

**Progetto di costituzione di una Centrale Operativa
Territoriale e di un Ospedale di Comunità nello
stabilimento sanitario di Gragnano
Progetto Degenza sicura**

- UO Telemedicina
- Distretto Sanitario n° 58

Progetto di costituzione di una Centrale Operativa Territoriale e di un Ospedale di Comunità nello stabilimento sanitario di Gragnano

Progetto Degenza Sicura

Premessa

L'ASL Napoli 3 Sud sta implementando, a partire dal maggio 2020, un programma di sviluppo della medicina territoriale, finalizzato a realizzare una assistenza pro attiva (o di iniziativa) con l'impiego di una cartella clinica informatizzata e della Telemedicina nelle Cure Domiciliari e nella gestione delle patologie croniche.

Uno dei principali obiettivi è stato quello di potenziare quali-quantitativamente i processi assistenziali territoriali e favorire la domiciliarità.

Allo stato i servizi di degenza del plesso ospedaliero di Gragnano sono stati dismessi e sono presenti esclusivamente servizi distrettuali e l'UO di Telemedicina e Assistenza domiciliare pazienti Covid positivi.

Tale struttura eroga prestazioni di Telemedicina da oltre un anno e mezzo, impiegando una propria piattaforma costruita con sviluppo evolutivo con un partner tecnologico, denominata Smart Lea.

L'UO di Telemedicina possiede gli standard previsti dall'Accordo Stato Regioni del 17/12/2020 "Linee d'indirizzo per la Telemedicina" ed è dotata di una Centrale Operativa, funzionante H 24, con personale sanitario specificamente qualificato.

Obiettivo del progetto

- Realizzare progressivamente una struttura intermedia, a livello del Plesso di Gragnano, di natura socio-sanitaria che abbia la finalità di presa in carico globale dell'utente, con particolare riferimento ai pazienti fragili e non-autosufficienti, favorendo la scelta assistenziale domiciliare rispetto a quella istituzionale, anche in relazione alle indicazioni previste dai nuovi LEA.
- Impiegare nuove tecnologie a livello territoriale, quali cartella unica informatizzata, Telemedicina e facilitazione delle comunicazioni tra le diverse strutture pubbliche e accreditate del territorio, anche attraverso l'impiego di nuove forme di telecomunicazione. La finalità è quella di potenziare la gestione clinica del paziente a distanza, facilitando l'intervento dei diversi professionisti interessati al trattamento e la residenzialità, e assicurando una offerta di cure anche specialistica per rispondere in maniera più appropriata nei casi di maggiore complessità assistenziale.

- Realizzare forme di coordinamento ed integrazione tra le diverse UO distrettuali, nonché tra Ospedale e struttura intermedia per la determinazione e la gestione unitaria del percorso assistenziale del paziente, anche attraverso l'impiego della cartella clinica informatizzata.
- Migliorare l'appropriatezza del percorso di cura delle patologie croniche secondo quanto previsto dal Piano Nazionale della Cronicità attraverso la realizzazione di PDTA gestiti in modalità informatica e con l'impiego della Telemedicina.
- Migliorare l'offerta di servizi che riducono il ricorso all'Ospedale e a strutture residenziali, in modo tale da favorire il domicilio quale luogo di cura elettivo, anche attraverso il ricovero transitorio in strutture intermedie come l'Ospedale di Comunità.

Prima fase di realizzazione del progetto

Nella prima fase si realizzeranno:

- Ospedale di Comunità, nella forma di Unità di Degenza Infermieristica (UDI) TAV 1;
- ampliamento delle funzioni della Centrale Operativa della Telemedicina con la creazione di una centrale Operativa Territoriale (COT);

Ospedale di Comunità– Progetto degenza sicura

È prevista la costituzione al II piano del plesso di Gragnano di un modulo di 16 posti letto di Ospedale di Comunità, nell'area dove è stata completata una ristrutturazione che è completamente idonea nei requisiti per l'utilizzo come Degenza.

L'Ospedale di Comunità è un'area di cure a bassa intensità clinica di tipo intermedio dotato di posti letto funzionali gestito da personale infermieristico. Si tratta di un modello organizzativo individuabile all'interno della Casa della Salute.



Il progetto prevede l'impiego di sistemi di sicurezza e monitoraggio dei pazienti. Tali sistemi operano non solo sul piano della stretta sorveglianza di carattere sanitario ma anche sul piano della sicurezza personale nell'ambito di tutte le attività che il paziente effettua durante la degenza e i percorsi all'interno dell'Ospedale di Comunità (monitoraggio cadute, in alcuni casi geolocalizzazione, et.) TAV 9 e 10.

Target assistenziale

Nell'Ospedale di Comunità sono accolti pazienti riconducibili a tre categorie:

- 1) senza limiti di età, caratterizzati da non autosufficienza, anche temporanea, nella fase della malattia in cui non sono richiesti un elevato impegno tecnologico e la presenza/assistenza medica continuativa come nel ricovero ordinario per acuti;

- 2) dimissibili dall'ospedale per acuti il cui bisogno sanitario è quello di mantenere e completare la stabilizzazione clinica raggiunta nel corso del ricovero acuto, e che presentano ancora una necessità di tutela medica e di assistenza infermieristica continuativa nelle 24 ore prima rientrare a domicilio o essere trasferiti presso altra struttura;
- 3) coloro i quali, per la particolare situazione socio-sanitaria, necessitano di un percorso diagnostico, terapeutico e di monitoraggio difficilmente gestibile a domicilio con l'assistenza Domiciliare per la complessità clinico-assistenziale richiesta o per ragioni di tipo sociale nei casi in cui la famiglia o una struttura sociale non riescono comunque a supportare il paziente nella malattia.

Obiettivi assistenziali

L'Ospedale di Comunità nasce con l'idea di rispondere a precisi obiettivi:

- Favorire un'appropriata gestione del ricovero ospedaliero fornendo un'alternativa di cura e assistenza per pazienti post acuti o per soggetti con patologie cronico-degenerative in fase di riacutizzazione.
- Ridurre giornate di degenza ospedaliera inappropriate, attraverso il monitoraggio dello stato clinico generale dei pazienti con patologie cronico-degenerative e consolidando i risultati terapeutici ottenuti nel reparto ospedaliero per acuti.
- Prevenire le complicanze e favorire il recupero dell'autonomia, in un'ottica di rientro a domicilio, o di ricorso a forme assistenziali territoriali e residenziali.
- Limitare gli ingressi a carattere definitivo in strutture residenziali, legati all'insorgenza di difficoltà familiari e sociali o alle difficoltà di gestione delle mutate condizioni fisiche e funzionali dell'anziano dopo un'evenienza acuta;

Assistenza al paziente

Al paziente ricoverato in Ospedale di Comunità sono assicurate le seguenti prestazioni:

- Assistenza infermieristica;
- assistenza medica/specialistica nella fase di controllo o di insorgenza di altra sintomatologia;
- assistenza psicologica per il paziente e i caregiver;
- assistenza sociale;
- prestazioni di fisiokinesiterapia (FKT), solo se ricorrono le condizioni di seguito riportate.

La responsabilità dell'applicazione del piano assistenziale è a carico del personale infermieristico, che gestisce direttamente il paziente, fornendo prestazioni assistenziali sulle 24 ore.

La tutela clinica dell'utente ricoverato nell'ospedale di Comunità è invece affidata fino alle dimissioni ai medici di riferimento i quali valutano le condizioni di eleggibilità del paziente prima dell'ammissione, assicurano assistenza medica in base al piano terapeutico-assistenziale individuale e dispongono le dimissioni dell'utente a conclusione del lavoro.

I medici di riferimento elaborano il Piano Assistenziale, contenete anche le indicazioni per il controllo del paziente, ivi comprese le consulenze specialistiche, fermo restando che il livello assistenziale è di tipo basso. Nel caso che non fosse possibile attivare a livello aziendale la

consulenza specialistica o altre prestazioni sanitarie, sarà possibile realizzarle mediante l'impiego di un HCP, trattandosi di una particolare forma di domiciliarizzazione del paziente.

Le consulenze possono essere eseguite in presenza o in Telemedicina, se sono presenti le condizioni, a seconda delle necessità.

L'assistenza psicologica è fornita dagli psicologi/psicoterapeuti della UO di Telemedicina.

L'assistenza sociale è assicurata dagli assistenti sociali dei Distretti Sanitari e comunque può essere attivata quella prevista dagli ambiti sociali.

Le prestazioni di FKT sono erogabili nel caso di un paziente a cui siano state prescritte, secondo le modalità previste dai DCA 64/2011 e 88/2011, per un target assistenziale in cure domiciliari.

Esse sono erogabili nell'Ospedale di Comunità nei casi in cui:

- le condizioni socio-economiche del paziente/caregiver che non permettono la possibilità di erogare transitoriamente prestazioni a domicilio;
- Il trattamento di FKT è associato ad una condizione clinica che ha indotto il ricovero nell'Ospedale di Comunità.

Sarà impiegata per la gestione del paziente uno specifico modulo della cartella clinica elettronica territoriale, presente nella piattaforma aziendale SmartLea, contenente anche la cartella infermieristica, comprensiva della possibilità di realizzare prestazioni in Telemedicina.

I pazienti sono monitorati a distanza mediante webcam, telemetria, sensore indossabile di caduta, geolocalizzazione e dispositivo di chiamata di emergenza. Tali parametri/immagini sono trasmessi ad un monitor multiparametrico della stanza infermieri dell'Ospedale di Comunità ed alla Centrale Operativa della Telemedicina-COT.

Le porte delle stanze di degenza sono provviste di un sistema di allarme flessibile (facilmente inseribile/disinseribile). Tale sistema di allarme sarà presente anche lungo le vie di accesso/fuga dal reparto.

Medici e infermieri di riferimento

I medici di riferimento sono individuati nel personale medico afferente alla UO Telemedicina.

L'attività assistenziale infermieristica è assicurata dalle unità infermieristiche della UO Telemedicina.

L'attività di FKT è erogata da fisioterapisti dipendenti o in caso di necessità per carenza di personale sarà possibile l'impiego di operatori di HCP, impiegati nelle cure domiciliari, trattandosi di una particolare forma di domiciliarizzazione del paziente

Durata della degenza

In relazione al target assistenziale individuato la durata della degenza di norma è prevista di 15 giorni e comunque non superiore ai 30 giorni. Tale prolungamento deve essere accompagnato da una valutazione della condizione assistenziale del paziente e del possibile indirizzamento verso un setting assistenziale più appropriato.

Modalità di presa in carico

I pazienti provenienti da strutture di ricovero per acuti o post acuzie, pronto soccorso, da strutture socio – sanitarie sono indirizzati all'ospedale di Comunità dal referente medico della struttura che contatterà uno dei medici della centrale operativa della Telemedicina – COT. Il personale della centrale operativa compilerà una scheda di triage attraverso cui lo stesso medico potrà dare parere positivo al ricovero.

La struttura che propone la dimissione del paziente è tenuta a trasmettere al medico dell'Ospedale di Comunità la documentazione sanitaria in suo possesso, nonché quella relativa alla recente assistenza.

