

FORNITURA DI UN SOFTWARE GESTIONALE A SUPPORTO DELLE ATTIVITÀ DELLA CENTRALE OPERATIVA PER LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI E/O FRAGILI, ALLA LUCE DELLE PREVISIONI CONTENUTE NELLA L.R. LOMBARDIA N. 23/2015 AI SENSI DELL'ART.36 DEL D.LGS 50/2016 E SMI. TRAMITE PIATTAFORMA TELEMATICA SINTEL.

CONTESTO

La Legge Regionale 23/2015 ha introdotto un profondo ripensamento delle modalità per la gestione della domanda e dell'offerta del Sistema Sanitario Lombardo, attraverso la costituzione di nuovi enti sanitari (ATS/ASST) nati dall'accorpamento e la ridefinizione dei perimetri preesistenti delle aziende.

La nuova impostazione prevede la separazione delle attività di pianificazione e controllo ad opera delle ATS e dell'erogazione delle attività assistenziali attraverso l'integrazione della rete di offerta ospedaliera con quella territoriale.

Sotto tali presupposti, ed in linea con il Piano Nazionale delle Cronicità la Regione Lombardia ha proseguito l'evoluzione della integrazione della componente ospedaliera con quella territoriale definendo, in accordo con le linee guida del Piano, l'implementazione di nuovi modelli assistenziali di *integrated care* che sono stati raccolti e definiti nella DGR X/4662 (23/12/2015) - *Piano regionale della cronicità e fragilità*.

Questa delibera definisce ed imposta le modalità e gli indirizzi della presa in carico delineando anche quali siano i modelli di riferimento e le realtà evolutive attese, da sviluppare e attuare con successive delibere.

Con la DGR X/6164 (30/01/2017) "*Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili - determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge n. 23/2015*" è stato disegnato il processo della presa in carico sono stati definiti gli attori il loro ruolo ed il funzionamento generale, regolando in tal modo la parte della domanda.

Con la DGR X/6551 del 04/05/2017 si è data attuazione alla gestione della presa in carico lato offerta.

Il cambio strutturale deve essere supportato da un sistema informativo che ne agevoli l'attuazione e che consenta da subito l'operatività degli utenti direttamente interessati, sia interni che esterni al sistema di erogazione delle cure.

L'obiettivo, che il sistema informativo è chiamato a supportare è, sulla base di quanto espresso nella DGR X/6164, quello di consentire l'unitarietà di un percorso di presa in carico evitando la frammentazione dei processi e la suddivisione dei servizi tra area ospedaliera e territoriale a fronte dello sviluppo di nuovi modelli organizzativi che dovranno assicurare:

- la gestione dei sistemi di Valutazione multidimensionali necessari alla presa in carico della persona;
- la lettura trasversale all'organizzazione/organizzazioni rinforzando i processi orizzontali tra i diversi servizi e livelli di organizzazione per garantire l'integrazione e la continuità di cura;
- la "logistica" dei flussi informativi rendendo disponibili le informazioni a supporto della gestione di percorsi di cura lungo le varie fasi del processo erogativo per garantire efficienza e appropriatezza.
-

Di seguito una breve descrizione delle singole attività del processo di presa in carico

Le fasi del processo

Predisposizione elenchi assistiti

Regione Lombardia stratifica la popolazione in cinque livelli così definiti:

- Livello 1: soggetti ad elevata fragilità clinica in cui sono presenti oltre la patologia principale almeno tre comorbidità (quattro o più patologie complessive) ovvero una fragilità clinica più lieve associata ad una condizione di particolare fragilità;
- Livello 2: soggetti con cronicità polipatologica in cui è presente la patologia principale e una o due comorbidità (due o tre patologie complessive) o in cui è presente una condizione di fragilità sociosanitaria non aggravata da un quadro polipatologico;
- Livello 3: soggetti con una cronicità in fase iniziale, presenza della sola patologia principale;
- Livello 4: soggetti non cronici che usano i servizi in modo sporadico;
- Livello 5: soggetti non cronici che non usano i servizi e quindi sono intesi come utenti solo potenziali.

La stratificazione sarà fornita alle ATS periodicamente, per far sì che queste possano applicare il processo di presa in carico per i pazienti cronici (appartenenti ai primi tre livelli).

Questa fase è gestita completamente a livello centrale.

Selezione Gestori idonei

La valutazione di idoneità dei gestori avviene in seguito alla richiesta di idoneità, presentata dai potenziali gestori. Per potersi candidare si deve poter garantire un'offerta minima definita di funzioni di accompagnamento del paziente e poter assicurare a regime tutte le prestazioni e le fasi della presa in carico in proprio o tramite la collaborazione con soggetti terzi (erogatori esterni).

