

Assistenza Domiciliare Tele Assistita

Servizio di Teleassistenza e Telesalute a supporto del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata

Sommario

1. PREMESSA.....	3
1.1. Un Soggetto Unico, Multidisciplinare, Coordinerà I Servizi Oggetto Di Fornitura con funzione di catalizzatore.....	3
1.2. Percorso di adozione di un modello.....	4
1.3. L'acquisto dei fattori produttivi.....	5
2. OGGETTO DELLA FORNITURA.....	6
3. Elementi della Fornitura.....	6
3.1. Piattaforma integrata con il sistema organizzativo.....	6
3.2. Dispositivi di misurazione per la Telesalute.....	15
3.3. Dispositivi di struttura.....	16
3.4. Centrale di ascolto.....	18
3.5. Comitato di coordinamento di Telesalute.....	19
3.6. Modello di presa in carico e gestione del paziente attraverso la presente fornitura.	21
3.7. Assistenza Tecnica.....	22
3.8. Formazione e Affiancamento.....	22
3.9. Comunicazione & Divulgazione.....	23
3.10. Servizio di monitoraggio - Complessità di Assistenza.....	23
4. Glossario.....	24

1. PREMESSA

Nell'ambito del DCA 55 del 10 giugno 2016 e della conseguente DGR 505 del 26 luglio 2016, la Regione Abruzzo ha manifestato la volontà di *“promuovere un nuovo modello di AD Tele Assistita, a complemento della prestazione sanitaria, per cui siano chiari i meccanismi di arruolamento dei pazienti, le patologie da trattare, nonché l'impegno assistenziale necessario”*.

la Regione provvede a finanziare il progetto di durata biennale sopra descritto, con i fondi destinati alle DGR n. 176/2016, DGR 178/2016 e DGR 438/2016. Il progetto, a elevata complessità, prevede l'attivazione contemporanea di tre linee progettuali fortemente complementari e integrate tra loro:

- a) Assistenza Domiciliare Tele Assistita (oggetto del presente capitolato);
- b) Sistema Informativo Socio Sanitario Territoriale (in grado di identificare, stratificare e monitorare la popolazione fragile);
- c) Numero telefonico unico (116117) destinato alle cure non urgenti e accesso ai servizi sanitari territoriali, nonché a concorrere alla gestione della domanda assistenziale a bassa intensità/priorità e armonizzato a valenza sociale.

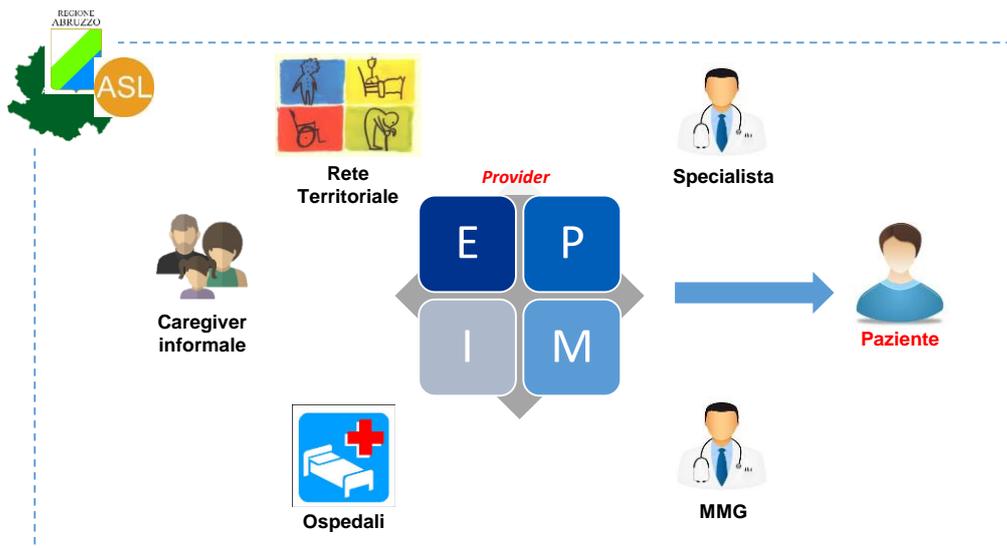
Il tutto nel pieno rispetto di quanto contenuto nell'articolato del PAR FSC Abruzzo 2007-2013, nel “Manuale delle Procedure dell'Organismo di Programmazione adottato con Delibera G.R.A. n. 311 del 17/05/2016 e s.m.i, e nel “Manuale Operativo delle Procedure di Monitoraggio delle risorse PAR FSC” definito dal Ministero dello Sviluppo Economico – Dipartimento per lo Sviluppo e la Coesione Economica, adottato con D.G.R. n. 679 del 22/10/2012 e delle note integrative regionali per il monitoraggio del PAR FSC Abruzzo 2007-2013”.

1.1. Un Soggetto Unico, Multidisciplinare, Coordinerà I Servizi Oggetto Di Fornitura con funzione di catalizzatore

Nell'ambito del modello di Assistenza Domiciliare Tele Assistita previsto dal DCA 55/2016, spetta alla Regione di *“Definire regole di sistema per l'erogazione dell'AD”*, individuando una specifica sede di coordinamento di cui faranno parte tutti i soggetti – pubblici e privati coinvolti, con il compito di facilitare la **connessione tecnologica tra il paziente e i propri caregiver, da un lato, e medici (MMG e Specialisti) e servizi distrettuali, dall'altro, in base al Piano Assistenziale Individuale.**

A tale soggetto – denominato Comitato di Coordinamento di Telesalute (CCT) (par. 4.5) – spetterà di coordinare le attività e facilitare l'integrazione tra il servizio erogato dal Fornitore e gli *stakeholder* del SSR. In tal senso non si limiterà solo a proporre l'uso di sistemi digitali e reti di accesso a nuove forme di assistenza presso le strutture territoriali o il domicilio del paziente che possano ridurre l'ospedalizzazione, né solo ad un monitoraggio più semplice, costante e poco invasivo del paziente attraverso l'uso degli strumenti di telemedicina. La funzione di catalizzatore del soggetto unico implica anche sviluppare e promuovere idee e soluzioni innovative e di facile fruibilità per collegare il medico, il paziente e la struttura sanitaria attraverso l'ICT.

Figura 1: Necessario catalizzare gli stakeholder del SSR



In particolare, il CCT consentirà di:

- **Supportare la fase di arruolamento** (sempre a seguito di indicazione medica). Sarà obiettivo del CCT favorire sia l'arruolamento di 4.000 pazienti, eventualmente in base al PDTA e/o linee guida redatte dalla Regione Abruzzo sui pazienti arruolabili e attraverso anche la promozione di campagne informative per sensibilizzare la popolazione, sia l'indirizzo per la gestione di nuovi arruolamenti, a fronte dell'interruzione del servizio da parte dei pazienti già arruolati;
- **ottenere il massimo livello di integrazione** delle diverse componenti del servizio stesso (organizzative e tecnologiche). A tal proposito si precisa che la ditta aggiudicataria oltre alle responsabilità legate alla progettazione esecutiva e all'erogazione del servizio dovrà assumersi la responsabilità: a) della ricezione e dell'invio dei dati da parte dei device utilizzati affinché tutti gli attori coinvolti nel servizio siano aggiornati in tempo utile; b) della tempestiva e completa trasmissione e ricezione dei dati rilevati tra gli attori coinvolti nel servizio e le istituzioni; c) di mantenere attive le comunicazioni con tutti gli operatori coinvolti nel servizio nel tempo;
- **valutare e perfezionare nel corso della fornitura** un apposito progetto operativo-esecutivo, di farlo evolvere sia a fronte delle necessità riscontrate nell'attuazione dello stesso sia a fronte delle evidenze emerse dal monitoraggio della domanda soddisfatta (in particolare per ciò che riguarda il rischio di ospedalizzazione), consentendo, in tal modo, alla Regione di accelerare il percorso di adozione di un modello che in seguito potrà secondo quanto previsto nel Piano di riqualificazione 2016-2018 di "Definire regole di sistema per l'erogazione dell'AD" (Intervento 1.1);

1.2. Percorso di adozione di un modello

Costituiscono obblighi del Fornitore:

- **La progettazione esecutiva del servizio:** in termini di caratteristiche organizzative, tecnologiche, strutturali e le metriche per la misura del livello di servizio che si intende fornire;
- **L'acquisto dei fattori produttivi:** specificazione della quantità, qualità e tipologia di beni, il cui acquisto è a carico del soggetto erogatore, quali *vital sign monitoring device (VSMD)*, sensori per la sorveglianza sociale, beni sanitari e non sanitari che si intendono fornire ai pazienti e *stakeholder*;
- **La gestione del servizio** di AD Tele Assistita: definizione delle caratteristiche relative all'erogazione del servizio in tema di presa in carico del paziente, di coordinamento con gli altri *stakeholder* e di ritorni informativi alle istituzioni;

- **Lo sviluppo di un sistema di monitoraggio** della domanda soddisfatta: definizione delle caratteristiche per l'alimentazione e l'amministrazione della BDA (Banca Dati Assistiti) e del database dei dati di VSMD, delle modalità di supporto alle ASL nel monitoraggio del consumo medio annuo per assistito anche al fine di evidenziare le differenze tra pazienti arruolati e non;

1.3. L'acquisto dei fattori produttivi

Nell'ambito del DCA 55 del 10 giugno 2016 si è manifestata la volontà di “*promuovere un nuovo modello di AD Tele Assistita, a complemento della prestazione sanitaria*” già garantita dal SSR.

Il richiamato DCA attribuisce un ruolo decisivo alla telemedicina per la gestione della malattia cronica degenerativa. Tali tecnologie associate allo sviluppo di innovazioni clinico-organizzative e alla formazione di personale qualificato consentiranno di evitare che il paziente (scoraggiato perché a differenza delle sue aspettative non guarisce) possa, sentendosi abbandonato dal SSR, rivolgersi in ospedale e in Pronto Soccorso per problemi risolvibili da altri servizi sanitari con una complessità tecnico-assistenziale più adeguata.

