

DEMO FUNZIONALE

Viene descritta di seguito l'organizzazione della demo funzionale relativa alla soluzione offerta (elementi di valutazione V3, V4, V5, V6), volta a verificare i requisiti tecnologici (art. 3 del Capitolato Tecnico), la gestione delle modifiche, la storicizzazione dei dati (versioning) e le modalità di implementazione delle funzionalità trasversali (art. 12 del Capitolato Tecnico), oltre alle modalità realizzative adottate dal Concorrente per rispondere ai requisiti del Capitolato Tecnico.

La demo sarà condotta dal proponente sulla base degli scenari (e dei rispettivi tasks) individuati per ogni percorso assistenziale di seguito elencato; tutte le attività dovranno essere effettuate nell'arco di una giornata lavorativa (9.30-13.30; 14.30-18.30).

Nell'ambito degli scenari sotto riportati verranno valutate in modo positivo dimostrazioni e illustrazioni di soluzioni operative e utilizzate in altre realtà rispetto a soluzioni prototipali (applicativi già sviluppati ed in fase di test). Non è ammesso l'utilizzo di mockup.

Percorso Prenotazione, Accettazione e Riscossione (elemento di valutazione V4)

Durata 2 ore

Scenario 1: configurazione e gestione agende da parte del CUP Manager

1. Creazione agenda SSN - branca radiologia

1. Creazione Struttura Erogante UOC Radiologia 1 , all'interno dell'Ospedale "Garasio" (con relativi legami ai centri di costo, codifica STS, flussi etc.);
2. Inserimento Prestazioni (CVP): RX Torace, TAC Addome completo (primo accesso e controllo);
3. Definizione Slot con relativa prioritarizzazione (primi accessi);
4. Definizione Slot per prestazioni di controllo;

2. Definizione Calendario di Prenotazione

5. Definizione di sedute differenziate tra prima prestazione (tre classi di priorità) e controllo, sulla base di giorni predefiniti a settimane alterne, con orari differenziati e riclassificazione delle priorità degli slot non utilizzati secondo regole autonomamente configurabili;
6. gestione dello sviluppo dei calendari con la possibilità di escludere festività infrasettimanali (ad es. Santo Patrono);
7. gestione del tempo di preparazione con particolare riferimento alla prenotazione di più prestazioni nell'ambito dello stesso accesso;
8. gestione della diminuzione dell'offerta in un determinato periodo e ripetitività negli anni (ad es. 50% , bimestre luglio-agosto nel prossimo triennio);
9. associazione di una eventuale seduta straordinaria all'agenda in caso di aperture serali / festive /altro;
10. per alcune prestazioni prevedere l'associazione ad un modulo di preparazione stampabile in aggiunta al promemoria di prenotazione (es. consenso informato per TAC Addome con MDC);

11. le prestazioni traccianti prenotabili nelle sedute prioritarizzate devono essere fruibili solo ad utenti appartenenti ad una certa ULSS/area distrettuale;
12. gestione dei filtri di prenotabilità per sesso e per età;
13. gestione dei permessi di prenotabilità ed eventuali forzature in base alla tipologia di utilizzatore e gruppo di appartenenza.

3. Attivazione e gestione liste di galleggiamento

14. Per le prestazioni TAC Addome, sia per i primi accessi che per i controlli, inserimento degli appuntamenti nello specifico ambiente "liste di galleggiamento";
15. presentazione delle funzionalità relative al cruscotto "liste di galleggiamento";
16. simulazione di allocazione della lista di galleggiamento relativamente al singolo episodio e/o massivo con evidenza della tracciabilità delle operazioni svolte.

5. Altre funzionalità

17. simulazione di gestione di un cruscotto relativo alla offerta;
18. simulazione di gestione di un cruscotto relativo all'erogato.

Scenario 2: prenotazione

1. simulazione di una prenotazione (primi accessi prioritarizzati) e delle stesse prestazioni di controllo;
2. stampa promemoria di prenotazione con eventuali note di preparazione all'esame e modulistica associata;
3. simulazione di due spostamenti di prenotazione (uno entro il termine massimo definito, l'altro fuori termine con indicazione della causale di spostamento);
4. simulazione di spostamento di una prenotazione per la quale era già avvenuto il pagamento del ticket;
5. simulazione di cancellazione / annullamento / spostamento prenotazione (con evidenza del cambio stato) e relativa stampa di promemoria;
6. visione della tracciabilità dei dati in seguito alle operazioni sopraelencate;
7. visualizzazione piani di lavoro a video e su supporto cartaceo.

