

Indice

1. PREMESSA	2
2. SCOPO	2
3. SIGLARIO	2
4. CAMPO DI APPLICAZIONE	2
5. DIAGRAMMA DI FLUSSO: MODALITÀ DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO E/O FRAGILE	3
6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' E RESPONSABILITA'	4
6.1 Criteri clinici di accesso	4
6.2 Descrizione delle attività	4
6.3 Modalità di definizione del PAI e descrizione del processo	4
6.4 Gli strumenti informativi	5
6.5 Le modalità di prenotazione delle prestazioni previste nel PAI	5
6.6 Modalità di contatto del paziente	5
7. RIFERIMENTI	7

Rev	Data	Modifica	Preparato	Verificato	Approvato
0	05/06/2018	1° emissione	GdM Centro Servizi	RQA Dr. Enrico Burato	Responsabile Centro Servizi Dr.ssa Antonella Taragnani
1	27/08/2018	Inserita diagramma di flusso Presa in carico del paziente cronico e/o fragile	Inf. Gioconda Siturni	RQA Dr. Enrico Burato	Responsabile Centro Servizi Dr.ssa Antonella Taragnani
2	06/12/2021	Adeguamento Organizzativo	Responsabile Dr.ssa Mariani Elena Resp. Infermieristico Faroni Sara	RQA Dr. Enrico Burato	Direttore Socio Sanitario Dr. Renzo Boscaini
3	22/12/2023	1. Premessa; 2. Scopo; 3. Siglario; 5. Diagramma di flusso: modalità di presa in carico del paziente cronico e/o fragile; 6.2 Descrizione delle attività; 6.3 Modalità di definizione del PAI e descrizione del processo; 7. Riferimenti	Responsabile Distretto Mantovano Dr.ssa Angela Bellani	RQA Dr. Enrico Burato	Direttore Socio Sanitario Dr. Renzo Boscaini

1. PREMESSA

La presa in carico del paziente affetto da una o più patologie croniche nella sua complessità clinica e assistenziale afferisce, nel nuovo assetto territoriale, alla COT (Centrale Operativa Territoriale) del Distretto mantovano, che a sua volta dipende dalla Direzione sociosanitaria.

Il Centro Servizi, ora integrato nella COT ha costanti rapporti all'interno dell'ASST con i Dipartimenti a valenza sanitaria, con le Cure Primarie e con la Struttura Gestione Amministrativa dei Servizi Socio Sanitari, che garantisce il percorso amministrativo di supporto.

L'ASST di Mantova è gestore capofila degli erogatori del territorio per la presa in carico dei pazienti cronici e fragili, mettendo loro a disposizione il proprio Centro Servizi e garantisce le prestazioni sanitarie previste nei set di riferimento delle 65 patologie croniche.

Al fine di soddisfare i requisiti di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni e di prossimità al cittadino, sono individuati specifici ambulatori collocati presso la rete dei poliambulatori extra ospedalieri, presenti nel territorio provinciale di ASST, nelle Case di Comunità nonché negli spazi occupati dai MMG/PdF.

2. SCOPO

Il presente documento ha lo scopo di descrivere le modalità organizzative e le relative responsabilità della struttura di Centro Servizi (cfr. DGR N. X/4662 del 23/12/2015 e successiva DGR N.6740DL 25/07/2022).

Il Centro Servizi, nell'ambito della COT è preposto al reclutamento proattivo e alla gestione dei pazienti affetti da patologie croniche, alla prenotazione delle prestazioni dell'attività specialistica ambulatoriale e al monitoraggio dei pazienti affetti da patologia cronica.

Supporta la gestione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie previste dal PAI (Piano Assistenziale Individuale), strumento clinico-assistenziale o documento di sintesi del programma annuale di diagnosi e cura che permette di garantire la corretta gestione del paziente. Il PAI è redatto dal MMG/PdF o dal Medico Specialista (Clinical Manager) referente e responsabile della presa in carico.