Pertanto, si ritiene necessario che la ditta aggiudicataria debba necessariamente prendersi carico dell'acquisto dei fattori produttivi, in particolare dell'acquisto dei seguenti strumenti e delle necessarie risorse umane:

- **personale qualificato** adeguatamente formato: a) per favorire la gestione di pazienti a domicilio da parte degli operatori individuati (infermieri, OSS, ecc); b) per promuovere e sviluppare modalità operative tese all'educazione del paziente e dei suoi *care giver*; c) per il monitoraggio da remoto di più pazienti contemporaneamente; d) per garantire un adeguato coinvolgimento di medici di medicina generale, medici specialisti e *care giver* nella cura del paziente;
- **Vital Sign Monitoring Device** integrati, a livello di sistema informativo, con i sistemi informativi utilizzati nella centrale e nei dispositivi di ricezione dati. I dispositivi, portatili, dovranno essere consegnati a ciascun paziente preso in carico. Il soggetto erogatore dovrà evidenziare: a) il numero di *device* da acquistare; b) la tipologia di *device*; c) il *brand*; d) i parametri che questi dispositivi possono monitorare; e) la conformità degli stessi con la normativa vigente;
- **sensori per la sorveglianza sociale** che dovranno essere posizionati nelle case dei pazienti presi in carico e che dovranno essere integrati con i sistemi informativi utilizzati nella centrale al fine di segnalare in modo automatico le eventuali anomalie riscontrate. Il soggetto erogatore dovrà evidenziare: a) il numero di dispositivi da acquistare; b) le categorie di pazienti a cui sono destinati, motivandone la scelta; c) la tipologia di tecnologia che intende acquistare; d) il *brand* di tali dispositivi; e) le caratteristiche tecniche;
- **beni sanitari e non sanitari** necessari all'espletamento del servizio da parte degli attori coinvolti. Il soggetto erogatore dovrà evidenziare: a) il numero di beni per tipologia messi a disposizione degli operatori e dei pazienti; b) il budget di acquisto ipotizzato per i beni per cui non è possibile definire una quantità numerica certa.

In quanto detentore di tali fattori, sarà in capo al soggetto erogatore la manutenzione e l'eventuale sostituzione dei dispositivi, nonché l'istruzione all'utilizzo dei *device* da parte dei pazienti. Inoltre l'operatore economico dovrà prevedere un apposito meccanismo di rendicontazione delle attività oggetto di fornitura nel pieno rispetto di quanto contenuto nell'articolato del PAR FSC Abruzzo 2007-2013, nel “Manuale delle Procedure dell'Organismo di Programmazione adottato con Delibera G.R.A. n. 311 del 17/05/2016 e s.m.i, e nel “Manuale Operativo delle Procedure di Monitoraggio delle risorse PAR FSC” definito dal Ministero dello Sviluppo Economico – Dipartimento per lo Sviluppo e la Coesione Economica, adottato con D.G.R. n. 679 del 22/10/2012 e delle note integrative regionali per il monitoraggio del PAR FSC Abruzzo 2007-2013”;

Il Fornitore assumerà, conseguentemente: a) il rischio di eventuali aumenti di costo dei fattori produttivi necessari all'erogazione del servizio una volta avvenuto l'affidamento di questo; b) la responsabilità di rispettare i tempi previsti per l'espletamento del servizio, in termini di arruolamento dei pazienti, tele-monitoraggio degli stessi, implementazione di eventuali sistemi informativi e banche dati necessarie all'attuazione del servizio, nonché di eventuali ritardi nelle forniture; c) il rischio del verificarsi di eventuali problematiche legate all'installazione e al funzionamento delle tecnologie necessarie all'attuazione del servizio; d) il rischio di eventuali aumenti di costo legati all'aggiornamento dei fattori tecnologici che si rendono necessari per garantire il livello di servizio proposto; e) il rischio di un'usura tecnica degli strumenti tecnologici superiore agli standard previsti che comporti una conseguente attività di manutenzione e/o manutenzione straordinaria degli strumenti in questione; f) il rischio che lo scarso soddisfacimento del servizio erogato da parte dei pazienti trattati e da parte della Regione comporti l'interruzione del servizio stesso e di conseguenza la cessazione dell'erogazione;

2. OGGETTO DELLA FORNITURA

L'oggetto del presente capitolato è l'acquisizione del Servizio di Teleassistenza e Tele salute a supporto del Servizio di Assistenza Domiciliare (ADI e ADP) attraverso i seguenti elementi i cui dettagli vengono esposti nei successivi paragrafi riferiti:

- 4.1 Piattaforma integrata con il sistema organizzativo (comprensiva di infrastruttura di servizio);
- 4.2 Allestimento Specifiche Tecniche della Tecno assistenza (comprensivo di connettività);
- 4.3 Dispositivi di misurazione per la Telesalute;
- 4.4 Dispositivi di struttura/ambulatorio;
- 4.5 Centrale di ascolto;
- 4.6 supporto al Comitato di coordinamento di Telesalute;
- 4.7 Assistenza Tecnica;
- 4.8 Formazione e Affiancamento;
- 4.9 Comunicazione & Divulgazione;

3. Elementi della Fornitura

I seguenti elementi dovranno essere previsti nell'offerta, pena esclusione, e dettagliati in appositi documenti tecnici tesi ad evidenziarne l'aderenza ai requisiti e alle finalità richieste.

3.1. Piattaforma integrata con il sistema organizzativo

La fornitura ha la finalità, tra l'altro, di valutare come l'uso di un modello organizzativo integrato per il monitoraggio remoto domiciliare di pazienti cronici e fragili sia in grado di migliorare i parametri clinici, assistenziali, organizzativi ed economici rispetto alla tradizionale assistenza. La piattaforma dovrà essere messa a disposizione attraverso modalità di IAsS, non ricorrendo all'impiego di risorse hardware locali e nel rispetto di tutti i requisiti connessi alla disciplina in materia di Privacy, alla sicurezza e alla stabilità di impianto.

In particolare, pena esclusione, si richiede una piattaforma in grado di:

- **Ricevere i seguenti dati dai dispositivi specifici:** del peso corporeo, glicemia, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, spirometria e Sp O₂, INR, cardiaci ed interfaccia hub bidirezionale;
- **Elaborare le informazioni**, sulla base di algoritmi prestabiliti, in grado di evidenziare misure e andamenti clinicamente "anomali" e di generare alert su parametri predefiniti;
- **Rendere disponibili on line i dati acquisiti a tutti gli utenti opportunamente profilati, mediante possibile pannello che dia evidenza immediata delle anomalie;**

- **Rendere disponibili le informazioni** suddette, attraverso la predisposizione **di apposite integrazioni** informatiche e telematiche, a tutti i legacy in uso, con particolare riferimento ai gestionali di cartella clinica dei MMG ed ai gestionali di AD e di DSA (dossier sanitario aziendale), in uso presso ogni singola ASL);
- **Gestione della banca dati degli assistibili in telemedicina** nella quale ad ogni paziente è associata la propria storia clinica e le relative variabili anagrafiche ottenute dai flussi/anagrafiche regionali e ministeriali, attraverso il quale è possibile estrarre l'elenco dei pazienti affetti da una patologia (es. BPCO) conforme con quanto previsto dal PDTA e/o linee guida regionali, a cui, attraverso un modello predittivo, verrà eventualmente associato un ipotetico indice di fragilità;
- **Predisporre e gestire in modalità digitale la modulistica e la relativa conservazione del consenso informato e delle relative informative rese al paziente** attraverso un apposito modulo informatico sarà possibile registrare l'avvenuta sottoscrizione della modulistica e la presa visione dell'informativa da parte del paziente in modo tale da acquisire e veicolare l'informazione attraverso la piattaforma oggetto di fornitura;

La piattaforma software fornita dall'aggiudicatario dovrà essere conforme a quanto previsto dalle attuali norme in materia di dispositivi medici ovvero, come specificato in allegato 9 "criteri di classificazione" della direttiva 93/42/CEE concernente i dispositivi medici, le componenti sw "destinate a fornire informazioni riguardanti la diagnosi, la diagnosi precoce, il controllo o il trattamento di stati fisiologici, di stati di salute, di malattie", dovranno essere riconosciute come un dispositivo medico marcato CE di classe IIA e incorporare tutti gli standard maggiormente diffusi, conservando le certificazioni anche nel caso di sviluppi ad hoc per il perfezionamento della piattaforma.

La piattaforma deve essere dotata di un middleware di integrazione, attraverso il quale la realizzazione di integrazioni con software di terze parti deve essere semplice, veloce ed affidabile e, comunque, indipendente da soluzioni e moduli tecnologici ed informatici specifici favorendo l'estensione di tutte le possibili integrazioni senza oneri aggiuntivi per il committente. Le integrazioni possono essere realizzate in modalità sincrona o asincrona, attraverso l'uso di **protocolli standard o stabiliti ad-hoc**.

La piattaforma dovrà basarsi su architettura Cloud, altresì oggetto di fornitura, nel rispetto delle norme in materia di tutela dei dati personali e sensibili, essere fruibile mediante soluzioni web-based e aderenti ai requisiti di stabilità e sicurezza previsti da AGID offrendo di base almeno le seguenti funzionalità:

Tecnoassistenza: la piattaforma dovrà permettere il collegamento, tramite HUB bidirezionale ivi compresa la relativa soluzione di connessione telematica per la trasmissione dei dati rilevati dai KIT, di strumenti di diversa marca e modello per la trasmissione delle rilevazioni cliniche (a titolo di esempio non esaustivo: glicemia, peso, pressione, ECG a 12 derivazioni, SPO2);

Schedulazione delle visite: la piattaforma deve mettere a disposizione dell'operatore sanitario abilitato un'interfaccia i cui contenuti sono concordati con i MMG per la schedulazione delle visite degli assistiti, condivisa con gli altri utenti secondo una logica di profili di accesso;

Aderenza alla terapia: la soluzione proposta deve permettere di controllare remotamente l'aderenza alla terapia da parte del paziente affetti da una o più patologie croniche. La soluzione deve essere semplice, chiara ed intuitiva in modo che sia comprensibile anche all'utente senza conoscenze informatiche e mediche. Costituirà titolo preferenziale la presentazione di proposte che integrino nel "ciclo dei servizi di gestione del paziente cronico" l'utilizzo di soluzioni (software, integrazioni fra sistemi informativi, Apps) che coinvolgano anche le Farmacie;

Canale di comunicazione multimediale: La soluzione proposta deve prevedere una modalità di messaggistica istantanea, completamente sicura e tracciata tra i diversi operatori sanitari abilitati e tra operatori e pazienti affetti da patologie croniche;

