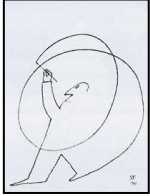


*Ogni Paziente ha il diritto di contribuire a disegnare
il Proprio Percorso di Cura CON e TRA i Sistemi di Cura*



Da un'esperienza maturata presso il Poliambulatorio PA-Centro
dell'ex Distretto 10 di Via Giacomo Cusmano 24, dal 21.01.2008

IL REFERENTE DEL PROGETTO
D.ssa MARIA FINCATO

IL PERCORSO ASSISTENZIALE del PAZIENTE DIABETICO

IL REFERENTE DELLA COMMISSIONE GESTIONE INTEGRATA
Dr. SALVATORE VIZZI

INDICE

PREMESSA	2
1. Dal Modello Progettuale al Metodo del Percorso Assistenziale del Paziente Diabetico.....	2
2. FINALITÀ E OBIETTIVI GENERALI	5
1. Accoglienza, Indirizzamento e Presa in carico del Paziente	5
2. Attività di Informazione ed Educazione Strutturata	5
2.1 OBIETTIVI SPECIFICI e ATTIVITÀ	6
2.2 PERCORSO ASSISTENZIALE AGI	7
3. FUNZIONAMENTO dello SPORTELLO DISTRETTUALE	9
3.1 CRITERI DI ACCESSO:	9
3.2 DESTINATARI:	9
3.3 ITER PERCORSO	10
<i>Segmento di Percorso Assistenziale del Paziente Diabetico per Visita Valutazione Diagnostica</i>	<i>12</i>
<i>Segmento Di Percorso Assistenziale Del Paziente Neodiagnosticato E Valutazione Complicanze</i>	<i>12</i>
4. INDICATORI di STRUTTURA	14
5. SNODI PRATICATI.....	15
<i>Agenda Di Prenotazione Differenziate Per Criteri Di Priorità Di Accesso.....</i>	<i>17</i>
6. ALCUNI STRUMENTI OPERATIVI.....	18
CONSENSO e INFORMATIVATRATTAMENTO DATI.....	19
ESAMI EMATICI DA ESEGUIRE PRIMA DELLA PRIMA VISITA.....	20
ESAMI EMATICI DI FOLLOW-UP A 3-4 MESI	20
ESAMI EMATICI DI FOLLOW-UP ANNUALE.....	20
AUTOCONTROLLO GLICEMICO.....	21
LIBRETTO PAZIENTE	22
7. REGISTRO INFORMATIZZATO	24
7.1 INTERVISTA SEMISTRUTTURATA: Primo Contatto Paziente	27
8. RISORSE UMANE IMPIEGATE	29
1 Accoglienza, Indirizzamento e Presa in carico del Paziente	29
➤ Utilizzo di personale sanitario, non sanitario(anche contrattista) o misto.....	29
2 Attività di Informazione, Gestione Dato ed Educazione Strutturata	29
➤ Utilizzo di personale formato e con competenze comunicative, relazionali,	29
(Assistente Sociale, Educatore, Pedagogista, Amministrativo qualificato).....	29
QUADRO NORMATIVO	30

PREMESSA

1. Dal Modello Progettuale al Metodo del Percorso Assistenziale del Paziente Diabetico

Lo “Sportello Distrettuale per l’Informazione e l’Educazione dell’Adulto Con Diabete” si inserisce in seno alla riflessione teorico-pratico in ambito Nazionale (Conferenza Stato-Regione 23 marzo 2005- Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007), Regionale (Piano Regionale della prevenzione 2005-2007 -Progetto Nazionale IGEA) e Distrettuale (progetto aziendale “*Modello operativo condiviso e integrato di umanizzazione dell’accesso ed utilizzo dei servizi socio-sanitari per minori e per adulti affetti da patologie croniche*”). L’intento è di rendere attuativa nel territorio cittadino-palermitano le linee guida ministeriali per l’assistenza al paziente diabetico testando la capacità del Territorio di applicare Percorsi Assistenziali nella gestione del paziente al fine di offrire un Pacchetto Sanitario specifico e diversificato alla complessità della malattia in grado di migliorare lo stato possibile di salute del paziente.

Il modello assistenziale dello Sportello Distrettuale nasce da una sperimentazione di tre anni di attività, che ha messo in atto azioni di coerenza e congruenza con gli atti di indirizzo emanati (come si evince da citazione in D.A. n. 2654/09 “Programma regionale per l’ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali” e in D.A. n.0723/10 Linee Guida sulla Riorganizzazione dell’attività Territoriale) secondo una logica di sistema tra i singoli attori coinvolti e di integrazione degli interventi socio-sanitari, avvalendosi di personale con competenze educative e metodologiche, per la presa in carico globale del paziente (nelle sue variabili biologiche e socio-relazionali) affetto da patologia cronica, sfida per il sistema sanitario in termini di riduzioni di costi e di promozione del migliore stato possibile di salute.

Il modello proposto dall’attività dello Sportello Distrettuale non vuole essere una ricetta di risoluzione della complessità dell’iter di attraversamento di un percorso di una malattia cronica da parte di una persona ma è un’azione di start-up di impegno dell’azienda di avviare programmi innovativi rispetto agli elementi organizzativi ed assistenziali a partire dalle azioni operative dei singoli professionisti che identificano, rispetto al contesto e all’analisi di risorse e vincoli, risposte appropriate ed utili ad una gestione efficace ed efficiente del paziente.

La strategia operativa sperimentata può essere di immediata comunicazione e condivisione tramite l’utilizzo delle seguenti parole, frasi e azioni chiave da cui sono scaturite le attività concrete:

Frase chiave

- **“Dare le gambe”** all’idea progettuale ovvero costruire e pianificare azioni mirate con il paziente diabetico.
- **“Girano le carte non le persone”** creare le condizioni organizzative per ridurre i “passi” di attraversamento del paziente nell’iter della malattia.

- **“Bussare alle porte”** porsi domande di effettiva applicazione dei bisogni reali del paziente e utilizzare buone pratiche cliniche ed assistenziali utili ed appropriate all’ iter della malattia.
- **“Mettere le mani”** rendere visibile , comunicabile e confrontabile *cosa* viene fatto e *come* dando evidenza agli elementi di forza e di nuove criticità come elementi di miglioramento del sistema organizzativo.

Parole chiave

Persona (e non solo paziente nella sua complessità di bisogni clinici e psico-sociali) - **Bisogno di Salute** (dalla patologia allo stato di possibile normalità), **Governo Clinico** (rivedere gli aspetti organizzativi, operativi e metodologici più appropriati all’interno del contesto distrettuale) **Disease Management** (corretta gestione della malattia e corretto uso delle risorse) - **Percorso Assistenziale** (persona con un iter evolutivo della malattia - **Misurare, Appropriatezza -ed Utilità** (il dotarsi di *outcome*).

Azioni chiave

- **Relazione interdipendente con il basso** che risponde all’impegno di rendere fattibile il livello qualitativo della performance individuale di ciascun professionista che il paziente incontra nell’iter della malattia. L’intento è di ricondurre al costrutto **“salute”** tutti i punti di vista, gli attori e le azioni coinvolte nella storia naturale della malattia.
- **Aprire un dialogo continuo con i professionisti e tra professionisti** che superi “le barriere costituite da difficoltà di “spazi di incontro” nelle fatiche di un fare quotidiano” da cui iniziare per **attuare processi decisionali condivisi**. Questa fase pilota deve essere funzionale a tratteggiare linee operative di guida condivise ed indirizzi di azione aderenti alla configurazione specifica del contesto-poliambulatorio.
- **Documentare, Evidenziare e Comunicare i Risultati in modo da misurare i prodotti dell’erogazione dell’assistenza** ovvero un’agire integrato a partire dai contributi dei diversi professionisti allocati nei diversi momenti e livelli di assistenza dell’iter della malattia. Assumere una “logica di visione” che guarda al **Paziente Con il Percorso di Cura** e ad una continuità degli assetti assistenziali.
- **Innovare, Ricercare strategie ed implementare il miglioramento del livello gestionale ed organizzativo** ciò perché si è consapevoli che la variabilità nella risposta al “bisogno di salute” è determinata, spesso, da “nodi di criticità” nella modalità organizzativa ed operativa di erogare l’assistenza al paziente.
- **Operare uno sforzo metodologico di valorizzare** le risorse della catena assistenziale sciogliendo i nodi gestionali che “appesantiscono e burocratizzano” introducendo azioni di *strategia*(scelta di azioni operative che massimizzano la “salute”).

La pianificazione dell'Iter operativo del Percorso Assistenziale del Paziente Diabetico, metodo per l'organizzazione dello Sportello Distrettuale sperimentato al Poliambulatorio Centro, si è delineata a partire dalle seguenti domande ed azioni:

1.1 DOMANDE ed AZIONI di Pianificazione: Sportello Distrettuale

1. Quale percorso attraversa effettivamente il paziente in seno al distretto nella storia naturale della malattia?

- Individuazione del percorso effettivo distinguendo azioni, tempi, risorse, vincoli dell'iter naturale della malattia.