Nel caso di paziente in cure domiciliari la proposta potrà avvenire attraverso una rivalutazione del paziente in UVI. La proposta di ricovero potrà essere inviata all'Ospedale di Comunità direttamente dal MMG/PLS, in tal caso la convocazione dell'UVI è richiesta al Distretto Sanitario dal personale Dirigenziale dell'Ospedale di Comunità, dopo un parere di congruità dello stesso. Nel caso che esigenze assistenziali del paziente dovessero confliggere con i tempi necessari alla realizzazione dell'UVI, potrà essere seguita la procedura prevista dal primo capoverso del presente paragrafo.

Ubicazione

L'Ospedale di Comunità sarà allocato in un'ala del 2° piano del Plesso di Gragnano, completamente ristrutturata, per una superficie complessiva di 626 mq e che presenta requisiti e caratteristiche tipiche per una unità di degenza socio-assistenziale (TAV 1), che contiene:

- 8 stanze di degenza, per un totale di 16 posti letto, ogni stanza di 2 posti letto, dotate di servizio per disabili con una superficie variabile da 20,70 mq a 21,15mq;
- locale per bagno assistito;
- sala soggiorno/sala pranzo;
- cucina/tisaneria;
- locale ospitalità famiglie ricoverati;
- stanze per medico;
- depositi (per ausili, biancheria, medicinali e presidi sanitari);
- deposito sporco;
- deposito per vuotatoio-lavapadella;
- stanza per attività amministrativa;
- locale per riunione;
- locale per accoglienza medici e infermieri;
- locale per colloquio caregiver;
- locale per medicheria e monitoraggio pazienti.

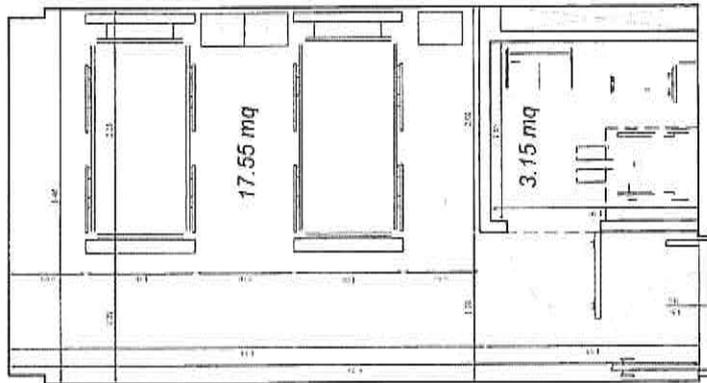
Tali locali sono rappresentati nelle TAV. da 2 a 10.

Il bacino di utenza

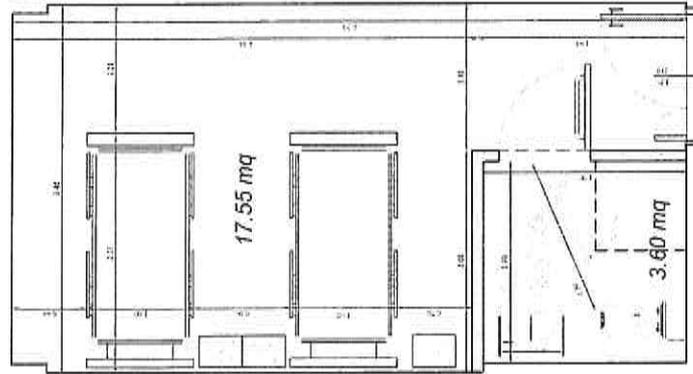
Il bacino di utenza dell'Ospedale di Comunità è sovrapponibile a quello della COT del Plesso di Gragnano come si evidenzia nella Fig. successivamente riportata nel presente documento e che corrisponde a tre Distretti Sanitari, n° 53, n°56 e n°58 per una popolazione complessiva di 250.017, con connessione primaria a 54 strutture territoriali e sette plessi ospedalieri.

TAV.2

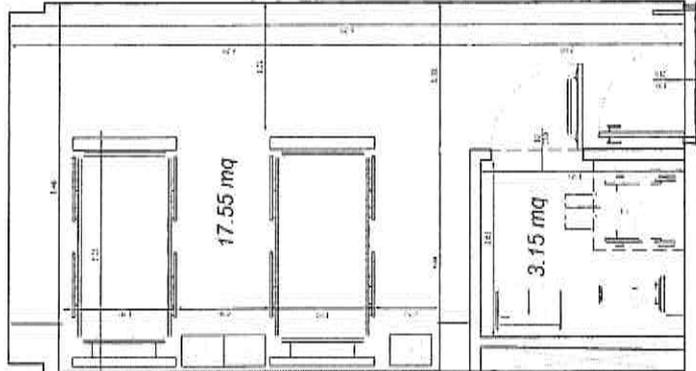
Stanze di degenza (lato montagna)



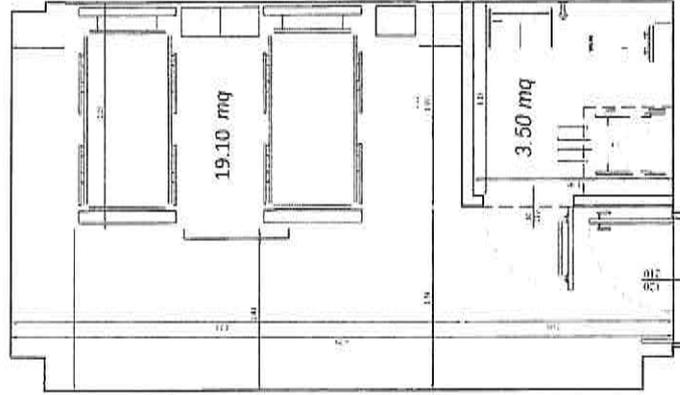
DEGENZA (2 PL)
STANZA 01 - 03
20.70 mq



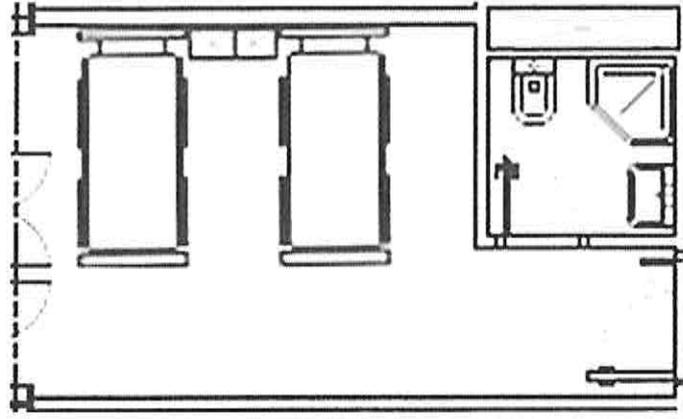
DEGENZA (2 PL)
STANZA 02 - 04 - 05
21.15 mq



