

## PNRR M6C1 1.2.2.2

Studio di fattibilità per l'attuazione degli interventi di interconnessione Aziendale "Ecosistema digitale delle cure territoriali della Regione Lazio"

## INDICE

<b>1</b>	<b>Premessa e Principi Ispiratori</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Executive Summary</b> .....	<b>5</b>
2.1	Guida alla lettura del documento .....	5
2.2	Le motivazioni alla base della proposta progettuale .....	6
2.3	L' Obiettivo generale del progetto proposto .....	7
2.4	Gli Obiettivo Specifici previsti dal progetto .....	8
2.5	Il Valore Atteso attraverso la realizzazione degli obiettivi specifici .....	8
<b>3</b>	<b>Il Contesto di Riferimento</b> .....	<b>10</b>
3.1	Quadro normativo .....	10
	Livello comunitario .....	10
	Livello nazionale.....	10
	Livello regionale.....	10
3.2	Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio .....	11
	Le Centrali Operative Territoriali .....	12
	Le Case della Comunità.....	13
	Gli Ospedali di Comunità .....	14
	Il Modello Organizzativo del distretto .....	14
	Il D.M.77 e il nuovo modello delle cure territoriali .....	15
	La prospettiva dei Pazienti .....	22
<b>4</b>	<b>I modelli Organizzativi della Regione Lazio</b> .....	<b>23</b>
4.1	Reti di Prossimità e dei modelli organizzativi Aziendali della Regione Lazio rispetto alla Missione 6 componente M6C1 del PNRR (DGR n. 332 del 24/05/2022) .....	23
	ASL Roma 1.....	23
	ASL Roma 2.....	24
	ASL Roma 3.....	24
	ASL Roma 4.....	25
	ASL Roma 5.....	25
	ASL Roma 6.....	26
	ASL Frosinone.....	26
	ASL Latina .....	27
	ASL Rieti.....	27
	ASL Viterbo.....	28
	Il ruolo delle Aziende ospedaliere.....	28

<b>5</b>	<b>SIATESS - Sistema di Accoglienza e Valutazione Multidimensionale: stato di implementazione del progetto .....</b>	<b>30</b>
<b>6</b>	<b>Evoluzione dell'Ecosistema digitale integrato per le cure territoriali della Regione Lazio: la proposta progettuale.....</b>	<b>32</b>
6.1	L'obiettivo generale del progetto.....	32
6.2	Gli obiettivi specifici della proposta progettuale .....	33
6.2.1	Obiettivo 1 – Evoluzione delle funzionalità .....	36
6.2.2	Obiettivo 2 – La piattaforma di interoperabilità, la progettazione e realizzazione del Datalake Sociosanitario FHIR .....	38
6.2.3	Obiettivo 3 – Rea Specifico Privacy, accountability e gestione dei consensi.....	42
6.3	Modalità di erogazione dei servizi .....	43
	Approccio Metodologico .....	43
	Modello Organizzativo per la realizzazione del progetto.....	45
<b>7</b>	<b>Le fasi del progetto e i tempi di realizzazione .....</b>	<b>46</b>
<b>8</b>	<b>La modalità di approvvigionamento e il perimetro economico.....</b>	<b>47</b>

## 1 Premessa e Principi Ispiratori

In un costante percorso di adeguamento ed evoluzione delle risorse ICT volto a garantire la miglior qualità in termini di affidabilità, efficacia ed efficienza dei servizi offerti ai propri cittadini, la Regione Lazio intende realizzare un profondo intervento di Innovazione ed Evoluzione Digitale del proprio modello sanitario delle cure territoriali. Si intendono raggiungere gli **obiettivi di ridefinizione e riorganizzazione dei processi sanitari, dei modelli di cura e dell'offerta di servizi ai cittadini in relazione agli effettivi bisogni di salute della propria popolazione.**

La proposta progettuale descritta nel presente studio di fattibilità è frutto di un'analisi approfondita delle esigenze espresse dalla Regione, dell'attuale contesto IT Nazionale e Regionale e di quanto previsto dalle riforme di settore (PNRR e D.M.77). Il presente studio intende fornire tutti gli elementi necessari per l'attuazione di un percorso di trasformazione degli attuali modelli verso un **"Ecosistema Digitale delle Cure Territoriali della Regione Lazio"** fortemente orientato alla clinica e capace, in termini tecnologici, di valorizzare gli aspetti procedurali, organizzativi e metodologici, riferiti alle tecnologie già in uso ed a quelle da svilupparsi ex novo.

I principi ispiratori della proposta progettuale di seguito descritta seguono un approccio complessivo atto a:

- Salvaguardare gli investimenti pregressi rispetto ai sistemi informativi esistenti e gli interventi programmati;
- Introdurre buone pratiche innovative di gestione ed evoluzione dell'IT, capaci di produrre immediati riscontri in termini di efficientamento dei processi;
- Gestire in modo più efficace il patrimonio informativo attraverso modelli di governance evoluti e sistemi di *Clinical Intelligence* certificati;
- Assicurare l'integrabilità dei sistemi secondo gli standard previsti con particolare riferimento al nuovo Fascicolo Sanitario Elettronico e alle piattaforme aziendali;
- Introdurre soluzioni che migliorino l'accesso ai servizi da parte dei diversi stakeholder (cittadini, MMG/PLS, Strutture/Operatori pubblici e privati e i diversi sistemi informativi preesistenti).

**L'Ecosistema Digitale delle Cure Territoriali** descritto nel presente studio di fattibilità è pensato e progettato in piena aderenza alla riforma di settore prevista da Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - M6C1 in termini di **"Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale - volta a definire modelli e standard relativi all'assistenza territoriale, alla base degli interventi previsti dalla Component 1 della Missione 6 'Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" del PNRR**".

La Direzione Generale della Commissione Salute Europea (DG SANCO), nel 2014, definisce l'Assistenza Primaria come: ***"l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. I servizi sono erogati da équipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone"***.

Nel perseguire questa visione, la riforma delle cure territoriali ha previsto la valorizzazione delle attività distrettuali attraverso:

- l'introduzione delle **Case della Comunità**, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione di riferimento;

- il potenziamento delle **Cure Domiciliari** affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza;
- **l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale** e lo sviluppo di équipe multiprofessionali che prendano in carico la persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità ("**Planetary Health**");
- l'introduzione di logiche sistematiche di **medicina di iniziativa** e di presa in carico, attraverso la **stratificazione della popolazione** per intensità dei bisogni;
- la gestione di **modelli di servizi digitalizzati**, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di **telemedicina e tele-monitoraggio**, sia per **l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale**;
- la valorizzazione della **co-progettazione** con gli utenti;
- la valorizzazione della **partecipazione di tutte le risorse della comunità** nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.);
- la valorizzazione del ruolo delle **farmacie convenzionate con il SSN** ubicate uniformemente sull'intero territorio nazionale che attraverso la rete capillare sono in grado di fornire prestazioni di servizi sanitari a presidio della cittadinanza (*la dispensazione del farmaco per i pazienti cronici, la possibilità di usufruire di un servizio di accesso personalizzato ai farmaci, la farmacovigilanza, le attività riservate alle farmacie dalla normativa sulla c.d. "Farmacia dei Servizi" (D. Lgs. 153/2009) e l'assegnazione delle nuove funzioni tra le quali le vaccinazioni anti-Covid e antinfluenzali, la somministrazione di test diagnostici a tutela della salute pubblica*).

## 2 Executive Summary

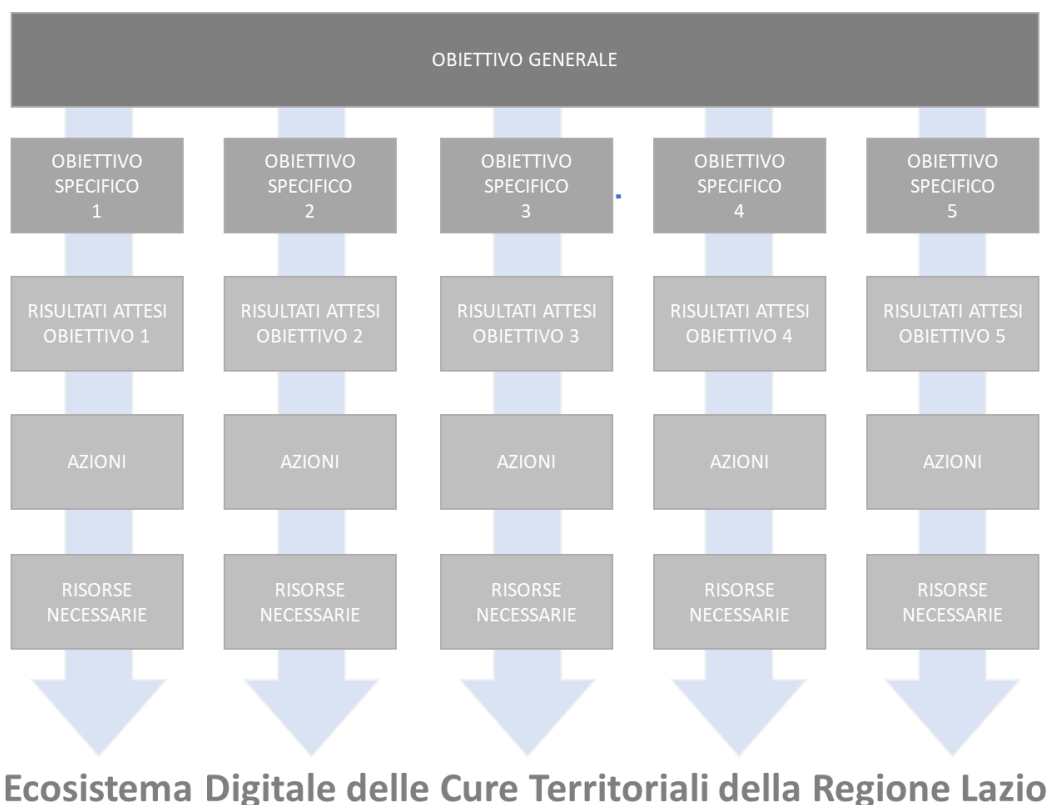
### 2.1 Guida alla lettura del documento

La metodologia di progettazione utilizzata per la definizione dell'Ecosistema Digitale delle Cure Territoriali della Regione Lazio presentata nel presente studio adotta il metodo GOPP – *Goal Oriented Project Planning*. Tale metodo esprime un approccio alla pianificazione orientato a scopi consistenti e verificabili. La metodologia si basa su una ricognizione del contesto di partenza, e consiste in un modello di analisi e descrizione delle principali componenti logiche del progetto attraverso una matrice di scomposizione e correlazione sinottica dei macro-componenti logici del progetto che sono: finalità generale, obiettivo generale e obiettivi specifici, risultati attesi per ogni obiettivo, attività connesse al conseguimento del singolo risultato e relative risorse necessarie.

Tali componenti si deducono partendo dalla loro coerente e biunivoca correlazione (Finalità/obiettivo o obiettivi; obiettivo o obiettivi/risultati; risultati/attività; attività/risorse e costi), e si legittimano in base alla coerenza del framework generale di riferimento. In genere la corretta adozione del metodo GOPP assicura all'ideazione progettuale, consistenza, accessibilità, fattibilità e possibilità di verifica. Ad oggi il GOPP e il PCM costituiscono i principali e più comuni standard di qualità nelle fasi di programmazione, gestione e valutazione di interventi complessi come quello in oggetto.

Nel caso del presente studio di fattibilità, i macro-componenti logici in cui si articola la proposta sono i seguenti, schematizzati nella figura successiva:

- L'**Obiettivo Generale** che rappresenta lo scopo generale del progetto;
- Gli **Obiettivi Specifici** – di “secondo livello” – in base ai quali si può scomporre l'obiettivo generale e attraverso il perseguimento dei quali il progetto vedrà la sua completa realizzazione
- I **Risultati Attesi** rappresentano il “Prodotto” che ci si propone di ottenere con il raggiungimento degli obiettivi specifici;
- Le **Azioni** rappresentano le attività da svolgere per raggiungere i Risultati attesi;
- Le **Risorse** consistono nelle figure professionali e/o beni strumentali, interventi normativi ed organizzativi necessari per lo svolgimento delle azioni;



## 2.2 Le motivazioni alla base della proposta progettuale

Attraverso il presente documento, come anticipato nell'introduzione, si propone una articolata proposta progettuale volta alla realizzazione di un Ecosistema Digitale delle Cure Territoriali della Regione Lazio capace di rispondere alla crescente domanda di salute della popolazione per bisogni complessi che richiedono una risposta efficace in termini di servizi integrati forniti, appunto, attraverso la rete dell'assistenza territoriale.

È evidente che il setting assistenziale migliore per assistere pazienti cronici, disabili e anziani è quello delle cure primarie e di prossimità che deve poter rispondere ai bisogni di salute del paziente al proprio domicilio o nella comunità di riferimento, anche attraverso interventi di educazione, promozione e prevenzione alla salute.

Come noto, i sistemi sanitari con all'interno "forti" sistemi di cure primarie sono associati a migliori *outcome* di salute della popolazione tanto più se caratterizzati da un'assistenza di prossimità capillare e vicino alla comunità di riferimento.

Le principali criticità che la pandemia da Covid-19 ha fatto emergere più o meno omogeneamente su tutto il territorio nazionale riguardano perlopiù la grande variabilità geografica in termini qualitativi e quantitativi dei servizi sanitari erogati nell'ambito della prevenzione e dell'assistenza territoriale, così come la scarsa capacità di integrazione tra i servizi ospedalieri, i servizi sanitari locali e i servizi sociali. L'emergenza ha inoltre evidenziato l'importanza cruciale di avere soluzioni tecnologiche e digitali a supporto della salute pubblica e dell'assistenza sanitaria in tutti i setting assistenziali, sia come strumenti per la presa in carico del paziente a domicilio sia come strumenti di integrazione e di comunicazione tra professionisti dei diversi settori di intervento.

I progetti previsti mirano a valorizzare l'assistenza sanitaria territoriale valorizzando il ruolo del paziente, integrando i servizi sanitari in un approccio one health (olistico) incentrato sul rafforzamento dei servizi sanitari locali, con investimenti che includono la costruzione e la modernizzazione, sia dal punto di vista tecnologico che organizzativo. La componente mira a garantire la salute non solo come mera assenza di malattia, ma come stato di benessere fisico, sociale e mentale della persona attraverso una riforma che aggiorna e definisce il quadro normativo nell'ambito dell'assistenza sanitaria di prossimità mediante la definizione di standard organizzativi, tecnologici e qualitativi dell'assistenza territoriale. E contestualmente, grazie ai fondi del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza, permette di rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità, nonché i servizi di assistenza a domicilio, per garantire a tutti i cittadini le stesse possibilità di assistenza indipendentemente dal loro contesto sociale e geografico.

### 2.3 L' Obiettivo generale del progetto proposto

**L'obiettivo generale** del progetto è la realizzazione dell'**Ecosistema Digitale delle Cure Territoriali della Regione Lazio**.

Gli elementi che costituiscono l'ecosistema sono progettati e saranno realizzati in aderenza a quanto definito dal D.M.77 e secondo le indicazioni più puntuali nelle fasi di analisi di dettaglio già definiti negli atti regionali.

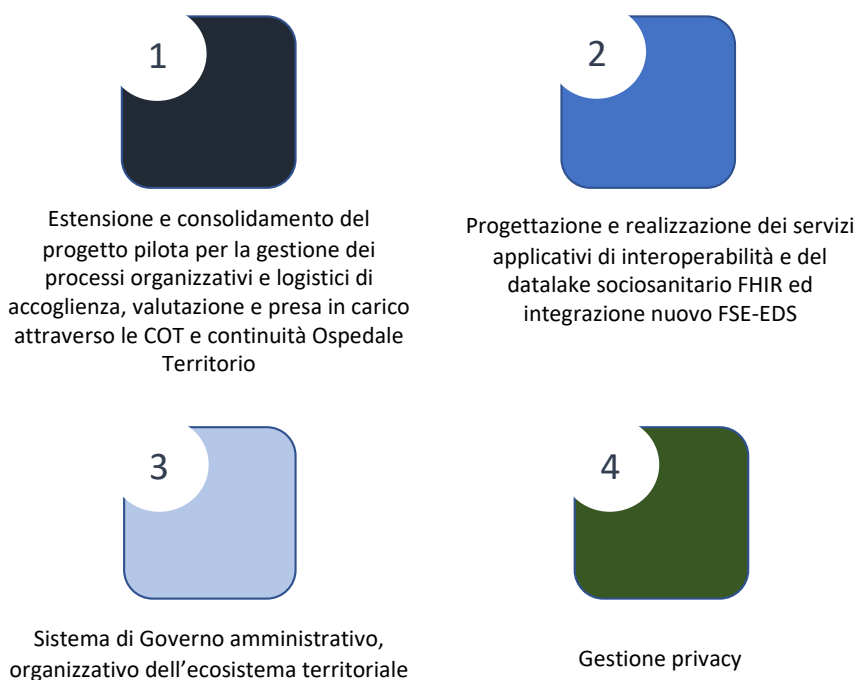
Sulla base del contesto normativo ed organizzativo noto a livello regionale e nazionale è stata individuata, nelle seguenti necessità, una sintesi delle possibili linee guida relative alle fasi di realizzazione del progetto:

- È necessario realizzare una cornice entro cui collocare e integrare i sistemi territoriali attraverso un modello basato **sull'interoperabilità dei sistemi e dei dati**, la condivisione e la collaborazione multiprofessionale e multi-presidio;
- È necessario far adottare da tutte le ASL e da tutte le nuove strutture territoriali previste dal D.M. 77 gli strumenti per lo svolgimento dei compiti che il decreto assegna loro (già in parte realizzati dalla società *in house* nell'ambito del progetto per la realizzazione del Sistema di Valutazione Multidimensionale);
- È necessario supportare i nuovi modelli organizzativi con procedure e tecnologie che consentano la collocazione dei cittadini, dei pazienti e delle famiglie al centro dell'Ecosistema Digitale delle Cure Territoriali, attraverso l'introduzione di strumenti capaci di abilitare la medicina di iniziativa;

- È necessario dotare le Aziende sanitarie regionali di un insieme di strumenti per la gestione integrata dei pazienti presi in carico dai servizi territoriali, superando la frammentazione che oggi esiste non soltanto tra ospedale e territorio, ma anche tra le strutture territoriali e i professionisti;
- È necessario supportare il personale sanitario tutto, con strumenti di supporto alle decisioni "Evidence Based Practice" nelle cure territoriali per migliorare l'appropriatezza e ridurre il rischio clinico;
- È necessario creare le condizioni "informative" per poter avviare la sperimentazione di modelli di "Value Based Healthcare" attraverso la misurazione del valore prodotto in termini di outcome e di impatto sulla salute del paziente;
- È necessario disporre e utilizzare dati e informazioni opportunamente standardizzati e mettere a disposizione per i diversi livelli di governo e responsabilità, dashboard e strumenti di analisi predittivi, evoluti e personalizzati (*Population Health Management*).

