

## INDAGINE CONOSCITIVA BUONE PRATICHE DELLE AZIENDE SANITARIE PER LA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI DEL PNRR

Primo rilevamento da inviare entro il 10 novembre 2022 a:  
[comitatoscientifico@forumriskmanagement.it](mailto:comitatoscientifico@forumriskmanagement.it)

Data: 28.10.2022  
Azienda Sanitaria: **ASL ROMA 2**  
Indirizzo: Via Maria Brighenti, 23 - 00159 Roma (RM)  
Telefono: **0651001** email: [direzione.generale@aslroma2.it](mailto:direzione.generale@aslroma2.it)

### **Direttore Generale**

Nome: **Giorgio Casati**  
Indirizzo: Via Maria Brighenti, 23  
Telefono: **0641433257** email: [direzione.generale@aslroma2.it](mailto:direzione.generale@aslroma2.it)

### **1) Quante case di Comunità sono previste sul territorio della ASL, sono una per distretto?**

Sul territorio della scrivente ASL sono previste **22** case di Comunità, quindi più di una per Distretto.

### **2) Quante sono le riconversioni di strutture precedentemente esistenti es. Case della Salute e/o altro:**

Le riconversioni previste sono **21**.

### **3) Quali sono le attività più rilevanti che si intendono organizzare e potenziare all'interno delle Case della Comunità o anche nella sua Azienda, comunque riconducibili al PNRR:**

Sono le attività riconducibili al DM 77 che, nella riorganizzazione aziendale, vanno ad integrare le attività già esistenti. Con maggiore dettaglio:

- il potenziamento delle attività specialistiche per i PDTA delle patologie croniche secondo il Piano Nazionale della Cronicità, anche con gli strumenti di Telemedicina;
- il potenziamento dei Punti Unici di Accesso (PUA) con la funzione di orientamento delle persone all'accesso ai servizi sanitari, sociali e sociosanitari garantendo un accesso facile e un'equità di risposta;
- l'inserimento nelle CdC della figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC);
- il rafforzamento dei servizi ADI;
- l'incremento delle Unità di Cure Primarie (UCP) presenti attualmente nelle CdS ed inserimento delle UCP nelle future CdC Spoke previste;
- potenziamento della presenza medica h24 - 7gg/7, anche attraverso l'integrazione con la Continuità Assistenziale e con le UCA e della presenza infermieristica h12 - 7gg/7;
- vista anche la densità della popolazione di ciascun distretto, la programmazione della realizzazione di più sedi di Continuità Assistenziale.

**Ogni Azienda ASL o Azienda Ospedaliera compila le parti di sua competenza**

#### **4) Descrivere il rapporto con i MMG, i PLS e la continuità assistenziale all'interno delle Case di Comunità della Salute già esistenti:**

Il rapporto tra le Direzioni di Distretto e le Unità Operativa delle Cure Primarie è costante, caratterizzato soprattutto dalla collaborazione professionale nell'intercettare eventuali criticità socio-sanitarie, informatiche, amministrative, e nel rispondere ai bisogni prospettando soluzioni valide, non solo per i medici presenti nella Casa della Salute, ma anche per gli altri medici del Distretto, a cui vengono trasmesse periodiche comunicazioni telematiche, utili per lo svolgimento dell'attività sanitaria distrettuale.

Inoltre sono presenti i servizi sia di continuità assistenziale che gli ambulatori di cure primarie, pediatrico e di medicina generale, aperti al pubblico nei giorni festivi dalle ore 10.00 alle ore 19.00 e prefestivi dalle ore 14.00 alle ore 19.00.

I referenti delle UCP vengono coinvolti attraverso incontri periodici finalizzati all'informazione e formazione, di solito con la collaborazione della UOC Analisi Organizzativa e Supporto Informatico, in merito ai nuovi modelli organizzativi per la presa in carico del paziente cronico all'interno dei PDTA attivi.