Integrazione: La piattaforma dovrà prevedere una soluzione middleware di integrazione che sia conforme con gli standard HL7, DICOM, XML, CDA2, Web Services ed eventualmente altri protocolli stabiliti ad-hoc. La soluzione proposta deve comprendere l'integrazione con:

- Anagrafe degli Assistiti Regionale, anagrafi locali aziendali;
- Sistemi informativi delle cure domiciliari, (in possesso di ciascuna ASL) come descritto nella gara regionale per il servizio AD e nel paragrafo relativo alle integrazioni;
- Software utilizzati da tutti i MMG, dagli Specialisti (in lettura e scrittura);
- Piattaforma in uso per la Diabetologia (in lettura e scrittura) e con tutte le eventuali piattaforme telematiche che verranno implementate e rese disponibili dalle ASL e dall'Amministrazione Regionale;
- Cartelle cliniche specialistiche (in lettura e scrittura);
- Dossier sanitario Aziendale;
- Fascicolo Sanitario Elettronico;
- Registrazione delle attività sociali dei Comuni;
- Sistema di C.O.118 e Centrale di Continuità Assistenziale (in previsione del 116117);
- Sistema unico di Pronto Soccorso regionale;
- Sistema di distribuzione in nome e per conto o altra soluzione di gestione prescrizione/erogazione farmaci (aderenza alla terapia);

Pertanto la Ditta appaltatrice avrà l'obbligo di interfacciare il proprio sistema informativo con quello in uso in ciascuna ASL e presso la Regione, nei termini di restituzione delle informazioni che le varie ASL e la Regione richiederanno eventualmente condividendole in sede di Comitato di coordinamento. A titolo indicativo e non esaustivo, dovranno essere gestite prioritariamente, oltre a quanto già richiesto, quanto segue:

- profili di cura;
- piani di assistenza individualizzati;
- riepilogo dati per paziente (profilo di cura, PAI, accessi, durata) e per accesso (data, durata, luogo, etc.);
- rilevazione accessi con sistemi di geo localizzazione o tag/rfid;
- estrazione di dati circa le varie combinazioni profilo di cura- paziente-patologia-prestazioni, secondo modalità predefinite dall'aggiudicatario e secondo ulteriori richieste della ASL;
- costo annuo per pazienti in carico;
- costi medi/annui per profilo di cura.
- Il sistema informativo della Ditta appaltatrice dovrà essere in grado di gestire, in tempo reale, le informazioni trasmesse attraverso i propri dispositivi mobili;
- Meccanismi informatici di rendicontazione aderenti a quanto disciplinato dalla DGR 710/2012 e s.m.i. ;

Poiché la maggior parte degli specialisti (Cardiologi, Pneumologi, Reumatologi, Centri del Dolore, Oncologi) coinvolti nella gestione dei pazienti cronici (Scompenso, BPCO, Artrite Reumatoide, Dolore cronico, come previsto dal Piano Nazionale della Cronicità) non è dotato di specifiche cartelle cliniche, sarà valutato positivamente l'integrazione della piattaforma con soluzioni software in grado di:

- generare “Profili Sintetici di Patologia” contenenti l’insieme di “specifici set di dati”, per ognuna delle principali patologie, definiti e concordati tra gli attori del percorso di cura (MMG – Specialisti – ecc.) in sede di progettazione dei singoli PDTA di riferimento;
- di assicurare lo scambio dei “Profili Sintetici di Patologia” tra Specialisti, MMG e gli altri attori di percorso al fine di evitare riscrittura di informazioni su cartelle cliniche e piattaforme diverse;
- garantite ai MMG soluzioni integrate nel proprio software di gestione della cartella clinica per assicurare quanto previsto;
- Fornire agli specialisti coinvolti un valido strumento di gestione dei pazienti arruolati limitatamente alle attività di loro competenza;

Sarà positivamente valutata la fornitura comprensiva delle integrazioni (tutte o alcune, con particolare riferimento al sistema di Continuità Assistenziale e alle cartelle cliniche dei MMG interessati) direttamente in esercizio. In particolare sarà titolo preferenziale la proposta che eviterà di subordinare l’attivazione delle integrazioni sopra riportate ad ulteriori iniziative ed oneri dell’amministrazione regionale o delle Asl.

La piattaforma dovrà essere in grado di comunicare nativamente con un Hub bidirezionale. L’Hub bidirezionale proposto dovrà essere in grado di centralizzare presso le forme associative le misurazioni eseguite dagli strumenti presso il domicilio del paziente.

L’Hub dovrà poi trasmettere tramite rete wireless 3G/4G – oggetto di fornitura- le informazioni alla piattaforma centrale.

Il dispositivo dovrà permettere al paziente o al care giver di accedere alle funzionalità a lui riservate, previo inserimento delle credenziali, in maniera semplice e nel rispetto delle indicazioni procedurali della presa in carico.

L’Hub bidirezionale dovrà essere in grado di integrarsi con strumentazioni di diversa marca e modello. A tale scopo, nell’offerta economica dovrà essere specificato l’eventuale costo per l’integrazione di ogni nuovo modello di strumento.

L’Hub bidirezionale dovrà prevedere una modalità capace di notificare al paziente che si trova a casa una serie di messaggi con i seguenti obiettivi:

- Ricordare al paziente a casa di effettuare una determinata misurazione in base a quanto previsto da un piano terapeutico predefinito dagli operatori abilitati (MMG, Medici Specialisti);
- Ricordare al paziente a casa di assumere un determinato farmaco in base a quanto previsto da un piano terapeutico predefinito dagli operatori abilitati;
- Notificare al paziente l’avvenuta variazione del piano terapeutico secondo quanto stabilito dagli operatori abilitati;
- Notificare al paziente suggerimenti su stili di vita migliorativi secondo quanto previsto dagli operatori abilitati;

L’Hub deve poter garantire il corretto funzionamento H24 per tutta la durata dell’utilizzo. Nel caso di malfunzionamento, il dispositivo deve poter essere sostituito facilmente anche da operatori sanitari qualificati.

Gli adempimenti di cui sopra dovranno essere messi a regime, perentoriamente, entro 30 giorni dall’attivazione del servizio.

La soluzione proposta dovrà basarsi su piattaforma WEB con la possibilità di adottare eventuali soluzioni client al fine di garantire l'operatività anche in condizione di mancata connessione internet, fermo restando la piattaforma dovrà basarsi su architettura Cloud, altresì oggetto di fornitura, nel rispetto delle norme in materia di tutela dei dati personali e sensibili.

La soluzione dovrà garantire una separazione tra interfaccia utente e servizi.

Il Sistema deve permettere, di definire diversi profili utente e di riservare la visibilità delle varie sezioni a specifici gruppi di utenti (MMG, , Medico Specialista di riferimento, Infermiere compreso quello assegnato alla gestione della Fragilità, Assistente sociale e Paziente o Caregiver, operatore/professionisti afferenti ai distretti sanitari, operatori di ATS, ecc). A tal fine i singoli medici dovranno poter provvedere a definire i vari livelli personalizzati di profilo di alert.

Il sistema offerto deve basarsi su un interfaccia comune a tutte le funzionalità con la stessa interfaccia utente al fine di semplificare la curva di apprendimento dei vari moduli offerti. Inoltre è necessario fornire un unico database capace di raccogliere e gestire tutte le informazioni e i dati provenienti dai vari moduli.

La soluzione proposta dovrà garantire la piena conformità in merito di sicurezza e tutela della privacy. Gli operatori sanitari dovranno essere abilitati mediante utilizzo di codice di accesso e password. Dovrà rispettare i vincoli di robustezza e affidabilità imposti dai servizi informativi aziendali. Se richiesto il sistema dovrà prevedere una modalità di autenticazione degli operatori mediante soluzione LDAP.

Tutte le operazioni eseguite sulla piattaforma devono poter essere tracciate in un apposito LOG, permettendo di registrare operatore, data, ora, campo di appartenenza dell'operazione, tipologia di operazione effettuata, riportando in caso di modifica di un qualsiasi campo il valore precedente e quello modificato.

Di seguito vengono descritte le caratteristiche ed i moduli del software minimi garantiti, fermo restando la proposta estensiva per le funzionalità e i moduli di gestione da parte del fornitore e soluzioni evolutive da sviluppare d'intesa con il committente nel corso della durata di fornitura.

La soluzione proposta dovrà, anche, permettere ai MMG, PLS, Specialisti di riferimento, agli Infermieri e agli Operatori sociali, di poter accedere alle informazioni acquisite in regime di tecno-assistenza domiciliare. Definito il tipo di monitoraggio che si vuole effettuare, in base al tipo di cronicità, il sistema deve poter registrare le informazioni relative alla terapia in modo tale da generare un allarme (Alert) in caso di:

- Misurazioni fuori range;
- Mancata aderenza alla terapia;
- Richiesta di consulto;
- Altre soluzioni che si intende proporre;

Come descritto nel paragrafo 3.5 la fornitura dovrà comprendere un servizio "Centrale di ascolto", servizio minimo garantito H12 6/7. Gli operatori in ascolto devono possedere preferibilmente il titolo di infermiere professionale ed essere opportunamente formati; nell'ambito della presente iniziativa il servizio deve essere erogato nelle 12 ore per sei giorni alla settimana senza interruzione.

LA piattaforma dovrà essere pienamente fruibile da qualsiasi dispositivo anche attraverso un'applicazione mobile (nota anche con l'abbreviazione app) dedicata ai dispositivi di tipo mobile, quali smartphone o tablet.

Modulo Tecnoassistenza

La piattaforma deve prevedere la possibilità di registrare le rilevazioni di apparecchi di monitoraggio dello stato di salute di un paziente affetto da una o più patologie croniche, tramite collegamento ad un hub bidirezionale. Tale soluzione prevede la possibilità di dotare il paziente cronico di un dispositivo atto a raccogliere e trasmettere tutte le rilevazioni cliniche direttamente da casa (Telesalute e Teleassistenza). Il dispositivo deve poter garantire la connessione anche in caso di assenza di una linea internet e si richiede di proporre soluzioni in grado di funzionare anche con connettività mobile (con dotazione SIM dati) assicurando all'utente l'utilizzo in ogni condizione. Le misurazioni, i dati clinici e le immagini generati dai vari dispositivi forniti a casa del paziente devono poter essere trasmessi ad una banca dati centrale in modalità sicura, garantendo la piena conformità in termini di privacy. Le informazioni generate dai dispositivi forniti a casa del paziente cronico dovranno poi essere consultabili mediante soluzione web da parte dei MMG, possibilmente integrata con i gestionali di cartella clinica e/o il FSE regionale, e degli operatori sanitari abilitati, mostrando sia i valori puntuali acquisiti, sia le eventuali immagini/tracciati, sia i grafici riportanti i dati aggregati. Verranno valutate positivamente quelle soluzioni in grado rilevare e replicare gli alert direttamente nelle cartelle cliniche dei MMG e degli Specialisti, con possibili soluzioni mobile, le informazioni generate dai dispositivi forniti a casa del paziente cronico e le ulteriori informazioni registrate dagli operatori AD (infermiere, MMG, Specialista, ecc.).