## 2.4 Gli Obiettivo Specifici previsti dal progetto

La proposta progettuale descritta nel presente documento si sviluppa su **n. 4 Obiettivi specifici**:



## 2.5 Il Valore Atteso attraverso la realizzazione degli obiettivi specifici

Con riferimento ai suddetti obiettivi specifici di seguito è presentata la matrice completa attraverso la quale è possibile verificare come questi possono trovare una riconduzione rispetto ai contenuti del documento approvato con Deliberazione di Giunta n. 643 del 26/07/2022 recante "**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**" con



riferimento a Strutture e Concetti in esso trattati. In “Bianco” elementi trattati nelle linee guida che, seppur prevista integrazione, non hanno una specifica riconduzione con gli obiettivi specifici del progetto.

Struttura		Compito / funzione		Obiettivo		Sistemi Coinvolti esterni	Sistemi coinvolti oggetto della presente fornitura	Azioni progettuali tecniche oggetto della presente fornitura
Case della Comunità	Accoglienza – accesso unitario		1	2	Sistemi di Communication (116117/CRM) e sistemi gestionali specialistici in ambito SIO e Territoriale, cartelle MMG/PLS	SIATESS	Interoperabilità per microservizi	
	Presenza in carico		1	2	Sistemi gestionali specialistici in ambito SIO e Territoriale e sistemi di diagnostica	SIATESS	Interoperabilità per microservizi	
	Prevenzione - screening							
	Punto prelievi							
	Diagnostica di base							
	Servizi ambulatoriali cronici		1	2	CCE , cartella MMG/PLS	SIATESS	Interoperabilità per microservizi	
	Servizi medicina di iniziativa		1	2	Cartelle MMG/PLS	SIATESS	Interoperabilità per microservizi	
	Proflassi Vaccinale							
	Assistenza Protesica		1	2	Sistema regionale SANPRO	SIATESS	Interoperabilità per microservizi	
	Servizi prenotazione		1	2	CUP Regionale	SIATESS	Interoperabilità per microservizi	
	ADI integrato con IFeC		1	2	Sistema regionale SIAT	SIATESS	Interoperabilità per microservizi	
	Servizi sociali							
Day service								
Specialistica ambulatoriale		1	2	CCE ambulatoriale	SIATESS	Interoperabilità per microservizi		
Ospedali di Comunità	Accoglienza – gestione pazienti		1	2	CCE/ADT Ospedale di Comunità	SIATESS	Interoperabilità per microservizi	
	Gestione clinica							
Infermiere di famiglia e di comunità (IFeC)	Progetto di salute (insieme con MMG se anche di natura medica )		1	2	Sistemi gestionali specialistici in ambito SIO e Territoriale e sistemi di diagnostica, piattaforme MMG/PLS	SIATESS	Interoperabilità per microservizi	
	Presenza in carico		1	2	Sistemi gestionali specialistici in ambito SIO e Territoriale e sistemi di diagnostica, piattaforme MMG/PLS	SIATESS	Interoperabilità per microservizi	
	Monitoraggio paziente		1	2	Tele HUB o sistemi di telemedicina aziendali	SIATESS	Interoperabilità per microservizi	
	Programmazione visite ed esami		1	2	CUP Regionale o Sistema di Agende aziendali per percorsi interni e di follow up	SIATESS	Interoperabilità per microservizi	
	Valutazione capacità cittadino autocura e automonitoraggio		1	2	Tele HUB o sistemi di telemedicina aziendali	SIATESS	Interoperabilità per microservizi	
116/117	Informazioni sui servizi sanitari							
	Consulenza sanitaria							
	Attivazione servizio continuità assistenziale							
Unità Continuità Assistenziale	Attivazione servizi territoriali – PUA		1	2	SIATESS	Sistema di Communication/Gestionale 116117	Interoperabilità per microservizi	
	Attivazione (da COT-D)		1	2	SIATESS	Sistema gestione di continuità assistenziale	Interoperabilità per microservizi	
Centrali Operative Territoriali	ASL	Dimissioni casi complessi		1	2	ADT/CCE	SIATESS	Interoperabilità per microservizi
		Trasizione cure nel distretto		1	2		SIATESS	
		Coordinamento trasporti		1	2	Piattaforma di gestione dei trasporti aziendali e regionali	SIATESS	Interoperabilità per microservizi
	Distretto	Governo valutazioni multidimensionali		1	2		SIATESS	
		Attivazione UCA		1	2	Sistema gestione di continuità assistenziale	SIATESS	Interoperabilità per microservizi
Distretto	Programmazione attività cronici		1	2	Sistemi gestionali specialistici in ambito SIO e Territoriale e sistemi di diagnostica, CUP	SIATESS	Interoperabilità per microservizi	
	Monitoraggio indicatori		2	3	Interoperabilità con il sistema informativo regionale	SIATESS	Interoperabilità per microservizi	
ASL - Regione	Monitoraggio spesa		2	3	Interoperabilità con il sistema informativo regionale	SIATESS	Interoperabilità per microservizi	
	Monitoraggio attività		2	3	Interoperabilità con il sistema informativo regionale	SIATESS	Interoperabilità per microservizi	
	Monitoraggio clinico		2	3	Interoperabilità con il sistema informativo regionale	SIATESS	Interoperabilità per microservizi	
	Concetto		Funzione / tematica	Pillar	Sistema / modulo			
Rischio clinico	Rischio farmacologico – politerapia							
	Evidence Based Practice							
Disease management		Gestione orientata ai problemi						
Case management Medicina di iniziativa		Gestione del caso – supporto protocolli e workflow clinici						
Approccio multidisciplinare		Condivisione e collaborazione clinica, gestione integrata						

### 3 Il Contesto di Riferimento

Si riporta di seguito a titolo esemplificativo e non esaustivo il quadro normativo di riferimento

#### 3.1 Quadro normativo

##### Livello comunitario

NORMA	DATA	NOTE
Regolamento (UE) 2021/241	12/02/2021	REGOLAMENTO (UE) 2021/241 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 12 febbraio 2021 che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza

##### Livello nazionale

NORMA	DATA	NOTE
DECRETO LEGISLATIVO n. 229 - 19 giugno 1999,	19/06/1999,	Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.
LEGGE 8 novembre 2000, n. 328	8/11/2000,	Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.
D.P.C.M. 14 febbraio 2001	14/02/2001	Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie
Legge 15 marzo 2010, n. 38	15/03/2010	Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore
D.lgs del 6 giugno 2012	06/06/2012	Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice
DPCM 12 gen 2017	12/01/2017	Nuovi Livelli essenziali di assistenza
DECRETO 23 maggio 2022, n. 77	23/05/2022	Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

##### Livello regionale

NORMA	DATA	NOTE
LR 3 mar. 2003, n.4	03/03/03	Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali
LR 12 dic 2003, n. 41	12/12/03	Norme in materia di autorizzazione all'apertura ed al funzionamento di strutture che prestano servizi socioassistenziali
L.R. 10 Agosto 2016, n. 11	10/08/16	Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio
Deliberazione del 26 aprile 2017 n. 214	26/04/17	Piano Sociale Regionale 2017-2019 Regione Lazio
Deliberazione del 2 mar 2018, n. 149	02/03/18	Disposizioni per l'integrazione socio-sanitaria. Attuazione dell'articolo 51 e art. 53 "Legge regionale 10 agosto 2016 n. 11, capo VII.
DGR n. 75	25/02/2022	"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"
DGR n. 332	24/05/2022	"Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6: Salute – Componente M6C1 e M6C2– Approvazione

DGR n. 643	26/07/2022	"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""
Determinazione G18206	20/12/2022	Approvazione dei documenti integrativi alla deliberazione di Giunta regionale 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" quale recepimento del DM 77/2022 ai sensi dell'Art.1 comma 2 del citato provvedimento

### 3.2 Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio

Con l'Approvazione con la DGR 643/2022 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 Regione Lazio attraverso la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria ha introdotto un fondamentale elemento di organizzazione dei "lavori" nell'ambito delle cure territoriali.

I contenuti del documento (che non vengono riportati integralmente nel presente) vengono proposti in un formato unitario che introduce per ciascuno di essi:

- 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;
- 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;
- 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 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.

Attraverso la proposta progettuale oggetto del presente documento sono state individuate azioni di valorizzazione e/o realizzazione ex novo di soluzioni IT che rispondono alla gran parte delle indicazioni regionali introdotte dalle suddette linee guida. Non sono parte del presente progetto le piattaforme di Telemedicina e di CRM/PRM.

Con Determinazione regionale n. G18206 del 20/12/2022 recante "Approvazione dei documenti integrativi alla deliberazione di Giunta regionale 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" quale recepimento del D.M. 77/2022 ai sensi dell'Art.1 comma 2 del citato provvedimento", sono stati integrati documenti relativi alla programmazione della rete assistenziale territoriale in coerenza con standard

e modelli organizzativi definiti nella Riforma dell'Assistenza Territoriale. Si rimanda integralmente alla Determina su indicata.

### 3.3 Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza Missione 6, è stato definito in attuazione del programma “Next Generation EU”, programma varato dall’Unione europea per integrare il “Quadro finanziario pluriennale 2021-2027” alla luce dell’impatto socio-economico della pandemia da “Covid-19”, prevede l’adozione di uno specifico documento attuativo per l’utilizzo dei 210 miliardi di euro destinati all’Italia e prevede 6 aree tematiche di intervento, di cui una dedicata interamente alla sanità (per un valore di circa 19,72 €mld) e focalizzata su due elementi:



#### Assistenza di prossimità e telemedicina

- ✓ Potenziare e riorientare il SSN verso un modello incentrato sui territori e sulle reti di assistenza sociosanitaria;
- ✓ Superare la frammentazione e il divario strutturale tra i diversi sistemi sanitari regionali garantendo omogeneità nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza - “LEA”;
- ✓ Potenziare la prevenzione e l’assistenza territoriale, migliorando la capacità di integrare servizi ospedalieri, servizi sanitari locali e servizi sociali;
- ✓ Sviluppare un modello di sanità pubblica ecologica, in grado di preservare la salute dei cittadini a partire dalla salute dell’ambiente



#### Innovazione, ricerca e digitalizzazione dell’assistenza sanitaria

- ✓ Promuovere e rafforzare il settore della ricerca scientifica;
- ✓ Rafforzare i sistemi informativi sanitari e gli strumenti digitali a tutti i livelli del SSN, a partire dalla diffusione ancora limitata e disomogenea della cartella clinica elettronica;
- ✓ Ammodernare le apparecchiature e realizzare ospedali sicuri, tecnologici e sostenibili;
- ✓ Valorizzare le risorse umane, attraverso l'ammodernamento degli strumenti e dei contenuti formativi e lo sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali dei professionisti del SSN.

### Le Centrali Operative Territoriali

La Centrale Operativa Territoriale è un modello organizzativo innovativo, di livello distrettuale, che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

L’obiettivo della Centrale Operativa Territoriale (COT) è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell’assistenza sanitaria e sociosanitaria. Costituisce un servizio operativo 7 giorni su 7, deve essere dotato di adeguate infrastrutture tecnologiche e informatiche quali ad esempio una piattaforma

comune integrata con i principali applicativi di gestione Aziendale, software con accesso al FSE e ai principali database Aziendali, software di registrazione delle chiamate.

Al fine di garantire un accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio, nonché ad affrontare situazioni complesse o di emergenza, è fondamentale che le COT, a livello regionale, usufruiscano di un sistema informativo condiviso e interconnesso con CO NEA 116117 regionali.

L'attività della COT è rivolta a tutti gli attori del sistema sociosanitario, personale distrettuale e ospedaliero, che possono richiederne l'intervento: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale, medici specialisti ambulatoriali interni, e altri professionisti sanitari presenti nei servizi Aziendali e distrettuali nonché personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali e dei servizi sociali. Dal punto di vista operativo le COT afferiscono a un coordinatore, che ne detiene la responsabilità di gestione e funzionamento.

### Osservazione relativa alla gestione del Consenso



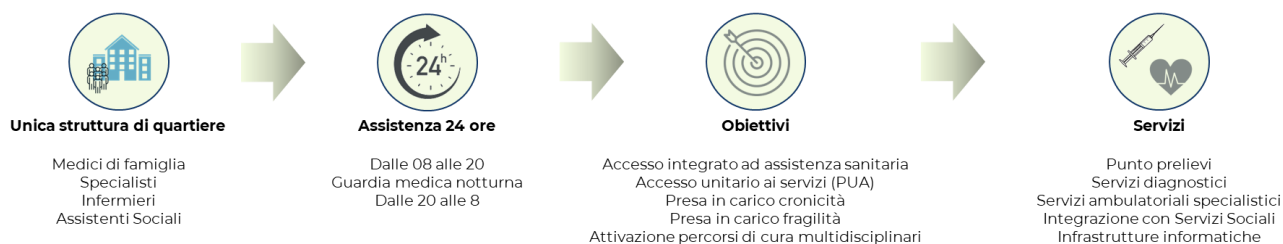
### Le Case della Comunità

La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico pubblico, di prossimità e di facile individuazione al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria.

La CdC è una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza, l'orientamento dell'assistito, la progettazione e l'erogazione degli interventi sanitari.

La CdC introduce un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso la modalità operativa dell'équipe multiprofessionale territoriale. L'attività, infatti, deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC), altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle Aziende sanitarie, quali ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali.

Essa rappresenta il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali degli enti locali del bacino di riferimento proponendo un raccordo intra-settoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei diversi ambiti di competenza.



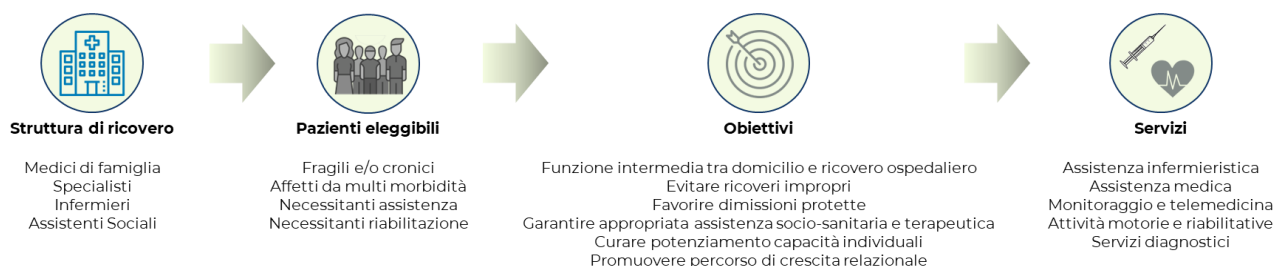
## Gli Ospedali di Comunità

La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico pubblico, di prossimità e di facile individuazione al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria.

La CdC è una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza, l'orientamento dell'assistito, la progettazione e l'erogazione degli interventi sanitari.

La CdC introduce un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso la modalità operativa dell'équipe multiprofessionale territoriale. L'attività, infatti, deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC), altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle Aziende sanitarie, quali ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali.

Essa rappresenta il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali degli enti locali del bacino di riferimento proponendo un raccordo intra-settoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei diversi ambiti di competenza.

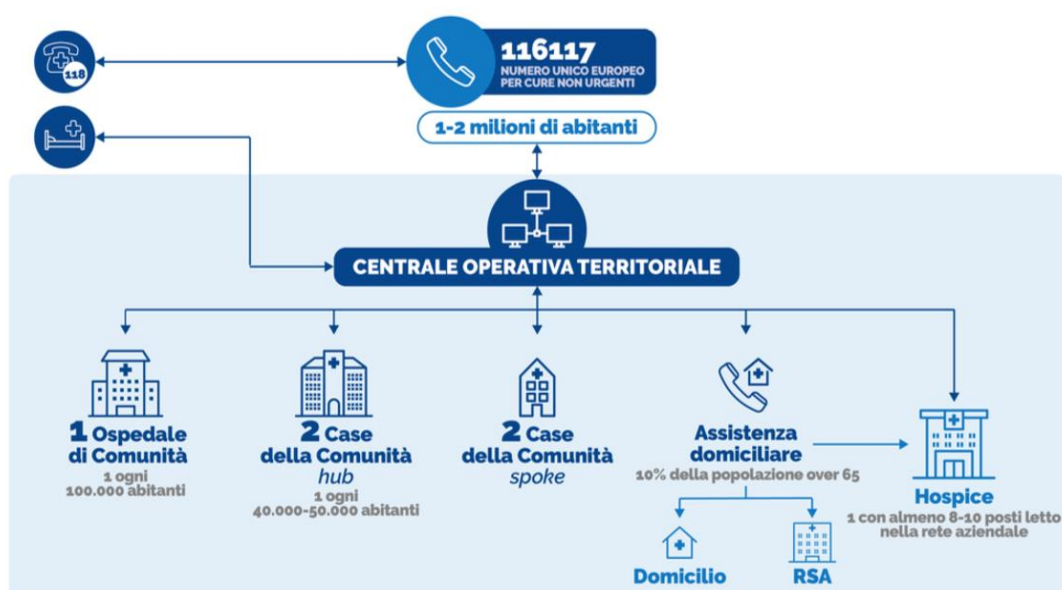


## Il Modello Organizzativo del distretto

La riforma prevede che un Distretto di circa 100.000 abitanti, deve prevedere i seguenti standard:

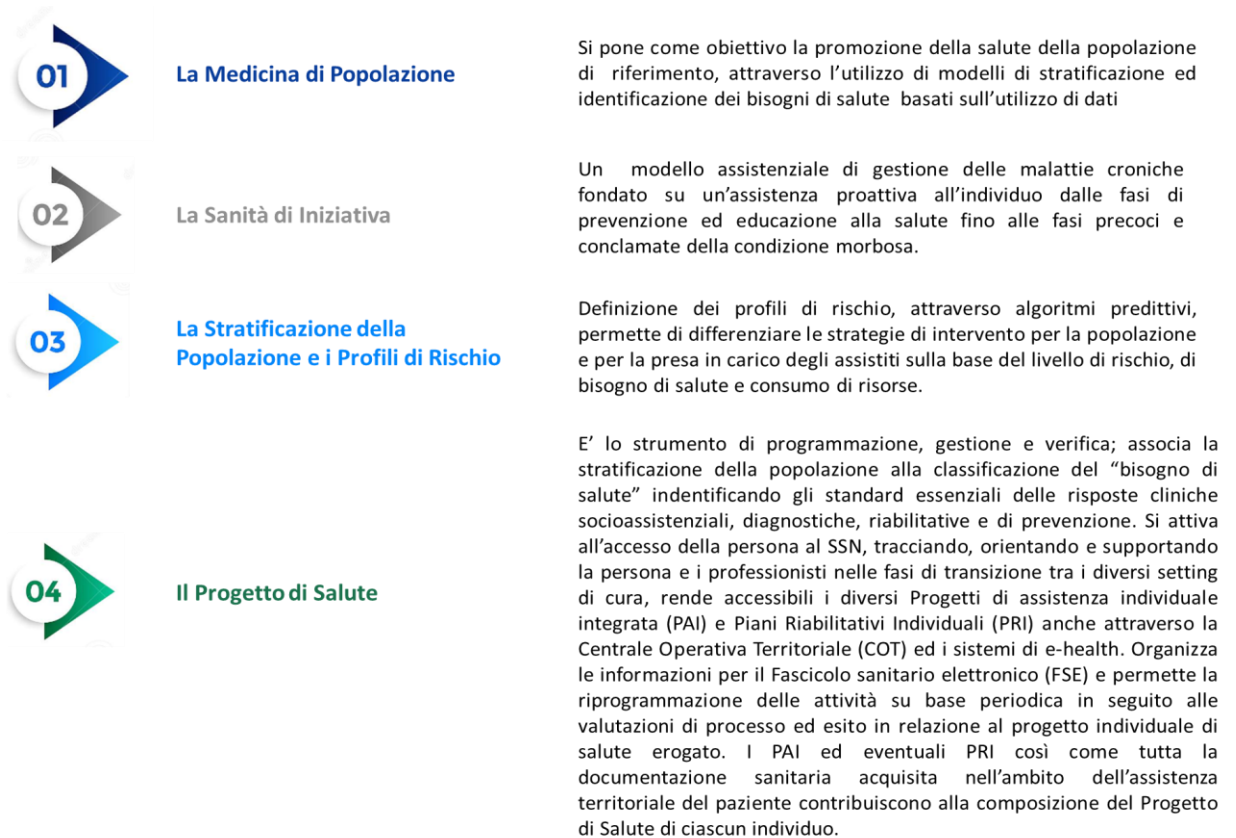
- n.1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità *spoke* e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;

- n.1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola;
- n.1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- n.1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
- n.1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.



