ASP PALERMO
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Progetto Obiettivo
di Piano Sanitario Nazionale 2010
"Attivazione percorsi di formazione per personale delle Organizzazioni di Volontariato"

Metodi e strumenti per l'empowerment del paziente cronico

A. S. P.
(Azienda Sanitaria Provinciale)

COMPITI

GARANTIRE I BISOGNI DISALUTE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE NEL PROPRIO TERRITORIO SIA IN MODO DIRETTO CHE ATTRAVERSO SOGGETTI (MMG/PLS) E/O STRUTTURE CONVENZIONATE (AMBULATORI E CASE DI CURA)

A. S. P.
(Azienda Sanitaria Provinciale)

DIRIGENZA APICALE

DIRETTORE GENERALE

DIRETTORE SANITARIO

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

A. S. P.
(Azienda Sanitaria Provinciale)

DIRETTORE GENERALE

- E’ IL RAPPRESENTANTE LEGALE DELL’AZIENDA
- E’ COLUI CHE PRENDE TUTTE LE DECISIONI E TIENE I CONTATTI CON GLI ENTI, LE ISTITUZIONI, I SOGGETTI ESTERNI ALL’AZIENDA SIA DIRETTAMENTE CHE ATTRAVERSO SUOI DELEGATI
- HA IL POTERE DI DELIBERARE SIA DA SOLO CHE DOPO IL PARERE DEI DIRETTORI SANITARIO E AMMINISTRATIVO

A. S. P.
(Azienda Sanitaria Provinciale)

DIRETTORE SANITARIO

- E’ COLUI CHE HA IL COMPITO DI VALUTARE, DARE INDICAZIONI E DISPOSIZIONI PER TUTTO CIO’ CHE RIGUARDA GLI ASPETTI STRETTAMENTE LEGATI ALLE MATERIE SANITARIE
- HA LA RESPONSABILITA’ DEL CORRETTO FUNZIONAMENTO DEI DIPARTIMENTI SANITARI AZIENDALI
- HA IL POTERE DI PROPORRE DECISIONI E FORNIRE PARERI AL DIRETTORE GENERALE
- OPERA IN MASSIMA SINTONIA CON IL DIRETTORE GENERALE E CON IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

A. S. P.
(Azienda Sanitaria Provinciale)

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

- E’ COLUI CHE HA IL COMPITO DI VALUTARE, DARE INDICAZIONI E DISPOSIZIONI PER TUTTO CIO’ CHE RIGUARDA GLI ASPETTI STRETTAMENTE LEGATI ALLE MATERIE AMMINISTRATIVE
- HA LA RESPONSABILITA’ DEL CORRETTO FUNZIONAMENTO DEI DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI AZIENDALI
- HA IL POTERE DI PROPORRE DECISIONI E FORNIRE PARERI AL DIRETTORE GENERALE
- OPERA IN MASSIMA SINTONIA CON IL DIRETTORE GENERALE E CON IL DIRETTORE SANITARIO

A. S. P.
(Azienda Sanitaria Provinciale)

DIRETTORI DI STRUTTURE COMPLESSE

COORDINATORE SANITARIO AREA TERRITORIALE

COORDINATORE AMMINISTRATIVO AREA TERRITORIALE

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE P. O.

DIRETTORE DISTRETTO

DIRETTORE PTA

DIRETTORE ALTRE UOC

REPUBBLICA ITALIANA

Anno 64° - Numero 45

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REGIONE SICILIANA

PARTE PRIMA — Palermo - Venerdì, 15 ottobre 2010

SI PUBBLICA DI REGOLA IL VENERDI'
Sped. in a.p., comma 20/c, art. 2, L. n. 662/96 - Filiale di Palermo

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE: VIA CALTANISSETTA 2-E, 90141 PALERMO
INFORMAZIONI TEL. 091/7074930-928-804 - ABBONAMENTI TEL. 091/7074925-931-932 - INSERZIONI TEL. 091/7074936-940 - FAX 091/7074927

La *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana (Parte prima per intero e i contenuti più rilevanti degli altri due fascicoli per estratto) è consultabile presso il sito Internet: http://gurs.regione.sicilia.it accessibile anche dal sito ufficiale della Regione www.regione.sicilia.it

SOMMARIO

DECRETI ASSESSORIALI

Assessorato delle attività produttive

DECRETO 8 ottobre 2010.

Ulteriore proroga del termine di cui all'avviso pubblico per la concessione delle agevolazioni in favore della ricerca, sviluppo ed innovazione previste dall'art. 5 della legge regionale 16 dicembre 2008, n. 23. . . . pag. 3

DECRETO 2 luglio 2010.

Graduatoria delle operazioni mature presentate nell'ambito della prima finestra a valere sulla linea di intervento 6.1.4.3. - P.O. FESR 2007/2013, asse VI Sviluppo urbano sostenibile - ed elenco delle escluse . pag. 12

DECRETO 2 luglio 2010.

Graduatoria delle operazioni mature presentate nel-

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 6 settembre 2010.

Accordo regionale di assistenza primaria.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge istitutiva del servizio sanitario nazionale

Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana (p. I) n. 31 del 22 luglio 2011 (n. 30)

REPUBBLICA ITALIANA

Anno 64° - Numero 31

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REGIONE SICILIANA

PARTE PRIMA — Palermo - Venerdì, 22 luglio 2011

SI PUBBLICA DI REGOLA IL VENERDI'
Sped. in a.p., comma 20/c, art. 2, L. n. 662/96 - Filiale di Palermo

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE: VIA CALTANISSETTA 2-E, 90141 PALERMO
INFORMAZIONI TEL. 091/7074930-928-804 - ABBONAMENTI TEL. 091/7074925-931-932 - INSERZIONI TEL. 091/7074936-940 - FAX 091/7074927

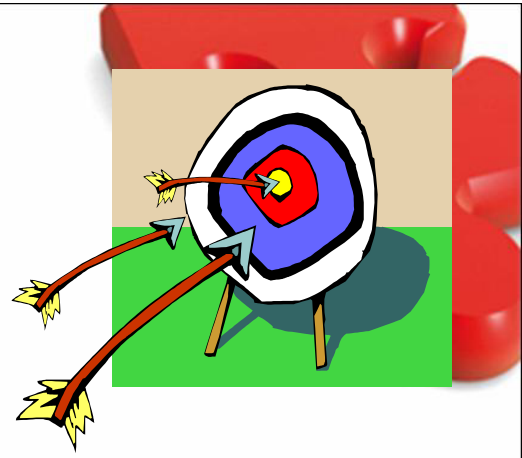
ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 29 giugno 2011.

Accordo integrativo regionale di pediatria.

OBIETTIVI L. R. N° 5

Guadagnare Salute



Per il Paziente

- Informazione corretta
- Accompagnamento durante la cura
- Accessibilità e Fruibilità dei servizi
- Snellimento iter burocratico
- Riduzione dei tempi di attesa

Per la Struttura

- Ottimizzare le risorse
- Appropriatezza
- Competenza

NUOVE STRUTTURE L. R. N° 5

P T A

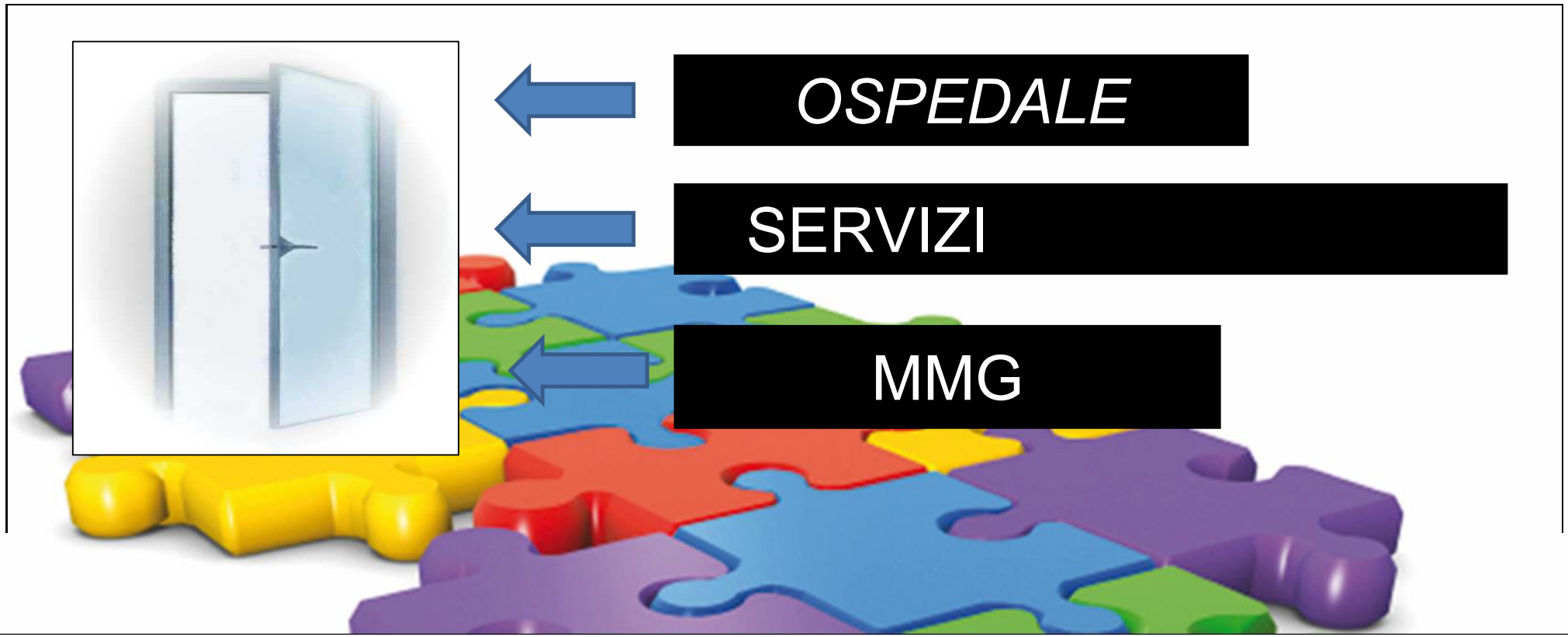
(Presidio Territoriale di Assistenza)

PORTA DI INGRESSO E INTEGRAZIONE TRA I SISTEMI DI CURA

NUOVE STRUTTURE L. R. N° 5

P T A

(Presidio Territoriale di Assistenza)



NUOVE STRUTTURE L. R. N° 5

P T A
(Presidio Territoriale di Assistenza)

- Sportello Anagrafe Assistiti dei PTA Distrettuali dove è possibile provvedere alla scelta/revoca del Medico di Medicina Generale(MMG) o al Pediatra di Libera Scelta(PLS).