La soluzione proposta dovrà inoltre permettere agli operatori sanitari di effettuare tutte le rilevazioni necessarie a casa del paziente, mediante l'acquisizione automatizzata di tutte le rilevazioni richieste secondo le patologie croniche del paziente. Il sistema deve poter permettere la registrazione delle misure e delle prestazioni anche nel caso di mancata connettività. A tal proposito è necessario che la soluzione proposta possa operare in modalità off-line per poi prevedere una procedura di sincronizzazione ovvero una modalità automatica di trasmissione di tutte le misurazione effettuate nell'intervallo di mancata connessione al fine di aggiornare il database centrale di tutte le misurazioni effettuate.

L'operatore sanitario e il MMG abilitato dovranno essere dotati di idonea strumentazione in grado di visualizzare tutte le informazioni cliniche rilevate, con i kit oggetti di fornitura in riferimento al paziente in AD. L'acquisizione delle misurazioni e delle registrazioni di eventuali prestazioni, dovrà avvenire con una modalità semplice ed informatizzata al fine di eliminare il rischio di imputazione manuale di informazioni critiche. Il collegamento con i vari dispositivi dovrà essere garantito secondo modalità wireless che saranno valutate positivamente.

Nel caso di inconveniente tecnico, l'operatore AD (ADI e ADP) e il MMG dovranno essere abilitati ad inserire misurazioni ed informazioni del paziente anche secondo una modalità manuale. Il sistema dovrà registrare l'evento come inserimento manuale ed informare gli operatori dell'avvenuta registrazione secondo una procedura straordinaria.

Le informazioni acquisite al domicilio devono essere trasmesse alla centrale in tempo reale. Saranno valutate positivamente soluzioni che permettono di gestire le rilevazioni tanto in modalità in-door quanto in modalità out-door allo scopo di favorire il miglior stile di vita al paziente.

A titolo di esempio, non esaustivo, dovranno essere collegati i seguenti dispositivi:

- Glucometro;
- Sfigmomanometro;
- Pulsossimetro;
- Bilancia;
- Termometro;
- Elettrocardiogramma;

- Monitoraggio parametri vitali;

La registrazione delle misurazioni potrà avvenire mediante le seguenti modalità:

- Telesalute e teleassistenza (autogestito dal paziente);
- Visita a domicilio in regime AD (ADi e ADP) e Sociale;

In regime di tecno assistenza al paziente dovrà essere fornito un hub/concentratore di dati bidirezionali evoluti capaci di comunicare in automatico con i dispositivi di rilevazione dei parametri. Il dispositivo dovrà presentare un'interfaccia utente minimale, chiara e di facile comprensione per ogni tipologia di paziente. E' preferibile ridurre al minimo ogni possibile intervento da parte del paziente nel caso di registrazione delle rilevazioni. Se collegato ad una cartella specialistica, e in caso di terapia in atto, il sistema deve poter fornire adeguate informazioni al paziente a casa a supporto della terapia stessa.

A tal proposito si richiede che il sistema possa permettere la generazione di allarmi che possano essere visualizzati in modo chiaro e di facile interpretazione da parte del paziente a casa direttamente sul sistema hub connesso telematicamente senza oneri aggiuntivi per il committente.

In regime di AD all'operatore verrà fornito un tablet/laptop in grado di interfacciarsi con i dispositivi sopra elencati. La soluzione dovrà prevedere oltre alla registrazione delle misurazioni e delle eventuali prestazioni erogate anche l'avvenuta presenza dell'operatore a casa del paziente. Tale soluzione deve inoltre permettere di registrare l'avvenuta somministrazione di eventuali farmaci prescritti al fine di verificare anche da remoto l'aderenza terapeutica. Nel caso infine di monitoraggio pianificato di parametri, il sistema deve prevedere una modalità di notifica e promemoria per il paziente al fine di agevolare la registrazione delle misurazioni.

Informazioni minime richieste dal sistema saranno:

- Identificazione dei diversi operatori che si recano in AD(ADi e ADP);
- Elenco delle prestazioni erogate;
- Elenco delle misurazioni acquisite;
- Eventuali note/osservazioni acquisite dall'operatore durante la visita a casa del paziente;

La soluzione proposta dovrà prevedere una modalità tale da poter garantire l'effettiva erogazione del servizio a casa del paziente. A tal proposito saranno valutate positivamente quelle soluzioni che permettono di verificare in modo certo la presenza degli operatori sanitari presso il domicilio del paziente.

Modulo Agenda

Il Sistema deve prevedere la possibilità di attivare una funzione di agenda/calendario a disposizione del MMG che ha in cura il paziente in grado di gestire una serie di attività programmate. Tali attività possono essere visualizzate su un calendario e rese disponibili al caregiver/paziente ed anche agli operatori sanitari coinvolti, appartenenti all'equipe medica che ha in cura il paziente cronico. Sarà possibile abilitare e fornire una specifica piattaforma integrata con la piattaforma in argomento.

Ogni attività può essere selezionata da un menu predefinito con la facoltà di aggiungere nuove voci se dovesse essere necessario.

Per ogni attività l'operatore deve inoltre specificare se è prevista una frequenza. Tale attività deve poi essere inserita in un calendario. In base al tipo di attività il sistema prevede l'assegnazione di un codice colore.

Il sistema deve consentire di definire un'attività come gruppo di sotto-attività: per esempio è possibile definire un gruppo come "Visita programmata" che prevede come sotto attività una serie di controlli e misurazioni al paziente. L'attività "Visita programmata" risulta espletata solo quando tutte le sotto-attività saranno espletate. Il sistema deve consentire l'effettuazione delle prestazioni e la relativa rendicontazione in modalità completamente digitalizzata e comunque senza impegnare il paziente o il caregiver al contatto con il CUP ovvero assimilabile ad un CUP di II livello.

Il caregiver/paziente che accede al modulo Agenda potrà consultare solo il proprio calendario.

Gli operatori sanitari abilitati possono visualizzare a sistema il calendario di ogni singolo paziente e, se necessario, se abilitati dal profilo di accesso, devono poter effettuare delle variazioni sulla pianificazione. Inoltre, il sistema deve permettere, all'utente con idonee credenziali, di visualizzare in calendario tutti gli appuntamenti pianificati senza distinzione del paziente. Il sistema, inoltre, deve permettere di utilizzare una serie di filtri in modo tale da visualizzare nel calendario, per esempio, solo le attività programmate per un operatore o per una selezione di operatori appartenenti ad un gruppo omogeneo (infermiere della fragilità).

Modulo Aderenza alla Terapia

Il software deve essere dotato di un modulo dedicato al monitoraggio dell'aderenza alla terapia da parte del paziente. Deve essere prevista la visualizzazione di un reminder a video, sull'hub collocato presso il domicilio. Si precisa, inoltre, che sarà oggetto di fornitura anche il collegamento telematico necessario alla trasmissione dei dati. Deve essere inoltre prevista la possibilità di confermare l'assunzione dei farmaci da parte del paziente.

La soluzione proposta deve poter essere consultabile sia sull'HUB collocato presso il domicilio del paziente, sia mediante applicazione web consultabile anche da smartphone e da tablet. L'accesso al modulo della terapia da parte del paziente deve poter essere tutelata da modalità di accesso protetta da utente e password.

Nel caso di assunzione del farmaco come previsto dal piano terapeutico il sistema deve poter permettere la registrazione dell'avvenuta assunzione. In questo modo il MMG e l'operatore sanitario abilitato, accedendo alle pagine di un determinato paziente potrà facilmente verificare quanto il paziente è allineato alla terapia, e nel caso di mancata aderenza potrà intervenire secondo le modalità che saranno ritenute più idonee.

Oltre alla registrazione dell'avvenuta somministrazione di farmaci previsti dal piano terapeutico, il sistema dovrà prevedere la possibilità di avvisare il paziente di attività quali la registrazione delle misure mediante dispositivi.

Il Sistema dovrà gestire le informazioni e le evidenze derivanti dall'utilizzo di soluzioni (software, integrazioni fra sistemi informativi, Apps) che coinvolgano anche le Farmacie nel ciclo dei servizi di gestione del paziente cronico.

Canale di comunicazione multimediale

La soluzione offerta deve prevedere la possibilità di attivare una funzione di messaggistica istantanea tra il paziente affetto da patologie croniche ed i vari operatori abilitati del servizio sanitario.

Basato su tecnologia WEB mista a soluzioni client per dispositivi mobile, tale soluzione deve permettere al paziente o, eventualmente, al familiare (Padre, Madre o tutori legali) di inoltrare uno o più messaggi in una “Bacheca” virtuale.

L'applicazione dovrà essere disponibile su più piattaforme, tra cui:

- PC desktop/portatile;
- Tablet;
- Smartphone;

In fase di creazione di un nuovo messaggio multimediale, il paziente, o eventualmente il caregiver (familiare o altra persona), invierà il messaggio allo studio singolo del MMG titolare della scelta o alla sede della UCCP di riferimento dello stesso per le urgenze non differibili che provvederà a fornire la risposta di tipo sanitario più adeguata, potrà specificare da un elenco se inoltrare il messaggio a tutti o, in alternativa, ad una selezione di utenti disponibili a sistema. Il sistema deve permettere di riconoscere se l'operatore sanitario a cui è possibile inoltrare un messaggio è disponibile online, ovvero se ha effettuato l'accesso al sistema mediante una delle soluzioni di accesso proposte (mediante applicazione WEB, applicazione Desktop o Mobile). In questo modo il paziente/familiare può facilmente verificare se un destinatario è in grado di leggere il messaggio in tempo reale, già in fase di creazione del messaggio.