DEGENZA (2 PL)
STANZA 06
20.70 mq

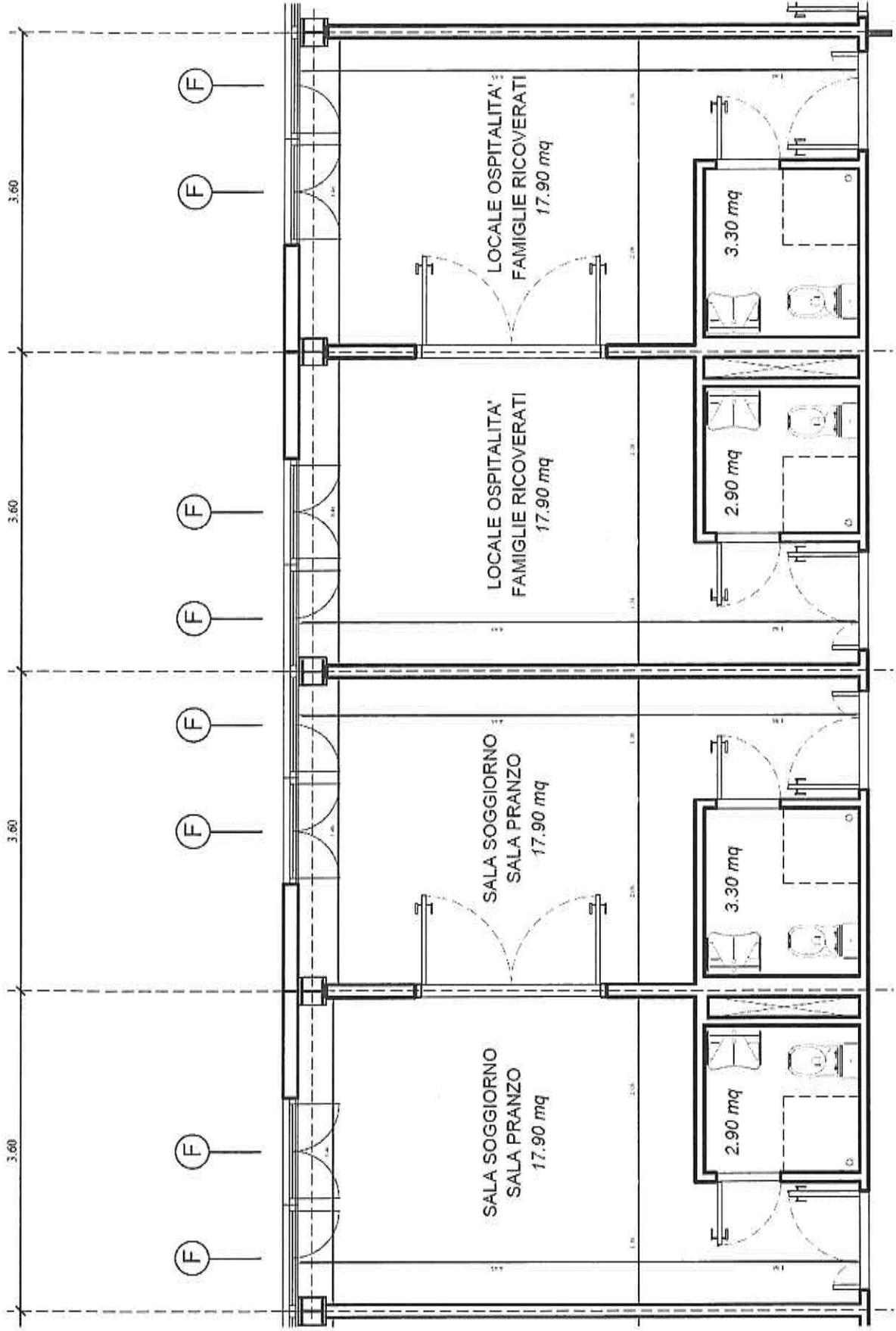


DEGENZA (2 PL)
STANZA 07
22.60 mq

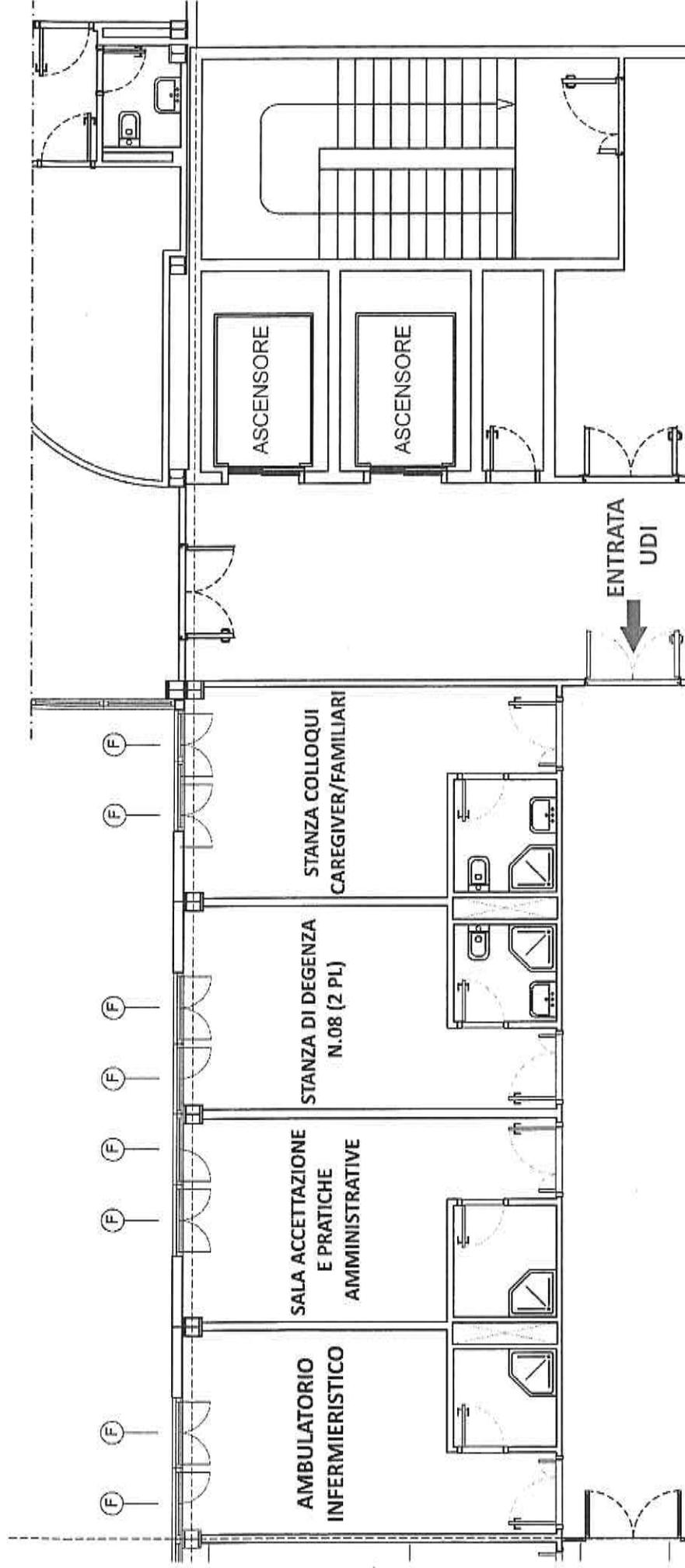


DEGENZA (2 PL)
STANZA 08
22.60 mq

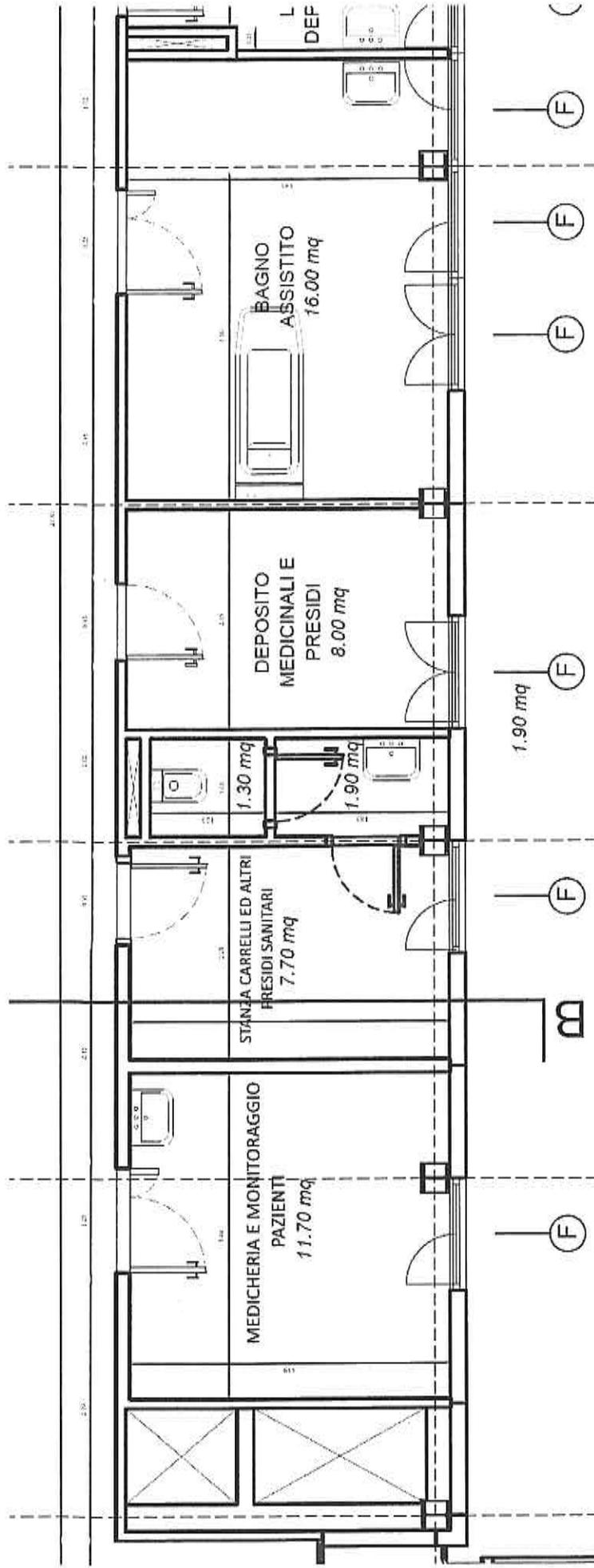
Locali di soggiorno (lato mare)



Primi locali (lato montagna)

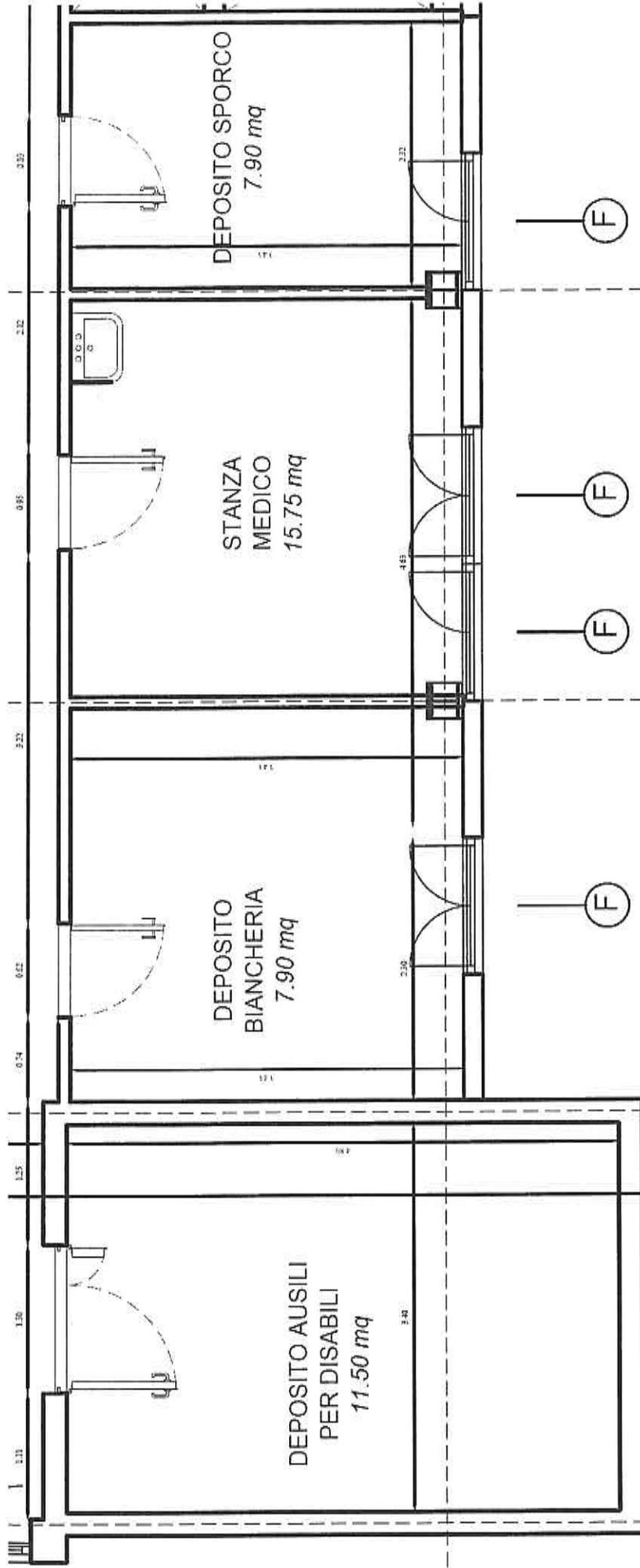


Locali di servizio (lato mare)



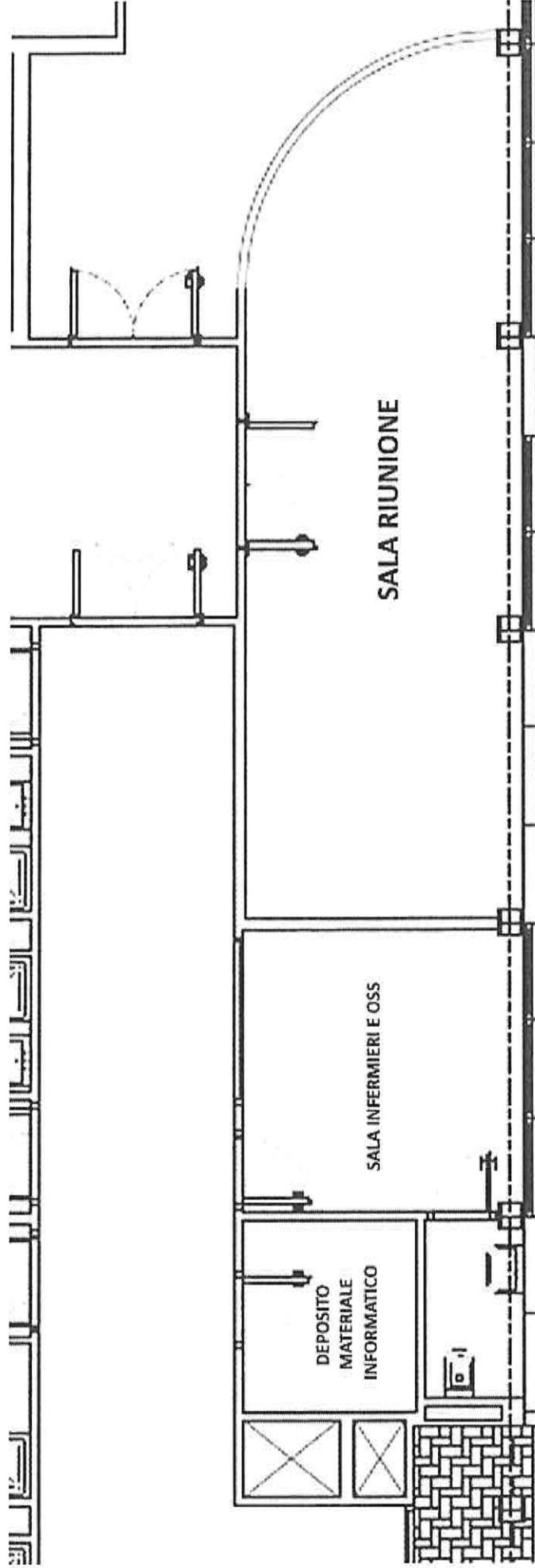
TAV.6

Locali di servizio (lato mare)