2. Quali sistemi sono coinvolti nel processo di erogazione di salute in termini clinici ed assistenziali?

- Individuazione dei settori clinici ed assistenziali, degli operatori sanitari e socio-sanitari con cui entra in contatto il paziente e a cui erogano *prodotti di salute* in risposta ai bisogni espressi dal paziente.

3. Le azioni determinate da processi decisionali sono coerenti ai bisogni di salute del paziente?

- Individuazione ed Adozione di modalità operative condivise ed integrate tra attori diversi (settori clinici ed assistenziali) dell'iter assistenziale.

4. Quali azioni cliniche e/o assistenziali appesantiscono il percorso, moltiplicando i passi di attraversamento del paziente nel suo iter della malattia?

- Pianificazione del Sistema Assistenziale con riduzione dei passi effettivamente praticati dal paziente nell'iter assistenziale.

5. I processi comunicativi sono efficaci a livello organizzativo e delle performance dei professionisti?

-Informazione, Indirizzamento e Presa in carico in modo mirato, preciso e puntuale del Paziente, nell'iter di evoluzione della malattia ,nell'uso appropriato dei servizi e nell'adesione al percorso, con funzione di Raccordo e Facilitazione tra i vari settori coinvolti sia sanitari(Specialisti, infermieri e ambulatori) sia amministrativi(esenzione, tiket, presidi/ausili, patente speciale..) utilizzando good practice e riducendo il frequente *girovagare* dei pazienti con conseguente fuga dal sistema sanitario.

- Costruzione di strumenti di utilità per documentare, rendere visibile, comunicabile e confrontabile il “cosa” ed il “come” viene erogato il prodotto assistenziale in una logica di miglioramento delle attività offerte.

2. FINALITÀ E OBIETTIVI GENERALI

Lo Sportello del Paziente Diabetico ha il fine di assicurare la continuità assistenziale del paziente evitando inutili frammentazioni del percorso assistenziale con la funzione di raccordo ambulatoriale tra i diversi settori clinici ed assistenziali interni al distretto. Utilizza una logica unitaria di sistema che crei uniformità di trattamento, continuità ed unitarietà dell'iter della malattia dei pazienti garantendo l'uso di buone pratiche in modo da facilitare e ridurre gli accessi, snellire le procedure, integrare e mettere in comunicazione le varie funzioni specialistiche con riduzione di tempo delle prestazioni erogate, migliorando l'informazione e l'educazione al paziente e al familiare.

Non è l'utente a ricercare le modalità per soddisfare la sua domanda di prestazioni diagnostiche terapeutiche ed assistenziali ma è la struttura che in congruenza alle richieste del medico inviante (MMG, P.O. Specialisti DS) e al problema clinico ed assistenziale del paziente attiva pacchetti di prestazioni ambulatoriali individualizzati al fine di raggiungere in tempi rapidi l'obiettivo di salute richiesto dall'utente, il tutto nel numero minore di accessi, razionalizzando l'uso delle risorse nei percorsi stabiliti e semplificando le procedure.

L'attività si articola in due macroobiettivi:

1. Accoglienza, Indirizzamento e Presa in carico del Paziente

nell'iter evolutivo della malattia, nell'uso appropriato dei servizi e nell'adesione al percorso di cura, con funzione di Raccordo e Facilitatore tra i vari settori coinvolti sia sanitari (Specialisti, infermieri e ambulatori) sia amministrativi (esenzione, ticket, presidi/ausili, patente speciale..) utilizzando good practice e riducendo il frequente girovagare dei pazienti con conseguente fuga dal sistema sanitario.

➤ Utilizzo di personale sanitario, non sanitario (anche contrattista) o misto.

2. Attività di Informazione ed Educazione Strutturata

svolte in accordo al piano di cura definito dal MMG e specialista ambulatoriale e condivisa con l'infermiere specializzato secondo un approccio di squadra che facilita l'informazione e la gestione consapevole del paziente.

- Analisi e Lettura di bisogno sommerso di intervento psico-socio-relazionale ed Invio al Servizio Sociale e di Psicologia Aziendale per pazienti con complessi situazioni di emipasse familiare e sociale che incide sul compenso della malattia,

- Educazione Strutturata individuale e di gruppo per target di pazienti al fine di rafforzare la capacità di autogestione della malattia. (conoscenza, significati, sintomi, azioni corrette per la gestione della malattia, consegna appropriata e consapevole del libretto paziente, piani di azione di rinforzo all'acquisizione di stili adeguati)

- Costruzione e Somministrazione di questionari pre e post sedute educazionali utili a fornire indicazioni sull'efficacia dell'intervento e costruire Ipotesi sulle rappresentazioni che i pazienti hanno della malattia e del suo trattamento(significati e comportamenti che incidono sulla malattia)

2.1 OBIETTIVI SPECIFICI e ATTIVITÀ

- Efficacia informativa nelle fasi di ingresso e di follow-up (accesso, accoglienza, invio e presa in carico) del paziente nel suo iter con stesura di **brochure informativa** sui servizi dello Sportello Distrettuale connessi all'iter clinico ed assistenziale del Paziente Diabetico nel distretto.
- **Email aziendale** dello Sportello Diabetico per invio prenotazioni delle visite specialistiche all'utente e comunicazione ai servizi sanitari.
- Utilizzo di un **Registro informatizzato** del paziente con Diabete Mellito(dati anagrafici, condizione sociale, stili di vita, tipo di diabete, complicanze, terapie farmacologiche, dati antropometrici, visite ed esami effettuati, dati strutture coinvolte nel percorso di cura) utile alla costruzione di banca dati del paziente fragile a livello distrettuale per una programmazione puntuale del percorso di cura e l'attuazione di follow-up appropriati.
- **Registrazione e Monitoraggio** del grado di applicazione del percorso assistenziale del paziente che permette di valutare concretamente il prodotto sanitario erogato dallo sportello distrettuale e i suoi effetti.
- **Stratificazione delle visite prenotate differenziate per Prima visita e Tipologia di Follow-up** come stabilito dal medico prescrittore e secondo protocolli diagnostico D.R. 3ottobre 2005 Linee guida per il trattamento diagnostico-clinico-terapeutico del diabete e dell'artrite reumatoide.
- **Sistema Cronologico di Prenotazione secondo un sistema per criteri di priorità di accesso:** stratificazione nel sistema informatico aziendale dei posti per visite secondo: **PAI**-visita di controllo ed autorizzazione farmaco e presidi, **Rivalutazione Terapia** per pazienti in compenso labile, **Scompenso Glicemico** per accessi urgenti, **Pacchetto Multiplo Disciplinare** per paziente neodiagnosticato e con complicanze.
- **Procedure Assistenziali Integrate-PAI** tra i settori allocati in tempi e spazi diversi dell'iter della malattia: in unico accesso per prenotazione di visite e rilascio pratiche amministrative, dall'esenzione ai presidi e al piano terapeutico, consegna prima della visita dallo specialista degli esami richiesti secondo evidenze scientifiche, ritiro esami ematici a seguito delega, programmazione visite strumentali e specialistiche erogate in 1 e/o max 2 accessi.
- **Applicazione di protocolli di follow-up condivisi** per la gestione integrata del paziente diabetico tra MMG, Diabetologi e Specialisti distrettuali collaterali alla malattia attraverso Programmazione successivi controlli e prenotazione di Prestazioni di Visite di Controllo (3 mesi, 6 mesi, 1 anno) e

Multiple(da due a 4 visite in unico accesso) secondo la specificità della patologia del paziente e prenotate contestualmente alla visita specialistica secondo protocollo inviato.

- ***Pacchetto Multiplo Multidisciplinare*** in unico accesso: è un insieme di prestazioni integrate(Visita per Diabete, Visita Cardiologica, ECG, Visita Oculistica e Fondo dell'occhio, Esami ematici) in coerenza con il bisogno clinico ed assistenziale del paziente, richiesto dal medico prescrittore, per semplificare e ridurre il numero di accessi degli assistiti nella stessa giornata con l'effetto di economicità delle prestazioni, riduzione e facilitazione degli accessi.
- ***Richiamo telefonico*** delle visite con effetto di aderenza al piano di cura e riduzione dei tempi di attesa del paziente.
- Costruzione e ***Somministrazione di questionari pre e post sedute educazionali*** utili a fornire indicazioni sull'efficacia dell'intervento e costruire ipotesi sulle rappresentazioni che i pazienti hanno della malattia e del suo trattamento(significati e comportamenti che incidono sulla malattia).
- ***Costruzione questione qualità percepita del servizio erogato***

EVOLUZIONI PROGETTUALI

2.2 PERCORSO ASSISTENZIALE AGI

Le attività, ruoli e compiti sono individuati sul D.A. 6 Settembre 2010 *Accordo regionale di assistenza primaria art.n3 e art. n5* :

Compiti Operatori Sportello Distrettuale:

- Registra il paziente inviato dal MMG su sistema informatizzato del registro distrettuale paziente cronico.
- Rilascia il modello di consenso informato.
- Programma e prenota l'accesso del paziente eletto a classe 3 e classe 4, secondo agenda di prenotazione concordata col MMG e con gli specialisti-(strutturazione su sistema informatico di prenotazione aziendale agenda AGI) per visita specialistica di inquadramento diagnostico e stadiazione delle complicanze.
- Ove è necessario secondo indicazioni prescritte da MMG e Specialista invia il paziente all'ambulatorio infermieristico specializzato.
- Il paziente a seguito visita specialistica ritorna allo Sportello per essere inserito nel protocollo AGI e aggiornare la scheda visita, attivare le prestazioni di snellimento del percorso e programmare le visite successive congiunte tra MMG e Specialista(schema follow-up specialistico) per una Valutazione Multidisciplinare Integrata del paziente.
- La registrazione del percorso AGI servirà a monitorare il percorso attivato secondo l'ottica già sperimentata di rilevamento possibili nodi ed applicazione di snodi di miglioramento.

