

REGIONE BASILICATA

Deliberazione 30 marzo 2023, n.188

PNRR investimento M6 – C1 – 1.2.2. Centrali Operative Territoriali (COT) – Approvazione del Progetto “TELEMEDICINA - Progetto Ecosistema Digitale delle Cure Territoriali, COT, della Telemedicina e Interoperabilità Aziendale e Regionale”.

**DELIBERAZIONE N° 202300188**

SEDUTA DEL 30/03/2023

Ufficio pianificazione sanitaria, verifica degli
obiettivi, innovazione e qualità
13BE

STRUTTURA PROPONENTE

OGGETTO

**PNRR INVESTIMENTO M6 – C1 – 1.2.2. CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT) – APPROVAZIONE DEL PROGETTO
“TELEMEDICINA - PROGETTO ECOSISTEMA DIGITALE DELLE CURE TERRITORIALI, COT, DELLA TELEMEDICINA E
INTEROPERABILITÀ AZIENDALE E REGIONALE”**

Relatore **ASSESSORE DELEGATO ALLA SALUTE E ALLE POLITICHE SOCIALI**

La Giunta, riunitasi il giorno 30/03/2023 alle ore 12:00 nella sede dell'Ente,

			Presente	Assente
1.	Bardi Vito	Presidente	☒	☐
2.	Fanelli Francesco	Vice Presidente	☒	☐
3.	Galella Alessandro	Assessore	☒	☐
4.	Merra Donatella	Assessore	☒	☐
5.	Latronico Cosimo	Assessore	☒	☐
6.			☐	☐

Segretario: **Michele Busciolano**

ha deciso in merito all'argomento in oggetto, secondo quanto riportato nelle pagine successive.

Visto del Dirigente Generale

IL DIRIGENTE GENERALE **Francesco Bortolan****Ufficio Ragioneria Generale e Fiscalità Regionale**

PRENOTAZIONE IMPEGNI

Num. Preimpegno	Bilancio	Missione.Programma.Titolo.Macroaggr.	Capitolo	Importo Euro

IMPEGNI

Num. Impegno	Bilancio	Missione.Programma Titolo.Macroaggr.	Capitolo	Importo Euro	Atto	Num. Prenotazione	Anno

IL DIRIGENTE

Allegati N° 1

Atto soggetto a pubblicazione ☒ integrale ☐ integrale senza allegati ☐ per oggetto ☐ per oggetto e dispositivo
sul Bollettino Ufficiale della Regione Basilicata

LA GIUNTA REGIONALE

- VISTA** la L.R. n. 12/96 e ss.mm.ii., recante *“Riforma dell’organizzazione amministrativa regionale”*;
- VISTO** il D.lgs. n. 165/2001, recante: *“Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”* e ss.mm.ii.;
- VISTA** la L. n. 241/90 ad oggetto: *“Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi”* e ss.mm.ii.;
- VISTO** il D.Lgs. n. 82 del 07/03/2005, recante *“Codice dell’amministrazione digitale”*;
- VISTA** la Legge n. 136 del 13/08/2010, in materia di tracciabilità dei flussi finanziari;
- VISTO** il D.lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii. concernente il riordino della disciplina sugli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni;
- VISTO** lo Statuto della Regione Basilicata, approvato con Legge Statutaria Regionale 17/11/2016 n. 1 e successive modifiche e integrazioni
- VISTA** la D.G.R. n. 11/1998, recante: *“Individuazione degli atti di competenza della Giunta”*;
- VISTA** la L.R. 30/12/2019 n. 29, recante: *“Riordino degli uffici della Presidenza e della Giunta regionale e disciplina dei controlli interni”*;
- VISTA** la DGR n.63 del 9 febbraio 2021 recante *“Legge regionale 30.12.2019 n. 29. Regolamento di delegificazione avente ad oggetto “Ordinamento amministrativo della Giunta regionale della Basilicata – Approvazione”* adottato ai sensi dell'articolo 56, comma 3, dello Statuto regionale;
- VISTO** il Regolamento regionale del 10.02.2021, n. 1, recante *“Ordinamento amministrativo della Giunta regionale della Basilicata”*, pubblicato sul Bollettino Ufficiale del 10.02.2021 - Serie speciale, emanato ai sensi dell’art. 2 della richiamata legge regionale n.29/2019 e successive modifiche intervenute con il Regolamento n.3 del 15/11/2021 e con il Regolamento regionale n. 4 del 29/12/2021;
- VISTA** la D.G.R. n.226 del 30/3/2021 ad oggetto: *“Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2021-2023 Approvazione”*;
- VISTA** la D.G.R. n. 219 del 19/03/2021, concernente l’approvazione, ai sensi dell’art. 5, comma 2, del Regolamento n. 1/2021, della nuova organizzazione delle strutture amministrative della Giunta regionale;
- VISTA** la D.G.R. n. 750 del 06/10/2021 ad oggetto *“Modifiche parziali alla D.G.R. n. 219/2021. Riapprovazione del documento recante l’organizzazione delle Strutture amministrative della Giunta regionale”*;
- VISTA** la deliberazione di Giunta regionale n. 768 del 6 ottobre 2021, avente ad oggetto *“Strutture amministrative della Giunta regionale. Graduazione e avvio procedimento di rinnovo degli incarichi dirigenziali”*;
- VISTA** la D.G.R. n.906 del 12/11/2021 ad oggetto: *“Dirigenti regionali a tempo indeterminato. Conferimento incarichi”*;
- VISTO** il DPGR n.36/2022 ad oggetto *“Art. 48, comma 1, lettera d), art. 49, 50, 51 e 55 dello Statuto della Regione Basilicata. Nomina componenti della Giunta regionale della Basilicata”*;

VISTO il DPGR n.47/2022 ad oggetto “*Art.48, comma 1, artt. 49, 50, 51 e 55 dello Statuto della Regione Basilicata. Presa d'atto delle dimissioni e contestuale nomina dei componenti della Giunta Regionale*”;

VISTA la D.G.R. n. 174 del 30/03/2022 avente ad oggetto: “Regolamento regionale controlli interni di regolarità amministrativa. Approvazione”;

VISTA la D.G.R. n.179 dell'8/04/2022 ad oggetto “*Regolamento interno della Giunta regionale della Basilicata - Approvazione.*”;

VISTO il Regolamento regionale del 05.05.2022, n. 1, recante “*Regolamento "Controlli interni di regolarità amministrativa" - Promulgazione*”;

VISTO il D.P.G.R. n. 80 del 5/05/2022 pubblicato sul BUR n.20 del 6/05/2022 avente ad oggetto “Regolamento regionale Controlli interni di regolarità amministrativa – Emanazione”;

VISTO la D.G.R. n. 762 del 14/11/2022 recante: “Art. 3 Regolamento 10 febbraio 2021 n. 1. Conferimento incarichi di Direzione Generale”;

VISTA la D.G.R. n. 265 del 11 maggio 2022 avente ad oggetto: “Approvazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza della Giunta regionale, di transizione al Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), ex art. 6 del Decreto Legge n. 80/2022”;

VISTA la L.R. n. 2 del 12 gennaio 2017 di “Riordino Del Servizio Sanitario Regionale di Basilicata” che delinea un riassetto del Sistema Sanitario Regionale;

VISTE

- la DGR n. 313/2022 ad oggetto “Piano Nazionale di Riprese e Resilienza (PNRR) - Misura 6: Approvazione dello schema del Contratto Integrativo di Sviluppo (CIS);
- la DGR 948/2022 di approvazione del Piano operativo territoriale adottato ai sensi del D.M. 77/2002, si cui ha espresso parere favorevole anche la IV Commissione consiliare permanente;

ATTESO

che le deliberazioni citate individuano tra le strutture deputate al potenziamento dell’assistenza territoriale finanziate con i fondi del PNRR _ Missione 6 salute componente1- le centrali operative territoriali (COT);

che la COT è la struttura che deve assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell’assistenza sanitaria e sociosanitaria assolvendo al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti quali:

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi *setting* assistenziali (transizione tra i diversi *setting*: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;

- monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di *e-health*, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno

che la distribuzione delle COT tra le due aziende sanitarie locali di Potenza e Matera e quella riportata di seguito:

	M6C1 1.2.2 - COT
ASP	4
ASM	2
tot	6

che i fondi disponibili da PNRR (ex DGR 313/2022/ per la Regione assommano complessivamente a:

strutture	Fondi ASP	Fondi ASM	Tot.
1) COT	629.300,00 €	346.150,00	1.038.450,00 €
2) Interconnessione Aziendale	284.285,85 €	142.142,90	426.428,75 €
3) Device	386.864,77 €	193.432,36	580.297,13 €

che il cronoprogramma degli interventi – target & milestone prevede l’approvazione del progetto idoneo per l’interconnessione aziendale;

che la DGR 648 del 30.12.2022 ha approvato il piano operativo territoriale in attuazione del D.M.77/2022 che contiene anche una sezione relativa alle centrali operative territoriali intese come strumento di raccolta e classificazione del problema/bisogno, di attivazione delle risorse più appropriate, di pianificazione e coordinamento degli interventi, con il fine di tutelare le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro, individuando i servizi connessi.

che il piano operativo già individua le piattaforme attualmente in uso per tutte le attività ad oggi implementate e naturalmente la dotazione informatica necessaria;

STABILITO di approvare il Progetto Ecosistema Digitale delle Cure Territoriali, COT, della Telemedicina e Interoperabilità Aziendale e Regionale sulla base del quale le due aziende potranno sottoscrivere i contratti di beni e servizi per il progetto COT _interconnessione per l’eventuale acquisizione dei microservizi ad esse mancanti;

ATTESO che gli obiettivi specifici del progetto sono:

1. Estensione e consolidamento del progetto di governance clinico assistenziale per la gestione dei processi organizzativi e logistici di accoglienza, valutazione e presa in carico attraverso le COT e continuità Ospedale Territorio;
2. Diffusione e sviluppo dei servizi applicativi di interoperabilità, del datalake - repository centralizzato destinato all’archiviazione, analisi e correlazione di dati strutturati e non strutturati (da quelli del CRM ai post dei social media, dai dati ERP alle info delle macchine di produzione), in formato nativo – sociosanitario, Anagrafe Unica Regionale ed integrazione nuovo FSE-EDS;
3. Sistema di Governo amministrativo, organizzativo dell’ecosistema territoriale;
4. Gestione privacy

D E L I B E R A

Per le ragioni indicate in premessa che si intendono integralmente richiamate e trascritte:

di approvare il Progetto “Ecosistema Digitale delle Cure Territoriali, COT, della Telemedicina e Interoperabilità Aziendale e Regionale” allegato parte integrate e sostanziale della presente deliberazione, idoneo per indizione della gara per l'interconnessione aziendale, sulla base del quale le due aziende sanitarie di Potenza e Matera potranno sottoscrivere i contratti di beni e servizi per il progetto COT _interconnessione per l'eventuale acquisizione dei microservizi mancanti, che comunque devono valere per l'intero territorio regionale ed essere unitari sull'intero territorio regionale;

di trasmettere la presente deliberazione alle due aziende sanitarie territoriali ASP e ASM per i successivi adempimenti di competenza e unitari attesa la necessità del rispetto dei Target e Milestone del PNRR

L'ISTRUTTORE _____

IL RESPONSABILE P.O. **Maria Luisa Zullo** _____

IL DIRIGENTE **Giuseppe Montagano** _____

LA PRESENTE DELIBERAZIONE È FIRMATA CON FIRMA DIGITALE QUALIFICATA. TUTTI GLI ATTI AI QUALI È FATTO RIFERIMENTO NELLA PREMESSA E NEL DISPOSITIVO DELLA DELIBERAZIONE SONO DEPOSITATI PRESSO LA STRUTTURA PROPONENTE, CHE NE CURERÀ LA CONSERVAZIONE NEI TERMINI DI LEGGE.

Del che è redatto il presente verbale che, letto e confermato, viene sottoscritto come segue:

IL SEGRETARIO **Michele Busciolano**

IL PRESIDENTE

Vito Bardi

☐ Si attesta che copia in formato digitale viene trasmessa al Consiglio Regionale tramite pec dall'Ufficio Legislativo e della Segreteria della Giunta



REGIONE BASILICATA

TELEMEDICINA

Progetto Ecosistema Digitale delle Cure Territoriali, COT, della Telemedicina e Interoperabilità Aziendale e Regionale

Anno 2023

Marzo 2023

**DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE E
LE POLITICHE DELLA PERSONA**



REGIONE BASILICATA



Sommario

Premessa	3
Obiettivi e finalità del documento	5
Obiettivo generale del progetto.....	5
Obiettivo Specifici previsti dal progetto	6
Contesto di Riferimento.....	9
Quadro normativo.....	9
Livello comunitario.....	9
Livello nazionale.....	9
Livello regionale	10
Obiettivo 1 – Evoluzione delle funzionalità	10
1. La Piattaforma ATL@NTE	11
2. L'attuale software di Telemedicina Regionale POHEMA.....	23
Obiettivo 2 – La piattaforma di interoperabilità	26
3. Interoperabilità e Servizi di Telemedicina	27
4. Azioni da mettere in campo per proseguire con il processo di interoperabilità e integrazione con gli altri software del SI regionale e device di monitoraggio.....	28
I Servizi di Telemedicina Attivi in Regione Basilicata	31
I microservizi specifici/trasversali/opzionali.....	32
Modalità di azione prevista.....	35
Tempistica	36



Premessa

Facendo seguito all'Intesa sancita in data 20 febbraio 2014 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni, le Province Autonome sul documento recante “Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali” e ai Rapporti dell'Istituto Superiore di Sanità COVID-19 n. 12/2020 “Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID- 19” del 13 aprile 2020 e n.60/2020 “Indicazioni ad interim per servizi sanitari di telemedicina in pediatria durante e oltre la pandemia COVID-19” del 10 ottobre 2020, il Ministero della salute e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano hanno condiviso la necessità di fornire indicazioni uniformi sull'intero territorio nazionale per l'erogazione delle prestazioni a distanza, con particolare riguardo alle attività specialistiche (Art. 50, Legge n. 326 del 24/11/2003 e s.m.i), estendendo la pratica medica e assistenziale oltre gli spazi fisici in cui usualmente si svolge secondo le tradizionali procedure.