La soluzione deve prevedere una fase di login per registrare le credenziali dei pazienti o familiari abilitati gli operatori (sia per i pazienti, per i familiari, i MMG, gli specialisti coinvolti, gli infermieri della centrale di ascolto).

Il messaggio della chat deve poter contenere oltre a testo anche allegati di varia natura, tra cui (ma non limitato a) immagini e brevi video che potranno fornire maggiori informazioni a supporto degli operatori sanitari coinvolti.

Nel caso in cui tutti i destinatari fossero off-line, il sistema notifica al paziente/ familiare l'avvenuta lettura del messaggio da parte del primo operatore online (stato del messaggio “LETTO”). In questo modo il messaggio è stato preso in carico dagli operatori sanitari.

Il MMG e l'operatore che hanno preso in carico il messaggio, analizzano la richiesta e modifica lo stato del messaggio stesso. Il messaggio inviato dal paziente/familiare deve poter essere caratterizzato da un attributo/codice di urgenza. Tale attributo verrà definito dall'operatore che ha preso in carico il messaggio stesso. Gli attributi previsti per definire l'urgenza del messaggio sono:

- Urgente;
- Intermedia;
- Differibile;

Il MMG e l'operatore che hanno preso in carico per competenza il messaggio, potranno contattare il paziente/ familiare utilizzando la messaggistica istantanea offerta della soluzione proposta, oppure mediante canali di comunicazione alternativi e tradizionali, come (ma non limitati a) telefono, SMS, e-mail.

A conclusione del percorso il sistema deve prevedere la possibilità, da parte del MMG e dell'operatore che ha preso in carico il messaggio, di modificarne lo stato in “RICEVUTO/CHIUSO”.

Lo scambio di messaggi tra gli operatori non sono visibili ai pazienti/familiari per default.

Nel caso in cui un paziente/familiare abbia generato un messaggio per il quale un operatore sanitario abbia richiesto un consulto, la risposta alla richiesta di consulto sarà nascosta al paziente/familiare stesso fino a quando sia il richiedente sia colui che ha fornito consulto non concordano a sistema di rendere visibile la conversazione. Il canale di comunicazione multimendiale verrà attivato esclusivamente su richiesta del medico e, quindi, dovrà prevedere meccanismi di gestione da mettere a disposizione dei singoli professionisti e consentire un utilizzo dedicato esclusivamente ai casi reputati (in base alle procedure definite nell'ambito del comitato di coordinamento) necessari. Il canale dovrà essere gestito in prima battuta dalla centrale di ascolto e dai professionisti in essa

3.2. Dispositivi di misurazione per la Telesalute

Di seguito si elencano i dispositivi (KIT) e la relativa dotazione che sarà oggetto di consegna e recapito presso i singoli distretti sanitari in base a soluzioni di prenotazione e distribuzione indicate da parte di ogni singola ASL le cui modalità generali verranno condivise in sede di avvio attraverso il coordinamento regionale. Si precisa che i consumabili sono oggetto di fornitura.

Pazienti affetti da Diabete Mellito

Per la tipologia di pazienti affetti da Diabete Mellito si prevede da consegnare a casa dei pazienti per tutta la durata della fornitura il Kit composto dai seguenti dispositivi:

- Hub di collegamento bidirezionale;
- Misuratore della glicemia;
- Sfigmomanometro;
- Bilancia;

Saranno valutate positivamente le aziende capaci di offrire l'integrazione tra Hub e i seguenti dispositivi:

- Microinfusori;
- Penne per l'insulina;

Pazienti affetti da BPCO

Per la tipologia di pazienti affetti da BPCO si prevede da consegnare a casa dei pazienti per tutta la durata della fornitura il Kit composto dai seguenti dispositivi:

- Hub di collegamento bidirezionale;
- Pulsossimetro;
- Spirometro;
- Pedometro;

Pazienti affetti da Scopenso Cardiaco

Per la tipologia di pazienti affetti da Scopenso Cardiaco si prevede da consegnare a casa dei pazienti per tutta la durata della fornitura il Kit dovrà essere composto dai seguenti dispositivi:

- Hub di collegamento bidirezionale
- ECG Mono
- Sfigmomanometro
- Bilancia

Pazienti Oncologici

Per la tipologia di pazienti Oncologici si prevede it da consegnare a casa dei pazienti per tutta la durata della fornitura il Kit dovrà essere composto dai seguenti dispositivi:

- Hub di collegamento bidirezionale
- Monitor Parametri Vitali (Pressione Arteriosa, SP02, ECG, Temperatura, FR. Cardiaca)

Nel caso specifico di pazienti oncologici, il sistema deve prevedere la possibilità di monitorare i parametri vitali del paziente che si trova a casa da remoto, registrando tutte le informazioni nel database. I dati registrati dovranno poi essere consultabili da remoto, mediante autenticazione, dagli operatori abilitati.

Ogni dispositivo precedentemente elencato, per i vari casi descritti, dovrà essere accompagnato da un libretto di istruzione dedicato alle caratteristiche tecniche e alle modalità di impiego dei dispositivi stessi.

3.3. Dispositivi di struttura

Si tratta delle dotazioni da assegnare alle UCCP attivate e in previsione di esercizio afferenti al SSR abruzzese ovvero presso le strutture distrettuali o altra declinazione organizzativa che sarà individuata in sede di esecuzione.

Dotazione per Dialisi peritoneale video assistita

La dialisi peritoneale domiciliare non obbliga il paziente con insufficienza renale cronica a recarsi in ospedale, consente di eseguire il trattamento anche al di fuori degli orari lavorativi tradizionali e non altera i ritmi della vita sociale, professionale e del tempo libero. Circa il 10% dei pazienti in emodialisi possono usufruire di questa terapia domiciliare. Il progetto prevede di dotare i centri di Dialisi sparsi sul territorio regionale di offrire questo servizio, individuando il paziente nella fase di scelta terapeutica. La dialisi peritoneale non può garantire un trattamento di lungo periodo ed è particolarmente indicata nei giovani, e in quanti hanno la prospettiva di sottoporsi al trapianto di rene.

Il servizio di dialisi peritoneale video assistita deve comprendere la video assistenza dal centro Dialisi di riferimento e la presa in carico dei pazienti da parte dell'infermiere del medico case management della fragilità (teleassistenza) per il supporto alle corrette abitudini e stili di vita, al sostegno a sottoporsi agli esami di screening utili a monitorare lo stato di salute dei reni, la corretta alimentazione e al controllo del contenuto di sale, la misurazione della pressione arteriosa.

La fornitura deve prevedere massimo quattro soluzioni da attivare su richiesta del committente.

Dotazione per Ambulatorio

La soluzione proposta dovrà prevedere – su richiesta - una modalità operativa presso le strutture distrettuali, presso le UCCP e l'ospedale di comunità, dislocate sul territorio, al fine di facilitare l'accesso di quei pazienti identificati come fragili con impedimenti nel raggiungere le strutture ospedaliere.

Presso l'ambulatorio il medico case management e l'operatore sanitario, mediante un agenda condivisa dovrà programmare una serie di appuntamenti, stabiliti dai MMG, dagli specialisti di riferimento, per tutti quei pazienti cronici identificati in base ai criteri richiamati.

I pazienti eleggibili alla gestione attraverso il presente progetto sono coloro ai quali vengono diagnosticate una o più patologie croniche, **preferibilmente over 65 anni e affetti da BPCO**, e che si trovano nella difficoltà di raggiungere le consuete strutture distrettuali ed ospedaliere.

L'operatore-infermiere, in accordo con i MMG e gli specialisti di riferimento, registrando a sistema la tipologia di cronicità e registrando un percorso di cura definito dallo specifico PAI. e/o PDTA.

Il sistema deve facilitare le operazioni di visita, registrando in modalità automatica tutti le misurazioni effettuate dagli operatori e richieste dai MMG e dagli specialisti di riferimento nello specifico percorso di cura. La strumentazione minima in ciascun ambulatorio dovrà essere in grado di comunicare con il sistema proposto sono i seguenti:

- Glucometro;
- Sfigmomanometro;
- ECG a 12 vie;
- Pulsossimetro;
- Bilancia;
- Termometro;
- Spirometro;
- INR;
- POCT multi-parametrico, in grado di eseguire i seguenti esami:
 - Pannello Cardiaco;
 - Pannello Renale;
 - Pannello Lipidico;
 - Pannello Epatico;

Le misurazioni devono poter essere archiviate e accessibile da qualsiasi postazione remota mediante un'applicazione WEB, al fine di garantire la consultazione e la condivisione dei dati clinici del paziente. In caso di un esito che necessiti di refertazione, la soluzione proposta deve prevedere una modalità di notifica allo specialista competente con la possibilità di visionare il dato clinico e quindi refertare. Il dato refertato dovrà quindi essere reso disponibile agli altri operatori.

Tutte le informazioni sopra elencate devono poter essere sincronizzate con il repository centrale al fine di garantire l'integrazione con soluzioni informatiche di terze parti, come per esempio i gestionali di cartella clinica dei medici di base, cartelle cliniche specialistiche, DSE, FSE, ecc.

La fornitura deve prevedere un minimo 6 soluzioni da assegnare in base alle indicazioni che verranno definite dal Comitato di Coordinamento.

Dotazione specifica per Assistenza Domiciliare Teleassistita

La soluzione proposta dovrà permettere agli operatori del servizio AD, anche se non gestito direttamente dalla AUSL, di erogare una serie di attività/prestazioni presso il domicilio di quei pazienti che sono impossibilitati ad abbandonare il proprio domicilio. Ogni operatore del servizio AD dovrà avere la possibilità di registrare una serie di informazioni sul tablet/laptop, oggetto della presente fornitura, in numero minimo di 100, da utilizzare nel corso della fornitura, a casa del paziente per effettuare le misurazioni con dispositivi portatili quali monitor multi parametrico.

Il sistema deve poter operare anche presso quelle località dove non è presente una copertura internet necessaria per sincronizzare i dati prelevati in loco con il database centrale. Le aziende capaci di offrire una soluzione capace di operare anche in modalità off-line, pur garantendo la possibilità di trasmissione asincrona, saranno valutate positivamente. La soluzione proposta dovrà inoltre prevedere una modalità di registrazione certa dell'operatore sanitario presso il domicilio dell'assistito per tutta la durata della visita, in raccordo con il servizio AD secondo le indicazioni della centrale di coordinamento.