- Lo Sportello raccorda anche telefonicamente MMG e Specialista per definire tempi ed orari delle visite congiunte per i pazienti inseriti in AGI presso il poliambulatorio e l'applicazione del protocollo diagnostico-terapeutico-educativo ed assistenziale concordato e l'attivazione dei pacchetti di prestazioni personalizzati.
- Lo Sportello estenderà anche al Paziente in AGI le attività già strutturate e sperimentate (V.d 2.1 Obiettivi ed Attività) della modalità organizzativa del percorso assistenziale paziente Diabetico di Informazione ed Educazione.

In accordo al piano di cura definito dal MMG e specialista ambulatoriale e condivisa con l'infermiere specializzato secondo un approccio di squadra che facilita l'informazione e la gestione consapevole del paziente.

- Invio tramite cartella informatizzata dati e definizione problema rilevato al servizio sociale e di psicologia aziendale.(è in fase di costruzione la modalità condivisa raccolta dati)
- Attività strutturate di conoscenza, significati, sintomi, azioni corrette per la gestione della malattia.
- Consegna appropriata e consapevole del Libretto Paziente, istruzione sul piano di follow-up e scadenze.
- Piani di azione di rinforzo all'acquisizione di stili adeguati alla malattia.
- Costruzione e Somministrazione di questionari pre e post sedute educazionali e strutturazione di colloqui di gruppo di feedback del questionario somministrato.
 - Utilizzo di personale formato e con competenze comunicative e relazionali (Pedagogista, Educatore, Assistente Sociale...)

Alcuni Indicatori Paziente informato

- Aderisce al "contratto" sottoscritto all'atto di ingresso all'ambulatorio.
- Risponde alle chiamate.
- Esegue gli esami prescritti.
- Riporta quanto eseguito.
- Conoscenza e chiarezza dei propri valori clinici ed obiettivi ottimali.
- Acquisizione di comportamenti corretti rispetto all'accesso ai servizi sanitari.
- Acquisizione di comportamenti corretti rispetto al protocollo di cura(conoscere quali esami ematici e clinici effettuare per il controllo, tempi del follow-up..)
- Esegue l'autocontrollo e l'autogestione appresi dal Team multidisciplinare.

3. FUNZIONAMENTO dello SPORTELLO DISTRETTUALE

3.1 CRITERI DI ACCESSO:

- Diagnosi e Valutazione complessiva della patologia diabetica con integrazione MMG-Specialista e condizioni cliniche complesse sul piano dell'inquadramento diagnostico.
- Pazienti cronici (Diabete e Scompenso Cardiaco) in compenso labile che richiedono frequenti monitoraggi e rivalutazioni dei piani terapeutici e situazioni in cui il Paziente potrebbe avere danni secondari dalla patologia primaria.
- Il paziente accede al distretto programmando e prenotando secondo il bisogno le prestazioni relative. Se il Paziente è sprovvisto di richiesta SSN redatta del medico curante o dallo specialista inviante, lo sportello prenoterà comunque le prestazioni comunicando al paziente di presentare la richiesta il giorno della visita.
- Registra su database l'iter clinico ed assistenziali del singolo paziente che permetteranno di registrare concretamente il prodotto sanitario e i suoi effetti in termini di appropriatezza clinica ed organizzativa. Il database contiene i dati relativi a Profilo anagrafico, Dati sociali, antropometrici, stili di vita, terapia, complicanze, iter assistenziale, esami strumentali ed ematici delle prestazioni cliniche.

3.2 DESTINATARI:

Tutti i pazienti con diabete mellito vengono attivati percorsi specifici per tipologia e stadiazione malattia.

Subtarget Pazienti Diabetici

- Pz. neodiagnosticato con bisogno clinico ed assistenziale pianificato secondo un iter scandito con max due step.
- Pz. con polipatologia con bisogno di prestazioni specialistiche diversificate in una logica di accesso facilitato, prenotazioni multiple e in tempi brevi.
- Pz. in compenso labile che richiedono frequenti monitoraggi e rivalutazioni dei piani terapeutici il percorso è facilitato con offerta dei posti riservati nella prima fascia oraria della mattina.
- Dimessi dall'ospedale con follow-up definito a dimissione.

EVOLUZIONI PROGETTUALI

Accesso pazienti con scompenso cardiaco allo Sportello Distrettuale e costruzione con gli attori coinvolti del percorso assistenziale specifico secondo estensione del modello di funzionamento applicato al Paziente Diabetico.

Subtarget Pazienti con Scompenso Cardiaco:

- Dimessi dall'ospedale
- Pz. Refrattario con fattori di rischio non-controllati

- Pz. neodiagnostico: con bisogno oltre che clinico anche educativo (istruzione ed autogestione)
- Pz. con diabete e scompenso cardiaco

3.3 ITER PERCORSO (sintesi *flow-chart* n.1 n.2)

- IL Paziente con Diabete Mellito Tipo 2 può arrivare su richiesta spontanea dell'utente -Invio specialisti Distretto -MMG o Presidio Ospedaliero.

- Lo Sportello programma e prenota secondo il bisogno le prestazioni con o senza impegnativa SSN redatta dal medico curante o dallo specialista inviante, da consegnare il giorno delle visite prenotate. Informa sul percorso, sulle attività offerte e distribuisce brochure informativa sul percorso del Paziente Diabetico.

- Il paziente informato sul percorso in caso di adesione rilascia dichiarazione di assenso a partecipare al programma del Percorso Assistenziale del Paziente Diabetico, a fornire i dati registrati sul database dello sportello e a rispettare le scadenze del follow-up definiti dallo specialista.

-Il richiamo telefonico da parte degli operatori dello Sportello Distrettuale, per visite oltre i 15 giorni dalla prenotazione serve a cercare di creare con il paziente un processo di corresponsabilità del percorso in termini di rispetto dei controlli clinici programmati al fine di promuovere l'aderenza al piano di cura. Inoltre, a livello gestionale il programmare e richiamare i pazienti permette di ridurre i tempi di attesa delle branche specialistiche con inserimento dei pazienti inseriti in lista di attesa.

- Il Paziente di nuovo Inserimento con visita Diabetologica viene inviato secondo tempi di attesa o su richiesta del paziente dallo specialista inerente la patologia diabetica o a branche affini quali endocrinologia e medicina interna, come previsto dalla normativa vigente. Lo specialista stratifica il paziente e definisce lo schema di Follow-up secondo protocollo del percorso condiviso. A fine visita il paziente ritorna allo Sportello Distrettuale con referti per registrazione conclusiva dei dati emersi dalla visita, vengono programmate e prenotate i successivi controlli, consegna esami ematici da effettuare contestualmente alla visita programmata ed avviate le prestazioni assistenziali (esenzione, presidi..).

- Il Paziente Neodiagnostico per valutazione complessiva della patologia inviato da MMG, Specialisti Distretto e Specialisti della patologia diabetica viene avviato dallo Sportello Distrettuale (SD) la procedura del PMM composto da un insieme di prestazioni assistenziali, strumentali e di laboratorio (Esami di laboratorio, Visita Cardiologica, ECG, Visita Oculistica, Fondo dell'occhio e Visita Diabetologica, esenzione) effettuate in unico accesso con rilascio referti, terapia ed inserimento nel percorso assistenziale del paziente diabetico. A fine visita il paziente ritorna allo SD con referti per registrazione conclusiva dei dati emersi dalle visite, registrazione schema follow-up rilasciato dallo specialista. Per i pazienti di competenze territoriale del distretto, a cui viene rilasciata autorizzazione