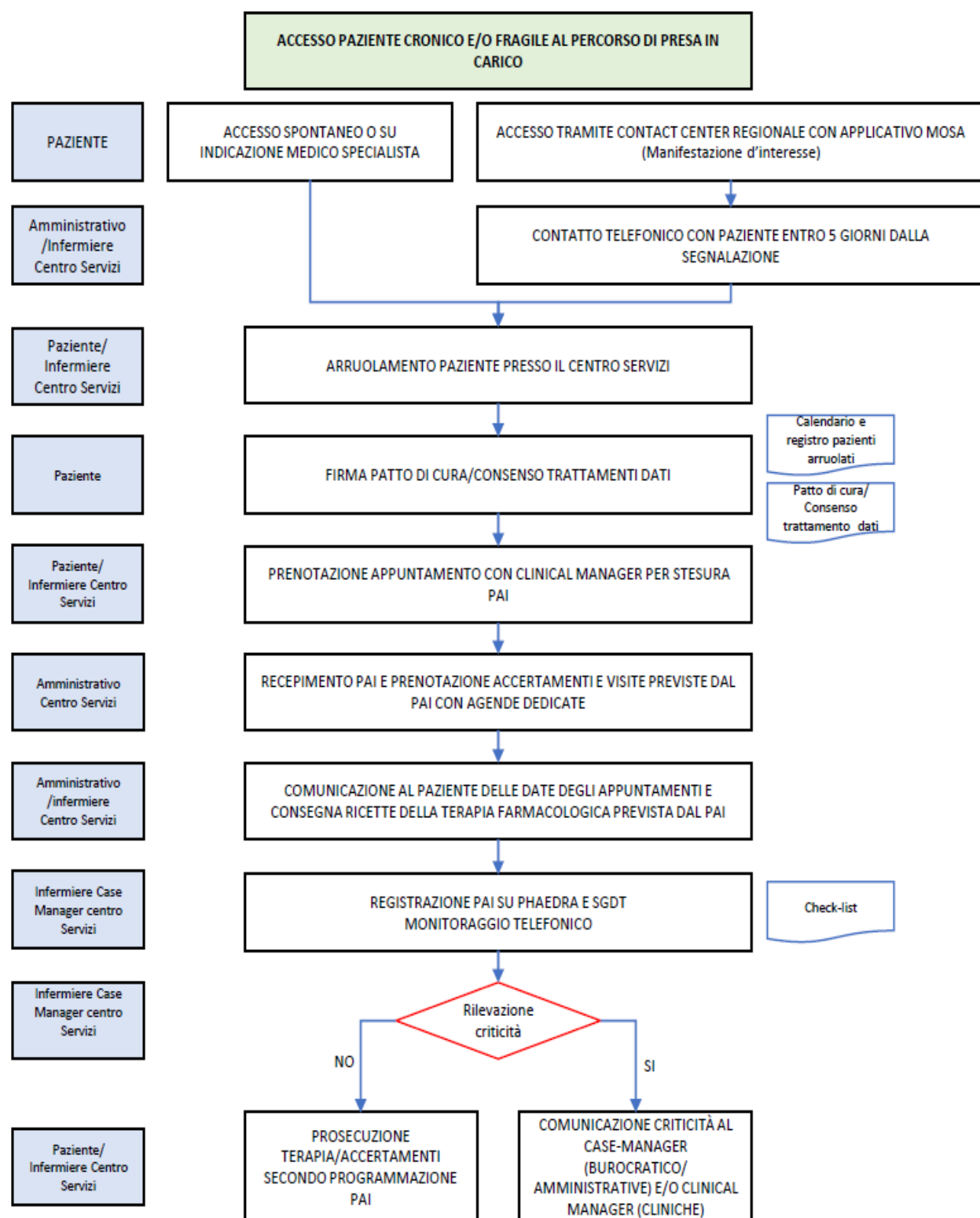
Il supporto delle Strutture del Territorio a tutela dell'aderenza al PAI è garantito attraverso: le prenotazioni di visite ed accertamenti con agende dedicate; contatti con i pazienti per ricordare gli appuntamenti; monitoraggio telefonico per assicurare l'aderenza del paziente stesso al percorso programmato ed intercettare eventuali momenti critici che potrebbero determinare accessi impropri al PS e conseguenti ricoveri.