Si svolgono periodicamente incontri con i referenti delle UCP e con i coordinatori degli Ambulatori delle Cure Primarie (ACP), per affrontare le problematiche inerenti all'appropriatezza prescrittiva sia diagnostica che terapeutica, con la partecipazione dei dirigenti del servizio Farmaceutico Territoriale.

I MMG componenti le UCP presenti nella Casa della Salute, laddove riscontrino casi clinici particolari, si confrontano in presenza all'interno della struttura, con gli specialisti e i Case manager dello specifico PDTA.

#### **5) Quanti Distretti sono presenti nella ASL e quanta popolazione per ogni distretto?**

Sono presenti 6 distretti, con una popolazione residente totale (al 31.12.2021) di **1.274.608** abitanti:

- Distretto 4° 171.734
- Distretto 5° 238.487
- Distretto 6° 241.414
- Distretto 7° 311.416
- Distretto 8° 128.914
- Distretto 9° 182.643

#### **6) Quante COT saranno realizzate? Descrivere la localizzazione e le interconnessioni previste per le COT (assistenza domiciliare, MMG, caregivers, strutture ospedaliere, Hospices ....)?**

Saranno realizzate 6 centrali Operative Territoriali Distrettuali.

Le COT DISTRETTUALI svolgono le seguenti funzioni:

- Coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale.
- Supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali.
- Monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.).

**7) Ci sono già COT presenti? Se si descriverne le connessioni:**

Il modello delle centrali operative dell'ASL Roma 2 attualmente prevede: una COA aziendale HUB denominata COA-RESTART e due CO SPOKE per la continuità assistenziale ospedale-territorio (CO-CA-OT), una per ogni Presidio Ospedaliero (S. Pertini e Sant'Eugenio).

Tale modello svolge una **funzione di coordinamento della presa in carico** della persona e **raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali** (attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere) e **dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza**. L'obiettivo delle Centrali Operative è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

La COA-RESTART svolge le seguenti funzioni:

- 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 nel trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare).
- Tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro.
- Monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.)

Le CO-CA-OT ospedaliere svolgono le funzioni di:

- intercettazione precoce dei pazienti di "difficile dimissione" e
- di garanzia della continuità assistenziale attraverso la gestione della transizione di cura e dei setting (transitional care).

**8) Quanti Ospedali di Comunità sono previsti dal PNRR?**

Gli Ospedali di Comunità previsti sono 3

**9) Quanti Ospedali di Comunità sono già esistenti? Descrivere le attività:**

Attualmente non sono presenti Ospedali di Comunità.

**10) Quali sono i PDTA attivi e già informatizzati? Quanti pazienti sono seguiti con i PDTA?**

I PDTA attivi ed informatizzati sono: Diabete, BPCO, Scemenso Cardiaco, TAO/NAO (anticoagulanti tradizionali/nuovi anticoagulanti orali) e Parkinson.

Nella tabella che segue i dati relativi ai PDTA forniti dai Distretti:

<b>DISTRETTO 4</b>	
<b>PDTA</b>	<b>2022</b>
Diabete	864
BPCO	155
Scopenso Cardiaco	0
TAO/NAO	0
<b>DISTRETTO 5</b>	
<b>PDTA</b>	<b>2022</b>
Diabete	102
BPCO	268
Scopenso Cardiaco	0
TAO/NAO	0
<b>DISTRETTO 6</b>	
<b>PDTA</b>	<b>1° sem. 2022</b>
Diabete	2023
BPCO	356
Scopenso Cardiaco	96
TAO/NAO	78
Parkinson	92
<b>DISTRETTO 7</b>	
<b>PDTA</b>	<b>2022</b>
Diabete	3524
BPCO	384
Scopenso Cardiaco	29
TAO/NAO	0
<b>DISTRETTO 8</b>	
<b>PDTA</b>	<b>2022</b>
Diabete	n.d.
BPCO	n.d.
Scopenso Cardiaco	n.d.
TAO/NAO	n.d.
<b>DISTRETTO 9</b>	
<b>PDTA</b>	<b>2022</b>
Diabete	1500
BPCO	0
Scopenso Cardiaco	0
TAO/NAO	0

### **11) Descrivere le esperienze di telemedicina in essere nella sua Azienda:**

Nella ASL Roma 2 vi sono state due importanti esperienze di telemedicina: Adilife e KG Partners.

