

Modalità di attuazione

a) Valutazione del bisogno (a seconda della complessità dei pazienti)

Nella valutazione del bisogno verrà coinvolta un'equipe medica multi professionale e i medici di medicina generale. L'equipe medica sarà composta dagli specialisti interni alla struttura, che afferiscono alle specialità di seguito elencate: cardiologia, chirurgia generale, fisiatria, gastroenterologia, geriatria, ginecologia, neurologia, oculistica, odontostomatologia, otorinolaringoiatria, urologia, chirurgia vascolare, dermatologia, endocrinologia, ortopedia, pneumologia e podologia.

Al fine di giungere ad un inquadramento complessivo dell'assistito verranno utilizzati strumenti e scale modulari che andranno a comporre il processo di valutazione.

Le attività legate alla valutazione del bisogno dell'assistito sono state strutturate seguendo un processo modulare che diventa più raffinato in relazione al crescere dei bisogni del paziente: tanto più aumenta il livello di complessità (livelli 1-2-3 della stratificazione regionale), legato anche alla compresenza di elementi di fragilità socio assistenziale e socio sanitaria, tanto più aumentano degli strumenti utilizzati per la rilevazione del bisogno.

I moduli di valutazione si possono distinguere in:

- **Valutazione patologie:** possibilità di convalidare le patologie assegnate all'assistito da Regione, oppure modificare, togliendo o aggiungendo ulteriori patologie rispetto alla classificazione iniziale.
- **Valutazione multidimensionale:** possibilità di somministrare scale su diverse discipline e dimensioni. La valutazione multidimensionale del bisogno (VMD) verrà effettuata dal

Clinical manager (specialista interno alla struttura oppure MMG co-gestore se presente) coadiuvato, secondo le necessità, dal **Case manager** e da una risorsa con **competenza psicologica/educatore**, su pazienti a cui è associata una

condizione di fragilità sociale o/e socio-assistenziale che necessita di forte integrazione del percorso di presa in carico tra area sanitaria, socio-sanitaria, sociale e psicologica indipendentemente dal livello di stratificazione assegnato da Regione.

Area scala	Tipo scala
MEDICA	SOFA
	MUST
	CONLEY
	GCS
	IIA
INFERMIERISTICA	BAI
	BRADEN
	BARTHEL
	LDP
	VAS
TUTELARE	ANAMNESI
	CAVO ORALE
SOCIALE	IADL
	GEFI
	RSS
RIABILITATIVA	MRC
	ASHWORTH
	BORG
DIETETICA	ANAMNESI
	VALUTAZIONI
PSICOLOGICA	ANAMNESI
	VALUTAZIONI
EDUCATIVA	ANAMNESI
	VALUTAZIONE ANIMATIVA
	VALUTAZIONE MUSICOTERAPICA
	VALUTAZIONI

Le scale legate alla valutazione multidimensionale potranno essere utilizzate a pacchetto, secondo la complessità del caso.

b) Definizione del PAI e gestione clinica

Il **PAI** è un documento di programmazione delle attività di monitoraggio dello stato di salute del paziente ed è personalizzato sulle esigenze specifiche del singolo; sarà redatto dal Clinical Manager dopo la fase di valutazione dell'assistito.

Il Clinical Manager, specialista interno alla struttura o medico in Co-Gestione, verrà facilitato nella redazione del PAI dall'applicativo che procede all'associazione di PDT e pacchetti di prestazioni (anche a carattere di prevenzione), precedentemente predisposti e definiti in base ai seguenti elementi di valutazione:

- Linee guida società scientifiche;
- Pratica clinica (Evidence Based Medicine);
- Analisi set di riferimento e delle prestazioni attese;
- Libreria PDT.

Tale associazione viene garantita accoppiando elementi di valutazione di diversa natura: anagrafici (età, sesso, ecc.), patologie classificate (da stratificazione regionale) e di valutazione (scale somministrate) con i PDT ed altri elementi prestazionali predefiniti. Da questo merge viene generata una "proposta di PAI" che funge da base di partenza per la personalizzazione successiva.