Scenario 3: assistito della Regione del Veneto, non esente

1. presa in carico di almeno due impegnative dematerializzate;
2. prenotazione delle prestazioni nell'arco della stessa giornata;
3. calcolo del ticket, complessivo di massimale e quota ricetta a 10€;
4. generazione del promemoria di prenotazione e pagamento.

Scenario 4: assistito delle Regione del Veneto, esente per alcune prestazioni

1. presa in carico di almeno due impegnative dematerializzate;
2. prenotazione delle prestazioni nell'arco della stessa giornata;
3. calcolo del ticket, complessivo di massimale e quota ricetta a 10€;
4. generazione del promemoria di prenotazione e pagamento.

Scenario 5: accettazione e prenotazione branca Laboratorio

1. gestione accettazione diretta di prestazioni prescritte su più impegnative dema (con caricamento automatico del prelievo venoso);
2. gestione prenotazione di prestazioni prescritte su più impegnative dema;
3. gestione prenotazione prestazioni ripetute (ad es. TAO);
4. gestione prestazione aggiuntiva (es. antibiogramma) e relativo ticket;
5. creazione dell'impegnativa per la prestazione aggiuntiva (test locale senza integrazione con servizi regionali);
6. stampa etichette;
7. stampa del promemoria di pagamento (con calcolo del ticket).

Scenario 6: prenotazione di una prestazione non prenotabile entro i tempi di attesa previsti

1. presa in carico della richiesta;
2. inserimento in lista di galleggiamento;
3. gestione dei diversi stati della lista di galleggiamento;
4. prenotazione della prestazione.

Configurabilità del sistema:

1. modifica del template del promemoria di prenotazione;
2. modifica del template della ricevuta di pagamento/fattura;
3. aggiunta di un campo (testo, numero, calcolato) in diversi contesti del percorso e modifica del template della documentazione a seguito di tale aggiunta, con verifica della modalità di gestione di tale campo a livello di database;
4. configurazione di alert/avvisi in base a informazioni definite;
5. modifica del contenuto e dei dati di un menù (tendina, check-box, etc.);
6. creazione di una nuova scheda raccolta dati (con varie tipologie di campi) e creazione relativo template di stampa, con verifica della modalità di gestione di tali campi a livello di database;
7. configurazione e gestione di "preferiti" (prestazioni, pacchetti multibranca di prestazioni, etc.);
8. gestione di eventuali default/predefiniti in base alla tipologia di utilizzatore o U.O di appartenenza dello stesso.

Percorso di Emergenza e Urgenza (elemento di valutazione V5)

Durata 2 ore

Scenario 1: accesso di un assistito al Pronto Soccorso (codice giallo)

1. Triage;
2. presa in carico dell'assistito da parte dell'infermiere;
3. gestione clinica dell'assistito (schede, protocolli, ricognizione e riconciliazione, farmacoterapia, etc.);
4. rivalutazione da parte dell'infermiere;
5. presa in carico dell'assistito da parte del medico;
6. gestione clinica dell'assistito (anamnesi, esame obiettivo, ricognizione e riconciliazione, farmacoterapia, etc.);
7. richiesta esami di laboratorio e notifica/ritorno risultati;
8. richiesta esami di radiologia e notifica/ ritorno referto;
9. richiesta di consulenza (ad es. ortopedica) e notifica/ritorno referto;
10. gestione OBI;

11. gestione documentazione a supporto (ad es. autorità giudiziaria, INAIL, etc.);
12. chiusura dell'episodio e firma digitale del verbale con esito di ricovero.