- **Adilife** La piattaforma Adilife viene utilizzata dalla ASL Roma 2 in modalità on premise con i server presso la ASL Roma 2. La piattaforma è stata pensata per varie patologie, partendo dai pazienti cronici, fragili e con diffuse comorbidità (principalmente cardiopatici e diabetici), con funzionalità di telemonitoraggio e televisita in remoto. L'avvio è avvenuto in epoca pre-pandemica dopo alcuni momenti formativi e l'acquisizione di dispositivi medici certificati, per monitorare parametri fisiologici vitali. Con la pandemia la telemedicina ha subito una forte accelerazione: la piattaforma è stata usata per i contagiati pandemici in casa, che la ASL Roma 2 doveva controllare, e si è dato forte impulso alla televisita in remoto. Alcuni ambulatori, in primis quelli di diabetologia, sono stati rapidamente trasformati da ambulatori reali ad ambulatori virtuali, anche grazie ad un sistema di prenotazione e gestione code integrato ad hoc nella piattaforma. Oggi la situazione complessiva vede un utilizzo trasversale con circa 1000 pazienti in carico sulla piattaforma, di varie patologie.
- **KG Partners**, L'esperienza di Telemedicina con KG Partners è iniziata in concomitanza con l'avvento del COVID, realizzando e rilasciando un sistema di Televisita per permettere ai medici di visitare remotamente i propri pazienti. Successivamente è emersa l'esigenza di realizzare una piattaforma di Teleconsulto per permettere ai medici di consultarsi remotamente sulle patologie dei pazienti, e a seguire è stata realizzata una piattaforma di Telemonitoraggio per permettere l'utilizzo remoto di dispositivi medici sui pazienti con invio automatico dei dati rilevati ad un server centrale in cloud.

Dalle due esperienze precedentemente descritte sono stati avviati due ulteriori progetti innovativi di Telemedicina:

- **Il Progetto Curare@casa**, il cui target di riferimento è quello della popolazione anziana fragile, attraverso il quale si può ricorrere sia alla competenza clinica geriatrica e neurologica maturata in ospedale sia a quella di tutte le professioni sanitarie e sociali, coordinate in cooperazione con i servizi ADI e di Assistenza alla Persona. Secondo quanto definito dal progetto, prima della dimissione, è il medico specialista ospedaliero, che individuando il paziente anziano fragile sulla base di criteri e score iniziali, lo inserisce all'interno di una corsia virtuale, avviando la presa in carico sul territorio, con conseguente coordinamento e integrazione dei MMG con tutte le strutture di prossimità, degli attori che vi operano all'interno, dei Punti Unici di Accesso (PUA) e delle Associazioni di Volontariato e dei Pazienti.
- **il Progetto Liberi@mo la Salute** che, coinvolgendo la ASL Roma 2 e il P.O. Pertini, ha la finalità di gestire direttamente all'interno dell'istituto penitenziario di Rebibbia, attraverso la telemedicina, tutte le situazioni diagnostiche e terapeutiche programmate e non urgenti, limitando il trasferimento al Pronto Soccorso del detenuto soltanto in reali condizioni di emergenza-urgenza. Il medico del carcere, in tempo reale, potrà avviare un teleconsulto con il medico specialista del Pronto Soccorso, trasmettendo i parametri vitali rilevati accompagnati da eventuali esami radiologici eseguiti da remoto anche sotto la guida dello specialista del Pronto Soccorso al fine di effettuare una diagnosi della patologia.

