novembre 2016, recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117", attuato a livello regionale con Determina Regionale n. G08814 del 24 luglio 2020. Il Numero Europeo Armonizzato 116117 è destinato al Servizio Sanitario per prestazioni non urgenti e permette agli utenti chiamanti di entrare in contatto con un operatore competente, oppure direttamente con un medico qualificato, che possa fornire assistenza o consulenza medica. Inoltre funziona da raccordo con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza urgenza. Il suo collegamento funzionale e tecnologico (condivisione della stessa piattaforma informatica) con il sistema dell'emergenza-urgenza consente una eventuale rapida e diretta presa in carico dei pazienti che necessitano di cure urgenti o il passaggio al setting più adeguato di pazienti che inappropriatamente si erano rivolti al servizio di emergenza territoriale.

nelle situazioni di non emergenza. Il cittadino che chiama il numero unico viene messo in contatto con un medico o con un infermiere, che possono, in funzione delle necessità rappresentate:

1. Fornire informazioni sui servizi sanitari
2. Offrire consulenza sanitaria
3. Attivare il servizio di continuità assistenziale
4. Attivare i servizi competenti territorialmente indirizzando il soggetto al PUA del Distretto della Asl di riferimento dell'assistito o interagendo direttamente con la COT competente per territorio.

### 2.1.5 Le Unità di Continuità Assistenziale (UCA)

L'UCA è un'équipe mobile per la gestione e il supporto della presa in carico di individui o per interventi sulle comunità che manifestano condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità in un contesto di comprovata difficoltà operativa. Essa interviene a domicilio del paziente quando non è possibile attivare prontamente interventi di assistenza domiciliare e opera in coordinamento con la Continuità Assistenziale, intervenendo in casi di alta complessità del paziente, per superare i gap tra le fasi della presa in carico e garantendo continuità. L'UCA fornisce supporto al MMG e al Distretto.

L'UCA interviene sia per favorire i passaggi di setting da ospedale per acuti a domicilio sia per gestire a domicilio problematiche puntuali di particolare complessità che necessitano di interventi clinici o diagnostici non differibili (ecografie, trasfusioni, terapie infusionali, ecc.) nelle more della effettiva operatività della presa in carico da parte dei servizi domiciliari.

L'UCA viene attivata dalla COT-D su segnalazione delle unità di discharge management ospedaliero, ove presente, o dal medico ospedaliero reparto di dimissione, o dal MMG/PLS o dall'IFeC. L'UCA afferisce al Distretto ed è composta da 1 medico e 1 infermiere, che operano sul territorio di riferimento anche attraverso strumenti di telemedicina, in collaborazione con MMG e PLS delle AFT/UCCP. Inoltre, l'UCA può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio e ospedalieri. L'UCA può essere integrata con altre figure professionali sanitarie, nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale.

La sede operativa dell'UCA è la Casa della Comunità HUB alla quale afferisce anche dal punto di vista organizzativo.

## 2.2 Le esperienze censite in Regione Lazio

Tutte le ASL laziali hanno sviluppato una buona parte di servizi riconducibili ai modelli introdotti dal DM 77/2022. Le indicazioni formulate nel presente documento partono dal patrimonio di casi censiti e mettono a fattor comune sia i processi di cambiamento sviluppati che le condizioni di fattibilità.

## 2.2.1 Case della Comunità

<b>Tipologia di servizio attivato</b>	<b>CASE DELLA SALUTE (Prati-Trionfale, Nuovo Regina Margherita, Labaro)</b>
<b>ASL</b>	ASL ROMA 1
<b>Descrizione del servizio</b>	La Casa della Salute offre ai cittadini un'unica sede territoriale di riferimento alla quale rivolgersi per i diversi servizi sociosanitari tra cui quelli per le patologie croniche. La Casa della Salute è la porta di accesso unificata al Sistema Sanitario Regionale. Le Case della Salute sono in rete con le altre strutture del Sistema Sanitario Regionale per poter fornire, nel minor tempo possibile, la risposta adeguata a ogni singola necessità.
<b>Servizio promotore</b>	Direzione Strategica UOC Assistenza Infermieristica e ostetrica
<b>Altri servizi coinvolti</b>	Professioni Sanitarie Direzioni Distretti Socio Sanitari PUA CAD
<b>Figure professionali coinvolte</b>	Infermieri Distretto Infermieri CAD e PUA Funzioni Organizzative Distrettuali Medici CAD MMG/PLS
<b>Reti informatiche</b>	Infrastruttura regionale RECUP, sistemi di refertazione specialistica e attrezzature sanitarie integrate per garantire tempestività e continuità operativa in ambito diagnostico e riabilitativo
<b>Esiti</b>	Risposta al fabbisogno della popolazione di riferimento, identificabilità e affidabilità del servizio sanitario territoriale, presa in carico, deospedalizzazione, riduzione del rischio di riospedalizzazione, riduzione dei tempi di attesa

<b>Tipologia di servizio attivato</b>	<b>MEDICINA DI INIZIATIVA: "LA ASL INSIEME AL CITTADINO"</b>
<b>ASL</b>	ASL Roma 4
<b>Anno di avvio</b>	2021
<b>Descrizione del servizio</b>	Monitoraggio dei parametri vitali, monitoraggio della glicemia capillare, promozione della salute, educazione sanitaria, empowerment del cittadino, educazione al movimento, educazione alimentare, promozione ed effettuazione dei test di screening, promozione ed effettuazioni delle vaccinazioni, relazioni brevi su temi specifici rivolte ai cittadini, visite specialistiche
<b>Servizio promotore</b>	DAPSS
<b>Altri servizi coinvolti</b>	Dipartimento di Prevenzione Distretto sanitario
<b>Figure professionali coinvolte</b>	10 CPSI, 1 fisioterapista, 1 dietista, 1 educatore sanitario, 3 medici
<b>Reti informatiche</b>	ARVA per la registrazione dei vaccini
<b>Esiti</b>	Individuazione di soggetti a rischio di patologie cronico-degenerative, Self care, Prevenzione delle complicanze da patologie cronico-degenerative



<b>Tipologia di servizio attivato</b>	<b>D.E.U. Dedicated Education Unit</b>
<b>ASL</b>	ASL Frosinone
<b>Anno di avvio</b>	2018
<b>Descrizione del servizio</b>	Il DEU è un modello di formazione clinica innovativo per le professioni sanitarie, che prevede una organizzazione strutturale in unità operative, dedicate alla formazione accademica-clinica e in unità di degenza che diventano l'ambiente di insegnamento-apprendimento ottimale condiviso tra gli stessi studenti universitari, il personale infermieristico e i tutors clinici. Questo modello genera una forte integrazione dell'attività clinica e assistenziale con l'insegnamento, attraverso la stretta collaborazione tra il team di un reparto e i docenti universitari. Sulla base di queste definizioni e premesse scientifiche, il modello DEU viene descritto in letteratura come la forma più avanzata di partnership ed integrazione tra il mondo accademico e le strutture sanitarie (Smyer et al., 2015; Kirschling & Erickson, 2010), garante di un apprendimento significativo, che supera i modelli di tirocinio tradizionali.
<b>Servizio promotore</b>	Direzione Didattica CdL in Infermieristica Università Tor Vergata Sede ASL Frosinone –Sora- Ceccano Presidenza Facoltà di Medicina e Chirurgia Università Tor Vergata Direzione delle Professioni Sanitarie Infermieristiche, Tecniche, Riabilitazione, Ostetriche e della Prevenzione della ASL di Frosinone
<b>Altri servizi coinvolti</b>	U.D.I della Casa della Salute di Ceccano e Isola del Liri , è stato attivato un progetto sperimentale con un coinvolgimento più diretto delle sedi in convenzione con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Ateneo di Tor Vergata per il CdL in Infermieristica della ASL di Frosinone, con l'implementazione di un setting dedicato di natura clinico-formativa, nell'ambito della riorganizzazione in essere per il Distretto "B" della ASL stessa.
<b>Figure professionali coinvolte</b>	Studenti del 3° Anno del CdL in Infermieristica della ASL di Frosinone Università Tor Vergata Direzione Didattica e tutor pedagogici del CdL in Infermieristica Università Tor Vergata Coordinatore Infermieristico e Case Manager U.D.I. Casa della Salute di Ceccano - Distretto B Personale Infermieristico U.D.I. Casa della Salute di Ceccano - Distretto B Personale Infermieristico U.D.I. Casa della Salute di Isola del Liri - Distretto C Dirigente delle Professioni Sanitarie Infermieristiche, Tecniche, Riabilitazione, Ostetriche e della Prevenzione della ASL di Frosinone
<b>Reti informatiche</b>	Hardware e software di comunicazione digitale aziendali ed universitarie. Ufficio stampa Aziendale Media e canali informativi di Ateneo
<b>Funzioni</b>	Misurazione dei Nursing Sensitive Outcome, attraverso l'analisi documentaria ed elaborazione statistica dei dati rilevati dalle cartelle Infermieristiche.

## 2.2.2 Ospedali di Comunità

<b>Tipologia di servizio attivato</b>	<b>UNITA' DI DEGENZA INFERMIERISTICA PALOMBARA SABINA</b>
<b>ASL</b>	ASL ROMA 5
<b>Anno di avvio</b>	2008
<b>Descrizione del servizio</b>	È dotata di 15 posti letto ed eroga assistenza infermieristica ad alta/media intensità a pazienti cronici residenti nel territorio della ASL di riferimento. Gli obiettivi fissati per l'UDI sono di favorire un'appropriata gestione del ricovero ospedaliero, ridurre le giornate di degenza ospedaliera inappropriate, limitare gli ingressi a carattere definitivo in strutture residenziali, favorire l'integrazione fra strutture ospedaliere e territoriali.
<b>Servizio promotore</b>	UOC SERVIZIO ASSISTENZA INFERMIERISTICA
<b>Altri servizi coinvolti</b>	CAD, REPARTI OSPEDALIERI, DISTRETTI, SERVIZI SOCIALI, RSA, PUA
<b>Figure professionali coinvolte</b>	1 COORDINATORE 1 CASE MANAGER 10 INFERMIERI ASSISTENTE SOCIALE
<b>Reti informatiche</b>	APPLICATIVI INFORMATICI AZIENDALI
<b>Esiti</b>	Aumento dell'autonomia dei pazienti nelle attività di vita quotidiana, limitazione degli ingressi a carattere definitivo in strutture residenziali, minor tasso di mortalità.

<b>Tipologia di servizio attivato</b>	<b>UNITA' DI DEGENZA INFERMIERISTICA OSPEDALE S. CAMILLO DE LELLIS</b>
<b>ASL</b>	ASL Rieti
<b>Anno di avvio</b>	2022
<b>Descrizione del servizio</b>	<p>L'unità di degenza infermieristica (UDI) all'interno della ASL di Rieti, è un'area di cure a bassa intensità clinica di tipo intermedio dotata di posti letto funzionali gestita da personale infermieristico, nella quale sono accettati pazienti dimissibili dai setting assistenziali per acuti il cui bisogno sanitario è quello di mantenere e completare la stabilizzazione clinica raggiunta nel corso del ricovero acuto, senza limiti di età, caratterizzati da non autosufficienza, anche temporanea e che per la particolare situazione socio-sanitaria necessitano di un percorso diagnostico, terapeutico e di monitoraggio difficilmente gestibile a domicilio con l'Assistenza Domiciliare per la complessità clinico-assistenziale richiesta o per ragioni di tipo sociale nei casi in cui la famiglia o una struttura sociale non riescono comunque a supportare il paziente nella malattia.</p> <p>La degenza infermieristica COVID è una struttura, con 10 Posti Letto per pazienti Covid positivi con bassa intensità clinica e media alta complessità assistenziale. La struttura consente un'appropriata gestione del ricovero ospedaliero e offre un'alternativa per la gestione in post-acuzie qualora non sia possibile la dimissione a domicilio o l'attivazione dell'assistenza domiciliare garantendo così al paziente la continuità delle cure. L'assistenza medica è garantita dal personale medico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Per gli aspetti routinari e/o assistenza medica di base e specialistica è garantita dalla UO Medicina Interna 1;</li> <li>• Per gli aspetti legati all'insorgere di eventuali Emergenze/Urgenze dall'U.O.C. Anestesia e Rianimazione attraverso l'attivazione del Rianimatore di guardia. La realizzazione di questa Unità Operativa promuove un approccio al paziente/cittadino in cui la presenza dell'Infermiere come Care-manager colma quel "vuoto assistenziale" a cui individui e famiglie devono far fronte, molto spesso con risorse ed iniziative personali.</li> </ul>
<b>Servizio promotore</b>	DAPS UOC GESTIONE PERSONALE DI ASSISTENZA
<b>Altri servizi coinvolti</b>	Professioni Sanitarie, Direzione Presidio Ospedaliero, Direzioni Distretti Socio Sanitari, PUA, CAD
<b>Figure professionali coinvolte</b>	Infermieri, operatori di supporto Case Manager Servizi CAD e PUA Assistenti Sociali ospedalieri e territoriali Medici di UO Ospedaliere MMG/PLS
<b>Reti informatiche</b>	Scheda Richiesta Accettazione Degenza Infermieristica; Scheda IDA-MEWS; Diario Infermieristico e Piano assistenziale individuale; Scheda Multidimensionale; Valutazione Cutanea / Braden; Protocolli operativi e Procedure specifiche; Scheda di relazione infermieristica al momento della dimissione del paziente dall'UDI.

## 2.2.3 Infermiere di Famiglia e di Comunità

<b>Tipologia di servizio attivato</b>	<b>Assistenza Infermieristica Proattiva (API)</b>
<b>ASL</b>	ASL ROMA 1
<b>Anno di avvio</b>	2020
<b>Descrizione del servizio</b>	Ascolto telefonico segnalazioni che pervengono alla Centrale distrettuale; attivazione counseling educazionale tramite consulenza telefonica; supporto UCP/MMG/PLS per l'individuazione delle fasce della popolazione stratificata per rischio, somministrazione questionari, informazioni agli assistiti alla UCP di riferimento in relazione ai percorsi predisposti dal MMG per il paziente, contatti con strutture territoriali di riferimento del percorso dei pazienti, presa in carico per percorso e counselling negli Ambulatori Infermieristici; sorveglianza telefonica e monitoraggio dati telesorveglianza; visita domiciliare per presa in carico pazienti che necessitano di monitoraggio O2, trattamenti farmacologici.
<b>Servizio promotore</b>	UOC Assistenza Infermieristica e ostetrica
<b>Altri servizi coinvolti</b>	Professioni Sanitarie, Direzioni Distretti Socio Sanitari, PUA, CAD, SISP, Formazione
<b>Figure professionali coinvolte</b>	Infermieri, Infermieri CAD e PUA, Funzioni Organizzative Distrettuali, Medici PUA, Medici CAD, MMG/PLS
<b>Reti informatiche</b>	Cartella infermieristica territoriale, piattaforma per la gestione dei casi e della sorveglianza telefonica attiva, portali per l'interazione con le strutture del territorio
<b>Esiti</b>	Prevenzione e identificazione precoce dei casi critici

<b>Tipologia di servizio attivato</b>	<b>“INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ”</b>
<b>ASL</b>	ASL ROMA 4
<b>Anno di avvio</b>	2019
<b>Descrizione del servizio</b>	Empowerment del cittadino e delle famiglie/comunità; Supporto ad utenti e famiglie; Sostegno all’adesione terapeutica; Monitoraggio di segni e sintomi delle patologie cronic-degenerative; Educazione sanitaria; Anello di congiunzione fra cittadino, MMG, servizi territoriali, servizi di ricovero; Linee di collegamento alle problematiche sociali. Le attività sono eseguite grazie alla costituzione di una rete di infermieri esperti guidati da un infermiere specialista in medicazioni. Le consulenze vengono effettuate a distanza (telenursing). Il progetto si articola sia sul territorio che nei presidi ospedalieri.
<b>Servizio promotore</b>	DAPSS
<b>Altri servizi coinvolti</b>	DAPSS, Distretto sanitario, Presidi ospedalieri, CAD, Hospice residenziale, Hospice domiciliare, Ambulatori infermieristici, UDI, MMG, Assistenti sociali, PUA, Infermieri case manager
<b>Figure professionali coinvolte</b>	n. 2 CPSI con formazione specifica inseriti all’interno delle UCP
<b>Reti informatiche</b>	Telenursing
<b>Esiti</b>	Riduzione dei ricoveri ospedalieri; Acquisizione del self care da parte del paziente; Miglioramento adesione terapia; Miglioramento prescrizioni terapeutiche generiche; Riduzione degli accessi in pronto soccorso per problematiche legate alle complicanze delle patologie cronic-degenerative.

<b>Tipologia di servizio attivato</b>	<b>Infermiere di famiglia e comunità</b>
<b>ASL</b>	Asl Roma 6
<b>Anno di avvio</b>	2020
<b>Descrizione del servizio</b>	Il progetto ha favorito la promozione della salute, prevenzione e promozione dei corretti stili di vita della popolazione di riferimento dell'IFeC, ha favorito l'intercettazione precoce dei cambiamenti dello stato di salute delle persone, una presa in carico proattiva delle persone fragili e affette da patologie croniche, aumentato l'engagement del paziente e il supporto al caregiver, aumenta quindi l’utilizzo appropriato dei servizi sanitari.
<b>Servizio promotore</b>	UOC infermieristica Dipartimento del territorio Direzione sanitaria

<b>Altri servizi coinvolti</b>	Cure primarie: Specialistica ambulatoriale-consultori-PUA-servizi sociali comunali MMG Cure intermedie CAD Presidi ospedalieri aziendali e non Medicina legale: fornitura ausili DSM-CSM
<b>Figure professionali coinvolte</b>	Dirigenti infermieristici,Coordinatori infermieristici,Infermieri,Direttore dipartimento territorio,Direttore distretto Medici aziendali MMG Assistenti sociali
<b>Reti informatiche</b>	Sito web aziendale
<b>Funzioni</b>	Il progetto individua le seguenti finalità: i) Programmi di educazione sanitaria e self management; ii) Riduzione accessi impropri PS (rispetto anno precedente); iii) Appropriatelyzza aderenza terapeutica; iv) L'intercettazione precoce modifiche stato di salute; v) Mappatura dei bisogni.

<b>Tipologia di servizio attivato</b>	<b>Implementazione dell'Infermieristica nelle scuole: Progetto pilota "il tempo di FORMAZIONE è tempo di CURA"</b>
<b>ASL</b>	Asl Frosinone
<b>Anno di avvio</b>	2020
<b>Descrizione del servizio</b>	Il progetto pilota "il tempo di FORMAZIONE è tempo di CURA", ha previsto l'inserimento degli studenti di Infermieristica del terzo anno e laureandi nelle equipe AntiCovid delle scuole di primo grado, come tirocinio clinico formativo in affiancamento al personale Infermieristico scolastico, con l'obiettivo di coadiuvare il personale nell'attuazione delle misure di prevenzione e controllo dell'infezione di virus SARS-CoV-2 nei servizi educativi e con la supervisione delle Direzioni Didattiche della sede Universitaria di appartenenza.
<b>Servizio promotore</b>	Ministero dell'Istruzione – USR LAZIO (Provveditorato di Frosinone) Direzione Didattica CdL in Infermieristica Università Tor Vergata Sede ASL Frosinone –Sora- Ceccano Università di Roma Tor Vergata - CIFAPPS Ordine delle Professioni Infermieristiche di Frosinone
<b>Altri servizi coinvolti</b>	Equipe AntiCovid Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) ASL Frosinone Coordinatore Infermieristico SISP ASL di Frosinone, referenti Infermieristici SISP Distretto A, B, C, D R.S.P.P. Azienda USL di Frosinone

<b>Figure professionali coinvolte</b>	<p>Studenti del 2°, 3° Anno e fuori Corso del CdL in Infermieristica della ASL di Frosinone Università Tor Vergata</p> <p>Direzione Didattica e tutor pedagogici del CdL in Infermieristica Università Tor Vergata</p> <p>Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) ASL Frosinone - Coordinatore Infermieristico SISP ASL di Frosinone, referenti Infermieristici SISP Distretto A, B, C, D</p> <p>Dirigente delle Professioni Sanitarie Infermieristiche, Tecniche, Riabilitazione, Ostetriche e della Prevenzione della ASL di Frosinone</p>
<b>Reti informatiche</b>	Hardware e software di comunicazione digitale aziendali ed universitarie.
<b>Funzioni</b>	<p>Il progetto risponde a due principali obiettivi: i) Coinvolgimento diretto degli studenti del CdL in Infermieristica nell'implementazione e sperimentazione nelle scuole di primo grado dell'Infermiere scolastico; ii) Inoltre promuove linee di ricerca sia su aspetti assistenziali, nonché relativamente a processi di modelli di ruolo che necessitano di definizione epidemiologica e di miglioramento continuo della qualità (Macale, 2014; 2016), anche attraverso l'individuazione di outcome sensibili all'assistenza (Nursing Sensitive Outcomes-NSO), valorizzando le competenze avanzate nel campo dell'Infermieristica di famiglia e di comunità.</p>

<b>Tipologia di servizio attivato</b>	<b>API</b>
<b>ASL</b>	Asl Viterbo
<b>Anno di avvio</b>	giu-20
<b>Descrizione del servizio</b>	<p>Recupero e alla manutenzione delle liste d'attesa</p> <p>Recall proattivo verso il target popolazione fragile</p> <p>In seguito hanno iniziato una collaborazione con il team operativo dedicato alle scuole.</p> <p>Nel dicembre 2020 è stata attivata la Centrale operativa programmazione campagna vaccinale (COPV) che a tutt'oggi assorbe gran parte delle attività.</p> <p>A Gennaio 2021 le attività di cui sopra sono state ricondotte all'interno delle attività della Centrale Operativa Aziendale (COA) che vede nel suo contesto diverse linee di attività.</p> <p>Le risorse infermieristiche rimangono maggiormente concentrate sulle vaccinazioni con azioni anche proattive di sensibilizzazione e recall.</p> <p>È attiva anche una linea telefonica dedicata per orientare la popolazione sul tema vaccini e supportarla nelle prenotazioni e nel rilascio del green pass.</p>
<b>Servizio promotore</b>	Direzione strategica
<b>Altri servizi coinvolti</b>	Dipartimento cure primarie Governo delle professioni sanitarie
<b>Figure professionali coinvolte</b>	Infermieri, Amministrativi
<b>Reti informatiche</b>	Utilizzo delle piattaforme regionali (ASUR, Recup, AVR) e del datawarehouse aziendale

<b>Funzioni</b>	<p>Manutenzione delle liste d'attesa per le prestazioni in stand by sia causa lockdown che hackeraggio</p> <p>Gestione di tutte le fasi della campagna vaccinale</p> <p>Screening COVID nelle scuole</p> <p>collaborazione con USCOVID</p>
<b>Esiti</b>	<p>Recupero di tutte le prestazioni in sospeso</p> <p>Ottimizzazione delle risorse dedicate alle vaccinazioni e limitato spreco di dosi vaccino con saturazione delle sedute</p> <p>Facilitazione e appropriatezza dei percorsi per le categorie fragili o a rischio sia in ambito vaccinazioni che di liste d'attesa</p> <p>Orientamento e azioni di gestione della domanda nei momenti complessi della campagna vaccinale</p>

#### 2.2.4 Telemedicina

<b>Tipologia di servizio attivato</b>	<b>Telemedicina</b>
<b>ASL</b>	ASL Roma 2
<b>Anno di avvio</b>	2018
<b>Descrizione del servizio</b>	<p>La telemedicina, operativa sulla piattaforma di medicina digitale aziendale, si pone quale metodo e strumento di funzionamento delle Centrali Operative per la facilitazione dell'accessibilità alla rete di offerta prevista nei percorsi di cura, oltre ad una organizzazione territoriale di prossimità, per gestire in remoto tutte quelle prestazioni che il paziente potrebbe ricevere al proprio domicilio o al punto territoriale più vicino al proprio luogo di vita.</p>
<b>Servizio promotore</b>	DIPARTIMENTO ASSISTENZA ALLA PERSONA SISP
<b>Altri servizi coinvolti</b>	Ospedali (tutti i servizi), Distretti sanitari 4, 5, 6, 7, 8 e 9, Servizi Sociali dei Municipi 4, 5, 6, 7, 8 e 9, Scuole presenti sul territorio della ASL Roma 2, Case di Risposo ASL Roma 2.
<b>Figure professionali coinvolte</b>	Sanitari, tecnici, amministrativi, tutti gli operatori sociali
<b>Reti informatiche</b>	<p>Aziendali: UNICA, GECO, LUNA; VREE HEALTH, ADILIFE APPLICATIVO ACCESS</p> <p>Regionali: LAZIO ADVICE Dr COVID, SIAT.</p> <p>PIATTAFORMA AZIENDALE COVID (GE Co)</p> <p>DOTTOR COVID</p> <p>ADI LIFE</p> <p>VREE HEALT</p>
<b>Esiti</b>	<p>Adesione dei diversi attori professionali a condividere e a favorire l'attuazione del progetto sanitario, individuazione dei soggetti a rischio di fasi riacutizzazioni da malattie croniche, formazione continua del personale coinvolto, integrazione con servizi esterni, omogeneità comportamenti, unificazione delle diverse piattaforme, adeguato monitoraggio territoriale.</p>



<b>Tipologia di servizio attivato</b>	<b>API: CENTRALE DI MONITORAGGIO COVID</b>
<b>ASL</b>	Asl Latina
<b>Anno di avvio</b>	2020
<b>Descrizione del servizio</b>	TELEMONITORAGGIO PAZIENTI COVID PAUCISINTOMATICI ASINTOMATICI E SINTOMATICI, PAZIENTI CHE HANNO ESEGUITO LA TERAPIA MONOCLONALE E CASE DI RIPOSO/RSA
<b>Servizio promotore</b>	Assistenza primaria
<b>Altri servizi coinvolti</b>	MMG, MEDICI SPECIALISTI BRONCOPNEUMOLOGI (DIPARTIMENTO ASSISTENZA PRIMARIA) MEDICI SPECIALISTI MALATTIE INFETTIVE (PRESIDIO OSPEDALIERO) MEDICI SPECIALISTI CARDIOLOGIA (PRESIDI OSPEDALIERI E PRESIDII TERRITORIALI)
<b>Figure professionali coinvolte</b>	6 INFERMIERI IN CENTRALE SQUADRE TAMPONI COVID TERRITORIALE SQUADRA DISINFEZIONE DEVICES
<b>Reti informatiche</b>	PIATTAFORMA VREE HEALTH E LAZIO ADVICE
<b>Funzioni</b>	GESTIONE PAZIENTI COVID CON SCORE A RISCHIO

<b>Tipologia di servizio attivato</b>	<b>Centrali Operative per la Cronicità (COC)</b>
<b>ASL</b>	Asl Viterbo
<b>Anno di avvio</b>	apr-19
<b>Descrizione del servizio</b>	Monitoraggio soggetti con BPCO, scompenso cardiaco e diabete arruolati nel sistema di gestione condivisa e di automonitoraggio realizzato attraverso la piattaforma Smart Digital Clinic. La piattaforma prevede l'apertura di una cartella ambulatoriale utente che si interfaccia con altre piattaforme regionali e aziendali Prevede inoltre un'APP per l'automonitoraggio domiciliare e una chat per dialogare con l'utenza. Sessioni per gruppo e singoli di educazione terapeutica, comportamentale anche per l'utilizzo di device
<b>Servizio promotore</b>	Direzione strategica
<b>Altri servizi coinvolti</b>	Dipartimento cure primarie Rete cardiologica rete pneumologica rete diabetologica Governo delle Professioni Sanitarie
<b>Figure professionali coinvolte</b>	Infermieri in collaborazione con gli specialisti di riferimento
<b>Reti informatiche</b>	SDC in interfaccia con piattaforme regionali e aziendali (ASUR, SISMED e LIS, jitz) utilizzo del sistema Recup. Sistemi di tele visita e teleconsulto

<b>Funzioni</b>	Azioni proattive di intercettazione di fasi di instabilità/scompenso prima che queste necessitino del ricorso all'ospedalizzazione Lettura in tempo reale di reminder su esami di laboratorio e parametri rilevati in automonitoraggio Linee diretta con utenza ma nel rispetto di orari di attività Educazione all'autocura e monitoraggio dell'aderenza alle cure
<b>Esiti</b>	Riduzione degli accessi in PS e del ricorso all'ospedalizzazione Soddisfazione del cliente e aumento delle competenze nell'autogestione di utenti e caregiver Appropriata prescrizione e diagnostica con riduzione anche delle liste d'attesa

## 2.3 Le indicazioni operative

L'avvio integrato e coordinato dell'intero portafoglio di innovazioni previsto dal PNRR prima e dal DM77/22 rappresenta una condizione necessaria per garantire l'efficacia complessiva dell'insieme dei singoli interventi. Infatti non si può immaginare il rinnovo del modello di offerta territoriale regionale con il semplice inserimento nell'attuale sistema di servizi considerati innovativi. Ricostruire una visione unitaria di come far fronte alla crescente complessità della domanda di servizi per la tutela della salute attraverso le innovazioni introdotte significa rileggere ex novo le interdipendenze tra operatori, strutture di offerta e sistemi di gestione e riprogettare specifiche modalità di erogazione da remoto dei servizi. Tale rilettura non può che partire dai percorsi di cura per macro target di popolazione (in primis quello dei pazienti cronici) che nella rete dei servizi distrettuali prima e aziendali poi trovano le principali risposte: si tratta di ridisegnare i PDTA inserendo sia il contributo di CdC, IFeC, ecc. sia l'erogazione da remoto di alcune specifiche prestazioni rispetto a coorti di pazienti che sono nelle condizioni clinico assistenziali e organizzative di fruire di prestazioni a distanza. In questa prospettiva appare prioritario che ciascuna ASL rielabori i PDTA sulle principali condizioni croniche già sviluppati e li aggiorni rispetto alla presenza dei nuovi servizi introdotti e definiti nel presente documento (anche nelle sezioni seguenti). Questa opera può accompagnarsi parallelamente alla diffusione dei loro contenuti all'interno dei distretti e dei singoli servizi che lo compongono fino a raggiungere i MMG che operano attraverso la rete delle CdC.

La seconda priorità è rappresentata dall'attivazione dei contenuti specifici di servizio dalla rete delle CdC all'interno di ciascun distretto. Come già anticipato, le funzioni della CdC sono da interpretarsi in rete e non per singolo nodo di erogazione. In tale prospettiva, avviare modelli sperimentali di integrazione tra IFeC, COT D ed UCA all'interno o in relazione operativa con le CdC consente non solo la co-determinazione dei contenuti di attività specifici attribuibile a ciascun modello di offerta rispetto alla contingenza specifica del territorio di riferimento, ma permette anche di avviare quelle forme di scambio e collaborazione che sono alla base dei processi di integrazione in primo luogo professionale. Inoltre, in specifici contesti potranno essere sperimentate modalità polivalenti delle professionalità del territorio chiamate a operare all'interno di più modelli di offerta: ad esempio, l'IFeC della CdC che completa il proprio bagaglio di esperienza anche attraverso lo svolgimento di fasi del proprio percorso professionale quale operatore della COT D.