Scenario 2: accesso di un assistito in età pediatrica (<14 anni) al Pronto Soccorso (codice verde)

1. triage;
2. presa in carico dell'assistito da parte del medico;
3. gestione clinica dell'assistito (anamnesi, esame obiettivo, ricognizione e riconciliazione, farmacoterapia, etc.);
4. richiesta di consulenza alla Pediatria;
5. aggiunta di prestazioni da parte dello specialista di Pediatria;
6. ritorno in PS;
7. chiusura dell'episodio con cambio del codice colore (bianco), firma digitale del verbale e stampa promemoria di pagamento.

Scenario 3: accesso di un assistito al Pronto Soccorso (fast-track oculistico)

1. triage;
2. attivazione fast-track;
3. gestione clinica dell'assistito da parte dell'oculista;
4. chiusura dell'episodio, firma digitale del verbale e stampa promemoria di pagamento.

Configurabilità del sistema:

1. modifica del template del foglio triage;
2. modifica dell'algoritmo di calcolo del codice colore;
3. aggiunta di un campo (testo, numero, calcolato) in diversi contesti del percorso e modifica del template della documentazione a seguito di tale aggiunta, con verifica della modalità di gestione di tale campo a livello di database;
4. configurazione di alert/avvisi in base a parametri e scale definite;
5. modifica template verbale di PS;
6. modifica del contenuto e dei dati di un menù (tendina, check-box, etc.);
7. creazione di una nuova scheda raccolta dati (con varie tipologie di campi) e creazione relativo template di stampa, con verifica della modalità di gestione di tali campi a livello di database;
8. configurazione di protocolli;
9. configurazione e gestione di "preferiti" (prestazioni, pacchetti multibranca di prestazioni, farmaci, etc.);
10. gestione di eventuali default/predefiniti in base alla tipologia di operatore o sua U.O di appartenenza (ad es. nel caso di utilizzo da parte di altri specialisti - fast track e OBI).

Percorso di ricovero (elemento di valutazione V6)

Durata 2 ore

Scenario 1: preospedalizzazione e ricovero di un assistito (6 anni) in lista di attesa (area chirurgica).

1. gestione del prericovero a partire dalle liste di attesa;
2. gestione clinica dell'assistito (ricognizione e riconciliazione, anamnesi, esame obiettivo, etc.);
3. richiesta esami di laboratorio e notifica/ritorno risultati;
4. richiesta esami di radiologia e notifica/ritorno referto;

5. richiesta di consulenza (ad es. cardiologica) e notifica/ritorno referto;
6. richiesta di consulenza anestesiologicala, creazione della relativa cartella e attribuzione dell'idoneità all'intervento;
7. ricovero in U.O., con appoggio in Pediatria;
8. gestione clinica dell'assistito (anamnesi, esame obiettivo, farmacoterapia, richiesta prestazioni, trasporti, etc.);
9. gestione dell'intervento chirurgico (consenso informato, check list operatorie, verbale operatorio, etc.);
10. monitoraggio dei tempi operatori;
11. trasferimento in Terapia Intensiva Pediatrica (con produzione della lettera di trasferimento);
12. gestione clinica dell'assistito in Terapia Intensiva Pediatrica;
13. dimissione e produzione della lettera di dimissione;
14. prescrizione controlli post ricovero (entro i 30 gg) e successivi, con produzione delle relative impegnative.

Scenario 2: infermiere che deve svolgere le proprie attività nell'area assistenziale omogenea di competenza, che comprende due UU.OO (ad es. Chirurgia e ORL)

1. consultazione home page di U.O./sotto-articolazione;
2. esecuzione attività a partire dal piano di lavoro;
3. pianificazione di nuove attività a partire da scale e protocolli;
4. compilazione della scheda di Barthel e/o eventuali altre schede di valutazione;
5. visualizzazione e gestione di avvisi ed alert;
6. pianificazione attività verso altri operatori (ad es.OSS);
7. passaggio di consegne.

Scenario 3: gestione e programmazione delle sale

1. configurazione delle liste di attesa;
2. configurazione nuovo calendario sala operatoria;
3. proposta automatica di una lista operatoria (da più liste di attesa popolate con dati di test);
4. modifica della lista operatoria proposta;
5. validazione della lista operatoria.