L'ATS approva le candidature da parte dei potenziali Gestori, la richiesta di idoneità viene visualizzata a livello centrale per la conferma di idoneità. La selezione dei Gestori idonei viene effettuata sulla base di una serie di criteri stabiliti:

- modalità di erogazione delle attività di presa in carico;
- garanzia delle funzioni di accompagnamento alla presa in carico: qualora si avvalga di soggetti terzi, questi ultimi devono essere in possesso dei relativi requisiti;
- garanzia della realizzazione dei set di riferimento per la presa in carico del paziente;
- completezza della filiera erogativa per i livelli e le aree di patologia per cui il gestore si candida;
- definizione dell'area territoriale di riferimento e capacità di erogazione di prestazioni nella stessa area;
- coinvolgimento dei MMG/PLS (per i gestori erogatori) o degli erogatori (per i gestori MMG).

In questo modo viene creato un registro regionale centrale di tutti i Gestori idonei per i differenti livelli di stratificazione e tipologie di cronicità. Inoltre l'ATS manda al gestore candidato una notifica a valle della candidatura con il risultato della valutazione di idoneità.

Grazie all'estrapolazione dal dominio centrale dei dati anagrafici dei pazienti con residenza nel territorio di competenza dell'ATS, l'ATS stessa, con il supporto del sistema territoriale, può strutturare la lista dei Gestori adatti per ciascun paziente e procedere all'invio della stessa ad ogni paziente.

Comunicazione ai pazienti per la selezione del Gestore

Le ATS inviano agli assistiti classificati una comunicazione contenente l'elenco dei possibili Gestori in base al tipo di cronicità assegnata all'assistito affinché esso possa scegliere il proprio gestore tra l'elenco proposto.

Scelta Gestore

Il paziente, ricevuto l'elenco dei possibili Gestori da parte dell'ATS, procede alla libera scelta del proprio Gestore tra quelli indicati.

Governo degli arruolamenti

Regione Lombardia gestisce il Database contenente le informazioni relative all'arruolamento dei pazienti cronici comunicate dai Gestori. Tale database verrà essere aggiornato costantemente in base alle modifiche che potranno occorrere durante il periodo di presa in carico.

Questa fase è gestita a livello centrale e sarà supportata dal servizio centrale di Gestione arruolamento.

Patto di cura, arruolamento, pianificazione e condivisione del percorso di cura

Scelto il Gestore al quale affidare la responsabilità del processo di Presa in Carico, il paziente deve procedere alla formalizzazione dell'arruolamento direttamente presso il Gestore scelto

Affinché possa iniziare il processo di presa in carico e permettere al Gestore di poter accedere ai dati del paziente, il cittadino dovrà avere dato il proprio consenso al trattamento dei dati personali, che può avvenire anche contestualmente alla sottoscrizione del Patto di Cura. Il Gestore, attraverso l'utilizzo della Carta Cittadino del paziente, potrà accedere alle informazioni utili presenti nel dominio centrale (Gestione Arruolamento: stato di arruolabilità, caratteristiche di stratificazione, ...).

- Nel caso in cui il paziente risulti non arruolabile, poiché ad esempio già preso in carico da un altro Gestore, il processo di presa in carico si interrompe e vengono eventualmente fornite al paziente le informazioni utili per inviare all'ATS di riferimento una richiesta motivata di sostituzione dell'attuale Gestore.
- Nel caso in cui il paziente risulti arruolabile, un incaricato del Gestore, prima di procedere con l'effettivo arruolamento, esegue una valutazione dei bisogni clinico-assistenziali attraverso il proprio applicativo, opportunamente integrato con i servizi forniti dal dominio centrale (Sistemi di valutazione). Il Gestore, sempre attraverso l'utilizzo della Carta Cittadino del paziente, potrà accedere ad alcune informazioni utili alla valutazione (es.

numero di eventi di ricovero e di specialistica ambulatoriale nell'ultimo anno, ...). Tale valutazione insieme ai dati raccolti dalla visita medica, permette di stabilire l'idoneità del paziente all'arruolamento presso il Gestore specifico:

- a) Nel caso in cui il paziente non risulti idoneo, l'incaricato registra tale informazione nel proprio applicativo locale che si interfaccia con il dominio centrale per registrare la notifica di non idoneità. Il Gestore potrà anche proporre la modifica della classificazione associata all'assistito (tra le 62 identificate in DGR X/6164) o il livello di assistenza definito per il paziente. Il Gestore potrà quindi proporre una nuova classificazione e/o un nuovo livello di assistenza motivando tale variazione attraverso un set di motivazioni codificate, che ne costituiranno la giustificazione verso la commissione di valutazione di ATS e che potranno essere eventualmente corredate da documentazione a supporto. Sarà comunque l'ATS a confermare o meno la proposta di variazione suggerita dal Gestore. La commissione procederà alla riclassificazione del paziente e al conseguente reindirizzamento dello stesso. Di conseguenza, il processo riparte dalla fase di Selezione dei gestori idonei (paragrafo).
- b) Nel caso in cui il paziente risulti idoneo all'arruolamento presso il Gestore scelto, l'addetto può procedere con la conferma nel proprio applicativo locale. Successivamente alla conferma dell'arruolabilità, l'addetto del Gestore può procedere con la sottoscrizione del patto di cura, la definizione, l'archiviazione nel repository locale e la pubblicazione del PAI sui domini centrali. Il dominio centrale provvederà a generare un codice identificativo a conferma dell'avvenuta presa in carico del paziente da parte del Gestore. L'addetto si occuperà inoltre di raccogliere il consenso del paziente al fine di permettere la messa a disposizione delle informazioni necessarie al percorso di cura agli attori coinvolti in virtù della specifica tipologia di cronicità. Il MMG, qualora abbia scelto di non partecipare al modello di presa in carico, viene informato dell'avvenuto arruolamento del paziente presso il Gestore e potrà formulare il proprio parere rispetto al PAI definito dal Gestore sempre limitatamente alle prestazioni contenute nel set di riferimento. Il medico specialista può, motivando, non recepire le eventuali osservazioni fornite dal MMG. In questo caso il MMG ha la facoltà di segnalare all'ATS il disaccordo. Nel caso in cui il MMG abbia scelto di assumere il ruolo di co-gestore, redige il PAI e insieme al Gestore sottoscrive il patto di cura con il paziente. In questo ultimo scenario saranno definite per il MMG co-gestore opportune modalità di accesso alle funzionalità della piattaforma del Gestore.

Il patto di cura redatto tra paziente e Gestore ha una durata annuale, quindi sarà prevista la possibilità per il Gestore di aggiornare lo stato del paziente confermando il proseguimento della presa in carico, qualora il paziente decida di continuare il percorso di cura con lo stesso Gestore. Qualora invece, il paziente scelga di cambiare Gestore, l'addetto del Gestore dovrà registrare tale informazione sul proprio applicativo che si integrerà a livello centrale in modo tale da poter aggiornare lo stato del paziente rendendolo nuovamente disponibile all'arruolamento da parte del nuovo Gestore scelto. In tale situazione, il processo riparte dalla Scelta del Gestore (paragrafo).

È importante sottolineare che è solo il cittadino a poter dare l'avvio o a concludere il percorso di presa in carico, eventualmente facendo richiesta motivata all'ATS per la sostituzione del proprio Gestore.

A seguito dell'arruolamento e della firma del patto di cura da parte del paziente il Gestore procede alla redazione del Piano di Assistenza Individuale (PAI).

Il PAI è modellato sulle esigenze specifiche del singolo paziente cronico. Per ottenere le informazioni necessarie alla redazione del PAI l'operatore accede al proprio applicativo che interroga il dominio centrale al fine di rendere disponibili tali informazioni ed effettua una prima visita medica. Una volta redatto, il PAI viene pubblicato sul dominio centrale attraverso integrazione con il servizio centrale (Arruolamento/Programmazione) permettendone la visualizzazione al MMG e al paziente stesso.

Gestione pianificazione appuntamenti

La responsabilità della pianificazione degli appuntamenti per l'erogazione delle prestazioni previste dal PAI sarà di competenza del Gestore e sarà dunque supportata dagli applicativi locali che sono già integrati con la PRI (NPRI).

Attuazione percorso di cura

Il Gestore, a seguito dell'arruolamento del paziente, si occuperà della pianificazione e dell'attuazione del percorso di cura previsto dal PAI.

Monitoraggio e controllo

Le ATS svolgeranno funzioni di controllo della corretta attuazione del percorso di cura sfruttando le apposite funzioni di controllo e monitoraggio della coerenza tra le attività effettuate e quelle pianificate. La condivisione delle informazioni necessarie avverrà utilizzando e potenziando quanto già implementato nel Sistema Direzionale regionale e mediante l'analisi dei dati forniti dagli Enti Gestori mediante appositi flussi

Percorso di cura Customer Satisfaction

Dovranno essere rilevati i feedback relativi alla soddisfazione, al funzionamento e alla qualità percepita dei servizi erogati. La valutazione della Customer Satisfaction potrà avvenire, sia tramite un modulo apposito di Customer Satisfaction dei domini centrali sia tramite apposita funzione dell'applicativo locale dell'Ente integrato con i domini centrali in grado di raccogliere e conservare queste informazioni, e nel Fascicolo Sanitario Elettronico una sezione dedicata alla compilazione informatizzata dei questionari da parte dei pazienti.