### Il D.M.77 e il nuovo modello delle cure territoriali

Il DM 77 ha definito i nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, Il decreto pone al centro le competenze digitali del cittadino e delle Aziende sanitarie e del personale sanitario e si basa su quattro concetti cardine:



**01** Sulla base della crescente disponibilità di dati digitali, pone l'attenzione sulla possibilità di sviluppare modelli predittivi, che consentano la stratificazione della popolazione, il monitoraggio per fattori di rischio, la gestione integrata di patologie croniche e di situazioni complesse. Per essere realmente efficaci i servizi sanitari devono essere in grado di tutelare la salute dell'intera popolazione e non solo di coloro che richiedono attivamente una prestazione sanitaria. **Tale approccio viene definito Medicina di Popolazione** ed ha l'obiettivo di mantenere l'utenza di riferimento in condizioni di buona salute, rispondendo ai bisogni del singolo paziente in termini sia di prevenzione sia di cura. In tale ottica, particolare attenzione deve essere posta nei riguardi dei soggetti con patologie croniche, oggi sempre più diffuse in termini di incidenza e prevalenza, e per le quali il Piano Nazionale della Cronicità ha individuato le diverse fasi principali del percorso assistenziale:

- valutazione del profilo epidemiologico della popolazione di riferimento (stratificazione del rischio);
- valutazione delle priorità d'intervento;
- definizione del profilo d'offerta più appropriata di servizi socioassistenziali;
- promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce;
- presa in carico e gestione del paziente attraverso il piano di cura;
- erogazione di interventi personalizzati;
- valutazione della qualità delle cure erogate.

La conoscenza del profilo epidemiologico e degli indicatori correlati con i bisogni e gli esiti di salute della popolazione assistita costituiscono un aspetto fondamentale nell'ambito del sistema di governo distrettuale. Lo sviluppo e l'implementazione di sistemi di misurazione e stratificazione della popolazione sulla base del



rischio andranno, pertanto, a costituire ed alimentare una piattaforma che contiene informazioni sulle caratteristiche della popolazione assistita in un determinato territorio, sulla prevalenza di patologie croniche, sulla popolazione fragile. Tale piattaforma comprenderà altresì gli indicatori relativi alla qualità dell'assistenza sanitaria e all'aderenza alle linee guida per alcune patologie specifiche e sarà di supporto nei programmi di sorveglianza proattiva nell'ambito del piano di potenziamento dell'assistenza territoriale.

Tale modello di stratificazione, che utilizza informazioni relative ai bisogni clinici assistenziali e sociali della persona, ha la finalità di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati che vengono definiti nel Progetto di Salute. Questo strumento è di supporto nella presa in carico della persona in termini olistici ("*Planetary Health*") e permette non solo la gestione dei bisogni socioassistenziali ma anche di effettuare le valutazioni di processo ed esito relative a ciascun individuo a prescindere dal livello di rischio. Tale approccio consente una valutazione che si articola su due livelli: quello della singola persona, con cui viene definito il Progetto di Salute e i relativi interventi; quello di popolazione, utile ai fini di programmazione e verifica dei risultati raggiunti dai servizi sanitari e sociosanitari nella comunità di riferimento. Un sistema di governance territoriale così impostato consente di individuare priorità di intervento, con particolare riferimento alla continuità delle cure a favore di individui in condizioni di cronicità/fragilità e disabilità che comportano il rischio di non autosufficienza, anche attraverso l'integrazione tra il sistema sociale e quello sanitario.

02

**La Sanità di Iniziativa** è un modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche orientato alla promozione della salute, che non aspetta l'assistito in ospedale o in altra struttura sanitaria, ma lo prende in carico in modo proattivo già nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione morbosa. Lo scopo della Sanità di Iniziativa è la prevenzione ed il miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio, dalla prevenzione primaria, alla diagnosi precoce, alla gestione clinica e assistenziale, alla prevenzione delle complicanze, attraverso il follow-up proattivo anche supportato dagli strumenti di tele monitoraggio e telemedicina, alla presa in carico globale della multimorbilità. Essa prevede un approccio di presa in carico attento alle differenze di genere ovvero lo studio dell'influenza delle differenze biologiche, socio economiche e culturali e che tenga conto di tutti gli altri aspetti psico-comportamentali che incidono sulla salute e delle fasi della vita dell'individuo durante i percorsi di diagnosi, cura, riabilitazione e che caratterizzi tutti i setting assistenziali, al pari degli ambiti di ricerca clinica e di formazione di tutti i professionisti sanitari, per facilitare diagnosi e trattamenti equi, differenziati ed efficaci appropriati. Gli strumenti della Sanità di Iniziativa sono:

- la presa in carico proattiva precoce per l'individuazione delle persone a rischio di malattia,
- l'educazione ai corretti stili di vita,
- la presa in carico negli stadi iniziali delle patologie,
- la programmazione di medio-lungo periodo delle attività di assistenza,
- le prenotazioni delle prestazioni,
- il sostegno e il controllo dell'osservanza da parte dei pazienti dei programmi diagnostico-terapeutici,
- il coinvolgimento delle figure interessate nel processo di assistenza (es. familiari) (cd. caregiver),
- lo snellimento delle attività burocratico-autorizzative.

La Sanità di Iniziativa assicura all'individuo interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, investendo anche sulla prevenzione e sulla promozione della salute. Attraverso i modelli della Sanità di Iniziativa, messi in atto dalle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e dalle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), e in collaborazione con Infermieri di famiglia o Comunità, i pazienti sono contattati periodicamente, al fine di migliorare gli stili di vita, diagnosticare precocemente le patologie e monitorare la comparsa e l'evoluzione delle malattie croniche e prevenire le complicanze e ridurre o gestire il carico assistenziale, prevenire le disabilità e perdita dell'indipendenza per il singolo e per il caregiver. La Sanità di Iniziativa per la parte relativa alla prevenzione deve essere in linea con gli indirizzi del Dipartimento di Prevenzione.



Il DM 77 si basa fortemente sul concetto di **Medicina di Popolazione** cioè di promozione della salute della popolazione attraverso l'utilizzo di **modelli di stratificazione e identificazione dei bisogni di salute basate sull'utilizzo dei dati**. Tale modello di stratificazione ha l'obiettivo di identificare il livello di rischio e di conseguenza di individuare gli interventi personalizzati e maggiormente appropriati da inserire nel Progetto di Salute. Il documento parla precisamente dell'adozione di un modello di stratificazione **comune su tutto il territorio nazionale**. Di seguito la tabella con i livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali.

Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno/Intensità assistenziale	Azioni (Preso in carico derivante)
<b>I livello</b> Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di <b>promozione della salute</b> e di prevenzione primaria
<b>II livello</b> Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di <b>stratificazione del rischio</b> basate su familiarità e stili di vita
<b>III livello</b> Persona con complessità clinico assistenziale media	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali	Bassa/media frequenza di utilizzo dei servizi	Azioni coordinate semplici di <b>presa in carico, supporto proattivo e di orientamento</b>
<b>IV livello</b> Persona con complessità clinico assistenziale medio alta con o senza fragilità sociale	Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari.	Elevato utilizzo dei servizi sanitari e socio-sanitari con prevalenti bisogni extra-ospedalieri o residenziali	Azioni coordinate complesse, <b>integrazione tra setting assistenziali presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento</b> alla persona o al <i>caregiver</i> , in relazione ai bisogni socio assistenziali
<b>V livello</b> Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbidità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, <b>integrazione tra setting assistenziali presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento</b> alla persona o al <i>caregiver</i> , in relazione ai bisogni socio assistenziali
<b>VI livello</b> Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistano più possibilità di guarigione	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, <b>integrazione tra setting assistenziali presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento</b> alla persona o al <i>caregiver</i> , in relazione ai bisogni socio assistenziali



**Il Progetto di Salute** è il filo conduttore che rappresenta la storia della persona e dei suoi bisogni clinico-socioassistenziali, in raccordo con i servizi sociali, seguendola prima ancora che sviluppi una patologia, dal momento in cui viene identificato come portatore di fattori di rischio o a partire dal primo contatto con il SSN, alimentando in modo coerente e

tempestivo il relativo FSE. La definizione del Progetto di Salute si basa sulla valutazione costante del bisogno di salute ed implica sistemi organizzativi e gestionali in grado di valutare costantemente gli interventi clinico assistenziali e dei servizi di supporto garantendo la partecipazione di più professionisti per tutta la durata della presa in carico, senza interruzioni tra setting assistenziali e fondato sulla proattività del SSN. Il Progetto di Salute rappresenta, inoltre, uno strumento di programmazione, verifica e controllo della coerenza clinica e socioassistenziale della presa in carico, grazie alla definizione di azioni appropriate rispetto alle condizioni cliniche, sociali e dei bisogni assistenziali che determinano il livello di complessità del singolo caso, in un'ottica di continuità temporale con rivalutazioni periodiche. L'individuazione dei bisogni socioassistenziali che

portano alla definizione del Progetto di Salute determina l'identificazione di un'équipe multiprofessionale minima (medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, medico specialista ed infermiere), maggiore è la complessità clinico-assistenziale maggiori saranno le figure professionali coinvolte e in continua evoluzione in relazione all'evolversi della malattia ed allo stato di fragilità espressa.

IL DM77 definisce le figure che costituiscono l'équipe multiprofessionale e il ruolo funzionale che queste devono avere nella gestione del Progetto di Salute:

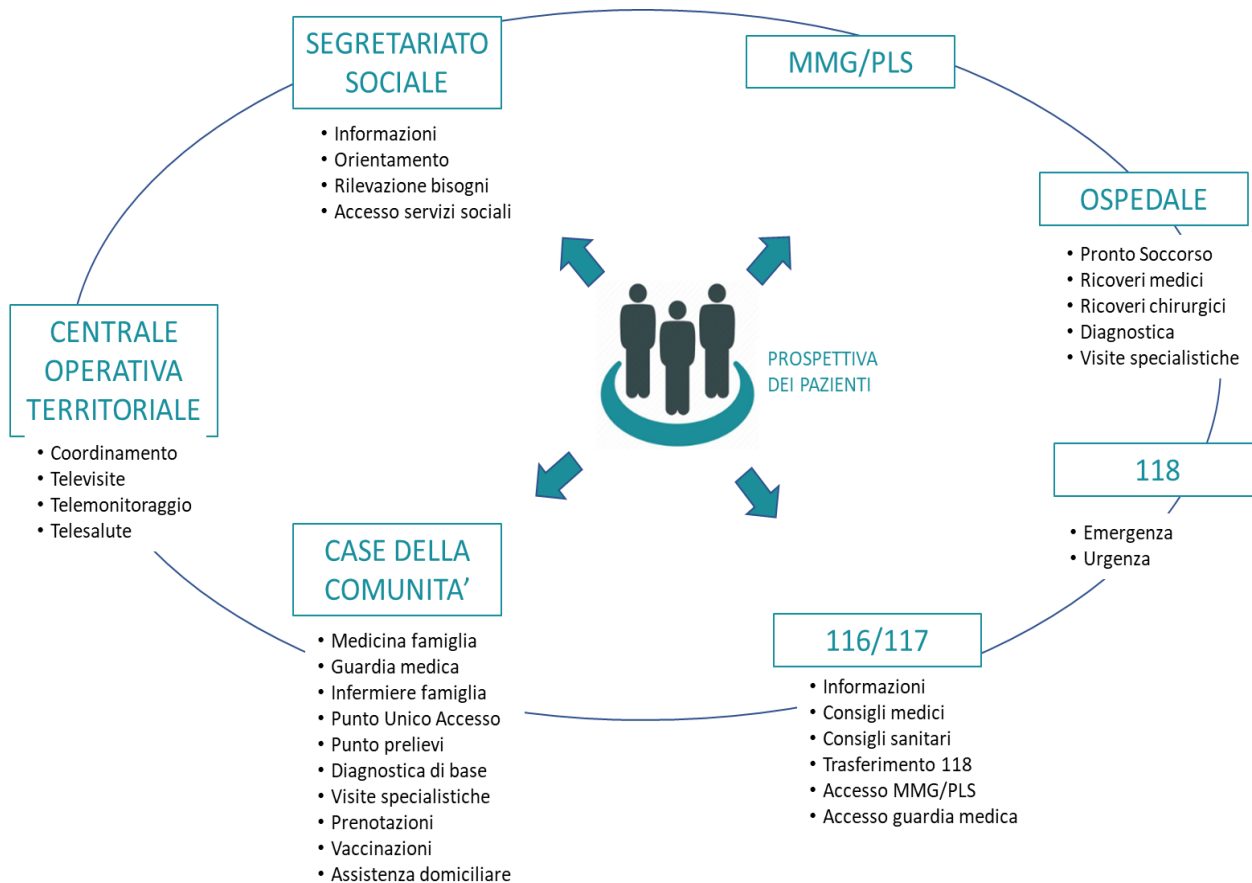
<b>MMG e PLS e</b>	Referente principale, in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo assistito, relativamente agli aspetti diagnostico-terapeutici in tutte le fasi della vita.
<b>Medico di Medicina di Comunità e Medici dei Servizi</b>	Referente clinico per le attività che garantisce presso la Casa della Comunità, nell'ambito della programmazione distrettuale e degli obiettivi aziendali/regionali.
<b>Infermiere</b>	Referente della risposta ai bisogni assistenziali e di autocura, contempla tra le sue attività la prevenzione e la promozione della salute nella presa in carico del singolo e della sua rete relazionale, si relaziona con gli attori del processo ed è di supporto per l'assistito nelle diverse fasi della presa in carico.
<b>Specialista</b>	<p>Assume un ruolo di rilevanza strategica in relazione alla complessità diagnostica e terapeutica che caratterizza le fasi della malattia. In caso di cronicità multipla il ruolo potrà essere assunto dallo specialista che segue la cronicità prevalente per gravità/instabilità sulle altre e quindi questa figura potrà variare nel corso del processo.</p> <p>La figura dello specialista ha un ruolo di spicco in alcune fasi centrali del processo, dove le sue competenze fanno sì che assuma un ruolo di guida nella decisione clinica.</p>
<b>Farmacista</b>	Referente dell'uso sicuro ed efficace dei farmaci contenuti nel programma terapeutico (interazioni farmacologiche, dosaggio, formulazione, farmacovigilanza; sostenibilità economica).
<b>Psicologo</b>	Referente delle valutazioni e risposte ai bisogni psicologici del paziente e della sua rete di supporto.
<b>Assistente Sociale</b>	Referente della risposta ai bisogni sociali del paziente e della sua rete relazionale.
<b>Altre professioni dell'Equipe</b>	<p>Le altre figure professionali dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) che durante il processo parteciperanno alla presa in carico.</p> <p>I professionisti sanitari coinvolti possono assumere il ruolo di <i>case manager</i> nelle diverse fasi della presa in carico, in considerazione della predominanza di specifici bisogni assistenziali riconducibili alla professione di ostetrica e alle professioni sanitarie tecniche, della prevenzione e della riabilitazione.</p>

Per quanto concerne la composizione e descrizione del progetto di salute il DM77 fornisce indicazioni puntuali:

<b>Progetto di Salute</b>	<b>Composizione</b>	<b>Descrizione</b>
<b>Semplice</b>	Piano di autocura	Descrizione delle attività e valutazione della capacità di autocura e della competenza digitale
	Programma terapeutico	Prescrizione terapeutica/riabilitativa e farmacologica (contenente anche il piano terapeutico e le relative scadenze); Valutazione dell'aderenza terapeutica, scheda di monitoraggio della compliance - Diario nutrizionale
	Portfolio dell'offerta	Descrizione delle possibilità di accesso ai servizi/benefici connessi alla malattia
	Agenda di follow-up	Valutazione degli obiettivi e dei risultati
		Schedulazione degli appuntamenti per i controlli dal medico di medicina generale, delle prestazioni specialistiche e diagnostiche utili alla stadiazione di malattia e controllo delle complicanze
	Piano delle attività di <i>e-health</i>	Attività di automonitoraggio, con dispositivi o con questionari/scale Attività di telemonitoraggio di dispositivi in remoto Attività di telemonitoraggio con dispositivi gestiti a domicilio da operatori sanitari Attività di teleassistenza, teleconsulto e teleriabilitazione
	Progetto di assistenza individuale integrata e Piano Riabilitativo Individuale	Eventuale definizione del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e qualora necessario del Piano Riabilitativo Individuale (PRI) multidisciplinare
<b>Complesso</b>	Piano di autocura	Valutazione della capacità di autocura e della competenza digitale
	Programma terapeutico	Prescrizione terapeutica/riabilitativa e farmacologica (contenente anche il piano terapeutico e le relative scadenze); Valutazione dell'aderenza terapeutica, scheda di monitoraggio della compliance - Diario nutrizionale
	Portfolio dell'offerta socioassistenziale	Descrizione delle possibilità di accesso ai servizi/benefici socioassistenziali connessi alla malattia
	Agenda di follow-up	Valutazione degli obiettivi e dei risultati
		Schedulazione degli appuntamenti per i controlli dal medico di medicina generale, delle prestazioni specialistiche e diagnostiche utili alla stadiazione di malattia e controllo delle complicanze
	Piano delle attività di <i>e-health</i>	Attività di automonitoraggio, con dispositivi o con questionari/scale Attività di telemonitoraggio di dispositivi in remoto Attività di telemonitoraggio con dispositivi gestiti a domicilio da operatori sanitari Attività di teleassistenza, teleconsulto e teleriabilitazione
	Progetto di assistenza individuale integrato e Piano Riabilitativo Individuale	Definizione del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e qualora necessario del Piano Riabilitativo Individuale (PRI) multidisciplinare
Budget di salute	Valutazione delle risorse impegnate: cliniche - collegamenti tra le istituzioni/enti coinvolti	