La terza indicazione operativa è quella di avviare comunità di pratica all'interno della medesima ASL che raccolgano professionisti che in distretti diversi operano all'interno dei nuovi servizi attivati, allo scopo di avviare processi di scambio e condivisione e realizzare, di conseguenza, procedure e modelli operativi scalabili/trasferibili per l'implementazione dei nuovi servizi e la revisione organizzativa di quelli già attivi.

La quarta linea di azione è quella di avviare un sistema di monitoraggio sull'operato delle principali innovazioni organizzative introdotte. La valutazione che si intende avviare tra le ASL laziali avrà lo scopo di

valutare il processo di avvio dei nuovi modelli di servizio. A tale fine si propongono i seguenti indicatori di monitoraggio:

- % di pazienti cronici monopatologici presi in carico dalla rete delle CdC di ciascun distretto. La presa in carico sarà riconducibile al PAI avviato per ciascun paziente;
- % di pazienti gestiti dall'IFeC per ciascun distretto attraverso specifici interventi di prevenzione secondaria;
- % di interventi UCA per distretto suddivisi per natura dell'intervento.

Si propone l'attivazione di questi quattro «cantieri» aziendali entro la fine del 2022

### 3 LE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)

#### 3.1 Gli orientamenti di fondo

La COT svolge funzioni di coordinamento organizzativo della presa in carico della persona e di raccordo/connesione tra servizi e professionisti coinvolti nel processo assistenziale (i professionisti della salute che operano all'interno delle CdC, delle UCA, gli operatori dell'ADI, i MMG/PLS, e i professionisti che operano nelle diverse tipologie di residenze/centri diurni e nelle strutture ospedaliere, i professionisti che operano nei servizi sociali e sociosanitari). L'obiettivo è quello di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza. La COT rappresenta uno degli strumenti che consente di "tradurre" la funzione di committenza, svolta dalle Aziende Territoriali e dai Distretti, in modalità operative finalizzate alla continuità dell'assistenza nei setting assistenziali più appropriati, ed alla integrazione orizzontale dei servizi. La COT interverrà nella gestione dei processi di transizione, per tutti gli assistiti del suo territorio con bisogni clinico assistenziali e sociali complessi, non autosufficienti e cronici ad alta complessità, sia tra servizi in setting di offerta diversi sia nel passaggio da un livello clinico assistenziale all'altro anche all'interno dello stesso setting. In ragione di tale scopo, essa si concentra sulla gestione delle situazioni in cui fisiologicamente la «navigazione» all'interno della rete dei servizi si svolge con difficoltà costante e/o in tempi non adeguati per via della complessità del bisogno non solo sanitario e dell'accessibilità al setting di destinazione (tra cui anche il domicilio). Per tale motivo, la COT interviene su:

- a) i transiti occasionali, quali quelli in dimissione dalle strutture di ricovero (tipicamente flusso *step down*) nelle situazioni di «dimissione difficile» sia per via delle condizioni sociosanitarie del paziente che per questioni relative all'accesso al setting di destinazione;
- b) i transiti tra setting di intensità diversa attivati dagli operatori del territorio (in primis dai MMG) per la gestione dell'accesso alle cure intermedie, anche per la popolazione affetta da malattie croniche in situazioni di fragilità o di complessità clinico assistenziale (tipicamente flusso *step up*). Nei casi di maggiore frammentazione della filiera dei servizi, la COT può supportare il MMG nella gestione dei percorsi dei pazienti cronici stabili.

La COT interviene direttamente sulla transizione all'interno della rete dei servizi per i casi a maggiore complessità assistenziale (per questioni spesso legate a fabbisogni socio-assistenziali) e collabora direttamente con la CdC e l'Ifc nella gestione della casistica cronica in condizione di stabilità (anche pluripatologica) a cui si rivolgono i loro servizi. Infatti, il DM77/2022 prevede lo sviluppo di una piattaforma che consenta il reclutamento del paziente e la gestione del suo PAI anche attraverso un sistema di prenotazione e recall per l'accesso alle prestazioni pianificate. Si tratta di una forma di cure di transizione, non direttamente in capo alla COT, che beneficia degli strumenti tecnologici, delle expertise dei professionisti che collaborano nei territori e dello scambio di informazioni sulla gestione della casistica. La COT rappresenta il nodo operativo per l'accesso alle cure intermedie ed agli OdC, alla riabilitazione estensiva e alla residenzialità (compresa quella psichiatrica) a fronte di una complessità clinico assistenziale e sociale del paziente. In questo caso si coordina con le UVM (che con modalità semplificate sono già attive nelle strutture ospedaliere) e con i PUA.

La COT è altresì coinvolta nella ricomposizione dell'offerta di servizi, attraverso il coordinamento ed il raccordo con il Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117 (NEA), che svolge la funzione di accesso per il cittadino alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi territoriali, laddove la COT svolge la propria funzione prettamente di back-office, facilitando il collegamento di professionisti che operano in setting e servizi differenti, migliorando la tempestività e l'appropriatezza delle prestazioni erogate, mediante l'attivazione di tutte le risorse sanitarie e sociali presenti sul territorio di riferimento, anche con l'utilizzo dei sistemi di telemedicina.

Il modello di riferimento regionale prevede un'organizzazione su due livelli che concorrono all'erogazione delle funzioni unitariamente attribuite alla COT:

- la COT A rappresenta l'interfaccia di collegamento nella gestione dei transiti tra strutture di offerta di aziende sanitarie diverse (ad esempio, tra AO e ASL) e di quelli in dimissione dai presidi della rete ospedaliera regionale, pubblici e privati, che afferiscono al territorio delle ASL e che devono essere prioritariamente gestiti nel distretto sociosanitario di residenza del paziente. Il focus prioritario di intervento è il flusso step down dall'ospedale verso i servizi territoriali. La COT A gestisce direttamente l'accesso presso strutture di offerta la cui scala operativa è aziendale (le RSA, gli OdC sono gli esempi tipici poiché soddisfano la domanda aziendali) ed invia alla COT D quando è previsto l'accesso presso strutture di offerta e servizi di scala distrettuale o interdistrettuali (ad esempio, l'ADI, le UCA). In alcuni casi la COT A può assolvere a specifiche funzioni anche nella dimensione sovra-aziendale o addirittura regionale, laddove è molto elevata la specificità della interconnessione fra la domanda ed il sistema dell'offerta, assolvendo alla funzione di esercizio della committenza su funzioni di alta specializzazione;
- la COT D è incardinata nei distretti sociosanitari e può operare all'interno delle CdC ed in ogni caso è con esse integrata. Essa si focalizza: a) sugli interventi all'interno della rete dei servizi distrettuali portando a compimento le funzioni segnalate e concordate con la COT A nella gestione delle dimissioni difficili, attivando servizi ed equipe presenti nel territorio di riferimento. In questa direzione la COT D porta a compimento il flusso step down organizzando i servizi presenti nella filiera distrettuale; b) sulla gestione della rete di prossimità soprattutto per la casistica cronica, organizzando gli accessi in regime ambulatoriale, alle cure intermedie e domiciliari attraverso piattaforme informatiche; in questa direzione la COT D sviluppa i flussi step up sia in situazioni di occasionalità del bisogno che di frequenza di accesso come nel caso del paziente cronico.

La COT, dunque, quale strumento aziendale, è una funzione interna alla rete dei servizi aziendali e interaziendali, non direttamente contattabile dai pazienti. La relazione con il paziente è prioritariamente gestita dai professionisti (MMG, specialisti, infermieri, ecc.) o dalle strutture dedicate (ad esempio il PUA, NEA 116117). Gli operatori della COT (indicati nel DM 77/2022) possono contattare il paziente e la sua famiglia solo in casi specifici, quali ad esempio l'approfondimento del quadro informativo sul contesto familiare e sociale se indispensabili per la gestione della transizione.

Per l'appropriato utilizzo delle COT, le strutture ospedaliere dimettenti dovranno sviluppare strumenti omogenei e competenze specifiche rispetto alla valutazione dei pazienti da segnalare per la gestione delle dimissioni. La valutazione dovrà avere dei criteri definiti affinché l'operato delle COT sia facilitato. Ciò comporta lo sviluppo di modelli di *discharge management* presso le strutture ospedaliere dimettenti che dovranno consentire: a) la segnalazione precoce della dimissione complessa; b) la compilazione della modulistica e schede di valutazione con scale di inquadramento del bisogno (ad esempio, scala RAD-Sica); c) un contatto telefonico con la struttura di riferimento nel caso di richiesta di approfondimento sulla gestione del caso e il nome della persona che dimette il singolo paziente.

### 3.1.1. Il Coordinamento Regionale COT

A livello regionale viene istituito un gruppo stabile di lavoro (CR COT – Coordinamento Regionale COT) che avrà lo scopo di: a) censire e monitorare il livello di implementazione delle COT aziendali e i modelli adottati a livello aziendale; b) promuovere attività di *benchlearning* allo scopo di favorire lo scambio di esperienze e il confronto tra i professionisti coinvolti nelle cure di transizione anche relativamente agli strumenti adottati;

c) sviluppare un sistema di monitoraggio sul processo di transizione nei diversi contesti aziendali e tra aziende diverse grazie a un sistema di indicatori formulati ad hoc.

Partecipano al CR COT un referente per ciascuna ASL, rappresentanti della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio sanitaria, referenti delle AOU/AOU pubbliche.

### 3.1.2 Gli orientamenti di fondo della COT-A

La COT-A è istituita in ogni ASL quale struttura operativa funzionale. Costituisce un raccordo strutturato in grado di collegare le strutture di ricovero, le COT D e i servizi territoriali nel caso di dimissioni per casi complessi e connettere i diversi setting assistenziali coinvolti nel percorso di cura e assistenza. In questa direzione il mandato principale delle COT è quello di ricomporre la filiera dei servizi traducendo le scelte clinico assistenziali (elaborate dai professionisti e dalle strutture che esercitano la presa in carico del paziente) in accesso concreto e tempestivo ai servizi.

La COT-A ha l'obiettivo di:

- costruire strumenti e procedure a supporto dell'integrazione operativa tra servizi e strutture presenti sul territorio di aziende pubbliche e private nella gestione delle dimissioni difficili; la condivisione di approcci e strumenti tra COT e strutture invianti è una delle funzioni riconosciute alla COT A che attraverso specifici momenti di formazioni, scambi diretti e l'uso del teleconsulto potrà allineare i processi di invio per la segnalazione dei pazienti;
- contribuire ad esercitare la funzione di committenza delle ASL sia verso erogatori pubblici che privati accreditati almeno in due modi: garantisce l'equità di accesso ai servizi erogati da soggetti extra aziendali prioritizzando – sia su scala sovra-aziendale per attività cliniche predefinite dal livello regionale e caratterizzate da altissima specializzazione, concentrazione elevata dell'offerta, ed alta specificità del bisogno – sia su base aziendale attraverso liste uniche di attesa e/o criteri omogenei e unitari di accesso; monitora tempi di fruizione dei servizi da parte dei pazienti e qualità dei servizi erogati da parte dei soggetti extra aziendali.;
- gestire la dimissione per i casi a maggiore complessità e/o fragilità clinico assistenziale, sia nel caso di dimissione dai presidi dell'ASL che dalle strutture di offerta al di fuori dell'ASL garantendo la continuità delle cure;
- coordinarsi con i soggetti e le strutture dedicati al *discharge management* nelle strutture ospedaliere dimettenti;
- attivare processi di transizione nei diversi distretti grazie al supporto delle COT-D, selezionando il setting di destinazione appropriato;
- coordinarsi con la rete dei trasporti aziendali o interaziendali non in emergenza;
- promuovere percorsi formativi per gli operatori delle COT D e per i referenti delle strutture dimettenti;
- condividere approcci e indicazioni provenienti dal CR-COT.

Principali processi di integrazione avvengono verticalmente con il CR COT e orizzontalmente con:

- COT A di altre ASL anche attraverso lo sviluppo di raccordi funzionali tra le aziende in ragione di esigenze specifiche quali quelle proprie dell'area Urbana metropolitana di Roma o nelle province
- NEA 116117
- PUA Socio Sanitari Distrettuali
- PP.OO. Dipartimenti Territoriali e Dipartimento delle Professioni Sanitarie
- COT D aziendali

Popolazione target della COT-A è composta da: a) utenti in stato di fragilità, complessità clinico assistenziale e/o sociale, non autosufficienti; b) utenti con patologie croniche ad alta complessità, diversificate per stadiazione e ricomprese in specifici PDTA. L'identificazione degli utenti avviene attraverso l'invio da parte di strutture per acuti a gestione diretta o extra Asl pubbliche e private.

### 3.1.3 Gli orientamenti di fondo della COT-D

La COT-D è istituita in ogni Distretto della ASL (almeno una), può essere fisicamente inserita nella CdC con la quale è chiamata a integrarsi almeno funzionalmente e collabora direttamente con gli IFeC e con tutti i servizi di presa in carico del territorio, specie con le equipe che erogano ADI nei distretti socio sanitari.

Le COT-D svolgono la funzione di governo delle attività di valutazione multidisciplinare e multidimensionale della persona, con rivalutazione nel caso di soggetti provenienti dalle strutture ospedaliere di ricovero che abbiano già effettuato una prima valutazione multidisciplinare per essere collocati in altri setting assistenziali, individuazione dei bisogni sotto il profilo clinico, funzionale e sociale nel caso di cure di transizione attivate dal territorio sia in presenza di un PAI, definito grazie alla CdC, che nel caso di paziente fragile non cronico ed occasionale. Inoltre, la COT D attiva le UCA in ciascun distretto per garantire continuità delle cure in casi ad alta complessità quando non sussistono condizioni operative di intervento di altre soluzioni organizzative.

Principali processi di integrazione avvengono:

- in collaborazione con COT-A nella gestione operativa dei processi *step down* e *step up* nel caso di accesso a servizi non distrettuali o per i quali è prevista la lista unica di accesso.
- con servizi a supporto della presa in carico territoriale (servizi trasporto ospedalieri, servizio CAD, farmacia, assistenza protesica, ecc) e con le CdC e gli IFeC del distretto di riferimento;
- con il MMG per la gestione dei pazienti cronici stabili nei contesti di elevata frammentazione della filiera dei servizi e nella gestione delle segnalazioni provenienti dal territorio;
- con le UCA;
- con i professionisti dell'UCA presenti in ciascun distretto;
- con le Unità Operative Ospedaliere dei PPOO aziendali per la gestione di competenze specifiche nel caso fossero necessarie per la gestione a domicilio del paziente.

I processi di segnalazione alla COT D avvengono attraverso i MMG, tutti gli operatori del distretto (ad esempio, CAD, medici specialisti, IFeC, assistenti sociali) e la COT A e possono avvenire a domicilio (per domicilio si intende anche Casa Alloggio) oppure «on the road» da parte dei servizi sociali, UOC Popolazione straniera, PUA, PIS, Prefettura.

Le ASL possono dotarsi di funzioni specifiche all'interno o in raccordo funzionale con le COT in base alle specificità organizzative e alle caratteristiche del proprio territorio (es. potenziamento funzione di committenza, di discharge management, ecc).

## 3.2 Le esperienze censite in Regione Lazio

<b>Tipologia di servizio attivato</b>	<b>Centrale Operativa Aziendale (COA)</b>
<b>ASL</b>	ASL ROMA 1
<b>Anno di avvio</b>	COA: Marzo 2019
<b>Descrizione del servizio</b>	<p>La Centrale COA rappresenta lo snodo o funzione di raccordo strutturato tra strutture pubbliche o private accreditate extra ASL e strutture Aziendali ospedaliere e territoriali, con l'obiettivo di garantire un indirizzo ed accompagnamento facilitato ed appropriato nel percorso di cure ed assistenza.</p> <p>La COA, relazionandosi con le strutture territoriali e ospedaliere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- assicura la gestione della lista di attesa unica aziendale per l'accesso alle Residenze Sanitarie Assistenziali;</li> <li>- valuta, per il tramite dell'équipe aziendale di cure palliative, l'idoneità all'accesso alle Cure palliative (residenziali e domiciliari) per utenti in fase di terminalità;</li> <li>- facilita il percorso di dimissione di minori con bisogni complessi sanitari e socio-sanitari eleggibili all'assistenza domiciliare integrata.</li> </ul> <p>Dal marzo 2020 si occupa: (1) della gestione centralizzata, a livello regionale, del flusso dei pazienti covid positivi autosufficienti/non autosufficienti, provenienti da strutture di ricovero regionali o da domicilio vs strutture protette Covid; (2) della gestione centralizzata dei soggetti negativi necessitanti di quarantena vigilata e non, in relazione alle specifiche Ordinanze ministeriali; (3) della gestione centralizzata dei soggetti no covid/negativizzati individuati quali <i>dimissioni complesse</i> dalle strutture ospedaliere regionali e dalle strutture protette covid; (4) effettua il monitoraggio dei trasferimenti dai reparti di Area critica alle strutture di residenzialità intensiva -R1- di cui al DCA 45/2020; (5) fornisce supporto informativo alle strutture coinvolte nei percorsi di dimissione al fine di incrementare positivi processi comunicativi per la facilitazione della più appropriata presa in carico; (6) segnala ai territori di afferenza, aziendali ed extraaziendali e, laddove necessario, si interfaccia con la Sala Operativa Sociale del Comune di Roma per specifiche condizioni e criticità di residenti e non; (7) effettua inserimento di tutte le attività covid e non covid in database dedicato per la tracciabilità dei dati.</p> <p>La COA adotta un modello operativa basato su un approccio multidisciplinare e multiprofessionale</p>
<b>Servizio promotore</b>	Direzione Strategica Aziendale
<b>Altri servizi coinvolti</b>	Ospedali, Distretti sanitari, SISP, Enti Locali, Strutture territoriali residenziali e semiresidenziali
<b>Figure professionali coinvolte</b>	Sanitarie, sociali, amministrative



<b>Reti informatiche</b>	Aziendali: piattaforma per la gestione dei processi di backoffice nella presa in carico del paziente covid, piattaforme per la gestione della sorveglianza e delle comunicazioni con i pazienti sfruttando la multicanalità offerta dalle tecnologie di comunicazione e del web 2.0 Regionali: Piattaforma COVID fino ad <i>hackeraggio</i> , ASUR, SIAT		
<b>Funzioni</b>	Coordinamento, gestione, semplificazione, integrazione		
<b>Esiti</b>	Integrazione tra i professionisti impegnati nei percorsi di presa in carico aziendali ed esterni alla ASL. Facilitazione delle comunicazioni e presidio efficace degli snodi critici. Sono riportati per gli anni 2020 e 2021 le richieste gestite per l'attività regionale covid e aziendale No covid:		
	<b>COA - Gestione Flusso Regionale Covid</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
	Richieste per non autosufficienti	2.639	2.288
	Richieste per Autosufficienti	2.854	3.989
	Richieste per quarantenati	-	1.374
	<b>Totale</b>	<b>5.493</b>	<b>7.651</b>
	<b>COA-Gestione Flusso Aziendale NO Covid</b>	<b>2020</b>	<b>2.021</b>
	Richieste accesso RSA	1.072	1.251
	Richieste per Cure Palliative	3.944	3.219
<b>Totale</b>	<b>5.016</b>	<b>4.470</b>	

<b>Tipologia di servizio attivato</b>	<b>Centrale Operativa Territoriale (COT) e Centrali Distrettuali (CD)</b>
<b>ASL</b>	ASL ROMA 1
<b>Anno di avvio</b>	COT: aprile 2020
<b>Descrizione del servizio</b>	<p>La Centrale Distrettuale per il COVID19 e la presa in carico nasce quale supporto alla gestione territoriale dell'emergenza COVID in seno alle attività del Gruppo Territoriale per l'emergenza (GTE) costituito da professionisti di strutture ospedaliere, private accreditate, della rete dell'Emergenza Urgenza, referenti MMG/PLS.</p> <p>Le Centrali Distrettuali, deliberate nell'aprile 2020, hanno la funzione di supportare i MMG e PLS nella gestione dei casi covid accertati e sospetti e dei contatti in collaborazione con il SISP ed altre strutture aziendali nonché fornire assistenza e attività di telemonitoraggio ai pazienti in isolamento domiciliare; coordinamento ed erogazione delle attività vaccinali; collaborazione con il SISP nella gestione delle scuole per sorveglianza e monitoraggio dei casi accertati e sospetti e contatti.</p> <p>Le Centrali si sviluppano nel corso dell'Emergenza attraverso varie unità funzionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• attività di supporto alla gestione territoriale della popolazione affetta da COVID (sopra descritta),</li> <li>• attività di Equipe Scuola per il COVID per la gestione dei casi, dei contatti e dei focolai in ambito scolastico</li> <li>• Attività di programmazione e committenza per le Vaccinazioni Covid a domicilio</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Attività di gestione e monitoraggio telemedicina attraverso gli strumenti regionali forniti (es. Advice, DottorCovid).</li> </ul> <p>Dal <i>know-how</i> acquisito attraverso tali attività (programmazione, committenza, data management, proattività, strutturazione di procedure di transitional care, monitoraggio processi di telemedicina) si sviluppano le nuove Centrali Distrettuali con funzione di COT-D, raccordo con le centrali di discharge management ospedaliero, supporto alla COA, intelligenza epidemiologica e supporto alla committenza, gestione delle dimissioni difficili ponendosi, tra l'altro, come attori sperimentatori per la Asl del sistema informativo regionale SIATESS per la gestione homecare.</p> <p>Le Centrali sono presenti a livello distrettuale.</p>
<b>Servizio promotore</b>	Direzione Sanitaria Aziendale
<b>Altri servizi coinvolti</b>	Ospedali, Distretti sanitari, SISP, Enti Locali, MMG e PLS, Istituti scolastici, Associazioni di volontariato, Servizi ADI.
<b>Figure professionali coinvolte</b>	MMG e PLS, USCAR, infermieri API, infermieri, amministrativi, assistenti sociali
<b>Reti informatiche</b>	<p>Aziendali: piattaforma per la gestione dei processi di backoffice nella presa in carico del paziente covid, piattaforme per la gestione della sorveglianza e delle comunicazioni con i pazienti, per il monitoraggio nelle scuole e l'interazione con le RSA, sfruttando la multicanalità offerta dalle tecnologie di comunicazione e del web 2.0</p> <p>Regionali: SIAT; Lazioadvice; Advice</p>
<b>Funzioni</b>	programmazione, committenza, data management, proattività, strutturazione di procedure di transitional care, monitoraggio processi di telemedicina
<b>Esiti</b>	<p>Collaborazione continuativa con MMG e Distretti per la gestione di casi complessi;</p> <p>Attivazione delle équipes multiprofessionali 7 giorni su 7;</p> <p>Supporto alla gestione di oltre 60.000 casi covid +;</p> <p>Supporto alle attività vaccinali a 6.500 utenti anche a domicilio;</p> <p>Implementazione e progressivo sviluppo di tecnologie informatiche per l'integrazione con sistemi informativi aziendali e regionali a supporto delle attività sanitarie</p>

<b>Tipologia di servizio attivato</b>	<b>Ex CARE Centrale operativa per la gestione della cronicità (COA RESTART)</b>
<b>ASL</b>	ASL ROMA 2
<b>Anno di avvio</b>	CARE NEL 2016, COA NEL 2020
<b>Descrizione del servizio</b>	Le Centrali svolgono funzioni di ascolto, programmazione, coordinamento, di verifica e controllo dell'attività di assistenza di continuità assistenziale e degli interventi di prossimità. Su tutto il territorio aziendale svolgono funzioni di ascolto, assesment, presa in carico della richiesta, programmazione UVMD nelle seguenti linee di attività: assistenza domiciliare e cure palliative/hospice RSA.
<b>Servizio promotore</b>	DIPARTIMENTO ASSISTENZA ALLA PERSONA SISP
<b>Altri servizi coinvolti</b>	Ospedali (tutti i servizi), Distretti sanitari 4, 5, 6, 7, 8 e 9, Servizi Sociali dei Municipi 4, 5, 6, 7, 8 e 9, Scuole presenti sul territorio della ASL Roma 2, Case di Risposo ASL Roma 2.
<b>Figure professionali coinvolte</b>	Sanitari, tecnici, amministrativi, tutti gli operatori sociali
<b>Reti informatiche</b>	Aziendali: UNICA, GECO, LUNA; VREE HEALTH, ADILIFE APPLICATIVO ACCESS Regionali: LAZIO ADVICE Dr COVID, SIAT. PIATTAFORMA AZIENDALE COVID (GE Co) DOTTOR COVID ADI LIFE VREE HEALT
<b>Esiti</b>	Adesione dei diversi attori professionali a condividere e a favorire l'attuazione del progetto sanitario, individuazione dei soggetti a rischio di fasi riacutizzazioni da malattie croniche, formazione continua del personale coinvolto, integrazione con servizi esterni, omogeneità comportamenti, unificazione delle diverse piattaforme, adeguato monitoraggio territoriale.

<b>Tipologia di servizio attivato</b>	<b>2 Centrali operative CCAOT situate all'interno dei Presidi Ospedalieri S. Eugenio e S. Pertini</b>
<b>ASL</b>	ASL ROMA 2
<b>Anno di avvio</b>	2018
<b>Descrizione del servizio</b>	Le Centrali svolgono funzioni di ascolto, programmazione, coordinamento, di verifica e controllo dell'attività di assistenza di continuità assistenziale e degli interventi di prossimità. Su tutto il territorio aziendale svolgono funzioni di ascolto, assesment, presa in carico della richiesta, programmazione UVMD nelle seguenti linee di attività: assistenza domiciliare e cure palliative/hospice RSA.
<b>Servizio promotore</b>	DIPARTIMENTO ASSISTENZA ALLA PERSONA SISP

<b>Altri servizi coinvolti</b>	Ospedali (tutti i servizi), Distretti sanitari 4, 5, 6, 7, 8 e 9, Servizi Sociali dei Municipi 4, 5, 6, 7, 8 e 9, Scuole presenti sul territorio della ASL Roma 2, Case di Risposo ASL Roma 2.
<b>Figure professionali coinvolte</b>	Sanitari, tecnici, amministrativi, tutti gli operatori sociali
<b>Reti informatiche</b>	Aziendali: UNICA, GECO, LUNA; VREE HEALTH, ADILIFE APPLICATIVO ACCESS Regionali: LAZIO ADVICE Dr COVID, SIAT. PIATTAFORMA AZIENDALE COVID (GE Co) DOTTOR COVID ADI LIFE VREE HEALT
<b>Esiti</b>	Adesione dei diversi attori professionali a condividere e a favorire l'attuazione del progetto sanitario, individuazione dei soggetti a rischio di fasi riattivazioni da malattie croniche, formazione continua del personale coinvolto, integrazione con servizi esterni, omogeneità comportamenti, unificazione delle diverse piattaforme, adeguato monitoraggio territoriale.