Verifica obiettivi e remunerazione

L'ATS svolgerà dei controlli periodici per valutare il raggiungimento degli obiettivi prestabiliti in ambito economico e sociosanitario in linea alle normative regionali, nazionali ed europee.

Sarà compito dell'ATS la remunerazione dei Gestori. Tale remunerazione avverrà in linea con le tariffe prestabilite per le differenti tipologie di pazienti presi in carico e sfruttando i servizi messi a disposizione dal dominio centrale (Remunerazione).

Verifica obiettivi Regionali

Per la verifica del raggiungimento degli obiettivi regionali e, in una prima fase, degli effetti dei mutamenti messi in atto verranno utilizzati differenti tipi di indicatori:

- Indicatori descrittivi;
- Indicatori di risultato, ulteriormente suddivisibili in:
 - di esito;
 - economici;
- Indicatori di processo, ulteriormente suddivisibili in:
 - Appropriatelyzza
 - Efficacia
 - Efficienza;
- Indicatori di Customer Satisfaction.

Per svolgere tale attività Regione Lombardia potrà utilizzare funzionalità presenti sul Sistema Direzionale regionale ed effettuare azioni evolutive in ottica di miglioramento continuo.

Dominio Centrale (SISS)

Le componenti della Pri (NPRI) garantiranno le opportune integrazioni tra il livello regionale (i cosiddetti Domini Centrali) e il sistema informativo dei gestori di riferimento. Le principali integrazioni che il modello prevede, sono:

- Anagrafica regionale ed aziendale;
- Fascicolo Sanitario Elettronico, per garantire la pubblicazione e la consultazione in ambito SISS dei PAI, in particolare alle altre strutture erogatrici ed ai MMG, e l'interazione con il cittadino tramite FSE:
 - a) consentire ai singoli soggetti Gestori di pubblicare nel FSE il singolo PAI, tramite l'utilizzo di una web application in ASP o tramite interazione applicativa della soluzione applicativa aziendale di presa in carico con il FSE;
 - b) permettere all'assistito cronico di consultare il PAI, anche secondo una vista temporale, rispetto all'erogazione di quanto previsto nella programmazione assistenziale;
- Sistemi di prenotazione regionali ed aziendali per supportare la completa presa in carico delle persone in condizione di cronicità e fragilità per favorire la continuità e l'appropriatezza delle cure:
 - a) Sportello CUP aziendale tramite cui gli operatori possono effettuare la prenotazione di prestazioni interne all'ente di riferimento ;
 - b) ADT aziendale per la prenotazione di ricoveri;
- Servizi sanitari, sociosanitari, sociali (118, COCA, previdenziale, sociale, ...).

Le soluzioni Informatiche di gestione della presa in carico degli enti devono integrarsi con tutte le componenti regionali descritte e con tutte le componenti necessarie del sistema informativo aziendale dell'Ente.

Di seguito si riassumono i servizi offerti dal Dominio Centrale a supporto del processo di presa in carico sopra descritto:

Sistema Direzionale (algoritmi BDA per la Stratificazione)

- Anagrafe della Rete di Offerta
- Anagrafe dei cittadini
- Sistemi di valutazione
- Fascicolo Sanitario elettronico

- a) Consultazione FSE (WA cittadino e WA operatore)
- b) Gestione Consensi (SEB GCI)
- c) Gestione Nomine (SEB GAN)
- d) Pubblicazione PAI
- Gestionale della Presa in Carico
 - a) Archivio dei Percorsi di Presa in Carico
 - b) WS di Gestione Arruolamento (WS.SetStato, WS.GetStato)
 - c) Modulo di Remunerazione
 - d) Modulo di Arruolamento/Programmazione
 - e) Moduli SIDI, SOSIA etc..
- Modulo di Sincronizzazione di eventi ed informazioni sugli arruolati (SYNC)
- Sistema Direzionale Regionale.

Informazioni di dettaglio sull'utilizzo dei servizi possono essere recuperate dai documenti relativi agli scenari di integrazione, SIAA di Progetto e Guide Implementativa del Documento strutturato Piano Assistenziale Individuale.

Il presente elenco potrà essere rivisto in coerenza alla definizione di dettaglio dei processi di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili.