Tutte le informazioni sopra elencate devono poter essere sincronizzate con la piattaforma centrale, al fine di garantire l'integrazione con soluzioni informatiche di terze parti, come per esempio il portale dei medici di base, cartelle cliniche specialistiche, DSE, FSE, ecc.

La fornitura deve prevedere un minimo di 20 monitor e 25 tablet per ogni ASL. Configurati per l'utilizzo con la piattaforma e in collegamento con la tipologia di dispositivo proposta. La connettività wireless dovrà essere prevista (SIM dati) solo per i 100 tablet.

3.4. Centrale di ascolto

La centrale di ascolto, unica – che si realizza attraverso il servizio effettuato da personale infermieristico e auspicabilmente esperto nei servizi oggetto di appalto - avrà il compito di:

1. monitorare i pazienti dotati di kit (classi di cura 1 e 2 descritte al successivo art. 3.12), e contattare, in presenza di "alert" (per misure e andamenti clinicamente "anomali"), i livelli di intervento che saranno individuati prima dell'avvio del servizio;
2. contattare i pazienti appartenenti alla classe di cura 3, descritta al successivo art. 3.12, per la verifica della loro condizione e per eventuali rilevazione di gradimento;
3. richiedere la consulenza specialistica (par. 3.10 Servizio di monitoraggio - Complessità di Assistenza) e renderla disponibile, attraverso il sistema, a tutti gli utenti interessati
4. Gestire il corretto esercizio del Canale di comunicazione multimediale favorendo in prima battuta il servizio di consulenza da parte di medici specialisti nella disciplina relativa alla patologia oggetto di monitoraggio di cui al richiamato par. 3.10

Tempi di risposta

Gli operatori della centrale dovranno assicurare i seguenti tempi:

- max, un minuto di attesa per la risposta,
- max venti minuti per il secondo contatto con il pz, in caso di necessità;
- IVR in caso di non risposta e di fuori servizio, secondo un messaggio condiviso con il committente.

La "Centrale di ascolto"

La centrale dovrà essere operativa inizialmente H12 e per 6/7 gg , senza interruzione.

In particolare la centrale d'ascolto deve garantire la trasmissione e la comunicazione bidirezionale tra l'utenza e le articolazioni del SSR coinvolte nell'iniziativa (Direttori di Distretto, Responsabili ADI, MMG, direttori di distretto, Centrale di coordinamento, ecc.), mediante:

- ricezione di tutte le comunicazioni effettuate dai domicili ove sono collocati i kit attivi, attraverso le funzionalità telematiche della piattaforma oggetto di fornitura;
- risposta tempestiva (almeno entro mezz'ora) alle richieste telefoniche dei pazienti e degli operatori;
- trasmissione tempestiva (almeno entro la successiva mezz'ora alla loro ricezione) dei dati di alert verso la rete assistenziale che sarà definita in avvio del servizio (UCCP e AFT, MMG, Specialisti, 118 o 116-117, case manager);

Il contatto con i pazienti (di cui al precedente punto 2 , con compilazione di check list specifica che verrà condivisa in sede di centrale di coordinamento), dovrà avvenire almeno una volta a settimana (con ciascuno di essi), fatte salve eventuali intensificazioni su richiesta del MMG.

E', altresì, compito della Centrale di Ascolto garantire il supporto Telefonico ai pazienti arruolati nell'iniziativa, al fine di assicurare l'efficacia del servizio ed il corretto esercizio delle rilevazioni di monitoraggio attraverso i kit.

Dopo un opportuno periodo (primo anno) si valuterà la possibilità di sperimentare soluzioni organizzative tese alla predisposizione dell'ambulatorio infermieristico della fragilità, nell'ambito delle UCCP o altre articolazioni organizzative, con l'intento di realizzare gradualmente il Centro Servizi integrato e connesso con l'eventuale centrale telefonica regionale 116 -117.

Le tipologie di pazienti affetti da patologie croniche che andranno monitorare al domicilio del paziente sono le seguenti:

- Pazienti affetti da Diabete Mellito;
- Pazienti affetti da BPCO;
- Pazienti affetti da Scompenso Cardiaco;
- Pazienti Oncologici;
- Pazienti affetti da Insufficienza renale;
- Pazienti con Disturbi cognitivi (demenza);

Tutte le informazioni sopra elencate devono poter essere sincronizzate con il sistema centrale (piattaforma oggetto di fornitura) al fine di garantire l'integrazione con soluzioni informatiche di terze parti, come per esempio sistemi di cartella del Medico di medicina generale, cartelle cliniche specialistiche, DSE, FSE, ecc.

Sarà valutato positivamente l'integrazione della piattaforma con soluzioni software in grado:

- generare "Profili Sintetici di Patologia" contenenti l'insieme di "specifici set di dati", per ognuna delle principali patologie, definiti e concordati tra gli attori del percorso di cura (MMG – Specialisti – ecc.) in sede di progettazione dei singoli PDTA di riferimento;
- di assicurare lo scambio dei "Profili Sintetici di Patologia" tra Specialisti, MMG e gli altri attori di percorso al fine di evitare riscrittura di informazioni su cartelle cliniche e piattaforme diverse;
- garantire ai MMG soluzioni integrate nel proprio software di gestione della cartella clinica per assicurare quanto previsto;
- Fornire agli specialisti coinvolti un valido strumento di gestione dei pazienti arruolati limitatamente alle attività di loro competenza;

3.5. Comitato di coordinamento di Telesalute

Il comitato di coordinamento di Telesalute, unico e regionale, ha il compito di coordinare e monitorare le attività oggetto di fornitura e, in particolare i servizi di Telemedicina, quelli della Centrale di Ascolto, la formazione e la corretta erogazione dell'Assistenza Domiciliare tecnologicamente assistita, integrandoli con il sistema Informativo collegato con la Banca dati Assistiti che sarà eventualmente implementato dall'Amministrazione Regionale. La Centrale di coordinamento di Tele salute è costituita da:

- Referenti regionali per l'iniziativa;
- il RUP e i DEC, se non coincidenti con i componenti del Comitato;
- i referenti ADi delle Asl;
- il responsabile scientifico del cruscotto di gestione e monitoraggio dell'eventuale sistema Informativo– DGR 438 30/06/2016);
- un rappresentante dei MMG, per singola ASL;

Il comitato avrà il compito di coordinare e uniformare le procedure di attivazione dei servizi oggetto di fornitura, fermo restando che le attività di che trattasi saranno governate da responsabile AD di ogni singola Asl, in raccordo con il RUP. In particolare dovrà armonizzare:

- Interventi di Telesalute delle quattro Asl, in integrazione con gli Ambiti Distrettuali Sociali e con i referenti del fornitore;
- Tutti gli strumenti di di supporto informativo alle AFT e alla rete assistenziale della cronicità e fragilità (ADI, ADP, Demenza, Dimissione programmata, Diabete, Ostetricia) delle UCCP (cruscotto di gestione e monitoraggio dell'eventuale sistema Informativo– DGR 438 30/06/2016);
- L'implementazione del "Registro Epidemiologico della Fragilità Assistenziale" (REFA) supportato dal modello predittivo della fragilità elaborato ex-novo per la Regione Abruzzo;
- Le iniziative di formazione sul self-care e ai caregiver sulla fragilità assistenziale oggetto di fornitura;

Il Comitato dovrà altresì curare la regolare esecuzione della presente fornitura favorendo il corretto esercizio delle seguenti attività:

- Formative (sul campo);
- Informative (ad es. registro REFA);
- Orientamento dell'utente ai percorsi assistenziali;
- Indirizzo per le le attività assistenziali (PDTA) dei pazienti cronici e fragili;
- Standardizzazione delle modalità di formazione sul self-care e la fragilità assistenziale;
- Coordinamento del supporto consulenziale e formativo ai caregiver a cura del fornitore;
- Predisposizione di Report e Documentazione Epidemiologica del programma di Telesalute oggetto di fornitura;

A supporto del Comitato di coordinamento il fornitore dovrà:

- allestire – a proprie cura ed oneri –cinque stazioni di lavoro **hw e sw**, (una per ASL ed una a livello regionale), per la connessione alla piattaforma e alle risorse informative (Console di gestione delle statistiche);
- mettere a disposizione on site (per h 8 per 5/7 gg) – presso la stazione regionale - due collaboratori statistico – informatici per l'effettuazione - in maniera autonoma - di elaborazioni e per la gestione autonoma delle funzionalità della piattaforma(gruppo di lavoro);
- favorire l'integrazione con la centrale di continuità assistenziale e, in prospettiva, del numero unico 116/117 (Compliance normativa e indirizzi regionali);
- Predisporre un apposito canale di comunicazione multimediale (chat);
- Rendicontare le attività oggetto di fornitura nel pieno rispetto di quanto contenuto nell'articolato
- del PAR FSC Abruzzo 2007-2013, nel "Manuale delle Procedure dell'Organismo di Programmazione adottato con Delibera G.R.A. n. 311 del 17/05/2016 e s.m.i, e nel "Manuale Operativo delle Procedure di Monitoraggio delle risorse PAR FSC" definito dal Ministero dello Sviluppo Economico – Dipartimento per lo Sviluppo e la Coesione Economica, adottato con D.G.R. n. 679 del 22/10/2012 e delle note integrative regionali per il monitoraggio del PAR FSC Abruzzo 2007-2013".
- Supporto e consulenza per definizione, da parte dell'Amministrazione Regionale, delle regole di sistema per l'erogazione dell'AD Tele Assistita e di telemonitoraggio quali: le definizioni delle responsabilità dell'ASU/ASL nella valutazione dei pazienti, nella declinazione ed aggiornamento del Piano Assistenziale Individuale (in seguito PAI) e nell'identificazione dei dispositivi di monitoraggio eventualmente necessari; (b) l'individuazione di un percorso normativo che porti alla definizione di criteri di

autorizzazione e accreditamento degli operatori di AD; (c) l'accREDITamento degli operatori regionali di AD; (d) la definizione di uno schema di accordo contrattuale da sottoporre ai singoli erogatori; (e) la qualificazione del fabbisogno sulla base dei dati nella BDA; (f) l'identificazione del ruolo del MMG quale attore nella gestione del percorso del paziente in AD, anche Tele Assistita;

- Supporto e consulenza per l'eventuale aggiornamento dei criteri di arruolamento dei pazienti attraverso (a) l'adozione, per alcune patologie ed in aggiunta al modello di valutazione e presa in carico già utilizzato, di un nuovo modello di stratificazione del rischio per patologia (Kaiser Permanente's risk stratification model); (b) il censimento e la stratificazione della popolazione assistibile e relativo rischio associato alle patologie, da integrare in BDA; (c) la definizione di possibili criteri uniformi di arruolamento dei pazienti per tipologia di assistenza (domiciliare, semi-residenziale e residenziale);
- Supporto e consulenza tesi alla definizione di metodologie di determinazione del fabbisogno specifico per ciascuna tipologia di paziente identificato attraverso (a) la definizione delle ore di assistenza settimanale per ruolo e profilo in base alla tipologia di paziente e rischio associato (Piano Assistenziale per tipologia di paziente); (b) l'identificazione della tipologia di dispositivi per la rilevazione dei parametri vitali (vital sign monitoring) per paziente e categoria di rischio associato; (c) lo studio dei meccanismi di remunerazione delle prestazioni in AD Tele Assistita sulla base del fabbisogno specifico per il paziente identificato;
- Supporto e consulenza per lo sviluppo di strumenti per la verifica dell'effettiva erogazione del PAI attraverso (a) la redazione di uno studio di fattibilità per la realizzazione di un sistema informativo unico regionale per la verifica del PAI, da parte dell'ASU/ASL; (b) l'approvazione da parte della Regione dello studio di fattibilità; (c) lo sviluppo di un sistema informativo omogeneo su tutto il territorio regionale per il paziente in AD Tele Assistita.