## La prospettiva dei Pazienti

Con riferimento a quanto sopra la prospettiva dei cittadini, dei pazienti rispetto alle modalità di accesso ai servizi sanitari può essere riassunta come nella figura di seguito:



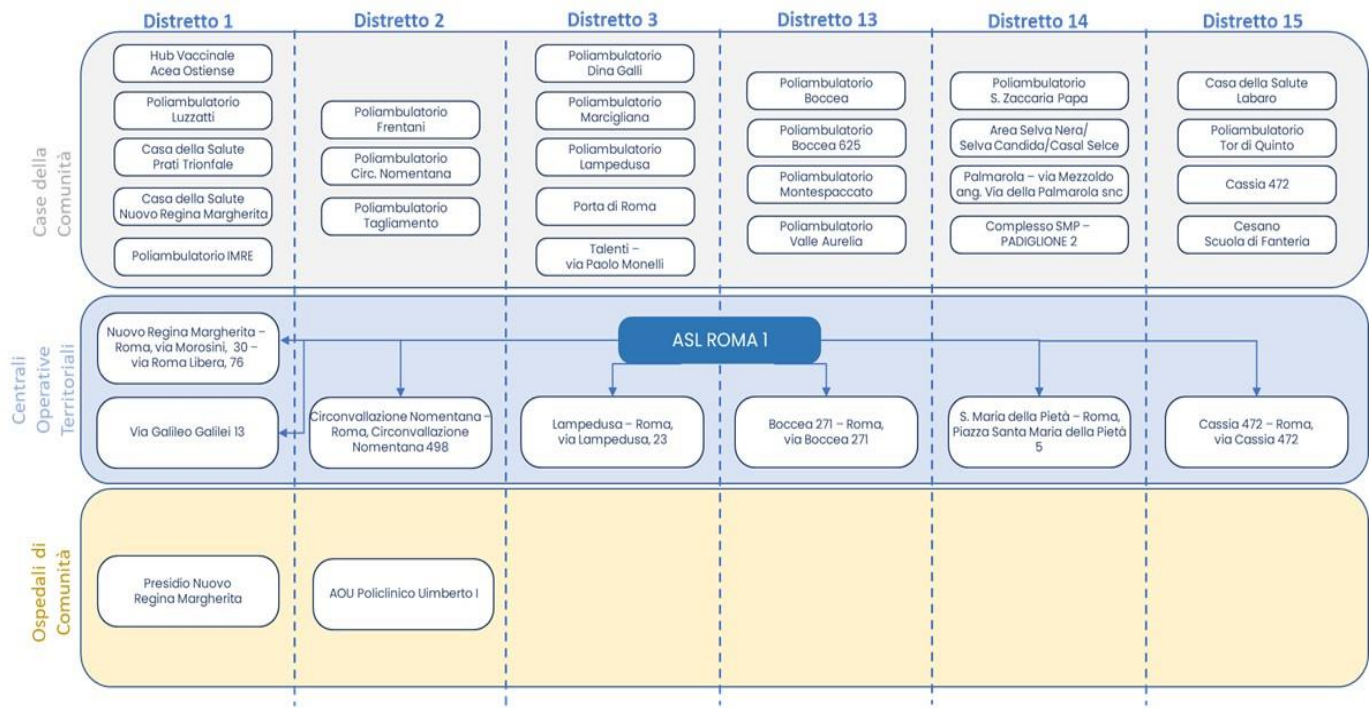
## 4 I modelli Organizzativi della Regione Lazio

### 4.1 Reti di Prossimità e dei modelli organizzativi Aziendali della Regione Lazio rispetto alla Missione 6 componente M6C1 del PNRR (DGR n. 332 del 24/05/2022)

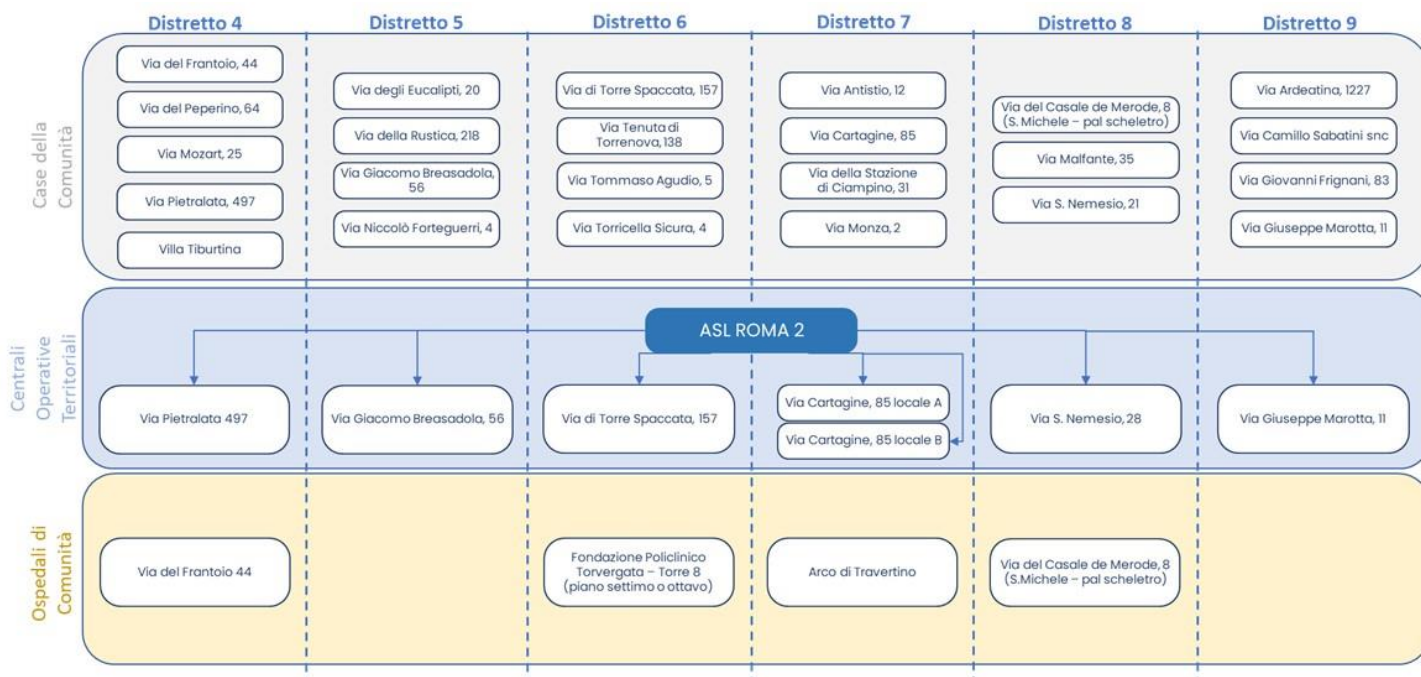
Nei seguenti paragrafi si fornisce una chiara rappresentazione della complessità del modello organizzativo della Regione Lazio in termini di “costruzione” della propria Rete di Prossimità in coerenza con quanto definito dal PNRR e dal PNC. L'Ecosistema proposto abiliterà tali modelli e permetterà ad ASL, Aziende Ospedaliere e Distretti la completa gestione dei processi rispetto al ruolo e i servizi che COT, CdC e OdC dovranno offrire ai cittadini/pazienti.