Piattaforma gestore

Per la gestione della presa in carico da parte delle ASST è stata individuata come elemento facilitante la Nuova Piattaforma Regionale di Integrazione, che evolve l'attuale piattaforma (PRI) ed è predisposta a fornire servizi a tutti gli Enti Sanitari connessi all'Extranet del SISS di Regione Lombardia.

Il supporto funzionale dedicato agli aderenti alla NPRI, in coerenza con quanto definito dalla norma, ha come obiettivi:

- garantire un accesso rapido e facilitato agli operatori sanitari coinvolti nel processo;
- offrire il supporto tecnologico consentendo la trasmissione dei dati clinici, dei dati funzionali e l'applicazione del protocollo decisionale;
- permettere la condivisione di tutte le informazioni relative al percorso;
- favorire la comunicazione tra i diversi utenti, quali erogatore, medici di medicina generale, medici specialisti, RSA, centri diurni, etc.;
- consentire il corretto tracciamento delle informazioni acquisite attraverso i contatti con i pazienti, gli eventuali altri enti erogatori sanitari e socio-sanitari.

ART. 1 - OGGETTO E DURATA DELLA FORNITURA

Oggetto della fornitura è la licenza d'uso a tempo indeterminato, per un numero illimitato di utenti, di un applicativo informatico per la gestione di tutte le attività della Centrale Operativa di Aziende, accreditate come Enti Gestori della presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili, alla luce delle previsioni contenute nella l.r. lombardia n. 23/2015.

Tale fornitura deve essere comprensiva

- della gestione Multi Ente, relativamente all'ambito territoriale della Vallecamonica, per supportare adeguatamente tutte le necessità organizzative di un territorio particolare come quello della Vallecamonica
- del servizio di assistenza e manutenzione per il primo anno dalla data del collaudo ed avvio in produzione. A partire dall'anno successivo al primo tale servizio verrà garantito a fronte di specifico contratto i cui costi devono essere esplicitati nella proposta economica
- di tutte le attività professionali necessarie alla messa in esercizio della soluzione

L'Azienda si riserva, in ogni momento, di aderire ad iniziative di sviluppo del supporto informatico di gestione della presa in carico promosse da Regione Lombardia, nel qual caso rimarranno in carico alla ditta aggiudicataria la gestione e il supporto, comprese le connesse attività professionali, dei moduli opzionali non forniti dalla soluzione resa disponibile da Regione Lombardia.

ART. 2 - RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

- L.R. Lombardia n. 23/2015
- Piano Nazionale della Cronicità
- D.G.R. Lombardia X/4662 del 23/12/2015 "Piano Regionale della cronicità e fragilità"
- D.G.R. Lombardia X/6164 del 30/01/2017 "Governo della domanda: avvio della presa in carico di

pazienti cronici e fragili – determinazioni in attuazione dell’art. 9 della L.R. n. 23/2015”

- D.G.R. Lombardia X/6551 del 04/05/2017 “Riordino della rete di offerta e di modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell’art. 9 della legge regionale 33/2009”
- Documentazione Tecnica: “Il supporto informatico al processo di gestione della presa in carico”

ART. 3 - CARATTERISTICHE DELLA SOLUZIONE APPLICATIVA

La soluzione dovrà essere costituita da componenti applicative e da funzionalità che permettano di gestire l’intera filiera del percorso di cura,

sia mettendo a disposizione funzionalità proprie e tipiche della nuova modalità assistenziale, integrandole con le componenti applicative ed infrastrutturali, e con tutte le loro evoluzioni presenti e future, fornite dai Domini Centrali del SISS e dalla Piattaforma Regionale