Il PAI verrà predisposto e aggiornato ad ogni variazione funzionale dal Clinical Manager, responsabile della presa in carico, e diverrà, a seguito della sua pubblicazione, uno strumento operativo e condiviso dai vari attori: case manager, centro servizi ed altri operatori per consentire un **passaggio logico tra l'area della programmazione (PAI) e l'area gestionale.**

Il **modulo gestionale di presa in carico** è la soluzione interattiva che garantisce le integrazioni necessarie al fine di permettere la messa in atto delle attività essenziali per la presa in carico (es. anagrafica regionale ed aziendale, sistemi di prenotazione, servizi sanitari e sociosanitari) e garantisce quindi **l'effettiva attuazione di quanto previsto nel PAI e il monitoraggio.**

Il software consente il colloquio condiviso tra i nodi della rete e supporta:

- L'inserimento liste e arruolamento del paziente nel percorso di presa in carico
- La definizione del patto di cura, con contestuale consenso all'alimentazione del FSE
- La stesura ed aggiornamento del Piano Assistenziale Individuale (PAI) attinto da una libreria già definita di PDTA/PAI

- Gli strumenti di monitoraggio del PAI : valutazione, aderenza del paziente, coerenza con set minimo
- Il monitoraggio e controllo dei flussi informativi
- L'interfaccia con sistema di prenotazione dei vari Erogatori di filiera
- L'integrazione con gli applicativi dei Medici di Medicina Generale
- L'integrazione con FSE (secondo i metodi resi disponibili da Lombardia Informatica)
- L'interfaccia con Anagrafica Regionale (secondo i metodi resi disponibili da Lombardia Informatica)
- L'interfaccia con i sistemi di refertazione aziendali
- L'interfaccia con eventuali sistemi di telemedicina attivati

c) Case management

Per il ruolo di Case Manager sono stati individuati infermieri professionali di comprovata esperienza ed operatori con profili professionali di diversa estrazione (es. educatore/psicologo) al fine di assicurare l'omogenea copertura delle diverse esigenze degli assistiti, che fungeranno da interfaccia con il paziente e costituiranno un riferimento stabile per l'assistito e per i suoi caregiver. Verrà scelta per l'assistenza al paziente la figura professionale più idonea in funzione della classificazione e delle esigenze socio assistenziali.

I profili sanitari/infermieristici sono stati selezionati tra risorse, con rapporto di dipendenza o di collaborazione, che da tempo operano sul territorio di riferimento del gestore; ciò è garanzia di una conoscenza diretta dell'assistito e del suo nucleo familiare ed assicura anche una profonda ed attuale cognizione sulle dinamiche e sull'offerta territoriale.

Il Clinical manager, responsabile della redazione del PAI, potrà individuare anche il case manager che coordinerà e si occuperà dell'armonizzazione di tutti gli interventi socio-sanitari da attuare per la presa in carico del paziente.

Il Case Manager sarà anche il punto di raccordo tra il percorso clinico e il percorso assistenziale al fine di migliorare la presa in carico, garantendo la continuità del percorso e l'armonia degli interventi, soprattutto per quei PAI che registrano la presenza di prestazioni fornite da molteplici erogatori e diverse figure.

Alcuni compiti del case manager (esemplificativi, non esaustivi):

- Partecipazione alla VMD per la valutazione del bisogno dell'assistito
- Pianificazione degli interventi, monitoraggio e verifica dell'effettiva esecuzione delle prestazioni del PAI
- Segnalazione al Clinical manager, in collaborazione con le figure amministrative presenti nel Centro servizi, in caso di scarsa compliance al percorso clinico
- Follow-up infermieristico tramite contatti telefonici prestabiliti con i pazienti secondo il livello di gravità e dei set di riferimento della patologia
- Rilevazione outcome clinico (PA, glicemia, ecc)

d) Garanzia delle funzioni di assistenza al percorso di accompagnamento e alla presa in carico (per es. prenotazione di prestazioni previste nel PAI, contatto telefonico, ecc.) (qualora ci si avvalga di soggetti terzi, questi ultimi devono essere in possesso dei relativi requisiti)