Si fa presente inoltre che oltre alle sopra menzionate iniziative, nella Casa della Salute in via di Torrenova del 6° Distretto è stato dato seguito a quanto descritto nel Decreto del Commissario ad Acta 103 del 22 luglio 2020 che recita: "**Attivazione servizi di telemedicina in ambito specialistico e territoriale. Aggiornamento del Catalogo Unico Regionale (CUR)**" e, visto anche il periodo dell'emergenza COVID-19, è stato dedicato uno slot di televisita e di telecolloquio nelle agende di diabetologia e di pneumologia, garantendo così i processi di contatto con i pazienti.

**12) La telemedicina è supportata da un “centro servizi” che ne garantisce la disponibilità infrastrutturale a/o organizzativa?**

AdiLife

La piattaforma AdiLife è supportata dalla Centrale Operativa Aziendale “COA Restart” nel cui ambito si trova il reparto di telemedicina che si occupa delle ordinarie attività gestionali: arruolamento e gestione pazienti, assegnazione dispositivi, check output dati, etc.

Tale struttura è operativa tutti i giorni, sovrintende a tutte le attività di gestione e controllo, in particolare per il telemonitoraggio e l’uso intensivo di dispositivi medicali certificati; lato fornitore la ditta AdiLife fornisce assistenza su tutte le problematiche tecniche e software, coprendo i giorni lavorativi, dal lunedì al venerdì, per ogni esigenza di intervento che dovesse presentarsi.

KG Partners

La telemedicina è supportata dagli specialisti KG Partners, che sono disponibili per rispondere alle richieste di supporto seguendo un preciso processo organizzato.

**13) Quanti pazienti sono seguiti a domicilio con la telemedicina: per quali patologie e con che devices?**

Pazienti n.: 20 in ADI; 35 sottoposti ad ECG domiciliare; curare@casa 28 pazienti.

Patologie n.: 7 classi di patologie di tipo cronico (diabete e sue complicanze, ipertensione e sue complicanze, cardiopatia ischemica, BPCO, esiti e complicanze di patologie cerebrovascolari e cardiovascolari acute, decadimento cognitivo)

Devices n.: 7 tipologie saturimetro, ECG monotraccia e a 12 derivazioni, sfigmomanometro, termometro, bilance elettroniche, CNOGA,

**14) L’Azienda conosce il numero dei pazienti cronici polipatologici del proprio territorio?**

Al 31.12.2019 la prevalenza di pazienti polipatologici nella ASL Roma 2 era pari al 17,9% della popolazione residente (fonte: DEP Dipartimento Epidemiologia Regione Lazio).

Al 31.12.2020 i numeri dei pazienti cronici per singola patologia erano i seguenti (fonte: sito web Open Salute Lazio):

Iperensione	260.689
Ipercolesterolemia	89.061
Ipotiroidismo e tiroidite di Hashimoto	84.119
Diabete di Tipo 2	66.947
Miocardipatia aritmica	36.039
Cardiopatia Ischemica	33.052
BPCO	31.364
Vasculopatia Cerebrale	20.617
Cirrosi epatica o Epatite	11.690
Vasculopatia Arteriosa	10.587

**15) Descrivere il collegamento informatico in essere con MMG e PLS:**

Il collegamento informatico con MMG e PLS si basa sul portale MAP (Medici di Assistenza Primaria) che ha lo scopo di raggruppare informazioni ed utilità riservate ai medici di medicina generale ed ai pediatri di libera scelta. Il portale comprende una parte anagrafica dove ogni medico, una volta entrato attraverso le credenziali di dominio (oppure SPID, CIE, CNS-TS) può aggiornare le proprie informazioni di indirizzo studio medico, email e cellulare. È previsto il collegamento degli uffici di medicina primaria distrettuali della ASL per effettuare la “manutenzione” del dato, ovvero l’indicazione di eventuali trasferimenti tra distretti dei medici di base o pediatri di libera scelta, trasferimento ad altre ASL, o uscita dal servizio per quiescenza o altri motivi particolari. Attraverso il portale il medico specifica il fabbisogno per le campagne vaccinali anti influenzali ed anti pneumococciche, dati a cui accedono le farmacie aziendali per la gestione dei quantitativi da ordinare e distribuire ai medici per distretto sanitario. Le quantità consegnate ad ogni singolo medico comportano la generazione del documento di trasporto per la consegna ed il contestuale scarico dalle giacenze integrando il tutto con il sistema economico contabile aziendale. Sul portale non transitano dati relativi a pazienti vaccinati ed a patologie, e qualsiasi tipo di comunicazione telematica avviene attraverso connessione sicura