NUOVE STRUTTURE L. R. N° 5

P T A
(Presidio Territoriale di Assistenza)

- **Sportello Esenzione Tcket dei PTA Distrettuali dove è possibile ottenere l'attestato di esenzione dal Ticket per patologia, reddito, invalidità civile.**

NUOVE STRUTTURE L. R. N° 5

P UA
(Punto Unico di Accesso)

VI POSSONO ACCEDERE:

- **PAZIENTE**
- **SUOI FAMILIARI**
- **ALTRO**

NUOVE STRUTTURE L. R. N° 5

P UA
(Punto Unico di Accesso)

- Il Paziente viene accolto al PUA dei PTA Distrettuali e riceve le informazioni sul percorso e sui compiti dello sportello.
- Viene Aperta una Scheda- Paziente(se il pz. non è registrato) o Aggiornata (per pz. in carico).
- Gli Operatori Inviano o Pianificano invio del paziente allo specialista.
- L'operatore registra in una Banca dati l'iter del singolo paziente in carico al distretto che consente di monitorare

NUOVE STRUTTURE L. R. N° 5

C U P

(Centro Unificato Prenotazione)

Sportello dei PTA Distrettuali dove è possibile

prenotare prestazioni specialistiche(visite, esami del sangue, radiografie, ecografie, etc.)

sia per lo stesso PTA che per altre sedi della della provincia.

NUOVE STRUTTURE L. R. N° 5

C U P

(Centro Unificato Prenotazione)

Sportello Informativo URP dei PTA Distrettuali dove è possibile ricevere informazioni e presentare eventuali reclami su presunti o reali disservizi che si siano verificati.

NUOVE STRUTTURE L. R. N° 5

C U P

(Centro Unificato Prenotazione)

Sportello Cassa Pagamento Ticket dei PTA Distrettuali dove è possibile provvedere al pagamento del ticket se dovuto.

RIORGANIZZARE E RIQUALIFICARE IL SISTEMA "CURE PRIMARIE"

sulla base dei riferimenti della L.R. n. 5 del 17/04/2009 e della Conferenza Stato-Regionui del 25/03/2009

1 RIORGANIZZARE E RIORIENTARE L'ASSISTENZA TERRITORIALE

- PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA - PTA
- PUNTO UNICO DI ACCESSO ALLE CURE
- ASSOCIAZIONISMO MMG, PLS, SPECIALISTI
- COLLEGAMENTO CON "RETE DEI SERVIZI" SANIT. E SOCIALI
- CONTINUITA' ASSISTENZIALE h24

2 MIGLIORARE I PERCORSI DI CURA, IN PARTICOLARE DEI PAZIENTI CRONICI

- GESTIONE INTEGRATA MMG/PLS-SPECIALISTI-INFERMIERI SU TARGET DI PAZIENTI CRONICI
- RIORGANIZZAZIONE DELLA FUNZIONE SPECIALISTICA (Team Multiprofessionali Integrati)
- RIQUALIFICAZIONE DELLA FUNZIONE INFERMIERISTICA NELLA GESTIONE DEI PAZIENTI CRONICI

3 PROMUOVERE L'INTEGRAZIONE TERRITORIO-OSPEDALE E PREVENIRE L'OSPEDALIZZAZIONE

- PERCORSI ASSISTENZIALI INTEGRATI
- DAY SERVICE TERRITORIALI PER PAZIENTI CRONICI COMPLESSI
- DIMISSIONI PROTETTE E CONNESSIONE CON LA RETE DELLA DOMICILIARITA' E DELLA RESIDENZIALITA'

4 RENDERE IL CITTADINO INFORMATO E IL PAZIENTE ESPERTO E CONSAPEVOLE

- SVILUPPO DI PROGRAMMI DI INFORMAZIONE SULL'USO DEI SERVIZI
- SVILUPPO DI PROGRAMMI DI EDUCAZIONE COORDINATA SU TARGET DI PAZIENTI CRONICI E CAREGIVER FAMILIARI
- SVILUPPO DI PROGRAMMI DI FORMAZIONE E COINVOLGIMENTO DI RAPPRESENTANTI DEL VOLONTARIATO NEI PROGRAMMI DI EDUCAZIONE DEI PAZIENTI CRONICI

5 PROMUOVERE INNOVAZIONI TECNOLOGICHE

- RETE INFORMATIZZATA TRA SERVIZI DISTRETTUALI E OSPEDALIERI
- REGISTRO PAZIENTI FRAGILI

In questa direzione **il PTA**

PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA

introdotto dall'art. 12 c. 8 della L.R. n. 5/2009

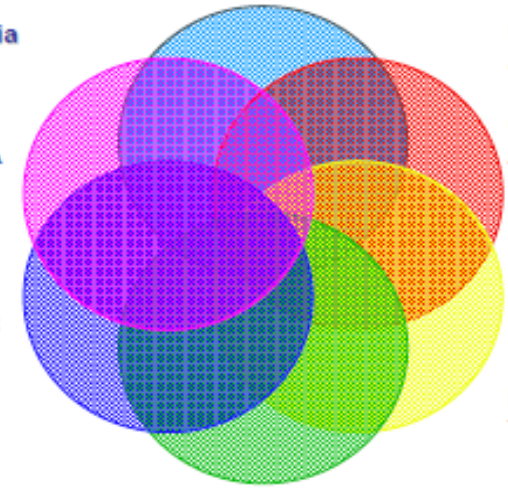
rappresenta il perno della riorganizzazione dei servizi territoriali

FIGURA 2 - P.T.A. - PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA: VERSO UN NUOVO ORIENTAMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI

RETE DEI SERVIZI ESSENZIALI DISPONIBILI
in unica struttura o in collegamento funzionale:

PUNTO UNICO DI ACCESSO
ALLE CURE PRIMARIE
+
PUNTO UNICO DI ACCESSO
ALLE CURE DOMICILIARI

SPECIALISTICA, inclusa Piccola Chirurgia ambulatoriale di emergenza + DIAGNOSTICA specialistica



UTAP con MMG, PLS e Continuità Assistenziale

PREVENZIONE: Vaccinazioni, Screening, Altri servizi essenziali

SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI PER MINORI, FAMIGLIE E TARGET FRAGILI

SERT, SALUTE MENTALE, ALTRI SERVIZI ESSENZIALI

PTA
PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA

Il PTA è un nuovo modello di organizzazione dell'assistenza che pone al centro il paziente facilitando l'accesso ai servizi e l'iter assistenziale complessivo.

OSPEDALE

SERVIZI TERRITORIO

MMG

PTA
PORTA D'INTEGRAZIONE
TRA I SISTEMI DI CURA

Unico accesso
Prenotazione
Programmazione Intervento Personalizzato

Dove ? Chi? Come ?

DISTRETTO 42

•Il Paziente viene accolto al PUA dei PTA Distrettuali e riceve le informazioni sul percorso e sui compiti dello sportello.
• Viene Aperta una Scheda- Paziente(se il pz. non è registrato) o Aggiornata (per pz. in carico).
•Gli Operatori Inviano o Pianificano invio del paziente allo specialista.
•L'operatore registra in una Banca dati l'iter del singolo paziente in carico al distretto che consente di monitorare i nuovi casi.

PROTOCOLLI CONDIVISI ED INTEGRATI

AMBULATORI SPECIALISTICI

ALTRIE CONSULENZE SPECIALISTICHE

TICKET

--

PRENOTAZIONE

LABORATORIO ED EVENTUALI ALTRE INDAGINI

PRESIDI/AUSILI

ESENZIONE

PAZIENTE:
- INVIATO DAL MMG,
-- ARRIVO SPONTANEO

DIAGNOSI
PIANIFICAZIONE
CONTROLLO A DISTANZA

UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO - URP

- garantire l'esercizio dei diritti di informazione, di accesso agli atti e di partecipazione (legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni);
- agevolare l'utilizzazione dei servizi offerti ai cittadini, anche attraverso l'informazione sulle disposizioni normative e amministrative, e sulle strutture e sui compiti dell'amministrazione;
- promuovere l'adozione di sistemi di interconnessione telematica, coordinare le reti civiche, promuovere e gestire quindi la Comunicazione istituzionale on line,
- promuovere l'ascolto dei cittadini e i processi di verifica della qualità dei servizi e di gradimento degli utenti;
- garantire lo scambio di informazioni fra l'ufficio e le altre strutture operanti nell'amministrazione, promuovendo e organizzando la comunicazione interna;
- promuovere la comunicazione interistituzionale, attraverso lo scambio e la collaborazione tra gli uffici per le relazioni con il pubblico delle altre amministrazioni, come ad esempio attraverso la costituzione di reti di URP.

ASSISTENZA SANITARIA DI BASE SPECIALISTICA E DIAGNOSTICA

Riorganizzazione delle modalità erogative attraverso lo Sviluppo di una prassi di **“ GESTIONE INTEGRATA” tra Specialisti-MMG/PLS -Infermieri**

- Sportello Dedicato ai Pazienti fragili
- Servizio Infermieristico
- Ambulatori dedicati per patologia
- Day service ambulatoriale territoriale

SPORTELLO DI ACCOGLIENZA, INFORMAZIONE ED INDIRIZZAMENTO DEL PAZIENTE FRAGILE (diabete, scompenso, disabilità)"

- Lo sportello gestisce e facilita l'applicazione dell'iter clinico-assistenziale del paziente
- Rappresenta lo snodo centrale di un "Percorso Assistenziale" *evidence-based*, condiviso tra tutti i professionisti che contribuiscono al processo assistenziale (MMG/PLS, Infermieri e Specialisti distrettuali e, progressivamente, anche ospedalieri), al cui interno vengono inglobati indicatori di monitoraggio delle *performance* e dei risultati, che possano mettere in luce e valorizzare i contributi dei singoli attori assistenziali.