Il candidato gestore si impegna a garantire le funzioni di assistenza tramite figure di case management e figure amministrative; insieme tali operatori vanno a comporre la centrale operativa e presidiano la funzione di prenotazione, prevalentemente presso le strutture in filiera, e assicurano i contatti telefonici per garantire il rispetto della programmazione del PAI. Le figure sono supportate e collegate tramite una soluzione applicativa, in avalimento, che consente la gestione integrata di:

- Prestazioni sanitarie e sociosanitarie
- Gestione della collaborazione professionale tra specialisti e MMG, in particolare riferita a pazienti con presenza di co-morbilità. La collaborazione verrà garantita sia nella fase iniziale di predisposizione del PAI che durante il percorso di cura, come first opinion specialistica a supporto di singoli casi clinici

- Agenda sanitaria: contatto telefonico proattivo finalizzato alla definizione delle prenotazioni e alla loro conferma. Per facilitare le operazioni di prenotazione, verranno predisposte delle agende dedicate degli erogatori di filiera che verranno integrate con l'applicativo utilizzato dal Gestore per la gestione della presa in carico.
- Follow-up infermieristico tramite contatti telefonici prestabiliti con i pazienti secondo il livello di gravità e dei set di riferimento della patologia

La centrale operativa potrà essere garantita attraverso risorse interne all'ente supportate anche da risorse in avvalimento per garantire la scalabilità dei sistemi e un corretto rapporto operatore/assistito. Sarà dotata di profili amministrativi altamente qualificati e formati sui processi e sull'applicativo.

Il gestore si doterà di numero di telefono dedicato per il sostegno al percorso di accompagnamento della presa in carico e per i successivi contatti relativi alle prenotazioni previste dal PAI.

e) Garanzia del set di riferimento per la presa in carico del paziente

La realizzazione dei set di riferimento per la presa in carico dei pazienti cronici è garantita tramite accordi/convenzioni stipulate con diverse strutture erogatrici pubbliche o private, accreditate o a contratto, del territorio. Come precedentemente indicato nella domanda di accreditamento ad Ente gestore alcune prestazioni presenti nei set di riferimento verranno assicurate in proprio, cioè direttamente, altre invece verranno garantite mediante la sottoscrizione di contratti di convenzionamento con soggetti terzi:

- ASST Rhodense, per prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero e cura come da scrittura privata sottoscritta in data 25.07.2017.
- Geode Società Coop.Va Sociale Onlus, per prestazioni socio_sanitarie (RSD) come da scrittura privata sottoscritta in data 25.07.2017.
- Bionalisi SPA, per prestazioni ematochimiche ed esami di laboratorio come da scrittura privata sottoscritta in data 25.07.2017.

Come enunciato nella DGR X/7038/2017 ci riserviamo la possibilità di integrare ed ampliare la nostra filiera erogativa sulla base del numero dei pazienti arruolati e

della loro complessità clinica, al fine di assicurare ai pazienti cronici una rete di offerta completa ed efficiente.

Alcune prestazioni presenti nei set di riferimento potranno essere eseguite in telemedicina, direttamente quindi presso gli studi dei MMG co-gestori o presso l'abitazione del paziente.

Al fine di garantire la governance il sistema informativo supporta:

- L'attività di monitoraggio clinico: aderenza del paziente al piano di cura, coerenza con set minimo previsto per patologia etc
- La verifica delle attività espletate per la conoscenza di reazioni avverse
- La predisposizione ed elaborazione di flussi informativi ai fini di rendicontazione interna e regionale

f) Completezza della filiera erogativa per i livelli e le aree di patologia per cui il gestore si candida

Viene garantita la completezza della filiera tramite il coordinamento da parte del clinical manager (specialista o MMG co-gestore) e del case manager, che fungono da raccordo di tutti i nodi della rete interessati nella presa in carico del paziente, al fine di garantire l'integrazione dei percorsi assistenziali in relazione ai bisogni individuali rilevati.