#### ASL Roma 1

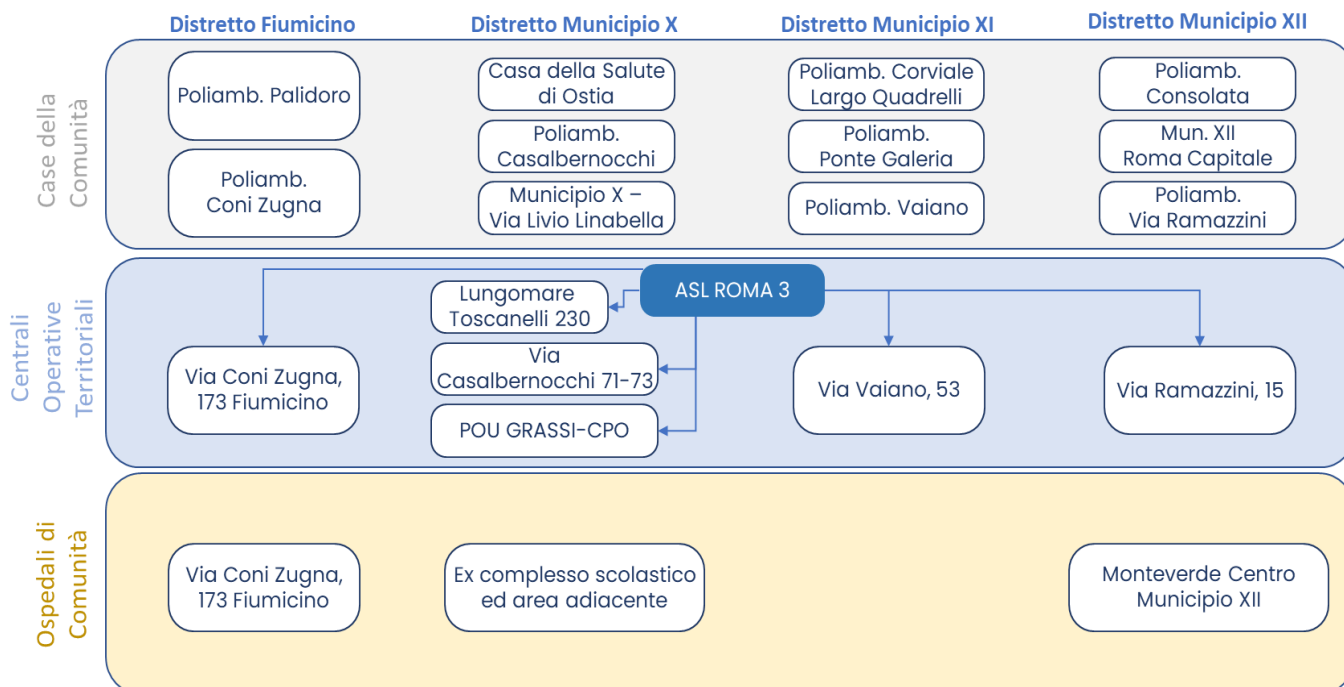
##### Osservazione



## ASL Roma 2

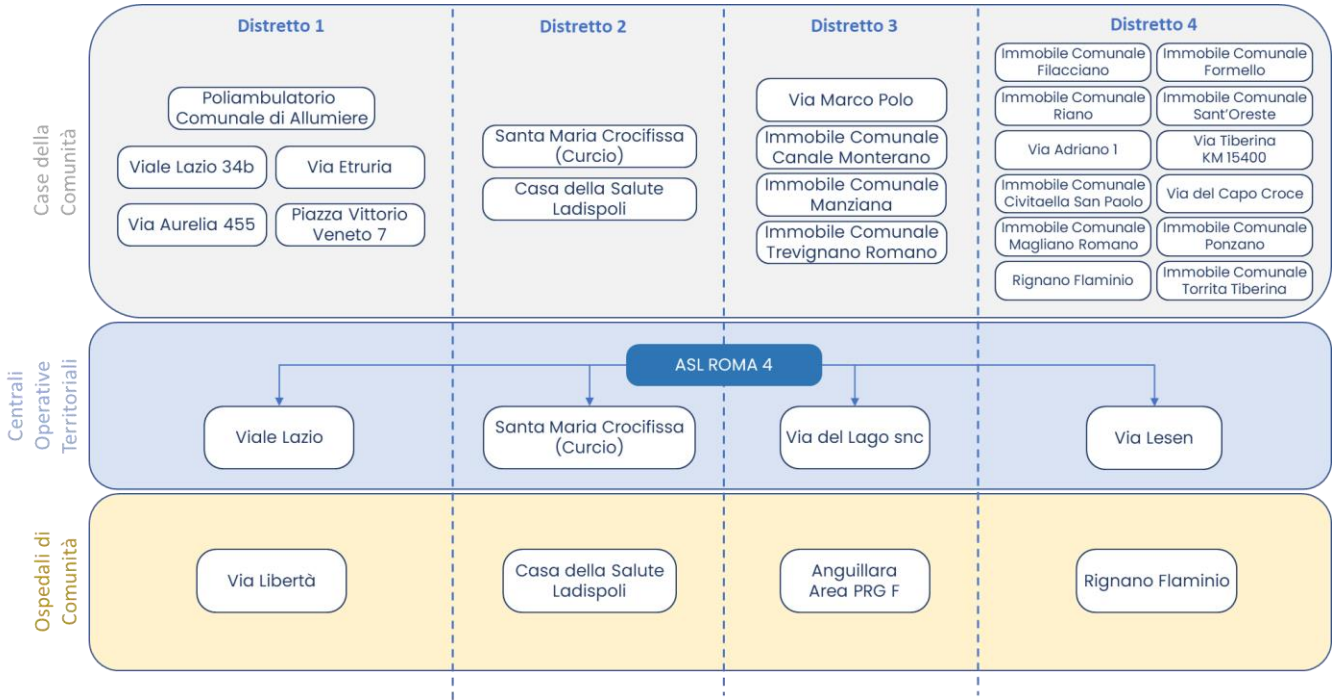


## ASL Roma 3

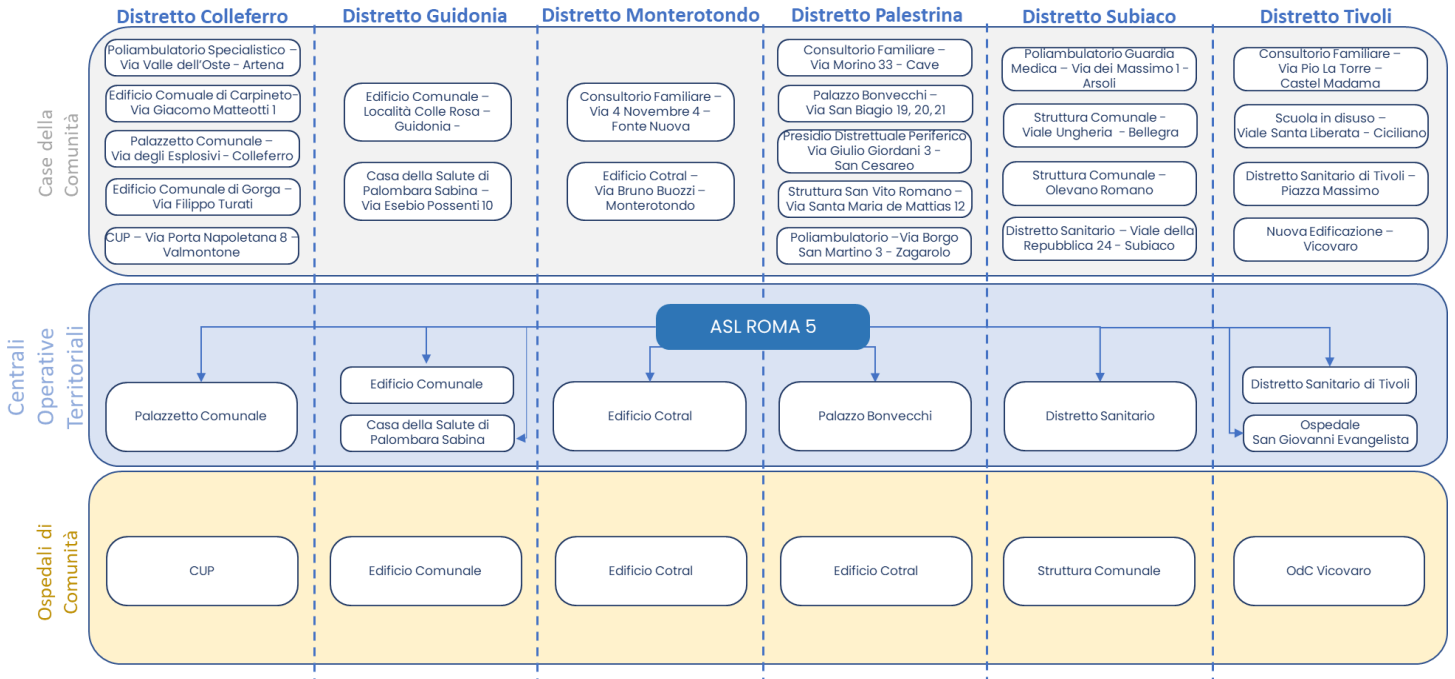




ASL Roma 4

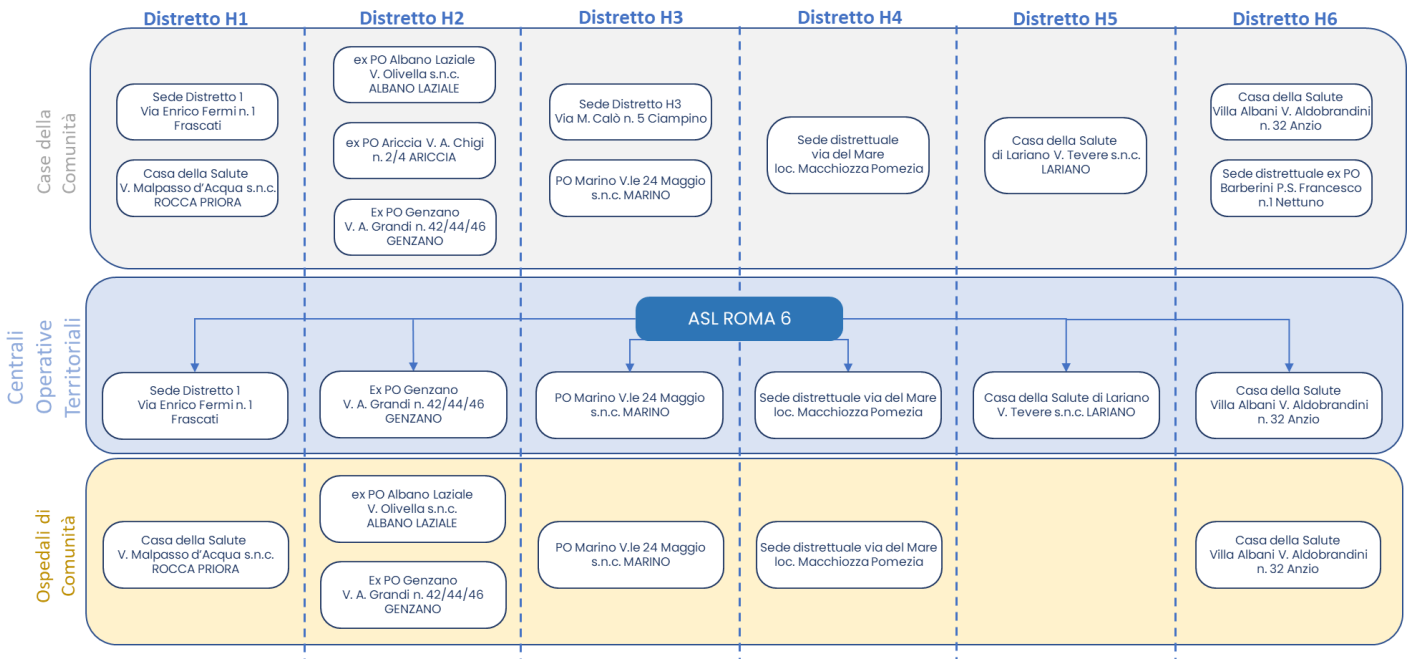


ASL Roma 5

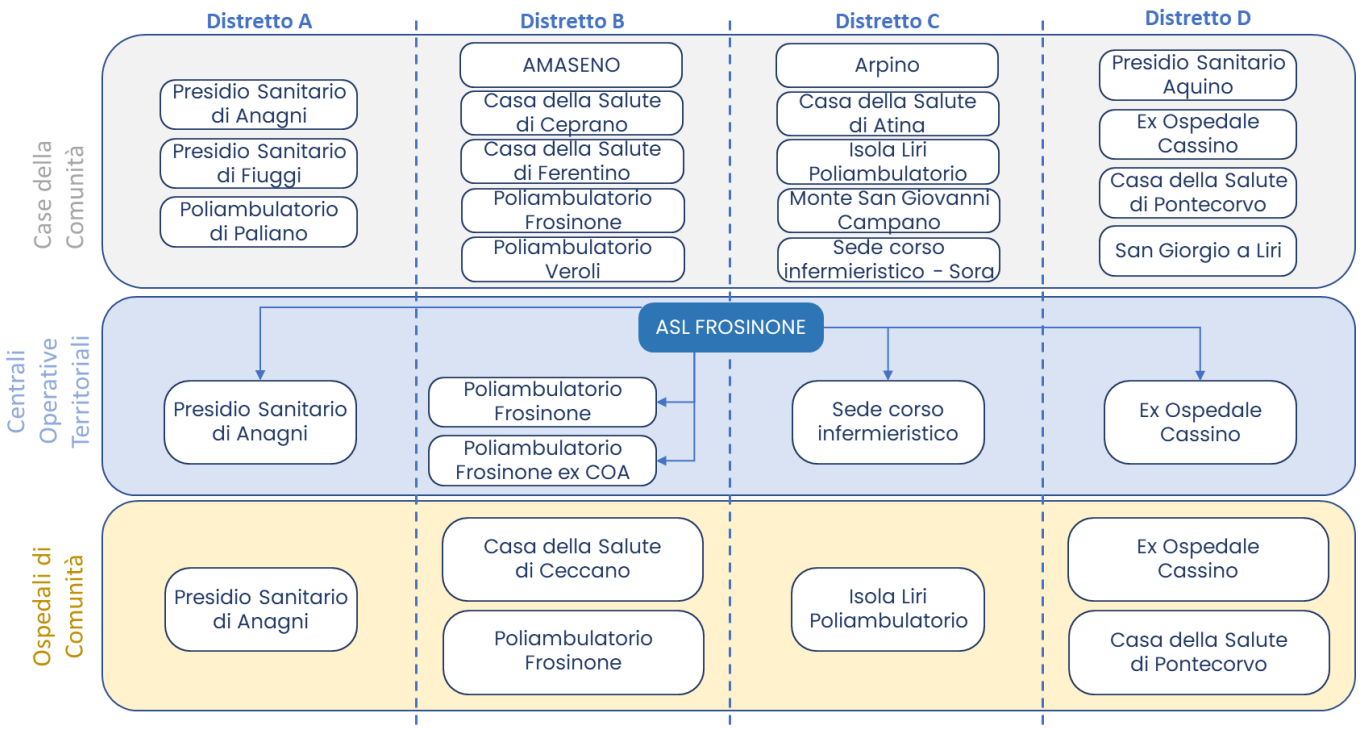




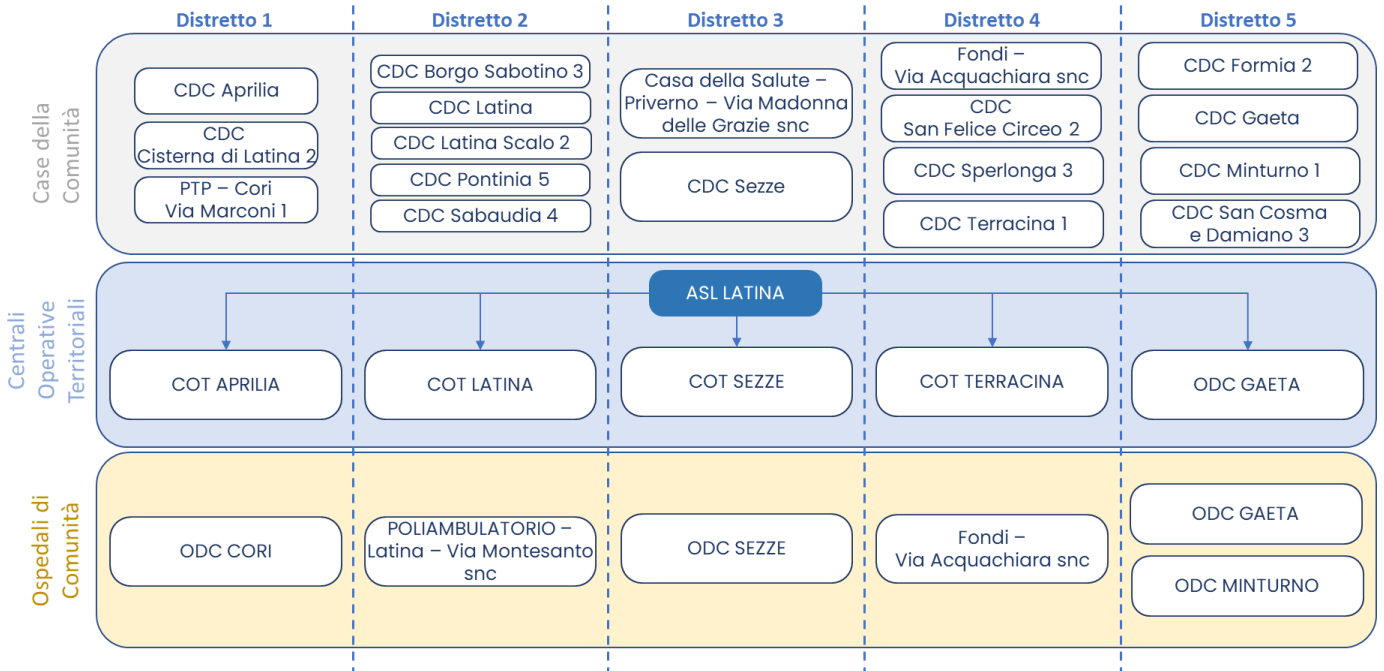
## ASL Roma 6



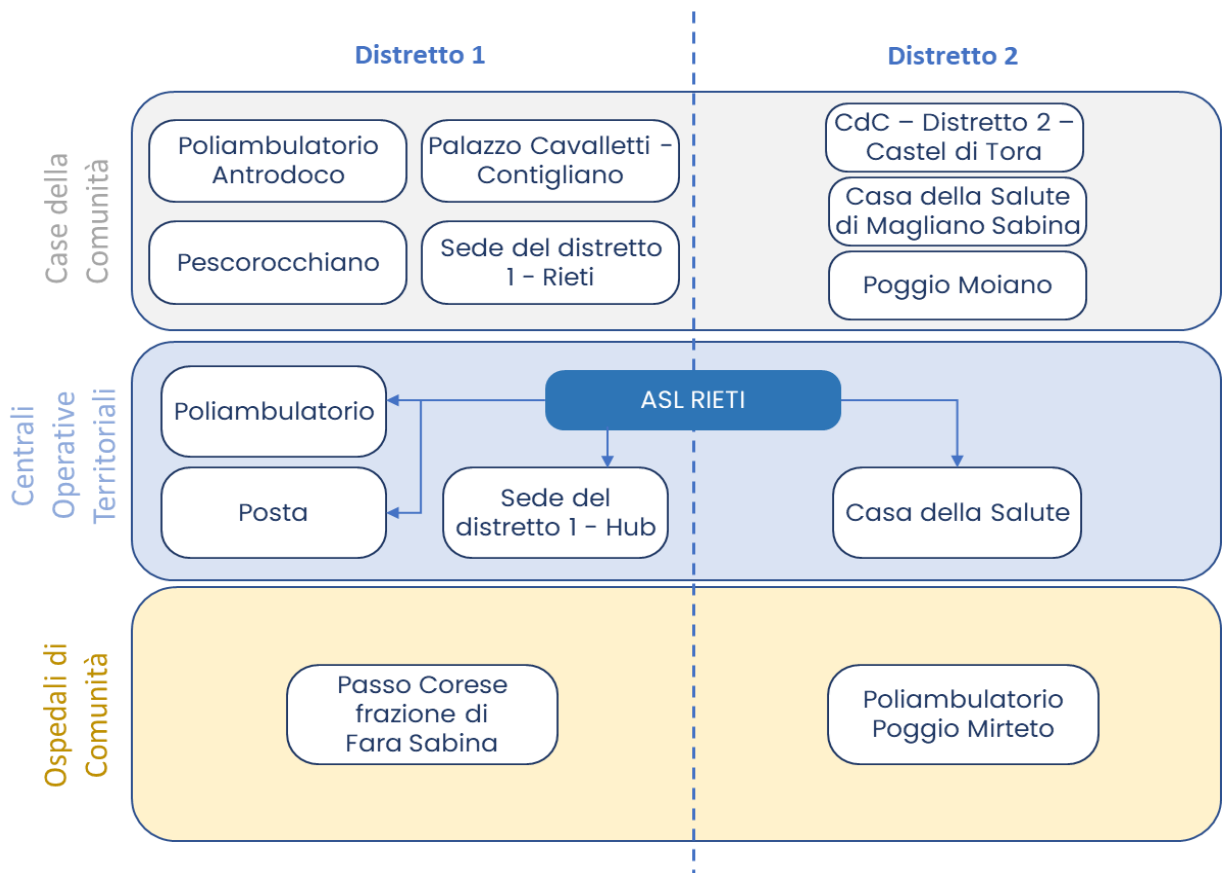
## ASL Frosinone



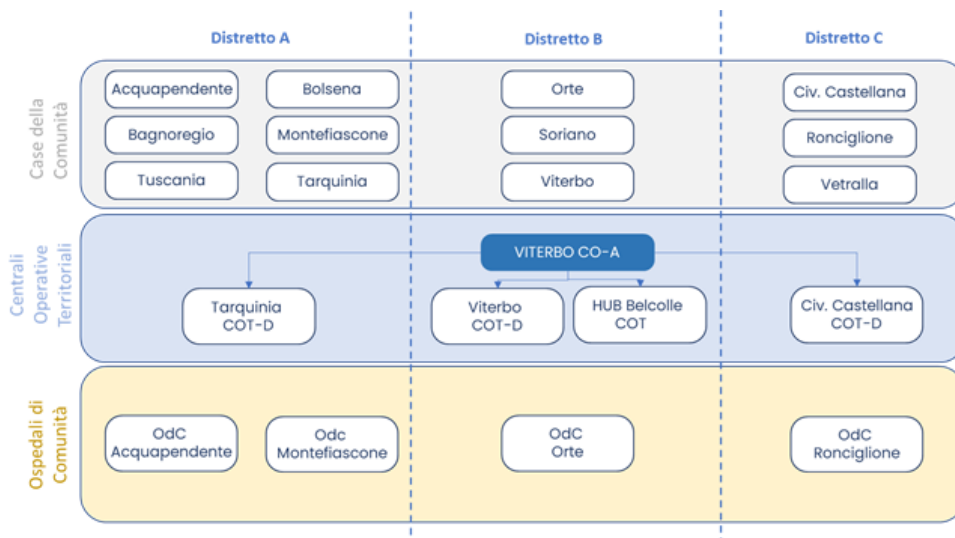
ASL Latina



ASL Rieti



## ASL Viterbo



### Il ruolo delle Aziende ospedaliere

Le Aziende ospedaliere hanno una importante funzione di coordinamento e supporto nell'ambito del modello organizzativo istituito, finalizzato alla gestione e all'organizzazione di tutti i flussi ospedalieri di ricovero e dimissione e al governo dei processi organizzativi-assistenziali che regolano l'accesso o il rientro da altri setting assistenziali, in favore delle Centrali operative territoriali.

Le principali linee di attività in cui si articolano le funzioni che gli ospedali devono garantire in favore delle COT sono:

- Gestione del Flusso di ricovero e dimissione
- Presa in carico dei pazienti fragili
- Organizzazione dei trasporti
- Coordinamento con COT-A/COT-D per programmazione prestazioni/rientro in ospedale

### Gestione del Flusso di ricovero e dimissione

La funzione di coordinamento e gestione del Flusso di Ricovero e Dimissione ha il compito di facilitare i tempi e l'appropriatezza del percorso favorendo il collegamento tra le UU.OO. e gli altri setting e prevede tra le altre, le attività di:

- visione in tempo reale dei posti letto attivi, organizzativamente disponibili, liberi e liberabili in tutte le UU.OO. di degenza;
- gestione del cruscotto ordinario e straordinario e dei ricoveri sui posti letto aggiuntivi o postazioni tecniche previsti nel su citato Piano Regionale per la Gestione del Flusso di Ricovero e del Sovraffollamento in Pronto Soccorso;
- coordinamento delle aree aziendali destinate a funzione di "Holding Area" e/o "Discharge Room";
- monitoraggio dei tempi di esecuzione di esami strumentali, refertazione dei suddetti esami, consulenze, interventi o dimissioni con tempi superiori alla degenza media per elaborare interventi sui ritardi e favorire la dimissione; a tal fine, gli Ospedali che dispongono di servizi di telemedicina, possono attivare eventuali servizi di telemonitoraggio e/o televisita grazie ai quali si potrà anticipare la dimissione anche in modalità di dimissione protetta.

- attività quotidiana di coordinamento dei trasferimenti interni ed esterni in cooperazione con i responsabili dei flussi delle UU.OO. di Pronto Soccorso, di ricovero e dei servizi per la facilitazione dei percorsi intra ed extraospedalieri;
- verifica della previsione delle dimissioni da UU.OO. per il giorno successivo (compresi i giorni festivi) al fine di garantire il flusso dei ricoveri da PS come da tempistica stabilita nella Determinazione Regionale G159522 del 18.11.22 Revisione del "Piano Regionale per la Gestione del Flusso di Ricovero e del Sovraffollamento in Pronto Soccorso" (DCA U00453/2019);
- ricezione delle richieste di cambio setting verso le strutture post-acuzie (COD.56-COD.60-COD.28-COD.75, Riabilitazione Estensiva territoriale) da parte delle UU.OO.;
- verifica della corretta compilazione da parte della U.O. richiedente del modulo unico di trasferimento per il buon esito del percorso di continuità assistenziale e acquisizione, ove necessario, di ulteriori notizie su specifici bisogni socioassistenziali;
- verifica dell'avvenuta attivazione della continuità farmaco-terapeutica nel cambio di setting da parte delle UU.OO. dimettenti;
- trasmissione delle richieste di cambio setting alle strutture (COD.56-COD.60-COD.28-COD.75, Riabilitazione estensiva territoriale) e contestualmente alla COT-A di residenza del paziente;
- comunicazione dell'avvenuto trasferimento nelle strutture post-acuzie alla COT-A di residenza della persona che provvede ad informare la COT-D al fine di definirne la successiva, eventuale, presa in carico;
- organizzazione di riunioni periodiche di audit e feedback sul percorso di ricovero/dimissione al fine di introdurre azioni di miglioramento;
- costante connessione, strutturata e operativa, con le Centrali Operative Territoriali, le Strutture di ricovero, e i case manager delle Reti per i percorsi e le procedure di dimissione, trasferimento o di ricovero, compresa la partecipazione agli incontri con il CR.

### **Presa in carico dei pazienti Fragili**

La funzione di presa in carico rappresenta il collegamento tra il sistema sanitario e la rete di assistenza socio-sanitaria mettendo in atto le seguenti azioni:

- ricezione delle segnalazioni di possibili "dimissioni difficili" individuate sia in Pronto Soccorso che nelle UU.OO. al momento del ricovero;
- assunzione di un ruolo attivo nel coordinamento dell'attività/intervento delle Unità di valutazione multidimensionale ospedaliera e/o distrettuale;
- l'istruzione della richiesta per la presa in carico territoriale alla COT-A di residenza del paziente che attiva la COT-D, competente per il successivo percorso (SIATeSS);
- facilitazione del processo di attivazione dell'UCA in coordinamento con la COT-A oppure direttamente con la COT-D di residenza ma con contestuale comunicazione alla COT-A.

### **Organizzazione dei trasporti**

Un compito fondamentale della funzione di coordinamento è di facilitare l'organizzazione dei trasferimenti affidati al servizio aziendale deputato al trasporto degli infermi al fine di garantire le priorità e la tempistica degli stessi, tramite:

- programmazione delle richieste di trasferimento interne ed esterne;
- gestione della lista di priorità di trasferimento;
- collegamento con le strutture esterne fino a trasferimento avvenuto;

- coordinamento del processo di back transfer tra centro HUB e centro Spoke secondo quanto stabilito nella Determinazione Regionale G159522 del 18.11.22 Revisione del "Piano Regionale per la Gestione del Flusso di Ricovero e del Sovraffollamento in Pronto Soccorso" (DCA U00453/2019).