FINALITA' E OBIETTIVI GENERALI DELLO SPORTELLO

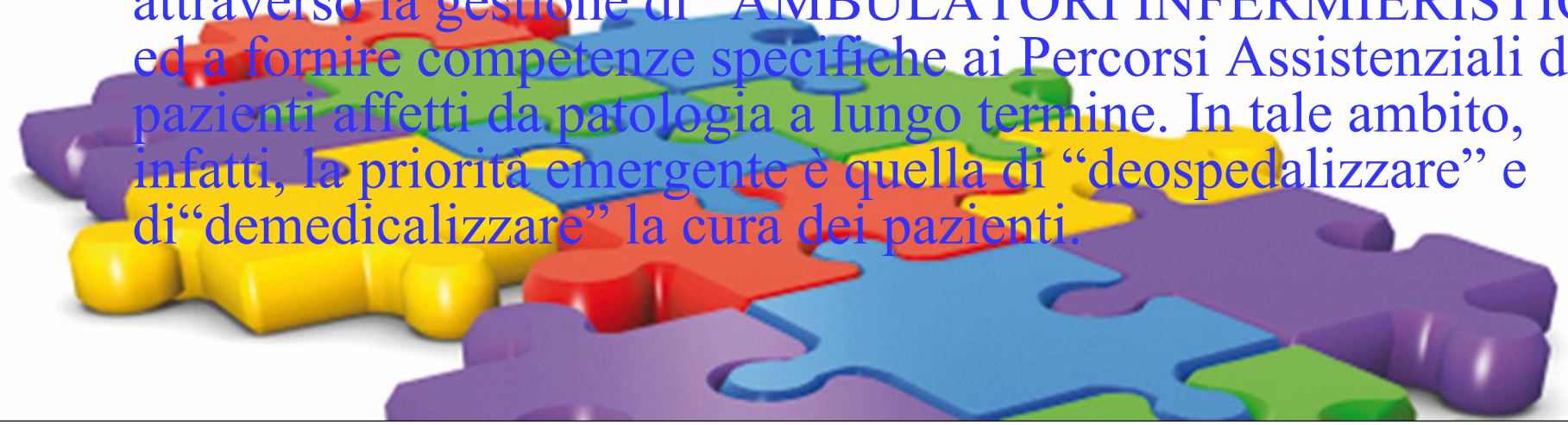
- Riorientare i servizi territoriali verso l'affermarsi della continuità assistenziale, prioritariamente per il *target* dei pazienti cronici;
- Concentrare le prestazioni specialistiche in un numero ridotto di accessi per i *target* più complessi di pazienti, che si rivolgono ai servizi per più di una prestazione (es.:visita diabetologica, controllo con altro specialista, esami di laboratorio, rilascio ausili, etc.) ;
- Migliorare e favorire l'integrazione tra i diversi professionisti (non solo medici ed infermieristici) ed i differenti livelli del sistema sanitario;

FINALITA' E OBIETTIVI GENERALI DELLO SPORTELLO

- Creare il "Registro dei pazienti cronici",
- Sviluppare iniziative sistematiche di informazione del paziente, finalizzate al migliore uso dei servizi (conoscenza dei servizi e dell'offerta, orientamento al loro uso appropriato, elaborazione e diffusione della modulistica), di accoglienza e di supporto attivo per il soddisfacimento dei bisogni e per la buona riuscita del suo percorso di cura;
- Snellire gli iter burocratici sulla base del principio che "girano le carte e non il paziente"

SERVIZIO INFERMIERISTICO

- La riqualificazione della funzione infermieristica è una chiave di volta importante per la riorganizzazione e la riqualificazione delle funzioni territoriali, in particolare per la gestione dei pazienti cronici.
- Le figure infermieristiche forniranno un contributo sostanziale nella Gestione Integrata, nei Team Multiprofessionali Integrati e nelle diverse forme più estese di aggregazione, come le AFT e le UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie).
- Queste figure centrali saranno chiamate a riorganizzare le attività attraverso la gestione di "AMBULATORI INFERMIERISTICI" ed a fornire competenze specifiche ai Percorsi Assistenziali dei pazienti affetti da patologia a lungo termine. In tale ambito, infatti, la priorità emergente è quella di "deospedalizzare" e di"demedicalizzare" la cura dei pazienti.



SERVIZIO INFERMIERISTICO

Esistono vari tipi di Ambulatorio Infermieristico: oltre quello "generico" (che si occupa di medicazioni, prelievi, rimozione punti di sutura, terapie iniettive e infusionali), esistono esperienze di Ambulatori Infermieristici specializzati su varie patologie (Diabete, Scompenso, Stomie, etc.).

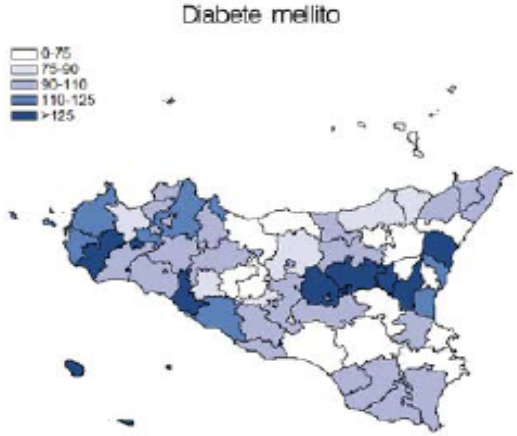
AMBULATORI DEDICATI

Potenziamento della gestione integrata attraverso l'approccio multidimensionale e multidisciplinare, rivolto a pazienti cronici di bassa e media complessità

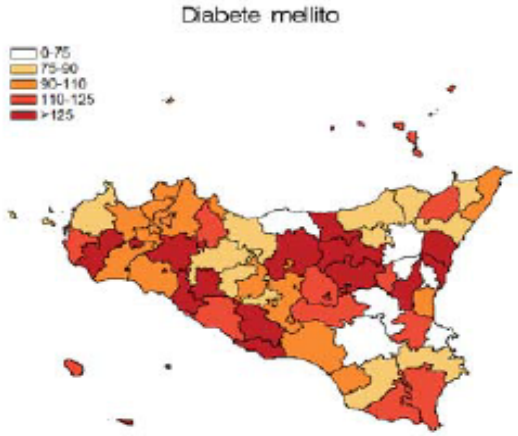
Diabete

In Sicilia si stima che la prevalenza del diabete noto sia circa il 5,8% , secondo valore più alto tra le Regioni Italiane dopo la Calabria (fonte Indagine Multiscopo ISTAT) e la mortalità per tale causa è negli ultimi anni tra le più alte del Paese in entrambe i sessi con oltre 2000 decessi l'anno.

I dati di mortalità del periodo 2004-2008 depongono per un maggior interessamento della parte occidentale dell'isola con valori significativamente in eccesso nelle provincie di Enna e Trapani negli uomini ed in quelle di Enna e Agrigento nelle donne.



Fonte: ReNCaM 2004-2008
Distribuzione SMR per distretto (aa 2004-2008) Uomini



Fonte: ReNCaM 2004-2008
Distribuzione SMR per distretto (aa 2004-2008) Donne

REPUBBLICA ITALIANA

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REGIONE SICILIANA

Il principio-base sul quale si innesta l'ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali è quello di garantire l'intervento "giusto" al paziente "giusto" (appropriatezza clinica), al momento "giusto" (appropriatezza temporale), nel posto "giusto" (appropriatezza assistenziale), erogato dal professionista giusto (appropriatezza professionale) in tempi coerenti con il grado di bisogno (cfr.Piano Sanitario regionale 2011-2013)

PARTE P
SUPPLEM

Il testo della
inesattezze e

Programmi di trasposizione e impostazione grafica di : Michele Arcadipane - Trasposizione grafica curata da: Alessandro De Luca - Trasposizioni in PDF realizzate con Ghostscript e con i metodi q

SUPPLEMENTO ORDINARIO

LEGGI E DECRETI PRESIDENZIALI

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

v.provenzano

Linee guida riorganizzazione dell'attivita' territoriale

D.A. n.0723 del 10-3-10

D.A. n. 0723/10

Mod. 15 s.c

REPUBBLICA ITALIANA

REGIONE SICILIANA

ASSESSORATO DELLA SALUTE

L'ASSESSORE

VISTO lo Statuto della Regione;

VISTA la legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del servizio sanitario nazionale;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 sul riordino della disciplir materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 42 successive modifiche ed integrazioni;

VISTA la L.R. 15 maggio 2000, n. 10;

VISTA la L.R. 14 aprile 2009, n. 5, recante "Norme per il riordino del Servizio san regionale";

PRESO ATTO che in data 31 luglio 2007 è stato sottoscritto tra il Ministro della Salu Ministro dell'Economia e delle Finanze ed il Presidente della Regione sici l'accordo attuativo del Piano di rientro di riorganizzazione, di riqualificazione individuazione degli interventi per il perseguimento del riequilibrio economico servizio sanitario regionale ai sensi dall'art. 1, comma 180, della legge dicembre 2004, n. 311;

RILEVATO che il predetto Accordo, unitamente al Piano di rientro, è stato approvato Giunta Regionale di Governo con delibera n. 312 dell'1.8.2007;

PRESO ATTO che, a seguito della sopra citata delibera n. 312 dell'1.8.2007, l'Asses Regionale per la Sanità è stato incaricato di dare esecuzione all'Accordo relativo Piano di rientro;

VISTO il comma 8 dell'art. 12 della L.R. 14 aprile 2009, n. 5, che prevede l'emanaz delle "Linee guida di riorganizzazione dell'attività territoriale" finaliz all'istituzione dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) costituenti il punt accesso alla rete territoriale, anche attraverso il Centro Unico di Prenotaz (C.U.P.), per garantire in modo capillare l'erogazione di prestazioni in mater Cure Primarie, Gestione Integrata e Day Service Territoriale;

CONSIDERATO che occorre avviare il processo di riorganizzazione secondo una logic rete ispirata ai principi di efficienza, razionalizzazione, qualità ed econom delle prestazioni sanitarie e di riqualificazione delle funzioni territoriali;

SENTITA la competente Commissione legislativa dell'Assemblea regionale siciliana che nella seduta n. 80 del 3 febbraio 2010 ha espresso, all'unanimità, il proprio favorevole parere;

RITENUTO pertanto, di dover approvare le "Linee guida sulla riorganizzazione dell'attività territoriale";

Decreta:

Art. 1

In attuazione del comma 8 dell'art. 12 della L.R. 14 aprile 2009, n. 5, sono emanate le "Linee guida sulla riorganizzazione dell'attività territoriale", costituendone parte integrante, che prevedono l'istituzione dei P.T.A. (Presidi Territoriali di Assistenza) costituenti il punto di accesso alla rete territoriale, anche attraverso il C.U.P. (Centro Unico di Prenotazione) al fine di garantire in modo capillare l'erogazione di prestazioni in materia di Cure Primarie, Gestione Integrata e Day Service Territoriale.