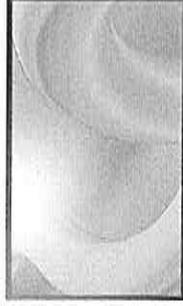
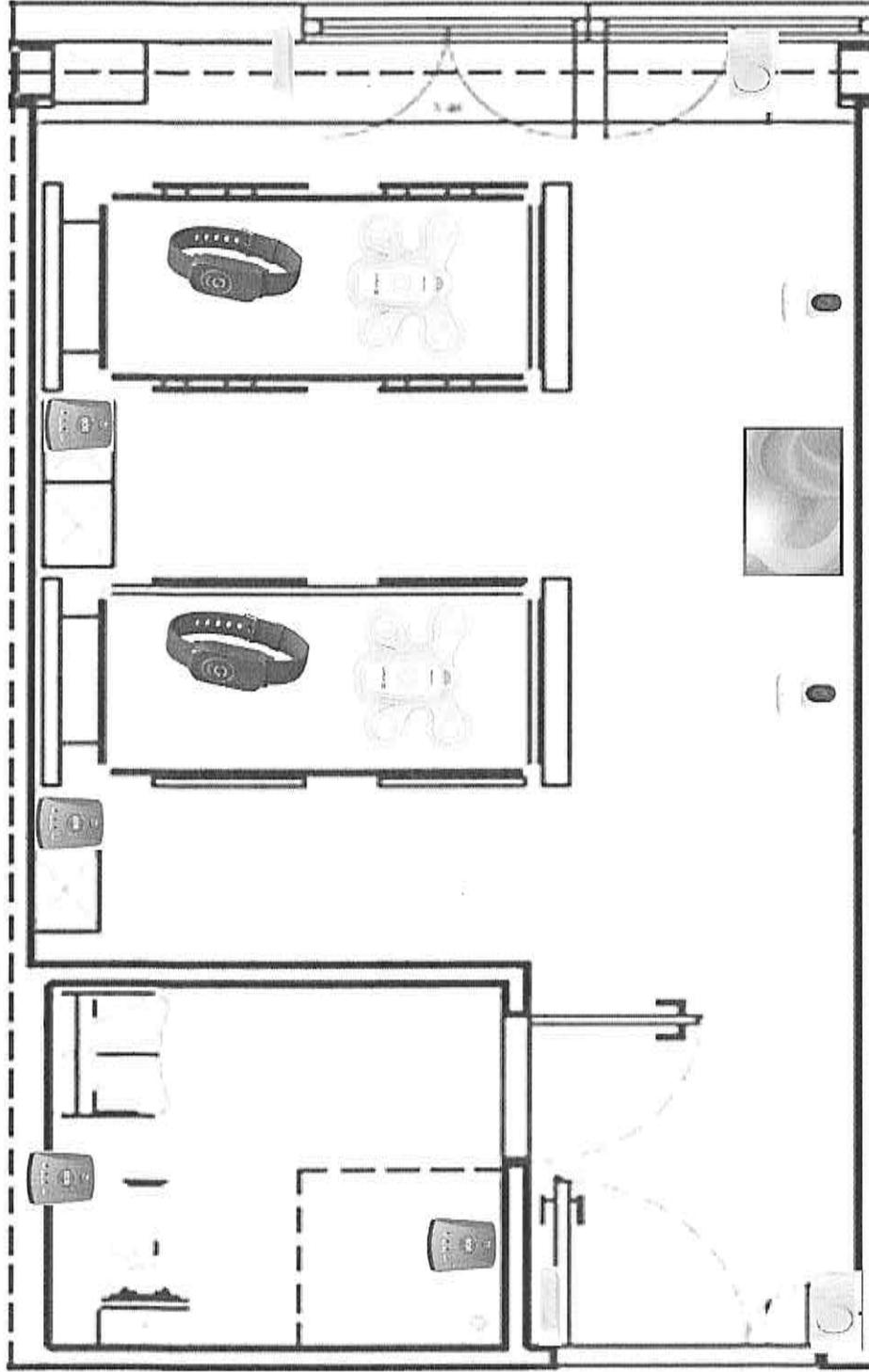


TAV.8

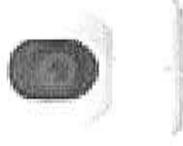
Altri locali (lato mare)



Sistemi di sicurezza – Sorveglianza – Telesoccorso -
Telemonitoraggio delle stanze di degenza



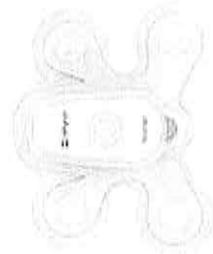
Tv e Monitor per Telemedicina
(televisita, teleconsulto etc)



Video camera per Telesorveglianza
del malato instabile e per televisita
e teleconsulto



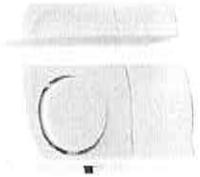
Tele soccorso con postazione fissa



Sensore multiparametrico
per Telemedicina per il
monitoraggio dei parametri
vitali



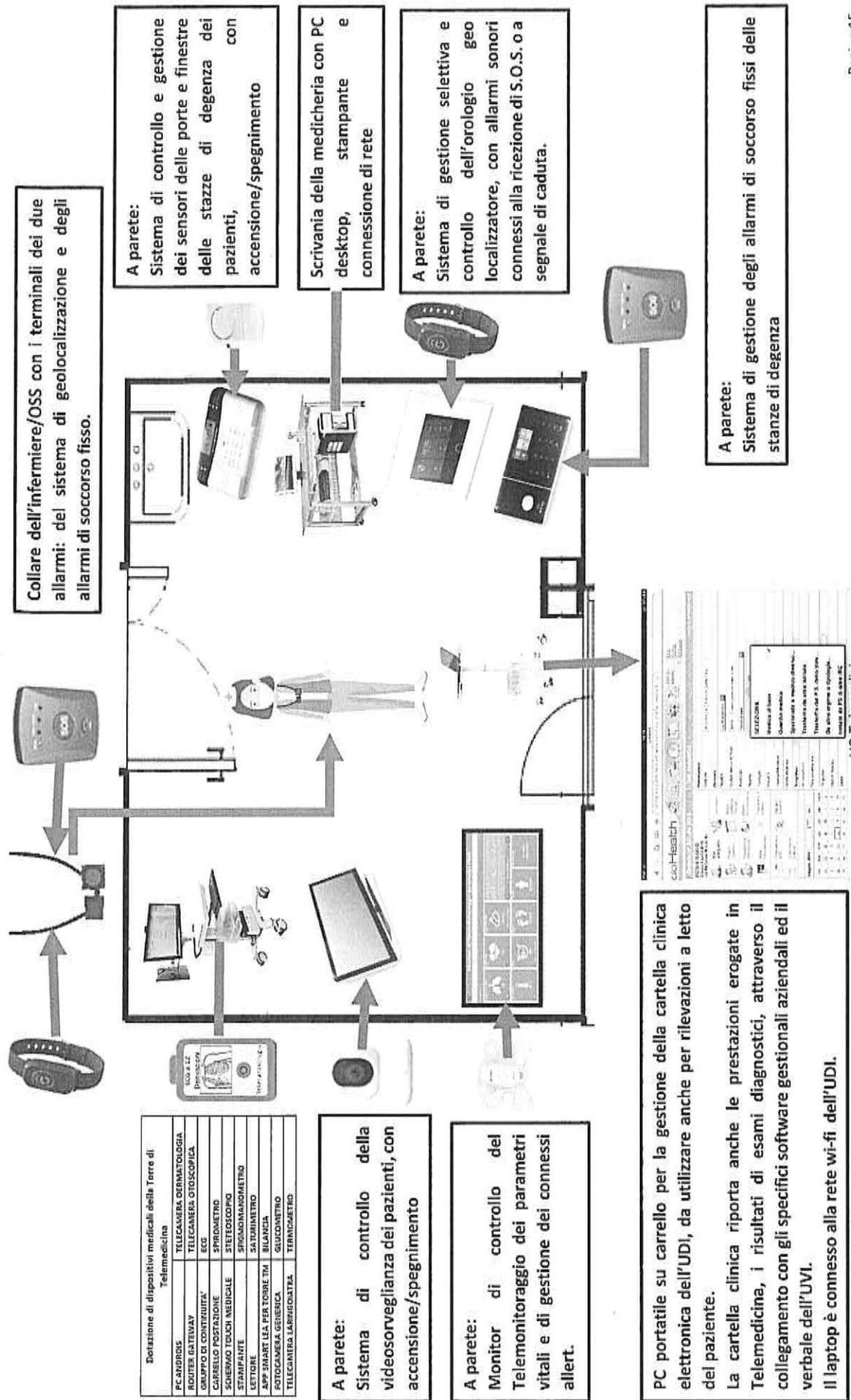
Bracciale geo localizzatore per
anziani e disabili, con sensore di
caduta e chiamata sos