- Gestione dei Consensi
- Patto di Cura ed Arruolamento
- Comunicazione ed aggiornamento delle informazioni relative all’arruolamento dei pazienti cronici comunicate dai Gestori ai Domini Centrali (Idoneità, Non Idoneità, Arruolamento, Cambio di Gestore)
- Gestione valutazione multidimensionale del bisogno,
- Stesura del Progetto Individuale (PI),
- Strumenti per la definizione di modelli standard di PAI, derivati dalle best practices regionali CREG
- Stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI), anche partendo da modelli standard, e strumenti per la verifica della sua congruenza rispetto alle esigenze definite per il paziente
- Firma digitale del PAI e deposito su Piattaforma Regionale e/o su Domini Centrali sulla base delle specifiche regionali
- Prescrizione delle prestazioni, anche mediante l’integrazione con il Modulo Prescrittivo di Piattaforma
- Gestione degli appuntamenti
- Monitoraggio dell’erogazione del PAI,
- Gestione di un diario assistenziale
- Monitoraggio dell’assistito e presenza di allarmi in caso di mancato rispetto della sequenza di attività cliniche ed assistenziali
- Funzionalità evolute per la comunicazione tra gli attori/operatori del processo di gestione e per l’effettivo coinvolgimento informativo di tutti gli interlocutori presenti nel processo: PAI Manager, Clinical manager, Case manager, Care givers, Operatori del centro servizi, MMG
- Gestione della comunicazione con l’utente (Patient portal)
- Rendicontazione dei flussi di attività,
- Reportistica per l’Azienda, l’ATS e la Regione (se e come richiesto)
- Integrazione con tutti i servizi esposti dalla Piattaforma Regionale e dai Domini Centrali, nel rispetto delle specifiche tecniche pubblicate e mantenute aggiornate sul portale SISS di Regione Lombardia
- Sistema di misurazione della correlazione/appropriatezza clinica, farmacologica e organizzativa

sia integrandosi con le varie componenti applicative aziendali già esistenti in particolare:

- il CUP Aziendale, per la prenotazione di tutte le prestazioni definite dal PAI, secondo logiche di ottimizzazione del numero, dei tempi e dei modi di accesso del paziente alle strutture erogatrici

sia integrandosi con le cartelle cliniche dei MMG secondo una logica che, attualmente, può essere basata

- sullo scambio di files a tracciato concordato, per l’invio del PAI e per la ricezione delle ricette, generate dal MMG legate al PAI, (modalità attualmente implementata da alcune cartelle cliniche dei MMG più diffuse)
- su servizi esposti dalla soluzione e richiamabili dalle cartelle dei MMG che realizzino almeno lo scambio delle informazioni di cui al punto precedente

E’ richiesto altresì che l’applicativo sia predisposto (fatti salvi i relativi costi di integrazione), per l’integrazione o il collegamento con altri applicativi aziendali, quali ad esempio

- il DWH Aziendale
- la Cartella Clinica Ospedaliera,

- gli Applicativi Territoriali (ADI, Consultori),
- il gestionale del Pronto Soccorso.

Utilizzando, ove possibile, i servizi di integrazione offerti dalla Piattaforma Regionale

La soluzione fornita deve essere comprensiva

- di tutti i servizi di Installazione, Configurazione e Collaudo dell'applicativo, svolti in stretta collaborazione con il Servizio Sistemi Informativi dell'Azienda, e di tutte le attività di validazione richieste dalle strutture tecniche regionali e/o aziendali
- dei servizi di Assistenza e Manutenzione, anche correttiva, comprensivi degli adeguamenti normativi europei, nazionali, regionali e nel rispetto delle indicazioni tecniche emanate da R.L.

ART. 4 – SERVIZIO DI ASSISTENZA E MANUTENZIONE

ASSISTENZA

Il servizio consiste nel supporto telefonico da parte del personale del fornitore, effettuato mediante l'utilizzo della teleassistenza. Il servizio ha l'obiettivo di effettuare la diagnosi di eventuali malfunzionamenti, bloccanti e non, riscontrati nel normale utilizzo della soluzione applicativa.

Per malfunzionamento si intende un funzionamento non conforme a quanto specificato nella documentazione tecnica e funzionale del software applicativo fornito.

MANUTENZIONE

Il servizio consiste nella rimozione di malfunzionamenti, bloccanti e non, riscontrati nel normale utilizzo della soluzione applicativa. Le attività di Manutenzione comprendono

1. Manutenzione preventiva con verifiche periodiche (almeno mensili) dello stato dei sistemi HW e SW dedicati all'erogazione dei servizi applicativi forniti. Si richiede l'implementazione di concerto con i Sistemi Informativi, di sistemi di monitoraggio in tempo reale relativi allo stato dell'infrastruttura sia HW che SW, l'attivazione di sistemi di segnalazione autonomi almeno via mail o basati sull'infrastruttura dei Sistemi Informativi, qualora vengano riscontrate anomalie.
2. Manutenzione ordinaria, comprensiva della manutenzione correttiva con numero di chiamate illimitate e di tutte le attività necessarie all'adeguamento dei sistemi forniti alle variazioni normative nazionali e regionali.
3. Manutenzione Straordinaria ed Evolutiva: per tale tipologia di attività si richiede la quantificazione economica, a giornata, relativa alle varie figure professionali, sia per attività presso il cliente che per le attività da remoto. L'Azienda stabilirà un budget per la copertura delle possibili attività extra Manutenzione ordinaria. Tale attività viene effettuata solo su richiesta del Responsabile dei Sistemi Informativi dopo l'approvazione per accettazione di apposito preventivo

L'Azienda deve fornire, mensilmente, specifico rapporto relativo alle giornate erogate con indicazione dell'avvenuta fatturazione o successiva fatturazione.