Con la sottoscrizione del Patto della salute 2019-2021 è stata concordata la riorganizzazione dell'assistenza territoriale con l'obiettivo di favorire, attraverso modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità basati sulla medicina di iniziativa, in stretta collaborazione con il Piano nazionale della cronicità, il Piano di governo delle liste di attesa e il Piano nazionale della prevenzione.

L'evoluzione in atto della dinamica demografica e la conseguente modificazione dei bisogni di salute della popolazione, con una quota crescente di anziani e patologie croniche, situazione ben rispecchiata dalla realtà presente in Regione Basilicata, rendono necessario un ridisegno strutturale ed organizzativo della rete dei servizi, soprattutto nell'ottica di rafforzare l'ambito territoriale di assistenza.

L'assistenza a distanza e la sanità digitale rappresentano innovazioni necessarie e fondamentali, basti pensare anche a come la Pandemia da Covid 19 abbia messo in crisi il sistema organizzativo sanitario.

La pandemia Covid-19 ha reso infatti indispensabile ripensare l'organizzazione del SSN, in particolare a livello territoriale. Nell'ottica di limitare il contagio, nella prima fase di gestione dell'emergenza sanitaria, sono state ridotte una serie di attività ordinarie quali le visite specialistiche, di controllo, gli interventi di elezione..., con una conseguente diminuzione dell'assistenza rivolta alle persone con patologie croniche, spesso multiple, aumentandone la condizione di fragilità.

In questo momento storico è essenziale, quindi, un rinnovamento organizzativo e culturale teso ad una diffusa ed uniforme traduzione operativa dei principi di primary



health care raccomandati dall'OMS e la riorganizzazione delle attività sanitarie, clinico-assistenziali e di riabilitazione per poter garantire contemporaneamente la massima continuità assistenziale ed empowerment del paziente, con il minimo rischio di diffusione del virus ad utenti, operatori e familiari.

L'innovazione tecnologica può contribuire a una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, in particolare, sostenendo lo spostamento del fulcro dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio, attraverso modelli assistenziali innovativi incentrati sul cittadino e facilitando l'accesso alle prestazioni sul territorio nazionale consentendo di poter tracciare chiaramente il percorso del paziente sin dal primo momento di interazione con la rete di assistenza sanitaria.

Come si legge nelle linee guida sopra citate, "attraverso la telemedicina è possibile garantire la fruizione di servizi sanitari senza che il paziente o l'assistito debba recarsi presso le strutture sanitarie, rendendo accessibili le cure attraverso uno scambio sicuro di dati, immagini, documenti e videochiamate, tra i professionisti sanitari e i pazienti, garantendo in alcune situazioni clinico-assistenziali lo svolgimento delle prestazioni professionali equivalenti agli accessi tradizionali".

La telemedicina può essere usata nell'ambito della diagnosi, della prevenzione, dello svolgimento delle terapie, del monitoraggio dei parametri clinici del paziente, ma anche per lo scambio di pareri tra professionisti. Lo sviluppo di strumenti per la Telemedicina consente sia di trovare nuove risposte a problemi tradizionali della medicina, sia di creare nuove opportunità per il miglioramento del servizio sanitario tramite una maggiore collaborazione tra i vari professionisti sanitari coinvolti e i pazienti.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è articolato in 6 Missioni, ovvero aree tematiche principali su cui intervenire, individuate in piena coerenza con i 6 pilastri del Next Generation EU: digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura; transizione ecologica; infrastrutture per una mobilità sostenibile; istruzione e ricerca; Inclusione e coesione e salute. Le Missioni si articolano in Componenti, ovvero aree di intervento che affrontano sfide specifiche, composte a loro volta da Investimenti e Riforme.

Nello specifico, la Missione 6 Salute mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, per rendere le strutture più moderne, digitali e inclusive, garantire equità di accesso alle cure, rafforzare la prevenzione e i servizi sul territorio promuovendo la ricerca, ed è articolata in due Componenti:

- Componente 1: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale (con tre linee di investimento, entro le quali la 1.2 riguarda la COT);



- Componente 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

La Componente 1, in particolare, ha l'obiettivo di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie all'attivazione e al potenziamento di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), migliorare l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari. La Regione Basilicata ha avviato *la progettazione e progressiva implementazione di un nuovo Ecosistema Digitale Regionale per supportare l'erogazione dei servizi; tra gli elementi principali vi è la realizzazione di una Piattaforma Regionale di Telemedicina per supportare e sostenere in modo strutturato e organizzato l'attuazione delle diverse tipologie di processi e servizi di Telemedicina* (Televisita, Teleassistenza, Teleconsulto e Telemonitoraggio).

Obiettivi e finalità del documento

Obiettivo generale del progetto

L'obiettivo generale del progetto è la realizzazione dell'Ecosistema Digitale delle Cure Territoriali, della telemedicina e dell'IT del SISR della Regione Basilicata.

Facendo riferimento al contesto normativo ed organizzativo nazionale e regionale già presente è possibile sintetizzare i principi di riferimento relativi alle fasi di realizzazione del progetto:

1. utilizzare una cornice entro cui collocare e integrare i sistemi territoriali (ATL@NTE, etc.) attraverso un modello basato sull'interoperabilità dei sistemi e dei dati, la condivisione e la collaborazione multiprofessionale e multi-presidio;
2. 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;
3. 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;
4. 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 (già in parte realizzati dal sistema interRAI già in uso nell'ambito del progetto ATL@NTE per la realizzazione del Sistema di Valutazione Multidimensionale);



REGIONE BASILICATA

Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona

5. 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
6. 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;

Obiettivo Specifici previsti dal progetto

1. Estensione e consolidamento del progetto di governance clinico assistenziale per la gestione dei processi organizzativi e logistici di accoglienza, valutazione e presa in carico attraverso le COT e continuità Ospedale Territorio;
2. Diffusione e sviluppo dei servizi applicativi di interoperabilità, del datalake - repository centralizzato destinato all’archiviazione, analisi e correlazione di dati strutturati e non strutturati (da quelli del CRM ai post dei social media, dai dati ERP alle info delle macchine di produzione), in formato nativo – sociosanitario, Anagrafe Unica Regionale ed integrazione nuovo FSE-EDS;
3. Sistema di Governo amministrativo, organizzativo dell’ecosistema territoriale;
4. Gestione privacy

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 “Piano Operativo Territoriale, inteso quale Provvedimento generale di programmazione dell’assistenza sanitaria territoriale ai sensi dell’art.1, comma 2 del D.M.77/2022 approvato con Deliberazione di Giunta n. 948 del 30/12/2022 con riferimento a Strutture e Concetti in esso trattati.

1. Estensione e consolidamento del progetto di governance clinico assistenziale per la gestione dei processi organizzativi e logistici di accoglienza, valutazione e presa in carico attraverso le COT e continuità Ospedale Territorio;
2. Diffusione e sviluppo dei servizi applicativi di interoperabilità, del datalake - repository centralizzato destinato all’archiviazione, analisi e correlazione di dati strutturati e non strutturati (da quelli del CRM ai post dei social media, dai dati ERP alle info delle macchine di produzione), in formato nativo – sociosanitario, Anagrafe Unica Regionale ed integrazione nuovo FSE-EDS;
3. Sistema di Governo amministrativo, organizzativo dell’ecosistema territoriale;
4. Gestione privacy



REGIONE BASILICATA

Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona

Struttura	Compito / funzione	Obiettivo		Sistemi Coinvolti esterni	Sistemi coinvolti oggetto degli interventi di aggiornamento	Attività per interoperabilità
Case della Comunità	Accoglienza – accesso unitario	1	2	•Sistemi di Communication (116117/CRM) •Sistemi gestionali specialistici in ambito ARCA e Territoriale ATL@NTE, cartelle MMG/PLS	• ARCA • ATL@NTE interRAI	Interoperabilità
	Presa in carico	1	2	Sistemi gestionali specialistici in ambito ARCA e Territoriale e sistemi di diagnostica	• ARCA • ATL@NTE interRAI	Interoperabilità
	Diagnostica di base	1	2	•RIS PACS e LIS	• POHEMA • ATL@NTE interRAI	Interoperabilità
	Servizi ambulatoriali cronicità	1	2	CCE cartella MMG/PLS	• ATL@NTE	Interoperabilità
	Servizi medicina di iniziativa	1	2	Cartelle MMG/PLS		Interoperabilità
	Profilassi Vaccinale			•GIAVA	• ATL@NTE interRAI	Interoperabilità
	Assistenza Protesica	1	2	Sistema		
	Servizi prenotazione ADI integrato con IFeC	1	2	•PUA •MMG/PLS •CdC •CDO	• ATL@NTE interRAI	Interoperabilità
	Servizi sociali					Interoperabilità
Ospedali di Comunità	Accoglienza – gestione pazienti	1	2	CCE/ADT ACUTE CARE FOR COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMEN ATL@NTE Ospedale di Comunità	• ATL@NTE	Interoperabilità
	Gestione clinica			•MMG; MCA; PLS •Specialista ambulatoriale aziendale ed ospedaliero; •medico del pronto soccorso;	• ATL@NTE interRAI • ACUTE CARE FOR COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT • AMICO	Interoperabilità
Infermiere di famiglia e di comunità (IFeC)	Progetto di salute (insieme con MMG se anche di natura medico)	1	2	Sistemi gestionali specialistici in ambito AMICO e Territoriale sistemi di diagnostica piattaforme MMG/PLS	• ATL@NTE • AMICO	Interoperabilità
	Presa in carico	1	2	Sistemi gestionali specialistici in ambito AMICO e Territoriale sistemi di diagnostica piattaforme MMG/PLS	• ATL@NTE • AMICO	Interoperabilità
	Monitoraggio paziente	1	2	Tele HUB o sistemi di telemedicina aziendali	• POHEMA • ATL@NTE	Interoperabilità



REGIONE BASILICATA

Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona

		Programmazione visite ed esami	1	2	CUP Regionale Sistema di Agende aziendali per percorsi interni e di follow up	• POHEMA	Interoperabilità
		Valutazione capacità cittadino autocura e automonitoraggio	1	2	Tele HUB o sistemi di telemedicina	• POHEMA	Interoperabilità
116/117		Informazioni sui servizi sanitari					Interoperabilità
		Consulenza sanitaria					Interoperabilità
		Attivazione servizio continuità assistenziale					Interoperabilità
		Attivazione servizi territoriali – PUA	1	2	POHEMA ATL@NTE AMICO	• Sistema di Communication/Gestionale 116-117	Interoperabilità
Unità Continuità Assistenziale		Attivazione (da COT-D)	1	2	POHEMA ATL@NTE	• Sistema gestione di continuità assistenziale	Interoperabilità
		Utilizzo teleconsulto	1	2	•SPECIALISTICA AMB. OSP.	• POHEMA	Interoperabilità
Centrali Operative Territoriali	Distretto	Dimissioni casi complessi	1	2	ADT/CCE	• AMICO-AIRO • ATL@NTE	Interoperabilità
		Transizione cure nel distretto	1	2	ATL@NTE POHEMA	• ATL@NTE	Interoperabilità
		Coordinamento trasporti	1	2	118	• Piattaforma di gestione dei trasporti aziendali e regionali	Interoperabilità
		Governo valutazioni multidimensionali	1	2		• ATL@NTE	Interoperabilità
		Attivazione UCA	1	2	Sistema gestione di continuità assistenziale	• PHOEMA • ATL@NTE • SISIR	Interoperabilità
		Programmazione attività cronici	1	2	Sistemi gestionali specialistici in ambito ospedaliero e Territoriale sistemi di diagnostica CUP	• ATL@NTE • PHOEMA • ARCA	Interoperabilità
Distretto		Monitoraggio indicatori	2	3	Interoperabilità con il sistema informativo regionale	• ATL@NTE • POHEMA	Interoperabilità
		Monitoraggio spesa	2	3	Interoperabilità con il sistema informativo regionale	• ATL@NTE • POHEMA	Interoperabilità
ASL - Regione		Monitoraggio spesa	2	3	Interoperabilità con il sistema informativo regionale	• ATL@NTE • POHEMA	Interoperabilità
		Monitoraggio attività	2	3	Interoperabilità con il sistema informativo regionale	• ATL@NTE • POHEMA	Interoperabilità
		Monitoraggio clinico	2	3	Interoperabilità con il sistema	• ATL@NTE • POHEMA	Interoperabilità



REGIONE BASILICATA

Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona

Contesto di Riferimento

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

Quadro normativo

Livello comunitario

NORMA	DATA	NOTE
Comunicazione europea (COM-2008-689)	4/11/2008	"Telemedicina a beneficio dei pazienti, sistemi sanitari e società"
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.
Intesa Stato-Regioni	20/02/2014	Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali.
Intesa Stato-Regioni	15/09/2016	Piano Nazionale della Cronicità
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 sociosanitarie
Legge 15 marzo 2010, n. 38	15/03/2010	Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore
DM	16/12 2010	"Erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali" i servizi in telemedicina sono effettuabili anche in farmacia
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
D.P.C.M.	31.7.2017	Piano Triennale per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione 2017-2019
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.
Conferenza Stato-Regioni	17/12/2020	lettera A "Indicazioni Nazionali per l'erogazione di prestazioni in Telemedicina"
Ministero della Salute	28/01/2021	lettera B "INDICAZIONI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI E SERVIZI DI TELERIABILITAZIONE DA PARTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE, DEI MEDICI E DEGLI PSICOLOGI
Accordo in Conferenza Stato Regioni	18/11/2021	"Indicazioni per l'erogazione di prestazioni e servizi di telerabilitazione da parte delle professioni sanitarie"
DM	29/04/ 2022	"Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare"
DM	21/09/2022	Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio.



