

PIANO DEI FABBISOGNI

Azienda Tutela della Salute Sardegna

Gestione della Non Emergenza

Attivazione sperimentale del Servizio 116117

Sistema Pubblico di Connettività - Lotto 4

Progetto:	Piano Triennale ICT – Sistemi Informativi Sanitari		Sottoprogetto:	Attivazione numero unico 116117 – Gestione della Non Emergenza. Attivazione sperimentale del Servizio 116117	
Redatto da:	Azienda Tutela della Salute della Sardegna				
Versione:	7.2	Data	29/05/2018	Autore:	Dott. Piergiorgio Annicchiarico Direzione Dipartimento ICT



SOMMARIO

1	INTRODUZIONE.....	4
1.1	Premessa.....	4
1.2	Contesto.....	5
1.3	Numero Unico 116117.....	6
1.4	Scopo.....	8
1.5	Campo di applicazione.....	8
1.6	Assunzioni – Prerequisiti a carico di ATS	8
1.7	Riferimenti	9
1.8	Acronimi e glossario.....	9
2	DATI ANAGRAFICI AMMINISTRAZIONE	10
2.1	Dati anagrafici amministrazione	10
3	DESCRIZIONE E DURATA DEL FABBISOGNO	11
3.1	Modello organizzativo	11
3.2	Software di Sala Operativa per Servizio di Continuità Assistenziale - 116117	13
3.3	Certificazione dei protocolli di intervista telefonica.....	14
3.4	Ottimizzazione dei servizi sul territorio	15
3.5	Integrazione con il Sistema Informativo Sanitario Territoriale.....	15
3.6	Catalogo dei Servizi Sanitari.....	16
3.7	Portale del Servizio 116117	17
3.8	Monitoraggio	18
3.9	Formazione e Assistenza.....	19
3.9.1	Formazione	19
3.9.2	Assistenza.....	20
3.10	Ambito territoriale della sperimentazione	21
3.11	Promozione del Servizio 116117.....	21
3.12	Change Management.....	22
3.13	Servizi di supporto e di gestione operativa	23
4	DESCRIZIONE DEI SERVIZI	24
4.1	Servizi di sviluppo.....	24
4.1.1	L4.S1 Progettazione, Sviluppo, Mev e Rifacimento di portali, siti e applicazioni web	24
4.1.2	L4.S2 Progettazione, Sviluppo, Mev e rifacimento di APP.....	24
4.2	L4.S5 - Manutenzione Correttiva/Adeguativa di siti web, portali, applicazioni web e APP	25
4.3	Servizi di Gestione.....	25
4.3.1	L4.S3 - Content Management.....	25

4.3.2	L4.S4 - Gestione Operativa	25
4.3.3	L4.S6 - Conduzione Operativa.....	26
4.4	L4.S7 - Supporto Specialistico	26
4.5	Servizi selezionati dall'amministrazione	26
5	ALLEGATO 1 – SCHEDA PROGETTO POR-FESR	27



1 INTRODUZIONE

1.1 Premessa

La Legge Regionale 27 luglio 2016, n. 17 ha modificato l'assetto istituzionale del Servizio sanitario regionale della Sardegna, istituendo l'**Azienda per la Tutela della Salute (ATS)** della Sardegna.

L'ATS Sardegna nasce dalla fusione per incorporazione delle sette ex-ASL nell'azienda incorporante di Sassari.

L'Azienda è articolata in otto Aree Socio-Sanitarie Locali (ASSL), corrispondenti ai territori delle vecchie AASSL; è prevista l'istituzione della ASSL dell'Area Metropolitana di Cagliari, contestualmente all'attuazione della riforma sugli Enti Locali. Nelle ASSL ci sono i Distretti, che sono definiti per numero e ambiti territoriali.

Funzioni e Organizzazione dell'ATS Sardegna

L'ATS, sulla base degli atti di indirizzo deliberati dalla Giunta Regionale e delle direttive dell'Assessorato competente in materia di sanità, svolge le funzioni di:

- a) Programmazione aziendale e gestione complessiva dell'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari;
- b) Omogeneizzazione e armonizzazione dei processi gestionali nel territorio regionale in coordinamento con l'attività delle altre aziende sanitarie;
- c) Accentramento, per quanto di competenza di tutte le aziende sanitarie della Sardegna, dei processi di aggregazione della domanda di beni e servizi e di approvvigionamento degli stessi;
- d) Gestione accentrata, secondo gli indirizzi della Giunta regionale e nel rispetto delle disposizioni di cui all'articolo 18, comma 1, della legge regionale n. 10 del 2006 per quanto attiene le aziende ospedaliero-universitarie, per tutte le aziende sanitarie della Sardegna, delle procedure concorsuali e selettive, del trattamento economico del personale, dei magazzini e della relativa logistica, delle reti informatiche e delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, delle tecnologie sanitarie e della valutazione dell'impatto delle stesse;
- e) Gestione accentrata, secondo gli indirizzi della Giunta regionale, per tutte le aziende sanitarie della Sardegna, delle procedure di gara per la progettazione, realizzazione, manutenzione, alienazione, concessione e locazione degli immobili costituenti patrimonio delle stesse;
- f) Definizione degli accordi con le strutture pubbliche ed equiparate e stipula dei contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, ai sensi dell'articolo 8 della legge regionale n. 10 del 2006, in coerenza con la programmazione territoriale di cui all'articolo 4, comma 5, lettera a);
- g) Accentramento delle procedure di organizzazione dei percorsi di formazione ECM.

La ATS Sardegna è impegnata in un profondo processo di riorganizzazione, razionalizzazione e centralizzazione: sono infatti in corso dei percorsi di riorganizzazione complessiva della Sanità Regionale, di riorganizzazione e razionalizzazione dei Presidi Ospedalieri, di revisione dei processi di Presa in Carico dei pazienti, di centralizzazione dei processi amministrativi e di acquisti e di quelli Clinico-Sanitari. L'obiettivo fondamentale che si intende raggiungere è quello di rimettere il Paziente al centro dei processi assistenziali, di cura e prevenzione, con la certezza della sostenibilità finanziaria del sistema.

1.2 Contesto

In questo contesto l'innovazione digitale è una leva strategica per l'ATS, che sta affrontando un cambiamento epocale e una profonda trasformazione dei processi di erogazione dei propri servizi sanitari. Una trasformazione che parte dall'oggi, con il progressivo miglioramento del supporto alla gestione dei servizi al cittadino-paziente e che, contemporaneamente, guarda già al futuro.

Nell'ambito del Piano Sanitario Triennale 2018-2020 l'ATS Sardegna ha posto un particolare focus sul Servizio di Continuità Assistenziale, i cui operatori dovranno realizzare sinergie importanti con i MMG e i MCA nel governo non solo della cronicità, ma anche dei bisogni a bassa e media complessità evitando che l'utente si rivolga all'Ospedale per patologie non urgenti e differibili (integrazione dei servizi per un arco di tempo tra le ore 16 e le ore 24).

Il Servizio di Continuità Assistenziale assicura interventi domiciliari e territoriali per esigenze assistenziali notturne, festive e prefestive indirizzando il servizio a tutta la popolazione appartenente ad ogni fascia di età e presente in un ambito territoriale definito.

Attualmente in Sardegna il Servizio è articolato in circa 190 punti di Continuità Assistenziale e ciascun cosiddetto "punto guardia" opera in un preciso ambito territoriale; le dimensioni degli ambiti territoriali sono complessivamente molto ridotte, per la particolare dispersione dei centri abitati; sono presenti, infatti, 15 ambiti territoriali con popolazione inferiore a 2.000 abitanti e 30 ambiti territoriali con popolazione compresa tra i 2.000 e i 3.000 abitanti.

Le prestazioni del Servizio di Continuità Assistenziale sono realizzate da medici convenzionati con ATS sulla base della disciplina del Capo III dell'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale.

Come detto, l'attuale organizzazione consta di circa 190 'punti guardia' su cui operano in media 4 medici di cui circa 500 a tempo determinato e circa 300 a tempo indeterminato. Il servizio è caratterizzato da un alto turnover di professionisti in particolare in alcune sedi periferiche. Occorre anche ricordare che nei tre mesi estivi vengono attivati i 'punti di guardia turistica' che integrano l'offerta dei servizi di Continuità Assistenziale.

La riorganizzazione del servizio è finalizzata a garantire tempestività delle risposte ed equità nell'accesso, in modo da assicurare un'effettiva continuità dell'assistenza rispetto ai medici di assistenza primaria ed anche al sistema del 118.

Le principali criticità che si rilevano nell'attuale organizzazione del servizio sono le seguenti:

- a) il servizio non garantisce sufficiente appropriatezza rispetto alle prestazioni erogate; la mancanza di meccanismi di filtro (o triage) delle richieste degli assistiti espone il medico di 'punti guardia' alla possibilità di richiesta inappropriata;
- b) il livello di qualità percepita dalla utenza è non soddisfacente in relazione alle aspettative;

- c) la percezione della qualità non soddisfacente crea il fenomeno del ricorso inappropriato al Pronto Soccorso, e quindi la funzione di filtro sui codici bianchi del pronto soccorso è del tutto insufficiente;
- d) l'isolamento in strutture periferiche talvolta non sufficientemente idonee rispetto alle condizioni della operatività e alla sicurezza, costituisce motivo frequente di mortificazione professionale dei MCA, rischio personale e marginalità rispetto al sistema dell'assistenza distrettuale;
- e) l'attuale assenza di utilizzo delle forme associative con i medici di assistenza primaria (AFT) nell'erogazione delle attività, limita l'effettiva continuità della presa in carico degli assistiti.

Il processo di riorganizzazione che l'ATS intende attuare dovrà tener conto sia di criticità testé elencate sia dell'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse ponendo, in un sistema di rete e circolarità, gli operatori del servizio di continuità in modo da realizzare le necessarie e opportune sinergie con i MMG/PLS e la rete dell'emergenza e urgenza.

La proposta di riorganizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale, in fase di definizione, tiene conto:

- 1) dei volumi di attività per turno di 12/h e dei volumi/anno
- 2) della rete viaria e percorribilità verso altre sedi limitrofe entro 30 m
- 3) della dislocazione nel territorio delle postazioni del 118
- 4) dell'attivazione del Numero Unico 116117
- 5) della presenza sul territorio delle istituende Case della Salute e degli Ospedali di Comunità.

In una prima fase si ritiene possa essere rimodulata l'offerta concentrandola in una fascia oraria congrua rispetto alla domanda storica e individuando dei centri di assistenza per l'ambito territoriale di riferimento cui si potrà rivolgere il cittadino avendo comunque garanzia di continuità del servizio.

Alla stessa stregua si ritiene che debba essere adeguata l'offerta di quelle sedi che hanno un organico 'potenziato' (oltre un medico per turno), ma che non hanno un volume di attività in termini quantitativi e qualitativi congruo rispetto alla dotazione di personale in servizio.

Altro aspetto da non trascurare è la possibilità di afferenza di alcune sedi "di confine di area ASL" ad altre aree limitrofe così da garantire le maggiori sinergie possibili e l'integrazione nella rete ATS.

La partecipazione del Servizio di Continuità Assistenziale alle AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale) delle Cure Primarie offrirà opportunità e certezze agli utenti anche in termini di ampliamento dell'orario di disponibilità dei servizi (da 12 a 16 e infine a 24h) man mano che l'integrazione professionale sarà promossa e supportata da strumenti contrattuali validi e attuali.

1.3 Numero Unico 116117

Il Numero Unico 116117 è il numero unico internazionale per l'accesso ai Servizi di Cure Mediche non urgenti e altri servizi sanitari; concorre alla gestione della domanda assistenziale a bassa intensità/priorità e la sua attivazione non è legata solo alla sostituzione dei numeri di Continuità Assistenziale, ma opera in raccordo con il servizio di emergenza urgenza dalle ore 24 alle ore 8 con funzioni in grado di assicurare la continuità delle cure e di intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità.

Infatti l'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013 – "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" (Allegato A) ha fornito le indicazioni

relativamente all'adozione di sistemi di ricezione delle richieste di Assistenza primaria nelle 24 ore finalizzati ad assicurare la continuità delle cure e intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità, mediante i seguenti elementi principali:

- Centralizzazione almeno su base provinciale delle chiamate al Servizio di Continuità Assistenziale;
- Condivisione con il servizio di Emergenza Urgenza delle tecnologie e integrazione con i sistemi informativi regionali, lasciando comunque distinto l'accesso degli utenti alle numerazioni 118 e alla Continuità Assistenziale.

Il Numero Unico 116117 risponde alle seguenti caratteristiche:

- È uno strumento di comunicazione rivolto a tutti i cittadini, italiani e stranieri, senza alcun obbligo di registrazione preventiva;
- Il numero è unico in Italia ed in Europa;
- È un numero a chiamata rapida e non necessita di prefisso;
- Il numero è disponibile H24 per 7 giorni a settimana;
- Fornisce assistenza e/o informazioni;
- Il servizio non è limitato nel tempo;
- Non è richiesto all'utente alcun pagamento per la chiamata;
- Le chiamate possono essere effettuate da telefono fisso o mobile o apparecchio pubblico.

Nella prima fase del progetto è possibile prevedere l'attivazione del numero anche per aree territoriali più limitate rispetto all'intero ambito regionale, in via sperimentale, senza necessariamente dover ricorrere alla definitiva numerazione 116117 (la quale resta obiettivo finale dell'intervento).

Il servizio non deve essere una mera sostituzione dei vari numeri utilizzati attualmente per il Servizio di Continuità Assistenziale che, per sua caratteristica, opera su archi temporali limitati, ma deve garantire a tutti i cittadini, nelle 24 ore, la possibilità di ricevere senza soluzione di continuità risposte a tutte le chiamate di cure mediche non urgenti.

I passi necessari previsti sono:

- individuazione delle aree territoriali significative rispetto alle finalità della sperimentazione;
- messa a punto del modello generale prevedendo un avvio progressivo del servizio;
- predisposizione delle infrastrutture tecniche e logistiche necessarie;
- selezione e formazione tecnica del personale medico da destinare alle Centrali Operative;
- formazione tecnica dei medici dei 'punti guardia' coinvolte nella sperimentazione;
- attivazione progressiva del servizio nelle aree individuate.

Durante la fase di sperimentazione si valuterà il servizio testandone le criticità ma anche le ricadute in termini di beneficio nel governo della domanda a bassa intensità di cura e nei rapporti con il servizio di continuità assistenziale e la rete di Cure Primarie e delle aggregazioni di professionisti in particolare, una volta successivamente il servizio verrà esteso progressivamente a tutto il territorio regionale.

In coerenza con questo quadro generale, l'obiettivo di attivazione progressiva del servizio 116117 viene fissato nel **Piano Sanitario Annuale 2018** della ATS, dove l'attivazione del Numero 116117 è previsto gradualmente in modo tale da consentire l'armonizzazione del percorso di riorganizzazione della Rete Ospedaliera, della Rete di urgenza emergenza e della Rete Territoriale, avendo per la sua stessa natura una reale ricaduta nel sistema circolare dell'assistenza.

Per raggiungere tale obiettivo la ATS intende dotarsi di uno strumento applicativo che consenta la corretta gestione del servizio 116117, garantendo l'accesso e la circolarità delle informazioni tra i diversi operatori del servizio, nel rispetto delle norme sulla privacy, e che supporti l'attività tempestiva di triage attraverso una metodologia consolidata a livello internazionale. Ulteriore elemento critico, oltre alla facilità d'uso, è rappresentato dalla formazione finalizzata ad acquisire, da parte degli operatori, le competenze applicative per l'utilizzo del nuovo strumento, formazione che andrà prevista con adeguate azioni di follow up e accompagnata da una assistenza tecnica iniziale di tipo continuativo.

1.4 Scopo

Scopo del documento è individuare i servizi da attivare per il raggiungimento dei requisiti utente, con particolare riferimento alla attivazione del Servizio 116117 come rappresentato nei paragrafi precedenti.

1.5 Campo di applicazione

Il contenuto del documento si applica al progetto SPC lotto 4.