SLA :

Tempo di presa in carico del problema in caso di guasto bloccante l'intera area Applicativa : entro 4 ore.

Tempo di presa in carico del problema in caso di anomalia o guasto non bloccante l'intera area Applicativa : entro 8 ore.

Sono da ritenersi inclusi nelle attività di manutenzione straordinaria anche eventi straordinari (uso improprio, danno accidentale, ecc.), ovvero non dovrà essere escluso alcun tipo di guasto derivante dall'utilizzo dell'infrastruttura applicativa sia HW che SW.

Il servizio di manutenzione deve coprire tutte le giornate lavorative dalle ore 8.00 alle ore 18.00, escluso il Sabato pomeriggio, la domenica ed i giorni festivi.

ART. 5 – GESTIONE DELLA SICUREZZA E DELLA PRIVACY

La soluzione applicativa deve implementare la gestione della sicurezza dei dati in modo conforme alla normativa sulla privacy attualmente in vigore ed adeguarsi prontamente a tutte sue evoluzioni.

Sui dati riservati e sui dati sensibili devono essere applicate le necessarie politiche di protezione e tutela in modo da garantire il pieno rispetto della normativa vigente.

Dovranno essere rispettati e garantiti i livelli necessari di sicurezza e privacy per la trasmissione di dati sensibili (utilizzo di

Mod./ASST

AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE DELLA VALCAMONICA

Sede legale: Breno (Bs) - Via Nissolina, 2 - tel. 0364.3291 - fax 0364.329310 - CF/P.IVA n.03775830981

protocolli ad hoc), in particolare dovranno essere soddisfatte le misure minime di sicurezza previste dal D.Lgs 196/03: Autenticazione degli operatori: l'accesso al sistema deve avvenire tramite un sistema di autenticazione degli operatori che consenta di stabilirne l'identità,

Accesso autorizzato alle funzioni operative: il sistema deve disporre di meccanismi che consentano un accesso autorizzato alle singole funzioni operative. Tali meccanismi devono consentire di stabilire, a livello di utente e/o di gruppo di utenti, i privilegi di cui gode e le funzioni utilizzabili. Gli stessi meccanismi devono inoltre consentire di stabilire le modalità di accesso ai dati disponibili, utilizzando ciascuna delle singole funzioni (creazione, modifica, eliminazione, semplice consultazione, etc.),

Riservatezza dei dati: il sistema deve garantire l'assoluta riservatezza dei dati, intendendosi per riservatezza la protezione contro accessi da parte di utenti non autorizzati. Ogni operazione sui dati deve essere subordinata all'autenticazione dell'operatore che esegue tale operazione e alla verifica della compatibilità dell'operazione con i privilegi assegnati all'utente.

E' richiesta altresì, per quanto di competenza, la piena conformità con gli standard di sicurezza di cui al Regolamento U.E. 2016/679 e alla Circolare AGID 18/04/17 n. 2/2017, contenente le misure minime di sicurezza ICT per la PA (G.U. n. 103 del 05.05.2017).

In collaborazione con il Servizio SIA dell'Azienda, il fornitore dovrà predisporre un ambiente completo di test, utilizzabile per verificare i nuovi rilasci software e tutte le integrazioni applicative prima dell'avvio in produzione.

In caso di problemi dovrà adeguare tempestivamente i propri sistemi di backup / restore, tenendo informato i responsabili della ASST.

Le password per l'accesso ai database server dovranno essere criptate (sugli application server e sui client).

Deve essere prevista un'integrazione LDAP con gestione dei ruoli per l'accesso all'applicativo da parte degli utenti.

ART. 6 - DOCUMENTAZIONE A SUPPORTO DEL SERVIZIO

DOCUMENTAZIONE DELL'ARCHITETTURA DELLA SOLUZIONE PROPOSTA

In accordo con il Servizio Sistemi Informativi dell'Azienda, deve essere prodotta e mantenuta costantemente aggiornata tutta la documentazione tecnica, di dettaglio e schematica, relativa alla Soluzione proposta.

Per architettura della soluzione si intende l'insieme delle componenti hardware e software che costituiscono la Soluzione.