REGIONE BASILICATA

Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona

DM	30/09/2022	Procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l'adozione delle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina
PNRR Missione 6	28.02.2022	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

Livello regionale

NORMA	DATA	NOTE
LR n. 2.	12/01/2017	RIORDINO DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE DI BASILICATA
DGR n. 517	17/05/2016	PATTO PER LO SVILUPPO DELLA REGIONE BASILICATA
D.G.R. n. 227	17/03/2017	AGENDA DIGITALE SETTORE PRIORITARIO "INFRASTRUTTURE" — LINEA DI INTERVENTO 8 — PROGETTO DI E-HEALT PER LE AREE INTERNE E TERRITORIO REGIONALE INDIVIDUA LE SCHEDE DI FINANZIAMENTO PER "IL PROGETTO "ATTIVAZIONE DI UN SISTEMA DI TELEMEDICINA PER LE ATTIVITÀ DI ADI E DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO IN REGIONE BASILICATA
DGR n. 612	10/11/2020	"Convivere con il VIRUS e contenerlo - indirizzi strategici per la fase 2" è stata istituita la Centrale Operativa Territoriale una per Azienda Sanitaria Locale per la Telemedicina delle cronicità e delle reti cliniche
DGR n. 219	29.04.2022	PRESA D'ATTO DEI DOCUMENTI: "INDICAZIONI NAZIONALI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI IN TELEMEDICINA" DALLA CONFERENZA STATO-REGIONI DEL 17.12.2020 (REPERTORIO ATTI N. 215/CSR) NELLA SEDUTA DEL 20 FEBBRAIO 2014 (REP. N. 16/CSR DEL 20 FEBBRAIO 2014) E "INDICAZIONI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI E SERVIZI DI TELERIABILITAZIONE DA PARTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE, DEI MEDICI E DEGLI PSICOLOGI" MINISTERO DELLA SALUTE 28 GENNAIO 202 - DIRETTIVA PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI IN TELEMEDICINA -
DGR n. 313	26.5.2022	"STRUMENTO PER L'ATTUAZIONE RAFFORZATA DEGLI INTERVENTI SPECIALI E DI QUELLI FINANZIATI CON RISORSE NAZIONALI E COMUNITARIE...OMISSIS" CON ALLEGATO IL PIANO OPERATIVO REGIONALE CHE RIPOрта LE AZIONI E GLI INTERVENTI, PER LA REALIZZAZIONE IN AMBITO REGIONALE DI QUANTO PREVISTO DALLA MISSIONE 6 DEL PNRR
DGR n. 335	10.6.2022	LINEE GUIDA ORGANIZZATIVE CONTENENTI IL MODELLO DIGITALE PER L'ATTUAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE
DGR n. 948	30/12/2022	D.M. MINISTERO DELLA SALUTE N. 77 DEL 23 MAGGIO 2022- G.U. N. 144 DEL 22.6.2022 – REGOLAMENTO RECANTE LA DEFINIZIONE DI MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE O NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – ADOZIONE DEL PROVVEDIMENTO GENERALE DI PROGRAMMAZIONE AI SENSI DELL'ART.1, COMMA 2

Obiettivo 1 – Evoluzione delle funzionalità

Il modello regionale, nella logica di salvaguardia degli investimenti già effettuati negli anni recenti e alle innovazioni introdotte, prevede l'implementazione del sistema di COT (Centrali Operative Territoriali) e COD—Unica-V (Centrale Operativa di Dimissione Ospedaliera Unica Virtuale), interconnesse ed interoperabili, in grado di gestire tutti i processi di accoglienza e gestione della valutazione per i diversi setting assistenziali.

Tale modalità avviene attraverso due piattaforme interoperabili già attive in regione, ATL@NTE e POHEMA Piattaforma Regionale di telemedicina:



1. La Piattaforma **ATL@NTE**

a. *per la gestione informatizzata della Valutazione Multidimensionale e della presa in carico del paziente cronico e/o fragile* e la stesura del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) sulla base della Suite interRAI® e gli strumenti di individuazione precoce del bisogno interRAI Contact Assessment e NecPal®. La Suite interRAI è l'insieme di strumenti di Valutazione Multidimensionale individuati dalla Regione Basilicata per i diversi setting. Gli strumenti di VMD di terza generazione contenuti nella Suite sono: l'interRAI HC (Home Care); l'interRAI CHA (Community Health Assessment); l'interRAI CA (Contact Assessment); l'interRAI LTCF (Long Term Care Facility); l'interRAI AL (Assisted Living); l'interRAI AC - CGA (Acute Care- Comprehensive Geriatric Assessment); l'interRAI MH (Mental Health); l'interRAI CMH (Community Mental Health); l'interRAI ESP (Emergency Screener for Psychiatry); l'interRAI PC (Palliative Care); l'interRAI ID (Intellectual Disability). Attualmente, a seguito di un completo ed approfondito lavoro di revisione, ogni strumento contiene un core comune di item (circa il 70%) ed una restante quota di item setting-specifica. Tutti gli item possiedono definizioni identiche, prevedono gli stessi tempi di osservazione ed uno stesso criterio di valorizzazione degli indicatori di sintesi. Un approccio di questo tipo consente allo strumento di ottenere vantaggi in termini di:

- trasferibilità dei dati da un setting assistenziale ad un altro;
- formazione di operatori in grado di lavorare nei diversi setting assistenziali;
- utilizzo di un linguaggio comune nel continuum assistenziale.

Gli strumenti della Suite interRAI, anche se sviluppati per la valutazione di una particolare popolazione, sono progettati per lavorare insieme e formare, pertanto, un sistema integrato di informazioni sanitarie e sociali. Gli stessi sistemi dispongono già della Codifica LOINC per il conferimento al FSE.

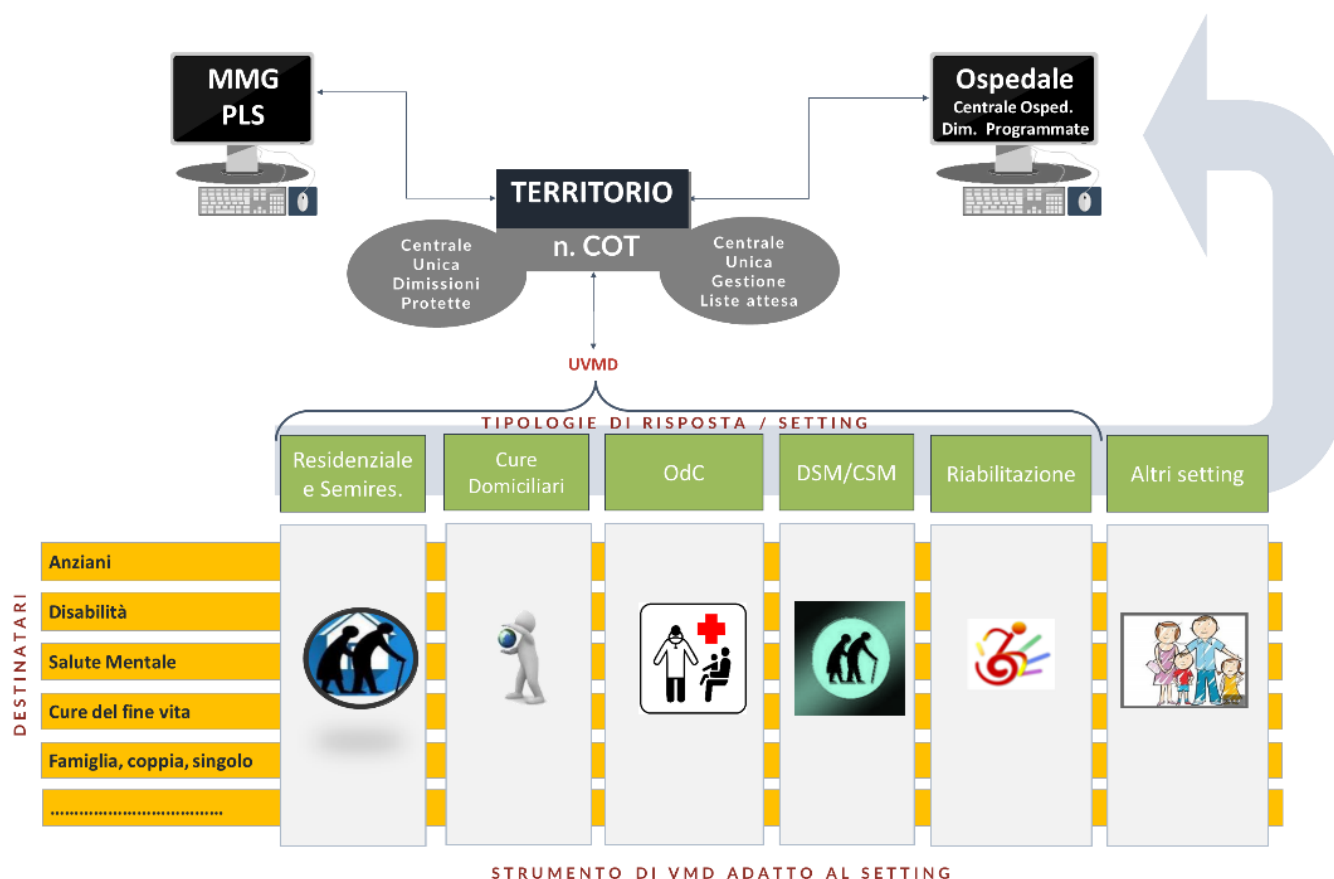
Il Sistema informativo territoriale adottato prevede la gestione integrata di una serie di servizi della rete:

- o Centrale Operativa Dimissioni con uso di interRAI CA e Necpal
- o Cure Domiciliari e Cure Domiciliari Palliative
- o Hospice
- o Residenzialità e semiresidenzialità Anziani
- o Salute Mentale
- o ICF per area Disabilità e Riabilitazione territoriale
- o Consultori
- o Sistema interRAI CA e Necpal per MMG/PLS
- o Alimentazione FSE

Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona

o Sviluppo WEB APP per assistito per rapporto smart con Azienda Sanitaria e
o Videoconsulto per gestione paziente critico nelle attività di Cure Domiciliari, con integrazione con la piattaforma Pohema per l'utilizzo della video consulto stesso.

Schema complessivo sintetico di come sono consegnati i servizi territoriali della Regione è:



b. La COT - il sistema informativo della COT e la gestione delle transizioni

Come si vede dallo schema sopra riportato, il modello include il ruolo della **COT** (nelle sue declinazioni *hub* e *spoke*) sia come centrale Unica Aziendale sia nelle sue diramazioni territoriali che però utilizzano un'unica soluzione digitale.

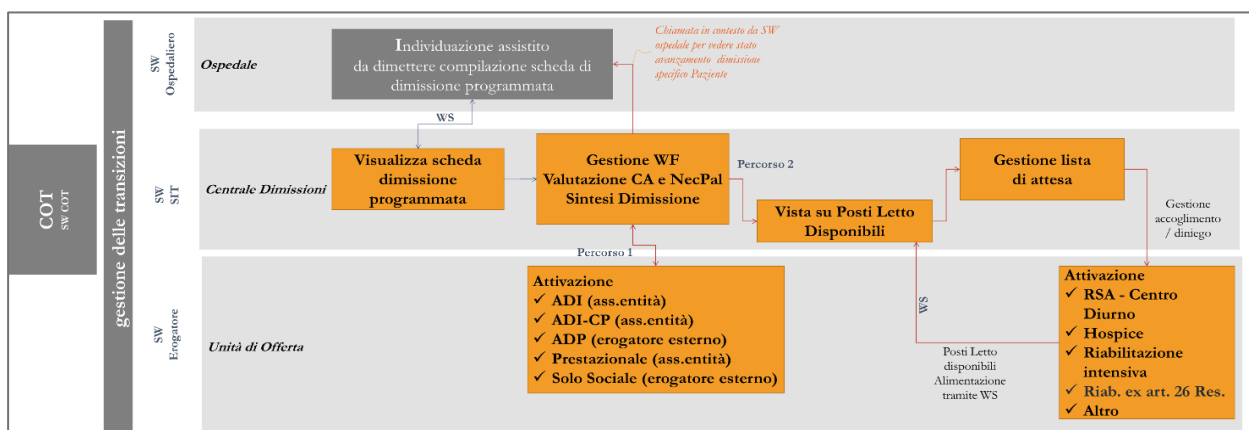
In questa declinazione le attività di gestione delle **principali transizioni Ospedale-Territorio**, per le persone con problemi di difficile dimissibilità (opportunamente individuate dall'Ospedale con propri strumenti di valutazione) e che necessitano di attivazione di servizi territoriali, rientrano in percorsi governanti dalla **Centrale Unica per le Dimissioni Protette** che è inteso come **organismo Territoriale**



REGIONE BASILICATA

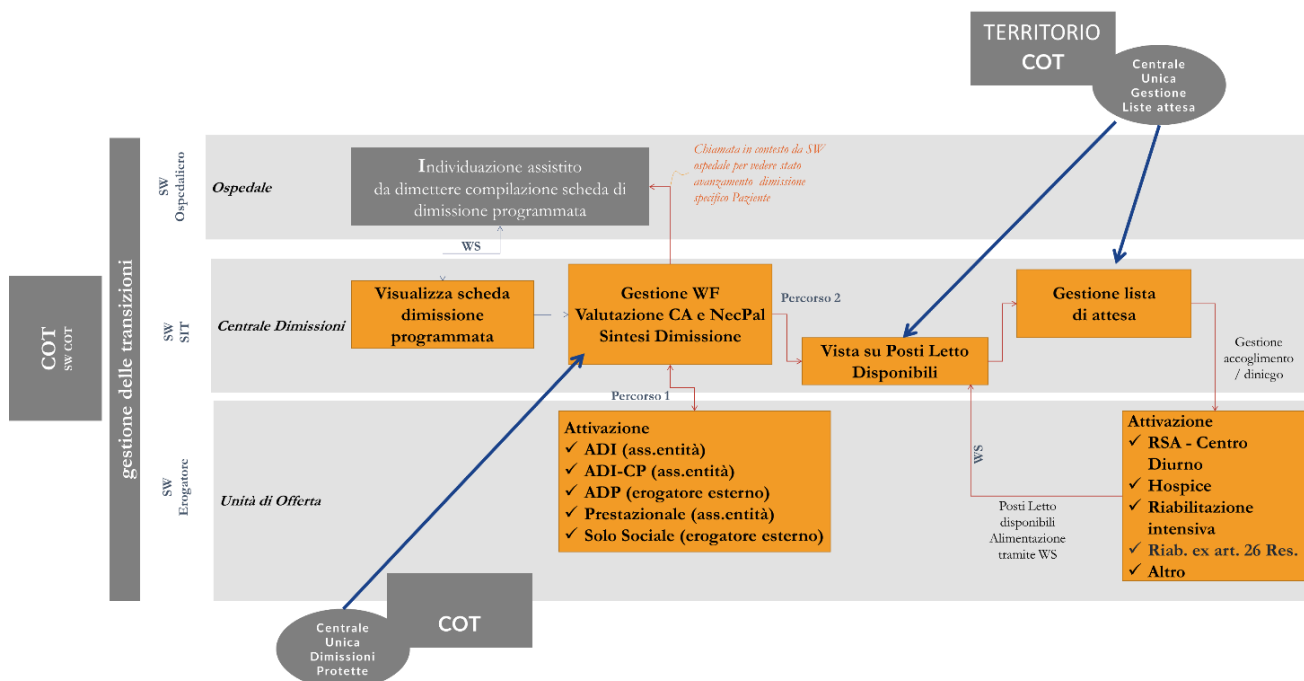
Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona

“costola” organizzativa della COT alla quale fornirà le informazioni necessarie alla gestione delle transizioni.