3. SIGLARIO

- ASST: Azienda Socio Sanitaria Territoriale
- PO: Presidio Ospedaliero
- SS: Struttura Semplice
- MMG: Medico di Medicina Generale
- PLS: Pediatra Libera Scelta
- PAI: Piano Assistenziale Individuale
- PS: Pronto Soccorso
- BPCO: Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva
- FSE: Fascicolo Sanitario Elettronico
- IFeC: Infermiere di Famiglia e Comunità
- SGDT: Sistema di Gestione Digitale Territorio
- COT Centrale Operativa Territoriale

4. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il Centro Servizi assicura l'aderenza al PAI coordinando gli interventi ospedalieri e territoriali dedicati ai singoli percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, garantendone la continuità.

**5. DIAGRAMMA DI FLUSSO: MODALITÀ DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO E/O FRAGILE**

6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' E RESPONSABILITA'

6.1 Criteri clinici di accesso

La valutazione clinica del bisogno sociosanitario ed il PAI che ne deriva di norma sono effettuati dal MMG/PdF e/o dallo Specialista di riferimento per la patologia prevalente in essere, tenendo conto dei 3 livelli* di complessità, sulla base dei criteri previsti dai set di riferimento per ciascuna patologia. Il PAI è in carico al Centro Servizi/COT per tutti quei pazienti che rientrano in percorsi diagnostico-terapeutici definiti, quali insufficienza respiratoria/ossigenoterapia, insufficienza renale cronica, vasculopatia arteriosa, vasculopatia cerebrale, scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica, diabete mellito tipi 1 e 2, BPCO, ecc.

*Si distinguono:

- **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 (cfr. DGR 6164/17).

6.2 Descrizione delle attività

Il Centro Servizi recepisce il PAI annuale da parte del Clinical Manager di ASST e programma le prestazioni in esso contenute. Per i PAI redatti da MMG recepisce le richieste delle prestazioni da programmare. Tutti i PAI vengono pubblicato nel FSE del cittadino.

ASST Mantova, in qualità di Gestore, si avvale del Centro Servizi per la gestione del PAI e il monitoraggio delle condizioni dell'utente e del care giver al domicilio attraverso contatto telefonico.

Il Centro Servizi è diretto da un Coordinatore con funzioni di programmazione e di coordinamento generale nelle relazioni con le strutture intra-aziendali e gli enti esterni, d'intesa con il Direttore del Distretto.

La dotazione organica prevede inoltre Dirigenti Medici con ruolo di Clinical Manager, un Responsabile Infermieristico con funzioni di gestione delle risorse umane, Infermieri con ruolo di Case Manager e personale amministrativo, con funzioni di prenotazione degli accertamenti e delle visite previsti dal PAI nonché di gestione delle relative agende dedicate.

6.3 Modalità di definizione del PAI e descrizione del processo

L'ASST redige il PAI attraverso l'apporto dei Clinical manager che afferiscono al Centro Servizi per le patologie individuate da Regione Lombardia, che costituisce il percorso ordinario.

Il processo prevede i seguenti step successivi:

1. Arruolamento del paziente che sceglie ASST Mantova quale Gestore del PAI. L'arruolamento avviene con la seguente modalità: il paziente può presentarsi spontaneamente o su indicazione dei medici specialisti, inoltre il Centro Servizi può ricevere le manifestazioni di interesse dei pazienti cronici che hanno interpellato il Contact Center Regionale attraverso l'applicativo MOSA (monitoraggio offerta sanitaria ambulatoriale). L'utente viene contattato entro 5 giorni e invitato a presentarsi al Centro Servizi dove sottoscrive il Patto di Cura di validità annuale (atto con cui il Gestore ed il paziente condividono l'avvio e le modalità della nuova presa in carico) e la modulistica relativa al consenso del trattamento dei dati. Successivamente il Centro Servizi prenota l'appuntamento con il Clinical Manager per la stesura dello stesso PAI a cui fa seguito la programmazione delle prestazioni in esso contenute
2. Redazione del PAI da parte del MMG/PLS: supporto del personale amministrativo del Centro Servizi che programma le prestazioni contenute nel PAI.
3. Case management e monitoraggio applicazione del PAI per i PAI di cui ASST è gestore: a cura di un infermiere case manager del Centro Servizi o IFeC