1.6 Assunzioni – Prerequisiti a carico di ATS

La ATS si farà carico di:

- Predisporre opportuni locali idonei ad ospitare le Centrali Operative del costituendo Servizio 116117;
- Dotare le centrali operative degli arredi e delle infrastrutture tecniche necessarie, quali workstation per gli operatori, stampanti, gruppi di continuità, LAN, funzioni di centrale telefonica con sistema di registrazione, telefoni dotati di cuffia e microfono;
- Predisporre e attivare i flussi telefonici necessari alle centrali operative;
- Attivare i 'numeri verdi', eventuali servizi di portabilità della numerazione unica di sede caratteristici e conseguenti all'attivazione della mobilità;
- Dotare le postazioni di guardia medica interessate della connettività di rete geografica, delle workstation con stampante, almeno di due numeri telefonici in ingresso e uscita dalla sede;
- Dotare i medici afferenti alle guardie mediche interessate di tablet idonei e stampante portatile;
- Acquisire le eventuali licenze d'uso dei sistemi operativi e di RDBMS dei server e delle postazioni di lavoro degli operatori e degli strumenti di Office Automation per le postazioni di lavoro e per i dispositivi mobili;
- Garantire la disponibilità e coordinare il personale medico, infermieristico, amministrativo e tecnico interessato dal progetto tramite una specifica figura professionale dedicata per la conduzione e il monitoraggio tecnico-organizzativo del progetto (Project Management specializzato in Cure Primarie);
- Acquisire il materiale, i componenti e i servizi necessari al progetto e non trasferibili nell'ambito della Convenzione SPC lotto 4.

A carico del fornitore è prevista la consulenza per fornire le specifiche di configurazioni target delle componenti tecnologiche sopra indicate.

1.7 Riferimenti

Identificativo	Titolo/Descrizione
Contratto Quadro del 04/08/2017 e relativi Allegati	Contratto Quadro relativo all'Appalto dei servizi di realizzazione e gestione di Portali e Servizi on-line (lotto 4) in favore delle PA.
Allegato 5A alla lettera d'invito	Capitolato Tecnico Parte Generale
Allegato 5B alla lettera d'invito	Capitolato Tecnico Lotto 4

1.8 Acronimi e glossario

Definizione / Acronimo	Descrizione
AgID	Agenzia per l'Italia Digitale
Consip	Consip S.p.a.
RTI	Raggruppamento Temporaneo d'Impresa
SPC	Sistema Pubblico di Connettività

2 DATI ANAGRAFICI AMMINISTRAZIONE

2.1 Dati anagrafici amministrazione

DATI ANAGRAFICI AMMINISTRAZIONE	
Ragione sociale Amministrazione	Azienda Tutela Salute
Indirizzo	Via Enrico Costa 57 (Piazza Fiume)
CAP	07100
Comune	Sassari
Provincia	SS
Regione	Sardegna
Codice Fiscale	92005870909
Indirizzo mail	protocollo.generale@pec.atssardegna.it
PEC	protocollo.generale@pec.atssardegna.it
Codice PA	a1_ss

DATI ANAGRAFICI REFERENTE AMMINISTRAZIONE	
Nome	Piergiorgio
Cognome	Annicchiarico
Telefono	079 2061962
Indirizzo mail	piergiorgio.annicchiarico@atssardegna.it
PEC	dip.ict@pec.atssardegna.it

3 DESCRIZIONE E DURATA DEL FABBISOGNO

A completamento dei paragrafi seguenti, che descrivono i diversi fabbisogni, si riporta in Allegato 1, posto al termine del presente Piano dei Fabbisogni, il documento “Scheda Progetto - Sistema informativo Cure Primarie-Gestione della Non Emergenza - Attivazione sperimentale del Servizio 116117”.

Tale documento descrive l’impegno progettuale e realizzativo assunto dalla ATS Sardegna nei confronti della Regione Autonoma Sardegna – Assessorato Igiene e Sanità, e pertanto deve essere assunto come elemento complementare e inscindibile rispetto al presente Piano dei Fabbisogni. Da rilevare che in tale documento sono ricomprese anche attività e componenti progettuali a diretto onere della ATS, e quindi da non inserire nel Progetto dei Fabbisogni (vedi anche paragrafo 1.6 Assunzioni del presente Piano).

3.1 Modello organizzativo

Il Numero Unico per servizi di assistenza medica non urgenti (116117) dovrà tra le altre cose indirizzare i chiamanti ad un servizio di assistenza medica anche per situazioni potenzialmente critiche, ma non di emergenza, con particolare riferimento ai tempi al di fuori delle ore di lavoro, nei fine settimana e nei giorni festivi (attività attualmente coperta dal servizio di Guardia Medica).

È previsto quindi che almeno per un periodo iniziale, probabilmente non breve, tale numero possa essere utilizzato dalla cittadinanza anche per situazioni non critiche e non urgenti.

L’obiettivo è quindi quello di fornire un servizio altamente esaustivo mettendo in contatto il chiamante con un operatore competente e/oppure direttamente con un operatore sanitario qualificato che possa fornire adeguata assistenza o consulenza medica.

In realtà tale tipologia di attività, viste le caratteristiche del territorio e degli utenti, può essere inteso da subito come un servizio unificato ed allargato anche a funzionalità di tipo informativo/procedurale sanitario.

Tutto ciò è finalizzato anche a ridurre i flussi e le attività che confluiscono sulle centrali operative del 118, che sono costrette (strutturandosi di conseguenza) a fornire all’utenza servizi non propriamente di emergenza, quali le chiamate per le guardie mediche, le guardie veterinarie, l’igiene ambientale, ecc.

La Centrale 116117 deve poter essere autonoma ed indipendente nelle proprie attività primarie e nei propri strumenti tecnologici, ma deve altresì essere in grado di scambiare dati ed informazioni con le altre componenti del SSN per ottimizzare la gestione degli utenti e delle risorse anche di tipo tecnologico.

Come si può intuire le criticità dovranno essere affrontate con flessibilità e propositività del modello funzionale e orientate all’integrazione dei sistemi ed alla comunicazione e scambio automatico dei dati con le altre realtà esistenti.

I modelli organizzativi applicabili sono diversi, più o meno ricchi di funzionalità o di tecnologia.

Volendo affrontare la problematica della non emergenza non come semplice instradamento di comunicazioni vocali verso operatori sul territorio, bensì come razionalizzazione di interventi e di risorse ed un innalzamento del servizio percepito ed erogato verso i cittadini, occorre rivolgersi a modelli che contemplino una Centrale

Operativa 116117 evoluta, presidiata e con il compito di monitoraggio di risorse e di necessità in evoluzione sul territorio, attualmente non supervisionate.

Per tutto quanto esposto, tra i possibili modelli organizzativi attuabili finalizzati alla gestione della 'Non Emergenza Sanitaria' (116117) si ritiene fondamentale implementare il modello che utilizza necessariamente personale sanitario presso le Centrali preposte, affiancato da personale non medico infermieristico e amministrativo che possa fornire informazioni generali sui servizi offerti dal servizio sanitario.

Per la componente informativa e procedurale si intende utilizzare personale debitamente formato ed addestrato all'utilizzo dei sistemi informativi che saranno resi disponibili nell'ambito del progetto. Questo a supporto dell'attività di identificazione e localizzazione del chiamante, verifica delle effettive necessità di supporto e fornitura delle informazioni di tipo generico sul sistema sanitario, strutture servizi e prestazioni e delle modalità procedurali collaterali (servizi per anziani, fornitura ausili, pratiche di sanità pubblica, ecc.).

Questo è infatti il modello in grado di effettuare un efficace filtro, relativamente alle richieste dell'utenza del territorio per quanto concerne la componente informativa e procedurale, ma soprattutto per quanto riguarda la parte prettamente sanitaria oltre che di fornire un effettivo ausilio e supporto ai medici sul territorio.

Per quanto riguarda l'attività prettamente sanitaria si ritiene che nel modello prescelto la Centrale Operativa debba con sufficiente certezza filtrare, tramite intervista supportata da specifici protocolli, l'effettiva necessità di intervento della Guardia Medica o di altro personale sanitario a casa del paziente (ed in questo caso gestirne le componenti informative e logistiche a supporto del personale sul territorio) e/o indirizzare il paziente verso le attività o strutture limitrofe al suo territorio per la risoluzione della specifica problematica (es. MMG o PLS, AFT, Farmacia, Casa della Salute, PPS, ecc).

Quale strumento di supporto decisionale a supporto di tale attività degli operatori sanitari in Centrale si prevede l'utilizzo di protocolli a larga diffusione e riconosciuti a livello internazionale, integrati con il sistema di gestione della Centrale Operativa 116117. Questo strumento deve essere in grado di supportarli durante le attività di valutazione del caso raccogliendo l'anamnesi, discriminandone la gravità e favorendo il riconoscimento della probabile casistica o patologia suggerendo domande e comportamenti supportati da protocolli scientificamente validati.

I protocolli debbono facilitare il riconoscimento di casistica inappropriata per la tipologia di Centrale Operativa (116117) e rimandare le attività suggerite verso le strutture più appropriate.

Il modello prevede quindi che il personale sul territorio abbia dalla Centrale Operativa (e veicolato tramite un device mobile e relativi software a supporto) un importante aiuto non solo relativamente alla componente logistica (identificazione del paziente, localizzazione e percorso per raggiungerlo, sequenza degli interventi da effettuare, supporto per la sicurezza personale, ecc.), ma anche informativa sanitaria antecedente sul paziente (quando reperibile) e soprattutto sull'intervista protocollare effettuata dalla Centrale stessa.

Il modello organizzativo prevede quindi che la Centrale Operativa faccia intervenire gli operatori sul territorio solo se necessario fornendo loro (presso la base o fuori sede su un apparato mobile), tutte le informazioni necessarie per affrontare e risolvere al meglio il caso alleggerendoli per quanto possibile dalle attività di tipo amministrativo e formali (raccolta del consenso al trattamento dei dati, identificazione del paziente, ecc.).

Il modello contempla ovviamente che le basi sul territorio siano connesse alla Centrale Operativa e rappresentino un punto presidiabile o di riferimento anche logistico per gli operatori (es. ricarica apparati mobile, stampe, ecc.). Da tali basi, eventualmente ricollocate presso le UCCP (Case della Salute, Ospedali di Comunità, ec.) e che fungono da punti di partenza dei medici e supporto locale per i cittadini (con servizi erogabili di tipo ambulatoriale), sarà possibile registrare i passaggi dei cittadini che accederanno direttamente

alla struttura, così da mantenere una precisa visione d'insieme del servizio implementato. Tale registrazione potrà indifferentemente avvenire attraverso l'uso di una postazione di lavoro (PC) o di un supporto mobile (es. tablet).

3.2 Software di Sala Operativa per Servizio di Continuità Assistenziale - 116117

Il Patto per la Salute 2014 definisce le linee guida per lo sviluppo del servizio di Guardia Medica ed istituisce l'attivazione del numero di utilità sociale 116117 per il servizio di cure mediche non urgenti, che progressivamente dovrà divenire una struttura connessa e simile ai servizi di emergenza/urgenza del 118, unificando e centralizzando il servizio stesso e rendendolo strettamente connesso alla rete di emergenza territoriale. L'accorpamento di aziende ospedaliere e punti di soccorso sul territorio nonché la prevista riorganizzazione della Rete delle Cure Primarie rende infatti necessaria la strutturazione di un servizio di non urgenza altamente qualificato ed efficiente, in grado di gestire al meglio le casistiche dei cittadini afferenti, con l'obiettivo di:

- Essere totalmente conforme alle direttive definite dalla Comunità Europea relative all'implementazione del numero unico di non emergenza 116117;
- Minimizzare l'accesso alle strutture di emergenza/urgenza (siano essi Pronto Soccorso e/o servizi 118), nella piena tutela della salute del paziente;
- Governare correttamente le fasi di indagine diagnostica, già a livello telefonico, così da fornire informazioni pertinenti e precise su come gestire la richiesta;
- Ottimizzare le risorse sul territorio, così da garantire tempi di attesa adeguati, e rendendo tangibile l'aumento della qualità del servizio offerto;
- Garantire il servizio 24 ore su 24, così da intercettare le chiamate improprie normalmente afferenti ai sistemi 118, gestendole in un più adeguato workflow di non urgenza (ma garantendo, se necessario ed in qualsiasi momento l'escalation verso l'urgenza);
- Offrire informazioni di carattere sanitario, relative a procedure e modalità di accesso a servizi specialistici;
- Monitorare ed analizzare i bisogni della popolazione e dei servizi offerti dal Sistema Sanitario.

Da tali presupposti nasce quindi la necessità di dotarsi di un'apposita piattaforma tecnologica in grado di rispondere (come requisito minimo) alle esigenze sopra esposte, utilizzabile in una o più sale operative regionali, con servizi di assistenza, manutenzione e gestione simili a quelli ad oggi applicati ai Servizi di Emergenza 118.

Il sistema dovrà essere in grado di fornire almeno le seguenti macro funzionalità:

- Gestione dell'intervista telefonica al cittadino secondo il protocollo individuato (localizzazione chiamante, identificazione fabbisogni, valutazione evento ecc.);
- Visualizzazione di informazioni, anche provenienti da sistemi esterni quando saranno disponibili le necessarie integrazioni, relative al chiamante (dati su patologie specifiche, reti di patologie, pazienti a rischio ecc.);
- Erogazione di informazioni su temi specifici, tra cui:
 - Modalità di accesso ai servizi sanitari quali CUP, ambulatori, ecc;

- Integrazione socio sanitaria (assistenza anziani, fornitura ausili/protesi ecc.);
 - Sanità pubblica (certificazioni, vaccinazioni ecc.);
 - Anagrafe sanitaria (medico di famiglia, assistenza sanitaria all'estero ecc.);
 - Ospedale (donazioni, trapianti, Day Hospital ecc.);
 - Consultorio familiare/pediatria (certificati, vaccinazioni ecc.);
 - Campagne di prevenzione;
 - Ticket/essenzi (farmaci gratuiti, generici ecc.);
 - Strutture socio sanitarie (orari, indirizzi ecc.);
 - Modalità di presentazione dei reclami;
 - Improprie (da girare ai relativi enti competenti);
 - Ecc.
- Valutazione medico-sanitaria (dove necessario) e definizione del corretto livello di risposta (attraverso l'uso di protocolli specifici riconosciuti dalla comunità scientifica internazionale);
 - Gestione dei servizi inoltrati alle postazioni sanitarie competenti;
 - Statistiche generali sui dati gestiti dal sistema.

Il sistema informatico dovrà essere dotato anche di strumenti tecnici finalizzati a:

- Monitorare il territorio e la posizione delle postazioni mediche dispiegate, ad esempio anche attraverso l'uso di soluzioni mobile a bordo veicolo e/o in dotazione ai medici sul campo (rif. Par. 3.4 - Ottimizzazione dei servizi sul territorio);
- Visualizzare attraverso apposita cartografia il territorio di interesse;
- Consentire l'integrazione con i sistemi di comunicazione disponibili in centrale operativa.

3.3 Certificazione dei protocolli di intervista telefonica

La statistica clinica indica che il 6% circa delle chiamate afferenti a casistiche non urgenti siano in realtà riconducibili a casi ad alta gravità, in cui la vita del paziente può essere messa a rischio. Risulta quindi fondamentale assicurarsi che la risposta erogata dal servizio di continuità assistenziale sia, per quanto possibile, adeguata alle reali necessità del cittadino: questo non solo per non mettere a rischio la vita del paziente, ma anche per costruire una fiducia adeguata nel sistema tale da, nel corso del tempo, scoraggiare l'uso improprio delle risorse sanitarie sul territorio (es. afferenze errate in pronto soccorso).

Per tale motivo è necessario dotarsi di un apposito protocollo di intervista telefonica (di natura medica) integrato nello strumento applicativo software da attivarsi in caso di necessità di valutazione sanitaria, che garantisca:

- Rapida identificazione dei casi a rischio, o occulti (circa il 6% del totale);
- Dirottamento, in caso di identificata emergenza, verso i servizi di emergenza territoriali più adeguati (118, Pronto Soccorso ecc.);

- Riconoscimento internazionale della bontà e della qualità (in termini di risultati e di garanzie) del protocollo adottato;
- Certificazione del personale medico che utilizzerà il protocollo;
- Integrazione completa del protocollo all'interno degli strumenti informatici messi a disposizione, al fine di evitare l'uso di differenti strumenti software.

Il protocollo dovrà essere selezionato sulla base della diffusione, dell'adeguatezza in fase di risposta e dei modelli di formazione previsti per il personale sanitario. È infatti di fondamentale importanza che la formazione erogata al personale garantisca la certificazione dello stesso nel corso del tempo e al variare dei contesti socio sanitari in essere.

Il protocollo dovrà infine essere dotato di appositi strumenti di verifica qualitativa finalizzati a:

- Verificare l'aderenza al protocollo in fase di risposta da parte del personale attraverso il riascolto (a campione) delle chiamate gestite;
- Analisi degli eventuali bisogni formativi che la verifica di cui sopra potrebbe evidenziare;
- Analisi dell'adeguatezza della risposta erogata rispetto alle reali necessità e bisogni del paziente.