Nel contesto operativo, poi, per la gestione di tutti quei percorsi che prevedono un accesso a servizi contingentati (necessariamente quelli a Posto Letto) è prevista una **ulteriore struttura logica interna alla COT che è unica aziendale e che sovrintende ai percorsi di accesso alle strutture di vario genere**, dove secondo percorsi di disponibilità o prenotazione si accompagna il cittadino verso la struttura che può erogare il servizio appropriato rispettando la sua specifica scelta.

TRANSIZIONE TERRITORIO-TERRITORIO



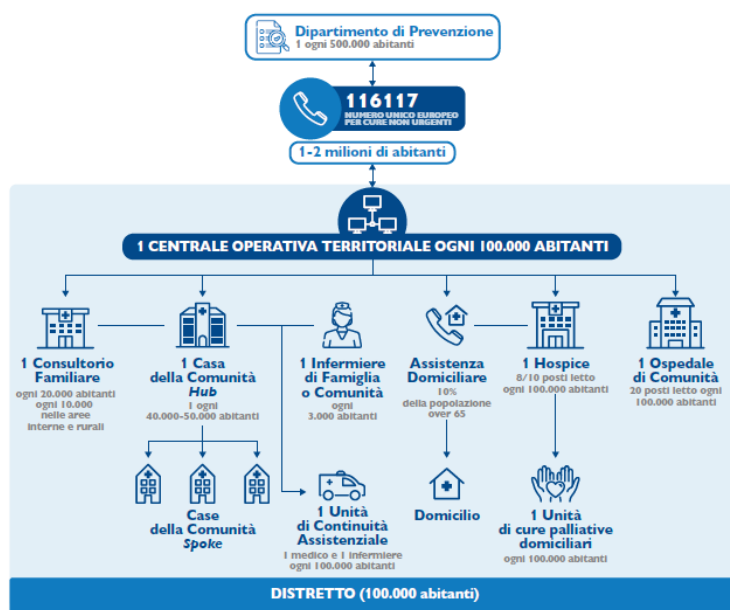
Con questo modulo COT, comprendente la Centrale Territoriale Unica per le Dimissioni Protette COD e la Centrale Unica gestione delle Liste d'Attesa peraltro già avviate, la Regione intende dare seguito alle previsioni nazionali di AGENAS (rif. iQuaderni Agenas 29.12.2022 “La Centrale Operativa Territoriale dalla



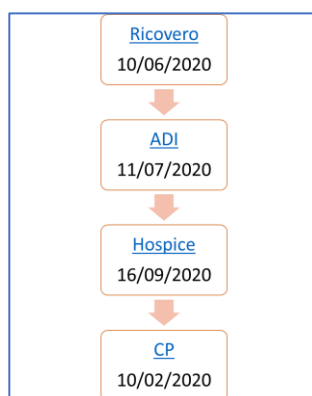
REGIONE BASILICATA

Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona

realizzazione alla attivazione” - grafico successivo) ridefinendo il ruolo delle proprie Centrali Operative Territoriali tenendo conto anche della storia e del contesto culturale di riferimento del territorio, degli investimenti fatti e prevedendo nello schema il collegamento con il sistema Informativo Ospedaliero (che per Regione Basilicata è unico e integrato) per la programmazione dei ricoveri (ricoveri programmabili) e la gestione delle dimissioni per le persone fragili e in condizioni di cronicità.



La nuova COT, dovrà anche interfacciarsi con tutti gli altri sistemi territoriali di gestione (rispettando i criteri di interscambio definiti da Agenas – HL7® FHIR®) al fine di raccogliere e rappresentare tramite opportuno cruscotto le transizioni, ma anche avere un modulo time-line che possa rappresentare le diverse transazioni così da consentire la “tracciabilità” dei percorsi di salute del cittadino. Se da un lato Agenas nel suo documento ha identificato dei casi d’uso occorre declinarli in un contesto che ha già sviluppato qualche anno di esperienza (come nel nostro caso). Immaginando così un caso per una persona assistita la situazione si presenterebbe come nelle immagini seguenti:



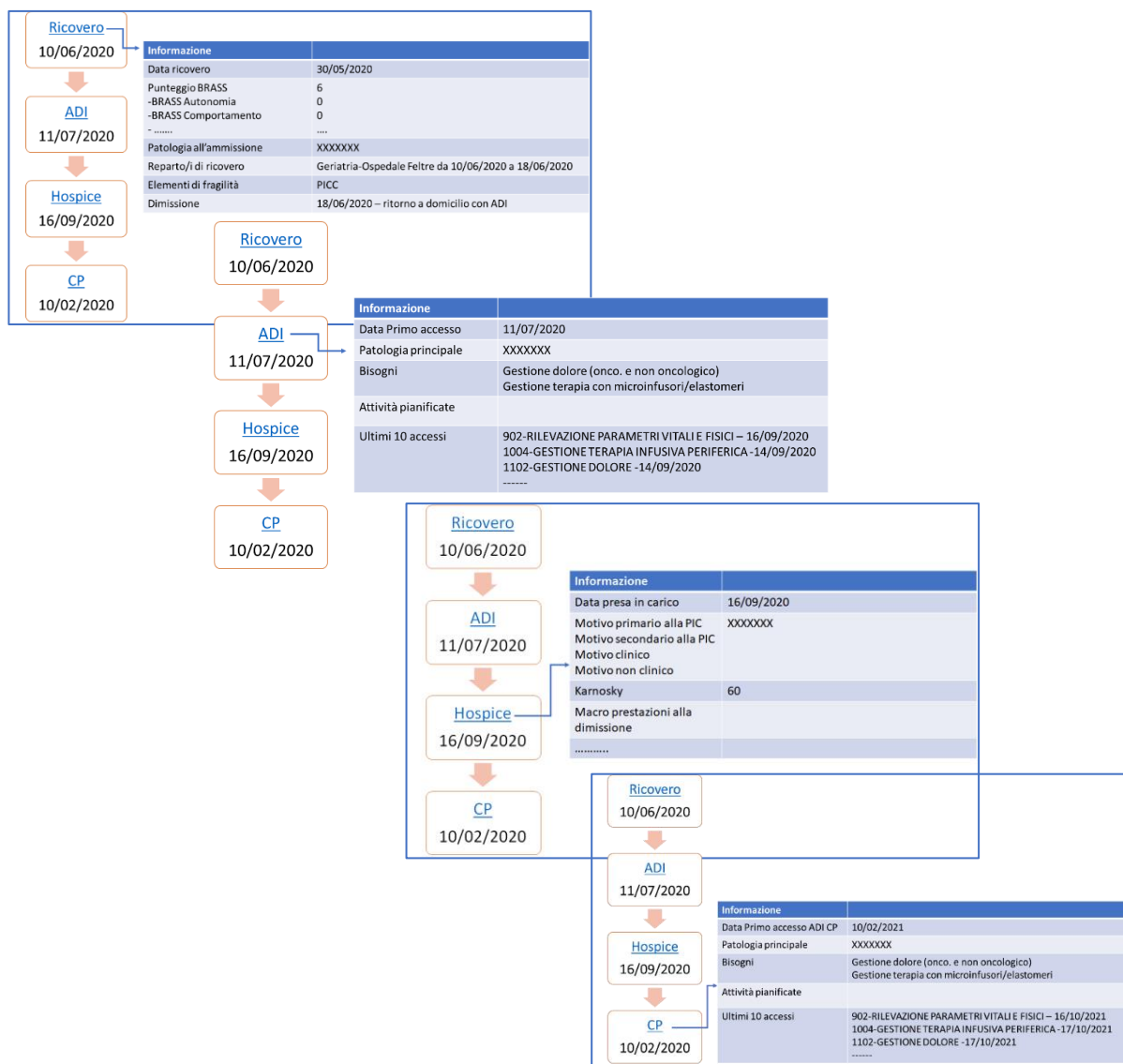


REGIONE BASILICATA

Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona

un ricovero (quello che ha generato l'evento di presa in carico del territorio), una presa in carico delle cure domiciliari, un successivo ricovero in hospice, e, poi, la presa in carico delle Cure Palliative di territorio (gestito in continuità con l'hospice ⇔ periodi di rientro a casa).

Se la time-line viene consultata il 01/08 la freccia si sarebbe fermata al 2° step. Le varie immagini temporizzate rappresentano le transizioni e la relativa sintesi informativa utile e mirata.



In questo modo l'applicativo COT regionale consente di gestire una serie di Eventi/Transizioni (presi dai sistemi in essere o nuovi) disponendo di un cruscotto di visualizzazione e gestione delle transizioni sul singolo (da considerare che la gestione dei posti letto e liste di attesa per l'accesso ai servizi a PL rende possibile, appunto, anche la gestione dei percorsi).



Le transizioni verrebbero memorizzate per poterle poi elaborare, ad es. su più ampia scala e con diversi criteri, predisponendo degli elaborati rappresentabili con il DWH di cui al punto successivo.

In questa componente, che parte da quanto attualmente è già operativo, sono quindi previste una serie di componenti/attività; ovvero

- Definizione di dettaglio dei servizi di scambio con gli altri applicativi (compreso SI già disponibili di gestione dei trasposti programmabili per la gestione dei trasferimenti governati e monitorati dalla COT) al fine di disporre delle informazioni di processo fondamentali per la strutturazione del cruscotto.
- Modulo PUA e interfaccia con la COT.
- Mappa dei principali processi e tempi standard delle transizioni.
- Costruzione cruscotti delle transizioni e informazioni sintetiche di monitoraggio.
- Definizione modalità e livello acquisizione informazioni di dettaglio clinico dell'assistito, secondo livelli di accesso e rispetto della privacy.
- Integrazione con la piattaforma di telemedicina POHEMA per la gestione dei dati (PGHD) generati in automatico dai dispositivi dei pazienti in telemonitoraggio ADI.

c. Attivazione tele-monitoraggio dal MMG

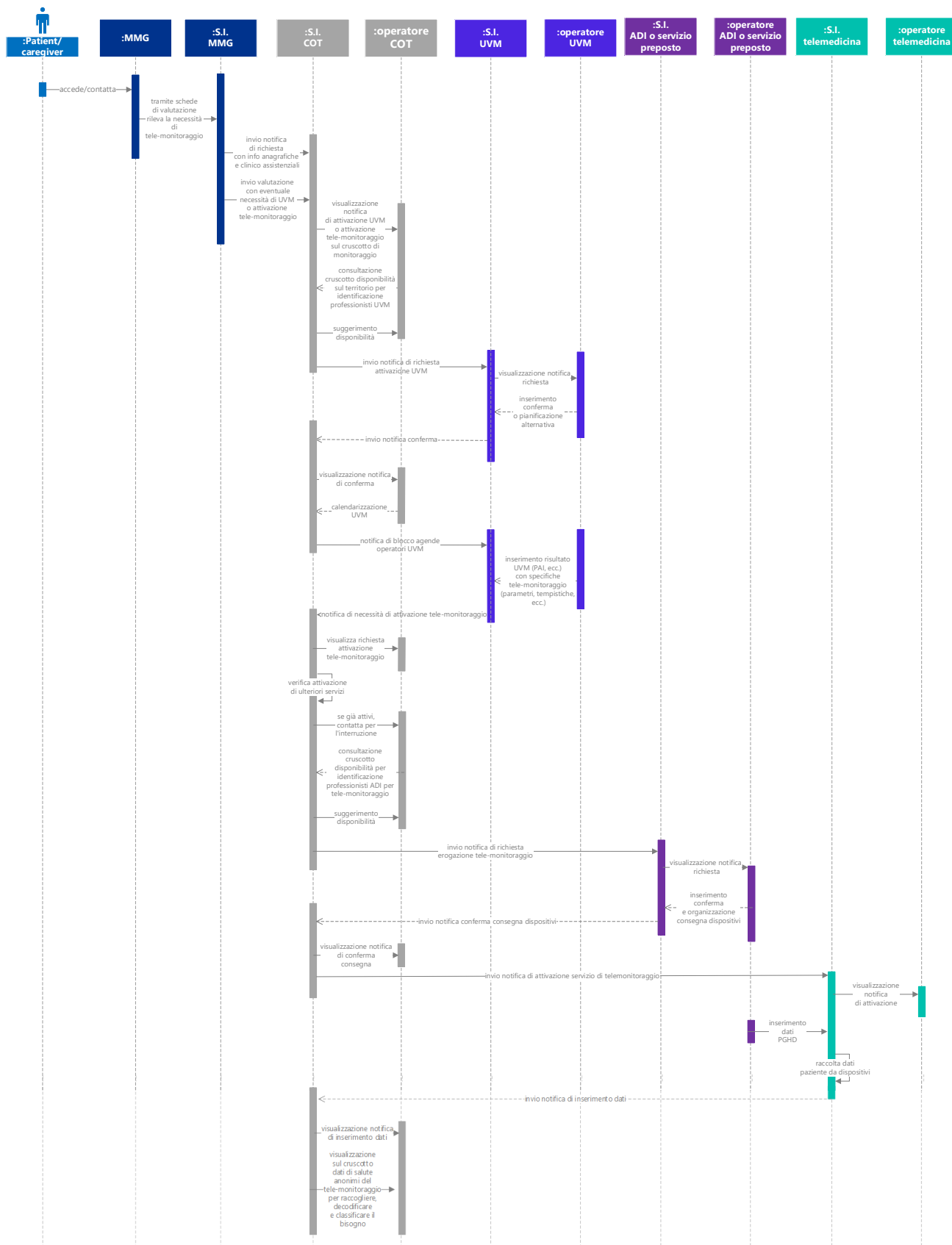
Di seguito viene riportato il caso d'uso che rappresenta il ruolo che deve assumere la COT nel coordinamento dei servizi di tele-monitoraggio. Il tele-monitoraggio viene attivato nel caso in cui si presenta la necessità di monitorare un paziente da remoto, in maniera continuativa, o automatica tramite l'utilizzo di dispositivi e sensori certificati forniti dall'ES.