Configurabilità del sistema:

1. modifica frontespizio SDO;
2. aggiunta di un campo (testo, numero, calcolato) in diversi contesti del percorso e modifica del template della documentazione a seguito di tale aggiunta, con verifica della modalità di gestione di tale campo a livello di database;
3. modifica dell'algoritmo di calcolo legato alle priorità per le liste di attesa;
4. configurazione di alert/avvisi in base a parametri definiti;
5. modifica template della lettera di dimissione;
6. modifica template del verbale operatorio;
7. modifica del contenuto di un menù (tendina, check-box, etc.);
8. creazione di una nuova scheda raccolta dati (con varie tipologie di campi) e creazione del relativo template di stampa), con verifica della modalità di gestione di tali campi a livello di database;
9. configurazione e gestione di "preferiti" (prestazioni, pacchetti multibranca di prestazioni, farmaci, etc.);

10. gestione di eventuali default/predefiniti in base alla tipologia di utilizzatore o U.O di appartenenza dello stesso.

Percorso Ambulatoriale (elemento di valutazione V7)

Durata 2 ore

Scenario 1: assistito con prenotazione in regime ambulatoriale

1. accettazione da lista di lavoro di un assistito;
2. gestione esecuzione prestazioni;
3. aggiunta di una prestazione;
4. creazione dell'impegnativa per la prestazione aggiuntiva (test locale senza integrazione con servizi regionali);
5. presa in carico ed esecuzione della prestazione;
6. stesura del referto sia con sezione dati strutturati che con parte testuale.

Scenario 1.1

- a. inserimento dell'assistito in lista di attesa per intervento chirurgico in regime di ricovero ordinario (con rilascio della data dell'intervento);
- b. prenotazione di prestazioni e accertamenti per il prericovero;
- c. firma digitale, stampa del referto e del documento relativo all'inserimento in lista di attesa.

Scenario 1.2

- a. firma digitale e stampa del referto;
- b. creazione dell'impegnativa secondo protocolli predefiniti (con prestazioni di specialistica e farmaci) e relative prenotazioni (test locale senza integrazione con servizi regionali);
- c. stampa del promemoria di prenotazione.

Scenario 2: gestione e refertazione di una richiesta di consulenza all'U.O. Neurologia (regime interni e assistiti da PS):

1. ricezione della richiesta di consulenza all'interno della lista di lavoro del medico (esterni, interni, PS);
2. assegnazione data e ora di effettuazione della consulenza (e ritorno dell'informazione all'U.O. di ricovero/PS);
3. accettazione da lista di lavoro di un assistito;
4. gestione esecuzione prestazioni;
5. consultazione dei dati a supporto della presa in carico dell'assistito (dati relativi alla cartella clinica di ricovero e/o di emergenza/urgenza);
6. aggiunta di una prestazione (e relativa esecuzione);
7. stesura del referto con sezioni dati, sia strutturati che testuali;
8. firma digitale del referto;
9. consultazione del referto e degli eventuali dati strutturati nell'ambito dell'episodio di PS/ricovero.

Scenario 3: gestione di un assistito con episodio di Day Service (regime ambulatoriale)

1. accettazione e presa in carico dell'assistito da lista di lavoro;
2. aggiunta di una prestazione;
3. creazione dell'impegnativa per la prestazione aggiuntiva (test locale senza integrazione con servizi regionali);

4. gestione clinica dell'assistito (anamnesi, esame obiettivo, schede, protocolli, ricognizione e riconciliazione, farmacoterapia, etc.);
5. stesura del/i referto/i, sia con sezione dati strutturati che con parte testuale.

Configurabilità del sistema:

1. creazione del template di refertazione (con varie tipologie di campi/contenuti) e del relativo referto attraverso le diverse fasi di gestione dei campi a livello di database, messa in produzione;
2. modifica template referto;
3. aggiunta di un campo (testo, numero, calcolato) in diversi contesti del percorso e modifica del template della documentazione a seguito di tale aggiunta;
4. configurazione di alert/avvisi in base a parametri definiti;
5. modifica del contenuto di un menù (tendina, check-box, etc.);
6. configurazione e gestione di "preferiti" (prestazioni, pacchetti multibranca di prestazioni, farmaci, etc.);
7. gestione di eventuali default/predefiniti in base alla tipologia di operatore e dell'U.O di appartenenza.