La completa integrazione del protocollo di intervista nello strumento applicativo dovrà consentire la produzione di statistiche e riepiloghi sia in forma strutturata che in forma definita dall'utente attraverso estrazioni dei dati in formato standard (xls, csv, ecc.).

3.4 Ottimizzazione dei servizi sul territorio

Nell'implementazione del sistema per i servizi 116117 dovranno essere considerate le esigenze specifiche legate all'ottimizzazione delle risorse mobili sul territorio. Si fa riferimento in particolare alla necessità di collegare le postazioni di guardia medica sul territorio al sistema di sala operativo centrale, al fine di:

- Geolocalizzare le risorse in movimento sul territorio, in modo tale da poter ottimizzarne gli spostamenti;
- Consentire la ricezione dei servizi inoltrati dalla sala operativa verso le postazioni mediche locali; tale funzionalità dovrà consentire la gestione del *workflow* di presa in carico del servizio e di espletamento dello stesso, così da mantenere costantemente allineata la sala operativa sull'evolversi delle situazioni sul territorio;
- Possibilità di accedere al sistema in modo sicuro e certificato ai soli utenti autorizzati anche in mobilità, attraverso dispositivi mobili quali smartphone, tablet o simili.

Le componenti software in uso alle postazioni sanitarie locali dovranno poter operare anche in caso di momentanea assenza di connettività, al fine di evitare, in caso di mancanza di copertura dati durante gli spostamenti, l'impossibilità di accedere ai dati di missione.

3.5 Integrazione con il Sistema Informativo Sanitario Territoriale

Il Servizio di Continuità Assistenziale 116117 necessiterà di poter accedere rapidamente e in forma integrata rispetto al software gestionale messo a disposizione presso la Centrale Operativa a tutti i dati relativi ai pazienti assistiti presenti sui repository sanitari regionali.

Tale necessità si può sommariamente riassumere nell'esigenza di:

- Accedere all'Anagrafica regionale degli Assistibili della Sardegna (AnagS) così da poter identificare, sin nelle primissime fasi di intervista telefonica il paziente in forma certa e univoca;
- Accedere ai repository (es. Fascicolo Sanitario Elettronico, Clinical Document Repository aziendali e regionali, altre fonti informative, ecc.) esistenti per i pazienti censiti a livello regionale, così da aumentare il set di informazioni disponibili durante le fasi di valutazione sanitaria telefonica;
- Integrare i servizi 118 così da poter inviare, in caso di evidente emergenza, i dati raccolti dal Servizio 116117.

L'integrazione con AnagS dovrà consentire l'identificazione del cittadino che richiede assistenza, e sarà elemento chiave per l'accesso alle altre informazioni ad esso legate. Solo successivamente potrà essere valutata la opportunità anche di una integrazione con l'anagrafe centrale del Sistema SISaR (XMPI).

L'integrazione verso il fascicolo sanitario (FSE-MEDIR) dovrà essere implementata verificando le modalità di accesso alle informazioni, anche in termini di conformità al GDPR e, soprattutto, in termini di efficacia. È infatti plausibile ipotizzare che la rappresentazione "non strutturata" dell'intero contenuto del fascicolo a fronte di una sua interrogazione possa non essere la soluzione ottimale al "problema 116117", che richiede di poter accedere il più rapidamente possibile ad una sintesi dello stato del paziente (la più aggiornata possibile) e alle sue più recenti diagnosi, esami, ecc., conseguenti a episodi di contatto con le strutture sanitarie regionali. In fase di analisi dovrà quindi essere identificato uno scenario d'uso che consenta di massimizzare l'efficacia di tale strumento, garantendo al contempo che i dati accessibili siano esclusivamente quelli di interesse per l'erogazione del servizio.

Dovranno inoltre essere analizzati i possibili vantaggi derivanti dall'integrazione delle banche dati dell'ADI e di altri sistemi di gestione clinica e assistenziale dei pazienti cronici, nonché le prescrizioni dei MMG e degli stessi MMC. Tali informazioni, che di certo concorrono nel definire un quadro complessivo della condizione del paziente che necessita assistenza, dovranno essere analizzate per identificarne il livello di pertinenza e la modalità di fruizione. Come per l'accesso al fascicolo, dovrà essere opportunamente affrontato il tema legato alla corretta gestione della privacy (GDPR).

Infine, in sede di una sperimentazione iniziale, dovrà essere valutata l'integrazione con il Clinical Document Repository ai fini di una più completa integrazione organica con il nuovo modello di Assistenza Territoriale e di Cure Primarie (azione prevista con una separata specifica iniziativa e che esula dal contesto di questa implementazione).

L'intero set di informazioni provenienti da sistemi integrati dovranno in ogni caso essere proposte all'operatore con una forma ergonomica, ovvero di semplice consultazione e in integrazione con le restanti informazioni gestite dalla piattaforma software. Tali integrazioni dovranno quindi essere realizzate attraverso i paradigmi dello User Centered Design (per quanto riguarda le componenti di front-end) e SOA (Service Oriented Architecture) per quanto riguarda il recupero delle informazioni da altri sistemi.

Potrà essere valutata l'implementazione di tali integrazioni attraverso l'utilizzo di specifici servizi (Web Services, Api REST, ecc.) o attraverso l'utilizzo sistemico di un Enterprise Service Bus aziendale e/o regionale, che costituiscono azioni diverse e complementari rispetto a questa iniziativa.

3.6 Catalogo dei Servizi Sanitari

La erogazione di informazioni in merito ai diversi servizi del Sistema Sanitario regionale è una delle due attività espletate dal Servizio 116117. La capacità e rapidità da parte degli operatori nel fornire risposte esaustive

sono caratteristiche irrinunciabili e immediatamente percepite dall'utenza e incrementano il livello di qualità complessivo del servizio stesso.

La notevole quantità e articolazione dell'offerta di servizi sanitari sul territorio, oltretutto diversificata per fasce orarie diverse, rende necessario agli operatori non sanitari di Centrale Operativa uno strumento di facile utilizzo per poter rapidamente cercare e proporre agli utenti le informazioni richieste.

Lo strumento applicativo 'Catalogo dei Servizi Sanitari', con una interfaccia semplice e snella, dovrà consentire agli operatori delle Centrali Operative di eseguire ricerche anche complesse. La base informativa del Catalogo, che conterrà anche le informazioni cartografiche dei punti di erogazione dei servizi, verrà popolata da un team congiunto Fornitore/ATS, che si occuperà anche di tenerla aggiornata. Dal punto di vista tecnologico la base informativa dovrà essere utilizzabile anche dai motori di ricerca implementati negli strumenti tipo ChatBot anche di tipo vocale e dai moderni sistemi di CRM.

3.7 Portale del Servizio 116117

Al fine di illustrare agli utenti le caratteristiche del Servizio 116117 e le relative modalità di accesso sarà necessario realizzare il Portale del Servizio 116117.

Tale portale dovrà essere sviluppato seguendo le Linee Guida Agid, ed in particolare:

- Mobile first, ovvero dovrà essere progettato per un utilizzo primario su smartphone e tablet, prima che su monitor tradizionali
- Responsive, ovvero le componenti grafiche e testuali si dovranno ricomporre e adattare a schermi di dimensioni diverse

Da un punto di vista grafico il portale del Servizio 116117 dovrà ricalcare, ove possibile, l'attuale portale dell'ATS, e l'accesso avverrà attraverso appositi link che verranno posti nel portale istituzionale.

Il framework di sviluppo del portale dovrà essere coerente con le specifiche HTML5 CSS3 o superiori, tali da consentire, se autorizzato dall'utente e se presente sul device, la lettura della posizione GPS e l'utilizzo del microfono e delle casse acustiche (o auricolari), in modo tale che l'applicativo possa essere direttamente utilizzato come una WebApp.

Il Portale del Servizio 116117 dovrà prevedere al minimo le seguenti sezioni:

- Presentazione del Servizio 116117;
- 'Chiamata Guidata al 116117'
- Riferimenti normativi;
- Sezione cartografica con i servizi sanitari prossimi alla posizione del device o navigabile a piacere;
- Pulsante per l'attivazione della Chatbot
- News
- Faq
- Rilevazione del gradimento

3.8 Monitoraggio

L'attivazione del Servizio 116117 ha un aspetto organizzativo interno rilevante, che richiede un'azione di change management non secondaria ed al contempo prevede una attività di promozione presso la popolazione, che in una certa misura dovrà essere guidata verso l'utilizzo del nuovo Servizio (vedi anche par 3.11 Promozione del Servizio 116117).

Inoltre dovranno essere misurate le ricadute in termini di beneficio nel governo della domanda a bassa intensità di cura e nei rapporti con il servizio di continuità assistenziale e la rete di cure primarie e delle aggregazioni di professionisti in particolare.

In questo contesto è necessario che lo strumento applicativo utilizzato fornisca la più ampia serie di report statistici sulla tipologia di chiamate, origini delle chiamate, servizi invocati, azioni attuate anche con riferimento temporale, ecc. Inoltre dovrà essere possibile effettuare estrazioni in formati standard (CSV o altri) di tutti i dati per poter elaborare statistiche estemporanee non previste a sistema.

Tra gli elementi di monitoraggio principali dovranno essere considerati:

- Numero chiamate entranti;
- Numero chiamate gestite;
- Numero chiamate abbandonate;
- Numero chiamate inoltrate al 118;
- Numero chiamate non pertinenti;
- Statistiche sul numero delle chiamate;
- Tempo medio di evasione di un'intervista telefonica;
- % di chiamate identificate come di emergenza sanitaria;
- % di chiamate evase senza necessità di supporto onsite (ovvero senza invio guardia medica);
- Analisi della tipologia di chiamate (tipologia di richieste).

Particolare attenzione dovrà essere data alla soddisfazione dell'utenza. A tal proposito deve essere previsto un sistema di gestione del feedback, anche attraverso azioni di recall, che consenta di analizzare la soddisfazione del servizio erogato, in termini di:

- % di persone soddisfatte della intervista ricevuta;
- % di persone che ritengono che la loro condizione sia migliorata dopo l'accesso al servizio;
- % di persone che ritengono che la chiamata sia stata gestita nel modo più appropriato.

Oltre a quanto sopra esposto si dovrà analizzare e proporre una metodologia tecnico/organizzativa che consenta di verificare se l'attivazione del servizio abbia portato effettive diminuzioni dell'accesso improprio ai servizi di emergenza pre-esistenti (principalmente 118 e Pronto Soccorso). A tal fine ATS potrà disporre della produzione di flussi standard attraverso cui comparare gli accessi ai servizi di emergenza suddetti con il servizio 116117 erogato. Tali dati, insieme alla totalità di quelli in gestione al servizio 116117, dovranno confluire in una componente di Business Intelligence opportunamente configurata per il calcolo di KPI che verranno definiti come standard di analisi qualitativa del servizio nel suo insieme.

3.9 Formazione e Assistenza

3.9.1 Formazione

In generale la formazione operativa consentirà agli operatori di Centrale Operativa 116117 e al personale medico sul territorio il corretto utilizzo degli applicativi messi a loro disposizione, garantendone così la piena fruibilità. In considerazione dell'alto numero di operatori da coinvolgere, la formazione dovrà essere strutturata in forma differente a seconda che si tratti di operatori di centrale o di operatori sul territorio.

La formazione per gli operatori sanitari di Centrale Operativa dovrà essere svolta sotto forma di formazione frontale in aula, con un numero di partecipanti non superiore a 10 per sessione. Dovranno essere predisposte opportune postazioni di lavoro, del tutto simili (in termini di allestimento: monitor, tastiere, mouse, fonia ecc.) a quelle di produzione collegate all'ambiente di formazione in Cloud.

Tale ambiente, del tutto separato da quello operativo, lavorerà con lo stesso data-set di quello di produzione, così da rendere possibile la generazione di casi reali per gli operatori.

La sessione formativa degli operatori di Centrale Operativa dovrà prevedere anche il modulo per il corretto uso dei software mobile sui tablet e/o via web: tale esigenza nasce dalla possibile necessità di supportare un eventuale medico in fase di ricezione/compilazione dei dati di un intervento. In ogni caso tale supporto non sostituirà quello da erogarsi come Assistenza Applicativa, sotto descritto.

La formazione consisterà anche nell'istruirli al corretto uso del protocollo clinico di intervista che verrà predisposto e inglobato nella soluzione applicativa, raggiungendo la specifica certificazione di tutti gli operatori partecipanti; la certificazione dovrà essere mantenuta (e, se necessario, aggiornata, per tutta la durata del servizio). Se previsto dal protocollo scelto, la formazione dovrà essere erogata ad ogni aggiornamento del protocollo utilizzato, così da mantenere il personale del tutto preparato al suo corretto utilizzo.

La **formazione per gli operatori sul territorio** dovrà essere svolta a un sottoinsieme di persone di riferimento, in ottica "train-the-trainer".

Tale personale farà da riferimento per il personale sul territorio, rendendo più semplice l'utilizzo e gli eventuali follow up formativi sui nuovi strumenti applicativi previsti. In affiancamento a tale personale deve essere predisposto un portale web ad accesso protetto attraverso cui erogare uno o più moduli formativi in ottica "e-Learning", o formazione a distanza. In questo modo gli operatori sul territorio potranno avere sempre disponibile un set di risorse utili a comprendere il funzionamento del sistema e le sue semplici modalità di attuazione.

Lo strumento consentirà di erogare semplici quiz per la verifica della comprensione da parte del personale che avrà seguito il corso, certificandone quindi non solo il corretto svolgimento ma anche la corretta comprensione delle informazioni fornite. Il portale formativo rimarrà attivo per tutta la durata del servizio.

L'ambiente formativo (operativo e clinico), così come Cloud relativo e il portale E-Learning dovranno essere disponibili per l'intera durata del progetto.

3.9.2 Assistenza

Il modello di assistenza necessaria per il supporto al servizio descritto dovrà essere strutturato seguendo le linee guida dettate dal framework ITIL®, modello ormai riconosciuto a livello internazionale fra le migliori best practice per ciò che concerne il settore dell'IT Service Management - ITSM.

L'organizzazione interna di conduzione del progetto da parte del fornitore dovrà essere articolata in una Struttura Operativa (tre livelli operativi per l'escalation funzionale) e una Struttura Manageriale (due livelli manageriali per l'escalation gerarchica).

In funzione della specifica richiesta, questa modalità operativa dovrà consentire di gestire tutte le richieste che pervengono dagli utilizzatori del sistema, siano esse richieste di informazioni o richieste urgenti di intervento, o casi particolari che occorrerà gestire come eccezioni per garantire il massimo livello di flessibilità del servizio.

Dovrà essere previsto un servizio di assistenza tecnica e operativa di 1° livello per gli operatori di Centrale Operativa e per il personale sul territorio. Le modalità di accesso dovranno essere:

- Numero verde telefonico, disponibile H24 365 giorni l'anno (festivi inclusi)
- Portale Web di ticketing, disponibile H24 365 giorni l'anno (festivi inclusi)

A prescindere dalla modalità di accesso, il servizio di assistenza dovrà aprire e gestire un ticket che seguirà tutto il ciclo di vita della problematica segnalata. Questa potrà scalare, secondo le logiche proprie del pattern ITIL, al 2° o al 3° livello di supporto (quando necessario). Alla chiusura del ticket dovrà essere dato immediato riscontro all'utente, con le indicazioni della corretta risoluzione o con le istruzioni per effettuare un workaround della problematica. La comunicazione potrà avvenire attraverso eMail o telefonica.

Il servizio di assistenza dovrà essere basato su SLA adeguati al livello di servizio richiesto.

I tre livelli della **Struttura Operativa** dovranno prendere in carico le richieste, gestendole in funzione della specifica competenza e complessità. Tali gruppi funzionali garantiranno il rispetto delle **SLA definite**. Più in dettaglio i tre livelli dovranno essere organizzati come segue:

- **1° livello:** è costituito dal gruppo funzionale Service Desk (SD). Tale funzione rappresenta il Singolo Punto di Contatto (SPOC-Single Point Of Contact) nei confronti di ATS. Tutte le richieste, comprese quelle di aggiornamento su questioni in corso, possono essere proposte al SD, indipendentemente dal loro stato di risoluzione e dal gruppo funzionale che ha in carico in quel momento la richiesta. Il SD fungerà così da front-end unico, interfacciandosi con i vari gruppi funzionali e fornirà le informazioni richieste.
- **2° livello:** è costituito dal gruppo funzionale Technical Support (TS) e dal gruppo Application Specialist (AS). Tali funzioni rappresentano rispettivamente i gruppi specialistici che gestiscono l'infrastruttura dal punto di vista sistemistico, DataBase e Network e dal Gruppo di Specialisti di prodotto che gestiscono tutti gli aspetti Applicativi, dalle funzionalità alle configurazioni verticali del Cliente e le integrazioni.
- **3° livello:** è costituito dal gruppo degli Sviluppatori (Dev). Tale Gruppo si occupa della gestione delle eventuali problematiche legate agli strati più bassi dell'applicativo, a livello di codice. Nell'ambito dell'assistenza si occupano dell'eventuale bug fixing applicativo.