Il medico di medicina generale ha a disposizione la scheda di richiesta in Atl@nte web di richiesta di avvio AD o ADP che formula dopo aver realizzato la identificazione dell'assistito con lo strumento interRAI Contact Assessment o NecPal. Nella stessa verrà prevista la possibilità di motivare la richiesta di tele-monitoraggio, così che la COT, presa in carico la richiesta, possa attivare il percorso per la UVM e la presa in carico dell'ADI che garantirà, tramite l'uso di Pohema, il monitoraggio mentre l'operatore della centrale di servizio telemedicina applicherà tutti i protocolli previsti per la telesorveglianza- tele-monitoraggio:



Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona

REGIONE BASILICATA





b. Gli strumenti DWH e di Intelligenza Artificiale

Come previsto ne iQuaderni di Agenas “La Centrale Operativa Territoriale dalla realizzazione alla attivazione” del 29.12.2022 che riporta le linee guida per la COT è fatto chiaro riferimento anche all’aspetto del censimento dei servizi del territorio (ai fini del supporto informativo e logistico alla rete stessa dei servizi), ma anche alla raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute e dei percorsi delle persone e della popolazione per analisi, programmazione e governo della azioni medicina di iniziativa di concerto con il Distretto.

In relazione alle scelte Regionali di utilizzare gli strumenti della Suite interRAI è fondamentale che le COT possano svolgere il loro ruolo fondamentale di supporto strategico alle attività e modalità organizzative del distretto disponendo un proprio sistema di raccolta e monitoraggio dei dati di salute, così da poter meglio rispondere alle specificità del territorio, garantendo perequazione della risposta ai bisogni.

Per la Regione Basilicata **il modulo da utilizzare è CHARTA**, già disponibile e già strutturato per questo, e che, grazie ad alcuni interventi di adeguamento, consentirà di gestire, oltre a molti altri, almeno tre aspetti cruciali:

1. Il **censimento dei servizi** secondo le logiche dell’MRA (Monitoraggio della Rete di Assistenza – parte del Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute¹), che renda disponibile con immediatezza alla COT le risorse presenti e fruibili nel territorio, gestite e aggiornate in modo dinamico con la responsabilizzazione di tutti gli attori.
2. La **sintesi dei dati di produzione del territorio** che mette in rapporto dati di contesto (ISTAT e mappa della rete dei servizi), con obiettivi programmatici (PSN, PSR, Piani strategici Aziendali) e dati di produzione per trarne una serie di indicazioni in termini:
 - di programmazione dei servizi (es. a supporto dei piani di zona e piani strategici aziendali);
 - di governo economico del territorio;

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

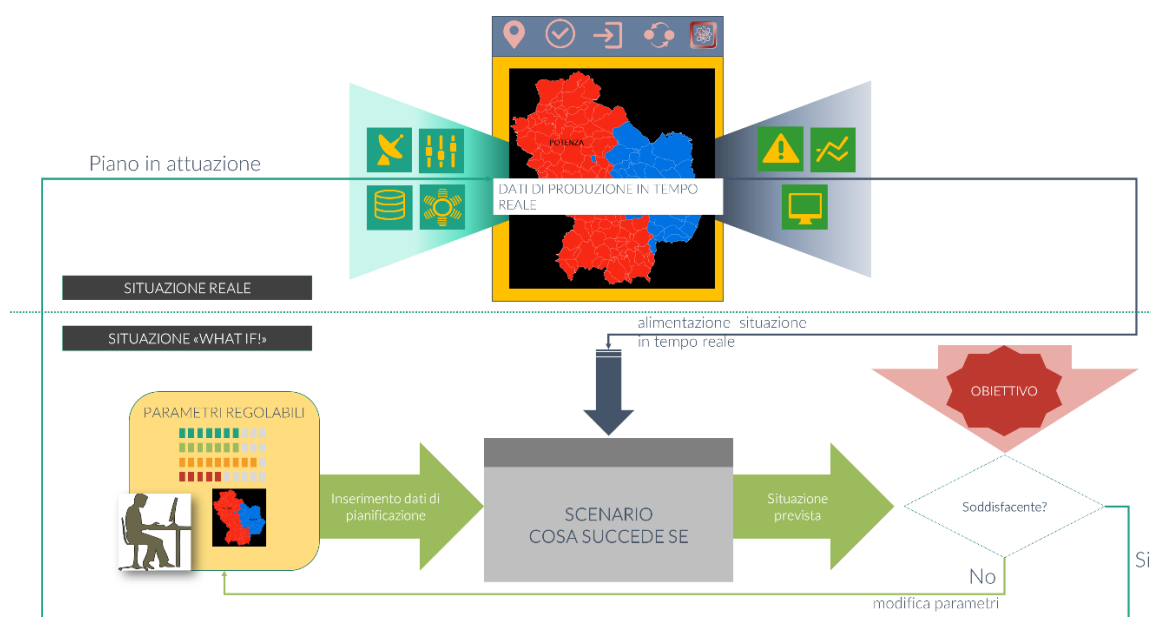


REGIONE BASILICATA

Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona

- di monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi (locali, regionali e nazionali), indicatori AGENAS e Ministeriali;
 - di AUDIT con Capi Distretto e il Direttore della Funzione Territoriale per favorire l'appropriatezza a proporzionalità della risposta rispetto ai bisogni rilevati in modo perequato in tutto il territorio Regionale (ASP e ASM).
3. Fornire **elementi di intelligenza artificiale a supporto delle decisioni** (es. processi *what-if*). Questo in ragione della necessità di trarre vantaggio dai dati di produzione per desumerne azioni di medicina di iniziativa per sub aree territoriali.

Per quanto riguarda questo ultimo punto si prevede di individuare un contesto di indicatori predittivi che aiutano l'assunzione delle decisioni utilizzando il metodo *what-if analysis*, tutto questo nell'arco dell'attivazione di quanto previsto dal PNRR e comunque nell'ambito della *maintenance* prevista per ATL@NTE. L'idea può essere rappresentata come il seguente grafico.



Attraverso questo strumento sarà possibile capire, ad esempio, quali effetti (economici o qualitativi) possano portare alcune scelte che possono essere fatte e che rientrano nella potestà di ASP e ASM o di Regione rispetto ai percorsi di cura nel territorio regionale.

L'aspetto forse più interessante è legato alle molteplici possibili applicazioni del "cosa succede se". Le possibilità sono tanto più interessanti quante più variabili sono disponibili. Per esempio ci si potrebbe chiedere come possano evolvere fenomeni di



REGIONE BASILICATA

Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona

stress legati al presentarsi di pandemie che agiscono sviluppando problematiche cardiache o effetti attesi della introduzione di nuovi protocolli nelle cure delle piaghe per persone a domicilio. Come cambia il quadro delle patologie prevalenti, sulla base della evoluzione storica? Per esempio possiamo chiederci quali potranno essere le patologie prevalenti nel 2026, basandoci su indicazioni prognostiche di tipo

Rilevazione patologie più incidenti Tutti i Servizi di Cure Domiciliari Regionali

Situazione REALE Anno 2022

Diagnosi	N° Persone valutate
Ulcera cronica della pelle: Ulcerazione da decubito	557
Disturbi del ritmo cardiaco: Fibrillazione atriale	526
Stati psicotici organici senili e presenili: Demenza senile, non complicata	212
Iperensione essenziale: Iperensione essenziale benigna	183
Insufficienza renale cronica: Insufficienza renale cronica	179
Insufficienza cardiaca: Insufficienza cardiaca congestizia (scompenso cardiaco congestivo)	169
Osteoartrosi e disturbi simili: Artrosi generalizzata, sedi multiple	154
Postumi delle malattie cerebrovascolari: Disfagia	152
Osteoartrosi e disturbi simili: Artrosi generalizzata, sedi non specificate	151
Iperensione essenziale: Iperensione essenziale	149
Iperensione essenziale: Iperensione essenziale non specificata	146
Diabete mellito: Diabete mellito, tipo II (non insulino dipendente) (diabete dell'adulto) (o non sp)	140
Ulcera cronica della pelle: Ulcera degli arti inferiori, parte non specificata	127
Sintomi relativi all'apparato urinario: Incontinenza non specificata di	118
Diabete mellito: Diabete mellito	115
Altre degenerazioni cerebrali: Malattia di Alzheimer	113
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni: Tumori maligni del bronco o polmone, non sp	107
Tumori maligni della prostata: Tumori maligni della prostata	103
Emorragia cerebrale: Emorragia cerebrale	91
Altre forme di ischemia cardiaca cronica: Cardiopatia ischemica cronica non specificata	91
Tumori maligni secondari degli apparati respiratorio e digerente: Tumori maligni secondari del fegato	85
Stati psicotici organici senili e presenili: Demenza senile con aspetti depressivi	74
Morbo di Parkinson: Morbo di Parkinson	70
Altre malattie del polmone: Insufficienza respiratoria cronica	65
Malattie delle cellule delle corna anteriori: Sclerosi laterale amiotrofica	63
Altre malattie del polmone: Insufficienza respiratoria acuta	63
Tumori maligni del colon: Tumori maligni del colon	59
Iperensione essenziale: Iperensione essenziale maligna	58
Bronchite cronica: Bronchite cronica ostruttiva, con riacutizzazione	57
Altre condizioni morbose dell'encefalo: Encefalopatia non specificata	57
Tumori maligni della mammella della donna: Tumori maligni della mammella della donna	55
Sintomi relativi all'apparato digerente: Disfagia	55
Obesità e altre iperalimentazioni: Obesità grave	53
Morbo di Parkinson: Parkinsonismo secondario	53
Cardiomiopatia ipertensiva: Cardiomiopatia ipertensiva	53

Risultato atteso per introduzione nuovi protocolli trattamento piaghe

Patologie attese per 2026

Diagnosi	N° Persone valutate
Disturbi del ritmo cardiaco: Fibrillazione atriale	1.021
Ulcera cronica della pelle: Ulcerazione da decubito	515
Postumi delle malattie cerebrovascolari: Disfagia	352
Iperensione essenziale: Iperensione essenziale	298
Insufficienza renale cronica: Insufficienza renale cronica	298
Stati psicotici organici senili e presenili: Demenza senile, non complicata	225
Diabete mellito: Diabete mellito	222
Cardiopatia ipertensiva: Cardiopatia ipertensiva	211
Altre degenerazioni cerebrali: Malattia di Alzheimer	180
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni: Tumori maligni del bronco o polmone, non sp	134
Tumori maligni della prostata: Tumori maligni della prostata	130
Iperensione essenziale: Iperensione essenziale benigna	128
Altre malattie del polmone: Insufficienza respiratoria acuta	126
Osteoartrosi e disturbi simili: Artrosi generalizzata, sedi multiple	125
Osteoartrosi e disturbi simili: Artrosi generalizzata, sedi non specificate	118
Ulcera cronica della pelle: Ulcera cronica della pelle	115
Insufficienza cardiaca: Insufficienza cardiaca congestizia non specificata (scompenso cardiaco conge)	115
Emorragia cerebrale: Emorragia cerebrale	115
Insufficienza cardiaca: Insufficienza cardiaca	114
Morbo di Parkinson: Morbo di Parkinson	112
Iperensione essenziale: Iperensione essenziale non specificata	108
Altre forme di ischemia cardiaca cronica: Cardiopatia ischemica cronica non specificata	107
Ulcera cronica della pelle: Ulcera degli arti inferiori, parte non specificata	102
Tumori maligni secondari degli apparati respiratorio e digerente: Tumori maligni secondari del fegato	95
Tumori maligni della mammella della donna: Tumori maligni della mammella della donna	94
Malattie da difetto della coagulazione: Malattie da difetto della coagulazione	88
Disturbi dei liquidi, degli elettroliti e dell'equilibrio acido-basico: Disidratazione	88
Sintomi relativi all'apparato urinario: Ritenzione urinaria	87
Sintomi relativi all'apparato urinario: Incontinenza non specificata di	82
Sintomi relativi all'apparato digerente: Disfagia	75
Stati psicotici organici senili e presenili: Demenza vascolare	74
Disturbi del ritmo cardiaco: Fibrillazione e flutter atriale	73
Bronchite cronica: Bronchite cronica ostruttiva	73
Tumori maligni del colon: Tumori maligni del colon	71
Tumori maligni della vescica: Tumori maligni della vescica	70

c. Le transizioni Ospedale Territorio, la Frailty Unit/Ospedale di Comunità e Quality Of Life

Sempre nei Quaderni di Agenas del 29/12/2022 che riportano le linee guida per la COT è di fatto immaginato il ruolo della COT importante non solo nella fase di dimissione (*Omissis.... Durante il ricovero la struttura ospedaliera esprime il bisogno di continuità delle cure alla COT per il paziente ricoverato, per il quale si prevede alla dimissione la necessità di supporto per la prosecuzione della presa in carico, configurandosi pertanto una "dimissione protetta"...Omissis*), ma anche in quello di Ammissione protetta (*Omissis... Il Territorio (rappresentato dai suoi diversi setting) esprime il bisogno di un ricovero ospedaliero (ammissione protetta)Omissis*). Tuttavia la COT può giocare un ruolo importante anche nel caso di accesso all'ospedale in condizione di urgenza qualora si costituisca a, livello ospedaliero, la così detta **Frailty Unit** e l'integrazione con l'OdC e Hospice. Infatti questo aspetto è fondamentale nella gestione delle persone fragili provenienti dalla rete dei servizi, o dal territorio in generale, che non traggono un beneficio specifico da un ricovero in un reparto per acuti (richiedendo di fatto un pacchetto assistenziale importante in appoggio alla gestione del fatto acuto),



ma che possono fare ritorno in ambiente protetto domiciliare (o altro *setting*) a seguito della stabilizzazione dell'evento acuto (48-72 ore).