<b>Tipologia di servizio attivato</b>	<b>CCOO</b>
<b>ASL</b>	ASL ROMA 2
<b>Anno di avvio</b>	2020
<b>Descrizione del servizio</b>	Le CCOO assicurano la gestione territoriale di tutte le linee di attività previste per la risposta territoriale al COVID-19: attività assistenziale da remoto nell'ambito della CO HOME CARE COVID per telemonitoraggio e telenursing; attività di assistenza diretta a domicilio, nelle scuole o struttura di ospitalità del paziente; gestione dei test diagnostici; attività di monitoraggio e intervento assistenziale nelle scuole, nelle strutture sanitarie e socioassistenziali; attività di vaccinazione anticovid a domicilio e altri setting di cura; attività di formazione a MMG/PLS e operatori sanitari vari; attività di prelievo ematico a domicilio.
<b>Servizio promotore</b>	DIPARTIMENTO ASSISTENZA ALLA PERSONA SISP
<b>Altri servizi coinvolti</b>	Ospedali (tutti i servizi), Distretti sanitari 4, 5, 6, 7, 8 e 9, Servizi Sociali dei Municipi 4, 5, 6, 7, 8 e 9, Scuole presenti sul territorio della ASL Roma 2, Case di Risposo ASL Roma 2.
<b>Figure professionali coinvolte</b>	Sanitari, tecnici, amministrativi, tutti gli operatori sociali
<b>Reti informatiche</b>	Aziendali: UNICA, GECO, LUNA; VREE HEALTH, ADILIFE APPLICATIVO ACCESS Regionali: LAZIO ADVICE Dr COVID, SIAT. PIATTAFORMA AZIENDALE COVID (GE Co) DOTTOR COVID ADI LIFE VREE HEALT

<b>Esiti</b>	Adesione dei diversi attori professionali a condividere e a favorire l'attuazione del progetto sanitario, individuazione dei soggetti a rischio di fasi riacutizzazioni da malattie croniche, formazione continua del personale coinvolto, integrazione con servizi esterni, omogeneità comportamenti, unificazione delle diverse piattaforme, adeguato monitoraggio territoriale.
--------------	--

<b>Tipologia di servizio attivato</b>	<b>Centrale di Continuità Assistenziale (C.C.A.) al cui interno è attiva una Centrale di Continuità Ospedale-Territorio (C.C.O.T.)</b>
<b>ASL</b>	ASL Latina
<b>Anno di avvio</b>	2018
<b>Descrizione del servizio</b>	Il servizio implementato permette un'agevolazione del passaggio del paziente in dimissione dal setting ospedaliero al setting successivo extra-ospedaliero più appropriato, attraverso: i) valutazione dei bisogni sociosanitari dei pazienti target ricoverati; ii) facilitazione nell'inclusione nel percorso assistenziale più appropriato; iii) supporto informativo del personale che lavora nelle Unità Operative aziendali coinvolte nei percorsi di dimissione al fine di aumentare la sensibilizzazione e la collaborazione e del concetto di presa in carico globale; iv) attivazione della rete dei servizi territoriali; v) attivazione e partecipazione alle attività della Unità Valutativa Multidimensionale Ospedaliera (UVMO); vi) inserimento in database dedicato delle istanze pervenute.
<b>Servizio promotore</b>	Dipartimento Professioni Sanitarie
<b>Altri servizi coinvolti</b>	Professioni Sanitarie Direzioni Presidi Ospedalieri Direzioni Distretti Socio Sanitari PUA CAD Formazione
<b>Figure professionali coinvolte</b>	Infermieri Case Manager CCOT Infermieri CAD e PUA Assistenti Sociali ospedalieri e territoriali Coordinatori UO Ospedaliera e CAD Medici di UO Ospedaliera Medici PUA Medici CAD MMG/PLS
<b>Reti informatiche</b>	Software data entry: DATACENTRAL
<b>Esiti</b>	N. richieste di dimissione pervenute ed evase presso CCOT - RSA 53 - HOSPICE DOMICILIARE 123 - HOSPICE RESIDENZIALE 134 - RIABILITAZIONI 330 - CAD 214 - RAD-SICA 1526 - RSA COVID 73 - HOTEL COVID 66 - TOT 2519

<b>Tipologia di servizio attivato</b>	<b>COA</b>
<b>ASL</b>	ASL Viterbo
<b>Anno di avvio</b>	Febbraio 2020 attività legate al COVID Già attivo il nucleo gestione offerta accreditati Dicembre 2020 si attiva il primo nucleo della COA che verrà potenziata a ottobre 2021
<b>Descrizione del servizio</b>	Le prime attività della COA sono state quasi completamente assorbite dalla gestione dei percorsi di dimissione/ammissione dei casi COVID. Attualmente si è configurato il nuovo assetto della COA in quattro Unit (Unit dimissioni/ammissioni concordate, Unit specialistica ambulatoriale, reti e PDTA, Unit rapporti medicina generale e continuità assistenziale, Unit assistenza infermieristica proattiva), che si aggiungono all'area specifica di gestione delle attività legate al COVID La COA fa anche filtro e valutazione dei casi da inviare alle USCA-T
<b>Servizio promotore</b>	Direzione strategica
<b>Altri servizi coinvolti</b>	Dipartimento cure primarie Governo offerta accreditati Governo delle professioni sanitarie
<b>Figure professionali coinvolte</b>	Medici, Infermieri, Amministrativi
<b>Reti informatiche</b>	Utilizzo delle piattaforme regionali (ASUR, Recup, AVR) del datawarehouse aziendale e del sistema Colibrì Interfaccia con Opera, Gipse, LIS e SDC
<b>Funzioni</b>	Gestione delle fasi di transitional care, anche grazie al supporto delle USCA-T Azioni proattive su fasce di popolazione considerate fragili Mappatura delle risorse e delle risposte attive sul territorio nonché delle collaborazioni con enti e associazioni Organizzazione delle reti specialistiche sulla base dei bacini e dei bisogni della popolazione Tavoli tecnici permanenti con gli stakeholders (medicina generale, PS, specialisti ambulatoriali)
<b>Esiti</b>	Riduzione degli accessi in PS e riduzione dei ricoveri legati alla cronicità Maggior appropriatezza prescrittiva e terapeutica Spinta all'autocura Maggior soddisfazione utenti e professionisti

<b>Tipologia di servizio attivato</b>	<b>AREA INTEGRATA SOCIO SANITARIA OSPEDALIERA</b>
<b>ASL</b>	ASL Viterbo
<b>Anno di avvio</b>	Novembre/dicembre 2019
<b>Descrizione del servizio</b>	L'area sociosanitaria integrata intercetta precocemente i casi che necessiteranno di un percorso di dimissione concordata e definisce un percorso pianificato di dimissione (volta anche all'educazione all'autocura e ha fornire orientamento alla persona su come muoversi nel proprio percorso di salute). In era COVID il servizio si è messo a disposizione delle famiglie nel mantenere i contatti con le persone care ricoverate (comportando un rallentamento delle altre attività). Da qualche mese è in sperimentazione il percorso della dimissione pianificata e dell'agenda di dimissione.
<b>Servizio promotore</b>	Direzione strategica
<b>Altri servizi coinvolti</b>	Direzione sanitaria Belcolle Servizio sociale Governo delle professioni sanitarie
<b>Figure professionali coinvolte</b>	Assistenti sociali, Infermieri, dietiste, fisioterapisti
<b>Reti informatiche</b>	Utilizzo delle piattaforme regionali (ASUR, Recup) e piattaforma Opera
<b>Funzioni</b>	Presenza in carico di problemi di natura sociale fin dall'ingresso in PS Orientamento fin dal ricovero e in dimissione Attivazione della UVM integrata H-T Umanizzazione delle cure in periodo pandemico
<b>Esiti</b>	Deospedalizzazioni precoci ma protette Riduzione del rischio di ricovero ripetuto Segnalazione al territorio dei frequent user

<b>Tipologia di servizio attivato</b>	<b>USCOVID USCAT</b>
<b>ASL</b>	ASL Viterbo
<b>Anno di avvio</b>	USCOVID ottobre 2020 USCAT novembre 2021
<b>Descrizione del servizio</b>	Le Unità speciali di continuità assistenziali sono nate per la gestione a domicilio dei pazienti con Covid per supportare i MMG nella gestione dei casi. Queste USCAT potrebbero diventare uno strumento operativo permanente che gestisca oltre ai casi COVID anche altre situazioni di instabilità che richiedono una gestione condivisa ma di supporto al MMG. Le attività delle USCAT sono strettamente connesse alle azioni di accoglienza a valutazione delle richieste gestite dalla COA
<b>Servizio promotore</b>	Direzione strategica
<b>Altri servizi coinvolti</b>	Dipartimento cure primarie, Governo delle Professioni

<b>Figure professionali coinvolte</b>	Medici, Infermieri
<b>Reti informatiche</b>	Utilizzo delle piattaforme regionali e aziendali (ASUR, Recup, Lazio doctor per covid e SDC)
<b>Funzioni</b>	Interventi ponte in attesa di organizzazione di una presa in carico definitiva In caso di pandemia, interventi in caso di isolamento e/o limitazione del rischio di contagio anche nelle strutture residenziali, compresa la terapia con monoclonali Gestione campagna vaccinale a domicilio e nelle strutture residenziali
<b>Esiti</b>	Risoluzione di problemi complessi non gestibili da MMG/ADI a domicilio Riduzione degli accessi in PS in caso di cronicità riacutizzate Riduzione dei ricoveri ripetuti in soggetti fragili/cronici

### 3.3 Le indicazioni operative

L'attivazione efficace delle funzioni attribuite alla COT unitariamente intesa su scala aziendale prevede: a) l'uniformità delle procedure distrettuali per l'accesso all'ADI, all'attivazione dell'UVM e delle diverse commissioni su scala aziendale e distrettuale; b) la creazione di liste uniche aziendali per l'offerta di servizi con scale operative aziendali quali le strutture residenziali e semi residenziali, le cure intermedie e gli OdC; c) una rete aziendale di trasferimento delle informazioni tra COT A e COT D; d) la codifica degli strumenti (schede, scale, ecc.) che consentano alle strutture invianti il corretto inquadramento del bisogno e la valutazione sul setting di destinazione. Si prevede che entro la fine del 2022 le ASL abbiano completato l'attivazione delle suddette attività.

L'operato delle COT (A e D) sarà oggetto di valutazione. Di seguito si propongono alcuni indicatori su base annuale. Tutti gli indicatori saranno calcolati con dettaglio regionale, aziendale e distrettuale.

#### INDICATORI DI PROCESSO "FUNZIONALI"

- Percentuale di pazienti residenti gestiti dalle COT nei processi di transizione di tipo step down e di tipo step up
- Percentuale di pazienti fragili\* gestiti dalle COT nei processi di transizione di tipo step down e di tipo step up
- Numero di casi gestiti dalle COT in collaborazione con i PUA e gli sportelli sociali
- Tempi medi di attesa nelle transizioni tra setting "gestite" dalle COT (dalla richiesta alle strutture al trasferimento effettivo del paziente) per differenti tipologie di transito (ad es. da ospedale a RSA o OdC)
- Numero e percentuale di ricoveri intermediati dalle COT A e D sul totale dei ricoveri attribuibili alla rete delle cure intermedie

#### INDICATORI DI PROCESSO "PROXY DI ESITO"

- Transizioni dall'ospedale al territorio: aderenza ai trattamenti farmacologici evidence-based nei 12 mesi dopo la dimissione
- Transizioni dall'ospedale al territorio: monitoraggio e controllo della patologia, in accordo alle raccomandazioni evidence-based (visite specialistiche, accertamenti strumentali e di laboratorio) nei 12 mesi dopo la dimissione
- Pazienti cronici stabili: aderenza ai trattamenti farmacologici evidence-based



- Pazienti cronici stabili: monitoraggio e controllo della patologia, in accordo alle raccomandazioni evidence-based (visite specialistiche, accertamenti strumentali e di laboratorio)
- Riconciliazione terapeutica e deprescribing: frequenza di polypharmacy<sup>10</sup> (numero elevato di principi attivi differenti, assunti dal paziente contemporaneamente) nei soggetti multicronici

#### INDICATORI DI ESITO

- Degenza media, calcolata nei pazienti fragili\*, nelle Unità Operative di area medica dei PPOO.
- Percentuale di pazienti con ricoveri ripetuti (da calcolarsi separatamente sul totale dei pazienti fragili\* e sul totale dei pazienti con una recente transizione dall'ospedale al territorio).
- Tasso di accesso in Pronto Soccorso (da calcolarsi separatamente sul totale dei pazienti fragili\* e sul totale dei pazienti con una recente transizione dall'ospedale al territorio).
- Tasso di ricovero per acuti nei pazienti fragili\*.

\* Pazienti fragili. In questo contesto, saranno considerati "fragili" sia i pazienti multicronici ad elevata complessità clinica<sup>11</sup> che i pazienti con fattori di vulnerabilità socio-economica (elevato indice di deprivazione<sup>12</sup>). Gli indicatori riferiti ai pazienti fragili saranno calcolati separatamente, per ciascuna delle due categorie.

Per quel che riguarda gli indicatori di esito e proxy di esito, questi saranno calcolati sia sui pazienti gestiti dalle COT che sul totale dei pazienti che presentano la condizione valutata dall'indicatore. Ci si attende che l'efficienza organizzativa introdotta dalle COT possa apportare "benefici" sul totale dei pazienti con le condizioni oggetto di valutazione (pazienti con dimissione recente, pazienti cronici, multicronici, pazienti ad elevata complessità clinica, pazienti con fattori di vulnerabilità socio-economica). Inoltre, saranno effettuate valutazioni comparative di esito per stimare il differenziale tra i pazienti gestiti e i pazienti non gestiti dalle COT.

L'operato delle COT (A e D) dovrà essere oggetto di valutazione e di seguito si propongono alcuni indicatori su base annuale:

- % di pazienti residenti in ASL gestiti dalla COT nei processi di transizione di tipo step down e di tipo step up
- % di pazienti fragili gestiti dalla COT nei processi di transizione di tipo step down e di tipo step up;
- n. casi gestiti in collaborazione con PUA e sportelli sociali per distretto
- % richieste 116117 transitate alla COT
- variazione degenza media nelle Unità Operative di medicina dei PPOO di pazienti fragili tra anno x e anno x-1
- % ricoveri ospedalieri annui per struttura della rete delle cure intermedie intermediati dalla COT e non intermediati dalla COT
- Tempo di attesa medio nel passaggio da un setting assistenziale all'altro
- % Ricoveri ripetuti (e accessi in Pronto Soccorso) per la popolazione fragile per distretto

<sup>10</sup> Onder G, Bonassi S, Abbatecola AM, Folino-Gallo P, Lapi F, Marchionni N et al. High prevalence of poor quality drug prescribing in older individuals: a nationwide report from the Italian Medicines Agency (AIFA). The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences. 2014; 69(4): 430-7.

<sup>11</sup> MaCroScopio (Osservatorio sulla Cronicità). Stratifica PDTA. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, settembre 2021. ISBN 978-88-490-0716-9.

<sup>12</sup> Rosano A, Pacelli B, Zengarini N, Costa G, Cislighi C, Caranci N. [Update and review of the 2011 Italian deprivation index calculated at the census section level]. Epidemiologia e prevenzione. 2020; 44(2-3): 162-70.

## 4 LA TRANSIZIONE DIGITALE

### 4.1 Gli orientamenti di fondo

La trasformazione digitale nell'ambito dei servizi sanitari rappresenta per Regione Lazio una sfida strategica.

Gli elementi fondanti di tale trasformazione riguardano:

- L'implementazione di un nuovo ecosistema digitale regionale integrato
- La sicurezza informatica
- Lo sviluppo delle piattaforme per lo sviluppo della "telemedicina"
- La centralità della conoscenza basata sui dati e l'implementazione di servizi *knowledge driven*

Il presente documento ha lo scopo di definire le linee di sviluppo del sistema informativo sanitario regionale da attuare nell'arco della durata temporale di attuazione del PNRR 2022 – 2026 nel rispetto della roadmap di sviluppo e attivazione delle piattaforme nazionali. Il documento ha l'obiettivo di descrivere, in una prospettiva strategica, il percorso che prende corpo dalle esperienze virtuose e dai modelli implementati nell'ambito della digital health nel contesto regionale e che hanno portato il Lazio ad un continuo miglioramento, fino ai risultati ottenuti nell'ambito della gestione dell'emergenza pandemica e della campagna vaccinale, partendo dalla definizione della struttura del sistema informativo regionale, individuandone la composizione e i modelli, e indicandone le linee evolutive in coerenza con gli strumenti di programmazione.

L'obiettivo è altresì quello di includere nei suoi principi fondanti le linee guida di indirizzo nazionale, innestandoli nelle linee di programmazione regionale per lo sviluppo delle reti dei servizi e della loro integrazione, indicando le azioni da intraprendere anche in relazione alle esperienze maturate.

La pandemia ha modificato profondamente i comportamenti delle persone e accelerato l'ingresso di notevoli trasformazioni in ambito digitale che altrimenti avrebbero avuto un processo molto più lungo di abilitazione. Ad esempio, sono cresciuti sensibilmente i numeri delle identità digitali SPID rilasciate a livello regionale, il numero di fascicoli elettronici aperti, il numero di prenotazioni effettuate on line da portali web rispetto a quelle da call center, si sono moltiplicate con ottimi livelli di adesione le iniziative aziendali attraverso le quali si è supportata la campagna vaccinale regionale. Iniziative che tramite le piattaforme per la gestione della multicanalità sviluppate a livello regionale e aziendale (portali web, sms, mail, chiamate automatiche, IVR, voice to mail, chatbot, canali social, canali telefonici), applicate in modo strutturato e massivo per organizzare e semplificare le attività di backoffice e comunicazione, hanno consentito di raggiungere un numero elevatissimo di cittadini e di abilitare lo sviluppo di nuove soluzioni organizzative a supporto della campagna covid-19: drive-in, walk-in, open-day, open-week, open-night.

L'esperienza delle Centrali Operative Territoriali nella gestione della pandemia, sviluppata come soluzione operativa dalle aziende sanitarie della regione, con modelli organizzativi differenti e sfruttando piattaforme tecnologiche regionali e aziendali che hanno garantito la tracciabilità e il monitoraggio dei casi, è stata un precursore del modello organizzativo previsto nei documenti nazionali di programmazione e verrà rafforzata ulteriormente nelle linee di indirizzo dello sviluppo della rete socio-sanitaria territoriale, diventando di fatto pilastro del sistema e interfaccia e riferimento verso il numero unico europeo.

Il ritardo accumulato a livello nazionale e locale nella digitalizzazione dei servizi in ambito sanitario si trasforma oggi, in relazione all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza, in una grande opportunità di crescita. Abbiamo oggi la possibilità di ripensare le piattaforme nazionali e regionali in logica di omnicanalità con lo scopo di semplificare e accelerare la relazione digitale tra pubblica amministrazione e

cittadini andando a colmare con la diversificazione degli strumenti digitali il digital divide individuato anche nell'ultimo rapporto DESI<sup>13</sup>.

Il cittadino, anche nell'ambito dei servizi sanitari digitali, come verso tutti i servizi della Pubblica Amministrazione ricerca semplicità, velocità e prevedibilità delle esigenze.

La Pubblica amministrazione sia a livello centrale che locale, e parimenti le Aziende Sanitarie \ devono lavorare sull'efficientamento dei processi affinché le tecnologie introdotte siano efficaci nel raggiungimento dello scopo e nel supportare il complesso sistema di governance che le caratterizza.

Le risorse del PNRR devono essere investite sulla base di linee strategiche di programmazione e progettazione condivise con tutti gli attori dell'ecosistema sanitario regionale, al fine di poter garantire una azione partecipata, efficiente ed efficace finalizzata all'ammodernamento complessivo del sistema per tornare ad essere competitivi sul panorama nazionale e internazionale.

#### 4.1.1 Obiettivi generali della sanità digitale regionale

La salute è un elemento fondamentale garantito non solo dalla carta costituzionale ma elemento fondamentale di sviluppo della nostra società civile. La digitalizzazione è un elemento fondante che la Regione Lazio ha messo al centro di ogni ambito di sviluppo dell'amministrazione ed è strettamente correlata allo sviluppo dei nuovi modelli organizzativi di erogazione dei servizi.

Le iniziative regionali in ambito di digitalizzazione dei servizi sanitari non saranno volte unicamente all'aggiornamento tecnologico ma soprattutto all'implementazione di un nuovo modello di sanità abilitato dal digitale, integrato, atto a garantire da un lato la facilità di accesso alle prestazioni, dall'altro a mettere in rete i professionisti per garantire una maggiore qualità, tempestività e appropriatezza del processo erogativo attraverso la multidisciplinarietà e il lavoro di equipe, anche a distanza.

Il sistema informatico e informativo regionale sarà un ecosistema digitale nuovo ed al contempo innovativo. Questo documento è quindi rivolto anche al mondo delle imprese, che è chiamato ad affiancare il Servizio Sanitario Pubblico e confrontarsi in una logica di individuazione non solo delle migliori soluzioni tecnologiche, ma anche nell'individuazione del miglioramento dei processi che consenta di sprigionare tutta la reale potenzialità delle soluzioni tecnologiche.

L'omnicanalità è un elemento essenziale che tutte le Aziende Sanitarie della Regione Lazio hanno sperimentato nel corso dell'emergenza pandemica degli ultimi due anni come elemento di grande valore espresse in diverse progettualità di successo, quali elementi in grado di ridurre il *digital divide* dovuto a fattori generazionali, culturali e sociali che caratterizzano la popolazione di riferimento, oltre che rispetto a gap digitali legati alla diversa caratterizzazione dei territori.

La realtà regionale, anche dal punto di vista delle infrastrutture digitali vede infatti contesti molto diversi per la presenza della città metropolitana e realtà logisticamente più lontane e difficili da raggiungere. Con le risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza verranno infatti potenziate le infrastrutture di connettività mediante la conclusione dei lavori della rete ad anello in fibra regionale che collegherà tutte le strutture sanitarie della regione con i datacenter regionali accreditati (RANSAN Regionale) e i lavori sulla banda larga e il 5G, fattori abilitanti comuni ed imprescindibili per lo sviluppo dei progetti le cui linee di indirizzo sono declinate nel presente documento di indirizzo strategico.

Dal punto di vista infrastrutturale l'implementazione, con le risorse assegnate, del cloud regionale che dovrà facilitare lo sviluppo e l'integrazione delle soluzioni digitali regionali e aziendali che costituiscono complessivamente l'ecosistema della sanità regionale, rappresenta una consistente opportunità. Il cloud offre una diversa declinazione dello sviluppo delle piattaforme digitali, garantendo maggiore flessibilità e resilienza dell'infrastruttura tecnologica.

<sup>13</sup> <https://www.dati.gov.it/notizie/desi-2021-e-open-data>

La scelta strategica di Regione Lazio è quella di investire non in “soluzioni tecnologiche” ma in piattaforme digitali. La soluzione tecnologica rimanda infatti ad un concetto di ambito verticale e specialistico, laddove ragionare in termini di piattaforme significa salvaguardare gli investimenti effettuati sulle soluzioni tecnologiche che, per caratteristiche e progettualità, rappresentano una best practice a livello centrale e aziendale, integrando i dati e abilitando i servizi digitali sulla base dei dati disponibili, ovvero sviluppare servizi digitali *data driven*, abilitati dai dati prodotti dalle strutture o generati dai cittadini e dai differenti attori del sistema.

Un sistema aperto e partecipato quindi, che è tuttavia anche un sistema più esposto. Lo sviluppo del sistema informatico e informativo regionale non può pertanto prescindere dall’adozione di soluzioni atte a garantire la sicurezza delle aziende e del sistema regionale nel suo complesso, la corretta protezione e conservazione dei dati (integrità e disponibilità) e la continuità di servizio (infrastrutture di backup e disaster recovery).

Gli interventi previsti dovranno garantire l’introduzione di infrastrutture e tecnologie finalizzate alla raccolta, elaborazione, data quality dei dati prodotti dai sistemi regionali e aziendali. Le tecniche di data mining e data analytics che si potranno applicare grazie a queste potenti infrastrutture virtuali potranno essere finalizzate alla stratificazione del rischio di popolazione, alla targettizzazione degli interventi, all’implementazione di modelli predittivi e abilitanti un approccio di sanità proattiva e medicina personalizzata, soprattutto in relazione alle patologie croniche. Tali attività costituiscono elemento basilare della Mission 6 del PNRR.

Per la realizzazione degli obiettivi diventa essenziale l’apertura di “cantieri” per la valutazione dei livelli di maturità ad oggi delle soluzioni che compongono il sistema sanitario regionale a tutti i livelli, in relazione all’adozione di standard condivisi a livello nazionale e internazionale (HL7 FHIR, IHE PDC, PROGETTO GEMINI) e delle codifiche condivise per ambito specialistico (LOINC, CUR, SNOMED/NAP, etc.), pilastri imprescindibili per l’alimentazione del FSE e del data repository. In uno specifico paragrafo viene descritto il percorso di assessment e misurazione sistematica del livello di maturità (maturity model) dei sistemi informativi, che verrà attuato prima e durante gli interventi, in modo da misurarne gli impatti.

Gli interventi che verranno messi in atto hanno come obiettivo di agevolare l’integrazione e la scalabilità delle soluzioni che si sono qualificate come esempio di “best practice”, e accompagnare le realtà che si trovano invece in una situazione ad un diverso grado di evoluzione, al fine di garantire un livello omogeneo di maturità del sistema pur nella tutela degli investimenti fatti e delle risorse impegnate a livello locale.

Per ogni azione è prevista la realizzazione di un piano di implementazione e di monitoraggio (in particolare sulle richieste di FSE 2.0).

La maturità tecnologica e digitale deve accompagnarsi all’evoluzione culturale della domanda e alla gestione del change management, anche in relazione al cambiamento dei metodi di lavoro dei professionisti sanitari e nella digitalizzazione dei processi amministrativi

Le linee di sviluppo del sistema informativo regionale, da integrare con i macro-obiettivi sopra proposti, seguono direttrici che sono quelle indicate nell’ambito del PNRR, ovvero:

- Le linee guida di sviluppo del FSE a livello nazionale che detteranno i vincoli in relazione
  - agli standard di interoperabilità e all’architettura dei sistemi centrali
  - alle tempistiche di adeguamento dei sistemi locali e centrali a tali standard
  - delle tempistiche di implementazione o completamento delle coperture funzionali a livello locale e centrale per consentire la generazione di dati e documenti nativi digitali
  - allo sviluppo dei servizi digitali ai cittadini abilitati dai dati disponibili nel FSE
- Le linee guida per lo sviluppo della telemedicina, che detteranno altresì
  - Servizi di telemedicina da estendere / implementare
    - Televisita
    - Telemonitoraggio
    - Teleconsulto medico;
    - Teleconsulenza medico sanitaria;
    - Telecontrollo medico
    - TeleAssistenza
    - Teleriabilitazione

- Il ruolo delle COT
- garanzia degli standard di interoperabilità l'architettura delle piattaforme centrali di telemedicina
- le tempistiche di adeguamento dei sistemi locali e centrali di telemedicina a tali standard
- le tempistiche di implementazione o completamento delle coperture funzionali a livello locale e centrale per consentire l'abilitazione dei servizi di telemedicina abilitati dai dati presenti sul FSE e la generazione di dati e documenti nativi digitali verso il FSE
- la definizione degli standard di integrazione strumentale e delle tipologie di attrezzature sanitarie standard su cui si basano le principali e minime funzioni di telemedicina da garantire
- la reingegnerizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) a livello locale, in particolare con il completamento del patrimonio informativo anche in relazione all'istituzione di nuovi flussi informativi nazionali (riabilitazione territoriale, consultori familiari, ospedali di comunità e servizi di assistenza primaria).

Devono inoltre essere ricomprese e considerate nello sviluppo complessivo:

- La normativa sulla privacy: I GDPR e i concetti di privacy by design e by default
- La normativa NIS /NIS2 e le linee guida Agid sulla cyber security
- Le linee guida Agid e gli standard ISO in relazione ai temi della usabilità e dell'accessibilità (ISO 9241-11, ISO/TC 159/SC 4/WG 5 "Software ergonomics and human-computer dialogues", <https://www.agid.gov.it/it/design-servizi/accessibilita>, <https://www.agid.gov.it/it/design-servizi/linee-guida-design-servizi-digitali-pa>, <https://www.agid.gov.it/it/design-servizi/usabilita> ....)
- Decreto 23 maggio 2022, n. 77: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale Decreto 29 aprile 2022, riguardo le Linee guida organizzative contenenti il "Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare"

In linea con quanto previsto per il FSE a livello nazionale saranno individuate successive linee guida regionali di alimentazione del FSE della Regione Lazio da parte dei sistemi software che producono documenti clinico-sanitari, al fine di garantire coerenza degli scenari di integrazione nelle diverse ASL/AOU/AO e programmazione e monitoraggio delle azioni al fine di garantire il rispetto delle scadenze previste a livello nazionale.

#### 4.1.2 Obiettivi specifici della sanità digitale regionale

Gli obiettivi specifici riguardano gli ambiti di riferimento degli ecosistemi digitali sanitari di seguito sinteticamente descritti

##### 4.1.2.1 La rete ospedaliera

Gli obiettivi di sviluppo della rete ospedaliera regionale sono definiti nell'ambito della Deliberazione Giunta n. 75 del 25/02/2022. In particolare sono state individuate le misure di intervento che mirano al rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, al completamento, alla diffusione e all'efficientamento dei sistemi informativi, in linea con quanto espresso dalla componente M6C2, il sub-investimento 1.1.1 – Digitalizzazione DEA I e II livello.

Regione Lazio con interventi di assessment svolti insieme alle proprie aziende sanitarie nel 2020/2021 aveva già avviato un processo di analisi dello stato di maturità dei propri sistemi informativi ospedalieri, rilevando e verificando i principali fabbisogni di un ecosistema di soluzioni e strutture già con un buon livello di informatizzazione ma che necessitano di un rinnovamento del parco tecnologico e delle infrastrutture, nella logica introdotta e confermata anche dal Piano triennale della pubblica amministrazione 2021-2023 del digital and mobile first, dello sviluppo della connettività a supporto delle evoluzioni tecnologiche (cloud first, robotica, automazione, realtà aumentata), della sicurezza e della privacy by design.

In particolare, gli interventi in tal senso includono:

- la revisione dei layout digitali di reparto in termini di infrastruttura di connettività e device al fine di supportare l'informatizzazione dei processi clinico-assistenziali e amministrativi e garantire una maggiore fruibilità di dati e documenti in mobilità (digital and mobile first) nel momento e nel luogo concomitante con l'attuarsi dell'atto clinico – assistenziale e amministrativo previsto per ogni particolare fase del processo, nella logica di incrementare l'usabilità e garantire anche all'interno dei processi ospedalieri il rispetto dei principi del once only
- il coordinamento degli interventi di cartella clinica elettronica integrata al fine di garantire una risposta organica a quanto previsto dalle linee guida del FSE
- interventi di upgrade tecnologico delle postazioni di lavoro orientate alla loro virtualizzazione e alla trasformazione delle attrezzature di lavoro in una logica di mobilità, flessibilità di utilizzo, costante connessione e agilità organizzativa
- interventi infrastrutturali per garantire la continuità e la sicurezza in termini di Business Continuity, Disaster Recovery e Cloud attraverso lo sviluppo dei datacenter regionali
- lo sviluppo di progetti innovativi legati alle infrastrutture 5G, alla realtà aumentata ad esempio in ambito chirurgico, specialistico e della formazione, all'utilizzo di strumenti tecnologicamente evoluti nell'ambito della logistica di farmaci e dispositivi soprattutto in ambito emergenziale

#### 4.1.2.2 L'integrazione tra setting assistenziali

Il PNRR riconosce l'importanza del coordinamento della presa in carico della persona e del raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali. Esso definisce, inoltre, come base dello sviluppo della rete di assistenza territoriale le piattaforme di telemedicina e pertanto uno strumento tecnologico che è caratterizzato come elemento fondamentale dalla non contestuale presenza nello stesso luogo fisico degli attori coinvolti nel processo, fino alla virtualizzazione del luogo fisico stesso. La rete dei servizi deve essere pensata per funzionare anche come rete virtuale nella quale il processo di relazione e conoscenza con l'utenza e tra i nodi della rete è la componente di base e primaria.

In particolare, gli interventi riguarderanno:

- L'implementazione di una piattaforma per la gestione dei passaggi di setting, delle segnalazioni e della presa in carico tra le strutture della rete ospedaliera e territoriale;
- L'implementazione di una piattaforma di CRM nelle sue componenti di:
  - Unified communication e omnicanalità della relazione per consentire l'attuarsi della relazione tra i nodi della rete su canali diversi e sempre contestuali (telefonico, chat, video, internet, etc.) al momento, indipendentemente dallo strumento a disposizione, dal luogo fisico e dalla presenza fisica
  - content management system come strumento di accesso alla conoscenza non solo «clinica» ma anche di contatto e di relazione (frequent callers, motivazioni di ingaggio della rete, rete dei contatti, rilevazione dello stato emotivo, etc.).

##### 4.1.2.2.1 Il territorio e l'integrazione dei servizi socio-sanitari

In particolare, gli interventi regionali riguarderanno:

- l'implementazione di una piattaforma di telemedicina in grado di integrare le diverse soluzioni e abilitare la fruizione dei servizi per mezzo del Fascicolo Sanitario Elettronico al fine di consentire l'erogazione delle prestazioni annullando i limiti posti dalle distanze e dall'accessibilità dei luoghi fisici, specie laddove siano acuite dalla condizione di fragilità sanitaria e/o sociale (Casa come primo luogo di cura)
- l'implementazione di soluzioni per la gestione della presa in carico e della programmazione delle cure e dell'assistenza nell'ambito delle CdC e dell'assistenza domiciliare al fine di migliorare la presa in carico territoriale, integrare i percorsi di cura che riguardano le fragilità e le cronicità (es. Salute mentale, Disabilità e Dipendenze)

- abilitare la raccolta e la condivisione di dati relativi all’offerta sanitaria e all’offerta territoriale e rendere fruibili le informazioni all’interno dell’ecosistema digitale FSE attraverso modalità di “patient decision support system” al fine di migliorare l’orientamento dei cittadini nell’accesso ai servizi territoriali

#### 4.1.2.3 Servizi al cittadino

Lo sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 contribuisce alla realizzazione del principio “One Health”, ossia un modello sanitario basato sull’integrazione di discipline diverse, sul riconoscimento che la salute umana, la salute animale e la salute dell’ecosistema siano legate indissolubilmente. Tale approccio è riconosciuto ufficialmente dal Ministero della Salute italiano, dalla Commissione Europea e da tutte le organizzazioni internazionali quale strategia rilevante in tutti i settori che beneficiano della collaborazione tra diverse discipline (medici, veterinari, ambientalisti, economisti, sociologi etc.).

Per implementare tale visione sarà necessario a livello regionale aprire tavoli multidisciplinari e collaborazioni con altri settori dell’ecosistema salute. L’implementazione della nuova infrastruttura di Fascicolo Sanitario Elettronico regionale avverrà nella logica che questo diventi unico luogo virtuale che abilita servizi basati sull’utilizzo dei dati (es: chat bot, portali, chat multimediali, etc.), attraverso l’implementazione di work flow interattivi programmati sulla base delle risultanze raccolte attraverso lo studio del patient journey, consentendo ai cittadini stessi di essere un fattore abilitante nel processo (empowerment).