Ogni gruppo funzionale della struttura operativa dovrà avere un proprio referente di processo, che avrà il compito di coordinare il gruppo di lavoro sulle specifiche attività della propria funzione, e garantire che le attività assegnate vengano svolte in modo efficace e secondo i piani di priorità stabiliti. Il coordinamento a livello superiore, ossia l'owner del processo di assistenza, avrà il compito di organizzare e coadiuvare l'intero

processo di assistenza, e di interfacciarsi con il referente contrattuale in caso di situazioni particolari. Questo assetto garantirà che anche le eventuali richieste fuori flusso o richieste particolari e specifiche o criticità particolari, vengano gestite con l'opportuna valenza, al fine di garantire una risposta esaustiva in ogni caso.

La Struttura Operativa deve consentire la copertura almeno dei seguenti fabbisogni:

- Assistenza tecnica e operativa
 - Assistenza all'uso (how-to)
- Trattamento Dati
 - Aggiornamento massivo di dati
 - Aggiornamento banca dati geografica su indicazioni della ATS
 - Backup e conservazione dei dati prodotti
 - Esportazione dati (su richiesta)
 - Elaborazioni statistiche specifiche (non erogabili con gli strumenti di reporti di piattaforma)
- Business Continuity
 - Attività finalizzate al mantenimento della Business Continuity
- Monitoraggio
 - Monitoraggio delle componenti software, hardware e di rete rese disponibili dal fornitore e necessarie all'erogazione del servizio
 - Monitoraggio qualitativo dei servizi erogati (KPI)
- Gestione delle componenti software:
 - Gestione dei bug
 - Pianificazione di nuovi rilasci
 - Attività di deploy e change management
- Gestione dei dispositivi mobili
 - Distribuzione software su dispositivi mobile

3.10 Ambito territoriale della sperimentazione

ATS definirà un adeguato ambito territoriale iniziale sperimentale di riferimento, che verrà scelto sulla base della tipologia di territorio e di servizi sanitari esistenti. L'orientamento è quello di scegliere un'area territoriale (insieme di comuni) grande a sufficienza per validare la bontà del modello organizzativo e al contempo per evitare un eccessivo aumento della complessità di implementazione, almeno nelle fasi iniziali del progetto.

L'area territoriale sarà possibilmente inclusiva sia di aree urbane che di aree rurali, così da poter misurare il servizio in contesti molto differenti fra loro, sarà distribuita su tutto il territorio regionale e prevederà due Centrali Operative.

3.11 Promozione del Servizio 116117

Il nuovo Servizio 116117, ancorchè definito a livello europeo, è sostanzialmente una novità per i cittadini. Pertanto, in concomitanza con il suo avvio, il servizio deve essere accompagnato da una adeguata campagna comunicativa finalizzata a:

1. promuovere il progetto illustrando i benefici diretti e indiretti per i cittadini e la collettività;

2. spiegare le modalità di accesso al servizio, sia per la componente sanitaria sia per la componente informativa;
3. valorizzare la componente sanitaria del servizio, che avvicina il medico al paziente;
4. coinvolgere anche gli stessi attori del nuovo servizio (personale medico delle Guardie Mediche, MMG, ecc.).

Il progetto di comunicazione dovrà essere composto in coerenza con le linee guida del documento 'STRATEGIA DI COMUNICAZIONE DEL POR FESR SARDEGNA 2014-2020' approvato dal Comitato di Sorveglianza il 2 febbraio 2016, seguendo, laddove direttamente applicabili e declinandole nello specifico contesto, le indicazioni relative a Strategia di comunicazione, Destinatari, Azioni e Strumenti. Inoltre dovrà essere prestata particolare attenzione agli elementi chiave che sottendono tale 'Strategia di Comunicazione', quali:

- a) ascolto e partecipazione;
- b) personalizzazione delle comunicazioni;
- c) trasparenza e accessibilità;
- d) territorialità;
- e) flessibilità e misurazione;
- f) coinvolgimento delle reti.

Il progetto di comunicazione dovrà prevedere:

- la definizione dell'immagine coordinata di progetto;
- la predisposizione della campagna di comunicazione su mezzi tradizionali e web, individuando i media opportuni e la loro pianificazione;
- la organizzazione di eventi di diffusione e di partecipazione (workshop, seminari, presentazioni, ecc.) operando direttamente sui territori coinvolti nella sperimentazione;
- la organizzazione e gestione di eventi di comunicazione interna ed empowerment per il personale ATS, privilegiando azioni nei territori coinvolti nella sperimentazione del servizio 116117;
- il report finale della azione di comunicazione, corredato dalla misurazione della customer satisfaction rilevata durante le diverse attività.

3.12 Change Management

Obiettivo del "change management" è quello di abilitare il personale della ATS all'adozione di metodologie, procedure e strumenti coerenti con l'attivazione del progetto, attraverso una serie di interventi operativi ed organizzativi che consentono di dare piena e concreta attuazione alle iniziative previste e sostenere i processi di cambiamento che derivano dalla progettualità. Si tratta in particolare di abilitare il processo di condivisione dei processi e della eventuale presa in carico degli strumenti e delle metodologie previste con l'obiettivo di accompagnare la struttura nel corso della fase di sviluppo dell'autonoma capacità di governo del sistema 116117, che a sua volta si inquadra come tassello nel più ampio contesto della riorganizzazione della assistenza sanitaria territoriale.

Di particolare significatività sono gli interventi volti a superare le barriere, gli attriti e le resistenze che si determinerebbero - senza le opportune misure motivazionali e di compartecipazione - nel contesto attuale in

cui prevale l'elemento dell'esercizio diretto ed esclusivo della professione medica generalista (peraltro spesso senza alcuna possibilità di ricorrere alla disponibilità di azioni di supporto di più elevata qualificazione professionale), rispetto ad un contesto futuro in cui gli interventi che scaturiscono dall'espressione del bisogno assistenziale sono intercettati, analizzati, guidati, programmati, indirizzati e supportati da una organizzazione in rete, elemento maggiormente qualificante della nuova organizzazione del servizio di continuità assistenziale condotto per mezzo del sistema 116117.

La progettazione degli interventi dovrà prendere l'avvio da un'analisi ex ante dei possibili impatti sulla organizzazione derivanti dal modello organizzativo sotteso alla attivazione del progetto: da un lato si dovranno analizzare i processi di innovazione in maniera tale da programmare il trasferimento del know How a tutti i livelli organizzativi e contemporaneamente le possibili difficoltà di conseguimento dei risultati attesi per effetto dei molteplici fattori frenanti che possono generare resistenza nei programmi di trasformazione e cambiamento.

I programmi di Change Management dovranno identificare gli obiettivi, i principi e le strategie per la gestione del cambiamento, oltre che ruoli e responsabilità, in maniera da rilevare successivamente, nel corso di attuazione del progetto, anche gli impatti del cambiamento ai diversi livelli organizzativi, rappresentando i risultati derivanti dall'analisi del clima organizzativo e del livello di predisposizione attitudinale del personale al cambiamento e gli eventuali elementi di resistenza rilevati e/o elementi di successo nella condivisione degli obiettivi.

L'azione prevista di Change Management dovrà essere compiutamente descritta nel progetto, con particolare attenzione alla definizione degli strumenti di misurazione dell'efficacia delle azioni implementate e alle modalità di coinvolgimento diretto degli attori della Assistenza Territoriale.

3.13 Servizi di supporto e di gestione operativa

La piattaforma sviluppata dovrà essere resa disponibile, per il periodo della sperimentazione, in modalità Cloud as a Service, prevedendo tempi di risposta adeguati alla criticità del servizio e le opportune predisposizioni, anche in termini di connettività complessiva, per la integrazione con i servizi di centrale telefonica, con la rete TD della ATS per la connessione alle Centrali Operative, alle postazioni sul territorio e ai dispositivi mobili e per la connessione ai repository regionali.

Dovrà pertanto essere previsto il servizio di supporto per l'integrazione con sistemi terzi e di gestione operativa.

4 DESCRIZIONE DEI SERVIZI

Di seguito l'elenco dei servizi previsti nel contratto SPC Lotto 4 che l'amministrazione può scegliere selezionandoli dalla tabella conclusiva.

4.1 Servizi di sviluppo

I servizi di sviluppo sono i seguenti:

- L4.S1 Progettazione, Sviluppo, Mev e Rifacimento di portali, siti e applicazioni web
- L4.S2 Progettazione, Sviluppo, Mev e Rifacimento di APP

4.1.1 L4.S1 Progettazione, Sviluppo, Mev e Rifacimento di portali, siti e applicazioni web

Realizzazione ex-novo, evoluzione e/o reingegnerizzazione di siti, portali, applicazioni web e siti mobile

Il servizio comprende le attività necessarie per la realizzazione ex-novo, l'evoluzione e/o la reingegnerizzazione di siti, portali, applicazioni web e siti mobile.

È previsto lo staffing dei team secondo un mix specifico in funzione del ciclo di sviluppo prescelto (Realizzativo/Completo).

Il servizio è così suddiviso:

- L4.S1.1 Ciclo Completo (FP)
- L4.S1.2 Ciclo Realizzativo (FP)
- L4.S1.1bis Ciclo Completo (gg/pp)
- L4.S1.2bis Ciclo Realizzativo (gg/pp).

4.1.2 L4.S2 Progettazione, Sviluppo, Mev e rifacimento di APP

Realizzazione ed evoluzione di APP per dispositivi mobili, come smartphone e tablet

Il servizio ha come obiettivo la realizzazione e l'evoluzione di APP per dispositivi mobili, come smartphone e tablet; in via generale, si distinguono le seguenti tipologie di APP:

- **Informative** - applicazioni a finalità puramente divulgativa dei servizi dell'Amministrazione
- **Dispositive** - applicazioni che consentono la fruizione dei servizi istituzionali attraverso i canali mobile sopra indicati.

4.2 L4.S5 - Manutenzione Correttiva/Adeguativa di siti web, portali, applicazioni web e APP

Garantire la corretta funzionalità e l'aderenza ai vincoli normativi ed istituzionali degli sviluppi afferenti a siti web, portali, applicazioni web e APP

Il servizio di manutenzione correttiva e adeguativa si pone l'obiettivo di garantire la corretta funzionalità e l'aderenza ai vincoli normativi ed istituzionali degli sviluppi afferenti a siti web, portali, applicazioni web e APP realizzati e non coperti da garanzia, ovvero presi in carico ad inizio contratto, nell'ottica di assicurarne la piena operatività.

Il servizio è così suddiviso:

- L4.S5.1 Manutenzione correttiva siti web, portali e applicazioni web
- L4.S5.2 Manutenzione adeguativa siti web, portali e applicazioni web

4.3 Servizi di Gestione

I servizi di gestione sono i seguenti:

- L4.S3 Content Management
- L4.S4 Gestione Operativa
- L4.S6 Conduzione Applicativa

4.3.1 L4.S3 - Content Management

Supporto tecnico redazionale e di gestione dei contenuti dei siti/portali/app con riferimento all'intero ciclo di vita dei contenuti

Il Servizio consiste nel supporto tecnico redazionale e di gestione dei contenuti con riferimento all'intero ciclo di vita dei contenuti; in particolare, le attività sono così categorizzabili:

- supporto alla creazione e gestione del modello dei contenuti e dei workflow redazionali
- classificazione e archiviazione dei contenuti
- pubblicazione, profilazione e attivazione dei contenuti e degli utenti.

4.3.2 L4.S4 - Gestione Operativa

Gestione di tutti gli aspetti tecnologici, funzionali, applicativi e di CMS (as a service), connessi all'erogazione di siti, portali, applicazioni web e APP mediante il Centro Servizi

Il servizio prevede le seguenti attività:

- messa a disposizione di infrastrutture logistiche e sistemistiche necessarie ad ospitare i siti/portali delle Amministrazioni committenti, nell'ambito del Centro Servizi e loro conduzione tecnica ed operativa (in esercizio)
- erogazione di una piattaforma di CMS "as a service" e relativa gestione.

Il servizio è così suddiviso:

- L4.S4.1 Gestione Operativa (fascia Base)

- L4.S4.1a Gestione Operativa (fascia Base) Servizio Aggiuntivo
- L4.S4.2 Gestione Operativa (fascia Media)
- L4.S4.2a Gestione Operativa (fascia Media) Servizio Aggiuntivo
- L4.S4.3 Gestione Operativa (fascia Alta)
- L4.S4.3a Gestione Operativa (fascia Alta) Servizio Aggiuntivo

4.3.3 L4.S6 - Conduzione Operativa

Attività, risorse e strumenti di supporto per la gestione in esercizio di quanto sviluppato, gestito e mantenuto in ambito al Lotto 4

Il servizio di conduzione applicativa comprende attività, risorse e strumenti di supporto per la gestione in esercizio di quanto sviluppato, gestito e mantenuto in ambito al Lotto 4.

4.4 L4.S7 - Supporto Specialistico

Risorse specialistiche sugli ambiti della fornitura del Lotto 4 con riferimento alla molteplicità di tematiche tecnologiche e funzionali specifiche

Il servizio consente all'Amministrazione di usufruire di risorse specialistiche sugli ambiti della fornitura del Lotto 4 con riferimento alla molteplicità di tematiche tecnologiche e funzionali specifiche; a tal fine, l'Amministrazione può individuare attività puntuali collegate ai servizi base acquisiti oppure raccogliere le esigenze di supporto sull'arco temporale della fornitura, pianificandole successivamente secondo i propri processi interni.

4.5 Servizi selezionati dall'amministrazione

Cod. Serv.	Nome Servizio	Servizio selezionato	Periodo Da	Periodo A
L4.S1	Progettazione sviluppo MEV rifacimento portali siti e applicazioni web	X	06/2018	05/2020
L4.S2	Progettazione sviluppo MEV rifacimento di APP	X	06/2018	05/2020
L4.S3	Content management	X	06/2018	05/2020
L4.S4	Gestione Operativa	X	06/2018	05/2020
L4.S5	Manutenzione correttiva/adequativa siti web, portali e applicazioni web	X	06/2018	05/2020
L4.S6	Conduzione applicativa	X	06/2018	05/2020
L4.S7	Supporto specialistico compresa formazione tecnica	X	06/2018	05/2020

5 ALLEGATO 1 – SCHEDA PROGETTO POR-FESR



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Scheda Progetto

Sistema informativo Cure Primarie

Gestione della Non Emergenza

Attivazione sperimentale del Servizio 116117

Progetto:	Sistema Informativo per le Cure Primarie (SICP)	Sottoprogetto:	Gestione della Non Emergenza - Attivazione sperimentale del Servizio 116117		
Redatto da:	Azienda Tutela della Salute della Sardegna			 ATS Sardegna Azienda Tutela Salute	
Versione:	7.1	Data	22/05/2018	Autore:	Dott. Piergiorgio Annicchiarico Direzione Dipartimento ICT Struttura Complessa Sistemi Informativi Sanitari



UNIONE EUROPEA
Fondo europeo di sviluppo regionale



REPUBBLICA ITALIANA



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA





Indice

1.	Introduzione	3
1.1	Glossario	5
2.	Descrizione del Sottoprogetto	6
1.2	Denominazione del Sottoprogetto.....	6
1.3	Sintesi del Sottoprogetto.....	6
1.4	Oggetto dell'intervento	9
1.4.1	Modello Organizzativo	10
1.4.2	Infrastruttura tecnologica	11
1.4.3	Software applicativo.....	11
1.4.3.1	Certificazione dei Protocolli di Intervista Telefonica.....	12
1.4.3.2	Ottimizzazione dei Servizi sul Territorio.....	12
1.4.3.3	Integrazione con il Sistema Sanitario Regionale	13
1.4.3.4	Sottosistema di Monitoraggio.....	13
1.4.4	Formazione.....	14
1.4.5	Change management	15
1.4.6	Sperimentazione del Servizio	15
1.4.6.1	Assistenza al Servizio 116117.....	16
1.4.6.2	Piattaforma di erogazione del Servizio in Cloud	17
1.4.7	Campagna di Comunicazione.....	17
1.4.8	Project Management	18
1.5	Territorialità dell'Intervento	18
1.6	Articolazione delle fasi progettuali	18
1.7	Piano Temporale	19
1.8	Interventi da finanziare.....	19
3.	Prospetto di spesa per annualità	20
1.9	Dettaglio spesa per intervento per anno.....	20
1.10	Prospetto complessivo spesa.....	20
1.11	Sostenibilità del sottoprogetto.....	20



1. Introduzione

La ATS della Sardegna a seguito della L.R. n. 17 del 27 luglio 2016 è impegnata in un profondo processo di riorganizzazione, razionalizzazione e centralizzazione che tiene conto del profondo cambiamento in corso nel SSR; sono stati avviati dei percorsi di riorganizzazione complessiva della Sanità Regionale, dei Presidi Ospedalieri (riforma della Rete Ospedaliera), dei servizi di diagnosi e cura, dei processi di presa in carico dei pazienti, di centralizzazione dei processi amministrativi e di acquisto di beni e servizi sanitari. L'obiettivo fondamentale che si intende raggiungere è quello di rimettere il Paziente e il Cittadino al centro dei processi assistenziali, di cura e di prevenzione, con la certezza della sostenibilità finanziaria del sistema.