Sensori per allarmi a finestre e
porte di entrata nella stanza

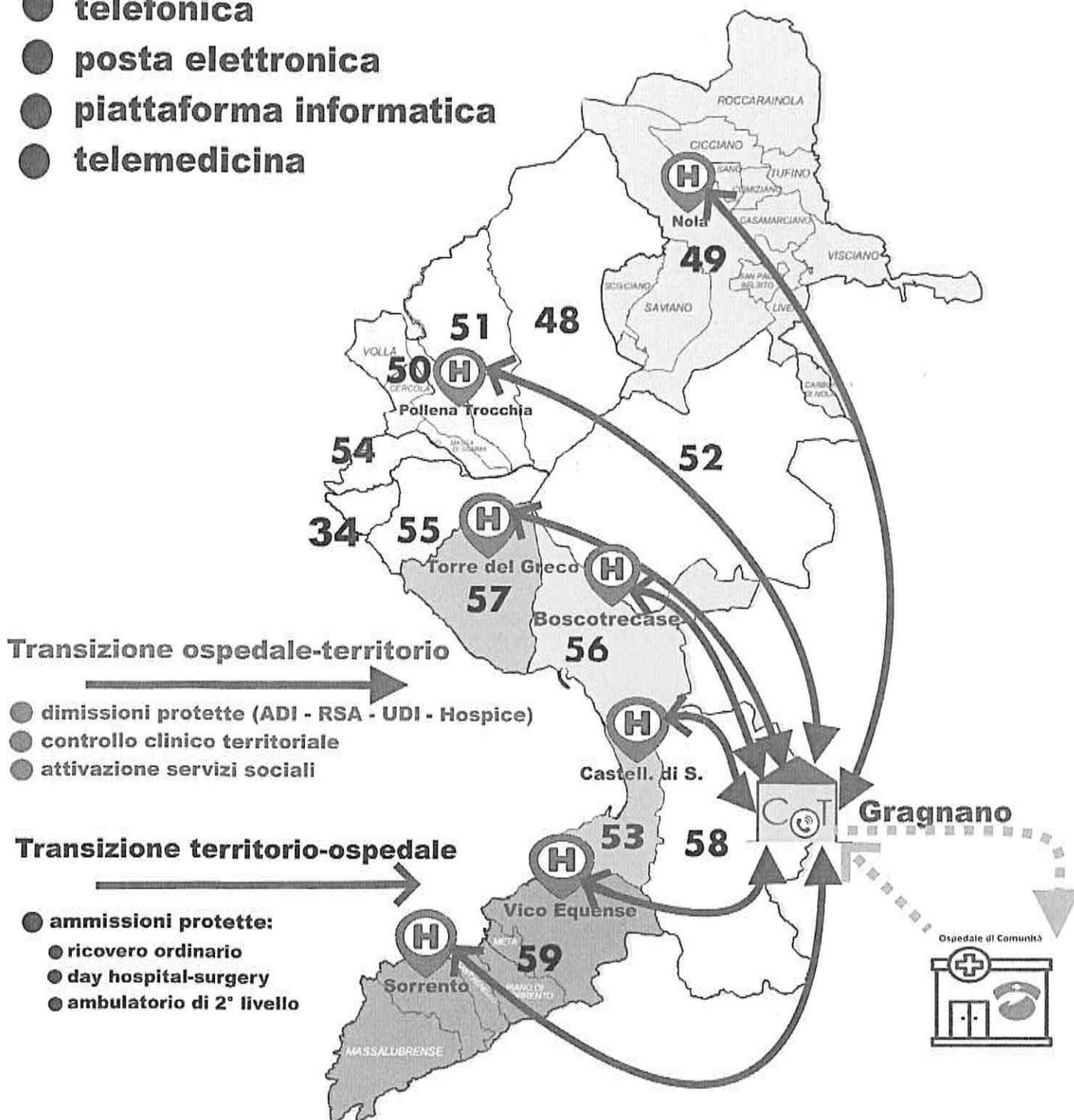
UDI di Gragnano – Stanza per monitoraggio e controllo dei pazienti

Progetto “Degenza sicura”



Connessioni tra COT ed Ospedali

- telefonica
- posta elettronica
- piattaforma informatica
- telemedicina



Centrale Operativa Territoriale (COT)

La **Centrale Operativa della Telemedicina** del Plesso di Gragnano, attualmente funzionante H24 per soggetti monitorati in Telemedicina, con particolare riferimento ai pazienti fragili, è dotata di una Centrale telefonica che permette la distribuzione delle telefonate in entrata ed in uscita verso gli specifici servizi, triage e l'indirizzamento dell'utente.

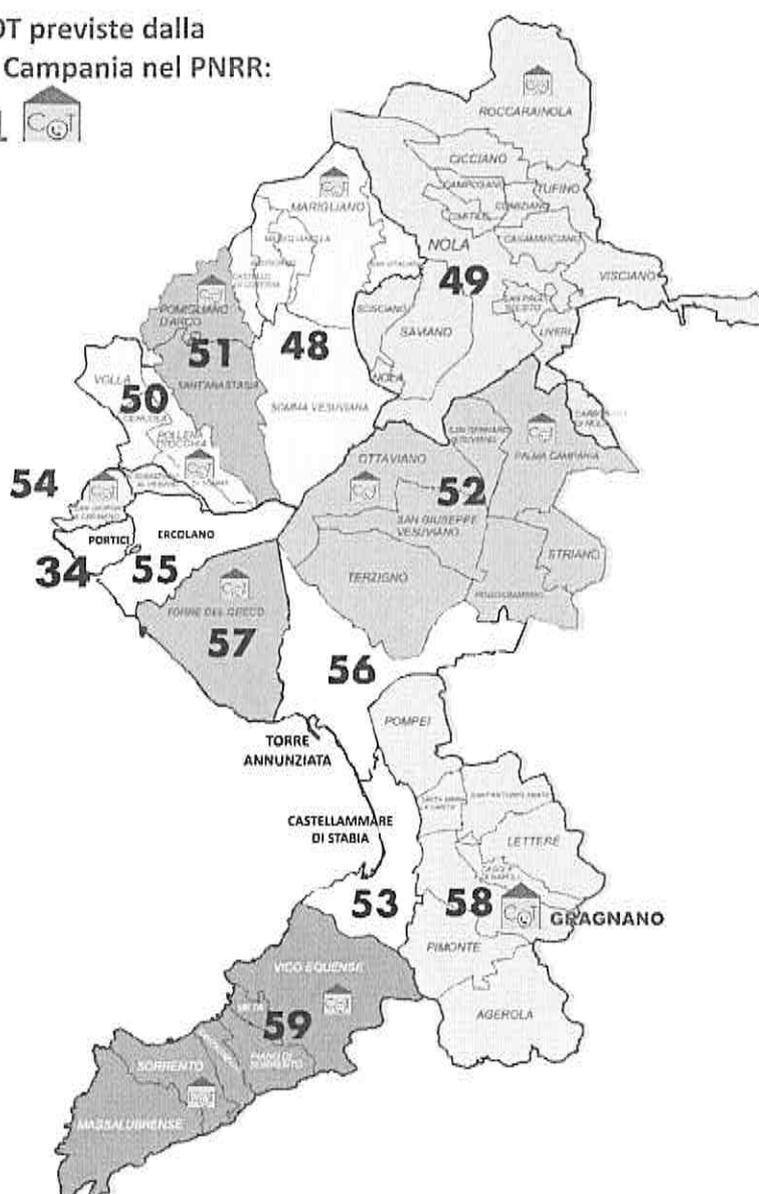
Si prevede l'ampliamento delle funzioni verso il complesso dei servizi previsti per la COT (TAV 11)

La COT, così come previsto dal DM 77/2022 si identifica come "un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali".

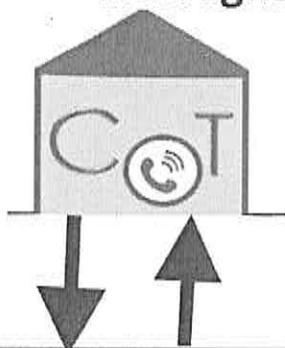
DISTRIBUZIONE DELLE COT NELL'ASL NAPOLI 3 SUD

Totali COT previste dalla
Regione Campania nel PNRR:

11 



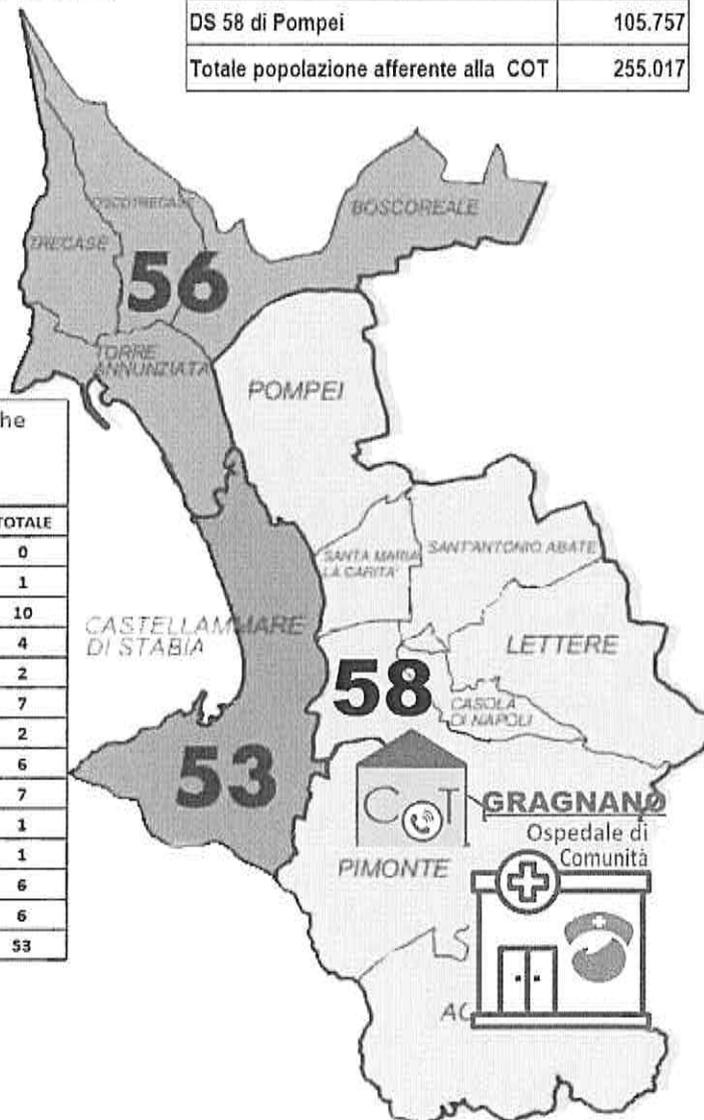
Bacino di utenza della Centrale Operativa Territoriale e dell'Ospedale di Comunità di Gragnano



Strutture sanitarie dei DDSS 53,56,58 che afferiscono alla COT di Gragnano (connessione primaria)

Tipologia di Struttura	DS 53	DS 56	DS 58	TOTALE
SPDC	0	0	0	0
Centri di Dialisi ospedalieri	1	0	0	1
Poliambulatori distrettuali	2	2	6	10
Strutture DSM Territoriali	1	2	1	4
Strutture SERD	1	1	0	2
Sedi di continuità assistenziale	1	2	4	7
Case di Cura	1	0	1	2
Centri di Dialisi territoriali	1	2	3	6
Centri di FKT	2	1	4	7
Centri di Med. Nuc.	0	0	1	1
Centri di Radioterapia	1	0	0	1
Centri di Riabilitazione	2	1	3	6
Centri Socio-sanitari	4	1	1	6
Totale complessivo	17	12	24	53