Il case manager, di ruolo infermieristico, affianca il Clinical Manager durante la stesura del PAI e prende in carico il paziente e la sua famiglia attraverso percorsi assistenziali più o meno complessi, a seconda dei casi, per agevolare il rientro al domicilio se ricoverato, o l'inserimento presso strutture sanitarie di lungodegenza e/o riabilitazione, o la permanenza domiciliare, collaborando con l'équipe per le dimissioni protette, gli ambulatori specialistici già organizzati in MAC, BIC, APO e i centri multiservizi della Struttura Gestione delle Fragilità, cui il Centro Servizi si collega in un modello ad arcipelago.

Il Centro Servizi, nel momento di presa in carico del paziente, svolge funzioni di Case Management.

Per quanto attiene al processo, il case manager di Centro Servizi assume la gestione del caso e diventa riferimento per l'utente, i familiari e/o caregiver e altri operatori sanitari e sociali, con la responsabilità a suo carico di:

- presentare e spiegare il PAI
- garantire e coordinare l'applicazione dello stesso
- monitorare il paziente attraverso specifiche schede di monitoraggio e/o test redatti secondo linee guida e buone pratiche consolidate
- garantire al paziente la continuità degli interventi indipendentemente dal contesto in cui vengano erogati (degenza ospedaliera, domicilio, strutture diurne e/o residenziali socio sanitarie e sociali).

Il case manager deve avere competenze cliniche/assistenziali/organizzative, necessarie per identificare e accertare i problemi reali e/o potenziali del paziente e della famiglia, attraverso la valutazione delle condizioni fisiche, emotive e psicosociali dell'assistito, in collaborazione con gli altri componenti del team multidisciplinare.

6.4 Gli strumenti informativi

Per la presa in carico del paziente cronico e fragile ASST Mantova utilizza l'applicativo Phaedra Daedalus, che si interfaccia con i dati sanitari dell'applicazione ospedaliera (Galileo) e SGDT.

6.5 Le modalità di prenotazione delle prestazioni previste nel PAI

Il Centro Servizi, svolgendo le funzioni di accompagnamento alla presa in carico, facilita l'accesso del paziente alle varie prestazioni previste dal PAI attraverso la gestione delle procedure amministrative connesse. A tal fine sono previste agende dedicate, in relazione al tipo di percorso nel quale l'utente è inserito (ad es. demenza, diabete, scompenso cardiaco ecc.), sulle quali gli operatori del Centro Servizi potranno direttamente prenotare gli appuntamenti e comunicarli al paziente.

L'operatore del Centro Servizi prenota, ove necessario, pacchetti pluri-prestazioni, anche di branche specialistiche differenti e assicura la sequenza temporale di erogazione più efficace (concentrazione degli accessi in unica giornata oppure in successione, se legati gli uni agli altri).

6.6 Modalità di contatto del paziente

Il Centro Servizi contatta il paziente o suo familiare e/o caregiver, telefonicamente o tramite e-mail, in prossimità dell'appuntamento, per assicurarsi che l'utente possa presentarsi o per concordare l'eventuale spostamento di data.

L'utente è informato del recapito telefonico al quale rivolgersi per le informazioni relative agli appuntamenti e alle strutture di erogazione (numero verde dedicato).