In questo contesto l'innovazione digitale è una leva strategica per l'ATS Sardegna, che sta affrontando un cambiamento epocale e una profonda trasformazione dei processi di erogazione dei propri servizi sanitari. Una trasformazione che parte dall'oggi, con il progressivo miglioramento del supporto alla gestione dei servizi al cittadino-paziente e che, contemporaneamente, guarda già al futuro.

La **Scheda Progetto "Sistema Informativo per le Cure Primarie"**, allegata alla Convenzione sottoscritta tra ATS e Assessorato Sanità, definisce l'oggetto di massima dell'intervento ed i principi strategici per la realizzazione operativa di un intervento specifico rivolto alla realizzazione di un sistema informativo a supporto della riorganizzazione della rete delle Cure Primarie che si dovrà affiancare alla implementazione della nuova Rete Ospedaliera della Sardegna.

Nella strategia di attuazione l'intervento suddetto è strutturato in maniera articolata, configurandosi come un'aggregazione di più sotto-interventi che concorrono all'attuazione degli obiettivi generali.

In tale contesto la presente Scheda intende descrivere il sotto-progetto inerente il progressivo riordino della Medicina di Continuità Assistenziale con particolare riferimento all'attivazione del cosiddetto **Servizio 116117**, anche quale *step* intermedio a supporto di una transizione graduale verso il modello a regime delle Cure Primarie, che concorre per la propria parte al raggiungimento degli obiettivi strategici nell'insieme dei sotto-progetti indicati nella Scheda Progetto principale.

Il Servizio 116117 rappresenta il *numero unico internazionale* per l'accesso ai Servizi di Cure Mediche non urgenti e altri servizi sanitari e concorre alla gestione della domanda assistenziale a bassa intensità/priorità. La sua attivazione non è legata solo alla sostituzione dei numeri di Continuità Assistenziale, ma opera in raccordo con il servizio di emergenza urgenza dalle ore 24 alle ore 8 con funzioni in grado di assicurare la continuità delle cure e di intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità.

L'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013 – "*Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale*" ha fornito le indicazioni relativamente all'adozione di sistemi di ricezione delle richieste di Assistenza primaria nelle 24 ore finalizzati ad assicurare la continuità delle cure e intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità, mediante i seguenti elementi principali:

- Centralizzazione (almeno su base provinciale) delle chiamate al Servizio di Continuità Assistenziale;
- Condivisione con il servizio di Emergenza Urgenza delle tecnologie e integrazione con i sistemi informativi regionali, lasciando comunque distinto l'accesso degli utenti alle numerazioni dell'Emergenza Urgenza e alla Continuità assistenziale.

Il Servizio 116117 risponde alle seguenti caratteristiche:

- È uno strumento di comunicazione rivolto a tutti i cittadini, italiani e stranieri, senza alcun obbligo di registrazione preventiva.
- È il numero unico in Italia ed in Europa.
- È un numero a chiamata rapida e non necessita di prefisso.
- È disponibile H24 per 7 giorni a settimana.
- Fornisce assistenza e/o informazioni.
- Il servizio non è limitato nel tempo.
- Non è richiesto all'utente alcun pagamento per la chiamata.
- Le chiamate possono essere effettuate da telefono fisso o mobile o apparecchio pubblico.

E' possibile prevedere l'attivazione del numero anche per aree territoriali limitate rispetto all'intero ambito regionale. In ogni caso, per motivazioni tecniche analoghe a quelle del 118 e del NUE 112 l'ambito minimo di raccolta della chiamata è rappresentato dal distretto telefonico.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Di conseguenza, un centro di risposta può raccogliere le chiamate di uno o più distretti telefonici, in funzione delle dimensioni dei distretti stessi e delle modalità organizzative che verranno realizzate.

Il servizio non deve essere, quindi, una mera sostituzione dei vari numeri utilizzati attualmente per il Servizio di Continuità Assistenziale che, per sua caratteristica, opera su archi temporali limitati, ma deve garantire a tutti i cittadini, nelle 24 ore, la possibilità di ricevere senza soluzione di continuità risposte a tutte le chiamate di cure mediche non urgenti.

L'attivazione del numero 116117 in ambito ATS Sardegna è prevista gradualmente così da consentire l'armonizzazione del percorso di riorganizzazione della rete ospedaliera, dell'emergenza urgenza e della rete territoriale, avendo per la sua stessa natura una reale ricaduta nel sistema circolare dell'assistenza.

Si procederà individuando delle aree territoriali significative rispetto alle finalità di una sperimentazione, con una graduale introduzione e messa a punto del modello, un avvio progressivo del servizio e la predisposizione delle infrastrutture tecniche e logistiche necessarie.

Si procederà con la selezione e formazione tecnica del personale medico da destinare alle Centrali Operative, con la formazione tecnica dei medici della Continuità Assistenziale coinvolti nella sperimentazione e alla attivazione del servizio nelle aree individuate.

Durante la fase di sperimentazione si valuterà il servizio testandone le criticità, ma anche le ricadute in termini di beneficio nel governo della domanda a bassa intensità di cura e nei rapporti con il servizio di continuità assistenziale e con la rete di Cure Primarie e con le aggregazioni di professionisti.

Successivamente, con una altra iniziativa progettuale, non oggetto di questo intervento, il servizio verrà esteso a tutto il territorio regionale.

Per raggiungere l'obiettivo la ATS Sardegna intende dotarsi di uno strumento applicativo che consenta la corretta erogazione del Servizio 116117, garantendo l'accesso e la circolarità delle informazioni tra i diversi operatori dello stesso servizio, nel rispetto delle norme sulla privacy, e supportando l'attività tempestiva di triage attraverso una metodologia consolidata a livello internazionale. Elemento critico, oltre alla facilità d'uso, è rappresentato dalla formazione per gli operatori, che andrà prevista con adeguate azioni di *follow-up* e accompagnata da una assistenza iniziale di tipo continuativo.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

1.1 Glossario

AgID	Agenzia per l'Italia Digitale
AFT	Aggregazioni Funzionali Territoriali
CA	Continuità Assistenziale
CC	Cartella Clinica
CCA	Cartella Clinica Ambulatoriale
CCE	Cartella Clinica Elettronica <i>Strumento di gestione informatizzata sostitutivo della Cartella Clinica cartacea</i>
CCM	Chronic Care Model
CCP	Cartella clinica delle Cure Primarie <i>Strumento di gestione informatizzata per le Aggregazioni Funzionali territoriali</i>
CDR	Clinical Document Repository – Clinical Data Repository
Consip	Consip S.p.A.
ESB	Enterprise Service Bus
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico
HW	Hardware
IoT	Internet of Things
MCA	Medici di Continuità Assistenziale
Mdi	Medicina di Iniziativa
MMG	Medici di Medicina Generale
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PPI	Punto di Primo Intervento
PLS	Pediatri di Libera Scelta
PUA	Punto Unico d'accesso
SISaR	Sistema Informativo Sanitario Regionale
SPC	Sistema Pubblico di Connettività
SW	Software
UCCP	Unità Complesse di Cure Primarie



2. Descrizione del Sottoprogetto

1.2 Denominazione del Sottoprogetto

Gestione della Non Emergenza - Attivazione sperimentale del Servizio 116117	
Atti di programmazione regionali	<ul style="list-style-type: none"> • Legge Regionale 17 novembre 2014 n. 23 <i>Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale. Modifiche alle leggi regionali n. 23 del 2005, n. 10 del 2006 e n. 21 del 2012</i> • Delibera della Giunta Regionale n. 44/13 del 07.11.2014 • Delibera della Giunta Regionale n. 60/2 del 02.12.2015 <i>Sistema Regionale delle Cure Territoriali. Linee di indirizzo per la riqualificazione delle cure primarie</i> • Delibera della Giunta Regionale n. 17/14 del 04.04.2017 <i>POR FESR 2014-2020 – Programmazione integrata interventi in ambito sanitario</i>
Atti di programmazione ATS	<ul style="list-style-type: none"> • Piano Sanitario Regionale ATS 2018-2020 • Piano ICT Triennale ATS 2018-2020
Quadro Normativo di Riferimento	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158 <i>"Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute"</i> • Legge del 08.11.2012, n. 189 <i>"Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute"</i> • Patto della Salute 2014-2016 • Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013 – <i>"Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale"</i>
Finalità	<ul style="list-style-type: none"> • Supportare il <i>"decollo e l'implementazione su tutto il territorio regione del nuovo modello di Cure Primarie"</i>,
Risorse Richieste	<ul style="list-style-type: none"> • Il sotto-progetto richiede un finanziamento complessivo di € 2.860.275,16, quota parte del Progetto principale sulle Cure Primarie - su POR FESR Sardegna 2014-2020 Asse VII, rivolto alla predisposizione dei prerequisiti tecnologici e di contesto, alla realizzazione delle soluzioni tecnologiche e alla loro sperimentazione nelle aree territoriali pilota, all'attuazione delle azioni di supporto e accompagnamento

1.3 Sintesi del Sottoprogetto

Situazione Attuale	<p>Nell'ambito del Piano Sanitario Triennale 2018-2020 l'ATS Sardegna ha posto un particolare focus sul Servizio di Continuità Assistenziale in cui gli operatori dovranno realizzare sinergie importanti con i MMG nel governo, non solo della cronicità, ma anche dei bisogni a bassa e media complessità evitando che l'utente si rivolga all'Ospedale per patologie non urgenti e differibili (integrazione servizi per arco di tempo tra 16 e 24h).</p> <p>Il servizio di Continuità Assistenziale assicura interventi domiciliari e territoriali per urgenze notturne, festive e prefestive indirizzando il servizio a tutta la popolazione appartenente ad ogni fascia di età e presente in un ambito territoriale.</p> <p>Attualmente in Sardegna il servizio è articolato in circa 190 punti di Continuità Assistenziale e ciascun "punto guardia" opera in un preciso ambito territoriale; le dimensioni degli ambiti territoriali sono complessivamente molto ridotte, per la particolare dispersione dei centri abitati; sono presenti, infatti, 15 ambiti territoriali con popolazione inferiore a 2.000 abitanti,</p>
---------------------------	---



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

	<p>30 ambiti territoriali con popolazione compresa tra i 2.000 e i 3.000 abitanti.</p> <p>Le prestazioni del servizio di Continuità Assistenziale sono realizzate da medici convenzionati con le ASSL sulla base della disciplina del Capo III dell'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale.</p> <p>La riorganizzazione del servizio è finalizzata a garantire tempestività delle risposte ed equità nell'accesso, in modo da assicurare un'effettiva continuità dell'assistenza rispetto ai medici di assistenza primaria ed anche al sistema dell'Emergenza Urgenza.</p>
Obiettivi del Sottoprogetto	<ul style="list-style-type: none">• Rimettere il Paziente al centro dei processi assistenziali, di cura e prevenzione, con la certezza della sostenibilità finanziaria del sistema.• Consentire l'armonizzazione del percorso di riorganizzazione della Rete Ospedaliera, dell'urgenza emergenza e della rete territoriale, avendo per la sua stessa natura una reale ricaduta nel sistema circolare dell'assistenza.• Assicurare la corretta erogazione del Servizio 116117, garantendo l'accesso e la circolarità delle informazioni tra i diversi operatori del servizio, nel rispetto delle norme sulla privacy, e supportare l'attività attraverso una metodologia consolidata a livello internazionale.• Assicurare un servizio altamente qualificato mettendo in contatto il chiamante con un operatore sanitario qualificato che possa fornire adeguata assistenza o consulenza medica.• Minimizzare l'accesso alle strutture di emergenza/urgenza (siano essi Pronto Soccorso e/o servizi 118), nella piena tutela della salute del paziente.• Governare correttamente le fasi di indagine, già a livello telefonico, così da fornire informazioni pertinenti e precisi su come gestire la richiesta.• Ottimizzare le risorse sul territorio, così da garantire tempi di attesa adeguati, e rendendo tangibile l'aumento della qualità del servizio offerto.• Garantire il servizio 24 ore su 24, così da intercettare le chiamate improprie normalmente afferenti ai sistemi 118, gestendole in un più adeguato workflow di non urgenza (ma garantendo, se necessario ed in qualsiasi momento l'escalation verso l'urgenza).• Essere conforme alle direttive definite dalla Comunità Europea relative all'implementazione del numero unico di non emergenza 116117.• Offrire informazioni di carattere sanitario, relative a procedure e modalità di accesso a servizi specialistici.• Monitorare ed analizzare i bisogni della popolazione e dei servizi offerti dal Sistema Sanitario.• Definire un modello immediatamente estensibile all'intero contesto regionale.
Opportunità	<ul style="list-style-type: none">• Valutazione delle opportunità offerte dagli strumenti CONSIP, con particolare riferimento agli accordi e alle convenzioni quadro allo scopo di valorizzare il progetto con la necessaria tempestività in coerenza con il modello previsto nel Piano Triennale ICT di ATS.
Le criticità presenti	<p>Oltre le criticità indicate nella Scheda di Progetto principale, pienamente valide e condivisibili nel presente sotto-progetto (<i>change management</i>, prerequisiti tecnologici non di stretta competenza dell'intervento, ambito privacy e attivazione del GDPR), si osservano ulteriori criticità che si rilevano nell'attuale organizzazione del servizio:</p> <ul style="list-style-type: none">- Il servizio attuale non garantisce sufficiente appropriatezza rispetto alle prestazioni erogate; la mancanza di meccanismi di filtro (o <i>triage</i>) delle richieste degli assistiti espone il medico alla costante richiesta inappropriata;- Il livello di qualità percepita è basso;- L'azione di filtro sui codici bianchi del pronto soccorso è insufficiente;- L'isolamento in strutture periferiche e non sufficientemente idonee, costituisce motivo frequente di mortificazione professionale, rischio personale e marginalità rispetto al



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

	<p>sistema dell'assistenza distrettuale;</p> <p>– L'assenza di utilizzo delle forme associative con i medici di assistenza primaria nell'erogazione delle attività, limita l'effettiva continuità della presa in carico degli assistiti.</p> <p>Ulteriore elemento critico è rappresentato dalla formazione specialistica per gli operatori sanitari, che dovrà prevedere adeguate azioni di <i>follow-up</i> e associata ad un'assistenza iniziale continuativa.</p>
I Risultati Attesi	<ul style="list-style-type: none">• Ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse ponendo, in un sistema di rete e circolarità, gli operatori del servizio di continuità in modo da realizzare le necessarie e opportune sinergie con i MMG, PLS e la rete dell'emergenza.• Realizzazione di un contesto tecnologico infrastrutturale e architettuale adeguato per l'inserimento di nuovi sistemi e del Servizio 116117.• Realizzazione di un modello di erogazione della non emergenza mediante il Servizio 116117.• Afferenza di alcune sedi "di confine di area ASSL" ad altre aree limitrofe così da garantire le maggiori sinergie possibili e l'integrazione nella rete ATS.
I Benefici Attesi	<ul style="list-style-type: none">• Gestione della domanda a bassa intensità di cura e nei rapporti con il servizio di Continuità Assistenziale e la rete di Cure Primarie e delle aggregazioni di professionisti in particolare.• Riduzione degli accessi inappropriati alla rete della Emergenza-Urgenza (compresi gli accessi inappropriati non filtrati ai Pronto Soccorso).• Miglioramento dei processi di cura dei pazienti cronici.• Ottimizzazione nell'accesso al Servizio Sanitario Regionale da parte del cittadino.• Sviluppo della modalità di pianificazione, programmazione e controllo delle attività nella gestione della "Non Emergenza".• Facilitazione della condivisione delle informazioni clinico-sanitarie a maggior beneficio per la cura e assistenza del paziente.• Crescita del livello di <i>Empowerment</i> degli operatori sanitari e del Paziente.
Strategia di Attuazione	<p>Il sottoprogetto "<i>Gestione della Non Emergenza - Attivazione sperimentale del Servizio 116117</i>" rappresenta un componente fondamentale nell'intervento complessivo del progetto innovativo che la Regione intende attuare per riformare il sistema complessivo delle cure primarie a beneficio fondamentale dei cittadini e degli operatori del sistema sanitario complessivo.</p> <ul style="list-style-type: none">• L'intervento dovrà essere strutturato in maniera articolata mediante l'applicazione di un modello organizzativo progettato per affrontare la tematica della non emergenza, a partire dalla fase di sperimentazione su aree territoriali svantaggiate – prescelte - fino al raggiungimento degli obiettivi generali e complessivi del sottoprogetto, anche con l'obiettivo di attuare il <i>change management</i> dei processi organizzativi e assistenziali e il perfezionamento delle soluzioni adottate.• Il Servizio 116117 dovrà poter essere autosufficiente nell'impiego degli specifici strumenti tecnologici e nelle relative attività. Dovrà essere in grado di interagire con le altre componenti del SSR per ottimizzare lo scambio informazioni, la gestione degli utenti e delle risorse di tipo tecnologico.• Si prevede un'importante azione orientata alla formazione specialistica del personale e nell'attuazione di azioni di affiancamento e supporto al processo di cambiamento con una forte attività e presenza sul territorio.