**16) Descrivere se nel periodo pandemico sono state effettuate televisite e teleconsulenze nell’ambito della neuropsichiatria infantile e della salute mentale:**

Si è tentato, il più possibile di mantenere il contatto diretto con pazienti e familiari e. In alcune circostanze sono state effettuate televisite e teleconsulenze in maniera non strutturata, per situazioni non gestibili in altro modo causa infezione pandemica.

**17) Descrivere se in epoca pandemica sono state attivate televisite e teleconsulti per i pazienti oncologici e se sono stati territorializzati i follow-up e/o i trattamenti:**

Attraverso il sistema AdLife in periodo pandemico sono state fortemente attivate le funzioni di televisita e teleconsulto, in particolare per gli ambulatori di diabetologia.

Nell’ambito dei pazienti gestiti in piattaforma sono presenti dei pazienti cosiddetti “ad alta intensità”, ossia pazienti complessi con patologie caratterizzate da uno stato di instabilità clinica prolungata che rendono necessari un’alta intensità di prestazioni a livello clinico e assistenziale e un costante monitoraggio; questa gestione potrebbe riguardare anche pazienti oncologici. Circa il follow-up territoriale va detto che quando dall’esito delle televisite con i pazienti scaturiscono esigenze di nuovi interventi e nuove cure, vengono coinvolti i MMG e le strutture ADI che operano sul territorio.

Dall’epoca della pandemia con il servizio KG Partners sono state attivate oltre 20 televisite su diversi reparti e presidi sul territorio, 3 teleconsulti e 2 piattaforme di telemonitoraggio.

Dal 2020 sono state effettuate più di 2.300 televisite e si sono registrati più di 1.500 pazienti.

Tutte le televisite e i teleconsulti sono territorializzati, mentre le televisite Oncologiche gestite con le piattaforme sono esclusivamente dell’Ospedale Sandro Pertini.

**18) Descrivere se per la vostra Azienda Ospedaliera o per i vostri ospedali, nell'acquisire le nuove tecnologie previste dal PNRR, avete pensato di acquisire attrezzature innovative sulla base di criteri di HTA e/o funzionali a nuove linee di attività, finora non svolte all'interno dell'Azienda, specificando se e come le tecnologie e le grandi attrezzature sono collegate informaticamente:**

Per la **ASL ROMA 2** si è pensato di acquisire solamente tecnologie tradizionali.

**19) Esiste già l'interconnessione informatica tra le varie Unità Operative ospedaliere?**

**Le richieste di esami, le risposte e le consulenze sono già informatizzate?**

**Il Pronto Soccorso è collegato informaticamente con le Varie UU.OO. ospedaliere che al ricovero hanno già tutti gli accertamenti effettuati in urgenza?**

L'interconnessione informatica tra le Unità Operative ospedaliere esiste ed è continuamente soggetta a interventi di estensione, miglioramento e riammodernamento, con punti rete doppi realizzati in maniera pervasiva (cat. 6) collegati ad apparati switch PoE (Power on Ethernet) di ultima generazione.

È inoltre presente una copertura WiFi negli ospedali che ha permesso l'avvio della Cartella Clinica Elettronica (CCE) che è un sistema che permette di raccogliere in un unico dossier informatizzato tutte le richieste di esami, le risposte e le consulenze effettuate.