Il fascicolo sanitario elettronico regionale evolverà infatti in una logica di digital maturity, ovvero di una piattaforma di strumenti e servizi digitali nella quale i dati vengono utilizzati e fluiscono abilitando l’integrazione della persona con il sistema di cure, servizi e assistenza forniti dal sistema sanitario regionale. Alcuni servizi sociosanitari e di prevenzione che possono essere tempestivamente attivati sul FSE grazie alla maturità dei servizi regionali sono, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- Richiesta e attivazione di istanze per la fruizione di servizi sociosanitari (protesica, assistenza domiciliare, celiachia, nutrizione parenterale, ausili, certificati di morte/ricieste attestazioni di decessi, ecc.)
- Pagamento prestazioni sanitarie e di sanità pubblica (passaporti, vaccinazioni, ecc.)
- Accesso ai documenti e dati relativi al percorso di cura (referti, piani terapeutici, piani assistenziali, documentazione e certificati sanitari in genere)
- Accesso ai Servizi vaccinali
- Prenotazioni prestazioni sanitarie e di sanità pubblica
- Diffusione e adesione alle campagne di prevenzione (es screening, consultori, etc.)

## 4.2 Le esperienze censite in Regione Lazio: il sistema informativo regionale e aziendale e il maturity model– AS IS

Il sistema informativo regionale della Regione Lazio è un sistema complesso ed integrato formato dalle piattaforme e dalle soluzioni centrali e dai sistemi informativi aziendali, dai sistemi informativi della medicina di base e dall’ecosistema dei sistemi informativi delle strutture sanitarie private accreditate, che supporta processi multidimensionali e multispecialistici (es. sistemi ospedalieri, sistemi territoriali, sistemi per la prevenzione, etc.).

Tale sistema costituisce un unico corpo di sistemi integrati che risponde a logiche di progettazione e sviluppo coerenti con il disegno nazionale, secondo linee di indirizzo definite nell’ambito di questo documento.

#### 4.2.1 Il sistema regionale

Sin dalla seconda metà degli anni '90 nella regione Lazio era presente un unico sistema di scelta e revoca del medico di base ed il conseguente sistema per il pagamento degli emolumenti ai medici di base. L'evoluzione di questo sistema oggi è ASUR (Anagrafe Sanitaria Unica Regionale).

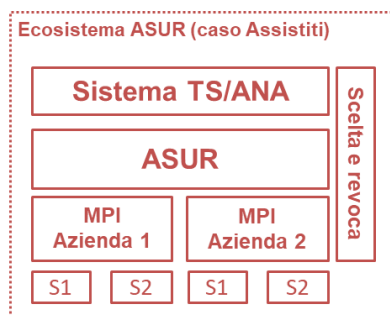
Il sistema centrale in questi anni ha continuato a sviluppare e implementare soluzioni e progetti sia dal punto di vista delle piattaforme abilitanti che dal punto di vista dei sistemi gestionali:

- Sistema IAM di gestione delle credenziali di accesso abilitato all'autenticazione SPID/CIE/TS/CNS
- Firma digitale
- Anagrafe regionale degli assistiti ASUR
- Scelta e revoca e gestione esenzioni
- Centro unico di prenotazione
- Anagrafe vaccinale regionale
- Piattaforma di gestione della protesica
- Piattaforma di gestione della celiachia
- Cartella clinica specialistica diabetologica
- Screening oncologico
- Screening neonatale
- Prescrizione dematerializzata
- Piattaforma di teleconsulto nell'ambito dell'emergenza urgenza
- Piattaforma di telemonitoraggio e teleconsulto multidisciplinare nell'ambito dell'emergenza COVID
- Piattaforma di gestione del percorso di dimissione protetta, PUA, UVM, COA, COT
- Sistema di gestione ADI
- Pronto soccorso regionale
- 118 regionale
- Portale di consegna referti di laboratorio e radiologia
- Trasfusionale
- Gestionale per il dipartimento di sanità pubblica
- Piattaforme di televisita, telemonitoraggio
- Sistemi di prescrizione dematerializzata
- Fascicolo sanitario elettronico
- Sistema amministrativo contabile

#### *ASUR*

L'Anagrafe Sanitaria Unica Regionale è destinata alla gestione e centralizzazione dei dati anagrafico-sanitari degli assistiti ed assistibili della Regione Lazio, che sono aggiornati e condivisi con le anagrafiche locali e aziendali. Tale sistema è volto a razionalizzare i sistemi informativi sanitari, unificando le anagrafi di tutte le aziende sanitarie regionali, e ad offrire un servizio di consultazione e alimentazione delle anagrafi centralizzate alle suddette aziende, certificando la singola posizione anagrafica nel sistema regionale. Il sistema consente di allineare le codifiche di base tra le strutture sanitarie regionali al fine di scambiarsi univoche informazioni. Il sistema ASUR si configura come nodo centrale di integrazione delle informazioni anagrafiche, strutturate in quattro aree: Assistiti, Operatori Sanitari, Strutture Sanitarie e Codifiche Base e Prodotti. Relativamente alla parte Assistiti il sistema risulta integrato con la piattaforma TS e consente di recuperare tutte le posizioni anagrafiche presenti nell'anagrafe tributaria che abbiano assistenza sanitaria. Il sistema è già predisposto per l'integrazione con l'Anagrafe Nazionale Assistiti (ANA).

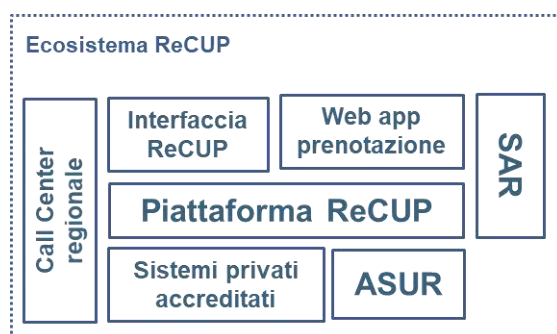




### ReCUP

Il sistema ReCUP è la piattaforma regionale per la gestione delle visite ambulatoriali specialistiche in qualunque regime di erogazione. È la piattaforma unica per tutte le aziende sanitarie pubbliche della Regione Lazio.

Il sistema gestisce oltre 6.000.000 di prenotazioni all'anno per un totale di oltre 17.000.000 pratiche (prenotazioni, accettazioni, registrazioni di cassa etc. etc.) all'anno. La scalabilità e la versatilità del sistema, dovuta alle caratteristiche tecnologiche, hanno consentito a Regione di mettere rapidamente a disposizione durante la pandemia il sistema di prenotazione dei tamponi presso i drive in e della prenotazione delle vaccinazioni presso gli HUB regionali. Il sistema consente anche agli operatori privati, attraverso l'esposizione di WS dedicati, di mettere a disposizione le proprie agende, così come previsto dal Piano Regionale sulla Gestione dei Tempi di Attesa. È stato recentemente messo in linea il sistema prenotasmart.regione.lazio.it che consente ai cittadini la prenotazione, attraverso un portale dedicato, delle prestazioni prescritte con ricette dematerializzate. Al momento il servizio è operativo sulle prime visite e sta rapidamente scalando ad altre tipologie di prestazioni.



### SIAS-XL

La nuova piattaforma ReCUP gestisce anche l'acquisizione tutti i flussi Regionali (SIAS-XL) previsti per gli erogatori di prestazioni specialistiche ambulatoriali sia pubblici che privati e garantisce una modalità di rilevazione unica ed omogenea nel formato e nella descrizione dei dati quanti/qualitativi, utile alla produzione ed alla diffusione di tutte le elaborazioni finalizzate al monitoraggio dell'attività svolta, al finanziamento delle strutture erogatrici ed alla programmazione sanitaria.

### Sistema di Accoglienza Regionale (SAR) delle ricette dematerializzate

La ricetta dematerializzata sostituisce con decreto del 2 novembre 2011 del Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) la ricetta cartacea. Ai fini della gestione della ricetta dematerializzata la Regione Lazio si è dotata di un sistema di accoglienza regionale (SAR) che dialoga con il sistema di accoglienza centrale (SAC) di SOGEI. L'interfacciamento con il SAC e con il SAR avviene nei diversi contesti e nelle diverse fasi come di seguito indicato.

Fase di prescrizione:

- MMG inviano al SAC
- PLS inviano al SAC
- Altri medici inviano al SAR

Fase di erogazione:

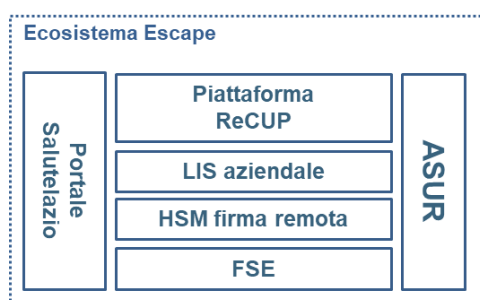
- Ricette farmaceutiche sono erogate sul SAC
- Ricette specialistiche sono erogate sul SAR

### *LAZIO Escape*

Lazio ESCAPE nasce come progetto di riuso della soluzione n.252 sviluppata per la ULSS 9 di Treviso e disponibile nel catalogo delle soluzioni di riuso dal catalogo AgID.

Gli obiettivi primari del progetto erano:

- La gestione del flusso documentale del processo di refertazione, sia verso i reparti (referti "interni"), sia verso i cittadini (referti "esterni")
- L'istituzione di sistemi multicanale di distribuzione,
- l'interoperabilità tra le strutture e la definizione di un sistema di codifiche comuni e standard di struttura di referto condiviso,
- la creazione di standard per la certificazione, archiviazione, distribuzione, estrazione conservazione dei referti digitali, garantendone la validità legale,
- la standardizzazione dei processi laddove sono già presenti dei sistemi di gestione dei referti
- la diffusione alle Aziende Sanitarie della Regione Lazio della gestione digitale del ciclo di firma



### *Sistema Informativo Ospedaliero*

Il progetto Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) ha consentito di realizzare una piattaforma omogenea ed integrata al SISR (Sistema informativo Sanitario Regionale) in grado di supportare e governare i processi di ricovero negli ospedali per acuti.

Tale intervento è stato individuato con l'obiettivo di:

- Riposizionare il cittadino (assistito) al centro del Sistema Sanitario Regionale
- Ottimizzare ed uniformare i processi produttivi (in termini di offerta sanitaria) delle Aziende Sanitarie
- Ottenere informazioni utili ai processi di governo e al soddisfacimento dei debiti informativi nei confronti delle istituzioni centrali (Ministero dell'Economia e Finanze, Ministero della Salute, ecc.).

In particolare, attraverso il SIO, Regione Lazio si è prefissa e si prefigge l'obiettivo di governare e ottimizzare la spesa nell'ambito della sanità regionale attraverso:

- Il monitoraggio in tempo reale dei posti letto, anche in area critica
- La raccolta delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SIO-XL) e delle relative lettere di dimissioni

Per indirizzare tali obiettivi, l'intervento progettuale ha previsto la realizzazione di una Piattaforma d'integrazione, in cui sono confluiti tutti i flussi dati generati dai sistemi di gestione della movimentazione paziente ADT (accettazioni, dimissioni, trasferimenti) di tutte le aziende ospedaliere, con particolare riferimento ai dati delle SDO e alle relative lettere dimissione.

#### *Fascicolo Sanitario Elettronico*

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (F.S.E.) è l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generati da eventi presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito. Ha un orizzonte temporale che copre l'intera vita del paziente ed è alimentato in maniera continuativa dai soggetti che lo prendono in cura nell'ambito del SSN e dei servizi sociosanitari regionali.

Il F.S.E. è costituito dalle Regioni e Province Autonome per le finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione perseguite dai soggetti del SSN e dei servizi sociosanitari regionali che hanno in carico l'assistito. I servizi di interoperabilità permettono di effettuare le operazioni di ricerca, recupero, registrazione, cancellazione di documenti e trasferimento dell'indice dei documenti da e verso tutti i FSE.

I limiti nello sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico a livello regionale e nazionale che hanno accompagnato fin qui il percorso di sviluppo di questo strumento, possono essere in questa fase superati grazie non solo alla disponibilità delle risorse economiche del PNRR ma soprattutto alla condivisione di modelli architetture, linee di indirizzo e specifiche tecniche condivise a livello nazionale e mutate dalle principali best practice che sono realtà a livello internazionale e nazionale, oltre che mantenendo la spinta propulsiva alla digitalizzazione dei processi innescata dagli ultimi due anni in cui le tecnologie della comunicazione sono state elemento basilare per la gestione della tracciabilità, della prevenzione, della cura e della campagna vaccinale.

Un elemento fondamentale mutuato dai due anni di pandemia appena trascorsi e che resta come eredità e importante patrimonio culturale è la forte consapevolezza che la cooperazione e la collaborazione tra tutti i nodi della rete dell'ecosistema sanitario regionale, all'interno della quale ciascuno con il suo ruolo, assume la responsabilità di contribuire con le migliori risorse al raggiungimento di un comunque obiettivo di miglioramento anche del sistema informatico e informativo a supporto delle attività clinico - assistenziali, sarà fondamentale anche in questa fase di grande trasformazione dei modelli organizzativi e tecnologici, per consentire di raggiungere un livello di eccellenza di sistema oltre che dei singoli elementi.

#### *Sistema regionale di Pronto Soccorso – Gipseweb*

Il nuovo sistema gestionale di pronto soccorso unico regionale è in fase di attivazione su tutte le strutture di Pronto soccorso della Regione e consente di disporre di una infrastruttura centralizzata che, fin da subito, pur garantendo la personalizzazione dei percorsi nei diversi DEA regionali, garantisce omogeneità di gestione del paziente (procedura di triage regionale), nonché l'utilizzo di codifiche univoche e standardizzate. È stata prevista l'integrazione nativa con ASUR, con il FSE e soprattutto con il sistema 118.

#### *SIP Sistema Informativo della Prevenzione*

Il sistema regionale SIP rappresenta il sistema informativo a supporto dei servizi di prevenzione in uso presso la quasi totalità delle ASL della Regione. Copre una molteplicità di servizi che compongono l'articolato e complesso sistema informativo della prevenzione, dall'anagrafe canina alla sicurezza alimentare e veterinaria, alla sicurezza e prevenzione degli infortuni sui luoghi di lavoro.

#### *SANSIT Sistema trasfusionale regionale*

Il sistema informativo unico trasfusionale permette di gestire in modo centralizzato le diverse fasi del processo trasfusionale: raccolta, lavorazione, qualificazione biologica di sangue ed emocomponenti, assegnazione e distribuzione di emocomponenti nei diversi SIMT territoriali. Tale sistema supporta inoltre il Centro Regionale Sangue (CRS) della Regione Lazio nello svolgimento delle attività istituzionali a cui è deputato, ossia il coordinamento ed il monitoraggio delle attività dei centri trasfusionali, in particolare la compensazione, provvedendo alla comunicazione con il Sistema SISTRA del Centro Nazionale Sangue. Anche

le Associazioni di donatori di sangue sono coinvolte con proprie funzionalità nel Sistema informativo trasfusionale regionale.

#### *Sistema Informativo Protesica*

Il sistema informativo della Protesica consente a livello regionale la gestione dell'intero processo di gestione dell'assistenza protesica. Il sistema è integrato con ASUR, con il sistema di prescrizione elettronica, con le officine e con il sistema di fatturazione elettronica.

#### *SIAT- SIATESS*

Il sistema informativo assistenza territoriale è costituito oggi da due sistemi integrati, il SIAT per la gestione dell'assistenza domiciliare e il SIATESS per la gestione delle segnalazioni, della prevalutazione, della valutazione multi-dimensionale dei bisogni dell'assistito. Il progetto prende già in considerazione il fabbisogno funzionale necessario per l'attivazione e la gestione delle COT.

Nell'ambito del SIAT è possibile registrare e archiviare informazioni di inquadramento dell'assistito e definire e inviare i Piani di Assistenza Domiciliare (PAI), sviluppati secondo la logica dei pacchetti (DCA 525), agli erogatori accreditati secondo l'ordine di preferenze manifestato dall'assistito, nonché rendicontare le attività svolte dagli erogatori attraverso l'integrazione con sistemi contabili.

#### *Anagrafe Vaccinale Regionale*

Il Sistema Informativo "Anagrafe Vaccinale Regionale" della Regione Lazio nasce con l'obiettivo di uniformare le modalità di gestione da parte delle Aziende Sanitarie dei processi relativi alle vaccinazioni in età pediatrica e adulta (antinfluenzale, anti pneumo-coccica, medicina del turismo, ecc.) centralizzando in un'unica soluzione dati e funzionalità di gestione e di governo. L'Anagrafe Vaccinale Regionale sta permettendo, già oggi, la registrazione strutturata ed esaustiva di tutta l'attività degli istituti scolastici del MIUR, delle scuole dei Comuni del Lazio (compreso il Comune di Roma) e dei gestori privati.

In occasione delle vaccinazioni anti Covid-19 il sistema ha svolto un ruolo determinante permettendo una gestione centralizzata e puntuale delle vaccinazioni compreso l'invio dei debiti informativi istituzionali a tutti i soggetti interessati (Ministero Sanità, Sogei, etc.).

#### *Screening oncologico e neonatale*

Il Sistema di screening oncologico permette a livello regionale la pianificazione e gestione integrata delle attività previste nell'ambito dei programmi di screening, consentendo di amministrare in modo completo ed efficiente tutte le fasi gestionali degli screening citologico, mammografico, colon retto (dall'invio delle lettere/inviti alla refertazione di I° livello e successivi approfondimenti di II° livello e di III° livello), fornendo uno strumento organizzativo e di governo a tutti gli operatori che a vario titolo sono coinvolti nei processi di Screening. Il sistema è completo di funzionalità trasversali (gestione anagrafiche; gestione degli inviti e delle agende; amministrazione sistema; cooperazione applicativa con i sistemi interni ed esterni; gestione documentale; cruscotto di monitoraggio) e l'accesso alle prestazioni è consentito ai cittadini tramite prenotazione on line, in analogia a quanto previsto per le prestazioni prenotabili sul sistema CUP e per le vaccinazioni COVID 19.

Il sistema informativo integrato per la gestione del percorso di screening neonatale (Screening Metabolico Esteso, Screening Audiologico, Screening Oftalmologico) si basa su una organizzazione di accessi personalizzati e gerarchizzati, coinvolgendo tutti i Punti Nascita e gli operatori del Laboratorio di Riferimento Regionale e i Centri Clinici di Riferimento Regionale. Il sistema gestisce il percorso di screening di ciascun bambino e consente di monitorare a livello regionale i programmi di prevenzione.

#### **4.2.2 I sistemi aziendali**

I sistemi locali aziendali presentano un buon livello di informatizzazione in particolare per tutti gli elementi di base quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- Anagrafe aziendale dei contatti MPI integrate con Anagrafe centrale degli assistiti ASUR sopra descritta
- Sistemi di gestione delle identità e delle credenziali di accesso
- Sistemi di gestione della movimentazione pazienti e delle liste d'attesa
- Informatizzazione della diagnostica di laboratorio, radiologia e anatomia patologica
- Cartelle cliniche specialistiche ospedaliere e territoriali
- Consultori
- Piattaforme di informatizzazione del percorso chirurgico, terapie intensive e cartelle anestesiológicas
- Piattaforma di gestione della presa in carico e dei PDTA
- Piattaforme di televisita, telemonitoraggio, teleriabilitazione, teleradiologia (da assessment regionale)
- Sistemi di prescrizione dematerializzata aziendali integrati con il sistema regionale SAR

Il livello di maturità espresso dalle Azienda Sanitarie territoriali e Ospedaliere che compongono l'ecosistema digitale regionale è comunque eterogeneo ed una delle fondamentali azioni previste sarà l'effettuazione di un percorso di "maturity model" che garantisca:

- rilevazione omogenea dello stato dell'arte
- aggregazione dei fabbisogni
- monitoraggio e regia regionale sui sistemi informativi e controllo sui risultati della spesa

Il percorso di maturity model è volto a raccogliere e consolidare lo stato reale dell'informatizzazione aziendale in termini di ambito e standard, al fine di pianificare le azioni locali e centrali da attuare per garantire la coerenza con i livelli di standardizzazione, produzione e conferimento dei dati e documenti al FSE, l'adeguamento infrastrutturale e la realizzazione della sanità di prossimità.

In particolare è possibile, tra i diversi sistemi in essere definire quelli prioritari che ogni azienda dovrà garantire e sviluppare nel breve, medio e lungo periodo classificandoli tra:

- Sistemi trasversali
- Sistemi di ambito ospedaliero
- Sistemi di ambito territoriale
- Reti diagnostiche
- Sistemi gestionali e di governo aziendali
- Sistemi per i servizi al cittadino

#### 4.3 Le indicazioni operative: descrizione del modello di governance delle azioni e dei cantieri – TO BE

Lo sviluppo del sistema informativo sanitario regionale, da attuare nell'arco della durata temporale di attuazione del PNRR (2022 - 2026), avverrà attraverso la definizione di specifiche iniziative definita nel rispetto della roadmap di sviluppo e attivazione delle piattaforme nazionali

Si riportano di seguito le principali iniziative che la Regione intende attivare al fine di raggiungere gli obiettivi preposti.

- *Iniziativa C1 - Centralizzazione della raccolta dei consensi*
- *Iniziativa C2 - Adeguamento dei sistemi di codifica*
- *Iniziativa C3 - Adeguamento degli standard di interoperabilità*
- *Iniziativa C4 - Evoluzione dell'ecosistema regionale FSE*
- *Iniziativa C5 - Definizione di strategie di valorizzazione del Sistema Informativo Regionale*
- *Iniziativa C6 - Evoluzione dell'ecosistema della Telemedicina*
- *Iniziativa C7 - Evoluzione dell'ecosistema della sanità territoriale*
- *Iniziativa C8 - Gestione integrata della Cartella Clinica Elettronica*

- *Iniziativa C9 - Definizione di un modello di logistica integrata del farmaco*
- *Iniziativa C10 - Evoluzione dei sistemi di comunicazione e social: e-government e cittadinanza digitale*

L'implementazione di ciascuna iniziativa prevede la realizzazione di specifiche attività secondo tempistiche predefinite ed in relazione allo stato as is della situazione a livello regionale e aziendale (*Iniziativa A1*) e della definizione di elementi chiave/vincoli dell'architettura a livello centrale (*Iniziativa A2*).

La situazione as is sarà definita attraverso specifiche attività di assessment che consentiranno di definire piani di attività per le singole aziende e successivamente il piano complessivo delle attività che si riterrà necessario implementare per garantire la transizione digitale dell'intero sistema e il relativo cronoprogramma di attuazione.

Si riporta di seguito una sintesi delle iniziative previste con i relativi tempi di implementazione e priorità nell'attivazione delle attività.

Iniziativa	Tempi di implementazione	Priorità attivazione iniziativa
<b>Iniziativa A1</b> – Assessment dei sistemi regionali ed aziendali	5 mesi	Priorità 1
<b>Iniziativa A2</b> – Definizione elementi chiave/vincoli dell'architettura a livello centrale	5 mesi	Priorità 1
<b>Iniziativa C1</b> - Centralizzazione della raccolta dei consensi	6 mesi	Priorità 1
<b>Iniziativa C2</b> - Adeguamento dei sistemi di codifica + <b>Iniziativa C3</b> - Adeguamento degli standard di interoperabilità	19 mesi	Priorità 1
<b>Iniziativa C4</b> - Evoluzione dell'ecosistema regionale FSE	21 mesi	Priorità 1
<b>Iniziativa C5</b> - Definizione di strategie di valorizzazione del Sistema Informativo Regionale	17 mesi	Priorità 1
<b>Iniziativa C6</b> - Evoluzione dell'ecosistema regionale Telemedicina	29 mesi	Priorità 1
<b>Iniziativa C7</b> - Evoluzione dell'ecosistema sanità territoriale	19 mesi	Priorità 1
<b>Iniziativa C8</b> - Gestione integrata della Cartella Clinica Elettronica	19 mesi	Priorità 1
<b>Iniziativa C9</b> - Creazione di un sistema di logistica integrata del farmaco	23 mesi	Priorità 2
<b>Iniziativa C10</b> - Evoluzione dei sistemi di comunicazione e social: e-government e cittadinanza digitale	13 mesi	Priorità 2

CRONOPROGRAMMA DEGLI INTERVENTI																																									
Anno	2022						2023						2024																												
Mese	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12										
A1 - Assessment dei Sistemi regionali ed Aziendali						◆																																			
A2 - Definizione elementi chiave/vincoli dell'architettura a livello centrale						◆																																			
C1 - Centralizzazione della raccolta dei consensi																																									
C2 - Adeguamento dei sistemi di codifica + C3 - Adeguamenti degli standard di interoperabilità																																									
C4 -Evoluzione dell'ecosistema regionale fascicolo																																									
C5 -Strategie di valorizzazione del sistema informativo regionale																																									
C6 - Evoluzione dell'ecosistema regionale telemedicina																																									
C7- Evoluzione dell'ecosistema sanità territoriale																																									
C8 - Gestione integrata della Cartella Clinica Elettronica																																									
C9 - La logistica integrata del farmaco																																									
C10 - I sistemi di comunicazione e social: e-government e cittadinanza digitale																																									

#### 4.3.1 Iniziative e modello di governance

L'organizzazione delle attività che saranno intraprese nell'ambito dello sviluppo del sistema digitale regionale sarà governata dalla Cabina di Regia regionale permanente che avrà il compito di orientare e definire le strategie di e-procurement, la coerenza dei modelli organizzativi e tecnologici e di misurare e rendicontare l'avanzamento delle diverse iniziative intraprese, articolate in Azioni e Cantieri.

Le Azioni rappresentano, a valle di decisioni assunte a livello programmatico, azioni da attuare one shot o nel breve periodo che devono dare immediatamente riscontro ad esigenze tecnologiche, amministrative, organizzative e di e-procurement per la gestione dei finanziamenti PNRR.

I cantieri riguardano la predisposizione di tavoli tematici, gruppi di lavoro che dovranno affrontare le progettualità di medio/lungo periodo che accompagneranno lo sviluppo delle soluzioni regionali e aziendali fino al 2026.

Per lo svolgimento di tali attività di governance, che vedrà coinvolti la Direzione Salute ed integrazione socio-sanitaria della Regione Lazio, ed il relativo gruppo di lavoro regionale per l'attuazione della Missione 6 del PNRR, la Direzione per la Transizione Digitale della Regione Lazio ed i rispettivi staff tecnici e amministrativi, saranno utilizzati strumenti di assessment e maturity model finalizzati alla ricognizione, analisi, valorizzazione e razionalizzazione del patrimonio informativo regionale in termini di soluzioni applicative, dello stato delle sue infrastrutture e delle risorse in termini economici e di competenze professionali nell'ambito del perimetro definito dalle azioni previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Gli strumenti di riferimento per la governance dei processi e degli esiti degli interventi saranno rappresentati dalle linee guida della Joint Commission, i modelli per l'adozione di soluzioni digitali nell'ambito dei processi sanitari di HIMSS, di HE International e di HL7 e gli indicatori faranno riferimento a quelli di indirizzo nazionale volti a misurare la completezza, la tempestività, la qualità dei dati e dei documenti conferiti al fascicolo rispetto al momento dell'erogazione e della fruizione dei servizi, e gli indicatori di accesso e gradimento dei servizi digitali erogati.

#### *Iniziativa A1 – Assessment dei sistemi regionali ed aziendali*

L'assessment è una attività che verrà predisposta sia sui sistemi regionali che aziendali con diverse finalità di valutazione rispetto ad esempio a:

1. Compliance/tempi di adeguamento/tempi di implementazione delle soluzioni aziendali/regionali rispetto al percorso di standardizzazione delle codifiche e aderenza agli standard di interoperabilità definiti nel presente documento in linea con le linee guida emanate a livello nazionale
2. Completezza rispetto al minimum data set di dati e documenti prodotti come output dai sistemi aziendali/regionali che verrà indicato nel presente documento in linea con le linee guida emanate a livello nazionale
3. Compliance/tempi di adeguamento/tempi di implementazione delle soluzioni aziendali/regionali di telemedicina rispetto alle linee guida nell'ambito della telemedicina, nelle sue diverse accezioni
4. Mappatura catalogo dei dati gestiti e prodotti dai sistemi centrali e aziendali

La metodologia con cui l'assessment verrà condotto prevedrà:

- Attività di *mapping* degli eventi sanitari ospedalieri e degli eventi socio-sanitari territoriali, con individuazione degli asset IT aziendali e regionali per la gestione dell'insieme dei processi verticali che generano informazioni utili alla gestione territoriale e domiciliare del paziente
- Integrazione tra gli asset IT aziendali e regionali per massimizzare l'interscambio delle informazioni utili alla gestione multidisciplinare del paziente territoriale e domiciliare
- Attività di *mapping* dell'utilizzo dei verticali da parte dei professionisti nello specifico ambito in cui nascono, al fine di diminuire la frammentazione delle interfacce e dei sistemi in uso: gestione del change management
- Attività di *mapping* del livello di Sinergia con i progetti regionali di settore in un'ottica di sistema Azienda-Regione

Tale metodologia sarà implementata attraverso fasi specifiche che prevedono il coinvolgimento delle singole aziende. Durante il mese di giugno 2022 verrà somministrata alle aziende una survey volta a valutare il livello di maturità in particolare rispetto ai temi dell'interoperabilità e della sostenibilità e applicabilità degli standard indicati per il popolamento del FSE e del data repository.

Entro il mese di ottobre 2022 saranno organizzate, ove necessario, sessioni dedicate per ciascuna azienda di analisi sul campo di quanto emerso dalle survey, durante le quali, insieme alle aziende si stenderà un piano di azioni condiviso al fine di raggiungere il livello di maturità richiesto, in particolare rispetto alle soluzioni di SIO, SIT e Telemedicina, finalizzate al raggiungimento degli obiettivi del PNRR di breve e medio periodo. A novembre 2022 verrà formalizzato il piano complessivo delle attività e il cronoprogramma relativamente alle azioni tecniche e organizzative e agli investimenti da attuare nel corso del 2022/2023 a livello di sistemi centrali e locali.



A1 - Assessment dei Sistemi regionali ed Aziendali							
	Anno						
	M	M	M	M	M	M	M
Mese	6	7	8	9	10	11	12
Definire contenuto della Survey							
Somministrazione questionario assessment presso le Aziende del SSR							
Valutazione dei sistemi informatici aziendali e come gli stessi si interfacciano con i sistemi esterni							
Analisi dei risultati							
Programmazione incontri per pianificare le azioni con le singoli aziende							
Presentazione piano attività							

### *Iniziativa A2 – Definizione elementi chiave/vincoli dell'architettura a livello centrale*

Nell'ambito di tale attività sarà condotta un'analisi dell'infrastruttura informatica finalizzata a valutare l'integrazione degli applicativi regionali e aziendali con il gateway nazionale, verificandone la piena compatibilità ed eventualmente pianificando gli interventi necessari al fine di garantirne la compatibilità.