1.4 Oggetto dell'intervento

Il Patto per la Salute 2014-2016 e l'Accordo Stato Regioni, del 7 febbraio 2013 – “Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale” definiscono le linee guida per lo sviluppo del servizio di Guardia Medica ed istituisce l'attivazione del numero di utilità sociale 116117 per il servizio di cure mediche non urgenti, che nella sua prossima evoluzione dovrà divenire una struttura connessa e simile ai servizi di emergenza/urgenza del 118, unificando e centralizzando il servizio stesso e rendendolo strettamente connesso alla rete di emergenza territoriale. L'accorpamento di aziende ospedaliere e punti di soccorso sul territorio rende infatti necessaria la strutturazione di un servizio territoriale di gestione della “non emergenza” altamente qualificato ed efficiente, in grado di gestire al meglio le casistiche dei cittadini afferenti, con l'obiettivo di:

- Essere totalmente conforme alle direttive definite dalla Comunità Europea relative all'implementazione del numero unico di non emergenza 116117;
- Minimizzare l'accesso alle strutture di emergenza/urgenza (siano essi Pronto Soccorso e/o servizi 118), nella piena tutela della salute del paziente;
- Governare correttamente le fasi di indagine, già a livello telefonico, così da fornire informazioni pertinenti e precisi su come gestire la richiesta;
- Ottimizzare le risorse sul territorio, così da garantire tempi di attesa adeguati, e rendendo tangibile l'aumento della qualità del servizio offerto;
- Garantire il servizio 24 ore su 24, così da intercettare le chiamate improprie normalmente afferenti ai sistemi 118, gestendole in un più adeguato *workflow* di non urgenza (ma garantendo, se necessario ed in qualsiasi momento l'escalation verso l'urgenza);
- Offrire informazioni di carattere sanitario, relative a procedure e modalità di accesso a servizi specialistici;
- Monitorare ed analizzare i bisogni della popolazione e dei servizi offerti dal Sistema Sanitario.

Per raggiungere gli obiettivi sopraenunciati occorre:

- Disegnare, sperimentare e mettere a punto un modello organizzativo di erogazione del servizio che sia coerente con le linee di riforma dei Servizi Sanitari Territoriali, rispondente alle esigenze dei cittadini e in grado di essere recepito in termini positivi dagli stessi operatori sanitari coinvolti;
- Rendere disponibile l'infrastruttura tecnologica necessaria sia in termini di Centrali Operative, di Postazioni di Guardia Medica che di dotazioni individuali dei medici coinvolti;
- Sviluppare gli strumenti applicativi, farli evolvere durante la sperimentazione e al contempo garantirne le funzionalità durante la sperimentazione stessa con un servizio di assistenza h24 7/7;
- Assicurare la specifica formazione sull'utilizzo degli strumenti applicativi;
- Supportare gli operatori sanitari coinvolti nel processo di adeguamento e acquisizioni di consapevolezza del nuovo modello organizzativo del servizio, che cambia profondamente il paradigma del ruolo della “Guardia Medica” sino ad oggi conosciuto e utilizzato, e al contempo individuare eventuali elementi di criticità nel nuovo modello organizzativo e definire eventuali azioni correttive;
- Attuare la fase di sperimentazione vera e propria, individuando delle aree territoriali all'interno delle quali attuare la sperimentazione che possano essere il giusto case-mix necessario a fornire gli elementi correttivi e di tuning per il successivo eventuale progetto di estensione a livello regionale;
- Attivare una adeguata azione di comunicazione, finalizzata a far conoscere alla cittadinanza gli obiettivi e i benefici indotti dal progetto finanziato con le risorse POR FESR e a promuoverne l'utilizzo nei territori interessati dalla sperimentazione;
- Gestire la complessa articolazione dell'intero sottoprogetto, che vede la cooperazione attiva di strutture diverse sotto il profilo gerarchico, territoriale e professionale e prevede rilevanti elementi innovativi, mantenendo fermo il controllo della tempistica e degli obiettivi fissati.



1.4.1 Modello Organizzativo

Il Numero Unico per servizi di assistenza medica non urgenti (116117) dovrà indirizzare i chiamanti ad un servizio di assistenza medica anche per situazioni potenzialmente critiche, ma non di emergenza, durante gli orari e le giornate non presidiate dai MMG, ovvero durante i normali orari nei quali l'attuale servizio di Guardia Medica è attivo.

L'obiettivo è quindi quello di fornire un servizio altamente esaustivo mettendo in contatto il chiamante direttamente con una centrale operativa dove un operatore sanitario qualificato possa fornire adeguata assistenza o consulenza medica. L'operatore sanitario che dialoga con il potenziale paziente sarà supportato da uno specifico strumento che lo aiuterà a porre le domande adatte e opportune per arrivare più rapidamente possibile ad identificare casi di potenziale emergenza (e quindi attivare immediatamente il 118), oppure di inviare al domicilio del paziente un medico di Guardia Medica (inoltrando sul suo tablet le informazioni raccolte durante il dialogo telefonico) oppure guidando il paziente a prendere contatto con il MMG prescelto.

Al fine di completare l'insieme dei servizi disponibili all'utenza, verrà anche reso disponibile un servizio di tipo informativo/procedurale sanitario (come fare ad accedere ad un servizio sanitario, dove sono prestate le diverse tipologie di servizi sanitari, indirizzi e orari degli ambulatori, ecc.). Questo servizio informativo verrà erogato da personale non medico.

La Centrale Operativa 116117 deve poter essere autonoma ed indipendente nelle proprie attività primarie e nei propri strumenti tecnologici, ma deve altresì essere in grado di scambiare dati ed informazioni con le altre componenti del SSN per ottimizzare la gestione degli utenti e delle risorse anche di tipo tecnologico.

Come si può intuire le criticità dovranno essere affrontate con flessibilità e propositività del modello funzionale e orientate all'integrazione dei sistemi ed alla comunicazione e scambio automatico dei dati con le altre realtà esistenti.

Volendo affrontare la problematica della non emergenza non come semplice instradamento di comunicazioni vocali verso operatori sul territorio bensì come razionalizzazione di interventi e di risorse ed un innalzamento del servizio percepito ed erogato verso i cittadini, occorre rivolgersi a modelli che contemplino una Centrale Operativa 116117 evoluta, presidiata e di monitoraggio di risorse e di necessità in evoluzione sul territorio attualmente non supervisionate.

Per tutto quanto esposto tra i possibili modelli organizzativi attuabili finalizzati alla gestione della Non Emergenza Sanitaria (116117) si ritiene fondamentale implementare il modello che utilizzi necessariamente personale sanitario presso le Centrali preposte, affiancato da personale non medico che possa fornire informazioni generali sui servizi offerti dal servizio sanitario.

Per la componente informativa e procedurale si intende utilizzare personale debitamente formato ed addestrato all'utilizzo di sistemi informatici. Questo a supporto dell'attività di identificazione e localizzazione del chiamante, verifica delle effettive necessità di supporto e fornitura delle informazioni di tipo generico sul sistema sanitario, strutture servizi e prestazioni e delle modalità procedurali collaterali (servizi per anziani, fornitura ausili, pratiche di sanità pubblica, ecc.).

Questo è infatti il modello in grado di effettuare un efficace filtro, relativamente alle richieste dell'utenza del territorio per quanto concerne la componente informativa e procedurale, ma soprattutto per quanto riguarda la parte prettamente sanitaria e di fornire un effettivo ausilio e supporto ai medici sul territorio.

Per quanto riguarda l'attività sanitaria si ritiene che nel modello prescelto la Centrale Operativa debba con sufficiente certezza filtrare, tramite intervista supportata da specifici protocolli, l'effettiva necessità di intervento della Guardia Medica o personale sanitario a casa del paziente (ed in questo caso gestirne le componenti informative raccolte e logistiche a supporto del personale sul territorio) e/o indirizzare il paziente verso le attività o strutture limitrofe al suo territorio per la risoluzione della problematica (es. MMG o PLS, Farmacia, Casa della Salute, etc.).

Quale strumento di supporto decisionale a supporto di tale attività degli operatori sanitari in Centrale si prevede l'utilizzo di protocolli a larga diffusione e riconosciuti a livello internazionale, integrati con il sistema informativo.

Questo strumento deve essere in grado di supportarli durante le attività di valutazione del caso raccogliendo l'anamnesi, discriminandone la gravità e favorendo il riconoscimento della probabile casistica o patologia suggerendo domande e comportamenti supportati da protocolli scientificamente validati.

I protocolli debbono facilitare il riconoscimento di casistica inappropriata per la tipologia di Centrale Operativa e rimandare le attività suggerite verso le strutture più appropriate.

Il modello prevede quindi che il personale sul territorio abbia dalla Centrale Operativa (e veicolato tramite un *device* mobile e relativi software a supporto) un importante aiuto non solo relativamente alla componente logistica (identificazione del paziente, localizzazione e percorso per raggiungerlo, sequenza degli interventi da effettuare, supporto per la sicurezza personale, ...), ma anche informativa sanitaria antecedente sul paziente (quando reperibile) e soprattutto sull'intervista protocollare effettuata dalla Centrale.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Il modello organizzativo prevede quindi che la Centrale Operativa faccia intervenire gli operatori sul territorio solo se necessario fornendo loro, presso la base o fuori sede su un apparato mobile, tutte le informazioni necessarie per affrontare e risolvere al meglio il caso alleggerendoli per quanto possibile dalle attività di tipo amministrativo e formali di tipo sanitario.

Il modello contempla ovviamente che le basi sul territorio siano connesse alla Centrale Operativa e rappresentino un punto presidiabile o di riferimento anche logistico per gli operatori (es. ricarica apparati mobile, stampe, ecc.). Da tali basi, punto di partenza dei medici e supporto locale per i cittadini (con servizi erogabili di tipo ambulatoriale) sarà possibile registrare i passaggi dei cittadini che accederanno direttamente alla struttura, così da mantenere una precisa visione d'insieme del servizio implementato. Tale registrazione potrà indifferentemente avvenire attraverso l'uso di una postazione di lavoro (PC) o di un supporto mobile (es. tablet) quando il medico sarà in movimento sul territorio.

1.4.2 Infrastruttura tecnologica

L'implementazione del sottoprogetto prevede che vengano attivate due Centrali Operative e che vengano predisposte 13 postazioni di Guardia Medica sul territorio.

Per quanto concerne le due Centrali Operative, queste saranno ospitate presso locali adeguati già disponibili da parte della ATS Sardegna. Nell'ambito del sottoprogetto saranno resi disponibili:

- Le postazioni di lavoro e le necessarie componenti infrastrutturali (PC, Stampanti, Lan, ecc);
- Le centraline telefoniche, opportunamente ridondate e provviste di sistema di registrazione;
- I collegamenti alla rete TD della ATS e a quella telefonica.

Le Postazioni di Guardia Medica verranno dotate, nell'ambito del sottoprogetto, di:

- Almeno un PC dotato di stampante e connettività adeguata alla rete di Trasmissione Dati dell'ATS;
- Tablet e telefono mobile per i medici appartenenti alla struttura;
- Potenziamento eventuale delle linee telefoniche fisse.

1.4.3 Software applicativo

Dai requisiti sottesi dal modello organizzativo scaturisce la necessità di dotarsi di un'apposita piattaforma tecnologica software in grado di rispondere alle esigenze sopra esposte, utilizzabile in almeno due sale operative regionali e con servizi dislocati sul territorio, e attorno a cui garantire i servizi di assistenza, manutenzione ed erogazione del servizio, per certi versi, simili a quelli ad oggi applicati ai Servizi di Emergenza 118.

Il sistema dovrà essere in grado di fornire almeno le seguenti macro funzionalità:

- Somministrazione dell'intervista telefonica al cittadino secondo il protocollo individuato (localizzazione chiamante, identificazione fabbisogni, valutazione evento ecc.);
- Visualizzazione di informazioni, anche provenienti da sistemi esterni, relative al chiamante (dati su patologie specifiche, reti di patologie, pazienti a rischio ecc.);
- Erogazione di informazioni su temi specifici, tra cui:
 - o Modalità di accesso ai servizi sanitari quali CUP, ambulatori, ecc
 - o Integrazione socio sanitaria (assistenza anziani, fornitura ausili/protesi ecc.);
 - o Sanità pubblica (certificazioni, vaccinazioni ecc.);
 - o Anagrafe sanitaria (medico di famiglia, assistenza sanitaria all'estero ecc.);
 - o Ospedale (donazioni, trapianti, Day Hospital ecc.);
 - o Consultorio familiare/pediatria (certificati, vaccinazioni ecc.);
 - o Campagne di prevenzione;
 - o Ticket/esenzioni (farmaci gratuiti, generici ecc.);
 - o Strutture socio sanitarie (orari, indirizzi ecc.);
 - o Reclami;
 - o Improprie (da girare ai relativi enti competenti);
 - o Ecc.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

- Valutazione medico-sanitaria (dove necessario) e definizione del corretto livello di risposta (attraverso l'uso di protocolli specifici riconosciuti dalla comunità scientifica internazionale);
- Attivazione di servizi basati su informazione e dati inoltrati alle postazioni sanitarie competenti;
- Statistiche generali sui dati gestiti dal sistema.

Il sistema informativo dovrà essere dotato anche di strumenti tecnici finalizzati a:

- Monitorare il territorio e la posizione delle postazioni mediche dispiegate, anche attraverso l'uso di soluzioni mobile a bordo veicolo e/o in dotazione ai medici sul campo;
- Visualizzare attraverso apposita cartografia il territorio di interesse;
- Consentire l'integrazione con i sistemi di comunicazione radio e fonia disponibili in centrale operativa.

1.4.3.1 *Certificazione dei Protocolli di Intervista Telefonica*

La statistica clinica indica che il 6% circa delle chiamate afferenti a casistiche non urgenti siano in realtà riconducibili a casi ad alta gravità, in cui la vita del paziente può essere messa a rischio. Risulta quindi fondamentale assicurarsi che la risposta erogata dal servizio di continuità assistenziale sia, per quanto possibile, adeguata alle reali necessità del cittadino: questo non solo per non mettere a rischio la vita del paziente ma anche per costruire una fiducia adeguata nel sistema tale da, nel corso del tempo, scoraggiare l'uso improprio delle risorse sanitarie sul territorio (es. afferenze errate in pronto soccorso).

Per tale motivo è necessario dotarsi di un apposito protocollo di intervista telefonica (di natura medica) da attivarsi in caso di necessità di valutazione sanitaria, che garantisca:

- Rapida identificazione dei casi a rischio, o occulti (circa il 6% del totale);
- Dirottamento, in caso di identificata emergenza, verso i servizi di emergenza territoriali più adeguati (118, Pronto Soccorso ecc.);
- Riconoscimento internazionale della bontà e della qualità (in termini di risultati e di garanzie) del protocollo adottato;
- Certificazione del personale medico che utilizzerà il protocollo;
- Integrazione completa del protocollo all'interno degli strumenti informatici messi a disposizione, al fine di evitare l'uso di differenti strumenti software.