### Programmazione prestazioni/rientro in Ospedale

In caso di situazioni non rientranti nell'emergenza, al fine di contenere il ricorso al PS di pazienti in carico alle strutture sanitarie/sociosanitarie/socioassistenziali o inserite nei percorsi di cronicità la funzione di coordinamento si declina in:

- attivazione di un percorso ospedaliero dedicato su richiesta di rientro in ospedale avanzata dalla COT-A/COT-D;
- collaborazione con la COT-A/COT-D, in caso di "recente ricovero in acuzie", per la programmazione delle procedure eseguibili nella struttura ospedaliera che ha dimesso la persona.

## 5 SIATESS - Sistema di Accoglienza e Valutazione Multidimensionale: stato di implementazione del progetto

La gara d'appalto indetta dalla Regione Lazio nel 2018 prevedeva la fornitura di una piattaforma per la valutazione dei pazienti fragili attraverso la suite InterRAI per supportare l'attività delle unità di Valutazione Multidimensionali (UVM) anche attraverso strumenti in mobilità.

Il progetto prevedeva inoltre l'integrazione con la piattaforma regionale SIAT che gestisce il processo di valutazione e presa in carico dell'assistito sia a fronte di un accesso spontaneo al PUA distrettuale sia a fronte di una dimissione protetta.

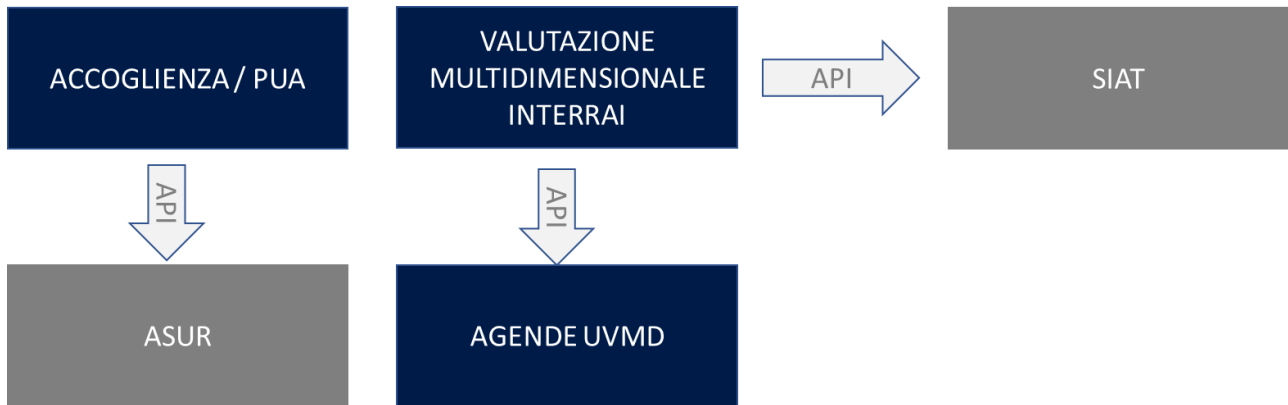
Il progetto realizzato dalla società *in house* ha consentito la sperimentazione (limitatamente alle ASL Roma1, ASL Roma4 e ASL di Viterbo) di uno strumento omogeneo per la gestione del processo di presa in carico limitatamente al setting ADI, prevedendo l'integrazione con il sistema SIAT per l'attività di redazione del PAI e integrazione con gli erogatori esterni.

In questo modo sono state disaccoppiate le fasi di valutazione dell'assistito (in carico a SIATeSS) da quelle di redazione del PAI e di erogazione del servizio e rendicontazione integrata con gli erogatori esterni (in carico a SIAT).



La gestione del processo di valutazione dell'assistito ha naturalmente richiesto l'integrazione della nuova piattaforma SIATeSS con i sistemi regionali Anagrafica sanitaria unica regionale (ASUR) e Identity Access management regionale (IAM). Attualmente la gestione SIATeSS è limitata al setting ADI, pur prevedendo potenzialmente anche i setting RSA e CURE PALLIATIVE domiciliari ed altre tipologie di segnalazione e di setting.

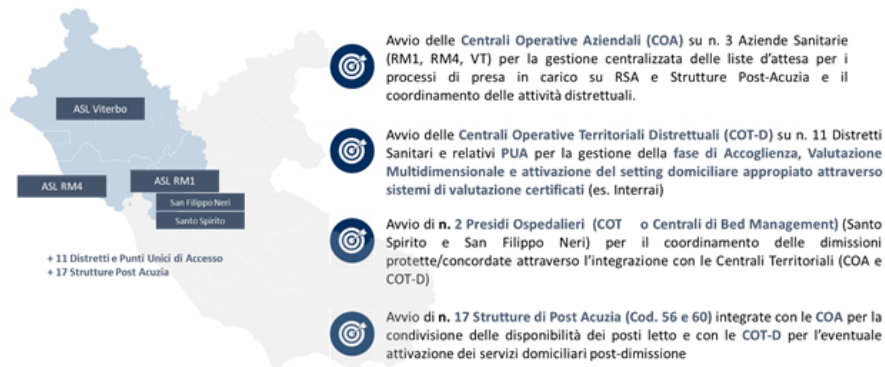
Le attività di integrazione con i sistemi regionali e di sviluppo di tutti gli strumenti di valutazione (extra InterRAI), così come la gestione delle agende UVM, è stata finanziata attraverso la MEV prevista nell'ambito della gara d'appalto.



Grazie alla nuova piattaforma SIATeSS è stata promossa una sperimentazione di quello che sarà il nuovo modello organizzativo di Regione Lazio relativamente all'omogeneizzazione dei processi e degli strumenti di valutazione su tutto il territorio regionale. La sperimentazione ha coinvolto 3 ASL (ASL Roma1, ASL Roma4 e ASL di Viterbo) sulle seguenti aree funzionali e contesti di attività:

- 1) Funzioni delle COT (Centrali operative Territoriali), a livello distrettuale, come prima sperimentazione degli strumenti introdotti dal PNRR e dal DM 77:
  - Gestione del processo di segnalazione di pazienti fragili da PUA;
  - Gestione della valutazione UVM;
  - Indirizzamento sul setting assistenziale idoneo (al momento limitato a ADI);
- 2) Limitatamente alla ASL RM 1
  - è stata attivata una COT "Aziendale" (COA) in grado di coordinare le COT distrettuali e di gestire direttamente alcuni setting specifici (CURE INTERMEDIE e RSA) attraverso la gestione di liste d'attesa;
  - in via sperimentale sono stati attivati su due ospedali pilota i processi di segnalazione precoce e dimissione protetta in grado di garantire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, integrati con le COT territoriali (COA e COT-D) in un unico processo di valutazione dell'assistito;
  - limitatamente all'ASL Roma 1 è stato implementato, in via sperimentale, il processo di trasferimento su strutture intermedie per i Codici 56 e 60 che potrà essere esteso ad altri setting specifici (es. Codice 28 e 75).

Nella figura seguente una rappresentazione grafica di quanto realizzato nell'ambito del progetto:



## 6 Evoluzione dell'Ecosistema digitale integrato per le cure territoriali della Regione Lazio: la proposta progettuale

### 6.1 L'obiettivo generale del progetto

L'Ecosistema Digitale delle Cure Territoriali descritto nel presente studio di fattibilità ha l'obiettivo generale di abilitare i processi clinici, organizzativi e amministrativi in una logica di *governance "multilevel"*, favorire l'aggregazione delle informazione, lo scambio e la cooperazione tra gli attori istituzionali e privati, l'elaborazione e lo sviluppo di processi integrati di cura e assistenza e di valutazione degli effetti di questi in termini di appropriatezza ed efficacia delle cure e di sostenibilità e monitoraggio della spesa.

La realizzazione dell'Ecosistema regionale e le componenti applicative che lo abilitano sono progettate secondo quanto disposto dalle linee di indirizzo nazionali e di come queste sono state calate nei modelli organizzativi regionali e aziendali meglio descritti nei paragrafi precedenti.

Di seguito un elenco sintetico delle linee guida relative alle fasi di realizzazione del progetto:

- È necessario realizzare una cornice entro cui collocare e integrare i sistemi territoriali attraverso un modello basato **sull'interoperabilità dei sistemi e dei dati**, la condivisione e la collaborazione multiprofessionale e multi-presidio;
- è necessario far adottare da tutte le ASL e da tutte le nuove strutture territoriali previste dal D.M. 77 e descritte nell'atto regionale di recepimento del D.M. stesso gli strumenti per lo svolgimento dei compiti che il decreto assegna loro (già in parte realizzati nell'ambito del progetto per la realizzazione del Sistema di Valutazione Multidimensionale);
- è necessario supportare i nuovi modelli organizzativi con procedure e tecnologie che consentano la collocazione dei cittadini, dei pazienti e delle famiglie al centro dell'Ecosistema Digitale delle Cure Territoriali, attraverso l'introduzione di strumenti capaci di abilitare la medicina di iniziativa;
- è necessario dotare le Aziende sanitarie regionali di un insieme di strumenti per la gestione integrata dei pazienti presi in carico dai servizi territoriali, superando la frammentazione che oggi



esiste non soltanto tra ospedale e territorio, ma anche tra le strutture territoriali e i professionisti;

- è necessario supportare il personale sanitario tutto, con strumenti di supporto alle decisioni “*Evidence Based Practice*” nelle cure territoriali per migliorare l’appropriatezza e ridurre il rischio clinico;
- è necessario creare le condizioni “informative” per poter avviare la sperimentazione di modelli di “*Value Based Healthcare*” attraverso la misurazione del valore prodotto in termini di outcome e di impatto sulla salute del paziente;
- è necessario disporre e utilizzare dati e informazioni opportunamente standardizzati e mettere a disposizione per i diversi livelli di governo e responsabilità, dashboard e strumenti di analisi predittivi, evoluti e personalizzati (*Population health management*).

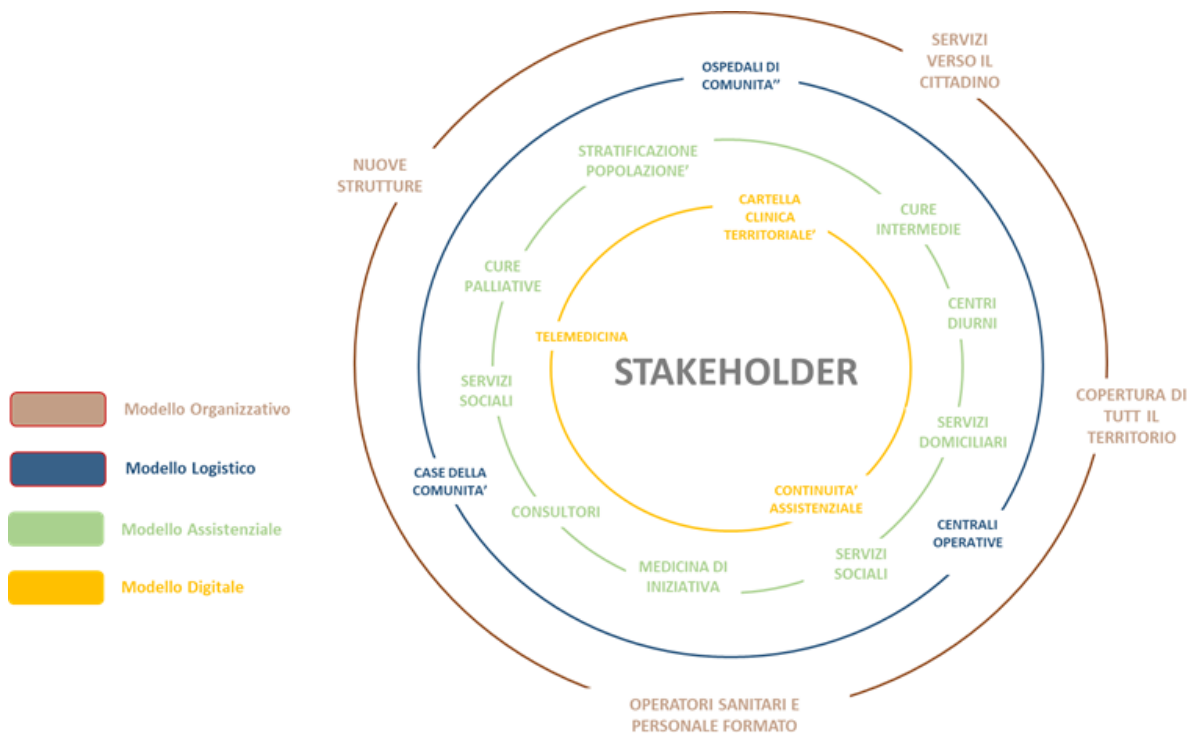
Per garantire il raggiungimento di un obiettivo così complesso, **l’Ecosistema Digitale delle Cure Territoriali** deve essere il fattore abilitante dell’intera rete e permettere, ai diversi attori che vi hanno parte in causa, di cooperare in maniera efficace ed assidua intendendo il benessere e la salute del cittadino, la soddisfazione dei suoi bisogni principali e la sua inclusione attiva, come un combinato disposto.

Nel paragrafo successivo sono descritti gli obiettivi specifici o “Elementi Chiave” della proposta progettuale che rispondono alle finalità sopra indicate.

## **6.2 Gli obiettivi specifici della proposta progettuale**

Il D.M. 77 definisce nuovi modelli clinici e organizzativi per le cure territoriali. Per dare una risposta compiuta alle novità introdotte non è pensabile adattare i sistemi attuali, nati per un contesto molto differente da quello previsto con il D.M. 77 ma occorre, al contrario, la progettazione di un vero e proprio ecosistema digitale per le cure territoriali basato sulle più moderne tecnologie ICT nel quale possano coesistere e collaborare sistemi eterogenei, già presenti, con l’inserimento di nuovi sistemi e componenti software destinati a estendere e completare il perimetro funzionale delle soluzioni applicative.

La progettazione dell’Ecosistema nasce in piena aderenza a quanto disposto dal D.M. 77 in termini di gestione di tutti gli aspetti Organizzativi, Logistici, Assistenziali e Digitali necessari allo sviluppo di un modello di Cure e Assistenza di Prossimità. È ovvio che i beneficiari di tale approccio saranno tutti gli stakeholder dell’ecosistema intesi certamente come cittadini, pazienti e famiglie, ma anche operatori sanitari, servizi sociali, strutture pubbliche e private, organi decisionali e di governo. È bene evidenziare che dell’Ecosistema fanno parte anche tutti i sistemi informativi esistenti all’interno e all’esterno dello stesso che in qualche modo si riferiscono agli ambiti di interesse.



L'Ecosistema proposto pone una particolare enfasi sulla clinica, un aspetto che in ambito territoriale è stato spesso trascurato a differenza degli aspetti gestionali e amministrativi che sono invece più coperti dalle soluzioni in uso presso le Aziende sanitarie e la Regione.

Il modello è incentrato sulla logica dei percorsi integrati e basato sul concetto di processi che ne caratterizzano lo svolgimento. I percorsi possono riguardare diversi ambiti di cura (*setting*) e coinvolgere diverse tipologie di risorse (personale, diagnostiche, strutture, etc.).

L'esecuzione dei processi determina la produzione di diverse tipologie di dati che devono essere condivisi tra tutti gli attori che concorrono alla cura e l'assistenza dei pazienti.

La disponibilità delle risorse è anche funzionale alla gestione delle transizioni di cura nelle quali deve essere assicurata la continuità della presa in carico tra il personale della struttura che dimette il paziente e quella che lo accoglie.

In considerazione di quanto sopra ci preme evidenziare che l'**Ecosistema Digitale delle Cure Territoriali** abilita i suddetti modelli nella loro complessità attraverso il perseguimento di **n. 4 obiettivi specifici** rappresentati qui di seguito, di cui 3 oggetto della presente progettualità:



Dal punto di vista architetturale l'ecosistema si compone di diversi **"livelli logici"** che costituiscono la struttura funzionale dello stesso, opportunamente ricondotti a ciascun obiettivo specifico di cui sopra e descritti nei paragrafi successivi.



Nei paragrafi successivi per ciascun obiettivo specifico e relative componenti si indicherà il ruolo che la componente applicativa assume nell'ecosistema, le funzionalità che questa garantirà, le azioni che saranno messe in opera per il raggiungimento dello specifico obiettivo e i risultati attesi a fronte della messa in opera. Quanto descritto di seguito costituirà l'oggetto della fornitura.

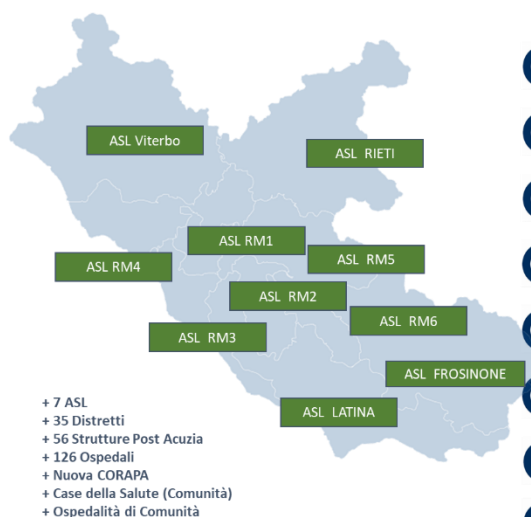
### 6.2.1 Obiettivo 1 – Evoluzione delle funzionalità

Il modello regionale prevede l'implementazione del sistema di COT multilivello, interconnesse ed interoperabili, in grado di gestire tutti i processi di accoglienza e gestione della valutazione per i diversi setting assistenziali.