3.6. Modello di presa in carico e gestione del paziente attraverso la presente fornitura.

Il modello della presa in carico proattiva basata sulla gestione delle patologie croniche adottato (pag.13 Piano di Riqualificazione DGR n.505/2016) non modifica la normativa nazionale vigente sulla "Assistenza socio-sanitaria domiciliare e territoriale" (art. 22 DPCM 12 gennaio 2017 – Nuovi

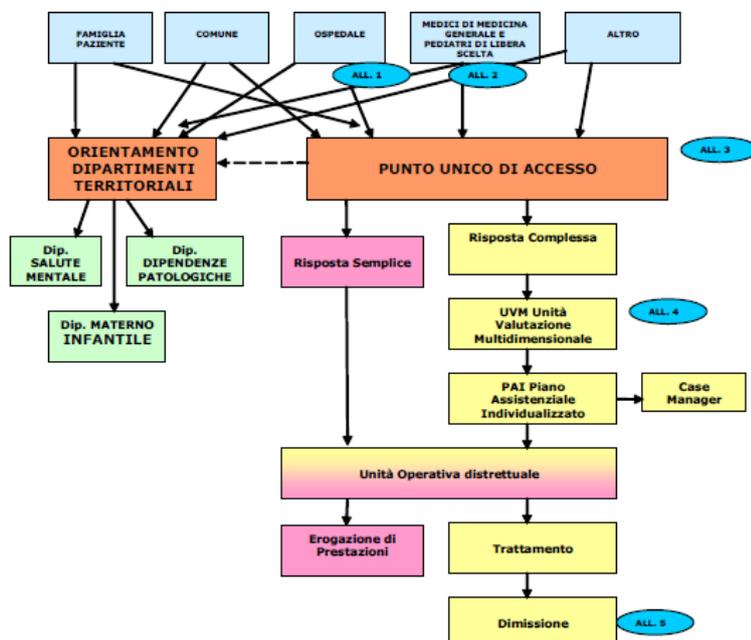
LEA), né il quadro normativo e organizzativo di erogazione dell'AD della Regione Abruzzo (DGR 224/2017 integrato con il DGR 23/2012, DCA 107/2013 e Studio sulle Cure Domiciliari ASR/2015).

I pazienti continueranno a essere selezionati, valutati e gestiti come previsto dal percorso paziente delle Linee Guida regionali sull'ADI.

Il presente sistema prevede un servizio di Assistenza Domiciliare Tele Assistita che aggiunge ai pazienti **ultrasessantacinquenni** già in carico in AD (ADI e ADP), un'ulteriore modalità assistenziale,

PERCORSO PAZIENTE

Nella figura seguente viene rappresentato il Percorso Paziente scandito in tutte le sue tappe, con i relativi strumenti operativi.¹



ad integrazione delle modalità ordinarie.

Il fornitore, in fase di avvio preliminare dovrà registrare sulla piattaforma tutti i pazienti in AD e tutti gli operatori coinvolti, secondo gli appositi profili di afferenza, nel servizio con particolare attenzione agli OSS che saranno incaricati di utilizzare e consegnare i kit oggetto di fornitura collegati alla piattaforma.

Il fornitore, attraverso l'apposita piattaforma e in aderenza alle direttive del comitato di cui al paragrafo 3.6, dovrà garantire la corretta esecuzione della fornitura in conformità all'attuale sistema di presa in carico e assistenza in AD.

Inoltre, il fornitore, dovrà compilare e rendere disponibile sulla piattaforma il sistema di procedure e protocolli definiti dal Comitato, teso a specificare, sia per singola azienda e sia su livello regionale, l'insieme delle metodologie operative che saranno di riferimento nell'esecuzione dell'iniziativa.

Come riportato Il fornitore dovrà garantire l'integrazione con i sistemi informativi delle cure domiciliari, (in possesso di ciascuna ASL), è una componente centrale e qualificante, dell'assistenza, sia in termini di comunicazione tra i vari operatori della rete, sia per ottemperare agli obblighi informativi ministeriali;

3.7. Assistenza Tecnica

L'impianto organizzativo dovrà essere affiancato per tutta la fase di implementazione da operatori tecnici della ditta aggiudicataria che dovranno garantire la presenza presso in sede regionale del Servizio Emergenza Sanitaria e Sanità Digitale ICT (Dipartimento per la Salute e il Welfare della Regione Abruzzo) di un operatore incaricato di coordinare centralmente gli operatori della ditta aggiudicataria presenti in tutte le quattro Asl della Regione, incaricati di supportare il sistema di intervento tecnico specialistico, dei piani di training al personale sanitario e assistenza di primo livello per tutta la durata della fornitura al fine di garantire continuità operativa al sistema.

Presso il Dipartimento per la Salute e il Welfare della Regione Abruzzo viene istituita una cabina di regia composta dal coordinatore centrale della ditta aggiudicataria, dal referente della Asl capofila e dal funzionario tecnico del Servizio Emergenza Sanitaria e Sanità Digitale ICT, da un MMG con compiti di coordinamento dell'intero progetto e di impartire indicazioni operative e gestionali per il corretto e puntuale funzionamento del sistema.

Si chiede di dettagliare l'organizzazione del servizio di assistenza tecnica in dotazione.

Saranno valutati il:

- Tempo massimo di presa in carico della segnalazione;
- Tempo massimo per risoluzione segnalazioni errori bloccanti;
- Tempo massimo per risoluzione segnalazioni errori non bloccanti;
- Tempo di riparazione/sostituzione dei kit non funzionanti;

3.8. Formazione e Affiancamento

La fornitura dovrà prevedere apposita formazione a tutti gli operatori coinvolti e adeguato affiancamento in un'unica sede o presso le singole ASL per un periodo non inferiore alle 10 ore per ASL per tutto il periodo della fornitura. La formazione dovrà essere erogata sia a tutti gli operatori e

professionisti coinvolti e sia, più precisamente, agli OSS individuati dal committente che verranno impiegati per veicolare i dispositivi a domicilio del paziente e supportarne le fasi di utilizzo e configurazione di base nell'espletamento delle funzioni da essi svolte, quali:

<ul style="list-style-type: none">• Supporto all'assunzione di terapie e all'utilizzo degli apparecchi medicali di semplice uso
<ul style="list-style-type: none">• Sostegno ai pazienti con difficoltà di respirazione (es. aspirazione tracheobronchiale in paziente con tracheostoma dopo specifica formazione sul paziente oggetto di assistenza, somministrazione inalazioni e ossigeno su prescrizione medica)
<ul style="list-style-type: none">• Esecuzione di semplici attività, quali ad esempio, piccole medicazioni e rilevazioni di alcuni semplici parametri (es. pressione arteriosa, polso e temperatura)

3.9. Comunicazione & Divulgazione

Al fine di garantire il miglior inserimento nel contesto del SSR la fornitura dovrà prevedere un'apposita campagna di comunicazione, d'intesa con la Regione Abruzzo e le AA.SS.LL., per la divulgazione delle conoscenze dell'iniziativa, il supporto alle iniziative di comunicazione istituzionale, e la promozione di convegni scientifici sul tema differenziandone il target: cittadini regione Abruzzo, operatori sanitari e professionisti, pazienti eleggibili, ecc.

3.10. Servizio di monitoraggio - Complessità di Assistenza

il servizio oggetto di fornitura attraverso le attività sopra descritte sarà articolato in funzione della tipologia del paziente, della complessità di assistenza prevista e – quindi- della intensità di monitoraggio richiesta/dovuta.

Prioritariamente verranno reclutati pazienti con età superiore ai 65 anni e già assistiti in AD con patologia preferibilmente BPCO, salvo estendere nel proseguo della fornitura alle altre patologia richiamate 3.3 "Dispositivi di misurazione per la Telesalute".

A tal fine, i pazienti vengono suddivise nelle seguenti classi di cura:

- 1- alta: monitoraggio continuativo 7/7 h12, inclusa consulenza da parte di medici specialisti nella disciplina relativa alla patologia oggetto di monitoraggio
- 2- media: monitoraggio a misurazione; inclusa consulenza da parte di medici specialisti nella disciplina relativa alla patologia oggetto di monitoraggio
- 3- bassa: un contatto di verifica per rilevare lo stato del paziente;

in particolare la quota di pazienti che verrà idealmente coinvolta per singola classe dovrà essere dimensionata in una percentuale minima di :

- Alta: almeno 30 % dei pazienti;
- Media: almeno il 40 % dei pazienti;
- Bassa: almeno il almeno 30 % dei pazienti;

Si prevede di associare ad ogni singola classe di cura anche un'unica patologia che sarà poi oggetto di valutazione nell'ambito delle attività della centrale operativa sede del soggetto unico.