Art. 2

Il presente decreto sarà trasmesso alla Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana per la pubblicazione.

Palermo, 10 MAR. 2010

L'ASSESSORE
(Dott. Massimo Russo)

IL DIRIGENTE GENERALE DEL DIPARTIMENTO
(Dott. Maurizio Guizzardi)

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO 8
(Dott. Giuseppe Noto)

COMPITI DA SVILUPPARE IN GESTIONE INTEGRATA

a) contratto di cura condiviso tra paziente,specialista e MMG

b) consenso informato del paziente al “PIANO DI CURA”

c) adozione di un protocollo diagnostico -terapeutico condiviso e costruzione di un percorso assistenziale

d)pianificazione di un piano di follow-up personalizzato

e)programma di automonitoraggio e stesura di steps educativi

f)raccolta dati ,identificazione e monitoraggio congiunti e condivisi di indicatori di struttura, processo ed esito per singolo paziente e per gruppi di pazienti con condizioni cliniche omogenee

g)individuazione di uno strumento comune (cartella cartacea e/o informatizzata)

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana

ASSESSORATO DELLA SALUTE

LINEE GUIDA SULLA RIORGANIZZAZIONE
DELL'ATTIVITA' TERRITORIALE
(PTA – CURE PRIMARIE- GESTIONE INTEGRATA –
DAY SERVICE TERRITORIALE)
di cui all'art. 12 c. 8 della L.R. 5/2009 di riordino del SSR

a cura di:

DIPARTIMENTO PER LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA
Dirigente Generale: Dr. Maurizio Guizzardi

SERVIZIO 8: PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA
Dirigente del Servizio: Dr. Giuseppe Noto

- marzo 2010 –

SEZIONE 3 –GESTIONE INTEGRATA E PERCORSI ASSISTENZIALI PER L'ASSISTENZA A PAZIENTI CRONICI A BASSA-MEDIA COMPLESSITA'

La G.I. è uno strumento molto valido per la gestione efficace ed efficiente dei pazienti cronici a bassa e media complessità, in grado di :

- **migliorare gli *outcome e la qualità di vita dei pazienti,***
- ***di* ridurre i *ricoveri impropri*,**
- **di evitare il *follow-up specialistico immotivato,***
- ***di promuovere* l'approccio multidimensionale, multiprofessionale e multidisciplinare ,**
- di ***dare centralità al paziente*** valorizzando pienamente le sue potenzialità di autogestione della patologia (*self care).*

v.provenzano

Luigi Galvano - Componente FIMMG delegazione trattante

Integrazione PTA-Distretto

La finalità è quella di creare uno spazio di effettiva integrazione MMG-Distretto (Ambulatorio di Gestione Integrata), nel quale il MMG, attraverso un'agenda programmata e concordata con il distretto e da quest'ultimo gestita, in **integrazione con gli Specialisti e con gli Infermieri, si** dedichi prioritariamente alla gestione integrata dei propri pazienti cronici, prioritariamente dei pazienti a medio-alta complessità, e dei pazienti con particolari necessità di approfondimento diagnostico ed a rischio di ospedalizzazione.

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana

ASSESSORATO DELLA SALUTE

LINEE GUIDA SULLA RIORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' TERRITORIALE (PTA – CURE PRIMARIE- GESTIONE INTEGRAT DAY SERVICE TERRITORIALE)

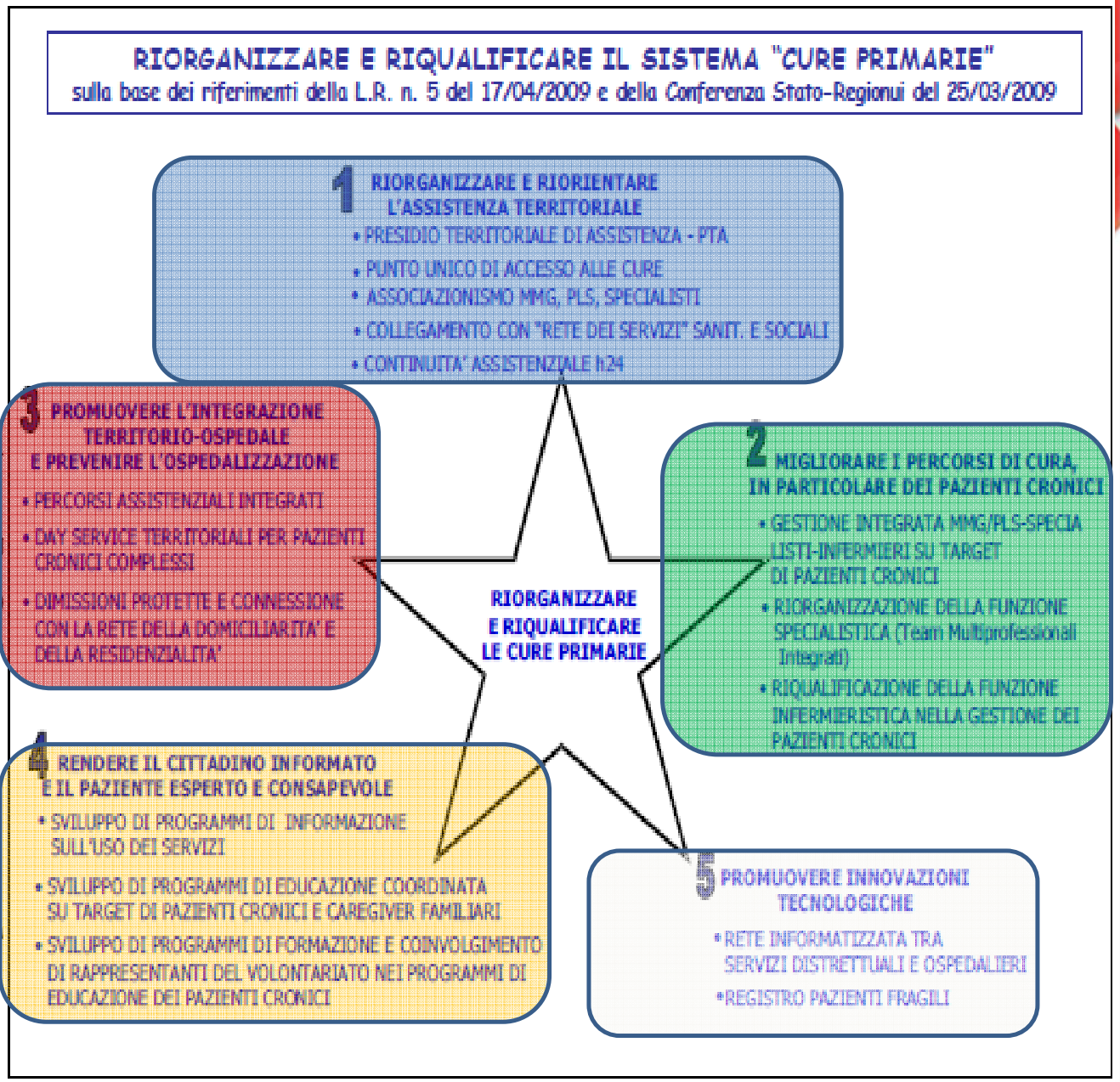
di cui all'art. 12 c. 8 della L.R. 5/2009 di riordino d

a cura di:

DIPARTIMENTO PER LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA
Dirigente Generale: Dr. Maurizio Gulzzardi

SERVIZIO 6: PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SA
Dirigente del Servizio: Dr. Giuseppe Noto

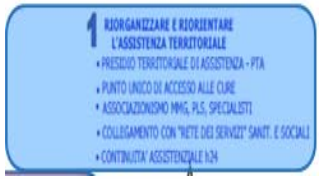
- marzo 2010 –



3 La centralità del territorio: la riorganizzazione dell'assistenza primaria e il potenziamento della rete assistenziale territoriale finalizzato alla riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza

3.1 Il Presidio Territoriale di assistenza (PTA) e il ruolo dei MMG, dei PLS e dei Medici di Continuità Assistenziale

Il processo di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale passa inevitabilmente dalla valorizzazione dei servizi territoriali, in sinergia con la rimodulazione della rete ospedaliera.
La linea strategica fondante l'azione di risanamento e riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale consiste nel riordinare complessivamente i servizi per la salute a favore dei cittadini della Regione Siciliana, agendo in particolare sul consolidamento e miglioramento dei servizi territoriali e promuovendo azioni volte all'integrazione ospedale-territorio, avuto riguardo delle caratteristiche epidemiologiche della Regione e dei bisogni di salute della popolazione siciliana.
La legge di riforma, nell'ambito della rimodulazione dell'offerta delle attività svolte dai Distretti e dagli altri presidi che insistono nel territorio, dispone la riorganizzazione dell'assistenza in una logica di rete di servizi in relazione ai fabbisogni di salute, prevedendo l'istituzione dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) collegati in modo capillare con i nodi della rete stessa.