Partendo dallo stato dell'arte descritto precedentemente, oggetto della fornitura è l'evoluzione funzionale che consentirà di gestire le funzioni di seguito descritte:

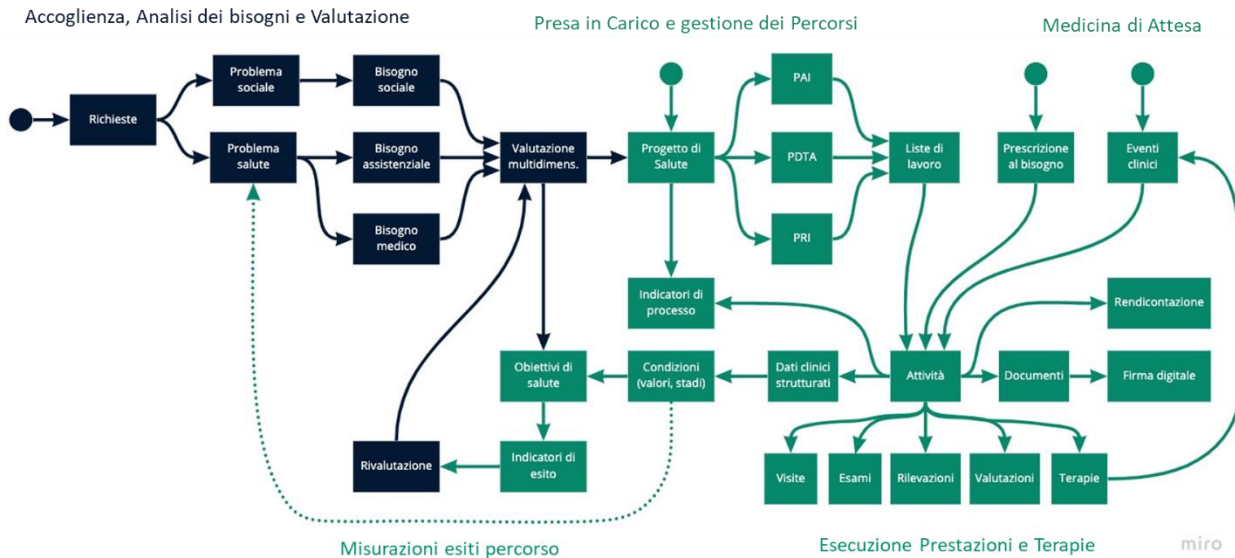
- la centrale operativa che rappresenta il collettore di uscita ed il punto di controllo centralizzato di tutte le segnalazioni di dimissione protetta provenienti dai singoli reparti;
- La gestione dei diversi setting assistenziali tra i quali a titolo esemplificativo e non esaustivo RSA, Cure intermedie, Cure palliative
- La **programmazione del Piano di salute** (PAI, PDTA, PRI) multidisciplinare per una presa in carico completa del contesto sanitario e socioassistenziale
- la centrale regionale post-acuzie (CORAPA) per la gestione di specifici setting assistenziali (Codici 28 e 75) che possa fungere da camera di compensazione tra le differenti ASL in caso di esaurimento dei posti sui codici 56 e 60.

Attraverso questo obiettivo specifico si prevedono anche tutte le azioni per l'avvio in esercizio su tutto il territorio regionale di seguito rappresentato (anche numericamente) e la conseguente attività di manutenzione e customer service:



- Estensione COA (7 nuove ASL): Integrazione con Rete post-acuzie (Cod. 56, 60), valutazione PA, monitoraggio PL, liste d'attesa, governo COT-D)
- Estensione COT-D (35 nuovi distretti): con valutazione Multidimensionale (HC, PC, LTCF), Agenda UVM;
- Estensione a tutte le le Strutture Post-Acuzia (56 nuove strutture): accettazione, integrazione COA, segnalazione COT-D per setting domiciliari
- Gestione Ospedali (126 nuovi ospedali): Segnalazione da parte dei reparti verso le Centrali di Bed Management/COA/COT-D;
- Gestione Centrali Bed Management: Trasferimento da Ospedale a Territorio (CBM-COA/COT-D) per dimissione protetta/concordata;
- Gestione dei Punti Unici di Accesso (35) e delle Case della Comunità (potenziali 118 nuovi punti di accesso)
- Realizzazione della Centrale regionale post-acuzie CORAPA per Cod. 28 e 75 e integrazione con COA e COT-D
- Integrazioni con la centrale operativa 116/117 e con ADT Regionale

Lo schema seguente definisce in modo semplice ma allo stesso tempo completo le funzioni afferenti alle fasi di Accoglienza, Analisi dei Bisogni e Valutazione e di Presa in Carico e Gestione dei percorsi, che sono oggetto dello sviluppo delle funzionalità della piattaforma in questa fase evolutiva del progetto SIATESS.



La piattaforma sviluppata secondo quanto indicato garantirà a regime a tutte le strutture del D.M. 77 di tutte le Aziende:

- La gestione della fase di Accoglienza
- La gestione della Fase di Valutazione
- La gestione, definizione, programmazione delle prestazioni del Progetto di Salute (PAI/PDTA/PRI)
- Il calcolo del costo complessivo del Progetto di Salute e le funzionalità di Ordine Elettronico
- La definizione degli obiettivi di cura
- La trasmissione del PAI verso gli Erogatori Accreditati (ADI e CP) attraverso i servizi di integrazione previsti
- L'Acquisizione delle erogazioni/rendicontazioni delle "attività"
- La verifica degli Indicatori di Esito
- La gestione delle rivalutazioni
- La generazione del debito informativo NSIS (Flusso SIAD)
- La generazione di Documenti e Dati verso il FSE 2.0

Le attività di gestione progetto richieste nell'ambito della fornitura sono:

- Allineamento con i Flussi Ministeriali alla data e test dei motori di estrazioni XML
- Test delle funzionalità e dei processi sopra descritti
- Test delle integrazioni con gli Erogatori esterni
- Test del sistema di Tariffazione e di Ordine Elettronico
- Test e Collaudo della soluzione complessiva
- Messa in opera del sistema
- Presidio su tutte le ASL e DISTRETTI per l'avvio del sistema
- Servizi di *Change Management* per singolo distretto
- Assistenza e manutenzione
- *Service desk*.

## 6.2.2 Obiettivo 2 – La piattaforma di interoperabilità, la progettazione e realizzazione del Datalake Sociosanitario FHIR

L'intero Ecosistema si baserà su una piattaforma di interoperabilità che permetterà l'integrazione operativa dei processi e delle informazioni dei sistemi esistenti e di quelli realizzati ad hoc, eliminando le frammentazioni esistenti. Più precisamente, la piattaforma si fonderà sui seguenti servizi di:

- **interoperabilità delle applicazioni** - consente di integrare, in maniera flessibile ed in modalità bidirezionale, più sistemi e differenti fonti di dati tramite protocolli e profili standard di integrazione (IHE, HL7 v.2.x e v.3, HL7 FHIR) o processando formati proprietari (*cf.* ESB);
- **raccolta, aggregazione e normalizzazione dei dati** di scambio prodotti da più sorgenti integrate e di diversa natura quali: sistemi applicativi (i cosiddetti *Systems of record*), *medical devices*, IoT;
- **indicizzazione dei dati raccolti** – consente di organizzare e categorizzare automaticamente i dati normalizzati creando un collegamento semantico (***data tagging***) tra di essi, prendendo come punti di riferimento la tassonomia e l'ontologia globalmente riconosciute.

La tabella che segue riporta le integrazioni previste dal progetto e che saranno garantite dall'Ecosistema nell'ambito dei processi di cura che questo gestirà.

Ambito	Dato / documento / flusso / funzione	Infrastruttura / Sistema	Direz.	Metodologia / tecnologia
Nazionale	Documenti HL7 CDA	Nuovo FSE - Documenti	->	Alimentazione Gateway da Data Lake
	Dati strutturati (HL7 FHIR)	Nuovo FSE – EDS(2)	->	Alimentazione Gateway da Data Lake
	Ricette dematerializzate	Sistema TS – SAC	->	Invocazione servizi Sistema TS
Regionale	Identità utenti	IAM	->	Invocazione servizi IAM (SPID CIE CNS)
	Anagrafica assistiti	ASUR – ANA	->	Invocazione servizi ASUR
	Dati di Accoglienza e Valutazioni multidimensionali	SIATeSS (Sanità)	<- ->	Nativamente integrato
	Documenti HL7 CDA	FSE Regionale	<- ->	CDR – invocazione servizi FSE Lazio
	Servizi telemedicina	Tele HUB	<- ->	Invocazione servizi
	Flussi SIAD, FAR e Hospice residenziale	Piattaforma accoglienza	->	Specifiche Regionali
	Esami, visite	CUP regionale	<- ->	Specifiche CUP regionale

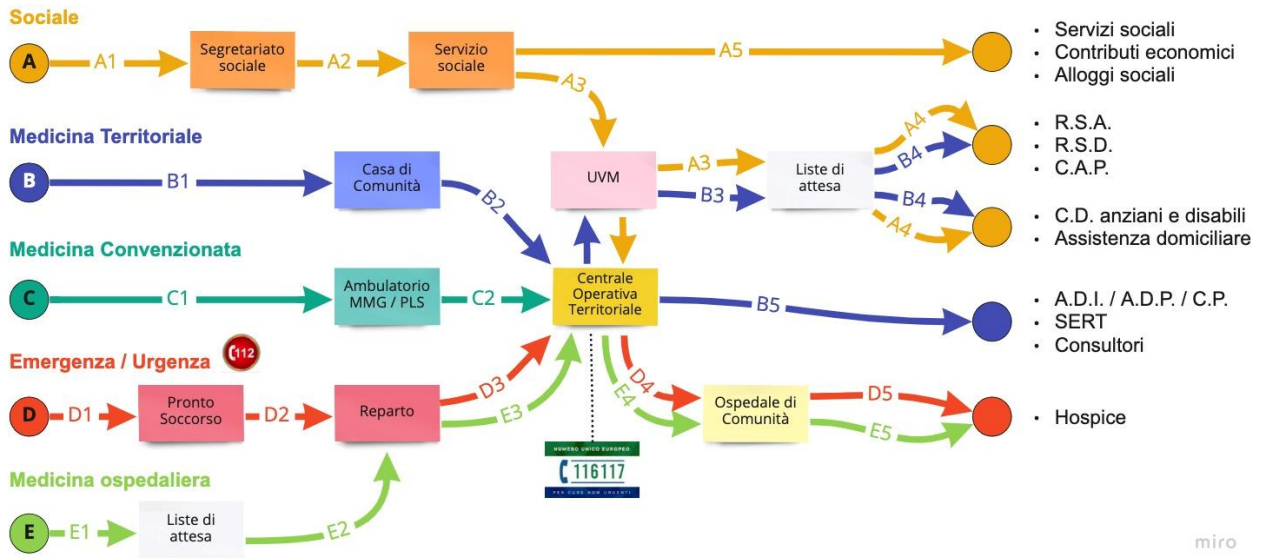
	Dematerializzata	Sistema regionale	<-	Specifiche regionali
	Presidi sanitari	SANPRO	<-	Invocazione servizi
Aziende Sanitarie	Risultati di laboratorio (1)	LIS	<-	Messaggistica HL7 2.5 ORL
	Referti e immagini radiologiche	RIS	<->	Messaggistica HL7 e Dicom
	Quadro clinico, terapie	CCE Salute Mentale	<-	Da flussi
	Quadro clinico, terapie	SERD	<-	Da flussi
	Anamnesi, situazione clinica, terapia	CCE	<-	Da flussi
	Dossier sanitario Aziendale/FSE	Piattaforma Aziendale/regionale	<->	Fa specifiche nazionali
	Anamnesi, situazione clinica, terapia Schede e segnalazioni alla dimissione	ADT/CCE	<->	Invocazione servizi
Erogatori servizi	Programmazione PDTA – PAI – PRI	SIATESS	->	Servizi SIAT e altri servizi di erogazione (3)
	Erogazione PDTA – PAI – PRI	Sistemi erogatori	<-	Da Servizi SIAT e altri servizi di erogazione

*Note / verifiche:*

1. *Da valutare il rapporto costi / benefici;*
2. *Per quanto riguarda lo schema di decreto ministeriale per l'adozione dell'Ecosistema Dati Sanitari (EDS), il Garante ha evidenziato che tale schema di decreto non risulta coerente con il quadro normativo ma reca profili di violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali. In particolare, il Garante ha evidenziato la necessità di un forte coordinamento nella predisposizione dello schema di decreto con gli altri decreti correlati, in quanto il livello di interconnessione previsto è tale che le misure tecniche e organizzative, da prevedere a tutela dei diritti dell'interessato e dei principi generali del trattamento, debbano essere tra di loro coerenti. Tale coerenza non può essere disattesa tra i sistemi regionali oggetto della presente proposta progettuale;*
3. *Hospice, RSA, Riabilitazione territoriale, protesica.*

Per affrontare in modo efficace le fragilità e le cronicità e consentire alle nuove strutture previste dal D.M. 77 la presa in carico e la gestione dei pazienti sul territorio è necessario realizzare l'interoperabilità con le diverse soluzioni di cartella clinica elettronica (CCE) specialistica, ospedaliera e territoriale, di livello Aziendale e/o regionale, che rappresenta lo strumento operativo con cui supportare il processo di assistenza e cura dei pazienti.

Nella rappresentazione sottostante una sintesi funzionale delle soluzioni regionali e Aziendali esterne al perimetro del presente progetto, che sono a vario titolo interessate dal processo di presa in carico e gestione e che per le quali deve essere sviluppata l'interoperabilità con il sistema SIATESS al fine di garantire multidisciplinarietà, interoperabilità, circolarità dei dati e completezza del percorso.



### La Piattaforma dei servizi applicativi

Questa piattaforma ha l'obiettivo di assicurare l'interoperabilità funzionale dei sistemi che compongono l'ecosistema digitale per le cure territoriali attraverso la condivisione di dati, processi e percorsi mediante l'implementazione di microservizi che consentiranno lo scambio di informazioni real time tra tutti i sistemi presenti coinvolti. Per ogni ambito applicativo sarà realizzato un insieme di micro-servizi ciascuno dei quali corrisponderà ad una specifica funzione o sotto-processo.

Gli ambiti previsti sono:

- Gestione richieste
- Valutazioni
- Presa in Carico
- PDTA
- PAI
- PRI
- Prescrizione
- Refertazione
- Transizione di cura
- Telemedicina
- Rendicontazione



I micro-servizi possono essere richiamati in real-time ogni qual volta un sistema esegue un'operazione. Rispetto alla tradizionale interoperabilità basata sullo scambio di messaggi o documenti che spesso hanno luogo quando il processo è terminato o solo per alcune fasi, il modello proposto consente un monitoraggio costante delle attività e delle risorse impegnate e una reale interoperabilità funzionale tra sistemi che possono cogestire percorsi e processi in piena continuità.

I micro-servizi alimentano il data-lake socio-sanitario che assicura la persistenza delle informazioni e la loro organizzazione secondo il modello ontologico prescelto.

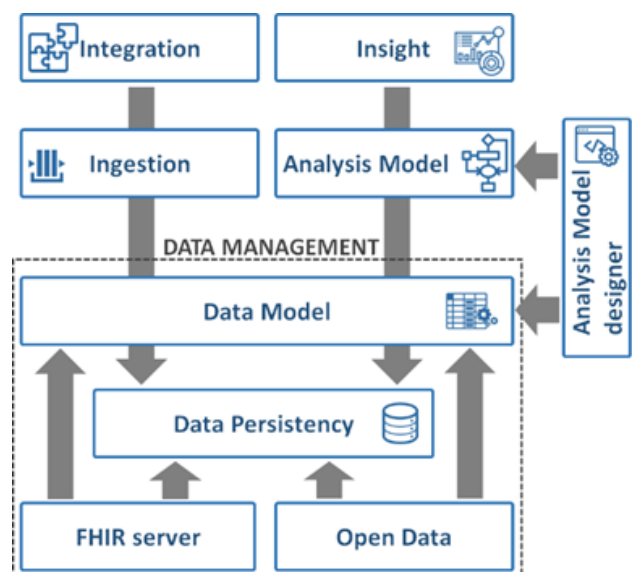
## Data Lake Socio-sanitario

La soluzione progettuale prevede il **disegno di un modello di dati e lo sviluppo di una piattaforma integrata** per l'analisi real-time e multidimensionale dei dati socio-sanitari, in grado di:

- **essere alimentata** da dati **non strutturati** e da dati **codificati** impiegando strumenti e messaggistica in uso per l'interoperabilità dei sistemi come HL7 versione 2, HL7 CDA, profili IHE;
- **rendere persistenti i dati**, strutturati e non, mediante un modello dati e un'ontologia di riferimento in grado di descrivere e correlare le informazioni che i dati descrivono;
- **estrarre conoscenza** da dati non strutturati e da dati codificati attraverso l'interpretazione semantica dei fenomeni e delle misure che questi rappresentano;
- consentire agli utenti il **disegno di modelli di analisi** basati su mappe della conoscenza, indicatori, misure, percorsi di approfondimento;
- fornire agli utenti **un set di strumenti per la rappresentazione e la navigazione dei modelli di analisi**;
- **esporre a sistemi di terze parti** le informazioni attraverso risorse HL7 FHIR;
- fornire a sistemi di terze parti **un set di informazioni aggregate e anonimizzate in formato aperto** (open data)

La soluzione progettuale è articolata in diversi layer funzionali, evidenziati nella figura accanto:

- **INTEGRATION**, che contiene le **logiche applicative per l'estrazione dei dati**, strutturati e non, dai messaggi HL7 v.2, dai documenti HL7 CDA, da file XML, da studi DICOM o da risorse HL7 FHIR;
- **INGESTION**, che **mappa e indicizza i dati in funzione del modello dati**;
- **DATA MODEL**, che **descrive l'ontologia e gli artefatti del Data Lake**;
- **DATA PERSISTENCE**, che **memorizza i dati**;
- **ANALYSIS MODEL DESIGNER**, che **consente all'utente di definire dei modelli di analisi dei dati**;
- **ANALYSIS MODEL**, che contiene i **modelli di analisi dati creati dagli utenti**;
- **INSIGHT**, che rappresenta il **front-end per l'utilizzo dei modelli di analisi e la loro navigazione**;



- **FHIR SERVER**, che **espone i dati come risorse FHIR** in funzione del data model;
- **OPEN DATA SERVER**, che **restituisce aggregazioni di dati anonimi in formato Open Data**.

In questo contesto fondamentale è l'interoperabilità bidirezionale anche con il sistema informativo regionale organizzato e gestito dal Dipartimento di epidemiologia regionale, con i suoi strumenti e le sue piattaforme, al fine di garantire omogeneità e completezza nell'applicazione degli algoritmi di stratificazione della popolazione e lettura dei bisogni.

### **6.2.3 Obiettivo 3 – Rea Specifico Privacy, accountability e gestione dei consensi**

Grazie all'integrazione attraverso la piattaforma di interoperabilità con il Fascicolo Sanitario Elettronico e ai Dossier Sanitari Elettronici delle Aziende sanitarie, il sistema oggetto di sviluppo opera come front-end di questi strumenti così da fornire una rappresentazione unica e completa di tutte le informazioni che riguardano i pazienti territoriali".

La finalità perseguita con il sistema in fase di definizione e sviluppo prevede che i dati dei pazienti presenti nel FSE 2.0 e visualizzati attraverso la funzione di dossier sanitario Aziendale saranno visualizzabili attraverso la piattaforma di interoperabilità dai professionisti coinvolti nei processi di gestione e di cura territoriali al momento della presa in carico del paziente sia per gli aspetti attinenti la gestione amministrativo-contabile che per gli aspetti attinenti la gestione clinico-sanitaria nei diversi setting assistenziali.

Data la forte spinta all'interoperabilità, il sistema deve prevedere esplicitamente l'impostazione architetturale che consenta di evitare la duplicazione di dati e documenti sanitari già presenti nei verticali che li producono scongiurando la costituzione di un database che raccoglierebbe a livello centralizzato, senza reali garanzie di anonimato e di riservatezza per gli assistiti, dati e documenti sanitari relativi a tutte le prestazioni sanitarie erogate sul territorio regionale.