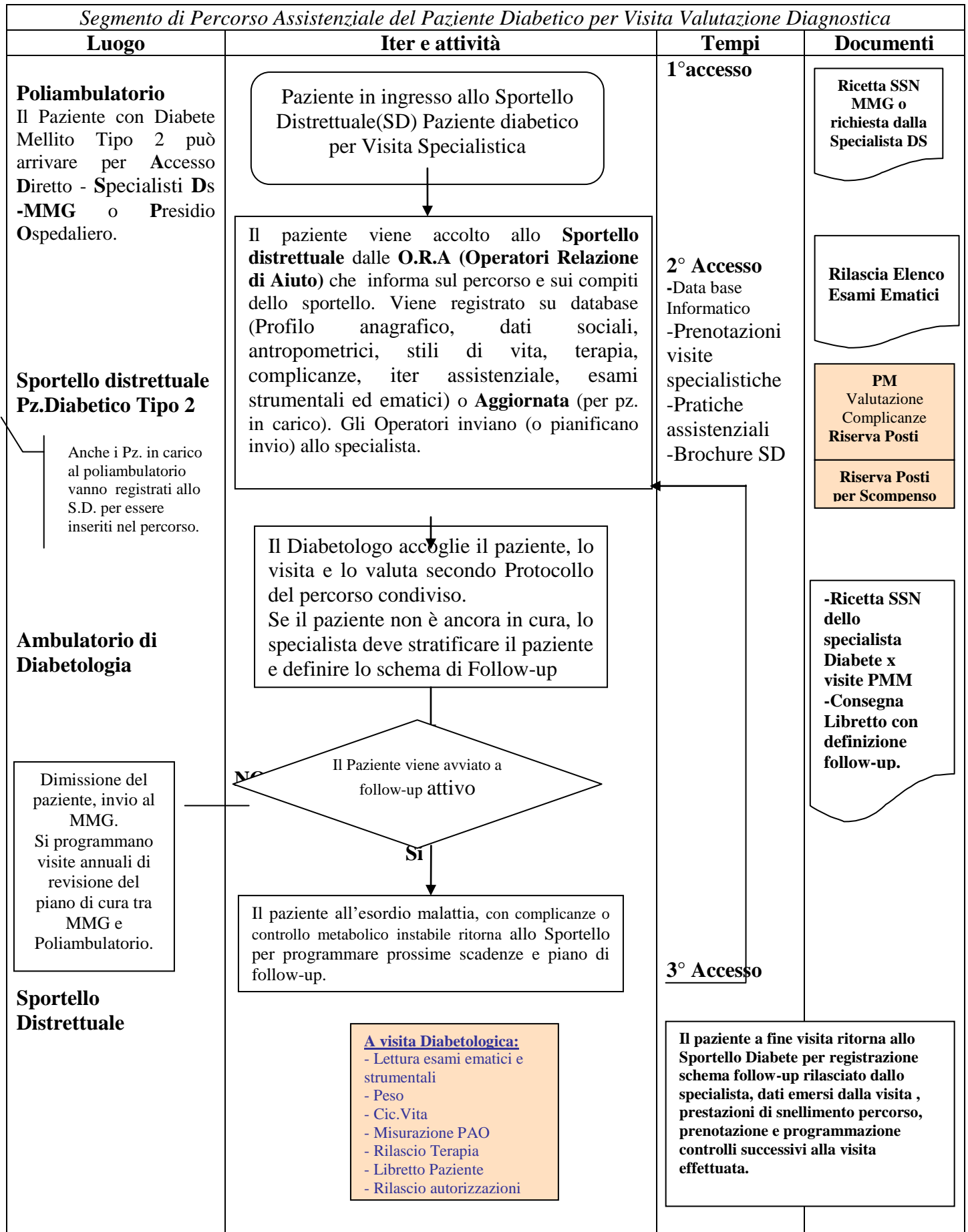
fornitura presidi, secondo i tempi stabiliti dalla prescrizione dello specialista, viene programmato l'accesso per rilascio documentazione fornitura presidi.

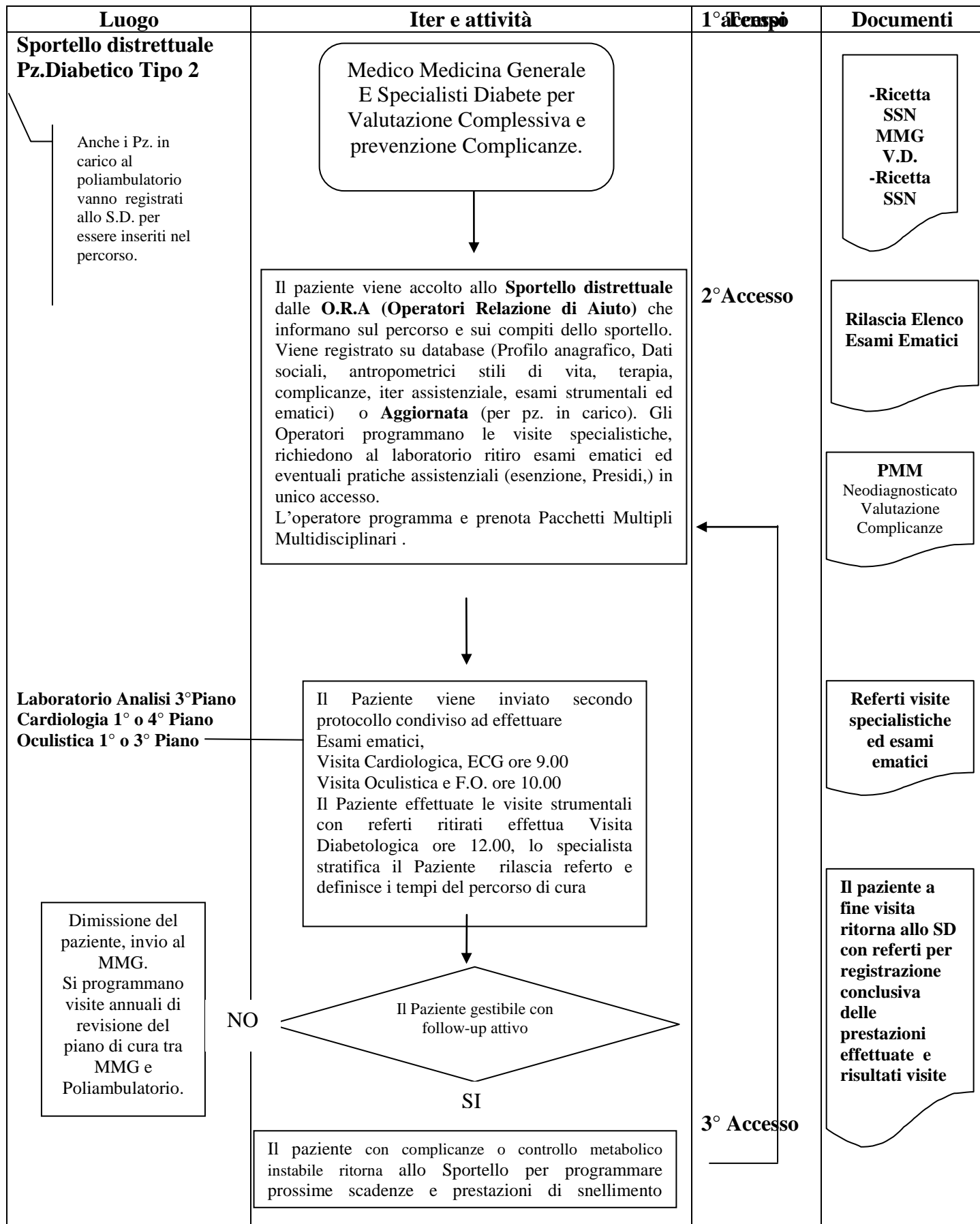
- La visita Diabetologica comprende lettura esami ematici e strumentali effettuati dal paziente e consegnati il giorno della prenotazione dallo Sportello Distrettuale, misurazione Peso, Circonferenza Vita, misurazione PAO, rilascio terapia, consegna Libretto Paziente ed autorizzazioni per pratiche assistenziali(presidi,esenzione,farmaco..)

Lo specialista che prende in carico il paziente, se non è ancora inserito nel percorso, effettua diagnosi, stratificazione e stadiazione della malattia, definisce lo schema di follow-up in base alle caratteristiche della patologia del paziente coerentemente al protocollo diagnostico e terapeutico condiviso a livello distrettuale e ai riferimenti di letteratura scientifica. A fine visita il paziente ritorna allo sportello per registrazione percorso e programmazione successivi controlli o prestazioni multiple secondo la specificità della patologia del paziente.

- Il paziente a follow-up attivo ovvero pazienti che hanno necessità di più controlli specialistici durante l'anno, sono inseriti nel percorso assistenziale del distretto(Esordio malattia con bisogno clinico ed educativo, con complicanze o controllo metabolico instabile) ritorna allo Sportello per programmare e prenotare nella stessa giornata della visita diabetologica o altra visita specialistica i successivi controlli secondo pianificazione del follow-up definito dallo specialista. Inoltre lo sportello snellisce l'iter assistenziale attraverso l'avvio interno al servizio del rilascio pratiche(esenzione,presidi,rinnovo piano terapeutico.).

- Il paziente inviato da MMG, Specialisti Ds con complicanze o controllo metabolico instabile usufruisce della riserva posti relativa alla branca diabetologia, cardiologia ed oculistica per la prenotazione della visita ed esami strumentali al fine di rivalutare tempestivamente il piano terapeutico e i successivi controlli.