L'art.12 c. 8 della L.R. 5/2009 definisce il Presidio Territoriale di Assistenza *"il punto d'accesso della rete territoriale, anche attraverso il Centro unico di prenotazione (C.U.P.), al fine di garantire in modo capillare l'erogazione di prestazioni in materia di cure primarie"* e di altri servizi, anche di natura socio-assistenziale.
Per approfondimenti specifici si rimanda alla "Linee Guida di riorganizzazione dell'attività territoriale", previste dall'art 12 c. 8 della L.R. 5/2009 e già emanate dalla Regione.
Il P.T.A. è una nuova formula di organizzazione dell'assistenza concepita per facilitare il percorso assistenziale ai cittadini, che pone al centro innanzitutto la persona nel suo accesso ai servizi e nel suo iter assistenziale complessivo, sia verso le componenti assistenziali all'interno del sistema di Cure Primarie (MMG e PLS), sia verso la collaborazione con le Amministrazioni locali per il soddisfacimento di bisogni di natura socio-sanitaria.
I presidi territoriali di assistenza dovranno essere presenti sul territorio nella misura indicata nel relativo atto di indirizzo e negli atti di programmazione relativi alla rimodulazione della rete ospedaliera e territoriale, nella misura mediamente di un PTA ogni 70.000/120.000 abitanti, fatte salve le deroghe derivanti da particolari condizioni orografiche e da peculiari esigenze del territorio e comunque tenendo conto dei contesti demografici, urbanistici e della rete di servizi già presenti nel territorio.
Tali presidi, per la cui realizzazione possono essere utilizzate anche strutture già esistenti e/o attualmente non in uso ai fini sanitari, sono costituiti da un'aggregazione funzionale di più servizi territoriali attivi nelle 24 ore.
Essi erogano i servizi sanitari di base assicurando la stretta integrazione del medico di famiglia e del pediatra di libera scelta con gli specialisti poliambulatoriali pubblici e privati e con i servizi di continuità assistenziale (ex Guardia Medica), i punti prelievo, il punto lastre, gli ambulatori infermieristici, i servizi di valutazione multidimensionale per l'accesso all'assistenza domiciliare, il consultorio familiare, i servizi di lungoassistenza e riabilitazione, garantendo *l'accesso unico alle cure*.
All'interno del PTA, inoltre, nel Punto Unico di Accesso (PUA) alle cure territoriali, sarà realizzato uno "sportello di informazione ed indirizzamento" delle persone con patologie croniche e con disabilità, che garantirà prenotazioni e percorsi assistenziali facilitati.
A seconda delle diverse esigenze dei contesti locali, può realizzarsi l'aggregazione fisica, in un unico presidio, di tutte o di parte delle componenti del complesso delle cure primarie. Laddove tale aggregazione fosse impraticabile o non opportuna, tenuto conto delle variabili orogeografiche e della distribuzione della popolazione, il P.T.A. potrà concretizzarsi attraverso un "nucleo essenziale" di funzioni fisicamente aggregate, collegate funzionalmente con tutti i servizi esterni operanti sul territorio. Determinante, a questo scopo, a livello aziendale e interaziendale può essere l'apporto di soluzioni tecnologiche per la gestione efficace delle informazioni e delle comunicazioni, tramite ICT (information and communication technology).
Negli scenari operativi dei P.T.A., è fondamentale il ruolo dei Medici di Medicina Generale (MMG), dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e degli Specialisti convenzionati interni ed esterni.
Le formule associative di queste categorie di operatori, nelle varie forme (monoprofessionali o multiprofessionali), devono costituire il primo punto di riferimento per i cittadini e rappresentano, pertanto, la migliore potenzialità per la gestione dell'assistenza sul territorio. Il nuovo Accordo Nazionale della Medicina Generale individua nuove formule aggregative (associazioni "funzionali" quali le AFT - Aggregazioni Funzionali Territoriali e forme più "gestionali" quali le UCCP - Unità Complesse di Cure Primarie), che dovranno essere gradualmente implementate nel sistema.
Per realizzare un effettivo collegamento tra l'associazionismo dei MMG/PLS e la specialistica, le ASP devono tenere conto sia dell'attività specialistica ambulatoriale che viene erogata dai poliambulatori distrettuali che di quella erogata dai presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati, che di fatto può intendersi come un'attività territoriale erogata in un *setting* ospedaliero.
Attraverso le suddette forme di associazionismo e le nuove formule aggregative, il PTA potrà garantire anche la continuità assistenziale H24, costituendo anche la prima risposta per problematiche urgenti di bassa complessità,

riducendo in tal modo l'accesso inappropriato dei cittadini alle aree di emergenza-urgenza e contribuendo a ridurre l'attesa dei codici di maggiore gravità.
Tutti i servizi e le funzioni di competenza dei distretti (consultori familiari e materno infantile, servizi di vaccinazione e prevenzione, educazione alla salute, assistenza farmaceutica, medicina legale e fiscale, medicina veterinaria) vanno integrati in questa ampia rete territoriale che farà perno al PTA, laddove non siano in esso direttamente inglobati, ivi compresi il servizio di psicologia e il servizio sociale aziendale.
Il processo di aggregazione fisica dei servizi all'interno dei PTA dovrà, comunque, realizzarsi avendo cura di mantenere un'equa distribuzione dei servizi di base nel territorio periferico attraverso l'esistenza di poliambulatori con le branche specialistiche essenziali distribuiti tenendo in considerazione la dislocazione della popolazione, le condizioni oro-geografiche ed i collegamenti.
La programmazione dei servizi dovrà in ogni caso garantire copertura assistenziale nelle zone maggiormente svantaggiate o per motivi di viabilità o per carenza di una struttura ospedaliera o per carenza di adeguati servizi territoriali.
Le risorse strumentali e tecnologiche già presenti nei presidi oggetto di accorpamento o riconversione, dovranno essere utilizzate per garantire il funzionamento dei PTA o delle altre strutture di erogazione dei servizi, con priorità per quelle strutture non ancora provviste delle strumentazioni di base o con dotazioni inadeguate.
All'interno del PTA dovranno altresì essere assicurate:

- le funzioni di partecipazione degli utenti e delle associazioni di tutela dei diritti del cittadino;
- l'integrazione dell'offerta espressa dall'intero sistema pubblico e privato accreditato;
- il supporto allo sviluppo di un sistema di rete di collegamento tra strutture territoriali e strutture specialistiche di riferimento mediante l'uso di sistemi telematici (tele-cardiologia, tele-radiologia), privilegiando le isole minori e le aree territoriali maggiormente svantaggiate o per motivi di viabilità o per carenza di strutture sanitarie.

La rete territoriale dovrà essere sviluppata secondo una concezione dinamica dell'assistenza che assicuri l'integrazione verticale tra i nodi della rete e possa essere modificata sulla base dell'evoluzione, ovvero dell'obsolescenza delle tecnologie, delle conoscenze e competenze professionali e gestionali.
Il processo di riordino della rete territoriale deve contestualmente prevedere il riordino della rete del sistema emergenza-urgenza territoriale in modo da garantire all'assistito cure immediate di stabilizzazione e di trasporto tempestivo nel contesto ospedaliero più appropriato, con conseguente riduzione degli accessi impropri.
A questo proposito, sulla base di specifiche esigenze della popolazione locale e/o in relazione a particolari situazioni orografiche, all'interno del PTA potrà trovare allocazione il Punto Territoriale di Emergenza (PTE) per la gestione H24 del servizio di pronto soccorso in collegamento con i Dipartimenti di emergenza-urgenza delle Aziende sanitarie. I PTE devono quindi essere idoneamente attrezzati per rispondere a tutte le richieste di "primo intervento" e di tempestivo trasporto medicalizzato per tutti quei pazienti con patologia acuta che in loco non potrebbero ricevere cure idonee.

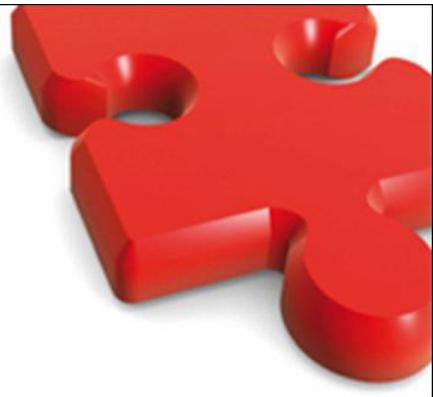
Potenziamento della "gestione integrata" con la specialistica ambulatoriale

Secondo le indicazioni del Progetto IGEA[1], che costituisce l'ossatura tecnico-metodologica del Programma di Prevenzione Nazionale e Regionale e la cui struttura progettuale centrata sul Diabete Mellito è senza dubbio mutuabile per altre patologie croniche, per Gestione Integrata (G.I.) deve intendersi un processo assistenziale mirato al progressivo consolidarsi di una prassi di gestione condivisa tra il MMG o PLS, che è il riferimento primario del singolo paziente, e la rete di professionisti territoriali (specialisti, infermieri, altre figure professionali) che entrano in gioco nell'erogazione di assistenza al paziente.
Il prodotto principale della Gestione Integrata è la definizione, concordata all'interno della rete assistenziale e sulla base di un percorso di cura articolato e su un "piano di follow-up attivo" che deve emergere da un programma mirato sui bisogni specifici del paziente ed attivamente concordato tra MMG/PLS e Specialista e tra questi e tutte le altre figure professionali chiamate a contribuire al percorso di cura.
La G.I. è uno strumento molto valido per la gestione efficace ed efficiente dei pazienti cronici a bassa e media complessità, in grado di migliorare gli outcome e la qualità di vita dei pazienti, di ridurre i ricoveri impropri, di evitare il follow-up specialistico immotivato, di promuovere l'approccio multidimensionale, multiprofessionale e multidisciplinare più efficace del ben più diffuso approccio monoprofessionale, di dare centralità al paziente valorizzando pienamente le sue potenzialità di autogestione della patologia (*self care*).
Il consolidarsi della prassi della gestione integrata, anche attraverso gli Accordi Integrativi Regionali, può divenire, inoltre, il presupposto fondamentale per riqualificare la funzione territoriale dell'assistenza restituendo a

[1] Il Progetto IGEA (Integrazione Gestione e Assistenza del Diabete), nato a seguito alla Conferenza Stato-Regioni del 23 marzo 2005 quale strumento di supporto tecnico-metodologico al Programma di Prevenzione nazionale con particolare riferimento all'area della "Prevenzione delle complicanze del Diabete Mellito (Disease Management del Diabete) si basa su un lavoro sistematico e sistemico sul Diabete Mellito, di respiro nazionale e di ampia partecipazione (Enti istituzionali, quali l'ISS –Istituto

L'accordo integrativo regionale 2010-2011

Luigi Galvano - Componente FIMMG delegazione trattante



Gli obbiettivi dell'AIR sono:

— di pervenire al miglioramento dell'organizzazione dell'assistenza territoriale attraverso la valorizzazione delle cure primarie, creando nel territorio opportunità tali da soddisfare la maggior parte dei bisogni di salute dei cittadini e ridurre il ricorso improprio all'assistenza sanitaria di secondo livello;

— di migliorare l'utilizzo delle risorse finanziarie regionali disponibili, improntandolo ai principi di appropriatezza, di efficacia, di efficienza e di equità degli interventi socio-assistenziali;

— di razionalizzare la spesa farmaceutica, per quanto di competenza della medicina generale;

— di riqualificare l'assistenza domiciliare al fine di ridurre il tasso di ospedalizzazione;

— di promuovere il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure al fine di ridurre il rischio di incorrere in danni conseguenti al trattamento, nel rispetto delle reciproche funzioni istituzionali dei diversi attori.