TRANSIZIONE TERRITORIO OSPEDALE

Nell'individuazione del fragile si possono utilizzare strumenti di *triage* e di identificazione precoce del bisogno validati che supportano gli operatori nella individuazione immediata dei soggetti fragili da indirizzare alla *Frailty Unit* /OdC. Questo tipo di struttura leggera e sperimentale per il territorio dell'Azienda potrebbe avvalersi della cooperazione applicativa tra gli strumenti informatici di territorio e strumenti informatici ospedalieri attraverso la messa a disposizione al Pronto Soccorso di un ***Patient Assessment Summary***, semplice e comprensibile (come vista interna al sistema ospedaliero) che permetta immediatamente di attivare la COT che può supportare il processo di individuazione della soluzione più opportuna nella rete dei servizi per evitare il ricovero in reparto per acuti.

Questo avrà un impatto importante sui costi generali di gestione (riducendoli) e nel contempo aumenterà di gran lunga l'efficacia dell'azione di cura a favore della persona fragile che può perdere facilmente il suo equilibrio omeostatico (che come è noto può portare a effetti devastanti per l'assistito). Ne emergerà anche un miglioramento importante non solo del gradimento dell'azione di cura, ma anche della "qualità di vita percepita del paziente, delle famiglie e dei *caregiver*"².

Questi interventi, a parte l'aspetto organizzativo legato alla *Frailty Unit* (che si può organizzare anche all'interno di un Ospedale di Comunità) e alle speciali competenze nel trattamento del soggetto fragile e multimorbido, necessita dell'adozione di specifiche soluzioni informatiche legate a:

- Esposizione da parte dei sistemi di territorio del *Patient Assessment Summary*.
- Disponibilità a livello di Pronto Soccorso / Ammissione in OdC di specifici strumenti di *triage* per il rilevamento delle condizioni di fragilità che consentono di individuare il paziente da indirizzare alla *Frailty Unit*.
- Disponibilità di strumenti di DSS (*Decision Support System*) a livello di *Frailty Unit*, che supportino i professionisti nell'individuazione del *setting* di destinazione appropriato e che li aiuti nella definizione dei tempi della presa in carico, dei tempi per la valutazione approfondita e sulle necessità riabilitative del soggetto valutato³.

² Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'Assistenza Domiciliare (Milestone AU M6C1-4), Atto di intesa Conferenza Stato-Regioni, seduta del 21/12/2022, Pag. 5.

³ Strumenti che, peraltro, si intendono utilizzare anche in fase di dimissione da ospedale come strumento di territorio e di approfondimento del bisogno a seguito di segnalazione di condizione di difficile dimissibilità da parte dell'ospedale.



REGIONE BASILICATA

Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona

- Disponibilità di strumenti di rilevazione della qualità percepita del servizio e di qualità della vita.

DA ATTIVARE: questa parte prevede lo sviluppo di una serie di componenti e attività riassumibili in:

- Costruzione *webservices* (con standard HL7 FHIR) con Sistema Informativo Ospedaliero (PS) per resa disponibile del *Patient Assessment Summary* (a partire dagli strumenti di assessment presenti e in uso nei setting di provenienza per Pazienti in carico)
- Analisi e definizione processi, sistemi di interscambio e definizione cronoprogramma di dettaglio (coerentemente con i Casi d'uso previsti dalle linee guida nazionali per la COT).
- Modulo valutativo per PS (Emergency Screener) specifico per la identificazione delle persone fragili.
- Modulo interRAI Contact Assessment per *Frailty Unit*.
- Individuazione informazioni da esporre ad uso della COT (es. posti letto accreditati e convenzionati) e gestione interoperabilità con COT per gestione transizioni e supporto decisionale per governo setting di Presa in Carico appropriato in uscita da *Frailty Unit*
- Modulo campagne rilevazione Qualità del Servizio e QOL (*Quality Of Life* di interRAI).

In definitiva la piattaforma Atl@nte permetterà alla COT con i sistemi in essere e quelli previsti di maintenance and development di soddisfare tutti i requisiti richiesti.



2. L'attuale software di Telemedicina Regionale POHEMA

La piattaforma di Telemedicina Regionale POHEMA è installata in Cloud ed è aperta all'integrazione con i sistemi informativi ospedalieri e territoriali, con le soluzioni di cartella clinica e con tutti i dispositivi di monitoraggio. È basata su **un'architettura cloud-based a micro-servizi**: applicativi, tecnologici e human-based, sulla quale si innestano attività professionali di presa in carico amministrativa e sanitaria, di coordinamento logistico e di supporto formativo.

È un sistema componibile di BPC (Business Package Capabilities) che si adatta agli scenari di un futuro in continuo cambiamento ed in grado di orchestrare e realizzare una nuova esperienza digitale, per il paziente e il personale sanitario. Nello specifico consente di:

- ▶ Gestire le fasi di presa in carico dei pazienti secondo i paradigmi del Chronic Care Model.
- ▶ Gestire le fasi di stadiazione della popolazione in base al grado di sviluppo della patologia e ai relativi bisogni socio-assistenziali, utilizzando PDTA e piani di cura personalizzati.
- ▶ Acquisire e inviare a una Centrale Servizi i dati e le informazioni vitali provenienti dai dispositivi elettromedicali in dotazione ai pazienti/negli ambulatori territoriali/utilizzati dagli operatori sanitari.
- ▶ Realizzare interfacce bidirezionali tra tutti gli stakeholder coinvolti nel Progetto di Salute (APP).
- ▶ Elaborare le informazioni per evidenziare e segnalare eventuali anomalie attraverso Dashboard predisposte sulla base della Data Fabric applicativa
- ▶ Rendere disponibili on line i dati acquisiti ad utenti opportunamente profilati, sulla base di repository documentali aderenti agli standard internazionali (CDA2).
- ▶ Garantire la dimensione di open-platform sulla base di un middleware di integrazione, sviluppato secondo i più moderni standard internazionali (IHE/HL7/FHIR).



REGIONE BASILICATA

Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona

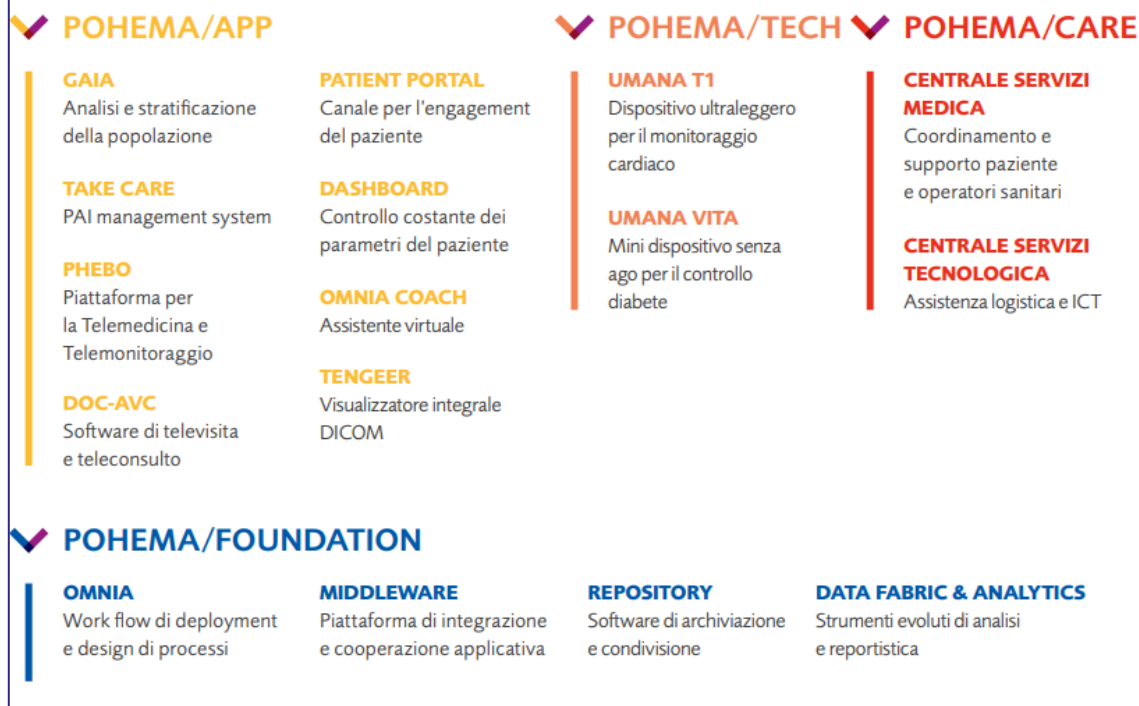
BPC - Business Package Capabilities**Le componenti di POHEMA**

Figura 1

POHEMA consta di un **Repository** realizzato con tecnologia Web Services Soap per l'archiviazione e la condivisione, in totale sicurezza di documenti digitali: file pdf, Excel, documenti di testo, immagini, file firmati digitalmente, xml e file compressi. Tale repository può essere utilizzato – ad esempio – per la conservazione dei piani assistenziali individuali (PAI), la storicizzazione di documenti firmati digitalmente e la condivisione con altri software. Soddisfa gli standard IHE e si può integrare; inoltre ha tre modalità di accesso (stand alone, contesto e API) che gli permettono di essere adattabile a qualunque scenario organizzativo.

La piattaforma è progettata per gestire e garantire l'interoperabilità, l'integrazione e la cooperazione applicativa tra sistemi eterogenei: un Enterprise Application Integration (EAI) di seconda generazione che si concentra sulla parte di infrastruttura per connettere database e applicazioni sviluppati su architetture differenti. Le componenti fondamentali di **Middleware** che coprono i diversi aspetti funzionali sono state sviluppate per poter garantire la massima affidabilità e flessibilità del sistema.

In particolare, gli standard di sicurezza sono focalizzati su:

- ▶ Autenticazione
- ▶ Autorizzazione o controllo accessi
- ▶ Confidenzialità e privacy



REGIONE BASILICATA

Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona

► Integrità

L'architettura a plug-in è progettata per adattarsi alle nuove esigenze di servizio che potrebbero emergere nel corso del tempo e per implementare facilmente politiche di enforcement.

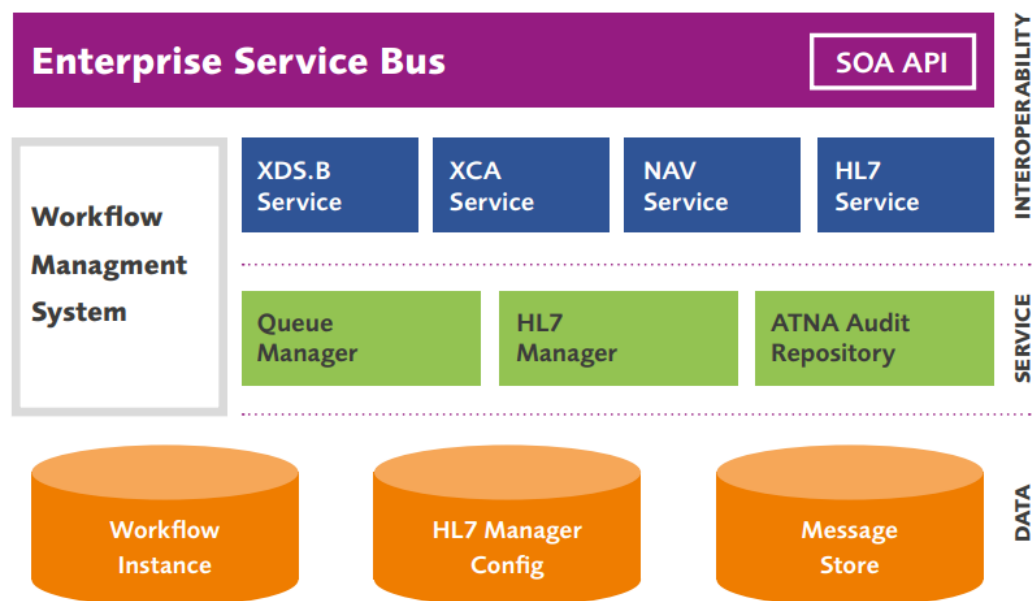


Figura 2

Con riferimento ai sistemi di monitoraggio, in Basilicata è attivo il telemonitoraggio in continuo mediante device T1 di Umana; tale dispositivo è composto da un sensore in nanomateriale - che si applica come un cerotto - e da un minuscolo amplificatore - collegato tramite magnete - che registrano H24: pressione arteriosa, frequenza cardiaca, respirazione, fibrillazione atriale, saturazione del sangue, ECG.

Inoltre, è attivo il telemonitoraggio puntuale mediante Monitor multiparametrico di GIMA PC 300 per il monitoraggio di Frequenza Cardiaca, Pressione Sistolica, Pressione Diastolica, Temperatura e Saturazione.

Il software Regionale di Telemedicina, inoltre, si aggancia e si interfaccia con il Progetto Salute Basilicata, progetto promosso da Regione Basilicata con l'obiettivo di realizzare un punto di accesso unico ai servizi sanitari regionali sicuro, rapido ed efficiente.