Il protocollo dovrà essere selezionato sulla base della diffusione, dell'adeguatezza in fase di risposta e dei modelli di formazioni previsti per il personale sanitario. È infatti di fondamentale importanza che la formazione erogata al personale garantisca la certificazione dello stesso nel corso del tempo e al variare dei contesti socio sanitari in essere.

Il protocollo dovrà infine essere dotato di appositi strumenti di verifica qualitativa finalizzati a:

- Verificare l'aderenza al protocollo in fase di risposta da parte del personale attraverso il riascolto (a campione) delle chiamate gestite;
- Analisi degli eventuali bisogni formativi che la verifica di cui sopra potrebbe evidenziare;
- Analisi dell'adeguatezza della risposta erogata rispetto alle reali necessità e bisogni del paziente.

La completa integrazione del protocollo di intervista nello strumento applicativo dovrà consentire la produzione di statistiche e riepiloghi sia in forma strutturata che in forma definita dall'utente attraverso estrazioni dei dati in formato standard (xls, csv, ecc.).

1.4.3.2 *Ottimizzazione dei Servizi sul Territorio*

Nell'implementazione del sistema per il servizio 116117 dovranno essere considerate le esigenze specifiche legate all'ottimizzazione delle risorse mobili sul territorio. Si fa riferimento in particolare alla necessità di collegare le postazioni di guardia medica sul territorio al sistema di centrale, al fine di:

- Geolocalizzare le risorse in movimento sul territorio, in modo tale da poter ottimizzarne gli spostamenti;
- Consentire la ricezione dei servizi inoltrati dalla sala operativa verso le postazioni mediche locali. Tale funzionalità dovrà consentire la gestione del *workflow* di presa in carico del servizio e di espletamento dello stesso, così da mantenere costantemente allineata la sala operativa sull'evolversi delle situazioni sul territorio;



- Possibilità di accedere al sistema in modo sicuro e certificato ai soli utenti autorizzati anche in mobilità, attraverso dispositivi mobili quali *smartphone*, *tablet* o simili;

Le componenti software in uso alle postazioni sanitarie locali dovranno poter operare anche in caso di momentanea assenza di connettività, al fine di evitare, in caso di mancanza di copertura dati durante gli spostamenti, l'impossibilità di accedere ai dati di missione.

1.4.3.3 Integrazione con il Sistema Sanitario Regionale

Il servizio di continuità assistenziale 116117 necessiterà di poter accedere rapidamente e in forma integrata rispetto al software gestionale, ai dati relativi ai pazienti assistiti e presenti sul *repository* sanitario regionale e per il quale verrà attivata una specifica e differente azione progettuale.

Tale necessità si può sommariamente riassumere nell'esigenza di:

- Accedere all'anagrafica regionale degli assistiti (*AnagS*) così da poter identificare il paziente in forma univoca, nelle primissime fasi di intervista telefonica;
- Accedere ai *repository* (es. Fascicolo Sanitario Elettronico ,con particolare riferimento al Patient Summary, ove disponibile; *Clinical Data Repository* disponibili in ambito di SIO; altri sistemi informativi sanitari specifici di "reti di patologia" ecc.) esistenti per i pazienti censiti a livello regionale, così da aumentare il set di informazioni disponibili durante le fasi di valutazione sanitaria telefonica;
- Integrare i servizi 118 così da poter inviare, in caso di evidente emergenza, i dati raccolti dal Servizio 116117;

Come elemento cardine dovrà quindi esser prevista l'integrazione con l'anagrafe regionale degli assistiti *AnagS*, che contiene il dato qualitativamente migliore. Tale integrazione dovrà consentire l'identificazione del cittadino che richiede assistenza, e sarà elemento chiave per l'accesso alle informazioni ad esso legate. In sede successiva potrà essere valutata la opportunità anche di una integrazione con l'anagrafe centrale di SISaR (XMPI) e con altri sistemi gestionali in uso.

L'integrazione verso i dati del paziente dovrà essere implementata verificando le modalità di accesso alle informazioni, con particolare riferimento al GDPR di imminente attivazione e, soprattutto, in termini di efficacia.

È infatti plausibile ipotizzare che la rappresentazione "non ragionata" dell'intero contenuto informativo a fronte di una interrogazione, possa non essere la soluzione ottimale al "problema 116117". In fase di analisi dovrà quindi essere identificato uno scenario d'uso che consenta di massimizzare l'efficacia di tale strumento, garantendo al contempo che i dati visibili siano esclusivamente quelli di interesse per l'erogazione del servizio.

Dovranno inoltre essere analizzati i vantaggi derivanti dall'integrazione delle banche dati dell'ADI e delle prescrizioni dei medici di medicina generale. Tali informazione, che di certo concorrono nel definire un quadro complessivo della condizione del paziente che necessita assistenza, dovranno essere analizzate per identificarne il livello di pertinenza e la modalità di fruizione. Come per l'accesso al fascicolo, dovrà essere opportunamente affrontato il tema legato alla corretta gestione della privacy (GDPR).

Infine, in sede di una sperimentazione iniziale, potrà essere valutata l'integrazione con il *Clinical Document Repository* (oggetto di un successivo specifico intervento), ai fini di una più completa integrazione organica con il nuovo modello di Assistenza Territoriale e di Cure Primarie.

L'intero set di informazioni provenienti da sistemi integrati dovrà in ogni caso essere proposto all'operatore con una forma ergonomica, ovvero di semplice consultazione e in integrazione con le restanti informazioni gestite dalla piattaforma software. Tali integrazioni dovranno quindi essere realizzate attraverso i paradigmi dello *User Centered Design* (per quanto riguarda le componenti di front-end) e SOA (*Service Oriented Architecture*) per quanto riguarda il recupero del dato stesso.

Potrà essere valutata l'implementazione di tali integrazioni attraverso l'utilizzo di specifici servizi (Web Services, Api REST, ecc.) o attraverso l'utilizzo sistemico di un *Enterprise Service Bus* aziendale e/o regionale.

1.4.3.4 Sottosistema di Monitoraggio

L'attivazione del servizio 116117 ha un aspetto organizzativo interno rilevante, che richiede un'azione di *change management* non secondaria ed al contempo prevede una progressiva attività di promozione presso la popolazione, che in una certa misura dovrà essere guidata verso l'utilizzo del nuovo servizio.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Inoltre dovranno essere misurate le ricadute in termini di beneficio nel governo della domanda a bassa intensità di cura e nei rapporti con il servizio di continuità assistenziale e la rete di cure primarie e delle aggregazioni di professionisti in particolare.

In questo contesto è necessario che lo strumento applicativo fornisca la più ampia serie di report statistici sulla tipologia di chiamate, origini delle chiamate, servizi invocati, azioni attuate anche con riferimento temporale, ecc. Inoltre dovrà essere possibile effettuare estrazioni in formati standard (CSV o altri) di tutti i dati per poter elaborare statistiche estemporanee non previste a sistema.

Tra gli elementi di monitoraggio principali dovranno essere considerati:

- Numero chiamate entranti;
- Numero chiamate gestite;
- Numero chiamate abbandonate;
- Numero chiamate inoltrate al 118;
- Numero di chiamate provenienti dal 118;
- Numero chiamate non pertinenti;
- Statistiche sul numero delle chiamate;
- Tempo medio di evasione di un'intervista telefonica;
- % di chiamate identificate come di emergenza sanitaria;
- % di chiamate evase senza necessità di supporto onsite (ovvero senza invio guardia medica);
- Analisi della tipologia di chiamate (tipologia di richieste).

Particolare attenzione dovrà essere data alla soddisfazione dell'utenza. A tal proposito deve essere previsto un sistema di rilevazione e gestione del *feedback*, anche attraverso azioni di *recall*, che consenta di analizzare la soddisfazione del servizio erogato, in termini di:

- % di persone soddisfatte della intervista ricevuta;
- % di persone che ritengono che la loro condizione sia migliorata dopo l'accesso al servizio;
- % di persone che ritengono che la chiamata sia stata gestita nel modo più appropriato.

Oltre a quanto sopra esposto si dovrà analizzare e proporre una metodologia tecnico/organizzativa che consenta di verificare se l'attivazione del servizio abbia portato effettive diminuzioni dell'accesso improprio ai servizi di emergenza pre-esistenti (principalmente 118 e Pronto Soccorso).

A tal fine l'ATS potrà disporre della produzione di flussi standard attraverso cui comparare gli accessi ai servizi di emergenza suddetti con il Servizio 116117 erogato. Tali dati, insieme alla totalità di quelli in gestione al servizio 116117, dovranno confluire in una componente di Business Intelligence opportunamente configurata per il calcolo di KPI che verranno definiti come standard di analisi qualitativa del servizio nel suo insieme.

1.4.4 Formazione

La formazione operativa consentirà agli operatori sanitari di Centrale Operativa 116117 e al personale medico sul territorio il corretto utilizzo dei sistemi informatici messi a loro disposizione, garantendone così la piena fruibilità. In considerazione dell'alto numero di operatori da coinvolgere, la formazione dovrà essere strutturata in forma differente a seconda che si tratti di operatori di centrale o di operatori sul territorio.

La formazione per gli operatori sanitari di Centrale Operativa dovrà essere svolta sotto forma di formazione frontale in aula, con un numero di partecipanti non superiore a 10 per sessione. Dovranno essere predisposte opportune postazioni di lavoro, del tutto simili (in termini di allestimento: monitor, tastiere, mouse, fonica ecc.) a quelle di produzione collegate all'ambiente di formazione in Cloud.

Tale ambiente, del tutto separato da quello operativo, lavorerà con lo stesso data-set di quello di produzione, così da rendere possibile la generazione di casi reali per gli operatori. La sessione formativa degli operatori di sala dovrà prevedere anche il modulo per il corretto uso dei software mobile sui tablet e/o via web: tale esigenza nasce dalla possibile necessità di supportare un eventuale medico in fase di ricezione/compilazione dei dati di un intervento. In ogni caso tale supporto non sostituirà quello da erogarsi come Assistenza Applicativa, sotto descritto.

La formazione consisterà anche nell'istruirli al corretto uso del protocollo clinico di intervista che verrà predisposto, raggiungendo la specifica certificazione di tutti gli operatori partecipanti, certificazione che dovrà essere mantenuta (e, se necessario, aggiornata, per tutta la durata del servizio). Se previsto dal protocollo scelto, la formazione dovrà essere erogata ad ogni aggiornamento del protocollo utilizzato, così da mantenere il personale del tutto preparato al suo corretto utilizzo.



La formazione per gli operatori sul territorio dovrà essere svolta a un sottoinsieme di persone di riferimento, in ottica "train-the-trainer". Tale personale farà da riferimento per il personale sul territorio, rendendo più semplice la distribuzione dei nuovi strumenti informatici previsti.

In affiancamento a tale personale deve essere predisposto un portale web ad accesso protetto attraverso cui erogare uno o più moduli formativi in ottica "E-Learning", o formazione a distanza. In questo modo gli operatori sul territorio potranno avere sempre disponibile un set di risorse utili a comprendere il funzionamento del sistema e le sue semplici modalità di attuazione. Lo strumento consentirà di erogare semplici quiz per la verifica della comprensione da parte del personale che avrà seguito il corso, certificandone quindi non solo il corretto svolgimento ma anche la corretta comprensione delle informazioni rilasciate. Il portale formativo rimarrà attivo per tutta la durata del servizio.

L'ambiente formativo (operativo e clinico), così come Cloud relativo e il portale E-Learning dovranno essere disponibili per l'intera durata del sottoprogetto.

1.4.5 Change management

Obiettivo del *change management* è quello di abilitare il personale della ATS all'adozione di metodologie, procedure e strumenti coerenti con l'attivazione del progetto, attraverso una serie di interventi operativi ed organizzativi che consentano di dare piena e concreta attuazione alle iniziative previste e sostenere i processi di cambiamento che derivano dalla progettualità.

Di particolare significatività sono gli interventi volti a superare le barriere, gli attriti e le resistenze che si determinerebbero - senza le opportune misure motivazionali e di compartecipazione - nel contesto attuale in cui prevale l'elemento dell'esercizio diretto ed esclusivo della professione medica generalista (peraltro spesso senza alcuna possibilità di ricorrere alla disponibilità di azioni di supporto di più elevata qualificazione professionale), rispetto ad un contesto futuro in cui gli interventi che scaturiscono dall'espressione del bisogno assistenziale sono intercettati, analizzati, guidati, programmati, indirizzati e supportati da una organizzazione in rete, elemento maggiormente qualificante della nuova organizzazione del servizio di continuità assistenziale condotto per mezzo del sistema 116117.

Si tratta in particolare di abilitare il processo di condivisione dei processi e della eventuale presa in carico degli strumenti e delle metodologie previste con l'obiettivo di accompagnare la struttura nel corso della fase di sviluppo dell'autonoma capacità di governo del sistema 116117, che a sua volta si inquadra come tassello nel più ampio contesto della riorganizzazione della assistenza sanitaria territoriale e delle cure primarie.

La progettazione degli interventi dovrà prendere l'avvio da un'analisi ex-ante dei possibili impatti sulla organizzazione derivanti dal modello organizzativo sotteso alla attivazione del sottoprogetto: da un lato si dovranno analizzare i processi di innovazione in maniera tale da programmare il trasferimento del *know-how* a tutti i livelli organizzativi e contemporaneamente le possibili difficoltà di conseguimento dei risultati attesi per effetto dei molteplici fattori frenanti che possono generare resistenza nei programmi di trasformazione e cambiamento.

I programmi di *change management* dovranno identificare gli obiettivi, i principi e le strategie per il supporto al cambiamento, oltre che ruoli e responsabilità, in maniera da rilevare successivamente, nel corso di attuazione del sottoprogetto, anche gli impatti del cambiamento ai diversi livelli organizzativi, rappresentando i risultati derivanti dall'analisi del clima organizzativo e del livello di predisposizione attitudinale del personale al cambiamento e gli eventuali elementi di resistenza rilevati e/o elementi di successo nella condivisione degli obiettivi.

L'azione complessiva prevista di *change management* dovrà essere compiutamente descritta in fase esecutiva, con particolare attenzione alla definizione degli strumenti di misurazione dell'efficacia delle azioni implementate e alle modalità di coinvolgimento diretto degli attori della Assistenza Territoriale.

1.4.6 Sperimentazione del Servizio

La sperimentazione vera e propria verrà attuata attraverso la attivazione delle due Centrali Operative e la progressiva attivazione delle diverse postazioni di guardia medica coinvolte nella sperimentazione.

Gli elementi di criticità rappresentati dalla non immediata disponibilità del Numero Unico 116117, rilasciato dal competente Ministero delle Telecomunicazioni e del Ministero della Salute al termine della sperimentazione, e alla possibile non corrispondenza tra i prefissi telefonici e le aree geografiche interessate dalla sperimentazione, verranno risolti attraverso la deviazione telefonica dei numeri telefonici delle postazioni di Guardia Medica. Con questa modalità agli utenti che chiameranno le Guardie Mediche verrà risposto direttamente dalla Centrale Operativa di riferimento.

In sincronia con la attivazione di ciascuna postazione di Guardia Medica verrà effettuata una specifica azione di comunicazione direttamente nel territorio di riferimento, coinvolgendo popolazione, MMG e PLS, operatori sanitari, ecc..



Durante tutta la fase di sperimentazione verrà mantenuto attivo il servizio di assistenza sulla componente applicativa e verranno gestiti gli opportuni correttivi in termini di fabbisogno funzionale.

1.4.6.1 Assistenza al Servizio 116117

L'organizzazione della assistenza del sottoprogetto dovrà essere articolata in una Struttura Operativa (tre livelli operativi per l'escalation funzionale) e una Struttura Manageriale (due livelli manageriali per l'escalation gerarchica).

In funzione della specifica richiesta, questa modalità operativa dovrà consentire di gestire tutte le richieste che pervengono dagli utilizzatori del sistema, siano esse richieste di informazioni o richieste urgenti di intervento, o casi particolari che occorrerà gestire come eccezioni per garantire il massimo livello di flessibilità del servizio.

Dovrà essere previsto un servizio di assistenza tecnica e operativa di 1° livello per gli operatori di Centrale e per il personale sul territorio. Le modalità di accesso dovranno essere:

- Numero Verde Telefonico, disponibile H24 365 giorni l'anno (festivi inclusi);
- Portale Web di Ticketing, disponibile H24 365 giorni l'anno (festivi inclusi).