— la formazione continua del medico, condivisa;

— la riorganizzazione e la riqualificazione delle forme associative, per un migliore accesso ai servizi da parte dell'utenza;

— alcune prestazioni aggiuntive tese ad aumentare tale accessibilità e fruibilità del servizio da parte dell'assistito;

— la costituzione di forme di lavoro innovative come momento organizzativo funzionale (A.F.T.) e strutturale (U.C.C.P.) finalizzate alla realizzazione di forme di integrazione professionale tra i vari operatori del S.S.R. (medici di medicina generale, continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali del distretto e dei presidi ospedalieri, operatori dei distretti e dei presidi ospedalieri, specialisti convenzionati esterni);

— l'integrazione e l'adesione al sistema informativo socio-sanitario, con modalità concordate;

— l'integrazione con il distretto.

IL PROGETTO DEL "PAZIENTE COMPETENTE" PREVEDE:

- informazione e motivazione dei pazienti relativamente **all'autogestione della patologia** (diffusione di strumenti informativo-educativi);

- diffusione delle informazioni sulle iniziative di educazione dei pazienti e dei ***caregiver* familiari** organizzate dal Distretto e motivazione alla partecipazione;

- uso della scheda di autogestione (*self care*) per i pazienti cronici e prioritariamente per i pazienti con diabete mellito e con scompenso cardiaco.

Luigi Galvano - Componente FIMMG delegazione trattante

Integrazione PTA-Distretto

La finalità è quella di creare uno spazio di effettiva integrazione MMG-Distretto (Ambulatorio di Gestione Integrata), nel quale il MMG, attraverso un'agenda programmata e concordata con il distretto e da quest'ultimo gestita, in **integrazione con gli Specialisti e con gli Infermieri, si** dedichi prioritariamente alla gestione integrata dei propri pazienti cronici, prioritariamente dei pazienti a medio-alta complessità, e dei pazienti con particolari necessità di approfondimento diagnostico ed a rischio di ospedalizzazione.

LINEE GUIDA SULLA RIORGANIZZAZIONE
DELL'ATTIVITA' TERRITORIALE
(PTA – CURE PRIMARIE- GESTIONE INTEGRATA –
DAY SERVICE TERRITORIALE)
di cui all'art. 12 c. 8 della L.R. 5/2009 di riordino del SSR

3. STRUMENTI PER MIGLIORARE L' ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DIABETE

3.1 Rendere autonoma la persona con diabete nella cura e nella gestione del percorso assistenziale.(Educazione terapeutica-Empowerment)

3.2 **Percorsi Assistenziali condivisi.(PDTA-Appropriatezza delle prestazioni-Livelli)**

3.3 **Rete assistenziale con forte integrazione professionale e una buona comunicazione con** le Associazioni di Volontariato.(case e disease management-indicatori)

3.4 **Servizi di diabetologia con team multi professionale dedicato che prendano in** carico, sempre in integrazione con il MMG, i pazienti secondo livelli diversi di intensità di cura e fungano da consulenti per i MMG.(funzioni assistenz-educazionali-raccolta dati clinici-formazione attori del progetto IGEA)

3.5 **Organizzazione dell'ambulatorio del MMG orientata alle gestione delle malattie** croniche.(potenziam strumenti di comunicazione e scambio con specialista)

3.6 **Sistemi di misura e di monitoraggio della qualità delle cure erogate volti al** miglioramento professionale e organizzativo continuo.

3.7 **Sistemi efficaci di comunicazione e di integrazione multidisciplinare.(** teleconsulto)

3.8 **Coinvolgimento del Distretto, e delle Direzioni Sanitarie ospedaliere e presa in carico della persona con diabete attraverso la valutazione dell'intensità di cura (*triage*).**

3.9 Rimozione degli ostacoli amministrativi che rendono difficile e\o diseguale l'accesso alle cure delle persone con diabete.

v.provenzano

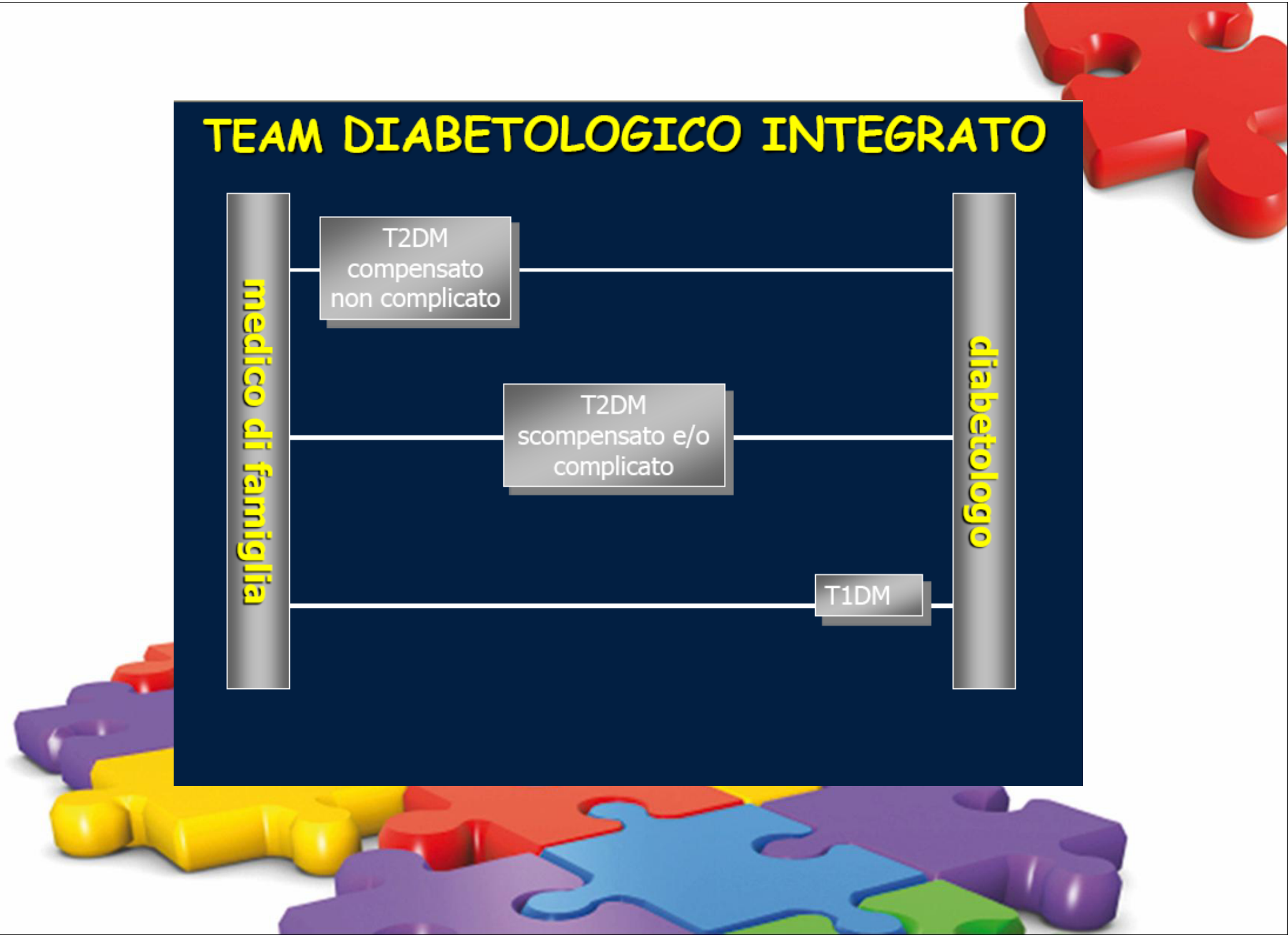
REGIONE SICILIANA

ASSESSORATO REGIONALE DELLA SALUTE

Vers. 1.0

Diabete Mellito tipo 2
Scheda di Start-Up

- Gestione dati Medico di Medicina Generale
- Inserimento dati paziente
- Ricerca scheda paziente
- Esporta schede per invio dati
- Fine


TEAM DIABETOLOGICO INTEGRATO
medico di famiglia
T2DM compensato non complicato
T2DM scompensato e/o complicato
T1DM
diabetologo

CARTELLA SOCIALE

Sezione 1: *Richieste Pregresse ad altri Servizi*
- Data
- Motivo Richiesta
- Tipologia richiesta

Sezione 2: *Dati sull'invio*
- Inviante (Dati)
- Motivo dell'invio

Sezione 3: *Famiglia Attuale*
- Dati Anagrafici
- Status Socio-Culturale
- Condizione Lavorativa
- Storia Familiare e Clima Familiare
- Condizioni abitative (adeguatezza spazi vitali, condizioni igieniche ….)
- Elementi di criticità (povertà, basso livello di istruzione, promiscuità abitativa, altro ….)
- Risorse(relazioni soddisfacenti con le famiglie di origine, sostegno da parte delle famiglie di origine sia di tipo economico che rispetto a disponibilità di tempo nell'accudimento dei figli , altro ….)