4. INDICATORI di STRUTTURA

- Giorni di apertura dello SPD.
- N. Pazienti presi in carico
- N. schede paziente realizzate
- N. Appuntamenti visite rispettati
- Tipologia prestazioni: Informazione, Consulenza, Accompagnamento, Prenotazione Telefonica, Prenotazione Singola, Programmazione Follow-up, Percorso Assistenziale Integrato ed Individualizzato-PAI, Raggruppamenti Prestazioni Multiple-PM, Seduta Educazionale, screening, Recall Telefonico).
- Tipologia Follow-up (annuale a carico del MMG, condiviso tra Specialisti Distrettuali, condiviso tra Specialista Diabete e MMG -scadenze a 3-6-12 mesi-, Follow up con urgenza, Follow up condiviso con PO, Follow up clinico-assistenziale).
- Sesso
- Età
- N. accessi differenziati per categoria(MMG- Diabetologi- Accesso diretto)
- N. Pazienti per provenienza di distretto
- Tempi di attesa
- Tipologia Malattia
- Tipologia complicanze
- Età della malattia
- N. Fumatori
- N. visite anno presso poliambulatorio
- N. ECG
- N. FO
- N. Impegni rispettati
- N. Pazienti con piani di follow-up

5.SNODI PRATICATI

1) Stratificazione delle visite differenziate per Prima visita e Tipologia di Follow-up

Ciò che permette di discernere, a fronte della variabilità di utilizzo di esenzioni diverse da quella per patologia da parte del paziente in accesso ai poliambulatori, è l'utilizzo di un registro informatizzato del paziente diabetico che permette di effettuare una programmazione delle prestazioni ambulatoriali appropriata all'evoluzione della malattia e al protocollo diagnostico prescritto.

Rimane aperto come è da intendere la visita di paziente con esenzione per patologia inviato dal MMG allo specialista per valutazione diagnostica per la prima volta . Inoltre sarebbe opportuno aprire una riflessione sull' uniformare il prodotti di una Prima visita specialistica da una Visita di Controllo pur nell'autonomia e intelligenza critica dello specialista .

2) Rilascio esenzione ticket per patologia diabetica (Prot. N. 1277/D.10 del 13/02/2009) senza il vincolo della competenza territoriale: al fine di erogare un pacchetto sanitario integrato e diversificato, rispetto alla specificità del paziente e al suo stadio di patologia, elemento importante è lo snellimento delle procedure con riduzione degli accessi, evitando frammentazioni logistiche e temporali si ritiene opportuno che i pazienti diabetici di competenze territoriali diverse e presi in cura dai sanitari di questo Distretto, vengano soddisfatti anche per il rilascio esenzione ticket per patologia diabetica. Inoltre, per il Paziente diagnosticato dal MMG , basta consegnare richiesta MMG, firma delega ed autorizzazione trattamento dati, codice fiscale, carta Identità(fotocopiati allo sportello) e tramite lo sportello è possibile ritirare il libretto di esenzione per patologia.

3) Rilascio in unico accesso dei fogli di autorizzazione presidi

Circolare assessoriale n.469 e n.529 rispettivamente del 19 gennaio 1989 e 17 marzo 1990, concernenti l'erogazione gratuita degli ausili e presidi per soggetti diabetici.

Modalità di prescrizione e fornitura dei presidi sanitari

La prima prescrizione viene effettuata dallo specialista diabetologo che fornisce le linee di indirizzo generali, per quanto riguarda i presidi di cui ha bisogno il diabetico, al medico di base che potrà poi provvedere alle successive prescrizioni.

Su motivazione del prescrittore (specialista) può essere aumentata la fornitura dei presidi sanitari.

I fogli annuali di forniture standard vanno rilasciati tutti contestualmente al paziente per evitare inutili accessi. Le autorizzazioni presidi è possibile ritirarli internamente dallo sportello firmata autorizzazione delega, trattamento dei dati e consenso di presa incarico.

Rimane ancora il nodo della competenza territoriale.

3) Accesso a visita specialistica diabetologica anche dalla branca Endocrinologia e Medicina Interna

Decreto 17 Novembre 1998 *esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria per i soggetti affetti da diabete e revoca del decreto 28 settembre 1998.*

La carenza del numero di specialisti convenzionati per branca di diabetologica comporta per coprire il numero degli assistiti le prestazioni sanitarie a medicina interna ed endocrinologi. **Il paziente va inviato da Diabetologia, Endocrinologia, Medicina Interna.**

4) Sistema di prenotazione per criterio di priorità di Accesso secondo gli indirizzi emanati al fine di ottimizzare le prestazioni ambulatoriali relative all'iter clinico ed assistenziale del Paziente Diabetico si è abbinato al Sistema Cronologico di Prenotazione un Sistema per Criteri di Priorità, secondo indicazione clinica del medico prescrittore utile ad una valutazione diagnostica per la prevenzione e/o gestione delle complicanze, congruenza al bisogno espresso dal paziente in accesso ai servizi sanitari e riduzione dei tempi di attesa.

MODELLO ESEMPLIFICATIVO

Agenda Di Prenotazione Differenziate Per Criteri Di Priorità Di Accesso

Specialista	Numero ore settimanali di incarico	Sede di prenotazione	Prestazioni con agende di prenotazione differenziate	Prestazioni Prenotabili	Tempo dedicato	N. prestazioni prenotate	Tempo Prestazione
Rossi	QUANTE ORE SETTIMANALI? Dipendenti? Convenzionati?	Cup uff. prenotazione	Agenda Pubblica	89,7- 89.01	2 ore		15'
		1) Sportello Dedicato	PAI (visita DI FOLLOW-UP/presidi/farmaco/ conferma diagnosi esenzione)	89,7- 89.01	3 ore		20'
			Rivalutazione Terapia Pazienti in compenso labile che richiedono rivalutazioni dei piani terapeutici, istruzione ed educazione monitoraggio glicemico	89.01- Prelievo(91.49.1-91,49,2)- MONITORAGGIO GLICEMICO "DIARIO"	2,20 Ora		20
			Scompenso	89,7- 89.01-89.59.1(test cardiovascolare...) MONITORAGGIO GLICEMICO "DIARIO"	2,40 Ora		20
			Paz con Complicanze micro e macro	89,7- 89.01-89.59.1-89,39,3 (Valutazione soglia...) 89.59.1	60		20
			Pacchetto Multiplo MultidisciplinareValutazione complessiva da parte dello specialista del diabete a seguito valutazione cardiologica,oculistica in unico accesso, scelta condivisa dei pazienti con MMG	89,7- 89.01- Valutazione globale	40		20
		Visite domiciliari					
3)Ambulatorio a gestione Integrata	Pazienti con agenda condivisa Specialista-MMG e Sportello dedicato		Ore da dedicare?	Decidere N pazienti da inserire	20'		

¹ Può essere un Paziente già seguito dallo specialista e quindi è un controllo o un paziente seguito da MMG o PO o Altri specialisti inviati che chiedono una rivalutazione Diagnostica con cambiamenti di terapia con esenzione per patologia mai visitato dallo specialista

² Il Numero dei pazienti inseriti nelle agende di priorità dipende dallo storico dei propri pazienti del singolo specialista sul proprio territorio

² I territori che non hanno storico di agenda differenziata bisognerà monitorare i gg di attesa per agenda in modo da apportare possibili modifiche sulle agende differenziate privilegiando quelle con maggiore bisogno del paziente.

³ la specialistica è variabile nelle ore dedicate nei vari territori pertanto si possono unificare la tipologia di visite, Mentre il tempo da dedicare, il numero di prestazioni e quindi di persone è variabile è bisogna pianificarlo sullo storico del bisogno rilevato sul distretto

⁴ E' un esempio con un tempo dedicato di 11,40H ovviamente la specialistica è variabile nelle ore dedicate nei vari territori pertanto si possono unificare la tipologia di visite, Mentre il tempo da dedicare, il numero di prestazioni e quindi di persone è variabile è bisogna pianificarlo sullo storico del bisogno rilevato sul distretto

6. ALCUNI STRUMENTI OPERATIVI



CONSENSO e INFORMATIVA TRATTAMENTO DATI

Gentile Signore/a, il d.lgs. 196/2003, recante il nuovo codice in materia di protezione dei dati personali, stabilisce che alcuni trattamenti di dati personali possono essere effettuati solo con il consenso dell'interessato, il quale deve essere preventivamente informato in merito all'utilizzo dei dati che lo riguardano.

Il "Codice privacy" garantisce che il trattamento dei dati personali sia quindi improntato a principi di correttezza, liceità, legittimità, indispensabilità e non eccedenza rispetto agli scopi per i quali sono raccolti i dati stessi. I dati personali e sensibili che La riguardano, da Lei forniti direttamente, ovvero risultanti dagli esami clinici, di laboratorio e strumentali, vengono trattati esclusivamente per finalità diagnostica e ambulatoriale, secondo le richieste mediche. I dati possono essere altresì trattati per finalità statistiche e di ricerca scientifica, nei casi previsti da norma di legge.