Distretti Sanitari	Popolazione
DS 53 di Castellammare di Stabia	63.371
DS 56 di Torre Annunziata	85.889
DS 58 di Pompei	105.757
Totale popolazione afferente alla COT	255.017



La COT utilizza specifiche connessioni, anche attraverso soluzioni informatiche, con:

- Cure Domiciliari e Palliative;
- Porta Unica di Accesso (PUA);
- Modulo di Telemedicina da impiegare prevalentemente per i soggetti fragili non autosufficienti nei pazienti con Covid 19 a domicilio (televisita, teleconsulto, telecooperazione telemonitoraggio);
- Strutture residenziali e semi-residenziali;
- Altri servizi distrettuali quali quelli riabilitativi, consultoriali e specialistici;
- Servizi sociali, con particolare riferimento a quelli di ambito;
- Presidi Ospedalieri;
- Continuità assistenziale;
- Ospedale di Comunità;

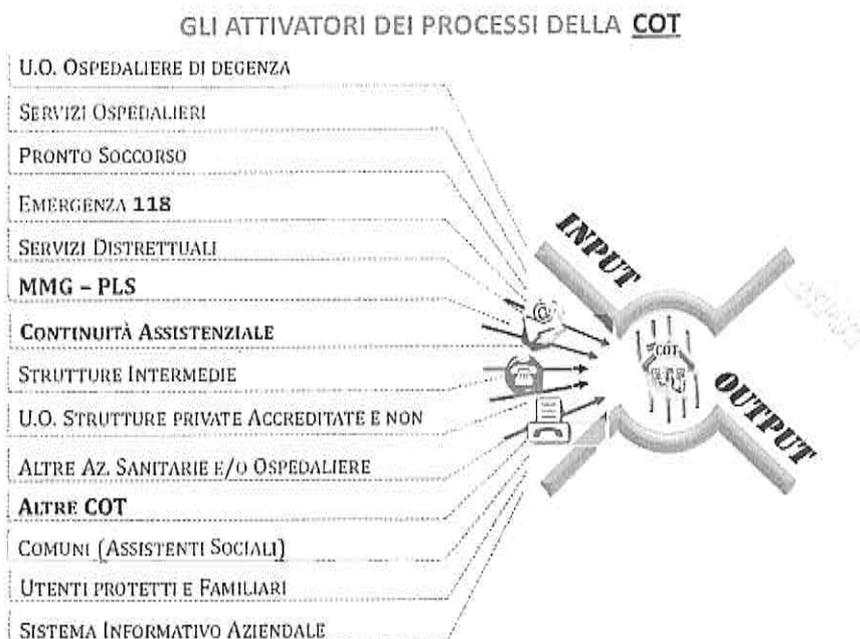
- Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, anche attraverso la piattaforma informatica;
- Sportello per l'accoglienza, l'informazione e l'orientamento all'utente;
- CUP;
- Associazioni di volontariato;
- 118.

Si intende per **connessione primaria** tra COT ed altre strutture sanitarie quelle che presentano il seguente set di trasmissioni:

- telefonica;
- posta elettronica;
- piattaforma informatica, con condivisione della cartella clinica del paziente;
- rete informatica;
- telemedicina.

Le connessioni primarie sono realizzate nella prima fase di sviluppo del progetto. Le **connessioni secondarie**, di cui alle TAV. 13 e 14, saranno realizzate nella seconda fase.

Transitoriamente nella fase di implementazione del progetto e di inizio di attività della COT e dell'Ospedale di Comunità la responsabilità sanitaria ed amministrativa è affidata al Referente del progetto. Nella fase successiva, superata la fase start, tali responsabilità saranno assegnate secondo i regolamenti aziendali.



La COT, così come previsto nel documento di riforma, "assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi/professionisti attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

- ✓ coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione

trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);

- ✓ coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- ✓ tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- ✓ supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFoC, ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali; raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno”.

LE FUNZIONI DELLA COT



La Centrale Operativa diventa così una **Centrale Operativa Territoriale**, punto di riferimento degli operatori sanitari del territorio per quanto riguarda l'assicurazione della continuità del percorso di cura al paziente e la risposta assistenziale più appropriata (TAV 19).

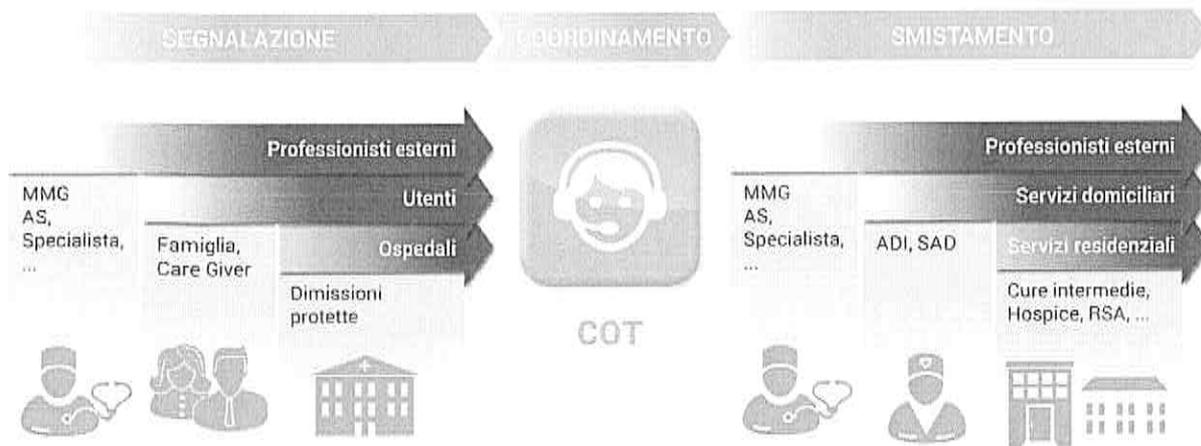
La collocazione del paziente a seguito di una chiamata da uno dei punti della rete con cui è collegata la Centrale Operativa avviene attraverso una proposta di assegnazione del paziente ad una specifica struttura in relazione al quadro clinico.

La Centrale Operativa utilizza uno specifico software con cui:

- esegue il triage a distanza;
- monitora la disponibilità ricettiva delle diverse strutture ospedaliere, socio sanitarie e intermedie;

- orienta il paziente verso il percorso di cura più appropriato, organizzando uno specifico percorso diagnostico terapeutico;

Modalità di funzionamento della COT



La COT gestisce/vicaria/facilita/monitora:

- ☑ Dimissione Protetta
- ☑ Ammissione Protetta
- ☑ Interventi per problematiche a predominanza sociale
- ☑ Interventi non programmati e non differibili per l'utenza protetta
- ☑ Percorso Fragilità (*per utenti non noti*)
- ☑ Interventi erogabili a domicilio
- ☑ Informazioni su percorsi attivati/attivabili per l'assistito
- ☑ Educazione sulle procedure di gestione di semplici attività sanitarie
- ☑ Raccordo tra gli enti locali

1) Transizione Ospedale - Territorio

La struttura ospedaliera esprime il bisogno di continuità delle cure per un paziente ricoverato per il quale, alla dimissione, si prevede la necessità di supporto sanitario/sociale anche attraverso l'utilizzo di strumenti e/o scale validate. La struttura ospedaliera individua gli elementi e il grado di complessità del caso in modo che, in raccordo con gli altri setting (ADI, servizio sociale, ecc.), la COT collabori con la stessa contribuendo a identificare la struttura/il servizio più appropriato rispetto al setting di cura verso il quale si vuole indirizzare il paziente. La COT coordina, traccia, monitora ed interviene proattivamente per garantire il buon esito della transizione (TAV 15).



2) Transizione Territorio - Ospedale

Il Territorio (rappresentato dai suoi diversi setting) esprime il bisogno di un ricovero ospedaliero (ammissione protetta) non a carattere di urgenza, ma programmabile.

Il MMG/PLS o il medico palliativista/medico del distretto o chi ha in gestione il caso, previo raccordo con MMG/PLS qualora la richiesta non provenga dallo stesso, concorda la necessità di un accesso ospedaliero programmabile (nel presente caso d'uso non sono contemplati casi di emergenza). A fronte della necessità viene emessa una prescrizione/richiesta di attivazione della procedura con le relative informazioni sui bisogni e condizioni del paziente (es. necessità ossigeno o specifici presidi, presenza di accompagnatore, possibilità di trasporto da sdraiato/seduto, ecc.).

La COT visualizza la nuova richiesta attraverso il sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni, prendendola in carico (TAV 16).

3) Transizione Territorio - Territorio

Servizio sociale/sociosanitario/MMG che ha in carico il soggetto sul territorio esprime il bisogno di modificare/integrare il setting assistenziale della persona.

Nel presente caso d'uso viene approfondito lo scenario in cui si palesa la necessità di assecondare un bisogno sanitario di nuova manifestazione per un paziente che risiede in una struttura a valenza sociale (Comunità Alloggio, ecc.) oppure in una struttura sociosanitaria (RSA, Residenzialità per disabili, ecc.) o al proprio domicilio (TAV 17). La presa in carico di questa necessità esiterà in una transizione verso:

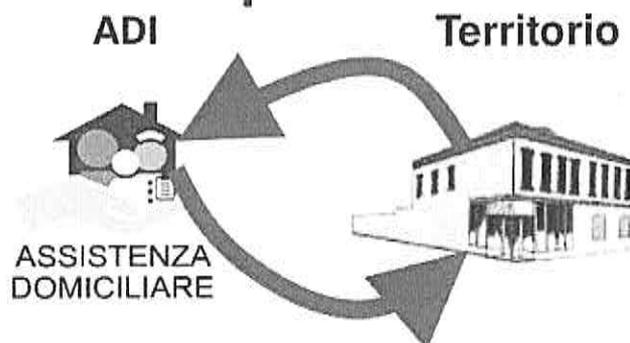


- ✓ un'integrazione di presa in carico con servizi aggiuntivi (transizione tra servizi);
- ✓ una transizione verso struttura sanitaria o altra sociosanitaria territoriale (transizione tra setting).

4) **Coordinamento e monitoraggio della salute a domicilio – Telemonitoraggio e/o Teleconsulto**
DM 29/04/2022

Nell'ambito dell'assistenza territoriale, il telemonitoraggio può essere richiesto da un medico (MMG/PLS, specialista) che ravvisa la necessità di monitorare da remoto, in maniera continuativa ed automatica i parametri vitali di un paziente mediante l'utilizzo di dispositivi e sensori certificati forniti dall'Azienda sanitaria. La COT visualizza la richiesta, prendendola in carico ed informando la Centrale operativa ADI ove presente o il servizio preposto all'erogazione del telemonitoraggio secondo l'organizzazione locale (TAV 18).

Transizione del paziente



Nel caso in cui venga ravvisata la necessità di coordinare ulteriori setting e professionisti, la COT attiverà l'UVM al fine di valutare la richiesta di attivazione del telemonitoraggio e/o telecontrollo.