Le informazioni minimali che dovranno essere descritte nella documentazione sono:

- componenti HW (anche virtuali) che realizzano il sistema e loro configurazione;
- componenti software che realizzano il sistema e loro configurazione
- compiti/funzioni che ogni componente svolge nel sistema;
- interazione tra le varie componenti.
- Versioni del firmware
- Versione dei Sistemi Operativi (configurazioni, password di sistema ...)
- Versioni delle componenti dei S.O. necessarie al funzionamento della soluzione
- Elenco e versione dei moduli software, non di Sistema, necessari al funzionamento della soluzione
- Istanze (nomi, configurazioni, utenti, password di sistema ...)
- Tutto quanto non espressamente indicato ma necessario al rispetto degli obblighi imposti dalle normative sulla Sicurezza e sulla Privacy (eventualmente da analizzare e concordare con il Servizio SIA dell'Azienda)

La documentazione deve consentire di monitorare e certificare la disponibilità ed il funzionamento di tutte le funzionalità richieste.

ART. 7 - CONTESTAZIONI E PENALITA' RELATIVE ALLA FORNITURA

A discrezione dell'Azienda, nel corso della vigenza contrattuale, sarà riscontrato, a seguito di apposita relazione semestrale sottoscritta dai responsabili interessati, il rispetto degli impegni tecnici, organizzativi qualitativi e funzionali assunti dalla ditta con l'accettazione del Capitolato Tecnico.

Il fornitore sarà tenuto, nei confronti dell'Azienda, al pagamento degli indennizzi, dei danni conseguenti e delle maggiori spese sostenute, nei seguenti casi:

- violazione degli obblighi contrattuali;
- sospensione o abbandono o mancata erogazione, anche in parte, di una o più delle funzionalità previste;

Le penalità riguardanti la liquidazione del danno per inadempimento sono così previste:

- In caso di servizio non conforme alle prescrizioni del Capitolato Tecnico, oppure non rispondente agli impegni assunti nell'offerta, la ditta, a proprie spese, dovrà attivarsi affinché, entro il termine perentorio assegnatole, sia eliminata la carenza riscontrata. Qualora ciò non avvenga, vi potrà provvedere l'Azienda, anche rivolgendosi al libero mercato ed addebitando all'Impresa l'eventuale maggiore spesa e gli altri oneri, anche di natura organizzativa.
- In caso di mancata immediata eliminazione della prima carenza contrattuale contestata, l'Azienda si riserva la facoltà di applicare una penalità che, calibrata sulla gravità dell'infrazione, sulle conseguenze che essa ha prodotto e sulle giustificazioni addotte, potrà raggiungere Euro 1.000,00 IVA esclusa.
- In caso di SUCCESSIVA inadempienza, a fronte di una PRIMA contestazione formale, l'Azienda ha diritto di risolvere il contratto (Clausola risolutiva espressa art. 1456 del Codice Civile).
- Allorché l'Azienda, a proprio insindacabile giudizio, decida di non risolvere il contratto, ogni contestazione formale eccedente la prima verrà sanzionata con una penalità che potrà raggiungere Euro 5.000,00 IVA esclusa.

Agli importi delle penali sopra indicati saranno aggiunti anche gli oneri derivanti da:

- maggiori spese per acquisizione del servizio sul libero mercato;
- oneri di natura organizzativa (es. giornate di degenza in più, risorse proprie utilizzate per far fronte all'inadempimento, ecc.);
- danni di immagine e di percezione all'esterno della qualità dei servizi forniti dall'Azienda;
- minori/mancati introiti.

Gli importi delle penali saranno recuperati al momento dell'emissione del mandato di pagamento delle fatture, fatta salva la possibilità di incamerare la cauzione definitiva.

L'Azienda ha facoltà di esercitare i diritti sopraindicati senza aver prima intimato o costituito in mora il fornitore e senza bisogno di pronuncia giudiziaria, benefici ai quali il fornitore rinuncia con la stessa presentazione dell'offerta.

Nel caso di risoluzione del contratto, l'Impresa non sarà ammessa a partecipare a gare per servizi analoghi per un quinquennio.

ART. 8: DISPOSIZIONI FINALI

Per quanto non espressamente previsto dal presente Capitolato Tecnico e dai suoi allegati, si rinvia a quanto previsto dalla Lettera di Invito e suoi allegati, dal Codice Civile, dal D.Lgs. n. 50/2016, e da tutte le altre norme comunitarie, statali e regionali che comunque abbiano attinenza con l'appalto in oggetto, siano esse in vigore all'atto dell'offerta, siano esse emanate nel corso dell'esecuzione del contratto.

SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI

Il Responsabile
Dott. Francesco Romellini

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del testo unico DPR 28 dicembre 2000, n.445, del D.Lgs. 7 marzo 2008, n.82 e norme collegate.