Sezione 4: *Famiglia di Origine e Rete Relazioni Sociali*
- Dati
- Condizione Socio-Economica
- Rete di relazioni sociali e supporti amicali, volontariato, parrocchia ….
- Eventuali elementi di criticità familiare

Sezione 5: *Valutazione Sociale*
- Consapevolezza della condizione di malattia e assunzione di responsabilità
- Rispetto delle regole
- Partecipazione agli incontri
- Capacità di accogliere le indicazioni e le prescrizioni fornite dagli Operatori
- Capacità di condividere il progetto
- Altro

Sezione 6: *Interventi*
- Data
- Tipo di Intervento
- Note

Sezione 7: *Valutazione Conclusiva*

Sezione 8: *Progetto d'Intervento*

CARTELLA PSICOLOGICA

Tutti i campi verranno aggiornati in occasione degli interventi

Sezione 1: Dati personali

dati anagrafici

Dati sulla famiglia attuale

Dati sulla famiglia d'origine

Condizioni socio-culturali

Condizione lavorativa

Sezione 2: dati sull'invio (sezione compilata per via telematica dal medico inviante)

Dati sull'inviante

Motivazione dell'invio

Patologie concomitanti e/o correlabili (ad es. valori clinici in rapporto ad atteggiamenti e/o comportamenti significativi di rifiuto o evitamento)

Sezione 3: Elementi di valutazione psicologica

Risorse dell'individuo utili a far fronte alla condizione di malattia:
- affettive
- relazionali
- familiari
- lavorative

Consapevolezza e conoscenza relativa alla condizione di malattia

Percezione del presente, del passato, del futuro

Valutazione del rapporto con il curante e/o con la struttura ospedaliera

Aspettative e richieste

Valutazione conclusiva e progetto di intervento (scheda da inviare al curante).

Sezione 4: Diario clinico

Esami testologici

Trattamento - Interventi

Dati specifici:	Data	Tipo di intervento	Osservazioni

v.provenzano

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

I

IL PERCORSO ASSISTENZIALE del PAZIENTE DIABETICO NEL DISTRETTO

v.provenzano

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

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

I

IL PERCORSO ASSISTENZIALE del PAZIENTE DIABETICO NEL DISTRETTO

L'attività si articola in due macroobiettivi:

- **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, tiket, presidi/ausili, patente specile..) 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.

- **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 empasse 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)

ASP PALERMO
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

L'Iter del paziente in accesso all' AG I

Il MMG contatta telefonicamente lo Sportello del Paziente Diabetico per l'invio delle persone da gestire in A G I

Lo Sportello verifica l'appartenenza del Paziente alla classe di complessita' gestionale 3 e 4 e lo prenota secondo agenda AGI (visita ambulatoriale congiunta MMG e Specialista del Diabete,strutturata su sistema informatico –CUP)

ASP PALERMO
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

1° step

_ Il Paziente,il giorno della visita **passa** dallo Sportello del Diabete,dove viene registrata la sua scheda anagrafica su cartella Eurotouch;quindi **accede all'ambulatorio** dello specialista diabetologo all'orario di prenotazione stabilito telefonicamente

-Lo Specialista diabetologo ,il MMG ,l'Infermiere case – manager,il professionista dello sportello

- **accolgono il paziente,**
- **compilano la cartella informatica E.T ,**
- **operano la stratificazione del rischio clinico e cardiovascolare ,**
- **definiscono il piano di cura ed il follow_up personalizzato e**
- **programmano un Pacchetto Multiplo Multidisciplinare di assistenza (PMM)**

PATTO O ALLEANZA TERAPEUTICA

- Contestualmente alla prima visita viene siglato un patto di alleanza terapeutica sottoscritto dal paziente e dai professionisti e firmato assieme al consenso informato.

ASP PALERMO
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

U.O.S. Specialistica Ambulatoriale Interna Poliambulatorio "Pa Centro"
Ambulatorio Gestione integrata di Diabetologia

CONSENSO PRESA IN CARICO DELLA PERSONA CON DIABETE MELLITO

Io sottoscritto, Sig._____, acconsento a prendere parte al programma Aziendale di Gestione Integrata, che vede la partecipazione congiunta dello Specialista e del MMG e la condivisione di un protocollo ritenuto il più idoneo al raggiungimento degli obiettivi terapeutici per un migliore controllo della malattia diabetica.
Il Percorso Assistenziale integrato dedicato alla Persona con diabete offre un pacchetto sanitario diversificato, in integrazione tra i diversi sistemi di cura coinvolti nella gestione assistenziale (Sportello Distrettuale, Ambulatorio Infermieristico e Specialisti)
Sottoscrivo pertanto un'alleanza terapeutica

con il Medico di Medicina GeneraleDr_____

con lo Specialista Diabetologo Dr_____

e gli infermieri D.ri_____

del poliambulatorio Palermo Centro.
Io sottoscritto avrò un ruolo di primo piano nel gestire assieme a loro la mia condizione di persona con patologia diabetica.

Data..... Firma.....

ASP PALERMO
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

DICHIARAZIONE DI CONSENSO
(art. 76 e 81 D.Lgs. 30/6/03 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali")
INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DATI PERSONALI E SENSIBILI

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.

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 .....

Conclusione del 1° Step

Il Paziente,a seguito della visita specialistica,ritorna allo sportello per essere inserito nel PROTOCOLLO AGI

Qui prenota il PMM,secondo il piano concordato dal MMG e dallo Specialista Diabetologo ,per una Valutazione Multipla Multidisciplinare e,se necessario,

Vengono attivate le procedure per lo **snellimento delle pratiche burocratiche**

Si favorisce una lettura consapevole del "**libretto dell'autocontrollo** " e dell'eventuale schema di monitoraggio glicemico

Si verifica la comprensione del **piano di follow** up e delle scadenze

-Chi contribuisce al progetto "Percorso Assistenziale":

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

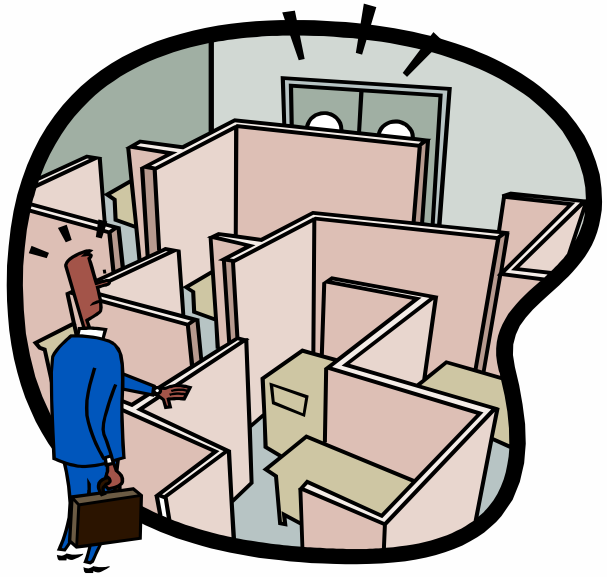
ASP PALERMO
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Il mio "Percorso Assistenziale"...

Spec. Dr._____

Medico Medicina Generale
Dr._____

Signor_____



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

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.

ALLEGATO E2 - Scheda planning del Follow-up 2012

ESAMI /MESE	GENN. 2012	FEBBR. 2012	MAR.2012	APR. 2012	MAGG.2012	GIUG. 2012	LUG.2012	AGOS.2012	SETT. 2012	OTT. 2012	NOV. 2012	DIC. 2012
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 SPECIALISTICA												
PESO ALTEZZA												
P.A.O.												
BMI.												

ASP PALERMO
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

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. 03/10/2005 (aggiornato PROGETTO IGEA 2008)

(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.

E' 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 lin

U.O. Qualità - Direzione Generale AUSL 6 - Via G. Cusmano 24 90141 Palermo
Tel. 091- 7032040; Fax 0917032062; E-mail: qualitàauslpa@tiscali.it

ASP PALERMO
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

2° S T E P

-Il Paziente ritorna allo Sportello ed, accolto dagli infermieri dell'ambulatorio infermieristico,
Esegue il prelievo di sangue e tutte le visite prenotate;

Viene,quindi,rivisto dallo specialista Diabetologo ed ,in presenza dell'infermiere case-manager
sara' definito il completamento dell'iter di cura e
redatta una **relazione clinica (la stessa sara' inviata e-mail al MMG).**

In caso di prosecuzione dell'iter diagnostico-terapeutico
sara' indirizzato al terzo livello di assistenza,secondo percorsi gia' concordati

Verra' ,quindi,ridefinito il piano di follow-up e programmati gli **incontri di educazione terapeutica** che saranno prenotati presso lo sportello del diabete

ASP PALERMO
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Iter del paziente in G.I.

pz diabetico con target specifico (classe 3-4)

Sportello del diabete

Accoglienza
Informazione
Indirizzamento

1° *incontro*

Patto terapeutico
Consenso informato
Persona con diabete
MMG- Diabetologo-Inf. case-manager
Inf. Coord. Sport. diabetico

LL.GG
Piani di cura
Fallow-up

Ambulatorio infermieristico

•Pacchetto Multiplo Multiprofessionale
•Completamento iter di cura e/o
•Indirizzamento al 3° liv. Di assistenza
•Ridefinizione del follow-up

2° *incontro*

ASP PALERMO
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

paziente diabetico con target specifico
classe di complessità gestionale 3 e 4

- LLGG
- PROTOCOLLI CONDIVISI
.....