4. Glossario

Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP)

L'UCCP è una "forma organizzativa complessa, multi-professionale ed è strutturata come un sistema integrato di servizi che prende in carico la comunità di riferimento garantendo: l'accoglienza, la collaborazione e l'integrazione tra i professionisti e gli operatori (sanitari, sociosanitari e sociali), la condivisione e l'applicazione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze con chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità, un approccio proattivo e di iniziativa nei confronti dei malati cronici, la partecipazione responsabile dei MMG, dei Pediatri di libera scelta nonché degli specialisti ambulatoriali nel governo della domanda, nell'organizzazione dei servizi e nella sostenibilità economica." (Patto per la salute 2014-2016).

Telemedicina (linee di indirizzo nazionali)

Per telemedicina si intende una modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria che ricorre all'uso della tecnologia a fronte delle situazioni in cui il paziente non si trova nella stessa località del medico curante. La telemedicina comporta la trasmissione sicura delle informazioni e dei dati a carattere sanitario da parte del paziente necessari per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti attraverso strumenti tecnologici. La telemedicina non sostituisce le prestazioni sanitarie tradizionali, ma le integra per potenzialmente migliorarne l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza.

Assistenza Domiciliare Tele Assistita

Per Assistenza Domiciliare Tele Assistita (AD Tele Assistita) si fa riferimento a un servizio di telemedicina a domicilio a complemento del servizio di assistenza sanitaria e socio sanitaria, come definita nell'intervento 1.1 del Piano di Riqualificazione 2016-2018.

Assistenza Domiciliare Programmata

L'Assistenza Domiciliare Programmata di cui all'art. 53, comma 1, lettera b), è svolta assicurando, al domicilio personale del non ambulabile, la presenza effettiva periodica settimanale o quindicinale o mensile del medico in relazione alle eventuali esigenze del paziente per:

- a) monitoraggio dello stato di salute dell'assistito;
- b) controllo sulle condizioni igieniche e sul comfort ambientale e suggerimenti allo stesso e ai familiari;
- c) indicazione al personale infermieristico per la effettuazione delle terapie, da annotare sul diario clinico;
- d) indicazioni ai familiari, o al personale addetto all'assistenza diurna, con riguardo alle peculiarità fisiche e psichiche del singolo paziente;
- e) indicazioni circa il trattamento dietetico, da annotare sulla scheda degli accessi fornita dalla Azienda;
- f) collaborazione con il personale dei servizi sociali della Azienda per le necessità del soggetto nei rapporti con la famiglia e con l'ambiente esterno;
- g) predisposizione e attivazione di "programmi individuali" con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica;
- h) attivazione degli interventi riabilitativi;
- i) tenuta al domicilio di un'apposita scheda degli accessi fornita dalla Azienda sulla quale sono annotate le eventuali considerazioni cliniche, la terapia, gli accertamenti diagnostici, le richieste di visite specialistiche, le prestazioni aggiuntive, le indicazioni del consulente specialista e quant'altro ritenuto utile e opportuno.

Piano Assistenziale (PA)

Si tratta di un documento redatto dalla Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), dietro segnalazione di richiesta di presa in cura da parte di un medico di medicina generale o di uno specialista, che sintetizza la valutazione delle informazioni relative a una classe di pazienti con lo stesso grado di avanzamento della medesima patologia e per cui è definibile lo stesso livello di fragilità, sociale e sanitaria. L'intento del Piano Assistenziale è quello di definire i requisiti minimi per lo sviluppo di un progetto di cura e assistenza che sia alla base del Piano Assistenziale Individuale.

Il PA comprende i requisiti di assistenza minimi di una classe di pazienti, che devono porsi alla base del Piano Assistenziale Individuale. Gli aspetti evidenziati nel PA devono riguardare sia la sfera sanitaria sia la sfera sociale dei pazienti a cui è destinato.

Il Piano Assistenziale viene validato e condiviso con i medici di medicina generale e gli specialisti, nonché con l'Unità di Valutazione Multidimensionale.

Gli obiettivi del PA sono soggetti a verifica e a adeguamento in base a nuovi modelli di classificazione dei pazienti e alle evidenze emerse in base ai livelli assistenziali erogati per patologia.

Piano Assistenziale Individuale (PAI)

Si tratta di un documento redatto dal medico di medicina generale o dallo specialista che ha in cura il paziente e che sintetizza in un'ottica multidisciplinare la valutazione delle informazioni relative al paziente, con l'intento di definire e attuare un progetto di cura e assistenza che abbia l'obiettivo primario di favorire la miglior condizione di salute e benessere del soggetto in questione.

Il PAI comprende gli aspetti clinico assistenziali che devono guidare il lavoro degli operatori che quotidianamente si prendono cura del paziente (medici, infermieri, OSS, fisioterapisti) e gli interventi eventualmente necessari a migliorarne lo stato di salute (ad esempio le sedute di riabilitazione). Il PAI evidenzia inoltre anche aspetti inerenti la sfera affettivo relazionale e linguistico comunicativa del soggetto a cui si riferisce.

La stesura del Piano Assistenziale Individuale avviene con il contributo di tutti gli attori coinvolti nel processo di cura del paziente e sono chiaramente necessarie anche le integrazioni e la condivisione con il nucleo familiare. Il PAI viene, una volta redatto, concordato e approvato dall'Unità di Valutazione Multidimensionale.

Gli obiettivi del PAI sono soggetti a verifica e a adeguamento periodico e devono quindi essere misurabili e quantificabili.

MMG

Il medico di medicina generale (MMG) è un libero professionista che esercita la propria professione sul territorio regionale.

La principale attività esercitata dagli MMG consiste prevalentemente nella formulazione di diagnosi e la proposta di terapie per i propri pazienti. Inoltre, gli MMG sono il primo canale di accesso all'assistenza sanitaria per i pazienti non in emergenza.

Case Management

Il case manager è un Medico di Medicina Generale (o un infermiere dedicato che identifica proattivamente le persone più vulnerabili su indicazione del con il medico di Medicina Generale) e il Pediatra di Libera scelta che ha in cura il paziente, lavora in collaborazione con gli individui, i

loro accompagnatori e altri operatori sociali per coordinare e gestire il piano di cura con l'obiettivo di affrontare i problemi prima che si aggravino, riducendo al minimo l'impatto sui servizi sanitari e aumentando il benessere delle persone. A livello Operativo il Case Manager effettuerà, eventualmente attraverso la delega all'infermiere o ad una Guardia Medica:

- a) Controlli periodici, secondo un calendario prestabilito, concordato col il MMG e il PLS, che si integrano con quello specifico per patologia;
- b) Almeno una telefonata al mese per verificare lo stato di compenso;
- c) Visite ambulatoriali/domiciliari su appuntamento, concordate col il MMG e il PLS, per il controllo dei parametri clinici e dell'equilibrio assistenziale;
- d) La corretta applicazione del Protocollo Aziendale dell'Ambulatorio Infermieristico delle Fragilità (se previsto o in uso) nei pazienti classificati dalla UVM come "fragili";

Disease Management (Responsabile Cure Domiciliari Aziendali)

Il Disease Management valuta il processo d'assistenza relativo ad una patologia nel suo complesso e non per singoli casi o per particolari settori d'intervento o di costo (es.: la spesa farmaceutica, i ricoveri, la qualità di vita). Esso, attraverso l'analisi di dati clinici, economici e sulla qualità di vita, tende alla creazione di un modello assistenziale che presuppone la messa a punto di interventi capaci di ottimizzare i risultati clinico/assistenziali, la qualità dei servizi offerti al paziente e i costi. Le tecniche del disease management si prestano molto ad essere applicate alla gestione delle malattie croniche come il diabete, BPCO e scompenso cardiaco. Il Disease Manager, identificabile con il medico di Medicina Generale e dal Pediatra di libera scelta, ha il compito di coinvolgere i soggetti affetti da malattie croniche per la corretta gestione della propria patologia, che sostanzialmente prevede controlli periodici secondo protocolli specifici di malattia (es. PDTA) e l'integrazione della varie figure professionali che vanno coinvolte per la corretta esecuzione

116117

Il 116117 è destinato al Servizio di cure mediche non urgenti e altri servizi sanitari riferibili al Servizio della Continuità Assistenziale; concorre alla gestione della domanda assistenziale a bassa intensità/priorità in raccordo con il servizio di emergenza urgenza, condividendo tecnologie e integrazione con i sistemi di tele salute e dei sistemi informativi delle UCCP, per assicurare la continuità delle cure e intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità.¹

Il 116-117 garantirà agli utenti due tipologie di servizi:

- di tipo informativo tramite: a) l'utilizzo di schede informative presenti nel Centro di Risposta 116-117; b) il trasferimento della chiamata al servizio in grado di erogare l'informazione;
- di tipo operativo tramite: a) trasferimento della chiamata al servizio in grado di erogare la prestazione;

L'attivazione del numero 116117, rappresenta un'opportunità per il miglioramento dell'assistenza sanitaria e si può inserire nel contesto della rimodulazione delle attività delle cure Primarie che la Regione sta avviando.

¹ . La Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni, sancisce un Accordo (Rep. Atti n.221/CSR del 24 novembre 2016) e approva il documento recante "Linee di indirizzo su criteri e le modalità di attivazione del Numero Europeo armonizzato a valenza sociale 116117".

Il numero unico 116117 potrà anche consentire di disporre di un flusso informativo uniforme a livello regionale utile alla programmazione di successivi indirizzi di politica sanitaria.

Il numero 116117 risponde alle seguenti caratteristiche:

- semplifica l'accesso ai servizi, è uno strumento di comunicazione rivolto a tutti i cittadini, italiani e stranieri, senza nessun obbligo di registrazione preventiva;
- i centri di risposta 116117 dispongono dei dati aggiornati delle anagrafiche regionali degli assistiti residenti;
- fornisce assistenza ed informazioni su cure mediche non urgenti e altri servizi sanitari per gestire la domanda assistenziale a bassa intensità/priorità;
- mette in contatto l'utente con un operatore competente oppure con un medico per assicurare assistenza o consulenza sanitaria, pertanto, in relazione ad ogni tipologia di chiamata, è necessario definire il requisito minimo di risposta, sia tecnico che operativo;
- la risposta all'utente deve essere garantita da un operatore in grado di valutare la richiesta e di instradarla verso servizi/professionisti in grado di soddisfare il bisogno;
- consente all'utenza di accedere a tali servizi senza alcun onere per il chiamante (si può chiamare da telefono fisso o apparecchio pubblico);
- i cittadini devono ricordare un unico numero per avere una risposta a diversi bisogni di salute;
- è percepito dagli utenti e offre servizi sostanzialmente omogenei.