L'architettura complessiva prevederà:

- Di avere un'unica istanza di gateway regionale che servirà i sistemi centrali, la medicina di base e l'ecosistema dei privati accreditati e una istanza di gateway per ogni azienda del SSN
- Di analizzare le strategie di deployment del gateway
- Di avere un'unica istanza di data repository regionale
- Di implementare e far evolvere il document repository regionale

L'architettura nel suo complesso prevede la possibilità per una Regione o Azienda Sanitaria di istanziare un Data Repository locale (opzionale) in cui siano contenuti i soli dati di pertinenza. Di seguito viene riportato il cronoprogramma del secondo assessment:

A2 - Definizione elementi chiave/vincoli dell'architettura a livello centrale							
	Anno						
	M	M	M	M	M	M	M
Mese	6	7	8	9	10	11	12
Valutare l'integrazione degli applicativi aziendali con il gateway							
Analizzare le strategie di deployment del gateway							
Presentazione piano attività							

### *Iniziativa C1 - Centralizzazione della raccolta dei consensi*

Per definire come procedere per l'acquisizione e gestione del consenso, è necessario focalizzare il momento in cui si informa l'assistito dell'alimentazione del FSE nei due livelli (regionale e nazionale) e quello in cui si registra il consenso informato per la visualizzazione dei dati raccolti da parte di terzi (medici, professioni sanitarie e operatori dei servizi socio-assistenziali) che potrebbero accedervi nel corso di successivi accessi o percorsi di diagnosi, cura e assistenza).

Sono tre i momenti certi di contatto tra SSN e assistito:

- a. MMG/PLS;
- b. Accesso ai servizi sanitari e socio-assistenziali
- c. Accesso autonomo dell'assistito al FSE.

Non è possibile prevedere quanti saranno gli assistiti che avranno cura di effettuare in autonomia un primo accesso al FSE, di leggere le informative, di comprenderle e di esprimere consapevolmente il proprio consenso informato.

Di contro è opportuno/necessario che la possibilità di accesso al FSE sia garantita a una fascia più vasta possibile di popolazione assistita, compresi i soggetti anziani, quelli con minore scolarizzazione e i soggetti maggiormente esposti al digital divide.

Sarà dunque necessario costruire percorsi chiari e semplici e strumenti specifici che comunichino in modo trasparente e veloce con il cittadino, evitando ostacoli burocratici e tecnicismi lessicali. Tenendo conto dell'inevitabile rapporto di ciascun assistito con il proprio MMG/PLS, l'informazione e la raccolta del consenso da parte di queste figure professionali appare la più pertinente e puntuale poiché consente un'informazione e una raccolta del consenso capillare per tutti gli assistiti del SSN, demandando al MMG/PLS un'attività che richiede soprattutto attenzione alla capacità di comprensione del soggetto (conoscenza dell'assistito) e un rapporto confidenziale e di affidamento consolidati.

Fermo restando che l'FSE viene costituito e alimentato automaticamente, risulta necessario definire il processo di acquisizione del consenso al trattamento dei dati del paziente in tutti i suoi step e il ruolo attivo del MMG/PLS.

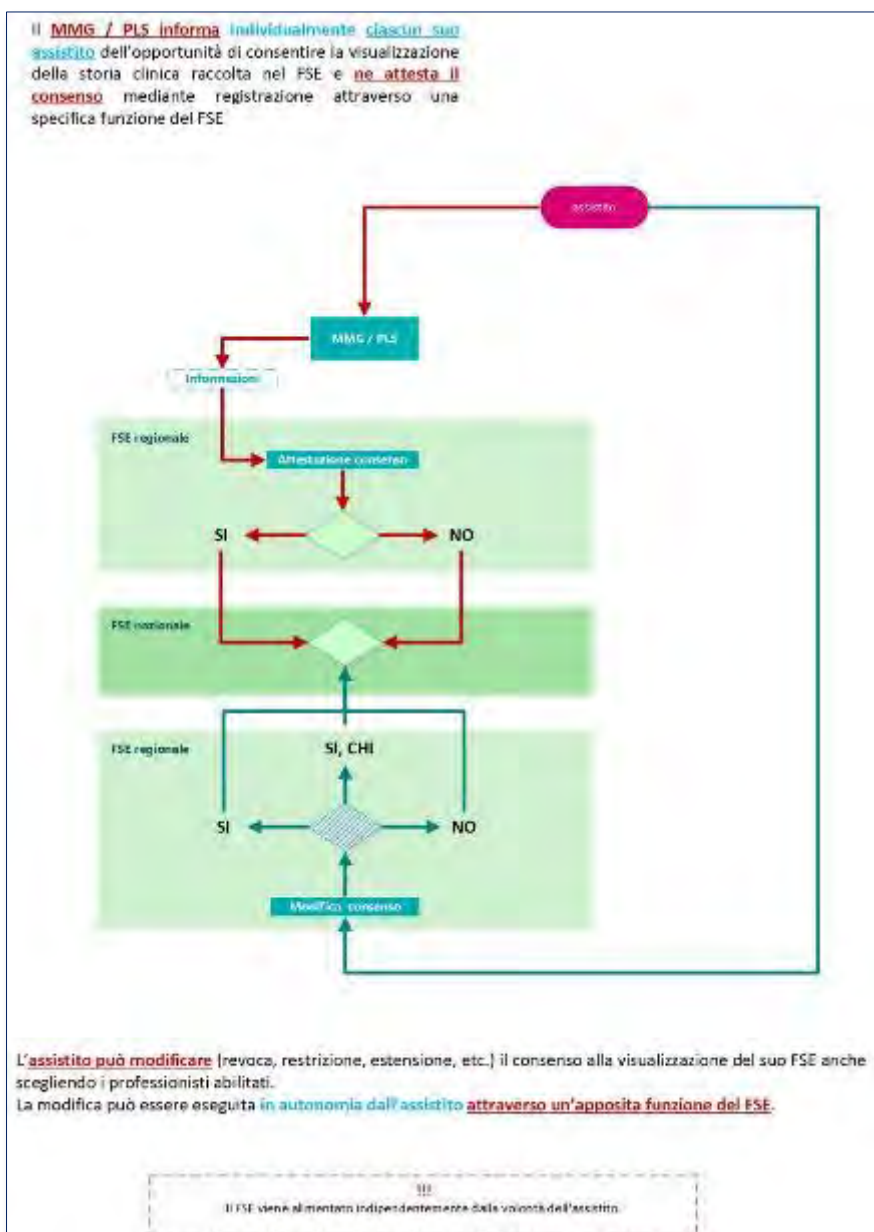
Inoltre, al fine di consentire una corretta e lineare gestione dei consensi da parte del MMG, dovrà essere previsto lo sviluppo di un applicativo utile a tale attività

Una volta compiuta la raccolta del consenso, la visualizzazione del FSE vale fino all'eventuale revoca o modifica, e si applica a tutti i servizi sanitari e socio-assistenziali, su tutto il territorio nazionale.

Qualora l'assistito abbia consentito la visualizzazione, tutti i servizi e i professionisti che hanno in carico il paziente possono accedere al FSE previa autenticazione sullo specifico portale web regionale/nazionale. Resta pertanto la necessità della struttura di consultare lo stato di rilascio dei consensi ed eventualmente acquisirli, se non presenti, nel momento dell'accesso ai servizi sanitari, qualunque sia il regime e la condizione di criticità definendo apposite omogenee procedure a livello regionale.

Non è necessario che il professionista conosca il contenuto del consenso espresso dall'assistito poiché il fatto stesso che riesca ad accedere al servizio sottintende l'avvenuta espressione dell'autorizzazione.

Il workflow che segue definisce schematicamente il ruolo del MMG/PLS per l'attivazione operativa del servizio di visualizzazione e quanto invece resta in carico al singolo assistito e alla sua autonoma scelta.



Ferma restando la raccolta sistematica e automatica dei dati/documenti senza bisogno di alcun consenso, l'applicazione deve consentire all'assistito di graduarne la visualizzazione, ove lo ritenga opportuno, limitandola a singoli professionisti o servizi.

Allo stato dell'arte delle banche dati che contengono l'anagrafica dei professionisti operanti nell'ambito del SSN o nei servizi socio-assistenziali (compresi quelli utilizzati dalle cooperative di servizio e quelli delle strutture accreditate autorizzate), sarà necessario un focus particolare per definirne la natura e la consistenza, e per individuare il metodo più efficiente per mettere in grado il singolo assistito di individuare il servizio o il professionista che desidera includere/escludere dalla visualizzazione.

Deve inoltre essere consentita la possibilità per l'assistito di escludere dalla visualizzazione un set di dati o un singolo documento, parzializzandone la visualizzazione a coorti specifiche di professionisti.

La memorizzazione del consenso acquisito in ambito regionale deve essere gestita attraverso l'infrastruttura nazionale di integrazione (INI), in modo che:

- l'assistito possa manifestare (limitare o revocare) i consensi anche in un dominio regionale differente dalla regione di appartenenza;
- sia possibile gestire (consultare, acquisire, modificare) i consensi anche per pazienti temporaneamente non assistiti da alcuna regione (ad es. a causa del cambio di regione e quindi di residenza/assistenza, trasferimento all'estero, etc.), così come previsto dalle Linee guida.

Le Linee guida nazionali prevedono infatti che l'INI renda disponibile un servizio attraverso cui i sistemi regionali possano comunicare i consensi manifestati dagli assistiti.

I consensi così trasmessi saranno archiviati e gestiti dall'INI che ha la responsabilità della conservazione e della verifica ogniqualvolta sia richiesto.

Poiché l'alimentazione del FSE non necessita del consenso, è possibile indicizzare in tempo reale i documenti sanitari conferiti dalle strutture sanitarie.

Per quanto concerne la confluenza dei documenti preesistenti nel "nuovo" FSE, la sua attivazione è soggetta alla dichiarazione di volontà da parte dell'assistito. In questo caso il Paziente non dovrà esprimere il consenso all'affluenza dei vecchi dati ma il diniego nel caso sia contrario. A tal fine sarà necessario capire come gestire il diniego e rivedere le tempistiche dello stesso.

Ove, inoltre, il FSE sia stato già attivato in precedenza e sia stato per questo già espresso l'attuale "consenso generico", i sistemi regionali e quello nazionale devono prevedere un servizio attraverso il quale ciascun assistito possa esprimere la propria volontà, confermando o revocando o parzializzando quella già presente.

A tal proposito questo cantiere prevede l'istituzione di un tavolo regionale permanente formato da:

- DPO Lazio Crea
- DPO Regione Lazio
- Rappresentanti DPO aziendali
- Referenti tecnici informatici LazioCrea e rappresentanti ICT delle Aziende Sanitarie Ospedaliere e Territoriali

Si riporta di seguito il cronoprogramma degli interventi necessari per l'implementazione del punto C1:

C1 - Centralizzazione della raccolta dei consensi						
Anno	2022	2023				
Mese	M	M	M	M	M	M
	12	1	2	3	4	5
Definizione del processo di acquisizione del consenso del paziente						
Realizzazione di un applicativo per la gestione dei consensi						

#### *Iniziativa C2 - Adeguamenti sistemi di codifica*

In linea con quanto previsto a livello di infrastruttura nazionale, sarà fondamentale prevedere un sistema di Master Data Management regionale per permettere la condivisione dei cataloghi sulla base dei quali avverrà la certificazione dei dati prodotti da tutte le applicazioni centrali e aziendali, acquisendo gli aggiornamenti del CTS2 nazionale per tramite del Layer dei Servizi (API) al fine di certificare preventivamente i minimum data set di validazione rispetto ai dati gestiti dai singoli applicativi

Tutte le soluzioni centrali e aziendali dovranno essere certificate in relazione alla codifica del minimum data set dei dati gestiti, al fine di garantire la validazione da parte del gateway rispetto ai seguenti cataloghi indicati nelle Linee Guida Nazionali:

- ICD-9-CM per le diagnosi, gli interventi e i quesiti diagnostici
- LOINC per le specialità d'esame e i risultati delle misurazioni di laboratorio
- UCUM per le unità di misura
- AIC per le confezioni farmaceutiche
- ATC per i principi attivi dei farmaci
- DICOM e DICOM-SR
- SNOMED-CT
- Nomenclatore tariffario nazionale
- Sistemi di codifica per altri prodotti sanitari (dispositivi medici, alimenti, preparazioni...)

L'istituzione di tavoli tematici potrà rappresentare uno strumento utile a partire da settembre 2022 in relazione allo stato di maturità emerso durante l'assessment e alle priorità definite rispetto alle linee guida nazionali del FSE, al fine di garantire l'attuazione completa del sistema di codifica entro 24 mesi dalla loro attivazione, come indicato nelle Linee Guida nazionali FSE.

Per quello che riguarda la gestione delle anagrafiche è necessario ridefinire le funzionalità dell'anagrafica regionale ASUR a garanzia della coerenza del dato anagrafico non solo degli assistiti ma anche dei contatti, e garantirne l'integrazione con ANA, anagrafica di riferimento per tutto l'ecosistema delle piattaforme centrali, e con le anagrafiche aziendali.

Risulta pertanto necessario attivare presso ogni azienda una anagrafe dei contatti MPI aziendale integrata con ASUR e che garantisca l'omogeneità del dato anagrafico per ogni processo dell'ecosistema aziendale attraverso l'integrazione con tutti i sistemi locali.

Anche rispetto a questo tema il cantiere prevede la definizione di un documento linea guida di indirizzo per i flussi di integrazione e la gestione dei dati certificati, redatto da un tavolo tecnico informatico (componenti LazioCrea e rappresentanti ICT delle Azienda Sanitarie delle Azienda Sanitarie Ospedaliere e Territoriali) e un documento per la costituzione di un Ufficio Anagrafe aziendale a cui è in carico l'allineamento e la revisione continua della banca dati anagrafica.

In relazione al fatto che il Gateway, elemento architeturale nazionale preposto alla raccolta, validazione, mapping HL7 FHIR ed invio al Data repository nazionale dei dati generati dai singoli applicativi della struttura o dell'ambito regionale, effettuerà questa operazione preventivamente alla generazione e firma del documento stesso, al fine di garantire livelli di operatività migliori o uguali all'attuale prassi, sarà necessario lavorare sui temi delle codifiche dei dati prodotti, come elemento centrale e imprescindibile.

Entro il 2022 verrà rilasciato il documento tecnico di integrazione anagrafica in relazione allo stato di maturità emerso durante l'assessment e alle priorità definite rispetto alle linee guida nazionali del FSE

### *Iniziativa C3 - Adeguamenti degli standard di interoperabilità*

Le linee guida nazionali introducono come elemento fondamentale l'interoperabilità dei sistemi.

L'interoperabilità si ottiene attraverso:

- L'adesione ai protocolli di interoperabilità, tra i quali quello di riferimento dell'architettura nazionale, e quindi regionale sarà HL7 FHIR e Dicom
- Lo sviluppo di microservizi a supporto dei modelli di erogazione dei servizi sanitari, salvaguardando le best practice regionali.
- La coerenza con la produzione di documenti nei formati definiti, ovvero HL7 CDA2 iniettato nel PDF/A, nonché firmati secondo gli standard richiesti dalle linee guida nazionali di attuazione del FSE (PaDES)

L'implementazione riguarderà tutti i sistemi produttori di documenti e dati, aziendali e centrali, tra questi oltre ai sistemi verticali software (dispositivo medico o meno) di dominio ICT, rendendo necessario approfondire e verificare tutte le soluzioni software fornite a corredo delle attrezzature sanitarie e/ o dei sistemi di telemonitoraggio, telerefertazione etc. Sistemi chiusi e non interoperabili secondo gli standard non saranno più consentiti, sia nel contesto dei comuni sistemi di refertazione che per i sistemi a bordo di attrezzature sanitarie o dispositivi medici, che consentono la gestione di dati e immagini finalizzata alla refertazione. Lo stato dell'arte verrà analizzato nell'assessment descritto sopra e gli esiti e le azioni conseguenti analizzati con le modalità e negli stessi tavoli indicati nel paragrafo dedicato

Il cronoprogramma relativo agli interventi dell'iniziativa C2 - C3 viene riportato di seguito:

C2 - Adeguamenti sistemi di codifica + C3 - Adeguamenti degli standard di interoperabilità																					
Anno	2022				2023												2024				
Mese	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5
Start ai tavoli tematici																					
Attivare anagrafe contatti MPI integrata con ASUR																					
Attuazione completa del sistema di codifica																					
Documento strategico di adozione degli standard																					
Adeguamento dei sistemi software																					
Verificare la coerenza dei documenti prodotti rispetto ai formati standard																					



#### *Iniziativa C4 – Evoluzione dell'ecosistema regionale fascicolo*

Focalizzare l'attenzione sui dati o sulle informazioni è certamente necessario, ma non sufficiente, le organizzazioni sanitarie devono basarsi sulla conoscenza acquisibile attraverso la raccolta di dati informativi (Healthcare Knowledge-Driven). Per digitalizzare la documentazione clinica bisogna coinvolgere i professionisti sanitari illustrando cosa è possibile ottenere da un FSE basato su FHIR e condividendo come sia possibile alimentarlo.

Significa cambiare il modo con cui il personale sanitario svolge il proprio lavoro, progettare insieme una nuova generazione di sistemi clinici che, grazie alla digitalizzazione, producano valore immediato e concreto anche per i professionisti sanitari.

L'obiettivo strategico è quello di rendere il Fascicolo Sanitario un vero e proprio "portale clinico" finalizzato all'integrazione dei sistemi informatici verticali che, consentendo la registrazione di ogni azione compiuta e di ogni informazione clinica prodotta, ottimizzi la gestione ordinaria dell'assistito. Il FSE dovrebbe evolvere da un semplice contenitore di documenti ad un contenitore di dati modificando il paradigma "FSE del cittadino" a "FSE per il cittadino" delineando così un nuovo scenario di piattaforma su cui innestare e sviluppare i servizi offerti dal SSN.

Ogni iniziativa progettuale deve dunque, garantire la convergenza verso il fascicolo sanitario inteso nei suoi due aspetti di elemento di integrazione/standardizzazione e di repository di dati strutturati (indistintamente centralizzato o federato, a seconda delle architetture).

Il fascicolo sanitario nazionale avrà la funzione di accesso unico ai servizi sanitari digitali, ai dati e ai documenti, fungendo anche da proxy dei portali regionali e reindirizzando l'utente (cittadino o operatore sanitario), una volta autenticato, verso il portale del FSE della regione di competenza.

Il fascicolo sanitario elettronico (FSE) della Regione Lazio vuole essere un sistema abilitante per molti dei servizi offerti dalla Regione e si pone inoltre come canale unico di accesso per il cittadino per i servizi sanitari. Su tutti, ad esempio:

- Gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)
- Servizi di Telemedicina
- Gestione delle prestazioni (prenotazione, disdetta, pagamento...)

Il FSE consentirà anche il caricamento dei dati propri del cittadino (taccuino e i cosiddetti Personal Generated Health Data PGHD).

Il FSE offre notevoli opportunità per gli usi secondari dei dati in esso contenuti, orientati sia allo svolgimento di indagini epidemiologiche atte a identificare i fattori di rischio che contribuiscono all'insorgenza delle malattie attraverso l'individuazione di correlazioni nascoste nei dati, sia al perfezionamento di strategie di programmazione sanitaria mediante la verifica sul campo dei fabbisogni sanitari.

L'infrastruttura di fascicolo sanitario della Regione Lazio, grazie alle iniziative sviluppate negli anni sui sistemi informatici e informativi centrali e locali sarà in grado in tempi rapidissimi di rispondere sia ai requisiti mandatori di breve periodo che di anticipare in parte da una prima fase i requisiti richiesti entro la fine del PNRR, in particolare:

- Servizi di scelta e revoca del MMG/PLS
- Variazione della Regione o dell'azienda Sanitaria di assistenza
- Richiesta e variazione esenzione per patologia, malattia rara, invalidità, reddito
- Comunicazione di variazioni per soggiorni di breve o lunga durata in paese estero
- Richiesta di assistenza di cittadino proveniente da altro stato membro dell'ue
- Prenotazione e pagamento delle prestazioni
- Gestione delle deleghe
- Erogazione di alimenti speciali (prescritti a fronte di patologie specifiche) o alimenti specifici (alimenti per celiaci)
- Attivazione dei servizi forniti dai numeri di emergenza nazionali con geolocalizzazione della posizione dell'assistito, per richiedere l'intervento delle unità mobili del 118 e consentire la sua più rapida presa in carico nei casi di urgenza
- Ricerca e geolocalizzazione degli ospedali e dei pronto soccorso più vicini e meno affollati, con indicazione del relativo grado di affollamento e tempi medi di attesa
- Informazioni sul proprio percorso di cura in merito a prenotazioni, terapie, trattamenti, referti e follow up
- E il conferimento dei seguenti documenti:
  - Verbale di Pronto Soccorso-
  - Vaccinazioni
  - Prescrizione farmaceutica
  - Prescrizione specialistica
  - Referto di Medicina di Laboratorio
  - Referto di Radiologia
  - Referto di Anatomia Patologica
  - Referto di Specialistica Ambulatoriale
  - Dati di emergenza-urgenza (118, pronto soccorso)
  - Dati di vaccinazione
  - Dati delle campagne di screening
- Gestione dell'imaging
- Condivisione di informazioni e consulto tra professionisti nell'erogazione delle cure

Per l'evoluzione prevista per le altre tipologie di servizi, documenti e dati verranno attivati assessment, tavoli di analisi e progettualità specifiche che consentiranno la rapida evoluzione del sistema, attraverso la valorizzazione delle esperienze presenti nei territori, lo sviluppo di piattaforme di interoperabilità e l'attivazione di soluzioni applicative centralizzate.

Il fascicolo sanitario elettronico dovrà anche essere lo strumento di consultazione dei documenti e dei dati dell'assistito da parte degli operatori sanitari. Per questo è necessario implementare servizi di interoperabilità bidirezionale con i sistemi software impiegati da tali utenti per lo svolgimento delle loro attività, siano essi piattaforme regionali che aziendali.

Dall'assessment effettuato con le aziende emergerà l'elenco dei sistemi e delle soluzioni che dovranno essere integrate con questi servizi. Le specifiche saranno rilasciate a livello regionale entro il 2022 e le azioni di adeguamento inserite nel piano degli investimenti e nella programmazione 2023 sia per i sistemi centrali che per quelli locali.

Le Aziende potranno implementare le proprie piattaforme di Document repository aziendale al fine di garantire a tutti i professionisti la fruizione di documenti anche non ricompresi allo stato attuale dal FSE ma necessari al fine della presa in carico dell'assistito. Lo sviluppo dei repository aziendali non deve tuttavia rappresentare un vincolo o un ostacolo allo sviluppo dei FSE, del suo popolamento, all'adesione agli standard e allo sviluppo dei servizi di interoperabilità che consentiranno ai professionisti di consultare il FSE per la presa in carico del paziente. Pertanto, i repository aziendali dovranno affiancare lo sviluppo dell'infrastruttura di FSE e di Data Repository Centrale HL7 FHIR (o Regionale come istanza del nazionale), arricchendo il patrimonio di documenti consultabili nel rispetto anch'essi degli standard di interoperabilità e codifiche imposti a livello nazionale per il FSE, in modo tale da poter essere essi stessi sistemi integrati e alimentanti il FSE con nuova documentazione sanitaria e amministrativa.

A questo titolo nell'assessment sono presenti anche informazioni in merito a questa infrastruttura che saranno fondamentali al fine di definirne la maturità, il livello di implementazione presente e le strategie di implementazione futura.

Nella sua prospettiva evolutiva di piattaforma per l'accesso unico ai servizi sanitari digitali ad uso del cittadino, la realizzazione del FSE sarà accompagnata dalla progettazione di strumenti di comunicazione e di supporto per il cittadino, al fine di favorire l'empowerment anche le fasce di popolazione con minori competenze digitali e contrastare, così, eventuali barriere all'accesso. Per la realizzazione di un FSE che possa rispecchiare le caratteristiche sopra descritte, passando dall'essere un contenitore di documenti ad una infrastruttura di gestione dei dati capace di offrire informazioni utili e facilmente fruibili sia agli assistiti che agli operatori sanitari, sarà necessario implementare i vari interventi secondo il cronoprogramma sotto riportato:

C4 -Evoluzione dell'ecosistema regionale fascicolo																						
Anno	2023												2024									
Mese	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	
Revisione delle modalità di integrazione tra i sistemi informatici aziendali e FSE regionale	■	■	■																			
Implementazione delle integrazioni tra FSE e i sistemi informatici aziendali				■	■	■	■															
Progettazione dei nuovi servizi del FSE regionale	■	■	■	■	■	■	■															
Implementazione dei nuovi servizi del FSE regionale				■	■	■	■	■	■	■	■	■										
Progettazione e implementazione di un piano di comunicazione													■	■	■	■	■	■				
Definire un processo di change-management			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	

#### *Iniziativa C5 - Strategie di valorizzazione del sistema informativo regionale*

Una organizzazione data driven è in grado di ottimizzare al massimo il proprio patrimonio di dati, mettendolo al servizio del territorio e della cura dei pazienti. Per poter raggiungere questo obiettivo è necessaria una profonda revisione dei modelli organizzativi e di conseguenza del modello del sistema informativo che punti all'implementazione di un sistema integrato, centralizzato e innovativo di gestione dei dati.

È sempre più frequente e vitale per tutte le organizzazioni e a tutti i livelli poter fruire di dati di qualità, in tempo reale ed elaborati per poter restituire informazioni sull'organizzazione, sui propri processi e le proprie performance oltre che per abilitare servizi basati sull'utilizzo dei dati stessi.

Di fondamentale importanza, in relazione in particolare alla missione 6 del PNRR, la reingegnerizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) a livello locale, con il completamento del patrimonio informativo



anche in relazione all'istituzione di nuovi flussi informativi nazionali (riabilitazione territoriale, consultori familiari, ospedali di comunità e servizi di assistenza primaria), oltre alla necessità di riorganizzare e abilitare processi operativi che consentano, partendo dalle evidenze tratte dall'analisi dei dati, di sviluppare soluzioni applicative e servizi digitali data-driven.

I fattori da ottimizzare e implementare al fine di garantire uniformità e coerenza dei dati in termini di formato, completezza e aggiornamento, sono la frammentazione applicativa, la inutile replica e la manipolazione locale dei master data, la normalizzazione delle banche dati secondo gli standard, l'interoperabilità dei sistemi.

È pertanto necessaria una profonda riorganizzazione e l'implementazione di un modello integrato, centralizzato e innovativo di gestione dei dati, la predisposizione di un'infrastruttura adeguata e la trasformazione della cultura collettiva degli attori del sistema in una cultura guidata dalla necessità di dati, attraverso un mix di competenze tecniche e di conoscenza del contesto.

È inoltre necessario lo sviluppo di competenze e funzioni definendo una strategia di *change management* che possa supportare le organizzazioni nell'apprendere la lettura del dato per sfruttare i risultati messi a disposizione al fine di incidere sui singoli processi impattati e modificarli opportunamente.

Uno degli obiettivi strategici del PNRR e Piano Triennale per l'informatica 2021-2023 è la valorizzazione del patrimonio informativo pubblico e per realizzare tale obiettivo sono stati affermati alcuni principi ritenuti fondanti per il progetto stesso:

- il superamento della logica a silos in favore di una visione sistemica
- la messa a disposizione dei dati (open data) verso la società, attraverso una regia unica che disegni i processi di standardizzazione, generazione, conservazione e riuso dei dati.

Gli ambiti di progettazione e realizzazione a lungo termine, in una logica di progetti "data driven", possono essere la sperimentazione di progetti di Internet of Things, Intelligenza artificiale, Data linkage per la valutazione trasversale di processi produttivi lineari. Tali obiettivi si declineranno operativamente nell'introduzione di strumenti evoluti di ricerca semantica basati sulla metadattazione, di strumenti di rappresentazione geolocalizzata attraverso l'utilizzo di sistemi GIS integrati, nello sviluppo di un progetto di Population Health Management per i pazienti cronici pluripatologici e nell'implementazione di un sistema di Customer Relationship Management per la sanità.

A questo scopo, il modello progettuale di Regione Lazio, prevede l'implementazione di un sistema di data lake e business intelligence centralizzato sul quale possano essere istanziate aree aziendali, con la finalità di raccogliere in modo centralizzato i dati e di metterli a disposizione a diversi livelli (da quello regionale a quello aziendale) per le diverse finalità di elaborazione e analisi, prevedendo diversi profili di autorizzazione all'accesso e all'elaborazione a seconda di ruoli e scopi.

Tale implementazione dovrà seguire le seguenti tempistiche:

C5 -Strategie di valorizzazione del sistema informativo regionale																			
Anno	2022	2023												2024					
Mese	M 12	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6
Identificazione dei bisogni informativi degli stakeholder coinvolti																			
Adeguamento del patrimonio informativo in relazione all'istituzione di nuovi flussi informativi nazionali (riabilitazione territoriale, consultori familiari, ospedali di comunità e servizi di assistenza primaria)																			
Progettazione di un sistema di data Lake e business intelligence centralizzato																			
Definizione della strategia di Data Management del data Lake																			
Implementazione del sistema di data Lake																			
Implementazione dei sistemi di data exploration e business intelligence centralizzato																			

### Iniziativa C6 - Evoluzione dell'ecosistema regionale telemedicina

#### C6.1 Servizi di telemedicina: il livello di maturità regionale

Durante l'emergenza Covid si sono moltiplicate diverse soluzioni di servizi di telemedicina che, anche se talvolta poco strutturate, hanno garantito l'assistenza a pazienti nelle più diverse condizioni cliniche. Con la fine dello stato di emergenza tali soluzioni dovranno essere messe a regime e ridefinite nei diversi aspetti. L'attuale stato dell'arte dei servizi di telemedicina della Regione Lazio evidenzia l'uso di tali servizi con punte di eccellenza di alcune realtà regionali. Lo scenario, molto variegato e articolato, si può comunque suddividere approssimativamente in tre situazioni:

- Aziende/Asl che devono ancora implementare servizi di telemedicina
- Aziende/Asl che hanno già stipulato contratti con fornitori di piattaforme telemedicina e stanno iniziando ad usare i nuovi applicativi
- Aziende/Asl che usano alcuni servizi di telemedicina con piattaforme regionali e/o con applicativi forniti da terze parti

Qualunque sia la posizione in cui si trovano le aziende sanitarie, la Regione intende sostenere lo sviluppo dei servizi di telemedicina, indicando soluzioni organizzative e promuovendo l'utilizzo di una piattaforma regionale che potrà garantire l'attivazione dei principali servizi di telemedicina. Resta alla singola Azienda/Asl la possibilità di scegliere eventuali altre soluzioni tecnologiche che però dovranno obbligatoriamente dialogare con la piattaforma regionale ed osservare tutte le normative di interoperabilità, sicurezza e privacy, indicate nelle linee guida dell'Agenas<sup>14</sup>

<sup>14</sup> <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2090-piattaforma-telemedicina-fse>

<https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2061-agenas-pubblica-l%E2%80%99avviso-per-la-piattaforma-nazionale-di-telemedicina>

Attualmente per le principali prestazioni di Telemedicina (Teleconsulto, Telemonitoraggio e Televisita) la Regione Lazio ha messo a disposizione l'utilizzo di tre piattaforme dedicate e in parte già interoperabili con altre piattaforme regionali.