A prescindere dalla modalità di accesso, il servizio di assistenza dovrà aprire e gestire un ticket che seguirà tutto il ciclo di vita della problematica segnalata. Questa potrà scalare, secondo le logiche proprie del pattern ITIL, al 2° o al 3° livello di supporto (quando necessario). Alla chiusura del ticket dovrà essere dato immediato riscontro all'utente, con le indicazioni della corretta risoluzione o con le istruzioni per effettuare un *workaround* della problematica. La comunicazione potrà avvenire attraverso eMail o telefonica.

Il servizio di assistenza dovrà essere basato su SLA adeguati al livello di servizio richiesto.

I tre livelli della Struttura Operativa dovranno prendere in carico le richieste, gestendole in funzione della specifica competenza e complessità. Tali gruppi funzionali garantiranno il rispetto delle SLA definite. Più in dettaglio i tre livelli dovranno essere organizzati come segue:

- **1° livello:** è costituito dal gruppo funzionale *Service Desk* (SD). Tale funzione rappresenta il Singolo Punto di Contatto (SPOC-*Single Point Of Contact*) nei confronti di ATS. Tutte le richieste, comprese quelle di aggiornamento su questioni in corso, possono essere proposte al SD, indipendentemente dal loro stato di risoluzione e dal gruppo funzionale che ha in carico in quel momento la richiesta. Il SD fungerà così da front-end unico, interfacciandosi con i vari gruppi funzionali e fornirà le informazioni richieste.
- **2° livello:** è costituito dal gruppo funzionale *Technical Support* (TS) e dal gruppo *Application Specialist* (AS). Tali funzioni rappresentano rispettivamente i gruppi specialistici che gestiscono l'infrastruttura dal punto di vista sistemistico, DataBase e Network e dal Gruppo di Specialisti di prodotto che gestiscono tutti gli aspetti Applicativi, dalle funzionalità alle configurazioni verticali del Cliente e le integrazioni.
- **3° livello:** è costituito dal gruppo degli *Sviluppatori* (Dev). Tali Gruppi si occupano della diagnosi e risoluzione delle eventuali problematiche legate agli strati più bassi dell'applicativo, a livello di codice. Nell'ambito dell'assistenza si occupano dell'eventuale *bug fixing applicativo*.

Ogni gruppo funzionale della struttura operativa dovrà avere un proprio referente di processo, che avrà il compito di coordinare il gruppo di lavoro sulle specifiche attività della propria funzione, e garantire che le attività assegnate vengano svolte in modo efficace e secondo i piani di priorità stabiliti. Il coordinamento a livello superiore, ossia l'*owner* del processo di assistenza, avrà il compito di organizzare e coadiuvare l'intero processo di assistenza, e di interfacciarsi con il referente contrattuale in caso di situazioni particolari. Questo assetto garantirà che anche le eventuali richieste fuori flusso o richieste particolari e specifiche o criticità particolari, vengano gestite con l'opportuna valenza, al fine di garantire una risposta esaustiva in ogni caso.

La Struttura Operativa deve consentire la copertura almeno dei seguenti fabbisogni:

- Assistenza tecnica e operativa
 - o Assistenza all'uso (how-to)
- Trattamento Dati
 - o Aggiornamento massivo di dati
 - o Aggiornamento banca dati geografica
 - o Backup e conservazione dei dati prodotti
 - o Esportazione dati (su richiesta)



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

-
- Elaborazioni statistiche specifiche (non erogabili con gli strumenti di reporti di piattaforma)
 - Business Continuity
 - Attività finalizzate al mantenimento della Business Continuity
 - Monitoraggio
 - Monitoraggio delle componenti software, hardware e di rete necessarie all'erogazione del servizio
 - Monitoraggio qualitativo dei servizi erogati (KPI)
 - Configuration management delle componenti software:
 - Analisi, diagnosi e risoluzione dei bug
 - Pianificazione di nuovi rilasci
 - Attività di deploy e change management delle nuove componenti
 - Configuration management dei dispositivi mobili
 - Aggiornamenti firmware e software applicativo
 - Distribuzione software su dispositivi mobile

1.4.6.2 Piattaforma di erogazione del Servizio in Cloud

Gli applicativi sviluppati dovranno essere resi disponibili, per il periodo dei test preliminari e per tutta la fase della sperimentazione, in modalità SaaS, prevedendo tempi di risposta adeguati alla criticità del servizio e le opportune predisposizioni, anche in termini di connettività complessiva, per la integrazione con i servizi di centrale telefonica e per la connessione ai repository regionali. Alla fine della sperimentazione i sistemi applicativi diverranno di proprietà dell'ATS e entreranno a far parte del patrimonio costituente il "portafoglio applicativo" del Dipartimento ICT dell'ATS.

1.4.7 Campagna di Comunicazione

Il nuovo Servizio 116117, ancorché definito a livello europeo, è sostanzialmente una novità per i cittadini. Pertanto, in concomitanza con il suo avvio, il servizio deve essere accompagnato da una adeguata campagna comunicativa finalizzata a:

- promuovere il sottoprogetto illustrando i benefici diretti e indiretti per i cittadini e la collettività;
- spiegare le modalità di accesso al servizio, sia per la componente sanitaria sia per la componente informativa;
- valorizzare la componente sanitaria del servizio, che avvicina il medico al paziente;
- coinvolgere anche gli stessi attori del nuovo servizio (personale medico delle Guardie Mediche, MMG, ecc.).

L'attività di comunicazione dovrà essere composta in coerenza con le linee guida del documento "Strategia di Comunicazione del POR-FESR Sardegna 2014-2020" approvato dal Comitato di Sorveglianza il 2 febbraio 2016, seguendo, laddove direttamente applicabili e declinandole nello specifico contesto, le indicazioni relative a Strategia di comunicazione, Destinatari, Azioni e Strumenti. Inoltre dovrà essere prestata particolare attenzione agli elementi chiave che sottendono tale 'Strategia di Comunicazione', quali:

- ascolto e partecipazione;
- personalizzazione delle comunicazioni;
- trasparenza e accessibilità;
- territorialità;
- flessibilità e misurazione;
- coinvolgimento delle reti.

L'attività di comunicazione dovrà prevedere:

- la definizione dell'immagine coordinata di progetto;
- la predisposizione della campagna di comunicazione su mezzi tradizionali e web, individuando i media opportuni e la loro pianificazione;



- la organizzazione di eventi di diffusione e di partecipazione (workshop, seminari, presentazioni, ecc.) operando direttamente sui territori coinvolti nella sperimentazione;
- la organizzazione e conduzione di eventi di comunicazione interna ed empowerment per il personale ATS, privilegiando azioni nei territori coinvolti nella sperimentazione del servizio 116117;
- il report finale della azione di comunicazione, corredato dalla misurazione della customer satisfaction rilevata durante le diverse attività.

1.4.8 Project Management

Il sottoprogetto prevede diversi aspetti innovativi, sia sotto il profilo organizzativo che sotto il contenuto applicativo, e coinvolge una moltitudine di attori che dipendono funzionalmente da unità organizzative diverse. Oltre a questo il piano dei tempi è fortemente stringente rispetto ad una dimensione progettuale di rilievo.

Per queste considerazioni è stato previsto di acquisire sul mercato un project manager con le competenze professionali e le esperienze adeguate per coordinare il sottoprogetto, lavorando in sincronia con il RUP che verrà identificato in seno alla ATS Sardegna.

1.5 Territorialità dell'Intervento

Il sottoprogetto "Gestione della Non Emergenza - Attivazione sperimentale del Servizio 116117" dovrà essere territorializzato su aree svantaggiate - Azione 9.3.8 dell'Asse VII del POR FESR 2014-2020 - seguendo i criteri indicati nella Scheda progetto "Sistema Informativo per le Cure Primarie", e prevedere una sperimentazione presso aree pilota prescelte al fine di attuare più agevolmente il cambiamento dei processi organizzativi e assistenziali e l'affinamento delle soluzioni adottate. In seguito, come già detto, alla fase di sperimentazione seguirà l'estensione su scala regionale.

In funzione di quanto sopra, l'ATS Sardegna, di concerto con l'Assessorato Igiene e Sanità, definirà un adeguato ambito territoriale sperimentale di riferimento, anche per tener conto di eventuali altre sperimentazioni in corso, ed in coerenza con l'individuazione delle aree svantaggiate di interesse per il modello delle cure primarie.

L'ambito sarà scelto anche sulla base della tipologia del territorio e dei servizi sanitari esistenti. L'orientamento è quello di scegliere aree territoriali (insieme di comuni) grandi a sufficienza per validare la bontà del modello organizzativo e al contempo per evitare un eccessivo aumento della complessità di implementazione, almeno nelle fasi iniziali del sottoprogetto.

Le aree territoriali saranno possibilmente inclusive sia di aree urbane che di aree rurali, così da poter misurare il servizio in contesti molto differenti fra loro.

1.6 Articolazione delle fasi progettuali

Il sottoprogetto si articola secondo le seguenti secondo la seguente articolazione:

Fase 1 – Infrastrutturazione del Servizio

In questa fase vengono attuate le seguenti attività:

- Predisposizione e attrezzaggio delle sale operative
- Predisposizione e attrezzaggio delle postazioni di Guardia Medica
- Realizzazione delle componenti di software applicativo

Fase 2 – Organizzazione e attivazione del Servizio

In questa fase vengono attuate le seguenti attività:

- Formazione del personale
- Change management
- Sperimentazione del Servizio

Fase 3 – Divulgazione del Servizio

In questa fase vengono attuate le seguenti attività:

- Campagna di comunicazione



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

1.7 Piano Temporale

Il sottoprogetto si sviluppa (nel presente GANTT) dal 01/06/2018 al 31/05/2020.

Fase	Attività	2018				2019				2020				2021				
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
FASE 1	Predisposizione e attrezzaggio delle sale operative			■	■													
	Predisposizione e attrezzaggio delle postazioni di Guardia Medica			■	■													
	Realizzazione delle componenti software applicativo			■	■	■												
FASE 2	Formazione del personale				■	■	■											
	Change Management				■	■	■											
	Sperimentazione del Servizio				■	■	■	■	■	■								
FASE 3	Campagna di comunicazione					■	■	■	■	■								
PM	Project Management			■	■	■	■	■	■	■								

1.8 Interventi da finanziare

Il quadro finanziario è indicativamente così suddiviso.

Totale intervento 2.860.275,15 €, di cui

Quota massima a regia (ATS) 2.860.275,15 €

Tenuto conto della Convenzione quadro già sottoscritta con l'ATS, la quota sarà impegnata a seguito dell'approvazione del presente sottointervento da parte della Cabina di Regia e trasferita in tranches progressive secondo quanto stabilito dalla Convenzione stessa.

**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

3. Prospetto di spesa per annualità

1.9 Dettaglio spesa per intervento per anno

La tabella seguente mostra la previsione di massima della spesa nei singoli anni solari.

Totale intervento					€ 2.860.275,15
	Totale	2018	2019	2020	2021
Quota a regia (ATS)	€ 2.860.275,15	€ 1.200.000,00	€ 1.181.973,83	€ 478.301,32	€ 0,00

TOTALE	€ 1.200.000,00	€ 1.181.973,83	€ 478.301,32	€ 0,00
Progressivo	€ 1.200.000,00	€ 2.381.973,83	€ 2.860.275,15	€ 2.860.275,15

1.10 Prospetto complessivo spesa

Attività	Importo 2018	Importo 2019	Importo 2020	Importo attività	Totale Importo Asse VII	Totale Importo Altri finanziamenti
Predisposizione e attrezzaggio delle sale operative	€ 136.398,39	€ 54.401,61	€ 0,00	€ 190.800,00	€ 190.800,00	€ 0,00
Predisposizione e attrezzaggio delle postazioni di Guardia Medica	€ 108.007,79	€ 66.102,20	€ 0,00	€ 174.109,99	€ 174.109,99	€ 0,00
Realizzazione delle componenti software applicativo	€ 432.056,92	€ 172.323,08	€ 0,00	€ 604.380,00	€ 604.380,00	€ 0,00
Formazione del personale	€ 83.017,82	€ 35.578,08	€ 0,00	€ 118.595,90	€ 118.595,90	€ 0,00
Change Management	€ 26.807,86	€ 123.192,14	€ 0,00	€ 150.000,00	€ 150.000,00	€ 0,00
Sperimentazione del Servizio	€ 87.894,04	€ 151.190,96	€ 322.716,93	€ 561.801,93	€ 561.801,93	€ 0,00
Campagna di comunicazione	€ 50.041,34	€ 199.958,66	€ 10.000,00	€ 260.000,00	€ 260.000,00	€ 0,00
Project Management	€ 59.382,40	€ 166.084,28	€ 59.333,33	€ 284.800,01	€ 284.800,01	€ 0,00
Totale IVA Esclusa	€ 983.606,56	€ 968.831,01	€ 392.050,26	€ 2.344.487,83	€ 2.344.487,83	€ 0,00
Totale IVA Inclusa	€ 1.200.000,00	€ 1.181.973,83	€ 478.301,32	€ 2.860.275,15	€ 2.860.275,15	€ 0,00

1.11 Sostenibilità del sottoprogetto

Il Numero Unico 116117 è il numero unico internazionale per l'accesso ai Servizi di Cure Mediche non urgenti e altri servizi sanitari; concorre alla gestione della domanda assistenziale a bassa intensità/priorità e la sua attivazione non è legata solo alla sostituzione dei numeri di Continuità Assistenziale, ma opera in raccordo con il servizio di emergenza urgenza dalle ore 24 alle ore 8 con funzioni in grado di assicurare la continuità delle cure e di intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità.

Infatti l'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013 – "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" ha fornito le indicazioni relativamente all'adozione di sistemi di ricezione delle richieste di Assistenza primaria nelle 24 ore rispondenti agli obiettivi sopra indicati.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

In questo contesto, che sottende anche la più ampia riorganizzazione della rete territoriale di assistenza sanitaria (Rete delle Cure Primarie) e del quale il presente sottoprogetto rappresenta un tassello non secondario, l'impegno della ATS, da attuarsi a conclusione del sottoprogetto, prevede:

- La valutazione dei risultati del presente sottoprogetto, sia in termini di numero degli accessi, sia in termini di valore percepito dagli utenti sia ancora di eventuali criticità nel modello organizzativo e prestazionale;
- La progettazione di eventuali modifiche adeguate;
- L'estensione del sottoprogetto da valenza sperimentale su un bacino ristretto a servizio regionale implementato su tutto il territorio regionale e l'acquisizione delle modifiche già progettate.
- La sua gestione a regime.

La sostenibilità del progetto verrà quindi assicurata attraverso:

- Una voce economica già prevista sia nel Piano Sanitario Triennale della ATS, sia nel Piano Triennale ICT specificamente per il 116117, da destinare come quota di investimento per le successive attività di estensione regionale (definibili con accuratezza solo a valle delle valutazioni sopra indicate, e che comunque avrà effetto a regime solo dopo l'esecuzione del progetto di estensione territoriale, la cui durata può essere stimata in un arco temporale di circa 18/24 mesi complessivi);
- Una nuova voce economica da prevedere nel bilancio dell'ATS, destinata alle spese correnti di gestione del servizio stesso, che – almeno per la componente della continuità di gestione dell'investimento oggetto del presente intervento (quindi, con esclusione dei costi del personale)- avrà una incidenza massima di circa il 20% delle spese di investimento attuate con il presente sottoprogetto.

Le risorse finanziarie e umane per la copertura delle attività correnti saranno reperite a valere sui risparmi ottenuti dalla riorganizzazione basata sul riassetto delle attività di continuità assistenziale incidenti sul nuovo sistema delle cure primarie organizzato in AFT, UCCP e Case della Salute e sulla garanzia della continuità assistenziale H16 e H24.

Non è altresì da trascurare, in termini di sistema complessivo (a cui concorre anche l'AREUS) l'apporto della riduzione degli accessi inappropriati alla rete dell'emergenza-urgenza, che consentirà, oltre che di decongestionare gli specifici canali di accesso e di migliorare i servizi, anche di ridurre notevolmente alcuni costi incidenti sull'organizzazione della rete dell'emergenza-urgenza. Il sistema 116117, infatti, comporterà l'impressione a regime della gestione più razionale delle postazioni di continuità assistenziale in connessione con la rete delle cure primarie e faciliterà il governo clinico dell'intero sistema anche in connessione con la rete dell'emergenza-urgenza e con la rete ospedaliera, aumentando il livello qualitativo e l'appropriatezza e l'efficacia dei percorsi di cura.