 Carlo Poma  Regione Lombardia ASST Mantova	REGOLE DI UNITÀ OPERATIVA CENTRO SERVIZI	RdUOCENTROSERVIZI Data: BOZZA Rev. 3 Pag. 6 a 7
--	---	--

TIMING	RESPONSABILITA'	ATTIVITA'	NOTE	Dgr 4662/2015
T₀ Arruolamento del paziente	Su chiamata da parte del Centro Servizi dopo segnalazione su MOSA	Il centro contatta il pz entro 5 giorni e lo invita a recarsi presso centro servizi negli orari di apertura per sottoscrivere il patto di cura. Il Centro Servizi prenota l'appuntamento con il Clinical Manager per la stesura dello stesso PAI		Calendario e registro pz arruolati informatizzati inserimento patto di cura in Dedalus-PHAEDRA con interfaccia Galileo
	Spontaneamente			
T₁ Stesura PAI	Clinical Manager e Case Manager	Stesura del PAI in ambulatorio dedicato o da remoto (telefonico).	Pianificazioni percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali di durata annuale	Applicativo Dedalus-Phaedra con interfaccia con Galileo applicativo SGDT
T₂ Prenotazione controlli	Amministrativi Centro Servizi	Prenotazione degli accertamenti e delle visite previsti dal PAI, nonché gestione delle relative agende dedicate.	Il Centro Servizi contatta il paziente o suo familiare e/o caregiver, telefonicamente o tramite e-mail; in prossimità dell'appuntamento, il Centro Servizi effettua la chiamata di preavviso per assicurarsi che l'utente possa presentarsi o per concordare l'eventuale spostamento di data. L'utente è informato del recapito telefonico al quale rivolgersi per le informazioni relative agli appuntamenti e alle strutture di erogazione	GSA
T₃ Case management e monitoraggio	Case Manager Centro Servizi e IFeC	Monitora l'aderenza al PAI e promuove i corretti stili di vita, secondo modalità e strumenti predefiniti (check list)		Daedalus-Phaedra SGDT

 Carlo Poma  Regione Lombardia ASST Mantova	REGOLE DI UNITA' OPERATIVA (Dipartimento Fragilità) CENTRO SERVIZI	RdUOCENTROSERVIZI Data: 06/12/2021 Rev. 2 Pag. 7 a 7
---	--	---

7. RIFERIMENTI

- Legge regionale N. 23 dell'11.08.2015 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) di riforma sanitaria"
- DGR N. X/4662 del 23.12.2015 "Indirizzi regionali per la presa in carico della Cronicità e Fragilità in Regione Lombardia 2016- 2018"
- Piano Nazionale della Cronicità di cui all'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016
- DGR N. X/5954 del 05.12.2016 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017"
- DGR N. X/6164 del 30.1.2017 "Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge n. 23/2015"
- DGR N. X/6551 del 04/05/2017 Oggetto "Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge regionale n. 33/2009"
- DGR N. X/7600 del 20/12/2017 Oggetto "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2018"
- DGR N. X/7655 del 28/12/2017 Oggetto "Modalità di avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della DGR N. X/6551 del 04/05/2017"
- DGR N. XI/754 del 05/11/2018 "Nuove modalità di gestione ed attuazione del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile ed approvazione del protocollo d'intesa tra l'assessorato al Welfare e la federazione regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Lombardia"
- PDTA93 PERCORSO DEL PAZIENTE CRONICO
- DM 77/2022 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale
- L.R. 22/2021 "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)"
- DGR n° XI/6760 del 25/07/2022 Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del Decreto 23 Maggio 2022, N. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale"
- DGR n° XI/6867 del 02/08/2022 Determinazioni in ordine all'Assistenza Domiciliare Integrata in attuazione dell'intesa del 4 Agosto 2021 di approvazione dei requisiti di esercizio e accreditamento dell'ADI, nell'ambito della cornice programmatica costituita dalla missione 6 del PNRR, dal DM 77 del 23 Maggio 2022 recante "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale", dal DM 29 aprile 2022 di approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare» e nel più generale quadro del potenziamento della sanità territoriale disposto con l.r. 22/2021 - (atto da trasmettere al consiglio regionale)
- DGR n° XI/7592 del 15/12/2022 Attuazione del DM 23/05/22 n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN" – Documento regionale di programmazione dell'assistenza territoriale (Primo provvedimento)
- PGCOT Centrale Operativa Territoriale
- PC01IFeC INFERMIERI DI FAMIGLIA E COMUNITA'