- ADVICE (teleconsulto Hub/Spoke) per la rete di emergenza e telerefertazione ECG da mezzi di soccorso
- TELEADVICE (telemonitoraggio): Piattaforma usata per lo più per il Covid, l'ondata di calore e altre cronicità.
- SISMED (Televisita): piattaforma usata per prescrizione dematerializzata, integrata con SAR e SAC e interoperabile con il Recup

Tali piattaforme saranno tecnologicamente riviste e razionalizzate al fine di essere completamente integrate all'interno della piattaforma regionale di telemedicina TeleHub, al fine di offrire una migliore user-experience per pazienti ed operatori e favorendo l'integrazione con gli altri sistemi presenti a livello nazionale (data repository nazionale e piattaforma nazionale di telemedicina), regionale (FSE, piattaforma socio-sanitaria Siatess, rete dell'emergenza urgenza 118 e PS, piattaforme sanitarie, ReCUP) e aziendali (SIO, piattaforme sanitarie aziendali) tramite appositi servizi di interoperabilità.

La piattaforma TeleHub e l'integrazione delle funzioni descritte dovranno garantire di elevare i livelli di sicurezza per i pazienti e gli operatori sanitari. Inoltre le funzioni sviluppate dovranno essere finalizzate a rendere disponibili le funzionalità per l'erogazione delle diverse prestazioni di telemedicina di seguito meglio descritte nelle loro principali caratteristiche. Per assicurare un corretto e funzionale utilizzo delle piattaforme così integrate è necessario pianificare un percorso di *change management* e formazione per educare gli attori coinvolti, considerando tutti i profili del personale coinvolto.

Sarà altresì necessaria la programmazione di iniziative informative e di comunicazione volte a promuovere l'utilizzo diffuso della televisita e del telemonitoraggio tra gli assistiti del SSR, anche nell'ambito di interventi di empowerment e di sviluppo delle abilità di auto-cura destinati al paziente con specifiche cronicità.

### C.6.2 I modelli organizzativi

I modelli organizzativi possono variare molto a seconda della tipologia del servizio di telemedicina da attuare.

Il Centro Servizi e il Centro Erogatore hanno un ruolo centrale per il buon funzionamento di qualsiasi prestazione di telemedicina. Le specificità dei compiti di tali strutture sono dettagliatamente descritte nelle linee guida per l'attuazione dei servizi di telemedicina dell'Assistenza Domiciliare cui si rimanda<sup>15</sup>. Qui, per brevità, si ricordano brevemente gli obiettivi:

- il Centro Servizi ha funzioni tecniche e di governance (monitoraggio delle attività, verifica tecnica dei device elettromedicali, monitoraggio dell'eventuale consegna di device ai pazienti, soggetto attuatore del programma di formazione per l'uso dei dispositivi e l'assistenza tecnica per i pazienti e/o per il personale sanitario, etc); tale attività che può essere anche espletata da fornitori esterni, è comunque in capo alle unità operative complesse dedicate ad ICT e Ingegneria Clinica che operano in sinergia rispetto alle attività descritte. Il Centro Servizi, deve inoltre svolgere anche funzioni di Help Desk per i professionisti e per i pazienti per il supporto tecnico. L'organizzazione di tali funzioni è comunque demandata ad ogni singola realtà locale e può assolvere anche a funzioni diverse a seconda della tipologia di prestazione di telemedicina fornita. Il personale del Centro Servizi può quindi includere figure professionali infermieristiche, tecniche informatiche, di ingegneria clinica, amministrative. Il Centro Servizi può dunque essere costituito come pool di queste professionalità aziendali, potenziando le suddette strutture in tal senso, in una logica di team multidisciplinare.
- il Centro Erogatore ha funzioni prettamente cliniche e sanitarie. Il centro erogatore afferisce alla Centrale operativa territoriale.

<sup>15</sup> Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'Assistenza domiciliare (milestone EU M6C1-4)

Qualora per motivi organizzativi non sia presente il Centro Servizi, le sue funzioni saranno comunque assunte dal Centro Erogatore.

Le COT potranno essere le strutture che, oltre al loro compito di collegamento tra i diversi setting assistenziali, potranno accogliere al loro interno anche il Centro Erogatore e il Centro Servizi (in una logica di team multidisciplinare con afferenze funzionali dei diversi servizi preposti alle diverse attività) dei Servizi di Telemedicina.

Le Aziende Sanitarie dovranno presentare entro dicembre 2022 un documento che descriva il modello organizzativo che si intende utilizzare per realizzare le attività qui descritte, al fine di garantire l'effettiva attuazione del modello di presa in carico basato sull'utilizzo delle piattaforme e delle funzioni di telemedicina.

### C.6.3 Prestazioni di Telemedicina

Le diverse prestazioni di Telemedicina hanno modelli organizzativi differenti che interessano sia le strutture ospedaliere che quelle territoriali. La priorità nell'attuazione di questi servizi è incentrata comunque sul modello organizzativo di "casa, come primo luogo di cura".

Di seguito vengono brevemente descritte le definizioni, le caratteristiche principali, i percorsi organizzativi, il ruolo del centro servizi e altre caratteristiche previste per le 7 principali prestazioni che le singole Aziende/ASL dovranno implementare e/o potenziare, proponendo anche dei modelli organizzativi che prendono riferimento dai documenti Agenas a cui comunque si rimanda per ulteriori dettagli<sup>16</sup>

#### C 6.3.1 La Televisita

##### Definizione

"È un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un *caregiver*. Tuttavia, la televisita, come previsto anche dal codice di deontologia medica, non può essere mai considerata il mezzo per condurre la relazione medico-paziente esclusivamente a distanza, né può essere considerata in modo automatico sostitutiva della prima visita medica in presenza. Il medico è deputato a decidere in quali situazioni e in che misura la televisita può essere impiegata in favore del paziente, utilizzando anche gli strumenti di telemedicina per le attività di rilevazione, o monitoraggio a distanza, dei parametri biologici e di sorveglianza clinica. La televisita è da intendersi limitata alle attività di controllo di pazienti la cui diagnosi sia già stata formulata nel corso di visita in presenza".<sup>17</sup>

##### Caratteristiche principali

- È usata esclusivamente per visite di controllo in pazienti con storia clinica già definita. Il core della televisita è un contatto sincrono tra il paziente e il medico
- Può essere preceduta da una parte asincrona dove il paziente può fornire eventuale documentazione clinica e/o rispondere a determinati questionari incentrati sulla propria patologia
- Lo scambio di documentazione clinica potrà comunque avvenire anche durante la videocall tra il medico e il paziente
- Qualora il paziente abbia reso il proprio FSE consultabile, questo potrà essere visionabile del medico che effettua la televisita.
- La televisita effettuata da uno specialista richiede sempre la prescrizione dematerializzata, la prenotazione su agende Recup e termina sempre con un referto che deve essere inviato al FSE
- La televisita effettuata dal MMG/PLS può essere considerata come un accesso domiciliare e pertanto non avrà bisogno di prescrizione/prenotazione/referto ma deve terminare con una relazione sulla scheda clinica del paziente e ne deve essere tenuta traccia nella programmazione del PAI domiciliare, nel caso in cui ve ne sia uno

##### Percorsi organizzativi

<sup>16</sup> Agenas - Linee guida telemedicina in ADI e per piattaforme di telemedicina

<sup>17</sup> Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, Rep. Atti n. 215/CSR.

- L'attivazione del servizio di televisita è di norma di competenza della COT<sup>18</sup>
- La televisita dovrà avere, seppur con modalità diverse, gli stessi passaggi operativi delle visite in presenza.
- Le piattaforme devono prevedere la gestione di una fase asincrona per l'invio della documentazione sanitaria e la possibilità di somministrare eventuali questionari incentrati sulla patologia del paziente e utilizzabili anche al fine di rilevare la maturità tecnologica e il digital divide del paziente, e di una fase sincrona finalizzata allo scambio contestuale alla visita di ulteriore documentazione. Nella comunicazione sincrona e asincrona con l'utente devono essere utilizzati tutto gli strumenti di multicanalità, come ad esempio APP, funzioni di chatbot, chat, etc etc. La televisita, se prevede ulteriori follow up, deve terminare con nuova prescrizione e prenotazione di altra prestazione.
- La televisita è lo strumento particolarmente indicato anche per il rinnovo dei piani terapeutici

#### **Il ruolo del centro servizi**

- Il centro Servizi deve avere a disposizione interfacce di sistemi di business intelligence per il governo e il monitoraggio dei processi; inoltre dovrà compiere attività di helpdesk per i pazienti e per i medici anche con interventi proattivi
- L'organizzazione della televisita potrà avvalersi, come avviene nelle prestazioni ambulatoriali in presenza, anche di personale infermieristico e/o amministrativo di supporto.

#### **Caratteristiche essenziali della piattaforma**

- La piattaforma di gestione delle prestazioni di televisita deve avere caratteristiche di interoperabilità tali da garantire l'integrazione con i principali sistemi aziendali e regionali (ASUR, SAR, CUP, FSE, cartelle, repository documentali, data repository, etc). Si rimanda per gli standard e flussi di integrazione alle caratteristiche minime delle piattaforme espresse nel documento Agenas
- I pazienti potranno accedere alla televisita attraverso la piattaforma di FSE regionale
- Tutta la documentazione scambiata, i questionari compilati e in generale dati e informazioni devono essere storicizzati sulla piattaforma e messi a disposizione del FSE e delle piattaforme di gestione dei percorsi e della presa in carico nei diversi setting, oltre che delle piattaforme nazionali di telemedicina e data repository

#### **C.6.3.2 Il Telemonitoraggio**

##### **Definizione**

Obiettivo del telemonitoraggio è il controllo nel tempo dell'andamento dei parametri rilevati, permettendo il rilevamento di parametri con maggiore frequenza e uniformità e riducendo la necessità per il paziente di eseguire controlli ambulatoriali di persona. Il telemonitoraggio permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici anche per mezzo di sensori e/o medical device che interagiscono con il paziente. Le tecnologie utilizzate al domicilio, personalizzate in base alle indicazioni fornite dal medico, devono essere connesse al sistema *software* che raccoglie i dati di eventuali medical device e i dati clinico anamnestici necessari al monitoraggio delle singole patologie. Il sistema di telemonitoraggio deve consentire di integrare tali dati, se necessario, con altri dati sanitari e di metterli a disposizione degli operatori in base a modalità organizzative e tecniche stabilite.

##### **Caratteristiche principali**

- Il servizio è particolarmente indicato, ma non prerogativa, per i pazienti in ADI, i quali potranno usufruire anche di altre prestazioni. Sui modelli organizzativi si fa riferimento alle linee guida dell'AGENAS sulla telemedicina nell'Assistenza domiciliare
- Vi è un coinvolgimento attivo del medico (MMG/PLS/specialista), dell'infermiere, del case manager e del Centro Servizi

<sup>18</sup> Possono essere individuate modalità differenti nel caso di pazienti seguiti da centri specialistici ospedalieri, concordati fra ASL ed erogatori.

- I parametri da monitorare e la loro frequenza saranno stabiliti dal medico (MMG/PLS/specialista) in fase di accesso al servizio
- Ogni telemonitoraggio avrà una durata prevista e sarà reiterabile nel tempo
- Ogni servizio di telemonitoraggio si deve concludere sempre con una relazione clinica firmata digitalmente da inviare al FSE

### **Percorsi organizzativi**

- Qualsiasi paziente con patologia cronica può essere arruolato in un servizio di telemonitoraggio che potrà essere attivato secondo modelli organizzativi e criteri di inclusione decisi delle singole aziende e applicati nel passaggio tra i diversi setting assistenziali. La possibilità di poter attivare i servizi di telemonitoraggio contribuisce a dare una risposta sanitaria a diverse patologie limitando il rischio di riacutizzazione e limitando i ricoveri inappropriati
- Il telemonitoraggio può essere richiesto dal MMG/PLS, dallo specialista, dall'Ospedale di Comunità, o in fase di dimissione ospedaliera; la richiesta informatizzata di telemonitoraggio per l'ADI avverrà tramite i processi di gestione della dimissione complessa, delle segnalazioni al PUA, della presa in carico e della valutazione multidisciplinare predisposti sulla piattaforma regionale Siatess. Tale piattaforma è già integrata con il sistema regionale di gestione dell'ADI, SIAT, e sarà integrata con tutti gli altri sistemi di gestione del processo socio-sanitario
- Un ruolo predominante lo ha in questo ambito l'infermiere di Famiglia e di Comunità
- La consegna dei dispositivi prescritti (sensori, e dispositivi medici), forniti dall'Azienda sanitaria, e la formazione di paziente e/o caregiver è in carico al personale sanitario che segue il paziente, eventualmente coadiuvato da personale tecnico per l'installazione e l'avvio dei dispositivi.
- La gestione degli allarmi generati dalla piattaforma è affidata agli attori che, a seconda della complessità del caso, ne hanno valutato l'applicabilità e la personalizzazione, quindi alla équipe assistenziale, alla COT e qualora direttamente alla rete dell'emergenza in linea con il protocollo di gestione personalizzata degli allarmi inserito nel PAI.

### **Ruolo del Centro Servizi**

- Il Centro Servizi / Centro Erogatore garantisce l'accesso alla piattaforma, il settaggio dei valori soglia, ecc. Si occupa inoltre di fornire assistenza tecnica e servizio di help desk di secondo livello (supporto tecnico) in caso di necessità (attraverso canali, orari e giornate definiti) per i pazienti e per il personale coinvolto

### **Caratteristiche essenziali della Piattaforma**

- Qualsiasi piattaforma si usi per il telemonitoraggio dei parametri inviati questa deve essere interoperabile e conforme con la piattaforma regionale e con gli standard e i modelli di interoperabilità previsti dalla piattaforma di Data Repository nazionale.
- La gestione clinica del paziente potrà essere effettuata attraverso la piattaforma di telemonitoraggio o con applicativi terzi, purchè questi garantiscano la massima interoperabilità e compliance agli standard previsti dalle Linee Guida del FSE per il conferimento dei documenti e dei dati sanitari
- Qualunque sia la soluzione tecnologica usata si deve comunque sempre poter facilmente individuare la/le patologia/e del paziente, la terapia in atto, lo schema di interazione con la piattaforma e l'eventuale medico di riferimento che si può affiancare al MMG/PLS e il case manager.
- Qualsiasi device elettromedicale si usi questo deve avere certificazione e deve utilizzare standard di comunicazione aperti, garantire la completa interoperabilità. Non possono essere in alcun modo previsti standard proprietari che limitino l'integrazione e lo scambio dei dati prodotti e ricevuti.
- Caratteristiche minime delle piattaforme sono descritte nel documento dell'Agenas
- La piattaforma di telemedicina può prevedere funzionalità fruibili tramite App per i pazienti e gli operatori al fine di garantirne anche l'utilizzo al domicilio del paziente. In questo modo si possono prevedere anche device di secondo livello (spirometri, ECG a 12 derivazioni, Fonendoscopio BT, ecc) ad utilizzo delle professioni sanitarie, con un coinvolgimento attivo anche degli OSS.

### C.6.3.3 Telecontrollo

#### Definizione

Può essere definito come una sorta di telemonitoraggio “light” molto più flessibile e con tempi di controllo molto più diradati. “Il telecontrollo medico consente il controllo a distanza del paziente. Tale attività è caratterizzata da una serie cadenzata di contatti con il medico, che pone sotto controllo l'andamento del quadro clinico, per mezzo della videochiamata in associazione con la condivisione di dati clinici raccolti presso il paziente, sia prima che durante la stessa videochiamata. Questo per patologie già diagnosticate, in situazioni che consentano, comunque, la conversione verso la visita di controllo tradizionale in tempi consoni a garantire la sicurezza del paziente e in ogni caso sempre sotto responsabilità del medico che esegue la procedura”.<sup>19</sup>

#### Percorsi organizzativi

- Definiti a livello di singola azienda
- Il telecontrollo può essere richiesto da un medico (MMG/PLS, specialista) che ravvede la necessità di monitorare da remoto ed in maniera periodica il paziente nel tempo.
- La gestione degli allarmi generati dalla piattaforma è affidata agli attori che, a seconda della complessità del caso, ne hanno valutato l'applicabilità e la personalizzazione, quindi alla équipe assistenziale, alla COT e qualora direttamente alla rete dell'emergenza in linea con il protocollo di gestione personalizzata degli allarmi inserito nel PAI.

#### Ruolo del Centro Servizi

- È limitato al controllo della tempistica a supporto del medico o del paziente.

#### Piattaforme da utilizzare

- Si possono usare le piattaforme della televisita e/o del teleconsulto purchè garantiscano l'utilizzo di standard aperti e la massima interoperabilità secondo quanto previsto nelle linee guida

### C.6.3.4 Teleconsulto

#### Definizione

È un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite una videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audio-video riguardanti il caso specifico. Tutti i suddetti elementi devono essere condivisi per via telematica sottoforma di *file* digitali idonei per il lavoro che i medici in teleconsulto ritengono necessari per l'adeguato svolgimento di esso. Il teleconsulto tra professionisti può svolgersi anche in modalità asincrona, quando la situazione del paziente lo permette in sicurezza. Quando il paziente è presente al teleconsulto, allora si svolge in tempo reale utilizzando le modalità operative analoghe a quelle di una televisita e si configura come una visita multidisciplinare.<sup>20</sup> Il teleconsulto deve avere come output una relazione multidisciplinare sottoscritta da tutti i componenti del tavolo o un referto specialistico se erogata da un singolo specialista.

#### Caratteristiche principali

- Può essere svolto sia in urgenza tra i DEA, che in elezione (tra reparti della stessa o di diverse strutture sanitarie). Il teleconsulto può essere sincrono o asincrono ed ha sempre un richiedente ed un refertante ben identificato (Modello Hub/Spoke)

#### Percorsi organizzativi

<sup>19</sup> Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, Rep. Atti n. 215/CSR.

<sup>20</sup> Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, Rep. Atti n. 215/CSR.

- I teleconsulti possono essere effettuati tra diverse aziende sanitarie e strutture sanitarie territoriali. La piattaforma garantisce il supporto per la comunicazione in sicurezza dei dati sanitari e la consultazione di eventuale diagnostica; è sempre necessario un accordo tra le diverse realtà sanitarie per intraprendere l'attività di teleconsulto
- Il teleconsulto è utilizzabile non solo tra ASL e Ospedali ma è particolarmente indicato nelle RSA, nelle strutture residenziali e le case di reclusione per le specialità di maggior interesse clinico

#### **Piattaforma**

- Per la rete emergenza, essendo un servizio che coinvolge prevalentemente strutture sanitarie diverse, è scelta obbligata l'uso della piattaforma Regionale ADVICE nell'ambito della piattaforma TeleHub regionale;
- Per i teleconsulti intra - aziendali si potranno usare gli applicativi già in essere nelle diverse realtà; per i teleconsulti tra diverse aziende si potranno utilizzare piattaforme dedicate ma sarà prevista la progressiva migrazione sulla piattaforma TeleHub, nuova piattaforma regionale dedicata a questa funzione, con lo scopo di offrire a tutti i professionisti e i pazienti una rete multidisciplinare, distribuita e coordinata

#### **Il centro servizio**

- Avrà solo funzioni di help desk a richiesta e di supervisione dei processi operativi, intervenendo in maniera proattiva in caso di teleconsulti inevasi o problematiche tecniche

#### **C.6.3.5 Teleconsulenza Medico-sanitaria**

È un'attività non necessariamente medica, specifica delle professioni sanitarie, che può usufruire delle piattaforme e dei modelli organizzativi del teleconsulto non in emergenza. Può richiedere o meno la presenza del paziente

I modelli organizzativi e le piattaforme sono sovrapponibili a quelli del teleconsulto medico a cui si rimanda.

#### **C.6.3.6 TeleAssistenza**

##### **Definizione**

È un atto professionale di pertinenza della relativa professione sanitaria e si basa sull'interazione a distanza tra il professionista e il paziente/*caregiver* per mezzo di una videochiamata, alla quale si può all'occorrenza aggiungere la condivisione di dati referti o immagini. Il professionista che svolge l'attività di teleassistenza può anche utilizzare idonee APP per somministrare questionari, condividere immagini o video *tutorial* su attività specifiche. La multicanalità è uno strumento utile al fine di garantire la massima accessibilità ai servizi. Lo scopo della teleassistenza è quello di supportare il corretto svolgimento di attività assistenziali, eseguibili prevalentemente a domicilio. La teleassistenza è prevalentemente programmata e ripetibile in base a specifici programmi di accompagnamento al paziente

##### **Piattaforma**

- La teleAssistenza potrà avvalersi di piattaforme e modelli organizzativi simili a quelli del telemonitoraggio e della televisita a cui si rimanda
- I soggetti attivatori del servizio di teleassistenza sono: i professionisti sanitari (infermiere/fisioterapista/ecc.), la COT
- L'attivazione del servizio viene programmata con i professionisti sanitari coinvolti e gestita direttamente dagli stessi o anche dalla COT

#### **C.6.3.7 Teleriabilitazione**

##### **Definizione**

Consiste nell'erogazione a distanza di prestazioni e servizi intesi ad abilitare, ripristinare, migliorare, o comunque mantenere il funzionamento psicofisico di persone di tutte le fasce d'età, con disabilità o disturbi,



congeniti o acquisiti, transitori o permanenti, oppure a rischio di svilupparli. È un'attività sanitaria di pertinenza dei professionisti sanitari, può avere carattere multidisciplinare e, quando ciò costituisca un vantaggio per il paziente, può richiedere la collaborazione dei *caregiver*, familiari e non, e/o di insegnanti. Le prestazioni e i servizi di teleriabilitazione possono essere fruiti da qualsiasi luogo assistenziale e/o educativo in cui si trova il paziente (es. strutture sanitarie, residenze sanitarie o sociosanitarie, istituti penitenziari, case-famiglia, comunità residenziali, scuole, istituti di formazione, università, contesti comunitari o luoghi di lavoro basati sulla comunità, domicilio). Nelle attività di teleriabilitazione vanno comprese anche quelle volte alla valutazione a distanza del corretto utilizzo di ausili, ortesi e protesi durante le normali attività di vita condotte all'interno dell'ambiente domestico o lavorativo.<sup>21</sup>

La programmazione delle attività può, ove necessario per una corretta presa in carico essere inserita nella definizione del Piano di Salute dell'assistito o essere prescritta con modalità alternative rispetto a quelle standard previste per questa disciplina. Deve comunque essere sempre tracciato il programma e il dispositivo eventuale attraverso il quale viene attuato

#### C6.4 Tariffazione prestazioni di telemedicina

Attualmente le uniche prestazioni tariffate sono le televisite (DCS n.103 del 20 luglio 2020 e successive modifiche e integrazioni). Trattandosi di visite di controllo possono usufruire dell'esenzione per patologia – documento in itinere); Qualora il paziente non abbia nessuna esenzione dovrà pagare il ticket attraverso i canali regionali di pagamento on line PagoOnline o gli altri canali di pagamento attivi.

Per ciò che riguarda la tariffazione di tutte le altre prestazioni di telemedicina si è in attesa di direttive nazionali.

#### C6.5 Ruoli, modelli di interazione e modelli di allestimento tecnologico nell'erogazione dei diversi servizi di telemedicina

Per un singolo utente si possono attivare più servizi di telemedicina e l'attivazione di diverse attività può anche essere in parte sovrapponibile e può richiedere servizi diversi con tempistiche diverse a seconda anche dalle esigenze assistenziali.

Ci sono delle prestazioni di telemedicina come la Televisita, il Teleconsulto medico e la Teleconsulenza medico sanitaria, che sono, per la loro particolarità dedicate ad un uso saltuario o "puntuale". Altre prestazioni come la Teleassistenza, il Telecontrollo o la Teleriabilitazione, si prestano invece a cicli di prestazioni distribuiti ma limitati nel tempo.

La prestazione di telemonitoraggio rappresenta invece il servizio di telemedicina che più si addice ad una modalità continuativa di assistenza sanitaria, ed è anche quella che coinvolge contemporaneamente più attori. I pazienti trattati, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, laddove indicato anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare).

Tra gli obiettivi primari dell'intervento deve essere posto anche il coinvolgimento attivo e l'aumento di consapevolezza, nonché la capacità di auto-cura dei pazienti e del familiare/caregiver, attraverso la formazione e l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

La gestione e l'attività sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze.

<sup>21</sup> Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie, Rep. Atti n. 231/CSR.

Pertanto, in linea con quanto sopra espresso, la progettazione della connettività e degli spazi di lavoro prevedono infrastrutture e dotazioni leggere, sempre connesse e facilmente trasportabili al fine di consentire agli operatori di erogare le attività nella massima prossimità del paziente.

Oltre a cablaggi Wi-Fi a copertura totale delle strutture, sono necessarie dotazioni portatili (tablet, smartphone, PC portatili, stampanti portatili, sensori...) e sempre connesse. Nelle strutture la connessione sarà a disposizione anche per i visitatori in modalità sicura, al fine di renderli parte attiva dell'ecosistema di servizi digitali messi a disposizione per le finalità di cura, presa in carico, orientamento e informazione.

È opportuno prevedere spazi e attrezzature dedicati alla collaborazione virtuale e fisica, pertanto gli spazi delle sale riunioni e degli incontri saranno allestiti con monitor multimediali, attrezzature per audio video per le sale riunioni, sistemi cloud per l'archiviazione delle informazioni per le finalità di formazione, consulenza e l'addestramento del familiare/caregiver.

#### C6.5.1 La domotica affiancata alla telemedicina in ambito socio-sanitario

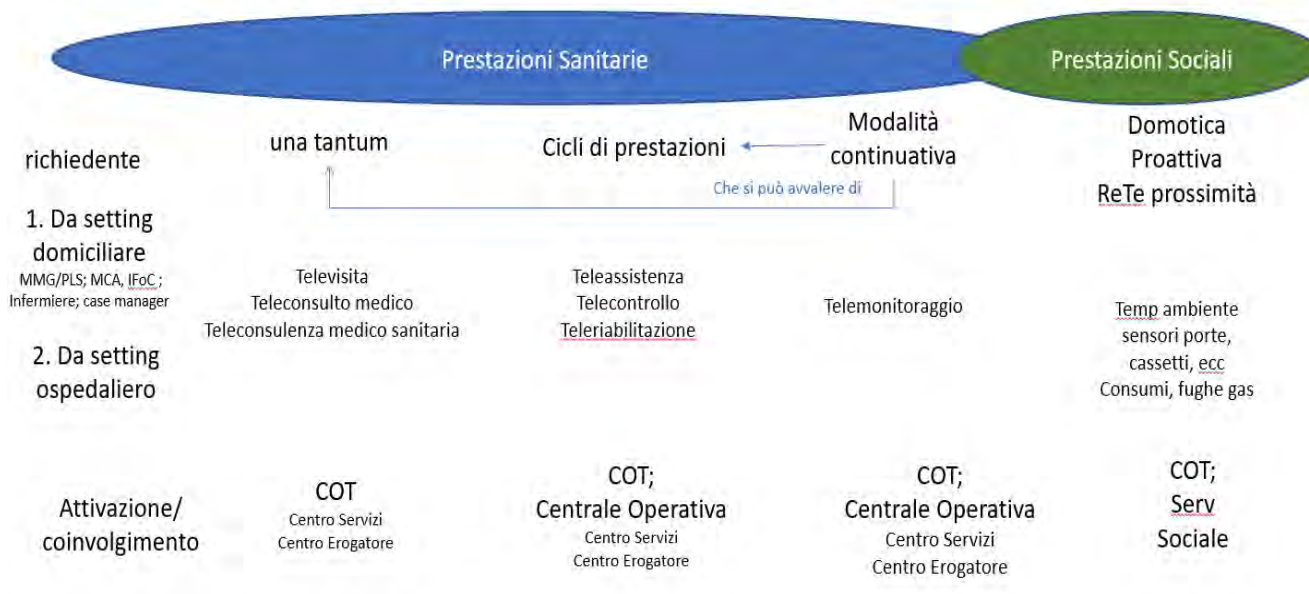
La necessità di monitoraggio e sorveglianza continua dei pazienti rende necessario pensare a sistemi di sensoristica che rendano gli ambienti interattivi con il paziente e attraverso i quali l'ambiente stesso diventi supporto di monitoraggio e sorveglianza per il personale attraverso la rilevazione di alert legati a movimenti o situazioni anomale. Questo potrà avvenire attraverso impianti di sensoristica domiciliare, dispositivi indossabili, ed altri elementi di domotica. Oltre che per la sorveglianza attiva, tali sistemi potranno essere utilizzati anche nell'ambito delle attività educative, riabilitative e di coinvolgimento del paziente.

La domotica pur non rientrando tra le prestazioni del SSR, può coadiuvare le forme di assistenza anche sanitarie in pazienti fragili, a rischio di isolamento.

Se si vogliono sviluppare servizi efficaci ed efficienti è necessario predisporre percorsi di co-progettazione con i servizi e gli enti del territorio, degli spazi e dei luoghi abitativi e residenziali, in modo tale da effettuare tali interventi nativamente a partire dalla progettazione e adeguamento strutturale. Semplici interventi di domotica possono essere anche applicati per incentivare il Co-Housing, fenomeno in crescita ed alternativa valida all'istituzionalizzazione. Molto si può fare anche nelle RSA, nelle residenze assistite o nei centri diurni, ove presenti.

Gli elementi descritti consentono l'interazione e la condivisione di dati che opportunamente elaborati in eventuali alert e condivisi con il centro servizi e/o con le COT possono prevenire l'aggravarsi di situazioni cliniche intervenendo in modalità proattiva. È auspicabile anche una co-gestione di eventuali alert e criticità tra il sociale e il sanitario anche attraverso l'uso di piattaforme condivise.

Attivazione e caratteristiche dei servizi di telemedicina e domotica per l'ADI



C6.5.2 Il ruolo delle farmacie nell'erogazione delle prestazioni di telemedicina in ambito socio-sanitario

In ottemperanza a quanto previsto dalle linee guida per il Fascicolo Sanitario Elettronico, il ruolo delle farmacie territoriali e ospedaliere nella rete dei servizi territoriali assume grande rilievo.

Le farmacie attraverso l'accesso al FSE diventeranno un nodo fondamentale per la presa in carico, la gestione amministrativa del percorso del paziente fragile (prenotazione delle prestazioni), il supporto alla valutazione dell'aderenza terapeutica attraverso la possibilità di attuare funzioni di monitoraggio, teleassistenza e telecontrollo e il supporto all'appropriatezza delle terapie, rispetto allo stato di salute e alle caratteristiche specifiche del paziente (allergie, intolleranze...)Pertanto, le farmacie territoriali, assumono un ruolo fondamentale anche nella generazione dei dati di erogazione, oltre che come attori proattivi, nelle funzioni di supporto di cui sopra, entrando a far parte della rete come soggetto attivo.

Da quanto sinteticamente riportato si evince che gli attori coinvolti nelle prestazioni di telemedicina possono essere molteplici. Per ulteriori approfondimenti circa i ruoli dei diversi attori coinvolti nei servizi di telemedicina si può fare riferimento alle "Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare" approvate con decreto del Ministero della Salute il 29 aprile 2022 e recepite da regione Lazio con Determinazione n° G07238 del 06/06/2022.