Target di Utenti



Dotazione minima (turnistica) della COT		
Ω	Ore 8.00 – 20.00 /die	1 medico + 1 infermiere
Ω	Ore 20.00 – 8.00 feriale	1 infermiere
Ω	Ore 20.00 – 8.00 prefestivo e festivo	1 medico
Ω	Ore 20.00 – 8.00 feriale	1 medico specialista
	Ore 8.00-16.00 lunedì-venerdì	1 unità amministrativa

Supporti tecnici e informativi a disposizione della COT per assolvere alle funzioni

La dimensione informatica discende da quella organizzativa, infatti il sistema informatico deve essere a servizio delle funzioni che dovranno essere svolte dalla COT nonché strumento di facilitazione per la realizzazione del dialogo Ospedale – Territorio.

L'implementazione dell'infrastruttura informatica a supporto delle COT dovrà, a livello logico-funzionale, mettere a disposizione, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di trattamento dei dati personali e sicurezza, degli operatori presenti nelle COT i seguenti **strumenti**:

- mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale ed ospedaliera, con tutte le informazioni necessarie (es. tipologia e classificazione delle strutture, disponibilità effettiva posti letto/risorse, capacità e modalità di erogazione prestazioni, referenti dei servizi sanitari attivabili, ecc.)
- funzionalità di accesso agli archivi di presa in carico, mantenuti a livello aziendale, che forniscono l'informazione di quali servizi sanitari sono attivi per coloro per i quali è richiesta una transizione o è in corso o è stata completata con informazioni anagrafiche, contatti del paziente e/o famiglia/caregiver, e stato del soggetto all'interno del setting assistenziale proprio;
- cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni di setting assistenziale con informativa sullo stato e sulle caratteristiche delle stesse (ad esempio trasportabilità paziente, necessità di presidi, necessità di accompagnamento), con possibilità di effettuare programmazione delle transizioni e di ricevere alert a fronte di eventuali scostamenti;
- sistema di ricezione e invio notifiche integrato con il cruscotto delle transizioni.

Le **attività informatiche** che dovranno essere assicurate e registrate su specifico software sono

- sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) corredata delle informazioni anagrafiche, contatti del paziente e/o famiglia, dei dati sulla complessità del caso e dei bisogni;
- possibilità di verificare per il caso specifico servizi attivi/già attivati (sanitari, sociosanitari, sociali) sul paziente;
- mappatura aggiornata, con l'indicazione delle eventuali disponibilità con la possibilità di "riservare" la risorsa di tutti i servizi della rete territoriale, (area distrettuale ed ospedaliera) con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, disponibilità posti letto, referenti, ecc.);
- cruscotto dei pazienti in dimissione (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) con lo stato di avanzamento (es. esito UVM, programmazione primo accesso al domicilio, ecc.) comprensiva di funzionalità di notifica degli scostamenti rispetto al processo atteso (fasi e tempi);
- cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità di reportistica anche per la valutazione della rispondenza alle fasi e tempi previsti e con funzionalità di notifica degli scostamenti eventuali;
- sistema informatico dove registrare i dati necessari per gestire la programmazione delle transizioni "intermedie" previste in modo da consentire alla COT di disporre di un monitoraggio anche della programmazione delle attività oltre che delle transizioni "in itinere";
- sistema di ricezione delle notifiche;

- possibilità di recuperare informazioni sulla presenza di esigenze clinico assistenziali specifiche (es. trasportabilità, utilizzo di particolari presidi, presenza di un accompagnatore);
- possibilità di recuperare informazioni sulla prestazione richiesta per cui è necessario un accesso in ospedale (es. sostituzione di catetere venoso centrale, PEG, programmazione di visite specialistiche o esami diagnostici);
- possibilità di accedere alle agende di prenotazione delle strutture ospedaliere con l'indicazione delle disponibilità per la fase di prenotazione e con la possibilità di riservare la risorsa individuata;
- sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti a domicilio, ecc.)
- sistema integrato con i principali applicativi di gestione ospedaliera per acquisire accettazione del paziente (prestazioni ospedaliere);
- sistema per la "prenotazione/impegno" della risorsa/servizio individuati;
- cruscotto su dati di salute anonimi derivanti da strumenti di telemedicina ai fini di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.
- Predisposizione di un sistema di interfacciamento con altre COT Aziendali, Regionali e con lo stesso sistema informativo regionale con possibilità di adeguamento rispetto alle direttive che la Regione Campania impartirà.

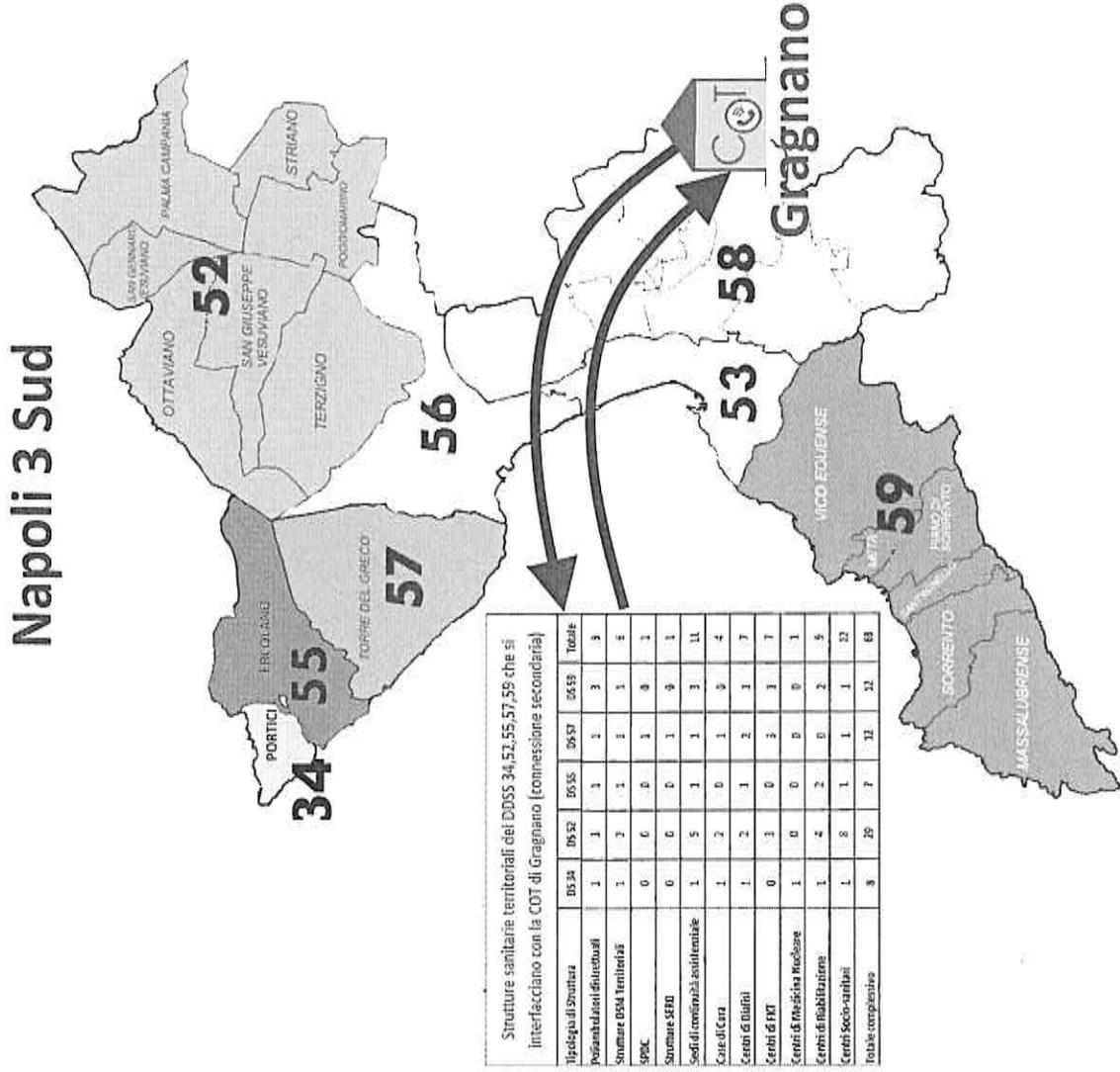
Interfacce necessarie e caratteristiche tecniche

I sistemi informatici a supporto della COT dovranno essere collocati in server farm certificate AGID ed ospitati su una *server farm* appropriata rispetto alla classificazione dei dati trattati.

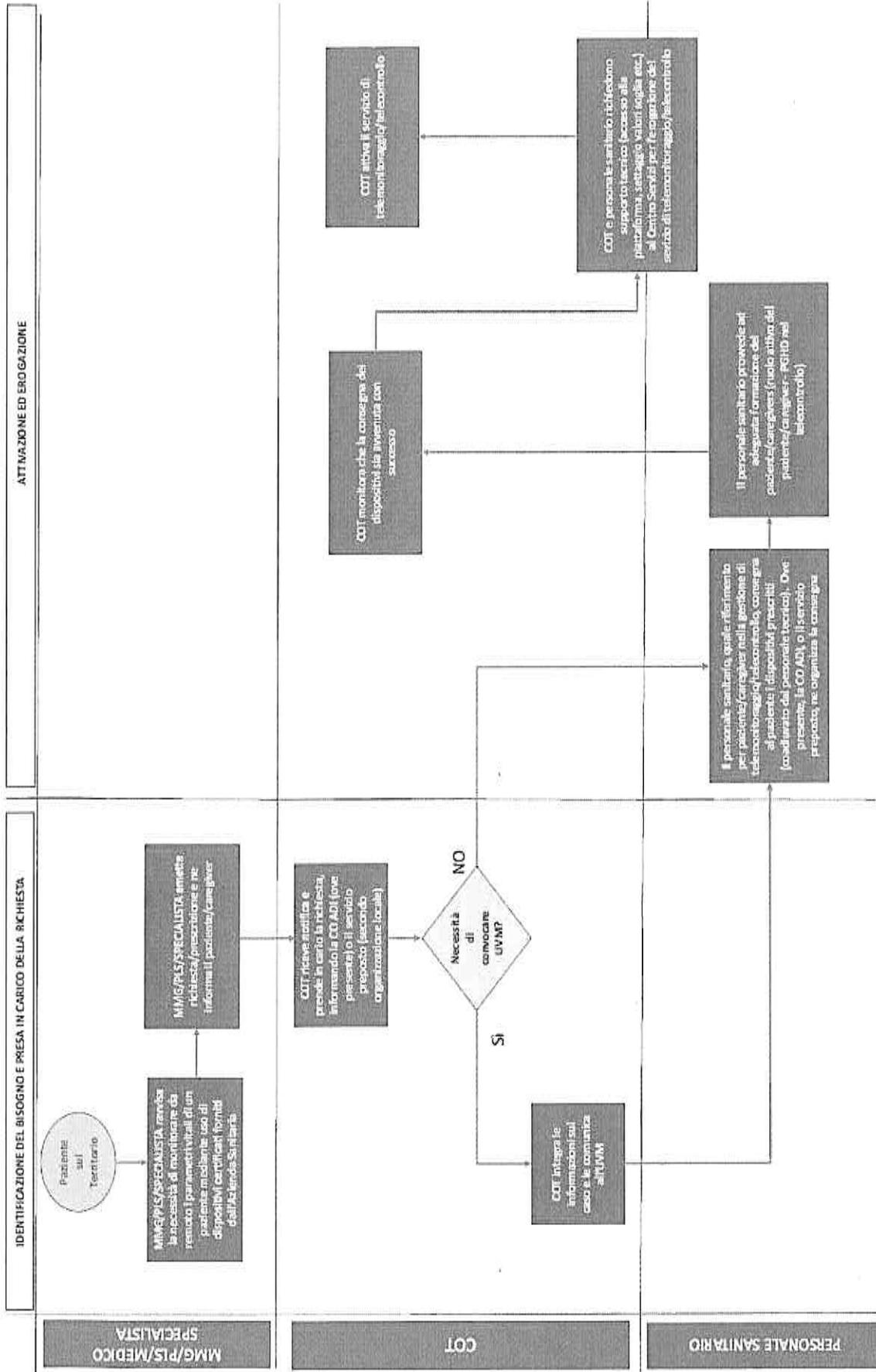
Dovranno essere gestite, nel rispetto delle disposizioni vigenti in termini di protezione dei dati personali e sicurezza, almeno le seguenti interfacce applicative limitatamente ai soggetti per cui è richiesta una transizione di setting assistenziale:

- interfaccia CTI con il sistema telefonico di centrale, per il riconoscimento delle chiamate entranti e l'apertura in automatico delle schede relative ai casi in gestione alla COT;
- interfaccia con Anagrafe Regionale Assistiti e quindi con Anagrafe Nazionale Assistiti (ANA) e Contatti Aziendale – MPI, caregiver;
- interfaccia con i Sistemi di accettazione (ADT), di Gestione Lista di Attesa (LDA) e generici Sistemi di Presa in Carico delle aziende dei territori di riferimento (privati compresi);
- Interfaccia con i sistemi di PS per avere notizia di eventuali accessi del paziente;
- Interfaccia con il CUP – Centro Unico di Prenotazione– al fine di avere notizia di quelle che sono le visite e le indagini diagnostiche pianificate per il paziente;
- Interfaccia verso il sistema di gestione dei PDTA aziendali – nel caso il paziente sia in carico ad una determinata azienda sanitaria per un determinato PDTA;
- Interfaccia con la cartella del MMG/PLS;
- Interfaccia con la cartella ADI

TAV. 14 Connessioni secondarie della COT di Gragnano con i Distretti Sanitari dell'area sud dell'ASL Napoli 3 Sud



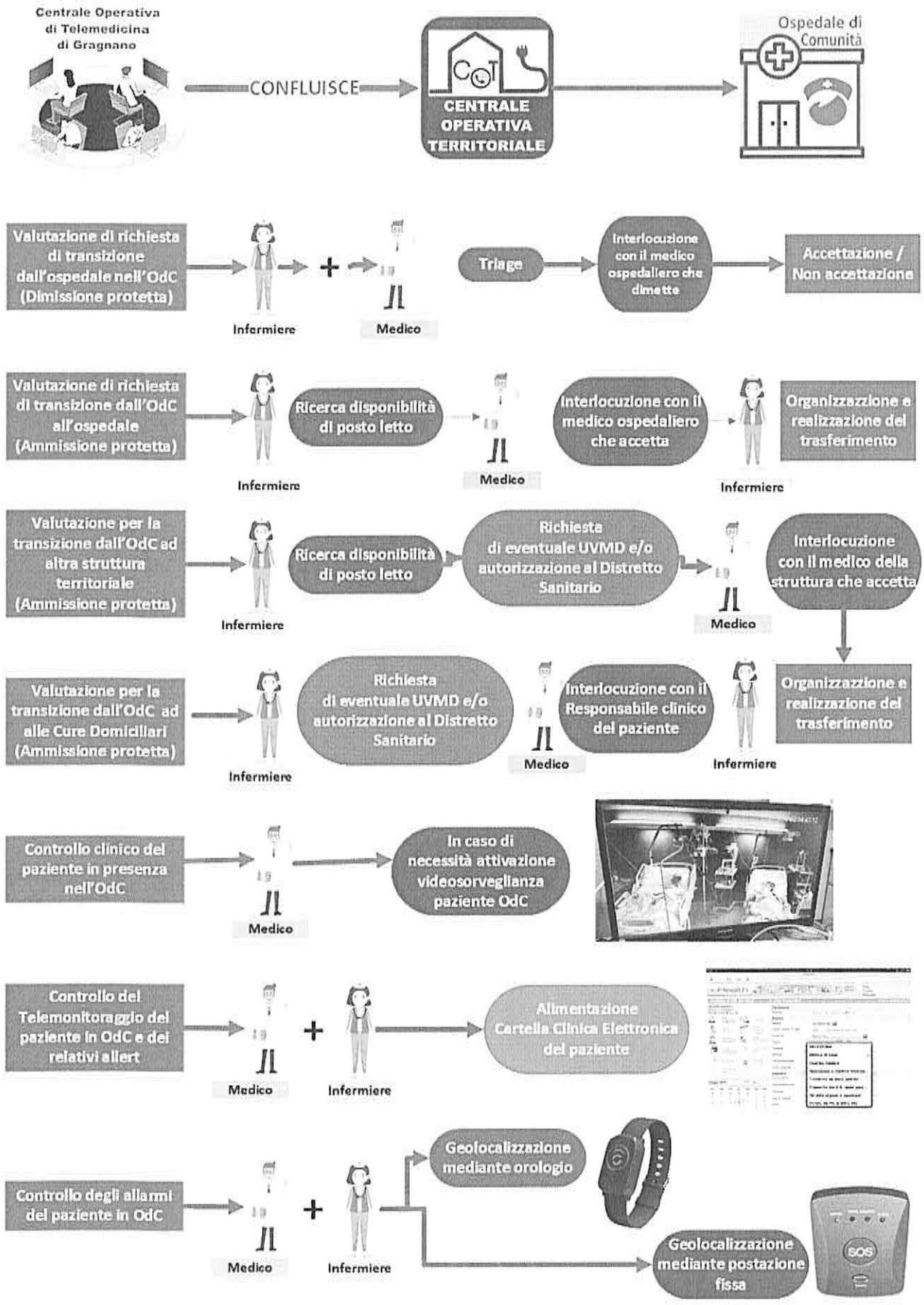
TAV. 18 Coordinamento e monitoraggio della salute al domicilio –Telemonitoraggio e/o Telecontrollo -(DM 29 aprile 2022)



Estratta dal Quadro di Monitor del 2022: Lo Centrale Operativa Territoriale: dalla realizzazione all'attivazione

TAV. 19

Funzioni della COT per l'OdC



Risorse per la realizzazione del Progetto

Le risorse necessarie sono distinguibili in 2 gruppi, il primo connesso alle risorse esistenti nell'ambito della UO Telemedicina, Centrale Operativa e Telemedicina per Assistenza Domiciliare, il secondo gruppo è costituito invece da risorse che è necessario acquisire.

Risorse esistenti e condivise tra COT e Ospedale di Comunità	Servizi da acquisire
Infermieri	Impianto dei gruppi di continuità per la rete desktop
Medici UCA	Rete wifi presso COT ed OdC
Medici Specialisti	Estensione software della piattaforma informatica aziendale SmartLea contenente la cartella clinica elettronica informatizzata del paziente, la cartella inferieristica, il modulo di aderenza alla terapia e i dati del telemonitoraggio e teleconsulenze
Psicologi-Psicoterapeuti	Integrazione del software con la dotazione delle interfacce applicative di cui allo specifico paragrafo del progetto
Unità amministrativa	Software COT per la gestione delle transizioni, così come previsto nel progetto, con le integrazioni di collegamento previste dalle connessioni dirette della COT con le altre strutture
Dirigente Responsabile COT e Ospedale di Comunità	Nel modulo software COT mappatura dei Centri di connessione primaria con individuazione delle caratteristiche assistenziali e delle loro capacità operative e disponibilità
Struttura della Centrale Operativa di Telemedicina con estensione ai locali adiacenti	Manutenzione software piattaforma SmartLea esistente
Struttura dell'Ospedale di Comunità già presente nel Plesso di Gragnano (struttura socio sanitaria)	Sistemi di allarmi e videosorveglianza, con fornitura della relativa tecnologia per i locali individuati nel progetto:
Postazioni PC-Desktop (Centrale di telemedicina e Assistenza Domiciliare Covid e non Covid)	<ul style="list-style-type: none"> • Gestione allarmi di postazione fissa con 2 terminali: medicheria e COT • Gestione allarmi porte e finestre con 2 terminali: medicheria e COT • Gestione allarmi geolocalizzazione (orologio da polso con 2 terminali: medicheria e COT) • Sistema di videosorveglianza pazienti con 2 monitor (medicheria e COT)
Devices (comprensivi di sistemi di comunicazione mobile per pazienti, operatori della COT, dell'Ospedale di Comunità, MMG/PLS, Specialisti distrettuali e ospedalieri), da condividere con il servizio di Telemedicina nei diversi impieghi territoriali con particolare riferimento all'assistenza domiciliare integrata	Sistema di monitoraggio dei parametri vitali per COT e OdC
Armadietti per spogliatoio presenti nella UO Telemedicina	Centrale telefonica della COT con le relative connessioni di rete nelle modalità previste dal progetto e con particolare riferimento alle Strutture delle connessioni primarie
Set di arredi per stanze della UO Telemedicina	Ridefinizione della rete informatica con estensione alle Strutture di connessione primaria, secondo standard che assicurano la sicurezza delle connessioni
Piattaforma SmartLea completa di tutti i moduli disponibili	L'insieme di servizi e della tecnologia deve prevedere il rispetto degli standard di sicurezza e di adeguamento alle norme europee sul rispetto della privacy.
Fotocopiatrice di grandi dimensioni per COT	Il valore economico dei servizi e delle Tecnologie rappresentate è valutabile in circa 700.000 Euro.
Fotocopiatrice di grandi dimensioni per COT	
Frigo farmaci per COT	
Frigo portatile	
Torre di Telemedicina	

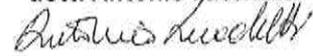
Beni da acquisire
Arredi
Attrezzature sanitarie
Hardware informatico
Materiale elettronico
Piccoli elettrodomestici
Monitor/TV
Segnaletica
Previsione di spesa: € 400.000

Le risorse da acquisire potranno trovare copertura nei fondi a destinazione vincolata per il finanziamento di obiettivi prioritari del SSN.

Pertanto impiegando tali fondi la realizzazione di tale progetto non determina aggravio di spesa per l'Asl Napoli 3 Sud.

Direttore UOC Controlli Integrati Interni ed Esterni
Responsabile della UO Telemedicina

dott. Antonio Lucchetti



ANTONIO LUCCHETTI

19.06.2023 13:10:42

GMT+00:00