Il Pronto Soccorso è collegato informaticamente con le varie UU.OO. ospedaliere e al ricovero sono disponibili i risultati degli accertamenti effettuati in urgenza.

**20) Gli Ospedali sono collegati informaticamente con le COT e con le Case della Comunità e/o Ospedali di Comunità, ove già esistenti?**

Attualmente gli Ospedali sono collegati informaticamente con le Case della Salute e le altre strutture territoriali in quanto parte di un'unica rete aziendale con una topologia "ad anelli" che presenta un'alta tolleranza/robustezza ai guasti dato che l'informazione trasmessa può viaggiare in entrambi i versi/sensi dell'anello per raggiungere una certa destinazione.

Il piano di sviluppo della rete geografica seguirà l'evoluzione del modello territoriale, ed è per questo che è stata prevista nel triennio 2023-2025 la realizzazione di due ulteriori subanelli che collegheranno in fibra ottica tutte le Centrali Operative Territoriali, le Case della Comunità e gli Ospedali della Comunità previsti dal PNRR.

**21) A che struttura si rivolge il MMG per attivare l'assistenza domiciliare?**

Il Medico di Medicina Generale richiede la presa in carico del paziente per bisogno medico, infermieristico e fisioterapico compilando e inviando il modello 431/2012 alla centrale operativa assistenza domiciliare (CARE) via email: [adi@aslroma2.it](mailto:adi@aslroma2.it). La CARE effettua la prevalutazione del bisogno e assegna tramite agenda UNICA, all'UVM per la presa in carico, secondo la residenza del paziente.

**22) L'assistenza domiciliare è esternalizzata?**

Sì, nel rispetto della normativa vigente (525/2019 e smi) a ditte accreditate con Regione e contrattualizzate con la Asl Roma 2. Al momento sono 14 per le varie intensità di cura.

**23) Esiste un Data Center di riferimento nella sua regione per i dati sanitari?**

SI

Se sì, quale? I dati sono sulla piattaforma regionale SIATeSS – LazioCrea.

**24) Viene sistematicamente eseguito il backup e con che politiche? I vostri dati e i vostri programmi risiedono in una infrastruttura certificata AGID? Come viene tutelata la Privacy?**

Sono state realizzate delle procedure automatiche che effettuano il backup dei dati più importanti ogni 5 minuti; i dati delle applicazioni vengono salvati su specifiche macchine dislocate nel Data Center di Via Meda.

I dati utenti, presenti su specifiche cartelle di rete accessibili in maniera condivisa, vengono salvati con altre tempistiche almeno una volta nelle 24 ore. È stato avviato un percorso volto al raggiungimento della conformità ISO 27001 (Sistema di gestione della sicurezza delle informazioni), raccomandata da AGID. La privacy viene tutelata adottando le normative e i principi disposti dal GDPR.

**25) Descrivere i rapporti con i Comuni/Municipi inerenti le disabilità e la non autosufficienza:**

I rapporti della Direzione di Distretto con i municipi consistono in :

- Riunioni periodiche di verifica con la UOS Integrazione socio-sanitaria;
- Convocazione di tavoli di verifica tramite decodifica di primo livello (PUA);
- Convocazione UVMD per la decodifica di secondo livello – consulta socio-sanitaria – Piano di zona.

**26) Descrivere la modalità socio-sanitaria di presa in carico della disabilità e della non autosufficienza:**

La presa in carico (PIC) rappresenta il momento conclusivo di un percorso di integrazione socio-sanitaria che vede coinvolti i servizi aziendali (Assistenza Domiciliare, TSMREE, CSM) e in alcuni casi anche il personale del PUA, e ha due modalità di attivazione:

- 1) il MMG e il PLS per i pazienti domiciliari;
- 2) il medico ospedaliero in fase di dimissione o specialista territoriale di struttura residenziale (post acuzie e/o lungodegenze, ambulatori).