C6.6 CRONOPROGRAMMA Sviluppo TeleHub e servizi di Telemedicina

Il cronoprogramma si riferisce principalmente allo sviluppo della piattaforma TeleHub come sopra descritta:

C6 - Evoluzione dell'ecosistema regionale telemedicina																														
Anno	2022						2023												2024											
Mese	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12
Teleconsulto in emergenza																														
Sviluppo servizi di interoperabilità verso il FSE	S	S	S	S	S	S	T	T	T	E	E	E																		

Sviluppo servizi di interoperabilità verso piattaforme regionali e aziendali	S	S	S	S	S	S	T	T	T	E	E	E																											
Televisita	T	T	T	E	E	E																																	
Teleconsulento medico, Teleconsulenza Medico sanitaria				T	T	T	E	E	E																														
Teleassistenza							T	T	T	E	E	E																											
Telecontrollo										T	T	T	E	E	E																								
Telemonitoraggio										T	T	T	E	E	E																								
Nuova APP Salute Lazio (integrata con FSE)										T	T	T	E	E	E																								
Teleriabilitazione													T	T	T	E	E	E																					
Sviluppo servizi di interoperabilità verso DATA REPOSITORY NAZIONALE																T	T	T	E	E	E																		

### Iniziativa C7 – EVOLUZIONE DELL'ECOSISTEMA SANITÀ TERRITORIALE

Il modello delle Centrali operative COVID ha visto nascere nelle aziende piattaforme informatiche che hanno consentito di gestire l'intero processo di gestione del caso, dalla segnalazione passando per la valutazione, la presa in carico, la rivalutazione, il passaggio di setting.

Le Aziende hanno sviluppato soluzioni che hanno dunque consentito, tramite l'integrazione tra le piattaforme locali e quelle regionali, di gestire la transizione tra strutture e la comunicazione tra professionisti. In particolare nella fase di presa in carico e rivalutazione si sono sviluppate soluzioni di monitoraggio a distanza del paziente in isolamento, sia a livello regionale che locale.

Sempre nell'ambito dello sviluppo di tali sistemi informatici e attraverso gli strumenti del web 2.0 è stato possibile gestire il monitoraggio proattivo negli istituti scolastici, dove si sono sperimentate anche soluzioni di acquisizione dei consensi on line con firma FEA, nel rapporto tra le strutture private e le RSA e le aziende sanitarie, con la finalità della presa in carico tempestiva e del monitoraggio degli ospiti.

È pertanto considerato un passaggio naturale per le Aziende quello di pensare come scalabili le piattaforme previste per la gestione delle centrali operative COVID anche sul livello delle centrali operative aziendali e territoriali.

D'altro canto, l'ecosistema sanità territoriale è un complesso articolato di strutture che prevede oltre alle COT anche le Case della Comunità, gli ospedali di comunità, le strutture socio-assistenziali diurne, semiresidenziali e residenziali temporanee, gli Hospice, le sedi di erogazione delle attività specialistiche, l'assistenza domiciliare. Inoltre la multiprofessionalità e la popolazione di riferimento con una importante stratificazione di patologie, e caratterizzata da disparità di accesso ai servizi sanitari dovuti a gap socioeconomici, geografici e digitali, esigono una coerenza, accessibilità e omogeneità degli strumenti informatici e di comunicazione non solo per garantire l'integrazione ospedale-territorio ma anche tra territori e istituzioni pubbliche e private con diverse mission ma con il fine di mantenere in condizioni di salute e autosufficienza la popolazione fragile.

Tali luoghi sono anche i luoghi della programmazione e del monitoraggio delle prestazioni cliniche e socio-assistenziali, pertanto necessitano di strumenti informativi ed informatici che garantiscano la programmazione delle attività, la raccolta, l'elaborazione e la fruizione dei dati in termini di indicatori di

produzione, performance, aderenza e adesione, anche in connessione con il completamento del patrimonio informativo sanitario nazionale previsto dal PNRR.

Essendo strutture di una rete complessa è fondamentale lo sviluppo di un sistema di CRM che garantisca la continuità delle comunicazioni e la tracciabilità della relazione e dei contatti tra i diversi nodi e attori della rete.

Partendo dunque dall'esperienza delle centrali operative COVID e dalle piattaforme nate a livello locale, si ritiene sia di rilevanza fondamentale avere una piattaforma unica che a livello regionale garantisca la condivisione delle informazioni e lo sviluppo del network regionale delle strutture e dei servizi socio-sanitari anche al fine di garantire la coesione e la presa in carico del nucleo familiare che per sua natura si può trovare distribuito tra grande centro urbano e provincia, tra domicilio e struttura residenziale o ospedaliera e che include care giver di diverse provenienze sociali e culturali.

### C7.1 Presa in carico soggetto fragile

Il 70% delle risorse economiche del SSN è assorbito dal 30% della popolazione che è affetto da malattie croniche sempre più spesso con diverse patologie e da problemi di tipo sociale.

Per affrontare il cambiamento si rende necessario lo sviluppo di un sistema informatico e informativo territoriale che prevede il coinvolgimento di attori esterni ed erogatori come le cure intermedie, i servizi sociali comunali e del territorio, i MMG, progettando processi integrati orientati alla continuità assistenziale, in una logica che supera i confini delle discipline e con una maggiore attenzione alla razionalità dei processi operativi in una logica *lean*.

La piattaforma regionale consente l'integrazione orizzontale delle discipline (Percorsi di Salute) in modo da creare le condizioni ottimali per l'accessibilità, la continuità e l'appropriatezza delle cure in spazi e tempi compatibili con i bisogni. La programmazione prevede l'attivazione graduale delle funzioni necessarie alla gestione di tutta la filiera delle attività che costituiscono il processo socio-sanitario, le reti sociali, socio-sanitarie e sanitarie, nonché di gestire la presa in carico complessiva della persona in relazione ai suoi bisogni e all'evoluzione di questi nel tempo.

L'approccio adottato deve essere infatti un approccio globale che consente di intercettare l'utente nei suoi diversi percorsi di accesso al sistema di welfare locale e di evitare i punti di "rottura" che si manifestano nel momento del cambio di setting e che sono causati dal tradizionale approccio verticale "a silos" dei sistemi informatici, centrati sul singolo modello organizzativo sulla patologia o sul canale di finanziamento.

### C7.2 La rete delle COT

Il nuovo modello di Sistema Informativo Territoriale si basa sulla capacità di costruire una rete di Centrali Operative Territoriali (COT) interconnesse in una logica di "Rete territoriale integrata" che vede le COT come elementi fondamentali per garantire la continuità assistenziale tra i diversi setting assistenziali e supportare tutti i processi di valutazione e presa in carico del paziente fragile. Il sistema informativo a supporto delle attività della Rete delle COT consente attraverso l'attivazione di funzioni integrate e schede di rilevazione omogenea a livello regionale di:

- 1) agevolare la dimissione protetta del paziente fragile garantendo la continuità assistenziale nella fase più delicata del passaggio dal setting acuto al setting post-acuto, sia esso residenziale che domiciliare.
- 2) facilitare l'ammissione protetta ovvero l'accesso alla Rete dei servizi attraverso punti di accesso (PUA) attivati presso ogni sede distrettuale;

L'adozione di questo modello di piattaforma unica multifunzionale e multiprofessionale consente la potenziale riduzione dei tempi di attesa per l'uscita dal setting ospedaliero con un conseguente risparmio derivante dall'ottimizzazione dell'occupazione di posti letto ospedalieri in favore di servizi territoriali più adeguati.

La piattaforma consente di gestire in continuità la valutazione di secondo livello, attraverso équipe multidisciplinari (UVM) adottando un unico sistema di valutazione, validato a livello internazionale, per garantire un sistema omogeneo per tutto il territorio regionale e maggiore equità nella fase di accesso ai servizi per tutti gli assistiti.

Regione Lazio ha già attivato a partire dalla fine del 2021 un primo modulo del sistema informativo sopra descritto e denominato SIATeSS che prevede la valutazione multidimensionale attraverso la suite InterRAI per i diversi setting territoriali (ADI, Cure Palliative e RSA) e la configurazione della rete di Centrali Operative che rispondono già in gran parte al modello sopra citato.

La fase pandemica, connotata dall'esigenza di tempestività nelle comunicazioni tra rete ospedaliera e territoriale, ha consentito di adottare un modello di UVM semplificata ospedaliera che ha consentito di snellire i processi di dimissione, rimandando ad una successiva rivalutazione territoriale di parte della UVM territoriale per verificare l'appropriatezza del setting. La nuova reingegnerizzazione del processo di dimissione ospedaliera verso il territorio, che prevede le due fasi sopra descritte è risultata una best practice che ha consentito una gestione snella ma dinamica e puntuale durante la pandemia, da confermare nell'evoluzione del modello di integrazione.

Nella prima fase progettuale è stato disegnato il modello organizzativo centrato su processi di presa in carico gestiti da una rete di Centrali Operative Territoriali multi-livello in grado di governare il sistema territoriale in funzione dei diversi setting assistenziali e dei diversi stakeholder coinvolti.

Il sistema è stato già attivato con successo su 3 ASL (ASL Roma1, ASL Roma4 e ASL Viterbo) e 11 Distretti, per la gestione della presa in carico degli assistiti per il setting assistenziale domiciliare (ADI): il processo prevede la raccolta delle segnalazioni ed una prevalutazione da parte dei PUA distrettuali e la gestione di una valutazione di secondo livello da parte delle COT aziendali, attraverso l'attivazione delle équipe UVM, fino all'attivazione del servizio, l'attivazione del processo di segnalazione dalla struttura ospedaliera per garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio e l'integrazione della rete post-acuzie.

La traiettoria evolutiva del sistema prevede il dispiegamento delle funzioni sopra descritte a tutto il territorio regionale (ASL, Distretti, Ospedali e Strutture Intermedie) e l'estensione ai diversi setting assistenziali (Cure Palliative e RSA ecc.) entro il primo semestre 2023

Al termine di questa fase sarà quindi operativa una intera rete territoriale regionale in grado di connettere tutti i punti operativi e garantire processi di presa in carico omogenei, strutturati, efficienti, governabili e misurabili sia a livello locale che regionale.

### C7.3 Case della Comunità e Percorsi di Salute

Le Case della Comunità rappresentano, la sede di diverse attività cliniche di bassa intensità e il luogo dello sviluppo del rapporto con le comunità di riferimento.

Disporranno pertanto di una piattaforma di Care management, integrata in modo nativo con la rete delle COT, in grado di garantire la costruzione di Percorsi di Salute centrati sul paziente che consentano di integrare tutti i servizi e tutti gli attori coinvolti nel processo di presa in carico, assistenza e supporto.

La piattaforma consente di creare un repository regionale di riferimento all'interno del quale sarà possibile mettere a disposizione i protocolli di cura e le *best practices* validate a livello regionale da utilizzare come modello di riferimento per la costruzione di Percorsi personalizzati e di comunità.

L'obiettivo è quello di offrire alla rete regionale uno strumento che consenta la completa presa in carico di pazienti con comorbidità, adottando un approccio multidisciplinare attraverso la configurazione di funzioni e profili per garantire la migliore e più funzionale interazione tra servizi sociali erogati dai Comuni e dagli enti del terzo settore, i servizi domiciliari erogati da MMG e nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata, anche attraverso gli strumenti di Telemedicina.

Nello sviluppo della progettualità complessiva prevista dal PNRR e indicata nel presente documento la piattaforma garantirà l'interoperabilità con i sistemi regionali (ASUR, IAM, CUP, ADT, ecc.), con i sistemi informativi aziendali, con i sistemi informativi della medicina di base e con il nuovo fascicolo sanitario FSE 2.0 attraverso standard consolidati (HL7, FHIR).

Sono già attive in Regione progettualità indirizzate a sperimentare e validare un nuovo modello di presa in carico da estendere dal 2023 su tutto il territorio. Tali progettualità saranno supportate dallo strumento informatico qui descritto, al fine di sperimentare sul campo le funzionalità e le caratteristiche che devono essere previste per garantire una presa in carico olistica dell'assistito, superando l'approccio tradizionale e supportando modelli innovativi e proattivi, che nel rispetto degli aspetti legati al GDPR supportino pienamente la collaborazione tra ASL, Comune/MUNICIPIO (per Roma Capitale) e Terzo Settore.

Obiettivi a cui la piattaforma regionale dovrà rispondere nell'ambito del progetto e nell'ottica della piena gestione del modello organizzativo previsto dal DM 77 sono:

- facilitare la cooperazione tra MMG, personale sanitario dell'ASL, del Comune/Municipio (per Roma Capitale) e del Terzo settore attraverso Team Multidisciplinari e Percorsi di Cura integrati;
- permettere la modellazione di Protocolli di Cura validati da una Cabina di Regia e funzionali a facilitare la presa in carico per gli operatori territoriali;
- prevedere la presenza di Case/Care manager per il monitoraggio dei percorsi degli assistiti;
- disporre di strumenti di condivisione in totale sicurezza delle informazioni tra i diversi operatori attraverso diari multidisciplinari;
- consentire la rendicontazione delle prestazioni erogate e l'utilizzo di un diario condiviso anche attraverso strumenti in mobilità;
- disporre di strumenti di governance in grado di supportare l'attività di una vera e propria Cabina di Regia in grado di garantire ai soggetti promotori del progetto (ASL, Comune/MUNICIPIO (per Roma Capitale) e Terzo Settore) il monitoraggio e l'analisi degli outcome delle azioni intraprese;
- attivare sistemi di orientamento "intelligenti" in grado di mappare i servizi del territorio e di ricomporre la frammentazione dei servizi in un unico market-place.

#### C7.4 Sistema di Governance: strumenti di analisi degli assistiti, monitoraggio della spesa e del budget

La frammentazione dei servizi e delle attività erogate sul territorio e la complessità generata dai diversi setting assistenziali presenti e dall'instabilità dal punto di vista clinico dei pazienti fragili, richiede un sistema di governance adeguato in grado di gestire l'analisi in tempo reale della popolazione.

Il sistema informatico di gestione della rete socio sanitaria sarà altamente interoperabile, secondo gli standard previsti, consentendo la piena integrazione con la piattaforma di data lake regionale al fine di poter contribuire alla realizzazione di un vero e proprio sistema di Population Health Management attraverso la clusterizzazione della popolazione e il monitoraggio dell'efficienza del sistema di presa in carico degli assistiti attraverso i diversi dispositivi (CdC, OdC ecc.).

Sono previsti anche strumenti operativi di monitoraggio in relazione sia alla spesa che agli outcome clinici. Tale infrastruttura, tramite diverse tecniche di analisi e rappresentazione dei dati consentirà la definizione e produzione di KPI e indicatori di aderenza ed esito oltre che la rendicontazione analitica delle prestazioni erogate attraverso risorse interne e/o strutture esterne convenzionate per supportare da un lato l'analisi qualitativa e quantitativa dell'aderenza ai Piani di Salute e dall'altro l'analisi analitica dei costi effettivamente sostenuti. Tali sistemi consentono un efficientamento delle attività di backoffice e una maggiore trasparenza delle attività di rendicontazione delle risorse, distribuite tra i diversi attori dell'ecosistema socio-sanitario. A titolo esemplificativo e non esaustivo il sistema consente di:

- calcolare in modo automatico le quote di compartecipazione in carico ad ASL, Comuni e Assistiti;
- gestire i diversi contratti di servizio degli erogatori esterni accreditati sui diversi setting assistenziali gestiti;
- fornire la possibilità di scaricare in modo massivo le ISEE da INPS per il calcolo della quota in carico all'assistito;

- integrare il sistema ospedaliero (ADT, Pronto Soccorso) al fine di rilevare in modo automatico eventuali scostamenti rispetto al percorso previsto, dovuti ad eventi acuti o emergenziali;
- generare un ordinativo “elettronico” verso i fornitori esterni e verso il sistema contabile interno;

### C7.5 il CRM a supporto della rete delle COT

Parlare di e-government significa parlare di una pubblica amministrazione che utilizza le nuove tecnologie per fornire in modo più efficace ed efficiente servizi pubblici a cittadini e imprese. Le moderne piattaforme di customer relationship management e multicanalità permettono di ridurre i costi, i tempi di attesa e favoriscono una gestione flessibile del lavoro. Semplificano le interazioni e sono strumento di inclusività: non hanno limiti geografici e le barriere linguistiche possono essere facilmente abbattute.

Nell’ambito dello sviluppo della rete delle COT, di fondamentale importanza sarà l’implementazione di una piattaforma di customer relationship management che consenta di gestire la rete dei touch point nel contesto della relazione con il cittadino in modalità multicanale, consentendo sempre la tracciabilità, l’accesso ad una knowledge base diffusa, la semplicità e la reciprocità dell’interazione.

La piattaforma di CRM consentirà di gestire il contatto in continuità tra tutti i nodi della rete, garantendo interoperabilità e facilità di comunicazione tra i diversi nodi, tracciabilità e accesso al FSE e ai sistemi territoriali come patrimonio di conoscenza e gestione dell’evento e del percorso socio - assistenziale.

Per questa finalità tutte le piattaforme dovranno essere sviluppate in una logica di microservizi e rispetto degli standard di interoperabilità.

### C7.6 Prevenzione e rete consultoriale

E’ ormai noto che i fattori sociali sono fondamentali nel determinare il livello di salute nelle persone fragili ed un sistema di prevenzione evoluto in grado di adottare un approccio olistico che tenga conto di tutte le diverse componenti, integrando le reti sociali e le reti sanitarie in un’ottica di sempre più spinta multidisciplinarietà rappresenta in questo senso una rilevante opportunità per mitigare i potenziali impatti sfavorevoli dei determinanti per la salute e contrastare la riduzione del grado di salute residua.

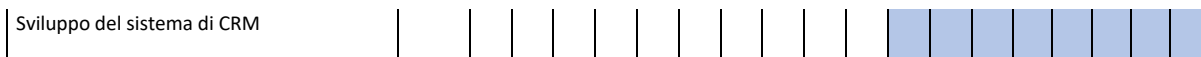
L’estensione del sistema SIATeSS coprirà anche la rete consultoriale attivando percorsi specifici, parte integrante nel sistema informativo territoriale futuro di Regione Lazio. L’adozione di piani di prevenzione adeguati, l’attivazione dei nuovi dispositivi territoriali (Case della Comunità, Ospedali di Comunità) in grado di intercettare in modo precoce le problematiche degli assistiti ed il potenziamento dei servizi domiciliari consentirà di migliorare la vita dei pazienti e delle loro famiglie.

La piattaforma dovrà prevedere strumenti evoluti di prevenzione in grado di prevenire e limitare il peggioramento delle condizioni dei pazienti fragili.

Le tempistiche secondo le quali verranno implementati gli interventi per realizzare l’iniziativa C7 sono:

C7- Evoluzione dell’ecosistema sanità territoriale																			
Anno	2022		2023											2024					
Mese	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M			
	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6
Raccolta dei requisiti e definizioni funzionalità																			
Definizione degli attori coinvolti e profilazione																			
Definizione strumenti di monitoraggio																			
Integrazione sistema CRM e SIT																			





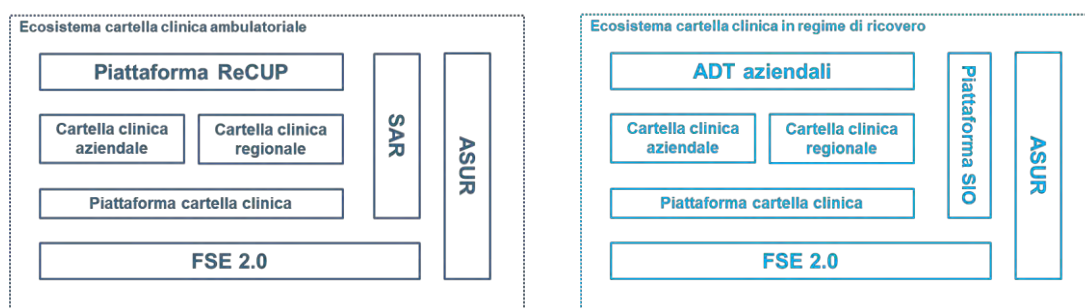
### Iniziativa C8 – La cartella clinica elettronica integrata strumento abilitante per la “Data liquidity”

La raccolta dei dati è il fattore abilitante per l’erogazione dei servizi digitali. Il FSE deve trasformarsi da contenitore di documenti a contenitore di dati e abilitatore di servizi.

Sotto questo punto di vista è strategico il ruolo che dovrà rivestire il sistema di cartella clinica, sia nel contesto ambulatoriale sia nel contesto di ricovero.

La cartella clinica rappresenta lo strumento attraverso il quale viene gestito il “contatto” del paziente con il servizio sanitario. La cartella è produttrice di dati e documenti (es. referti di visite ambulatoriali) ma anche fruitrice di quelli presenti nella struttura e nel FSE.

Rispetto alla cartella clinica è importante evidenziare che l’intervento non si pone l’obiettivo di sostituire le cartelle cliniche esistenti, là dove queste saranno dichiarate conformi, o comunque adeguabili rapidamente, agli obiettivi regionali e nazionali rispetto alle iniziative del PNRR. In questo caso, rilevato tramite l’assessment regionale condotto insieme alle strutture sanitarie, queste rimarranno in esercizio come parte integrante del sistema informatico e informativo regionale e integrate con la piattaforma regionale di cartella clinica attraverso messaggistica che seguirà standard nazionale e/o regionali.

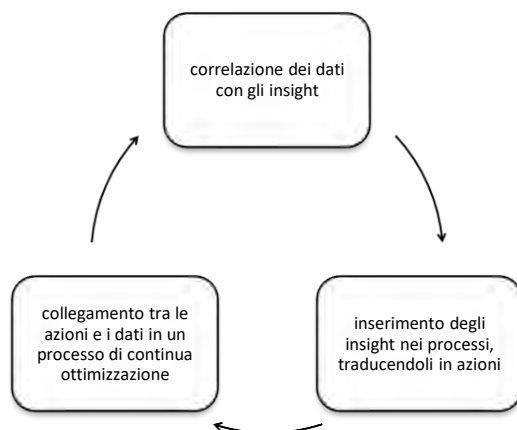


Lo sviluppo del concetto di cartella clinica regionale si basa sul paradigma del “system of insight” che, anche secondo gli analisti di Forrester sarà un passaggio obbligato per l’utilizzo efficace e in tempo reale della conoscenza. Un insight è una analisi approfondita dei dati che consente di rilevare comportamenti e aiuta a capire come l’utente pensa e agisce. Cogliere un insight significa scoprire perché l’utente compie una particolare azione, il come e il quando.

Applicato al contesto sanitario e nello specifico del SIO, l’implementazione di un system of insight consente di accedere, ottimizzare, integrare, importare ed ‘etichettare’ semanticamente i dati residenti in molteplici sistemi clinici e operativi, generando informazioni contestuali e concretamente utilizzabili con cui assumere decisioni informate e puntuali, generare eventi prestabiliti sulla base di un supporto decisionale clinico/operativo, ad esempio l’invio di una notifica o di un avviso al medico perché possa intervenire in modo tempestivo, offrire ai medici strumenti di conoscenza dei pazienti e del loro modo di interagire con l’ospedale o altre strutture sanitarie

Tali funzionalità consentono di ridurre il tempo che intercorre tra l’acquisizione di conoscenza e l’azione e sono alla base, in ambito clinico dello sviluppo di sistemi di decision support system, medicina personalizzata, supporto all’efficientamento e al miglioramento dei processi anche attraverso l’applicazione e lo sviluppo di metodologie di machine learning (ML) e intelligenza artificiale (AI)

Il ciclo di implementazione prevede:



Elementi fondamentali per lo sviluppo del progetto sono:

1. Lo sviluppo di API e altri connettori che permettono d'integrare Insight nelle applicazioni software utilizzate per la gestione dei processi a livello locale.
2. La razionalizzazione delle piattaforme dati esistenti e connetterle tra loro è fondamentale per alimentare applicazioni analitiche.

Il debito informativo non sarà costituito esclusivamente dalla produzione di documenti e dati volti a soddisfare quanto previsto dal FSE 2.0 ma consentirà di condividere a livello regionale ogni tipologia di dato e documento che sarà ritenuta rilevante ai fini della presa in carico e della cura del cittadino/paziente.

Di seguito il cronoprogramma dell'iniziativa:

C8- La cartella clinica elettronica integrata strumento abilitante per la "Data liquidity"																		
Anno	2022	2023												2024				
Mese	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5
Analisi del livello di maturità emera dall'assessment																		
Definizione delle specifiche tecniche per l'integrazione dei sistemi aziendali con la piattaforma regionale																		
Raccolta dei fabbisogni e sviluppo delle funzionalità evolutive della piattaforma di cartella clinica regionale																		
Fase di implementazione, test e messa in esercizio della cartella regionale e delle integrazioni																		
Misurazione delle performance																		

#### *Iniziativa C9 – La logistica integrata del farmaco*

Il settore della logistica dei beni è l'interfaccia tra produzione e consumo fortemente impattati dalla trasformazione digitale.

Il sistema di tracciamento e movimentazione dei beni fisici è un elemento fondamentale di questa trasformazione.

I magazzini rappresentano la fisicità di un processo sempre più condizionato dall'automazione nella fase di produzione, acquisizione ed elaborazione di dati nativamente digitali.

La capacità di conoscenza, visibilità e governo dei processi anche sulla base di una massiccia acquisizione di dati da trasformare in capacità decisionale e ulteriore trasformazione sono alla base anche della revisione dei processi della logistica del farmaco all'interno delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali della Regione.

Il periodo pandemico ha evidenziato come l'efficienza delle reti logistiche e la loro capacità di riconversione sia stata fondamentale nella gestione del piano pandemico (si pensi all'approvvigionamento di reagenti, macchinari, farmaci, dispositivi di protezione individuale, etc etc).

La tecnologia offre un contributo essenziale nella tracciabilità e nella rendicontazione, aspetti essenziali per la gestione dei complessi e corposi aspetti contrattuali legati alla logistica. L'intelligenza artificiale consente di agire sull'ottimizzazione dei punti e dei tempi di stoccaggio e consegna, ottimizzando e razionalizzando gli spazi percorsi e migliorando tempi e affidabilità del processo di approvvigionamento e distribuzione.

Una parte importante della revisione organizzativa dei processi logistici riguarderà la paperless, le tecnologie di firma digitale, l'utilizzo di strumenti in mobilità (palmari), la remotizzazione delle attività, l'automazione. In questo contesto di innovazione è fondamentale l'orientamento data driven delle organizzazioni e la fluidità del dato, che deve essere disponibile in modo pertinente e nel momento giusto rispetto al task che deve essere eseguito e al servizio che deve essere erogato.

È dunque fondamentale inserire in questo contesto un sistema di information management che garantisca la tracciabilità e la distribuzione di dati e documenti durante tutto il ciclo di vita degli stessi, in aderenza alle normative. Nell'ambito del backoffice è fondamentale implementare soluzioni di robotic automation che consentono di limitare al minimo il data entry e le elaborazioni manuali di dati.

Gli interventi principali previsti riguarderanno:

- Integrazione delle piattaforme dei fornitori, delle piattaforme regionali e aziendali in tutte le fasi di e-procurement al fine di evitare ogni tipo di intervento manuale nell'imputazione dei dati. Introduzione degli standard per la gestione delle transazioni (es integrazione atti e contratti, anagrafiche prodotti, invio ordini, acquisizione DDT, ricezione fatture ...)
- Riorganizzazione della rete dei magazzini fisici e virtuali e razionalizzazione dei punti di consegna
- Digitalizzazione dei processi di stoccaggio delle merci attraverso l'introduzione dell'automazione nei magazzini centrali, la logica paperless, la firma digitale, l'hardware in mobilità
- Introduzione di soluzioni di robotic automation nei reparti ospedalieri e nelle strutture territoriali
- Integrazione con i sistemi di prescrizione, somministrazione e distribuzione al fine di garantire la puntuale gestione delle scorte
- Introduzione di piattaforme di business intelligence per il monitoraggio e il controllo del processo e la misurazione delle performance

C9 - La logistica integrata del farmaco																																	
Anno	2022												2023									2024											
Mese	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M		
	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Definire un sistema di information management																																	
Integrazione delle piattaforme coinvolte nel processo di procurement																																	
Riorganizzazione della rete dei magazzini fisici e virtuali																																	
Progettazione di una soluzione di robotic automation																																	
Realizzazione della soluzione																																	
Introduzione di piattaforme di business intelligence																																	

### *Iniziativa C10 - I sistemi di comunicazione e social: e-government e cittadinanza digitale*

Il primo Rapporto dell'OCSE sulla comunicazione pubblica, pubblicato a febbraio 2022<sup>22</sup>, sottolinea l'importanza sempre più strategica dei cosiddetti "audience and behavioural insights", ovvero le evidenze che emergono dall'osservazione del pubblico e delle sue attitudini e comportamenti, per comprendere meglio gli effetti di una determinata strategia comunicativa, ma anche esigenze e aspettative dei cittadini.

Il futuro della comunicazione pubblica e della personalizzazione dei servizi si gioca, oltre che sullo sviluppo delle piattaforme dell'ambito specificatamente sanitario, del Fascicolo Sanitario Elettronico e della telemedicina anche sulla capacità di ascolto e sulla lettura del bisogno mediata dalle nuove tecnologie.

I big data, il cloud computing, gli algoritmi intelligenti e i software analitici hanno sbloccato, infatti, un enorme potenziale di acquisizione ed elaborazione delle informazioni, quasi in tempo reale, dando alle amministrazioni pubbliche numerosi strumenti per diventare sempre più "responsive".

Regione Lazio e le Aziende Sanitarie dell'ecosistema regionale si sono fortemente distinte in questo contesto e sono state pluripremiate in questi anni, per la capacità di comunicare in modo efficace con i cittadini. Inoltre la Regione ha attivato, con DGR 736/2019, un percorso di sanità partecipata implementato attraverso un dialogo strutturato e costante con le Associazioni di tutela dei pazienti e la partecipazione di queste ultime alla programmazione sanitaria regionale.

Oltre a quanto previsto nell'ambito dello sviluppo delle funzionalità del FSE in termini di rilevazione dei Patient-reported outcome measures (PROMS) e dei Patient – reported experience measures (PREMS), in questo contesto uno degli obiettivi che Regione si pone è quello dell'evoluzione del sistema digitale regionale in sanità attraverso l'implementazione di soluzioni che consentono la raccolta e l'integrazione anche dei dati provenienti da diverse fonti esterne generate dai cittadini stessi attraverso le conversazioni online (web e social), al fine di implementare vere e proprie attività di web analytics finalizzate alla sentiment analysis e alla programmazione di azioni migliorative sul SSR in risposta a bisogni di salute non soddisfatti. La progettazione di tali strumenti anche in collaborazione con le Associazioni di pazienti permetterà di incrementarne le ricadute sull'organizzazione dell'assistenza.