Ogni assistito, titolare di diritti di cui all'art. 7 del Codice privacy, previa richiesta rivolta al titolare o al responsabile di trattamento, può in qualsiasi momento:

- a) conoscere l'origine dei dati personali, le finalità e modalità di trattamento, gli estremi identificativi dei soggetti che li trattano;
- b) ottenere l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei dati che la riguardano, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, se contenuti in documenti suscettibili di tali modificazioni;
- c) opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.

La informo, inoltre, che:

- Questo ambulatorio aderisce ad un progetto di sperimentazione del Percorso Assistenziale per il Paziente affetto da Diabete mellito tipo 2, avviato da alcuni anni dall'AUSL 6.
- Connesso alla sperimentazione è attivo nel suddetto distretto lo Sportello dedicato al Paziente Diabetico con la funzione di informare, snellire e facilitare le procedure assistenziali con la partecipazione attiva e l'integrazione dei diversi sistemi di cura coinvolti (poliambulatori distrettuali, MMG, ospedale) per un migliore controllo della malattia diabetica.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO E PRESA IN CARICO

(art. 76 e 81 D.Lgs. 30/6/03 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali")

Il/La sottoscritto/a.....

Nato/a a il residente..... in Via/piazza

Documento di Riconoscimento.....n.r.....

DICHIARA

di aver ricevuto e compreso l'informativa per il trattamento dei dati personali e sensibili fornitami ai sensi dell'art. 13 del Codice privacy sia inerente alle ordinarie attività che nell'ambito del Progetto del Percorso Assistenziale dedicato al Paziente Diabetico a cui acconsento a partecipare e conseguentemente autorizzo a trattare i miei dati personali e sensibili, da me forniti direttamente, ovvero risultanti dagli esami clinici, di laboratorio e strumentali, che vengono trattati esclusivamente per finalità diagnostica e ambulatoriale, secondo le richieste mediche. I dati possono essere altresì trattati per finalità statistiche e di ricerca scientifica, nei casi previsti da norma di legge.

Luogo e data.....

firma.....

ESAMI EMATICI DA ESEGUIRE PRIMA DELLA PRIMA VISITA
Accertamento e/o Valutazione Diagnostica Complessiva.
(Condivisi da specialisti Poliambulatorio PACENTRO ed estratti da D.R. 03/10/2005)

- Glicemia a digiuno
- Emoglobina glicata (Hb A1c),
- Assetto lipidico (Colesterolo totale, Colesterolo HDL, Trigliceridi,) GGT
- Creatinemia, o Creatinina clearance (esente per patologia)
- Microalbuminuria.
- GOT – GPT – Uricemia
- Esame urine
- PCR

N.B. rispetto alle Linee Guida Regionali di cui al D.A. 11/11/2005 non sono inseriti i seguenti esami ematici: Glicemia post prandium, Emocromo completo, NA/K .

ESAMI EMATICI DI FOLLOW-UP A 3-4 MESI

- Glicemia a digiuno e postprandiale
- Emoglobina glicosilata (HbA1c)
- Esame urine
- Valutazione dell'autocontrollo se prescritto
- Peso con calcolo BMI e altezza
- PAO

ESAMI EMATICI DI FOLLOW-UP ANNUALE

- Emocromo
- Glicemia frazionata
- Emoglobina glicosilata (HbA1c)
- AST/ALT
- Creatinina
- Azotemia
- NA/K
- Colesterolo Totale/HD – Trigliceridi
- Esame urine
- CPK
- Microalbuminuria
- Uricemia
- ECG
- FO

AUTOCONTROLLO GLICEMICO

	Prima di colazione	Due ore dopo colazione	Prima di pranzo	Due ore dopo il pranzo	Prima di cena	Due ore dopo la cena	Prima di Coricarsi
Lunedì	si						
Martedì		si					
Mercoledì			si				
Giovedì				si			
Venerdì					si		
Sabato							si
Domenica						si	

MONITORAGGIO GLICEMICO DA PORTARE CONGIUNTAMENTE AGLI ESAMI

1° giorno ore 8,00
 ore 10,00

2° giorno ore 13,00
 ore 15,00

3° giorno ore 20,00
 ore 22,00

4° giorno ore 8,00
 ore 10,00

5° giorno ore 13,00
 ore 15,00

6° giorno ore 20,00
 ore 22,00

7° giorno ore 8,00

LIBRETTO PAZIENTE

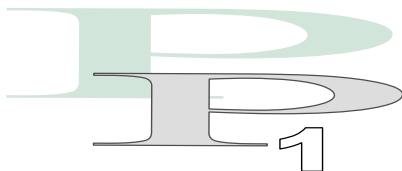
-Chi contribuisce al progetto "Percorso Assistenziale":

Direzione Strategica
Dipartimento Cure Primarie
U.O. Qualità
Specialisti Ambulatoriali dei Distretti

Spec. Dr. _____

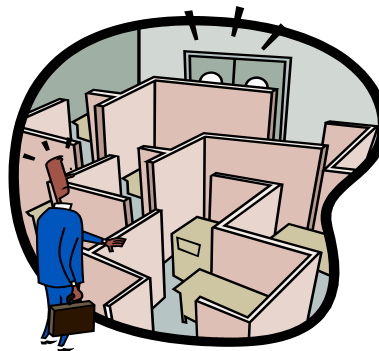
Medico Medicina Generale
Dr. _____

Signor _____



ASP Palermo
DISTRETTO 10

Il mio "Percorso
Assistenziale"...



Porta sempre con te questo documento quando incontrerai i servizi sanitari, ospedalieri o distrettuali. Servirà a curarti in modo più efficace. Consegnalo al personale sanitario e fallo aggiornare.

Per contatti e informazioni recati presso lo Sportello Distrettuale per l'Informazione e l'Educazione dell'Adulto con Diabete del Poliambulatorio Palermo Centro-Distretto 10
Via Turrisi Colonna 43 – Palermo
Tel. 091-7032036; E-mail: d10spotellodiabetico@asppalermo.org

ALLEGATO E2 - Scheda planning del Follow-up 2011

ESAMI /MESE	GENN. 2011	FEBBR. 2011	MAR. 2011	APR. 2011	MAGG. 2011	GIUG. 2011	LUG. 2011	AGOS. 2011	SETT. 2011	OTT. 2011	NOV. 2011	DIC. 2011
GLICEMIA A DIGIUNO												
GLICEMIA 2 ORE DOPO IL PASTO												
HbA1c												
MICROALBUMINURIA												
CREATINEMIA												
AST/ALT (TRANSAMINASI)												
CK (CREATINCHINASI)												
COLESTEROLEMIA LDL/HDL												
TRIGLICERIDEMIA												
URICEMIA												
ECG (N: normale; P: Patol.)												
VISITA OCULISTICA												
F.O.												
VISITA SPECIAUSTICA												
PESO ALTEZZA												
P.A.D.												
BMI.												

AVVERTENZA PER CHI COMPILA LA PRESENTE SCHEDA:

Questa scheda è stata redatta da un gruppo di lavoro multiprofessionale con la partecipazione di specialisti sulla base delle Linee Guida Regionali di cui al D.R. 9/10/2005

la cui sintesi è allegata alla pagina successiva) e serve a pianificare il Follow-up annuale del paziente prevedendo quali prestazioni e quando devono essere erogate.

È preferibile, dopo aver stratificato il paziente in rapporto al suo stadio di patologia, definire il follow-up, possibilmente secondo uno schema annuale.

Basterà mettere una crocetta nella casella per segnalare quando dovrà essere effettuato un dato esame o un controllo, aggiungendo poi il risultato in basso nella stessa casella, dove c'è la linea

7. REGISTRO INFORMATIZZATO

L'attività dello Sportello Distrettuale è monitorata tramite un Sistema Informatizzato Distrettuale del Paziente Diabetico preso in carico, denominato *Gestione Pazienti Diabetici*, su cui potere estrapolare dei dati gestionali e clinici che permettono di registrare concretamente il prodotto sanitario e monitorare, la capacità del servizio di migliorare il livello Informativo e di Integrazione nella presa in carico del paziente nel suo iter di cura, al fine di calibrare l'intervento e operare snodi in termini di miglioramento del servizio erogato.

Il Registro informatizzato è stato costruito utilizzando la formazione pedagogica e di progettazione, bagaglio professionale del referente del Poliambulatorio Centro, seguendo le indicazioni di alcune fonti principali:

- Maggini M, Raschetti R, Giusti A, Lombardo F, Pricci F, Rossi Mori A, et al. Requisiti informativi per un sistema di Gestione Integrata del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto- Documento di indirizzo. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2008°.
- File dati AMD 2008
- Indicatori qualità delle performance assistenziali degli specialisti poliambulatoriali distrettuali elaborati dall'U.O. Qualità 2008-2011

Il Registro specifico alla strutturazione del percorso assistenziale del paziente diabetico è costituito da due cartelle principali:

1) PROFILO PAZIENTE contenente:

- Dati Anagrafici (Cognome, Nome, Codice fiscale, Data di Nascita, Comune di Nascita, Residenza, Telefono, e-mail, Domicilio)
- Condizione sociale (Titolo di studio, Professione, Stato Civile, Situazione abitativa,)
- Dati socio-familiari (Relazione parentela, Sostegno malattia, Risorse sociofamiliari,)
- Dati di cura (MMG, Esenzione, Distretto, Tipo di Diabete, Età Inizio malattia, Familiarità, Data primo contatto, Motivo cancellazione, Specialista Diabete, Tipologia Presa in carico, Tipo di Accesso, Adesione Informata)
- Stile di vita (Fumo, Dieta, Attività fisica)
- Dati antropometrici (Esami Ematici, Altezza, Peso, Circonferenza Vita, BMI, Compenso Glicemico, Autocontrollo)
- Complicanze del paziente (Retinopatia, Cardiopatia Ischemica, Cerebrovasculopatia, Neuropatia, Nefropatia, Piede Diabetico, Vasculopatia periferica, Fattori di Rischio, Altre Patologie)
- Terapia farmacologia (ipoglicemizzanti, insulina, altre terapie farmacologiche,).