Nello scenario di **applicazioni interoperabili** con il sistema oggetto dello sviluppo, i dati degli assistiti potranno essere visualizzati da ampie coorti di professionisti, di conseguenza deve essere prevista una funzione di gestione centralizzata del **consenso** del paziente che preveda:

1. la verifica del consenso espresso dall'assistito per la visualizzazione dei propri dati da parte dei professionisti delle diverse articolazioni sanitarie coinvolti nella presa in carico e nel processo di cura (MMG, professionisti delle AO, AOU, ASL);
2. la possibilità per l'assistito di graduare il consenso;
3. il diniego alla visualizzazione dei propri dati per finalità aggiuntive.

Ne consegue che, al pari di quanto previsto per l'FSE, risulta imprescindibile la possibilità di gestire il processo di acquisizione e di consultazione del consenso al trattamento dei dati del paziente in tutti i setting dell'assistenza territoriale attraverso un'applicazione regionale centralizzata che consenta all'assistito di graduarne la visualizzazione, ove lo ritenga opportuno, limitandola a singole coorti di professionisti o servizi.

L'applicazione di gestione del consenso, acquisito in ambito regionale (tramite MMG/PLS oppure dai professionisti della singola Azienda sanitaria), dovrà quindi consentire di integrare, in maniera flessibile e in modalità bidirezionale, tramite protocolli e profili standard di integrazione attraverso l'infrastruttura

nazionale (INI), la piattaforma/repository nazionale di gestione del consenso per la visualizzazione dei dati del FSE 2.0, in modo che:

- l'assistito possa manifestare e/o modificare in qualsiasi momento i consensi in un dominio regionale che li renderà fruibili attraverso l'infrastruttura nazionale per le diverse necessità (consultazione dati FSE, consultazione/gestione dei dati dell'assistito a livello nazionale/territoriale);
- sia possibile gestire (consultare, acquisire, modificare) i consensi dei pazienti provenienti da strutture ospedaliere e presi in carico da strutture territoriali.

È necessario un focus particolare per definire il metodo più efficace:

- per consentire a ciascun assistito di individuare il servizio o la coorte di professionisti che desidera includere/escludere dalla visualizzazione dei dati o di documenti;
- per fornire all'interessato le informazioni di dettaglio relative agli accessi che sono stati effettuati sui propri dati.

Considerato altresì il livello di interoperabilità del sistema oggetto dell'affidamento con i diversi sistemi coinvolti nella gestione dell'assistito sul territorio con potenziale possibilità per gli utenti abilitati di accedere a tutti i dati e i documenti sanitari di ciascun assistito sul territorio regionale e che al contempo, alimenta l'EDS con lo scopo di elaborare i predetti dati e documenti per offrire servizi, determinando un trattamento sistematico, su larga scala, di particolari categorie di dati personali di cui all'art. 9 del Regolamento, presentando un rischio elevato per i diritti degli interessati, l'adozione dello stesso deve essere preceduta da una **valutazione di impatto (DPIA)** ai sensi dell'art. 35 del Regolamento con conseguente:

1. analisi che definisca una visione complessiva della titolarità dei trattamenti effettuati attraverso il sistema per le diverse finalità di presa in carico e di cura nei diversi setting assistenziali in quanto la chiara definizione dei ruoli (Titolare, Responsabili, autorizzati) determina i diversi profili a cui saranno abilitati i professionisti e le macro-operazioni effettuabili dagli stessi (alimentazione, consultazione, modifica);
2. importante attività di **assessment** e di **remediation** per la **compliance data protection** e la resilienza dei sistemi informativi preesistenti stante l'obbligo, in ambito sanitario, di applicare la Direttiva NIS (ora NIS 2).

### 6.3 Modalità di erogazione dei servizi

#### Approccio Metodologico

La complessità dello scenario descritto nei precedenti capitoli richiede una particolare gestione del team di lavoro composto dagli stakeholder del progetto.

L'approccio da utilizzare è centrato su:

- una mirata strategia di comunicazione con gli stakeholder di progetto e con key users che assicurano un apporto di competenze specifiche e contributi specialistici su ambiti ben definiti legati alla conoscenza approfondita delle realtà Aziendali coinvolte nel progetto;

- una soluzione organizzativa incentrata sulle competenze tematiche, metodologiche e tecnologiche che crei una squadra agile, flessibile e adattiva necessaria a perseguire la visione e a raggiungere gli obiettivi di progetto;
- La costruzione di un team misto di risorse del fornitore, della società *in house* o del mercato e della Regione che valorizzi le reciproche competenze tecnologiche e tematiche.

Il modello ipotizzato, sfruttando attività e pratiche dei diversi framework agili (SCRUM, DevOps, Lean), si propone di:

- garantire l'univocità di individuazione delle responsabilità di *staffing* per l'intero progetto, assicurando coordinamento e corretta identificazione delle priorità;
- definire e attuare processi e strumenti collaborativi verso l'Amministrazione, al fine di garantire la circolazione delle informazioni e il massimo coordinamento a tutti i livelli sullo stato delle attività e il raggiungimento degli obiettivi definiti;
- applicare metodologie e framework in chiave personalizzata rispetto alla singola struttura sanitaria per definire attività e cicli di lavorazione;
- basare il modello di erogazione su competenze multidisciplinari in un panorama tecnologico e organizzativo caratterizzato da alta complessità e costante evoluzione;
- garantire la capacità di veicolare l'innovazione comprendendo le caratteristiche del contesto d'uso e rispondendo con appropriatezza alle esigenze.

Il punto di forza del modello è la presenza di una struttura organizzativa su tre livelli:

Livello di Governance	Responsabilità e compiti
<b>Programmazione e controllo</b>	Assicura le attività di indirizzo strategico, innovazione e la gestione delle relazioni istituzionali; a questo livello, vengono portate a conoscenza degli stakeholder le principali novità ed esperienze rilevanti per l'intera durata del contratto anche emergenti a livello internazionale.
<b>Gestionale</b>	Garantisce la gestione integrata della fornitura, il rispetto dei livelli qualitativi attesi e la risoluzione di problematiche e criticità anche in termini operativi (es. flussi di lavoro tra team coinvolti sulle diverse strutture territoriali e sui vari servizi). Rappresenta l'interfaccia con i referenti strategici e contrattuali del progetto.  La gestione di molte funzioni a questo livello consente il raggiungimento di elevati livelli di standardizzazione nella fornitura.
<b>Operativo</b>	Assicura l'esecuzione dei servizi e delle attività connesse al piano di lavoro in maniera da rispondere ai requisiti previsti dallo studio di fattibilità

Nell'ambito della governance del progetto, verranno promosse azioni finalizzate a creare una vera e propria Community di Progetto. Saranno organizzati workshop, focus group e altre attività per coinvolgere gli stakeholder delle strutture sanitarie, rappresentanti delle associazioni dei pazienti.

Una particolare attività sarà incentrata sull'utilizzo di metodologie di design king che attraverso momenti di co-working possono concorrere al service design di soluzioni innovative soprattutto nell'area dell'Assistenza Domiciliare Integrata.

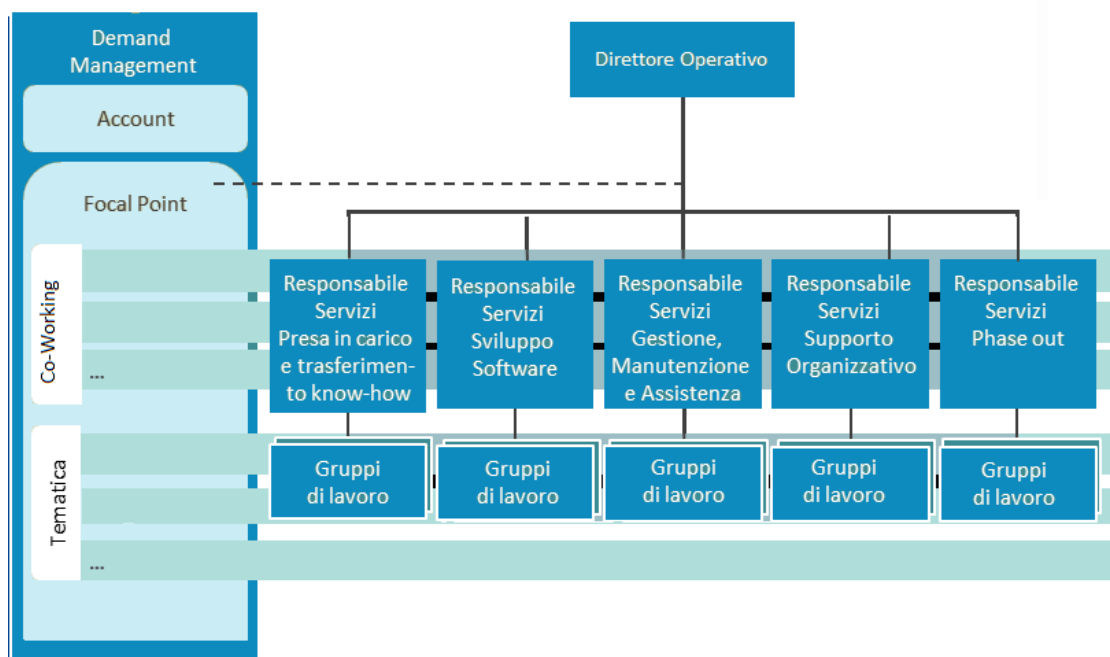
### Modello Organizzativo per la realizzazione del progetto

In questo paragrafo vengono presentati la struttura e le principali funzioni previsti dal modello operativo di riferimento:

Livello di Governance	
<b>RUAC</b>	Assicura un forte ruolo guida a livello contrattuale e un approccio uniforme alla gestione delle diverse azioni progettuali rivolta alle strutture sanitarie, nel rispetto costante degli obiettivi del progetto
<b>Comitato Guida</b>	Data la rilevanza strategica del progetto, viene istituito un comitato permanente composto da rappresentanti del fornitore e da esponenti del mondo scientifico e medico, accademico e manageriale e dagli stakeholder regionali e Aziendali, che avrà il compito di osservare ed anticipare i trend di innovazione in Sanità, a partire dai nuovi modelli emergenti e dai nuovi paradigmi sostenibili.
<b>Governance contratto</b>	Insieme di strutture che supportano il RUAC nel garantire il governo dell'intero contratto. Il Resource Management garantisce dinamicamente la presenza delle competenze utili ad assicurare il massimo livello di servizio. Per le attività di PMO & <i>Contract Management</i> , sarà fondamentale l'esperienza nella gestione di contratti di grandi dimensioni e sulla conoscenza di dettaglio di processi e procedure tecnico-amministrative in uso presso le Strutture Sanitarie. La gestione della conoscenza è invece garantita dal Knowledge Management
<b>Competence HUB</b>	Garantisce competenze distintive con particolare riferimento al dominio sanitario, a standard e trend tecnologici. È composto dalle migliori professionalità del fornitore e ha il ruolo di promuovere e veicolare l'innovazione con una reale ricaduta sul progetto.
<b>Comitato Strutture e Associazione Pazienti</b>	Promuove azioni finalizzate a creare una vera e propria "Community di Progetto" nell'ottica del massimo coinvolgimento degli stakeholder e degli utenti per condividere indirizzi, risultati criticità, stimolare il confronto e garantire unitarietà di visione
Livello di Gestione	
<b>Direttore Operativo</b>	È responsabile del coordinamento, della coerenza e della sostenibilità di tutti gli interventi progettuali tramite una vista unitaria d'insieme. Assicura la piena disponibilità delle risorse (umane, tecnologiche, economiche) coordinandone gli impegni. Garantisce la massima capitalizzazione delle conoscenze prodotte nella fornitura (e disponibili sul mercato) nonché il riuso e la diffusione delle soluzioni.
<b>Demand Manager</b>	È responsabile della struttura di "cerniera" tra il RUAC e gli Account Manager che assicurano il presidio di tutte le strutture coinvolte nel progetto. È responsabile della fase di personalizzazione degli interventi sulle strutture e coordina le attività degli Account Manager nel presidio delle Amministrazioni nelle fasi di attivazione e di esecuzione delle attività
<b>Account Manager</b>	È responsabile dell'esecuzione del piano di attività per la singola struttura sanitaria. Presidia le esigenze della struttura e coordinandosi con il Demand Manager assicura il soddisfacimento delle esigenze nell'esecuzione delle attività.

Al livello operativo sono associati i ruoli e le strutture di produzione, i centri di competenza, le unità specializzate per ambito e tematiche di processo e tecnologie, nell'erogazione dei servizi.

La figura mostra le relazioni tra le strutture coinvolte a questo livello:



## 7 Le fasi del progetto e i tempi di realizzazione

Di seguito si condivide una pianificazione di massima del progetto, i cui obiettivi monitorati e raggiunti nell'arco di 24 mesi, a partire dalla data di *kick off* di progetto.

Il dettaglio dei tempi di realizzazione degli interventi sarà oggetto delle prime fasi di lavoro durante le quali verrà realizzato un Masterplan completo di tutte le informazioni utili ad una verifica costante dello stato di avanzamento del progetto in tutte le sue fasi.

Nel corso del progetto sono previsti dei SAL bimestrali durante i quali sarà identificato l'andamento delle attività e verrà garantita la presa in carico delle criticità emerse mediante l'individuazione delle relative soluzioni.



Si rappresenta che il dato quantitativo presente nei 4 obiettivi (Target) evidenziati nel cronoprogramma di cui sopra misura la finalità realizzativa al livello nazionale.

La Regione Lazio, relativamente alla sub misura in oggetto (M6C1 1.2.2.2), ha l'obiettivo di realizzare progettualità di interconnessione che coinvolgano le 59 Centrali operative territoriali finanziate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Il Target M6C1-00-ITA-26 prevede il raggiungimento dell'obiettivo di completamento degli interventi in oggetto, a livello regionale, entro il 31 marzo 2024.

	31/12/22	2023												2024			
		M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M1	M2	M3	
Approvazione progetto mediante Determinazione regionale																	
Indizione della procedura di rilancio competitivo																	
Aggiudicazione, stipua del contratto																	
Definizione piano di avviamento e consolidamento delle Aziende																	
Riunione di Start-up progetto																	
Assessment per definizione tecnica e fuzionale e prioritizzazione delle integrazioni																	
Installazione, strutturazione, dimensionamento e configurazione Data lake																	
Attività di configurazione applicativa e tuning delle performance della piattaforma																	
Attività di implementazione, testing e avviamento delle integrazioni in priorità 1																	
Esecuzione del piano di avviamento																	
Attività di implementazione, testing e avviamento delle integrazioni in priorità 2																	
Implementazione Data lake e definizione Dashboard, flussi NSIS e indicatori																	

## 8 La modalità di approvvigionamento e il perimetro economico

La normativa prevede che gli acquisti in ambito ICT siano effettuati prevalentemente, salvo casi specifici e definitivi dal Codice degli appalti, attraverso l'utilizzo dello strumento delle Convenzioni Consip mediante l'utilizzo del Mercato elettronico della Pubblica amministrazione.

Nello specifico del contesto del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e della Sanità in particolare, sono previste alcune specifiche convenzioni per l'implementazione, la gestione e lo sviluppo dei sistemi informativi.

Pertanto, anche tale iniziativa che fa riferimento all' M6 C1 1.2.2.2. verrà affidata attraverso lo strumento della convenzione CONSIP Sanità Digitale 2, nell'ambito dei Lotti geografici PPAА del SSN Centro Sud attraverso il rilancio competitivo, visti i servizi richiesti e il perimetro economico ipotizzato.

Nello specifico, il perimetro economico è ottenuto sommando le risorse assegnate alle singole Aziende in relazione alla distribuzione delle COT a livello regionale, secondo la seguente tabella:

M6C1 - 1.2.2 Casa come primo luogo di cura: Centrali operative territoriali-Interconnessione Aziendale	<b>VOCI DA QUADRO ECONOMICO</b>				<b>Totale</b>
	<b>A. Importo software</b>	<b>B. Importo Hardware</b>	<b>C. Importo migrazione e interconnessione dati</b>	<b>D. Importo formazione del personale</b>	
<i>ASL Roma 1</i>	-	-	527.646,35	-	<b>527.646,35</b>
<i>ASL Roma 2</i>	237.615,57	142.569,34	23.761,56	71.284,67	<b>475.231,14</b>
<i>ASL Roma 3</i>	119.618,00	80.000,00	119.617,00	50.000,00	<b>369.235,00</b>
<i>ASL Roma 4</i>	120.000,00	100.000,00	33.240,78	10.000,00	<b>263.240,78</b>
<i>ASL Roma 5</i>	417.000,00	85.000,00	40.000,00	12.439,60	<b>554.439,60</b>
<i>ASL Roma 6</i>	250.000,00	50.000,00	150.000,00	25.231,00	<b>475.231,00</b>
<i>ASL Viterbo</i>	157.615,58	30.000,00	30.000,00	20.000,00	<b>237.615,58</b>
<i>ASL Rieti</i>	212.024,62	20.000,00	29.003,08	29.003,08	<b>290.030,78</b>
<i>ASL Latina</i>	116.544,00	160.382,00	57.809,00	34.500,00	<b>369.235,00</b>
<i>ASL Frosinone</i>	100.000,00	137.614,00	49.603,00	29.603,00	<b>316.820,00</b>
<i>Azienda San Giovanni Addolorata</i>	37.415,00	4.000,00	6.000,00	5.000,00	<b>52.415,00</b>
<i>Azienda Policlinico Umberto I</i>	40.000,00	5.000,00	5.000,00	2.415,20	<b>52.415,20</b>
<i>Istituti Fisioterapici Ospitalieri</i>	36.690,64	6.813,97	4.717,37	4.193,22	<b>52.415,20</b>
<i>INMI Lazzaro Spallanzani</i>	36.700,00	5.715,00	5.000,00	5.000,00	<b>52.415,00</b>
<i>Azienda Sant'Andrea</i>	34.160,00	9.715,20	4.880,00	3.660,00	<b>52.415,20</b>
<i>Fondazione Policlinico Tor Vergata</i>	41.932,17	2.620,76	5.241,52	2.620,76	<b>52.415,21</b>
	<b>1.957.315,58</b>	<b>839.430,27</b>	<b>1.091.519,66</b>	<b>304.950,53</b>	<b>4.193.216,04</b>

La procedura di rilancio competitivo, stante la sopra descritta assegnazione delle linee di finanziamento, verrà effettuata da una Azienda Capofila individuata dalla Regione Lazio. Per la stesura del capitolato tecnico sarà nominata una apposita commissione da parte degli organi Regionali, nel rispetto delle milestone sopra indicate.