Gli assistiti hanno a disposizione un Portale web ed una App mobile per Android e iOS, mediante i quali potranno usufruire sia di servizi di Telemedicina, che di ulteriori servizi Sanitari Regionali (Accesso al FSE, Prenotazioni CUP, Servizi di Prevenzione, Notizie, Deleghe, gestione documenti e referti, ricette dematerializzate, etc.).



Obiettivo 2 – La piattaforma di interoperabilità

L'utilizzo di soluzioni di Telemedicina mira a migliorare la qualità dell'assistenza in termini di

- ▶ Efficacia, fornendo servizi sanitari basati sull'evidenza a coloro che ne hanno bisogno;
- ▶ Sicurezza, evitando danni alle persone cui è destinata la cura;
- ▶ Accentramento sulle persone, fornendo cure che rispondano alle preferenze, ai bisogni e ai valori delle singole persone, così come alle culture delle loro comunità;
- ▶ Tempestività, riducendo i tempi di attesa e ritardi talvolta dannosi sia per chi riceve che per chi presta assistenza;
- ▶ Equità, fornendo la stessa qualità di assistenza indipendentemente da età, sesso, razza, etnia, posizione geografica, religione, stato socioeconomico, affiliazione linguistica o politica;
- ▶ Integrazione, fornendo cure coordinate tra livelli ed erogatori e rendendo disponibile l'intera gamma di servizi sanitari durante tutto il corso della vita;
- ▶ Efficienza, massimizzando il beneficio delle risorse disponibili ed evitando sprechi.

Con riferimento al Decreto Ministeriale del 30.09.2022 con il quale il Ministro della Salute di concerto con il Ministro delegato per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale definisce le procedure di selezione delle soluzioni di Telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, questa Amministrazione si prefigge come obiettivo quello di definire il proprio fabbisogno totale per i servizi di telemedicina previsti per l'infrastruttura regionale di telemedicina come definita nelle Linee Guida adottate in materia ai sensi del comma 15-undecies, lettera a) dell'articolo 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221 e il rispetto di Milestone e Target.

Come sopra anticipato, La Regione Basilicata possiede già una soluzione di Telemedicina diffusa su scala regionale dal 2021 e intende con i nuovi interventi garantire il completo rispetto delle “Linee guida per i Servizi di Telemedicina per il sub-investimento 1.2.3.2”, le quali definiscono i requisiti generali, funzionali e tecnologici per tutti i moduli che compongono l'infrastruttura regionale di telemedicina. I moduli dovranno essere integrati tra loro e integrabili con la piattaforma nazionale di telemedicina.

Si intende quindi proseguire con l'evoluzione tecnologica e funzionale della piattaforma POHEMA in esercizio in Regione Basilicata, allo scopo di estenderne le caratteristiche verso un sistema informativo Ospedale/Territorio completamente interoperabile e modellabile rispetto ad un approccio gestionale non orientato solamente al singolo problema, ma adattabile a tutti i processi legati ai percorsi del paziente.



REGIONE BASILICATA

Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona

L'evoluzione della piattaforma in uso permetterà non solo di poter gestire il telemonitoraggio per pazienti a domicilio con patologie respiratorie e/o di scompenso cardiaco e di proseguire con le attività di televisita per le prestazioni ambulatoriali, ma anche di far evolvere i modelli di cura in tutti quei contesti nei quali sia prevista la completa gestione del paziente da remoto.

Il sistema proposto deve necessariamente integrarsi da un lato con gli attuali Software Ospedalieri attivi in Regione Basilicata e dall'altro verso i sistemi di gestione informatizzata del territorio, fornendo uno strumento aggiuntivo e fondamentale per la corretta ed efficace gestione dei percorsi clinici Ospedale/Territorio e gestione attiva della cronicità. **L'intervento si concentrerà, quindi, sul potenziamento dell'architettura modulare presente sull'applicativo con l'estensione/evoluzione della attuale piattaforma verso un sistema a microservizi. Questo modello consentirà di attivare in maniera progressiva le funzionalità presenti in piattaforma e di integrarle, possibilmente in maniera nativa, all'interno dell'ecosistema informativo del SISIR. Il risultato atteso è quello di poter rendere trasparente all'operatore l'utilizzo delle funzioni applicative di televisita, telemonitoraggio, teleconsulto, teleassistenza e telerefertazione in maniera tale che l'utilizzatore si ritrovi queste stesse funzionalità disponibili nel proprio software e/o richiamabili da procedure e contesti diversi.**

3. Interoperabilità e Servizi di Telemedicina

Secondo le Linee Guida AGID sull'interoperabilità, gli ambienti di produzione della Piattaforme di Telemedicina devono essere erogati in «Cloud» secondo il modello di servizio SaaS al fine di abilitare, per ogni regione/azienda sanitaria, la fruizione di un servizio «chiavi in mano» componibile con i moduli dei servizi minimi di telemedicina. Tale modello prevede che una singola istanza applicativa sia in grado di servire contemporaneamente più Enti e siti a livello locale, i quali accedono alla medesima istanza applicativa in esecuzione su risorse virtuali condivise.

L'infrastruttura regionale di telemedicina deve prevedere un'integrazione con i servizi abilitanti presenti nella infrastruttura nazionale di telemedicina condividendo eventi, dati e documenti secondo un comune modello dati standard al fine di garantire la piena interoperabilità. Inoltre, la soluzione di Telemedicina in corso di sviluppo dovrà integrarsi con i principali S.I. nella Regione, come ad esempio cartelle cliniche AMICO e CUP, ATL@NTE, Arca, al fine di garantire interoperabilità e scambio di informazioni.

L'interoperabilità tra le componenti applicative della piattaforma di Telemedicina ed altri sistemi sanitari aziendali, regionali e nazionali deve avvenire applicando l'uso di standard internazionali, quali: HL7 (Health Level 7), WSDL Web Services Description LanguageXML (Extensible Markup Language) oppure tramite API secondo WS JSON/REST.



REGIONE BASILICATA

Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona

Ambito	Dato - documento - flusso - funzione	Infrastruttura - Sistema	Direz.	Tecnologia
Nazionale	<i>Documenti HL7 CDA</i>	Nuovo FSE - Documenti	->	Alimentazione Gateway da Data Lake
	<i>Dati strutturati (HL7 FHIR)</i>	Nuovo FSE – EDS	->	Alimentazione Gateway da Data Lake
	<i>Ricette dematerializzate</i>	Sistema TS – SAC	->	Invocazione servizi Sistema TS
Regionale	<i>Identità utenti</i>	IAM	->	Invocazione servizi IAM (SPID CIE CNS)
	<i>Anagrafe assistiti</i>	ASUR – ANA AMA	->	Invocazione servizi ASUR
	<i>Dati di Accoglienza e Valutazioni Multidimensionali</i>	Atl@nte	<- ->	Nativamente integrato
	<i>Documenti HL7 CDA</i>	FSE Regionale	<- ->	CDR – invocazione servizi FSE
	<i>Servizi telemedicina</i>	Tele HUB	<- ->	Invocazione servizi Pohema
	<i>Flussi SIAD, FAR e Hospice residenziale</i>	Piattaforma accoglienza	->	Specifiche Regionali
	<i>Esami, visite</i>	CUP regionale	<- ->	Specifiche C U P regionale
	<i>Dematerializzata</i>	Sistema regionale	<-	Specifiche regionali
	<i>Risultati di laboratorio (1)</i>	LIS	<-	Messaggistica HL7 2.5 ORL
Aziende Sanitarie	<i>Referti e immagini radiologiche</i>	RIS	<->	Messaggistica HL7 e Dicom
	<i>Quadro clinico, terapie</i>	CCE Salute Mentale	<-	Da flussi ministeriali
	<i>Quadro clinico, terapie</i>	SERD	<-	Da flussi ministeriali
	<i>Anamnesi, situazione clinica, terapia</i>	CCE	<-	Da flussi ministeriali
	<i>Dossier sanitario Aziendale/FSE</i>	Piattaforma Aziendale/regionale	<->	Da specifiche nazionali
	<i>Anamnesi, situazione clinica, terapia</i>	ADT/CCE	<->	Invocazione servizi AMICO e ARCA
	<i>Schede e segnalazioni alla dimissione</i>			
Erogatori servizi	<i>Programmazione PDTA – PAI – PRI</i>	Atl@nte - POHEMA	->	Invocazione servizi
	<i>Erogazione PDTA – PAI – PRI</i>	Atl@nte - POHEMA	<-	Invocazione servizi

4. Azioni da mettere in campo per proseguire con il processo di interoperabilità e integrazione con gli altri software del SI regionale e device di monitoraggio.

La piattaforma di Telemedicina dovrà utilizzare lo standard HL7 FHIR per la strutturazione e la ricezione delle informazioni cliniche da sistemi informativi esterni (interoperabilità). Inoltre, dovrà supportare lo standard DICOM per la comunicazione, la visualizzazione, l'archiviazione e la stampa di informazioni ed immagini di tipo biomedico. L'Infrastruttura Regionale di telemedicina dovrà divenire un insieme di verticali che, tramite il gateway, alimenteranno EDS e l'FSE con dati, documenti ed eventi legati ai percorsi di telemedicina. Gli eventi caratterizzeranno i contesti di asset assistenziale in cui i dati e documenti sono prodotti e sono definiti tramite un set di dati. Rappresenteranno ad esempio l'inizio e la fine di un percorso assistenziale che si protrae nel tempo, ma anche un evento puntuale, come una visita o la segnalazione, essere predisposto per essere sottoposto ai percorsi previsti dalla normativa vigente per acquisire la certificazione come dispositivo medico (certificazione MDR). Il software dovrà tener traccia di accesso, visualizzazione, inserimento, modifica o importazione dei dati e dovrà offrire una

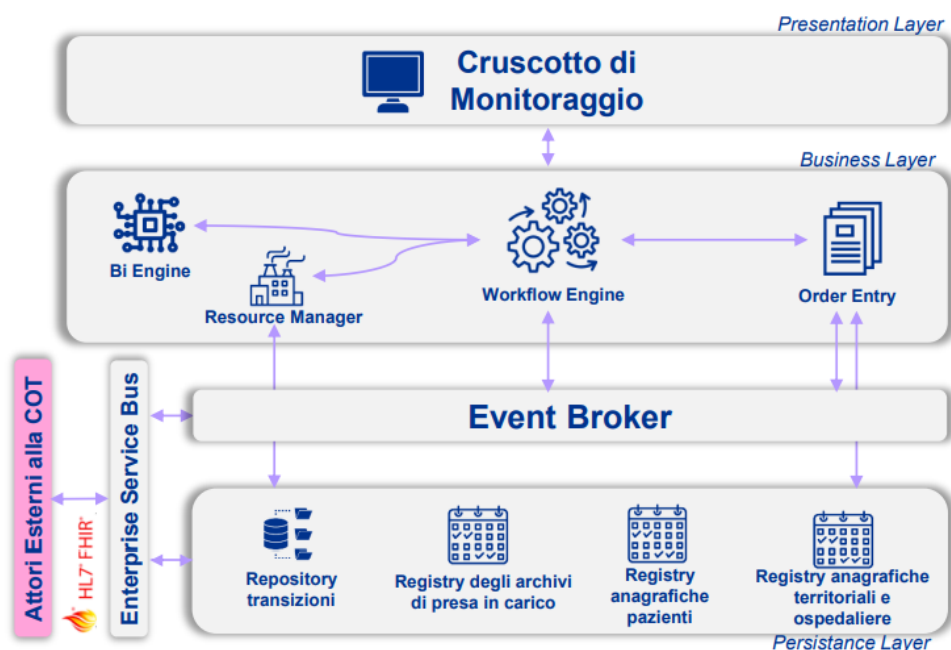


REGIONE BASILICATA

Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona

semplice user interface e user experience per gli operatori della COT e prevedere procedure per garantire la Business Continuity. L'architettura della Soluzione proposta dovrà prevedere: i sistemi con cui la COT deve interfacciarsi (anagrafiche strutture, anagrafica pazienti, ecc.) per ottenere le informazioni necessarie; un livello di interfacciamento interaziendale e quindi regionale con informazioni che vengono scambiate in modalità near real-time; la modalità di interoperabilità con i soggetti coinvolti nei processi relativi alle funzioni svolte dalla COT.

Figura 3



1. Attori esterni alla COT: i sistemi informatici dei setting assistenziali dovranno interagire con il S.I. COT, inviando e ricevendo dati (inclusi dati «near real-time» della disponibilità dei posti letto, liste d'attesa, ecc. Es. ATL@NTE).
2. Enterprise Service Bus: dovrà garantire lo scambio di dati alimentando e ricevendo dall'Event Broker i messaggi necessari per la gestione delle transizioni.
3. Repository: L'intero Layer assumerà una funzione di repository per tre tipologie di informazioni (anagrafiche territoriali e ospedaliere, archivi di presa in carico e transizioni avvenute).
4. Event Broker: riceverà informazioni e richieste di cambi setting dall'esterno attraverso l'Enterprise Service Bus ed attribuirà o modificherà lo stato delle transizioni.
5. Order Entry: permetterà di inserire richieste di prestazione ricevute e tracciarne l'evoluzione fino all'esito.
6. Workflow Engine: La richiesta di transizione verrà sottoposta al Workflow Engine che procederà con la prioritizzazione di essa sia in termini temporali che in termini



REGIONE BASILICATA

Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona

di gravità e/o urgenza.

7. Resource manager: verificherà la disponibilità delle risorse e delle strutture presenti sul territorio necessarie per soddisfare il bisogno assistenziale.
8. BI engine: Tale modulo si occuperà del monitoraggio delle transizioni e gestione degli eventuali scostamenti dal processo atteso.
9. Cruscotto di Monitoraggio: Il cruscotto di monitoraggio rappresenterà lo strumento di visualizzazione dell'operatore della COT, tramite il quale si occuperà della gestione e monitoraggio delle transizioni. Tale cruscotto dovrà essere supportato da Reportistica dedicata e customizzata per i vari profili che accederanno al sistema.

Al fine di garantire l'interoperabilità secondo gli standard sopra definiti, la soluzione dovrà integrarsi con i principali sistemi informativi nella Regione.