In fase di PIC la UVMD, caratterizzata per la partecipazione attiva di più professionisti afferenti alla rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali del territorio, definisce il setting assistenziale più appropriato, prospettando uno specifico PAI.

È inoltre possibile indirizzare il paziente verso percorsi di integrazione socio-sanitaria (per disabilità gravissima, SAISA, SAISH etc) che prevedono ulteriori benefici e il cui riconoscimento è in capo a specifiche commissioni multidimensionali distrettuali.

**27) Descrivere altre buone pratiche non inserite in questo questionario:**

La ASL Roma 2 sta partecipando alla Joint Action Europea “EU4Health AWP 2021 Joint Action on Transfer of best practice in primary care” di cui l’Agenzia Nazionale dei Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) ricopre il ruolo di Autorità Competente. La Joint Action affidata alla ASL Roma 2 corrisponde all’esportazione delle Work Packages sul Telemonitoraggio domiciliare nelle cure primarie per malattie croniche e Covid-19 in Spagna – Galizia.

**PROGETTO DIABETE ISS**

**28) Quali modelli di presa in carico e/o di gestione integrata dei pazienti della tipologia Ospedale/territorio sono già disponibili o previsti nel tuo eco-sistema territoriale?**

Alcuni dei modelli di presa in carico dei pazienti della tipologia Ospedale/Territorio disponibili sono:

- Il Protocollo post-Covid in collaborazione con il presidio Ospedaliero S. Pertini;
- Le UVMD delegate di ospedale;
- La dimissione protetta con attivazione dell'assistenza domiciliare;
- La gestione integrata Ospedale-Distretto delle seguenti patologie:
  - Tiroidee e Otorinolaringoiatriche (ORL) specie Neoplastiche
  - Cutanee specie Neoplastiche
  - Proctologiche
  - Urologiche (esami II livello)
  - Cardiologiche

I modelli di gestione integrata Ospedale/Territorio in fase di elaborazione per la ASL Roma 2 sono:

- Un nuovo modello di presa in carico del paziente tramite la centrale operativa territoriale (COT);
- I PDTA aziendali per le patologie croniche.

**29) Sono stati individuati o sono in via di definizione strumenti/sistemi digitali di segnalazione ed integrazione tra il territorio ed i PUA delle CdS rivolti ai bisogni del cittadino (moduli organizzativi integrati sanitari, sociosanitari, sociali)?**

Sono in via di attivazione delle forme di approvvigionamento, a carattere nazionale o regionale, per l'acquisizione di sistemi che dovranno coprire le esigenze di integrazione tra il territorio e i PUA. La ASL Roma 2 sta provvedendo alla definizione delle interconnessioni con i device di sistemi usati localmente.

**30) Quali sono gli attori con cui si sta programmando e dimensionando i servizi nelle CdC?**

**Con che strumenti e basi informative?**

**Saranno strumenti utilizzati per la programmazione e l'analisi periodica?**

Gli attori con cui si sta programmando e dimensionando i servizi nelle CdC sono le seguenti strutture: Direzione Strategica, UOC Gestione del Patrimonio, UOC Ingegneria Clinica, UOC Analisi organizzativa e supporto informatico, UOC Governo delle liste di attesa, ALPI e revisione agende, UOC Assistenza alla Persona, MMG/PLS, Specialisti ambulatoriali, terzo settore, ADI, servizi sociali del Municipio.

Gli strumenti per la programmazione e l'analisi periodica corrispondono ai Dati del Dipartimento di Prevenzione, le Liste di Attesa e la piattaforma informatica dei PDTA.

**31) Sono in atto interlocuzioni con i portatori di interesse sul territorio (Comuni, terzo settore, Ordini professionali, ...)?**

Sì

Se sì, quali?

La Consulta socio-sanitaria, l'qa consulta disabilità mentale e fisica, il piano sociale di zona e le Associazioni di categoria/cittadini.