2) PROFILO VISITE contenente:

- Data di accesso del paziente.
- Data assegnata.
- Data di erogazione
- Tipo di inviante(paziente, MMG, Specialista del diabete distrettuale, altri specialisti collaterali alla malattia, specialisti esterni al distretto, Presidio Ospedaliero).
- Tipologia di Visita(Prima Visita, Visita di Controllo, Valutazione Diagnostica del piano di cura, Accertamento malattia).
- Tempi di attesa
- Richiesta del paziente e Risposta del Servizio(Informazione, Consulenza, Accompagnamento, Prenotazione Telefonica, Prenotazione Singola, Programmazione Follow-up, Percorso Assistenziale Integrato ed Individualizzato-PAI, Percorso Assistenziale Complesso-PAC, Raggruppamenti Prestazioni Multiple-PM, Seduta Educazionale, screening, Recall Telefonico).
- RISCHI e COMPLICANZE
- Tipologia Follow-up (annuale a carico del MMG, condiviso tra Specialisti Distrettuali, condiviso tra Specialista Diabete e MMG -scadenze a 3-6-12 mesi-, Follow up con urgenza¹, Follow up condiviso con PO, Follow up clinico-assistenziale).
- Lista Persone in attesa.

Di seguito si riporta lo schema di massima dell'intervista semi-strutturata utilizzata dal personale dello sportello con competenze di comunicazione ed educative per la raccolta dati.



Districto 42 PA Centro



DATA	NOME PAZIENTE	ETA'	1 ^a VISITA Accertamento	Impostazione Piano di Cura	Follow-up	DISTRETTO PROVENIENZA	ACCESSO *	RICHIESTA PAZIENTE	Tipo Diabete	Consegna referto a fine Visita SVNO	SERVIZI OFFERTI **	VISITE PRENOTATE ***	TEMPO DI ATTESA **** E-15g, -M-15g, L-30g, -ML->60 g, T.R. (Criteri Priorità)

* Accesso: A D Diretto - M.M.G.(Medico di Medicina Generale) - D Diabetologo - AS Altri Specialisti - P.O. Presidio Ospedaliero - PT Prenotazione Telefonica
 ** I Informazione - A Accompagnamento - O Orientamento prestazioni sanitarie - P Prenotazione - P.M. Prenotaz. Multiple, - PF Programmazione follow-up - **PAC (Pacchetto Assistenziale Complesso ELIMINATO A fronte PM)** PAI (Prestazione Assistenziale Integrata) - C.I. Consulenza Indirizzamento - PS presa in carico sociale - FT Follow-up telefonico (>15g) RT Recall Telefonico
 *** Visite Prenotate/effettuate: V. C. Cardiologica + ECG - V. D. Diabetologica - V. O. Oculistica - T.S.A. - Ecocardio F.O. Fondo dell'Occhio - E.L. Es. di laboratorio
 **** B Breve - M Medio - L Lungo - ML Molto lungo - T.R. Tempo Richiesto

7.1 INTERVISTA SEMISTRUTTURATA: Primo Contatto Paziente

AREA DELLA DEFINIZIONE DEL CONTRATTO(Definizione del nostro ruolo,della nostra posizione interno sistema di riferimento,definizione delle premesse dell'operatore O.R.A.,definizione della finalità generale dell'intervista.)

Operatori della Relazione di Aiuto “O. R. A” dedicati al paziente diabetico con il compito di aiutare il paziente tutte le volte che si reca al distretto, facilitando i rapporti con i diversi specialisti, informando sugli orari, le visite, le prassi amministrative per rilascio esenzione, presidi, ausili.

I pazienti che vengono inseriti in questo percorso assistenziale e danno il consenso al trattamento dei dati usufruiranno di specifici servizi:

- Pianificazione delle visite.
- Raccordo tra lo specialista ed il paziente comunicando e raccordando giorni, orari e visite che la persona deve effettuare.
- Snellire il percorso di cura creando accessi di prenotazione dedicati al Paziente Diabetico in modo da ridurre i tempi di attesa.
- Pacchetto Multiplo Multidisciplinare la possibilità di effettuare visite specialistiche diverse nella stessa giornata, avere comunicazione e ritirare la diagnosi e l'eventuale modifica alla terapia in giornata.
- Il richiamo telefonico qualora il paziente prenota una visita da effettuare oltre i 15 giorni.
- La registrazione della scheda è coperta da segreto professionale, inoltre se dalla conversazione si rileva un dato significativo per il medico volto a prevenire disturbi o facilitare il processo di auto-cura da parte del paziente sarà cura nostra trasmettere l'informazione al suo medico.

Pertanto il fine ultimo dello sportello è fungere da cerniera all'interno del distretto.

Il servizio integrato al contesto ambulatoriale, cercherà di rispondere ai bisogni del paziente di informazione, comunicazione ed indicazioni di supporto sul percorso di cura in termini clinici ed amministrativi.

AREA DEI DATI ANAGRAFICI

(Nome e cognome,Età, data e luogo di nascita,Titolo di studio e attività lavorativa,)

- Titolo di studio
- Attività lavorativa
- Dove vive.

AREA DATI FAMILIARI

(Definizione della specificità della famiglia, composizione nucleo, abitazione e luogo di residenza)

- Da quanti membri è composta la sua famiglia?
- Dove vive e con chi abita?

- C'è qualcuno della famiglia che la sostiene nella cura della malattia.? se è sì, chi? Ed in cosa maggiormente la sostiene, nella gestione dell'alimentazione, accompagnamento visite ...

AREA DELLE ASPETTATIVE (Definizione delle aspettative del servizio, definizione delle motivazioni,definizione del tempo della malattia).

-A quali bisogni vorrebbe che lo sportello Paziente diabetico rispondesse?

-Da quanto tempo ha la malattia.

- Quale la terapia segue.

- Quali comportamenti ha attivato per migliorare il suo stato di salute?

- E rivolti a quale ambito? A secondo del feedback si può facilitare fornendo l'indicazione degli ambiti:Dieta-Attività Fisica –astensione fumo.

- Come è avvenuto l'accesso al distretto.

-Chi è il medico di famiglia.

-Se nel futuro dovessimo strutturare dei momenti individuali o di gruppo di approfondimento sulla malattia e la sua gestione a casa è interessata? Se è sì ? Individuali o di gruppo.

AREA CONCLUSIVA AL PRIMO INCONTRO DELL'INTERVISTA

Sintesi della conversazione. Ricordo data, visita, orario, nome specialista e piano. Si fornisce brochure con le informazioni generali dello sportello Paziente Diabetico.

8. RISORSE UMANE IMPIEGATE

Il Funzionamento dello “**Sportello Distrettuale per l’Informazione e l’Educazione dell’Adulto Con Diabete**” sperimentato al poliambulatorio PA-Centro è inserito all’interno dei risultati raggiunti del progetto “*Modello operativo condiviso e integrato di umanizzazione dell’accesso ed utilizzo dei servizi socio-sanitari per minori e per adulti affetti da patologie croniche*” **Rif. D.A. n.01659/07 del 02/08/07.**

Le figure professionali, facenti parte del progetto, sono costituite da una componente tecnica ed una amministrativa qualificata. Trattasi di competenze relazionali –educative –metodologiche e di progettazione di figure quali, Amministrativo qualificato- Assistente Sociale, Educatore, Pedagogista-Counsellor .

La suddetta convenzione, oltre ad essere mossa dal principio di salvaguardia dei posti dei medesimi lavoratori si pone l’obiettivo di utilizzo e recupero del bagaglio esperienziale e professionale delle Risorse Umane del *Centro Paolo Borsellino*, con la possibilità di usufruire l’azienda sanitaria pubblica di personale qualificato in ambito socio-relazionale per avviare programmi di presa in carico globale del paziente(nelle sue variabili biologiche e psico-socio-relazionali) che favoriscano un percorso di umanizzazione nell’accesso ed utilizzo dei servizi sanitari e il potenziamento delle risorse personali e relazionali da parte del paziente per fare fronte alle problematiche di gestione della malattia, e nello specifico per le malattie croniche. Le patologie croniche si configurano come ambito prioritario di intervento per il sistema sanitario, per l’impatto economico e di mortalità, costituendo una grande sfida sia in termini di costi(riduzione dei ricoveri e dell’uso dei servizi) sia di capacità di “guadagno di salute” per il paziente.