- ▶ Cartella Ambulatoriale ARCA
- ▶ CUP
- ▶ sistemi RIS e LIS aziendali
- ▶ Fascicolo Sanitario Elettronico
- ▶ Sistemi di Pronto Soccorso e ADT
- ▶ Sistema di Gestione dei Ricoveri
- ▶ Sistema Contabile delle Aziende SSR
- ▶ Altre cartelle verticali in uso in Regione Basilicata.

Pohema è già integrato con AURA – Anagrafe Unica Regionale degli Assistiti e con il sistema di Autenticazione Regionale SISIR (inglobando autenticazione con SPID/CIE e CNS come da direttiva AGID).

È in corso l'integrazione con AUMO – Anagrafe Unica Medici e Operatori e ATL@NTE (Software in uso presso l'ADI e le Cure Domiciliari, residenze sociosanitarie, strutture e servizi riabilitazione ex art.26, salute mentale, hospice, consultori familiari).

In aggiunta alle integrazioni già realizzate e in corso di realizzazione (Sensore T1 Umana e Monitor Multiparametrico PC 300), si richiede di attivare protocolli di comunicazioni



REGIONE BASILICATA

Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona

verso nuovi dispositivi elettromedicali che saranno individuati come utili per il Telemonitoraggio in abbinamento ai differenti PDTA regionali.

Le Aziende Regionali, nella fornitura/approvvigionamento dei dispositivi medicali, dovranno adeguarsi agli standard che la Regione di concerto con ASP metterà a disposizione nel corso del Progetto.

Il Fornitore di POHEMA dovrà quindi tener conto di questi standard nell'analisi e nell'attivazione di Protocolli di Comunicazione verso i dispositivi di telemonitoraggio e telesoccorso da integrare.

I Servizi di Telemedicina Attivi in Regione Basilicata

Come sopra annunciato, **la Regione Basilicata intende proseguire con lo sviluppo e l'implementazione della soluzione in essere definendo i requisiti generali, funzionali e tecnologici per tutti i moduli che compongono l'infrastruttura regionale.** Tali moduli dovranno essere integrati tra loro e integrabili con la piattaforma nazionale di telemedicina.

La piattaforma regionale presenta già un'articolazione nelle seguenti tipologie di servizi:

- **Televisita**
- **Teleconsulto**
- **Teleassistenza**
- **Telemonitoraggio/Telecontrollo**

Non si intende quindi acquistare dalle Regioni "Capofila" tali servizi ma si richiede al fornitore di evolverli nella piena integrazione con il sistema di Telemedicina Nazionale.

I dati provenienti da tali servizi (comprensivi di alert e informazioni utili) dovranno costituire un EDS (Ecosistema di Dati Sanitari) regionale che dovrà sempre alimentare un



EDS Nazionale mediante Gateway Nazionale che dovrà validarli prima dell'invio. I Dati rilevanti quali gli alert dovranno essere trasmessi al FSE dell'Assistito

I servizi di Teleconsulto/Teleassistenza e Telecontrollo sono ancora da attivare in Regione Basilicata ma rappresentano un set di servizi già disponibili sulla Piattaforma Regionale POHEMA.

I microservizi specifici/trasversali/opzionali

Ciascun servizio minimo sopracitato è composto da un set di micro-servizi logici che ne implementano il relativo perimetro funzionale e viene classificato all'interno di uno dei seguenti cluster:

- ▶ **specifici:** micro-servizi logico/funzionali essenziali e propri per l'erogazione dei servizi di telemedicina, in questo senso debbono far parte dell'implementazione dell'infrastruttura regionale di telemedicina. Tali micro-servizi debbono essere sviluppati perché utilizzati esclusivamente per la Infrastruttura regionale di telemedicina (IRT). Si aggiunge che questa deve: usufruire dei servizi abilitanti erogati dall'Infrastruttura nazionale di telemedicina, conferire i dati e gli eventi tramite il Gateway (di cui FSE 2.0) e integrarsi con i servizi «trasversali» di ogni regione, rispettando i processi definiti all'interno delle linee d'indirizzo elaborate a livello nazionale
- ▶ **trasversali:** sono identificati come «trasversali» quei micro-servizi logici necessari, nel singolo contesto regionale, per l'integrazione con i servizi funzionali all'erogazione delle prestazioni siano esse erogate in presenza e/o in telemedicina. Ad esempio, per il micro-servizio «refertazione e firma digitale» non si deve realizzare un modulo ad hoc per la gestione della refertazione e della firma digitale di una prestazione in telemedicina ma si deve prevedere l'integrazione con il modulo regionale, se già presente. Tali servizi risultano a supporto del sistema sanitario regionale per integrare la telemedicina all'interno del modello organizzativo, tecnologico e normativo esistente e, pertanto, devono obbligatoriamente essere inclusi nelle progettualità regionali afferenti alle Infrastrutture regionali di telemedicina;
- ▶ **opzionali:** sono identificati come «opzionali» quei micro-servizi che possono essere inclusi all'interno del perimetro di funzionalità delle iniziative progettuali di telemedicina presentate dalle regioni, ma che non rappresentano un presupposto necessario per lo sviluppo dei servizi minimi, in quanto non strettamente necessari per l'erogazione delle prestazioni in telemedicina. Rientrano in questo cluster di servizi tutte le componenti applicative identificate come «sperimentali innovative»



REGIONE BASILICATA

Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona

all'interno del documento di linee guida piattaforma che andranno ad innestarsi sui servizi «specifici» e «trasversali» che sono da includere obbligatoriamente fin dalla prima release della soluzione.

I micro-servizi «specifici» e «trasversali» dovranno essere necessariamente presenti affinché l'Infrastruttura regionale di telemedicina possa funzionare; pertanto, vanno sempre inclusi nelle Infrastrutture regionali di telemedicina.

Tra le funzionalità assicurate dai servizi «specifici» è da attivare l'integrazione dell'Infrastruttura regionale di telemedicina con l'Infrastruttura nazionale di telemedicina attraverso il Gateway messo a disposizione dall'architettura propria del progetto FSE 2.0.

MICROSERVIZIO	SPECIFICO / TRASVERSALE / OPZIONALE	TELEVISITA	TELECONSULTO	TELEMONITORAGGIO	TELEASSISTENZA
ANALISI DEL CASO CON SUPPORTO AI	Opzionale		X		
BILLING MANAGEMENT	Trasversale	X			X
BOOKING MANAGEMENT SYSTEM	Trasversale	X	X		X
CALIBRAZIONE DEI DEVICE TRAMITE RPA	Opzionale			X	
CAREPLAN MANAGEMENT	Specifico	X	X	X	X
CASE MANAGER	Specifico			X	
CHAT MESSAGING	Specifico	X	X	X	X
CONDIVISIONE DI DOCUMENTI	Specifico	X	X		X
CONFIGURATORE DISPOSITIVI MEDICI	Specifico			X	
DEFINIZIONE PERCORSO DI CURA	Specifico			X	
DEFINIZIONE SECOND OPINION	Specifico		X		
FORMAZIONE PAZIENTE/CAREGIVER	Specifico			X	
GESTIONE CARE TEAM	Specifico				X
GESTIONE DOCUMENTALE SU NFT	Opzionale	X	X		X
GESTIONE LISTA DI LAVORO	Specifico		X		
MODELLI DI ANALISI PREDITTIVA	Opzionale			X	X
MODELLI PREDITTIVI DI FORECAST	Opzionale		X		
MOTORE DI WORKFLOW	Specifico	X	X	X	X
NATURAL LANGUAGE PROCESSING (NLP)	Opzionale	X			
PATIENT ONBOARDING	Specifico	X	X	X	X
REFERTAZIONE E FIRMA DIGITALE	Trasversale	X			
SISTEMA AI DI SMART SUGGESTION	Opzionale				X
SISTEMA DI GESTIONE EVENTI E NOTIFICHE	Specifico	X	X	X	X
SPEECH RECOGNITION	Opzionale	X	X		X
SUPPORTO CAREGIVER	Specifico			X	X
SURVEY MANAGEMENT	Specifico	X		X	
TASK PLANNER	Opzionale	X	X	X	X
VALIDAZIONE DATA QUALITY	Specifico			X	
VIDEOCONFERENCING	Specifico	X	X	X	X
VIEWER DATI CLINICI	Trasversale	X	X	X	X

Il presente set di microservizi è già disponibile sulla Piattaforma Regionale di telemedicina POHEMA, pertanto, non è necessario attingere dalle soluzioni nazionali. È necessario però decidere quali dei microservizi attivare e configurarli adattandoli al contesto organizzativo e tecnologico in continuità con i piani di ammodernamento e completamento dell'ecosistema regionale.



REGIONE BASILICATA

Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona

In sintesi:

		RISPOSTA POR per Regioni che utilizzano propria IRT					DOCUMENTO
MICRO-SERVIZI	Tipologia	Televisita	Teleconsulto	Teleassistenza	Telemonitoraggio Livello 1	Telemonitoraggio Livello 2	
Servizi Minimi di Telemedicina previsti nel D.M. 21 sett 2022	Analisi del caso con supporto AR	Opzionale		I			D.M. 21 sett 2022
	Billing Management	Trasversale	I		I		
	Booking Management System	Trasversale	I	I	I		
	Calibrazione dei device tramite RPA	Opzionale			A	A	
	Careplan Management	Specifico	P	P	P	P	
	Case manager	Specifico			P	P	
	Chat Messaging	Specifico	P	P	P	P	
	Condivisione di Documenti	Specifico	P	P	P		
	Configurazione Dispositivi Medici	Specifico				P	
	Definizione percorso di Cura	Specifico				P	
	Definizione Second Opinion	Specifico		P			
	Formazione paziente/ caregiver	Specifico			P	P	
	Gestione Care Team	Specifico			P		
	Gestione documentale su NFT	Opzionale	A	A	A		
	Gestione Lista di Lavoro	Specifico		P			
	Modelli di Analisi Predittiva	Opzionale			A	A	
	Modelli Predittivi di Forecast	Opzionale		I			
	Motore di Workflow	Specifico	P	P	P	P	
	Natural Language Processing-NLP	Opzionale	P				
	Patient Onboarding	Specifico	P	P	P	P	
	Refertazione e Firma Digitale (Pades)	Trasversale	R				
	Sistema AI di Smart Suggestion	Opzionale			P		
	Sistema di Gestione Eventi e Notifiche	Specifico	P	P	P	P	
	Speech Recognition	Opzionale	P	P	P		
	Supporto Caregiver	Specifico			I	I	
	Survey Management	Specifico	P			P	
	Task Planner	Opzionale	P	P	P	P	
	Validazione Data Quality	Specifico				I	
	Videoconferencing	Specifico	P	P	P	P	
	Viewer Dati Clinici DICOM	Trasversale	R	R	R	R	
	Eventuali ulteriori micro-servizi Opzionali di cui proporre l'acquisizione	Opzionale	A	A	A	A	

LEGENDA

(P) già Presente ed integrato

(I) da Integrare in quanto già sviluppato

(A) da Acquisire

(R) in realizzazione e poi da integrare entro attivazione

(D) è Disinteressata ad acquisizione / integrazione



RISPOSTA POR per Regioni che utilizzano propria IRT

Servizi Minimi di Telemedicina della Regione / P.A.	Il SMT soddisferà, entro la data di avvio, tutti i requisiti tecnico-funzionali e d'interoperabilità previsti nello schema progettuale e nelle procedure di validazioni indicate nei documenti "Linee Guida di Telemedicina (Aspetti funzionali e tecnici)" e "Piattaforma di Telemedicina ed Ecosistema FSE"?	Si / No	Sì	Linee Guida di Telemedicina (Aspetti funzionali e tecnici) - "Piattaforma di Telemedicina ed Ecosistema FSE"
	Il SMT soddisferà, entro la data di avvio, tutti i requisiti tecnico-funzionali e d'interoperabilità previsti nei D.M. del 21 settembre 2022 e del 30 settembre 2022?	Si / No	Sì	D.M. 21 sett 2022 D.M. 30 sett 2022

Modalità di azione prevista

Nella logica della preservazione degli investimenti già realizzati la Regione intende attivare il modello di COT e Telemedicina sviluppando un approccio orizzontale di implementazione così da garantire un processo omogeneo nel territorio e garantire una formazione progressiva del personale che possa muoversi sul territorio conoscendo esattamente i SI rilasciati.

Questo comporta sia una azione progressiva di deployment sia lo sviluppo di una serie di attività come meglio sintetizzate di seguito:

- Analisi, progettazione, realizzazione e declinazione sul contesto *della Regione* della *suite* di servizi e soluzioni applicative che fanno parte del modello Regionale. In particolare, tali attività riguardano:
 - Analisi dei processi in essere e definizione di quelli mancanti con declinazione delle tempistiche di processo e degli alert che alimentano il cruscotto della COT.
 - Definizione delle specifiche funzionali e di interfaccia dei sistemi.
 - Definizione delle specifiche di interfaccia verso i sistemi informativi esterni (sistemi non già integrati: es. SI degli erogatori e Servizi Sociali).
 - Realizzazione moduli non già presenti nelle soluzioni in essere.
 - Il test delle componenti *software*.
- Attivare appropriati servizi di supporto alla fase di implementazione dei nuovi moduli, nella fase della loro diffusione garantendo il governo complessivo del sistema.
- Attivare adeguati servizi di manutenzione, assistenza ed esercizio dei SI comprese le eventuali personalizzazioni, aggiornamenti e implementazioni introdotti nel tempo.
- Pianificare e realizzare, nell'arco temporale di evoluzione del presente progetto, la necessaria evoluzione dei SI.



Tempistica

Il SI COT e di Telemedicina ha già a disposizione attualmente una serie di software che permettono, seppur parzialmente, un'attivazione in 120 giorni.

Il progetto sarà completato secondo le fasi di seguito descritte.

FASE	Scadenza
Completamento analisi e definizione documentale	Agosto 2023
Rilascio interfaccia grafica di monitoraggio e reportistica di analisi BI	Febbraio 2024.
Completamento sistema ed integrazioni come strumento funzionante e operativo	Giugno 2024.
Sviluppi adeguamenti e altre implementazioni	Nei termini evolutivi del PNRR.