La raccolta di tali dati, oltre che dei dati amministrativi e sanitari, all'interno del data repository regionale, al quale applicare sistemi di intelligenza artificiale, consentirà di leggere e monitorare il giudizio degli utenti che emerge dalle loro attività on line e di intercettare tempestivamente situazioni particolari, criticità o anomalie. Questo potrà consentire di istituire una vera e propria Data media Room al servizio delle competenze di governo del sistema regionale e aziendale. Le attività previste per la realizzazione del punto C10 saranno:

<sup>22</sup> <https://www.oecd.org/gov/open-government/public-communications-report-highlights-it.pdf>

C10 - I sistemi di comunicazione e social: e-government e cittadinanza digitale																	
Anno	2022	2023												2024			
Mese	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4
Individuazione delle fonti informative																	
Definizione del processo di integrazione con i sistemi regionali																	
Definizione dei requisiti del sistema di AI																	
Implementazione del sistema di AI identificato																	

DESCRIZIONE INTERVENTO	INIZIATIVE	INDICAZIONI DI ATTUAZIONE	IMPORTO totale (IVA INCLUSA)	ATTO REGIONALE DI RIFERIMENTO	MODALITA' ATTUATIVA	SOGGETTO ATTUATORE	SOGGETTO ATTUATORE DELEGATO	STAZIONE APPALTANTE
Cartella informatizzata/Fascicolo sanitario elettronico/Dossier sanitario elettronico § MEC2 - 1.1.1. Digitalizzazione DEA 1 e II livello	Iniziativa C1 - Centralizzazione della raccolta dei consensi	L'intervento è previsto di ambito regionale. Le Aziende in una apposita survey dovranno indicare se hanno già modelli di gestione e raccolta compatibili con le indicazioni delle Linee di Indirizzo e tali soluzioni saranno integrate con la piattaforma regionale		DGR 332 del 24.05.2022	AQ, CONSP Sanità digitale 1 ovvero ogni procedura AQ, CONSP che verrà attivata	REGIONE	-	LAZIOGREA
	Iniziativa C4 - Evoluzione dell'ecosistema regionale fascicolo	L'intervento è previsto di ambito regionale.	30.918.989,26 €	DGR 332 del 24.05.2022	AQ, CONSP Sanità digitale 1 ovvero ogni procedura AQ, CONSP che verrà attivata	REGIONE	-	LAZIOGREA
Sistemi di implementazione telemedicina § MEC2 - 1.1.1. Digitalizzazione DEA 1 e II livello	Iniziativa C8 - La cartella clinica elettronica integrata strumento abilitante per la "Data liquidity"	L'intervento è previsto di ambito regionale. Le Aziende in una apposita survey dovranno indicare se hanno già sistemi compatibili con le indicazioni delle Linee di Indirizzo nazionali e tali soluzioni saranno integrate con la piattaforma regionale.	10.414.688,31 €	DGR 332 del 24.05.2022	AQ, CONSP Sanità digitale 1 ovvero ogni procedura AQ, CONSP che verrà attivata	REGIONE	-	LAZIOGREA
	Iniziativa C6 - Evoluzione dell'ecosistema regionale telemedicina	L'intervento è previsto di ambito regionale. Le Aziende in una apposita survey dovranno indicare se hanno già sistemi compatibili con le indicazioni delle Linee di Indirizzo nazionali e tali soluzioni saranno integrate con la piattaforma regionale.	10.414.688,31 €	DGR 332 del 24.05.2022	AQ, CONSP Sanità digitale 1 ovvero ogni procedura AQ, CONSP che verrà attivata	REGIONE	-	LAZIOGREA
Sistemi infrastrutturali per Business Continuity, Disaster Recovery e Cloud § MEC2 - 1.1.1. Digitalizzazione DEA 1 e II livello	4.1.10 transizione digitale - 4.1.10i orientamenti di fondo - 4.1.10b obiettivi generali della sanità digitale regionale	L'intervento è previsto di ambito regionale.	5.999.999,73 €	DGR 332 del 24.05.2022	Reti locali 7 - lotto 3; tecnologie server 3 ovvero ogni procedura AQ, CONSP che verrà attivata	REGIONE	-	LAZIOGREA
	4.1.10 transizione digitale - 4.1.10i orientamenti di fondo - 4.1.10b obiettivi generali della sanità digitale regionale	L'intervento è previsto di ambito regionale.	19.000.002,99 €	DGR 332 del 24.05.2022	• Accordo Quadro CONSP per Servizi Cloud Computing, di Sicurezza, di realizzazione di Portali e Servizi online e di Cooperazione applicativa per le Pubbliche Amministrazioni ID SIGEF 1403. Convenzione attiva - Lotto 1: Servizi di Cloud Computing e Lotto 2: Servizi di gestione delle identità digitali e sicurezza applicativa; ovvero ogni procedura AQ, CONSP che verrà attivata ovvero ogni procedura AQ, CONSP che verrà attivata • Accordo Quadro CONSP per Servizi di Digital Transformation per le PA - ID Sigef 2069. Lotti da 1 a 9 gara aggiudicata; • Accordo Quadro CONSP per la fornitura di servizi cloud IaaS e PaaS - ID 2213 Lotti da 1 a 6 gara aggiudicata; • Accordo Quadro CONSP per servizi applicativi di data management e servizi di PMO per le PA - ID 2102, Lotti da 1 a 6 in fase di aggiudicazione. ovvero ogni procedura AQ, CONSP che verrà attivata	REGIONE	-	LAZIOGREA
Infrastruttura 5G per l'IDEA di I e II § MEC2 - 1.1.1. Digitalizzazione DEA 1 e II livello	4.1.10 transizione digitale - 4.1.10i orientamenti di fondo - 4.1.10b obiettivi generali della sanità digitale regionale	L'intervento è previsto di ambito regionale.	8.295.092,94 €	DGR 332 del 24.05.2022	AQ, Consp. Convenzioni reti locali 7 ovvero ogni procedura AQ, CONSP che verrà attivata	REGIONE	-	LAZIOGREA
Sviluppo di APP mobile e servizi on line per la fruizione di servizi ed informazioni al cittadino § MEC2 - 1.1.1. Digitalizzazione DEA 1 e II livello	Iniziativa C10 - I sistemi di comunicazione e social: e-government e cittadinanza digitale	L'intervento di carattere aziendale sarà attuato attraverso la presentazione di progetti aziendali coerenti con le specifiche tecniche che saranno emesse a seguito della attuazione delle linee guida regionali	6.512.823,31 €	DGR 332 del 24.05.2022	AQ, CONSP Sanità digitale - Sistemi informativi sanitari e servizi al cittadino ovvero ogni procedura AQ, CONSP che verrà attivata	REGIONE	AZIENDA	AZIENDA

DESCRIZIONE INTERVENTO	INIZIATIVE	INDICAZIONI DI ATTUAZIONE	IMPORTO totale (IVA INCLUSA)	ATTO REGIONALE DI RIFERIMENTO	MODALITA' ATTUATIVA	SOGGETTO ATTUATORE	SOGGETTO ATTUATORE DELEGATO	STAZIONE APPALTANTE
Servizi di sviluppo dell'interoperabilità dei dati sanitari e sviluppo di interfacce applicative, sistemi di message broker e sistemi di orchestrazione per l'integrazione	Iniziativa C2 - Adeguamenti sistemi di codifica	L'intervento di carattere aziendale prevede la presentazione di progetti per gli adeguamenti delle configurazioni dei sistemi aziendali agli standard indicati nelle linee guida regionali, in coerenza con il livello di maturità che verrà dichiarato nella survey proposta alle Aziende		DGR 332 del 24.05.2022	AQ CONSIP Sanità digitale - Sistemi informativi sanitari e servizi al cittadino ovvero ogni procedura AQ CONSIP che verrà attivata	REGIONE	AZIENDA	AZIENDA
	Iniziativa C3 - Adeguamenti degli standard di interoperabilità	L'intervento di carattere aziendale prevede la presentazione di progetti per gli adeguamenti delle configurazioni dei sistemi aziendali agli standard indicati nelle linee guida regionali e l'integrazione con gli elementi tecnologici previsti dalla piattaforma nazionale del FSE (Gateway), in coerenza con il livello di maturità che verrà dichiarato nella survey proposta alle aziende	8.149.548,07 €	DGR 332 del 24.05.2022	AQ CONSIP Sanità digitale - Sistemi informativi sanitari e servizi al cittadino ovvero ogni procedura AQ CONSIP che verrà attivata	REGIONE	AZIENDA	AZIENDA
§ M6C2 - 1.1.1. Digitalizzazione DEA I e II livello	Iniziativa C6 - Evoluzione dell'ecosistema regionale telemedicina	L'intervento di carattere aziendale prevede la presentazione di progetti per gli adeguamenti delle configurazioni dei sistemi aziendali agli standard indicati nelle linee guida regionali e l'integrazione con la piattaforma regionale di telemedicina e i servizi minimi della piattaforma nazionale, in coerenza con il livello di maturità che verrà dichiarato nella survey proposta alle Aziende		DGR 332 del 24.05.2022	AQ CONSIP Sanità digitale - Sistemi informativi sanitari e servizi al cittadino ovvero ogni procedura AQ CONSIP che verrà attivata	REGIONE	AZIENDA	AZIENDA
REING. NETWORK AZIENDALI - CABLAGGIO LAN E WI-FI	EVOLUZIONE DELL'ECOSISTEMA SANITA' TERRITORIALE	L'intervento di carattere aziendale prevede la presentazione di progetti per l'introduzione a livello aziendale del sistema regionale di gestione della sanità territoriale, delle COT e delle COA (Sitess), e la sua integrazione con i sistemi aziendali. Coordinamento dell'intervento a livello regionale		DGR 332 del 24.05.2022	AQ CONSIP Sanità digitale - Sistemi informativi sanitari e servizi al cittadino ovvero ogni procedura AQ CONSIP che verrà attivata	REGIONE	AZIENDA	AZIENDA
§ M6C2 - 1.1.1. Digitalizzazione DEA I e II livello	Interventi propedeutici a supporto dell'attuazione delle Linee di indirizzo	L'intervento autonomo a livello aziendale che deve garantire la piena connettività LAN e Wifi delle strutture oggetto di intervento, garantendo standard elevati di continuità operativa	10.952.848,74 €	DGR 332 del 24.05.2022	AQ Consip Convenzione Reti Locali 7 ovvero ogni procedura AQ CONSIP che verrà attivata	REGIONE	AZIENDA	AZIENDA
HW POSTAZIONI DI LAVORO (PC, FISSI, MOBILE, ECC) - HARDWARE PER POSTAZIONI DI LAVORO (PC, FISSI, PORTATILI), SCANNER, STAMPANTI, ETICHETTRICI, TABLET, ANTENNE WI-FI) - HARDWARE PER SALE OPERATORIE PER TI E STI	Interventi propedeutici a supporto dell'attuazione delle Linee di indirizzo	L'intervento autonomo a livello aziendale che deve garantire la revisione delle dotazioni delle postazioni di lavoro seguendo il principio del mobile first, dell'accessibilità e della continuità operativa, in relazione alla piena sostenibilità dei progetti di digitalizzazione in relazione a quanto espresso nelle linee guida regionali	19.544.706,55 €	DGR 332 del 24.05.2022	AQ Consip PC Desktop e workstation ovvero ogni procedura AQ CONSIP che verrà attivata	REGIONE	AZIENDA	AZIENDA
§ M6C2 - 1.1.1. Digitalizzazione e DEA I e II livello	Interventi propedeutici a supporto dell'attuazione delle Linee di indirizzo	L'intervento autonomo a livello aziendale che deve garantire la revisione delle dotazioni applicative finalizzate al rispetto dei principi di sicurezza, rispetto della normativa sulla privacy, accessibilità, continuità operativa, collaborazioni e virtualizzazione idonei a supportare la digitalizzazione dei processi di backoffice e l'adeguamento della postazione di lavoro	5.575.451,65 €	DGR 332 del 24.05.2022	AQ Microsoft Enterprise Agreement ovvero ogni procedura AQ CONSIP che verrà attivata	REGIONE	AZIENDA	AZIENDA
LICENZE D'USO E ALTRE LICENZE SOFTWARE E HARDWARE DA ACQUISTARE PER LE TECNOLOGIE DELLA CATEGORIA POSTAZIONI	Iniziativa C6 Evoluzione dell'ecosistema regionale telemedicina	L'intervento aziendale che prevede, in relazione a specifiche tecniche regionali, emesse a seguito dell'adozione delle seguenti linee guida, l'acquisto di device medicali a supporto dello sviluppo dei sistemi di telemedicina	5.706.255,11 €	DGR 332 del 24.05.2022	Procedura di gara autonoma	REGIONE	AZIENDA	AZIENDA
Implementazione di un nuovo modello organizzativo (device COT)	EVOLUZIONE DELL'ECOSISTEMA SANITA' TERRITORIALE - C7.5 il CRM a supporto della rete delle COT	L'intervento a coordinamento regionale per lo sviluppo della piattaforma di CRM a supporto della rete delle COT e della COA regionale	4.193.216,04 €	DGR 332 del 24.05.2022	Procedura di gara centralizzata regionale	REGIONE	AZIENDA	AZIENDA
§ M6C1 - 1.2.2. Implementazione di un nuovo modello organizzativo (interconnessione COT)	EVOLUZIONE DELL'ECOSISTEMA SANITA' TERRITORIALE	L'intervento a coordinamento regionale per lo sviluppo della piattaforma di gestione dei processi socio-sanitari e assistenziali, COT e COA		DGR 332 del 24.05.2022	Procedura di gara centralizzata regionale	REGIONE	AZIENDA	AZIENDA
M6C2 - 1.3. Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione, di cui sub investimento 1.3.2. Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (potenziamento, modello predittivo, SDK...)	Iniziativa C5 - Strategie di valorizzazione del sistema informativo regionale	Intervento per lo sviluppo del sistema informativo regionale		DGR 332 del 24.05.2022	Secondo indicazioni del Ministero della Salute	REGIONE	AZIENDA	AZIENDA

## 5 LA PRESA IN CARICO (PIC) ATTRAVERSO IL SISTEMA INTEGRATO DI OFFERTA

### 5.1. PIC come governo della filiera delle cure

Come riportato nel Manuale Operativo del progetto Pon Gov ICT e Cronicità, *“LOGICHE E STRUMENTI GESTIONALI E DIGITALI PER LA PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ, Manuale operativo e buone pratiche per ispirare e supportare l’implementazione del PNRR”*: «La PIC è una risposta strutturata ai bisogni di salute che garantisce la continuità assistenziale longitudinalmente nel tempo e nelle transizioni fra luoghi (domicilio/ospedale) e livelli di cura (cure primarie/specialistiche) articolando le azioni appropriate nelle diverse fasi della malattia nel Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) declinato in base alla specifica patologia e ai suoi stadi. La PIC rappresenta un’assunzione di responsabilità proattiva nei confronti della persona malata, strutturata per fornire, attraverso il coordinamento e l’integrazione multiprofessionale e multidisciplinare, una risposta articolata e individualizzata, declinata nel Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)».

I modelli di organizzazione e i servizi proposti dal DM 77/2022 rappresentano l’opportunità di distinguere per gestire più puntualmente la responsabilità sulle scelte di carattere professionale da quelle sull’accesso ai servizi. Infatti, se il PAI, in quanto declinazione personalizzata dei PDTA, rappresenta l’insieme delle scelte clinico professionali definite da uno o più professionisti (in relazione di consulenza, di equipe o con approccio multi professionale/multidisciplinare), la PIC è il risultato della gestione della filiera dei servizi che danno corpo alle scelte professionali espresse dal PAI. Se quest’ultimo, ad esempio, dovesse prevedere una sequenza ordinata di prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica, la prenotazione delle prestazioni nella sequenza deliberata, fatta in modo integrato, e comunicando al paziente i luoghi e le condizioni di accesso ai servizi rappresentano la PIC per la gestione di una fase di follow up quale parte del suo PAI. La responsabilità della PIC rimane sempre nelle «mani» di chi o quanti hanno formulato il PAI che per la sua messa in operato ha usato strutture di offerta quali la CdC o servizi aziendali quali la COT A o D.

In questa prospettiva, sia per le condizioni di cronicità (a diverso livello di complessità) che per quelle acute la PIC potrà trovare un allineamento delle scelte clinico professionali con quelle di gestione della filiera dei servizi, mentre in passato il sistema delle cure si limitava alle prime delegando al paziente e alla sua famiglia il processo di prenotazione delle prestazioni prescritte.

### 5.2. Le funzioni emergenti del distretto socio-sanitario

L’introduzione di nuovi ruoli (ad esempio, l’IFeC), servizi (ad esempio, l’UCA o le COT) o strutture di offerta (ad esempio, le CdC o gli OdC) rendono la rete dei servizi territoriali:

- più ricca e articolata di interventi sanitari e no;
- più complessa la gestione delle interdipendenze tra nodi della rete di offerta;
- più articolato il corpo di competenze degli operatori territoriali chiamati a interpretare un portafoglio più esteso di interventi.

Tali attività gravano nel loro impatto sulla macro articolazione del distretto socio sanitario che, per aree territoriali specifiche e connotate da profili di salute differenti, è chiamato a sviluppare nuove funzioni:



- l'analisi del quadro epidemiologico del territorio di riferimento che se realizzato attraverso le banche dati di tipo amministrativo si sovrappone alla stima della domanda, così come anticipato in apertura del documento. Il distretto dell'analisi della domanda rappresenta una proiezione futura di strumenti e competenze che dovranno nel tempo svilupparsi per usare, in prima battuta, e integrare, in un secondo momento, le informazioni che il DEP potrà offrire a ciascuna ASL con le proiezioni sulle singole aree territoriali;
- la possibilità concreta di PIC a partire dai pazienti cronici così come il modello di cure integrate che la CdC intende offrire sono largamente connesse alla possibilità di avere un sistema di gestione degli asset (specialistica ambulatoriale, ricoveri, accessi a domicilio, ecc.) unitario e organizzato. Il distretto della gestione operativa territoriale sintetizza lo sforzo di sviluppare competenze specifiche capaci di inquadrare i processi di prenotazione, messa in lista di attesa, programmazione delle attività, re call e gestione dei drop out, erogazione delle prestazioni. Le piattaforme e i sistemi operativi descritti nel paragrafo precedente hanno lo scopo di usare il potenziale di informazioni che un ecosistema integrato delle informazioni è capace di costruire su aree territoriali e bacini di popolazione quali quelli distrettuali;
- l'implementazione delle linee di attività previste dal DM 77/2022 mettono in discussione i più tradizionali modelli di funzionamento del distretto: si pensi all'avvento della telemedicina all'interno della filiera territoriale che trasforma l'offerta mono canale (ovvero erogata solo in presenza) in una offerta omnicanale. Oltre alle questioni tecnologiche, l'omnicanalità prevede di affrontare questioni formali (il sistema della codifica delle prestazioni erogate, i protocolli di sicurezza, ecc.) anche quelle manageriali (ad esempio, un sistema di prenotazione delle prestazioni da remoto, l'identificazione nei servizi dei soggetti che erogano anche a distanza e non solo in presenza) e professionali (le comunità dei professionisti dovranno indicare quali target di pazienti possono essere gestiti a distanza in ragione della loro condizione salute e quali fasi del PAI potrà essere erogato a distanza – in quali casi sarà possibile erogare prestazioni diagnostiche a distanza?). Il distretto dell'innovazione è un label che sottolinea la funzione emergente di progettazione e guida di progetti di cambiamento che potranno essere condotti con modelli di project management ed operation management che storicamente non caratterizzano l'operato dei distretti;
- tra le principali ragioni della trasformazione della Casa della Salute in CdC vi sono le forme di sussidiarietà orizzontale che vedono nella collettività, ampiamente intesa, le risorse e le competenze per intervenire sul profilo di salute della comunità stessa. Da qui il tema del community building e del welfare di comunità che offrono opportunità di ricomporre l'insieme dei soggetti che in modo integrativo e addizionale possono qualificare i servizi sanitari e non, erogati all'interno della filiera territoriale. In questa direzione si posizionano gli interventi sulle comunità più fragili non solo sul piano sanitario ma anche e soprattutto di contrasto alla marginalità sociosanitaria, all'empowerment ed al contrasto alle disuguaglianze. Il distretto delle relazioni e delle politiche interistituzionali ed intersettoriali è la rappresentazione della funzione emergente legata a questa nuova anima degli interventi sulla tutela della salute che trova nella gestione delle relazioni tra soggetti diversi, nella partnership e nei processi manutenzione delle relazioni alcune delle principali competenze più significative.

Sebbene le funzioni abbiano contenuti specifici, esse non sono esclusive e vedono delle aree di interdipendenza forte (ad esempio, la conoscenza e la profilazione della popolazione target è una condizione facilitante per la gestione operativa degli asset distrettuali). La fase in corso di ripensamento dei nodi della rete di offerta e di alcuni strumenti di connessione tra di essi non può ritenersi completata senza una adeguata riflessione sul ruolo della struttura organizzativa che li accoglie. In questa direzione, si stimolano le aziende sanitarie a interpretare il ruolo del distretto socio-sanitario in chiave di trasformazione e di reinterpretazione. Su tali temi interverrà in seguito l'aggiornamento del presente documento.

## 6 VERSO FORME DI CONTROLLO STRATEGICO

Come anticipato nelle premesse, il processo di attuazione delle indicazioni del DM 77/2022 non rappresenta un fine in sé ma uno strumento per l'evoluzione del «modello Lazio» relativamente alla rete territoriale dei servizi per la promozione e la tutela della salute chiamato ad affrontare criticità specifiche in ragione della sostenibilità, dell'equità di accesso ed efficacia del SSR. Questo processo dovrà avvenire sia attraverso la valorizzazione delle indicazioni regionali e delle esperienze aziendali già in essere, sia definendo nuovi obiettivi verso cui tendere in ragione della dinamica secondo la quale muta il quadro sanitario economico e sociale.

In questa prospettiva il rapporto tra i fini generali del SSR e le specificità di ciascun contesto locale sarà oggetto di una attività di confronto e di allineamento tra la Regione Lazio e il sistema delle sue aziende sanitarie, ciascuna interessata da processi di cambiamento differenti ma tutti orientati a garantire i fini complessivi del SSR. Ed è proprio su questa prospettiva di interazione che si realizzerà l'aggiornamento del presente documento poiché l'orientamento degli sforzi contingenti verso fini complessivi di sistema è:

- cruciale nel preservare alcune prerogative specifiche che le comunità locali esprimono (a partire dai bisogni sanitari e non, fino alle forme di inclusione e di coproduzione) ma in un quadro di fini condivisi a cui ciascuna azienda sanitaria tende nell'implementare i requisiti del DM77/2022 e il sistema delle scadenze e delle azioni previste dal PNRR;
- un processo da costruire nel tempo attraverso momenti di scambio e interazione tra la Regione Lazio e le direzioni delle sue aziende sanitarie, sia sulle forme di lettura dei processi di cambiamento avviati che sulle implicazioni rispetto al raggiungimento dei fini condivisi;
- alla base di un sistema di controllo strategico che vede la Regione come soggetto che attraverso il costante confronto con e tra direzioni delle aziende sanitarie sostiene forme di allineamento nel lungo periodo dei processi di cambiamento locali con i fini complessivi del SSR.

## Appendice – Glossario

ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
ADT	Accettazione Dismissione Trasferimento
AFT	Aggregazioni Funzionali Territoriali
AI	Intelligenza Artificiale
ANA	Anagrafe Nazionale Assistiti
API	Assistenza Proattiva Infermieristica
ASUR	Anagrafe Sanitaria Unica Regionale
CAD	Centro Assistenza Domiciliare
CdC	Casa della Comunità
CDP	Cure Palliative Domiciliari
CIE	Carta d'Identità Elettronica
CNS	Carta nazionale dei Servizi
COA	Centrale Operativa Aziendale
COT	Centrale Operativa Territoriale
CPSI	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere
CR COT	Coordinamento Regionale COT
CRM	Customer Relationship Management
CRS	Centro Regionale Sangue
D.E.U.	Dedicated Education Unit
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico
GDPR	General Data Protection Regulation
GIS	Sistema Informativo Geografico
GPDP	Garante per la Protezione dei Dati Personali
HIMSS	Healthcare Information and Management Systems
HL7 FHIR	Health Level Seven International - Fast Healthcare Interoperability Resources
HSM	Hardware security modules
IAM	Identity and Access Management
ICT	Information and Communication Technologies
IFeC	Infermiere di Famiglia e di Comunità
IMA	Infarto Miocardio Acuto
IVR	Interactive Voice Response (Risposta Vocale Interattiva)
KPI	Key Performance Indicators
LIS	Laboratory Information System
LOINC	Logical Observation Identifiers Names and Codes
LSE	Indice di deprivazione
MACCE	Eventi Maggiori Cardio Cerebrovascolari
ML	Machine Learning
MPI	Master Patient Index (Gestione delle identità dei pazienti)
NEA	Numero Europeo Armonizzato
NIS	Network and Information Security
OdC	Ospedali di Comunità
PAI	Piano Assistenziale Integrato
PDTA	Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali
PGHD	Personal Generated Health Data
PHM	Population Health Management
PIC	Presenza in Carico

PREMS	Patient - Reported Experience Measures
PRI	Piano Riabilitativo Individuale
PROMS	Patient- Reported Outcome Measures
PUA	Punto Unico di Accesso
R.S.P.P.	Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione
SAC	Sistema di Accoglienza Centrale
SANSIT	Sistema informativo unico trasfusionale
SAR	Sistema di Accoglienza Regionale
SIAT	Sistema Informativo Assistenza Territoriale
SIATESS	Sistema Informativo per l'Assistenza Territoriale Sociale, Sanitaria e Sociosanitaria
SIMT	Centro Trasfusionale
SIO	Sistema Informativo Ospedaliero
SIP	Sistema Informativo della Prevenzione
SISR	Sistema informativo Sanitario Regionale
SNOMED/NAP	Nomenclatore per l'Anatomia Patologica Italiana
SPID	Sistema Pubblico Identità Digitale
TS	Tessera Sanitaria
U.D.I.	Unità di Degenza Infermieristica
UCCP	Unità Complesse di Cure Primarie
UCA	Unità di Continuità Assistenziale
UCP	Unità di Cure Primarie
UCPCI	Unità di Cure Primarie Integrata
USCA	Unità Speciale di Continuità Assistenziale
USR	Ufficio Scolastico Regionale
UVM	Unità di Valutazione Multidimensionale

## Autori del documento

### **Gruppo di lavoro regionale**

*(Determinazioni, n. GR3900-13 del 6 settembre 2021, n. G01802 del 22/02/2022, n. G03633 del 28/03/2022)*

*Alessio D'Amato* - Assessore regionale alla Sanità e Integrazione Socio-Sanitaria

*Massimo Annicchiarico* - Direttore regionale Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, Regione Lazio

*Antonio Mastromattei* - Dirigente Area Rete Integrata del Territorio, Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, Regione Lazio

*Lucrezia Le Rose* - Dirigente Area Patrimonio e Tecnologie, Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, Regione Lazio

*Chiara Marinacci* - Dirigente Area Ricerca, Innovazione, Trasferimento delle conoscenze e Umanizzazione, Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, Regione Lazio

*Maurizio Stumbo* – già Direttore Direzione Sistemi informativi, LAZIOCREA

*Angelo Tanese* - Direttore Generale, ASL ROMA 1

*Pierpaola D'Alessandro* – già Direttore Generale, ASL FROSINONE

*Marina Davoli* - Direttore Dipartimento di Epidemiologia del SSR, ASL ROMA 1

*Antonella Leto* - Direttore Dipartimento Professioni Sanitarie, Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata

*Gianni Vicario* - Direttore UOC Valutazione dell'applicazione dei processi assistenziali e esiti di salute, ASL VITERBO

*Gabriele Coppa* – già Direttore UOC Sviluppo strategico ed organizzativo, ASL RIETI

*Debora Angeletti* - Direttore UOC Sistemi e tecnologie informatiche e di comunicazione, ASL ROMA 1

*Teresa Lorena Di Lenola* - Responsabile AROA Centrale di Continuità Assistenziale e PDTA, ASL LATINA.

*Francesco Enrichens* - Project Manager Progetto PON GOV Cronicità, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

*Michela Santurri* - Progetto PON GOV Cronicità, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

### **In collaborazione con SDA Bocconi School of Management – CER GAS (Centro Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza sanitaria e sociale)**

*Valeria Tozzi* - Associate Professor of Practice e Direttore Master MiMS ((Master in Management per la Sanità)

*Angelica Zazzera* - Junior Lecturer

*Michela Bobini* - Junior Lecturer

**Con il contributo di:**

*Michelangelo Bartolo* - Responsabile Telemedicina, Area Rete Integrata del Territorio, Direzione Salute e Integrazione sociosanitaria, Regione Lazio

*Agnese Barzacchi* - Direttore Infermieristico ASL RIETI

*Antonio Bozza* - Dirigente Divisione Sistemi Sociosanitari, Territoriali ed Emergenza, Direzione Sistemi Informativi, LAZIOCREA

*Diana Bruno* - Responsabile Sistemi Informativi, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I

*Loredano Bungaro* - ARES 118

*Romolo Cacioni* - Coordinatore Infermieristico UOC Assistenza Domiciliare, ASL ROMA2

*Valentino Coppola* - Dirigente Infermieristico Area Territoriale LATINA

*Mirko Di Martino* - Dipartimento di Epidemiologia del SSR, ASL ROMA1

*Claudio Federici* - Dirigente Infermieristico ASL ROMA 6

*Danilo Fusco* - Dirigente Area Sistemi Informativi/ICT, Logistica sanitaria e Coordinamento acquisti, Direzione Salute e Integrazione sociosanitaria, Regione Lazio

*Marina Germano* - Dirigente Assistente Sociale ASL ROMA 3

*Concetta Mamone* - IFeC ASL ROMA 4

*Andrea Minnetti* - Dirigente Fisioterapista AO San Giovanni Addolorata

*Elisa Moroncelli* - Area Patrimonio e Tecnologie, Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, Regione Lazio

*Paolo Parente* - Direzione Sanitaria, ASL ROMA 1

*Cristina Pizzicannella* - IFeC e Coordinatore Infermieristico ASL ROMA 6

*Francesco Saverio Emanuele Profiti* - Direttore UOC Politiche Valorizzazione Patrimonio Immobiliare e Sviluppo Sistemi Informatici, ASL VITERBO

*Maria Grazia Proietti* - Direttore Infermieristico ARES 118

*Piero Salustri* - Area Patrimonio e Tecnologie, Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, Regione Lazio

*Cinzia Sandroni* - Direttore Infermieristico ASL ROMA 6

*Gennaro Scialò* - Dirigente Infermieristico, Area Territoriale ASL FROSINONE

*Lorenzo Sornaga* – Dirigente Divisione Sistemi Centrali e di accesso per la Sanità, Direzione Sistemi Informativi, LAZIOCREA

*Giancarlo Tesone* - Direttore Distretto 6 ASL ROMA 2

*Carlo Turci* - Direttore DIPSAS ASL ROMA 4

*Pierluigi Vassallo* - Direttore Distretto Albano ASL ROMA 6

*Anna Zoppegno* - Direttore Assistenza Infermieristica e Ostetrica ASL ROMA 1