La letteratura scientifica e gli indirizzi emanati è unanime nel riconoscere la necessità di utilizzare personale idoneo allo Sportello in grado di collegare al suo interno interventi strutturati differenziati di informazione ed educazione per una gestione efficace del paziente. La necessità di fare fronte alle molteplici manifestazioni della sofferenza implica l’intervento congiunto di un’equipe interdisciplinare di operatori che integrino le differenti competenze professionali in una presa in carico globale del malato.

L’intervento inoltre non riguarda il solo malato ma l’unità di cura infatti diventa l’intero nucleo familiare.

L’attività dello sportello è articolata in due **Macroobiettivi Prioritari:**

1 Accoglienza, Indirizzamento e Presa in carico del Paziente

➤ Utilizzo di personale sanitario, non sanitario(anche contrattista) o misto.

2 Attività di Informazione, Gestione Dato ed Educazione Strutturata

➤ Utilizzo di personale formato e con competenze comunicative, relazionali,

(Assistente Sociale, Educatore, Pedagogista, Amministrativo qualificato)

QUADRO NORMATIVO

Legge 115/1987 “Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito”, “Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito”, fortemente voluto dalla FAND (Federazione Nazionale Associazioni Diabetici) e supportato dalle Società Scientifiche Diabetologiche. Essa si prefiggeva di regolamentare ed organizzare il settore della diabetologia in Italia, istituendo i Servizi Specialistici di Diabetologia, attribuendo un grosso rilievo alla prevenzione e stabilendo la fornitura gratuita dei presidi diagnostici. La legge 115, inoltre, entrava nel merito della collaborazione con il MMG, figura d’importanza fondamentale *nell’assistenza integrata* al diabetico.

Il Piano Sanitario Nazionale 1994-96, ribadisce che *“tra le aree d’intervento prioritario, è compresa la completa attuazione della normativa sulla prevenzione, assistenza e cura delle patologie diabetiche di cui alla legge 115/87, in particolare attivando un sistema integrato, fondato su attività di primo e secondo livello diffuse sul territorio...”*

La legge 502\92, “Riordino delle discipline in materia sanitaria”, provvede ad identificare nei compiti istituzionali dell’azienda sanitaria l’area di prevenzione non solo ambientale, ma anche delle malattie croniche ad alto impatto sociale (art. n° 1), come il diabete mellito. Stabilisce ,inoltre, livelli uniformi d’assistenza territoriale e livelli uniformi di salute (art. n° 1, comma ter) e garantisce, mediante la fondamentale collaborazione con i MMG, il conseguimento degli obiettivi fondamentali di salute definiti dal Piano Sanitario Nazionale (art. n° 8).

Anche la DECRETO 28 settembre 1998. - Esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria per i soggetti affetti da diabete *Ravvisata l’opportunità di dare concreta attuazione alle disposizioni sopracitate, concernenti le esenzioni, al fine di realizzare condizioni di uniformità di trattamento tra i soggetti diabetici residenti nella Regione con quelli del restante territorio nazionale affetti dalla stessa patologia; per le visite specialistiche inerenti al diabete ed alle sue complicanze effettuate presso le divisioni di medicina interna o servizi di endocrinologia delle Aziende ospedaliere o policlinici universitari esistenti sul territorio della Regione, nonché presso le strutture ambulatoriali delle medesime branche specialistiche delle Aziende unità sanitarie locali, sono esentati dal corrispondere sia la quota di partecipazione alla spesa sanitaria.....per le visite specialistiche di altre branche mediche, purché la necessità di dette consultazioni sia certificata da specialisti in servizio presso le strutture indicate al comma superiore e gli stessi dichiarino che tali consultazioni sono correlate a complicanza della patologia diabetica.*

Legge 229\99 recita che *“Le regioni definiscono le funzioni assistenziali nell’ambito delle attività che rispondono alle seguenti caratteristiche generali: programmi a forte integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento all’assistenza per patologie croniche, di lunga durata, recidivanti...”*.

La Regione Sicilia ha emanato un Decreto Presidenziale in data 11 maggio 2000, con il quale ha varato il Piano Sanitario Regionale. Tale documento al punto 3, paragrafo 5. indica la classificazione degli Ospedali e dei Dipartimenti Ospedalieri. In tale sede il documento recita: *“ Al fine di consentire un adeguato sviluppo ed integrazione della rete diabetologica regionale, nonché per assicurare la collaborazione specialistica con i MMG e Pediatria di Base per i programmi di educazione all’autocontrollo domiciliare, e di consulenza specialistica per la prevenzione delle complicanze, i DDGG delle AASSLL organizzeranno l’attività di diabetologia territoriale con i compiti previsti dalla lettera a) dell’art.5 della legge 115/1987. Al punto 5, paragrafo 3, comma 19 evidenzia le patologie di particolare rilievo sociale e si riferisce in particolare al: “diabete mellito, patologia per la quale è necessario un continuo miglioramento e la costante verifica della qualità dell’assistenza, così come previsto nel PSN.*

Assessorato della sanità, decreto 30 aprile 2002 “Linee guida generali per la prevenzione delle complicanze acute e croniche legate alla malattia diabetica”.

Assistenza al paziente diabetico. Raccomandazioni cliniche ed organizzative di AMD-SID-SIMG
Piano Sanitario Nazionale 2003 – 2005

Conferenza Stato Regioni 23 Marzo 2005 -Piano Nazionale della Regione Siciliana 2005-2007 linee operative per la pianificazione regionale “Allegato 2 Progetto,Integrazione,Gestione e assistenza del diabete(IGEA).

D.R. 3 ottobre 2005 Linee guida per il trattamento diagnostico-clinico-terapeutico del diabete e dell’artrite reumatoide.

Decreto dell’Assessore Regionale alla Sanità n° 6065 del 29/7/2005 la Regione Siciliana ha individuato il “*Disease Management del diabete mellito di tipo 2*”

DECRETO 8 agosto 2007 Esecutività dell'accordo regionale di assistenza primaria, *Il MMG di ogni distretto si impegna a partecipare all’applicazione nella pratica clinica dei percorsi di assistenza.*

Decreto 23 febbraio 2007 Accordi regionali dei medici specialisti ambulatoriali interni e delle altre professionalità ambulatoriali, stipulati ai sensi dell’accordo collettivo nazionale 23 marzo 2005.

Piano di contenimento e di riqualificazione del SSR 2007-2009.

DOE/1/2038 del 28/11/2007 Piano Regionale di Prevenzione il Disease Management del Diabete Mellito di tipo 2 sono stati coinvolti i Direttori Generali delle aziende USL, i Direttori dei Distretti, i responsabili delle Unità Operative Qualità, con illustrazione del programma di Prevenzione “*Il Disease Management del diabete mellito di tipo 2*”.

D.A. n.01659/07 del 02/08/07 Progetto “Modello operativo condiviso ed integrato di umanizzazione dell’accesso ed utilizzo dei servizi socio-sanitari per minori e per adulti affetti da patologie croniche “Referente PaCentro Fincato Maria”.

Documento Direzione Generale, n. 424/DG, trasmesso al Dipartimento Osservatorio Epidemiologico Prot. DOE/1/n.0030 del 11 gennaio 2008 *Attivazione nei distretti cittadini di uno sportello dedicato di “Informazione del paziente diabetico con la funzione di informare i pazienti, snellire le procedure interne al distretto ed operare in piena sintonia con tutti gli attori dell’assistenza(MMG,specialisti territoriali ed ospedalieri)....l’esistenza di questi sportelli distrettuali potranno costituire un elemento facilitante per la gestione integrata MMG-Specialista.*

Indicatori e sistemi di monitoraggio delle performance assistenziali degli specialisti poliambulatoriali distrettuali elaborati dall’U.O.Qualità 2005

D.A. n. 2654/09 “Programma regionale per l’ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali rese dalle strutture sanitarie pubbliche ospedaliere e territoriali”

L.R. 14 aprile 2009, n.5 Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale

D.A. n.0723/10 Linee Guida sulla Riorganizzazione dell’attività Territoriale (PTA – CURE PRIMARIE-GESTIONE INTEGRATA –DAY SERVICE TERRITORIALE) di cui all’art. 12 c. 8 della L.R. 5/2009 di riordino del SS

DECRETO 12 agosto 2010. Regolamento di gestione delle prescrizioni.

D.A Settembre 2010 Accordo regionale di assistenza primaria.

Lo “**Sportello Distrettuale per l’Informazione e l’Educazione dell’Adulto Con Diabete** previsto da D.A. n.01659/07 del 02/08/2007 è stato realizzato dalle seguenti figure professionali:

Accolla Annalisa Assistente Sociale
Raccampo Fabiola Educatrice
Di Fresco Maria Rita Amministrativo

Referente del Progetto Distretto PaCentro
Dott.ssa Maria Fincato

Referente Commissione Gestione Integrata
Dott. Salvatore Vizzi