Lab. analisi

Accettazione infermieristica
Visita diabetologica orientata

ginecologo

Cardiologo
ECG

Oculista
Vis.e FO

ABI

no

si

Angiologo

Ecd tsa
Arti inf.

no

si

Test ergometrico

si

Ecocardio

Card. ischemica

no

FAG

si

RDP
EM

no

Il **FOLLOW-UP** deve essere **DIVERSIFICATO** in rapporto alla stratificazione ed alla complessità assistenziale e quindi in relazione al sub-target di appartenenza del paziente.
Il **PIANO DI CURA** deve includere: automonitoraggio, monitoraggio clinico, visite specialistiche, eventuale follow-up infermieristico, piano educativo

....In accordo con le Linee Guida assessoriali

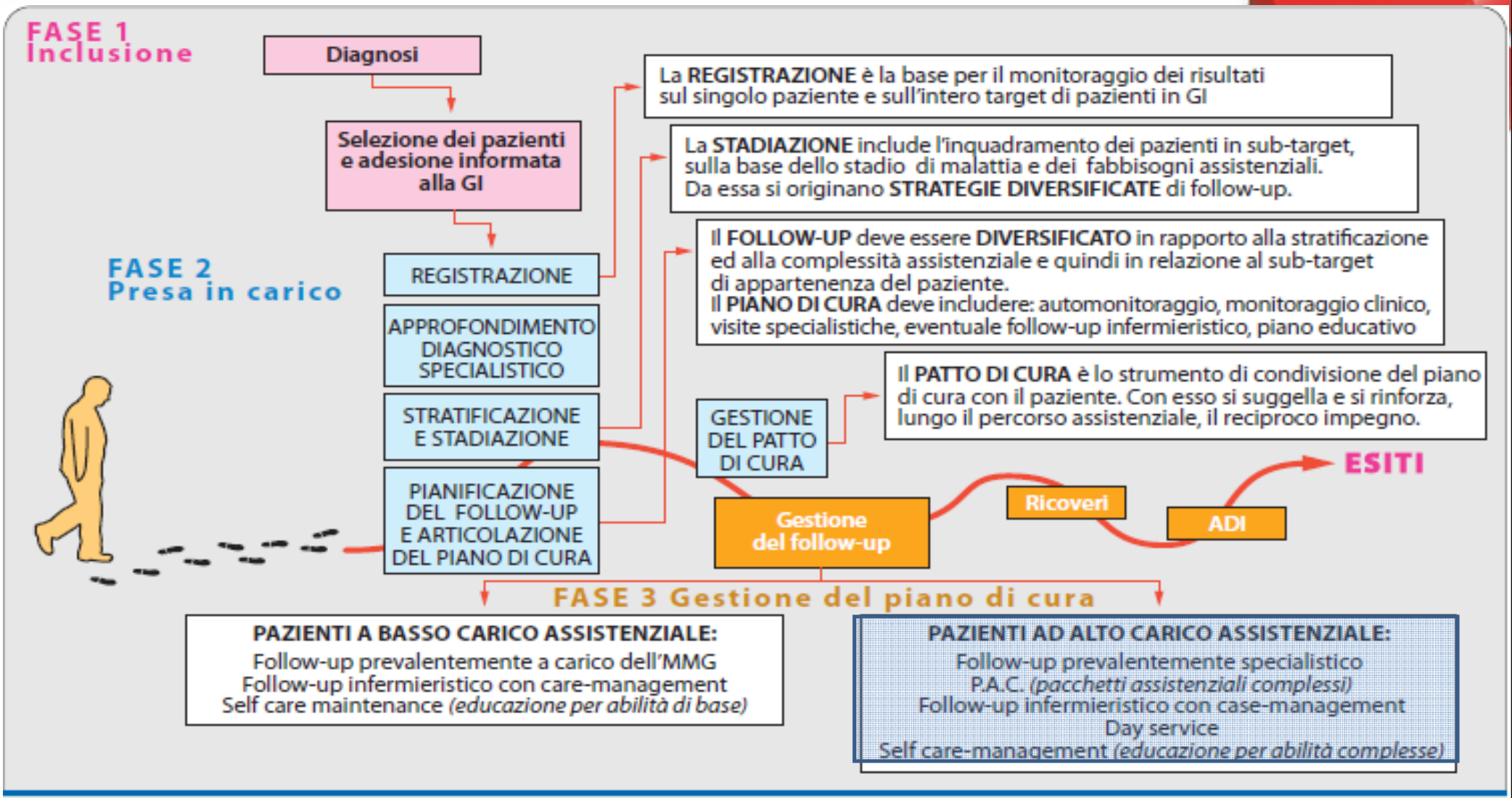


Figura 4. Il percorso assistenziale di base per la gestione integrata del diabete mellito.

Noto G., Raschetti R., Gestione Integrata e percorsi assistenziali, il pensiero Scientifico Editore, I marzo 2011

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE Sede legale Via G. Cusmano 24 -90141 PALERMO
Palermo
C.F. e P.I.V.A. 05841780829
Direzione Sanitaria
Servizio di Assistenza Infermieristica ed ostetrica
Via G. Cusmano 24 90141 Palermo
telefono 091-7032070-2251 FAX 091 7032054
email
Web

Progetto

Ambulatorio Infermieristico

(Ipotesi di Fattibilità ASP- Palermo)

Unità organizzativa proponente: Servizio Assistenza Infermieristica ed ostetrica

Responsabili del progetto

dr. Vincenzo Rizzotto Collab. Prof. Sanit. Esp. Cat. Ds Funzione: Responsabile Servizio di Assistenza Infermieristica ed ostetrica Via Giacomo Cusmano, 24 ASP 6 Palermo vincenzorizzotto@aspalermo.org	dr.ssa Concetta Crisanti Coll. prof. San. infermiere Servizio Infermieristico ASP 6 Palermo concettacrisanti@hotmail.com

Obiettivi generali

- Deospedalizzare e de medicalizzare la cura dei pazienti;
- Garantire la presa in carico dei cittadini attraverso la continuità assistenziale tra ospedale e servizi sanitari territoriali;
- Aumentare la disponibilità di accesso alle visite specialistiche per lo spostamento di attività dall'ambulatorio Medico a quello Infermieristico;
- Valorizzare il ruolo dell'infermiere nel territorio;
- Risparmio economico e di tempo delle famiglie e dell'utente che vengono assistiti anche a domicilio;
- Aumentare la soddisfazione dell'utente, effettuando informazione ed educazione;

Popolazione di riferimento

Tutta la popolazione residente e non residente della Provincia di Palermo autosufficiente per le quali non è prevista l'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.), ma che per esigenze occasionali necessitano di prestazioni infermieristiche specializzate

DOVE ISTITUIRE GLI AMBULATORI INFERMIERISTICI

Gli ambulatori infermieristici saranno istituiti presso le sedi dei Presidi territoriali di assistenza (PTA). Ambulatori infermieristici, possono essere istituiti anche nelle sedi decentrate nel territorio dove viene erogata la specialistica di base.

E' possibile prevedere ambulatori infermieristici specifici intesi a fornire percorsi assistenziali per l'assistenza infermieristica ai pazienti con malattie cronico - degenerative e patologie del ricambio, quale il diabete etc…

v.provenzano

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE Sede legale Via G. Cusmano 24 -90141 PALERMO
Palermo
C.F. e P. I.V.A. 05541750829
Direzione Sanitaria
Servizio di Assistenza Infermieristica ed ostetrica
Via G. Cusmano, 24 90141 Palermo
telefono 091-7032070-2251 FAX 091 7032054
email serv.infermieristico@asp6palermo.org
WEB www.asp6palermo.org

Progetto

Ambulatorio Infermieristico

(Ipotesi di Fattibilità ASP- Palermo)

Unità organizzativa proponente: Servizio Assistenza Infermieristica ed ostetrica

Responsabili del progetto

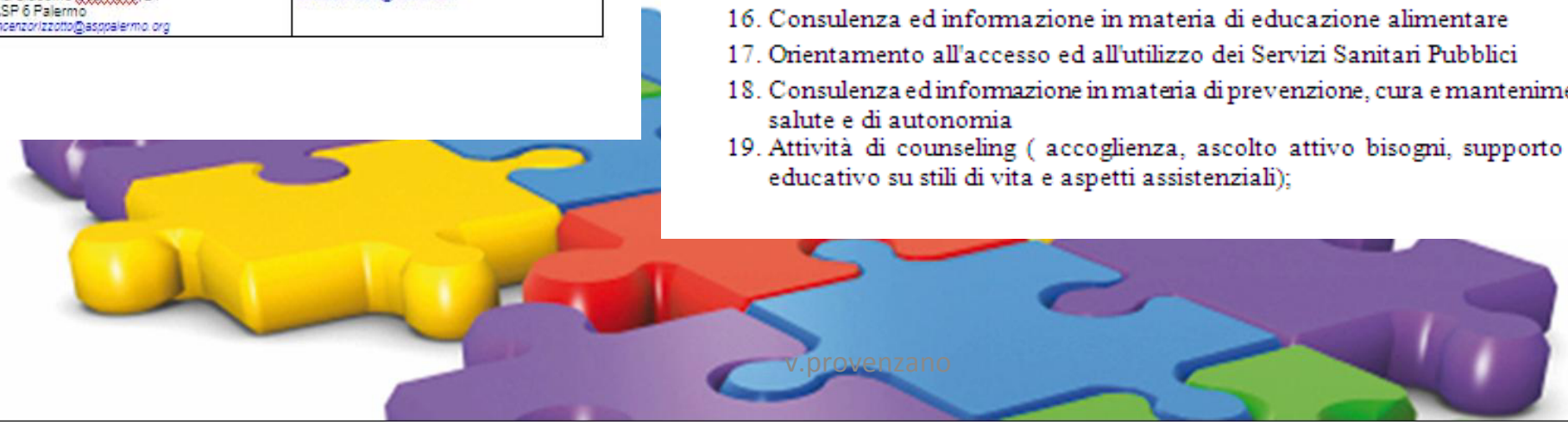
dr. Vincenzo Rizzotto Collab. Prof. Sanit. Esp. Cat. Ds Funzione: Responsabile Servizio di Assistenza Infermieristica ed ostetrica Via Giacomo Cusmano, 24 ASP 6 Palermo vincenzorizzotto@asppalermo.org	dr.ssa Concetta Crisanti Coll. prof, San, infermiere Servizio Infermieristico ASP 6 Palermo concettacrisanti@hotmail.com

Prestazioni Infermieristiche ambulatoriale

1. Terapia iniettiva (sottocutanea, intramuscolare, endovenosa (escluso chemioterapici) e per u uso topico;
2. Somministrazione di farmaci per via enterale;
3. Somministrazione di medicinali prescritti o di sostanze non medicinali per via inalatoria;
4. Misurazione parametri vitali;
5. Medicazioni semplici e complesse:
6. Rimozione punti di sutura delle ferite chirurgiche
7. Controllo e assistenza corrente alle stomie delle vie intestinali
8. Manipolazione e controllo di drenaggi
9. Controllo ed assistenza delle stomie delle vie urinarie
10. Posizionamento di un catetere vescicale a permanenza
11. Assistenza ordinaria ad un paziente portatore di catetere vescicale

Attività complementari

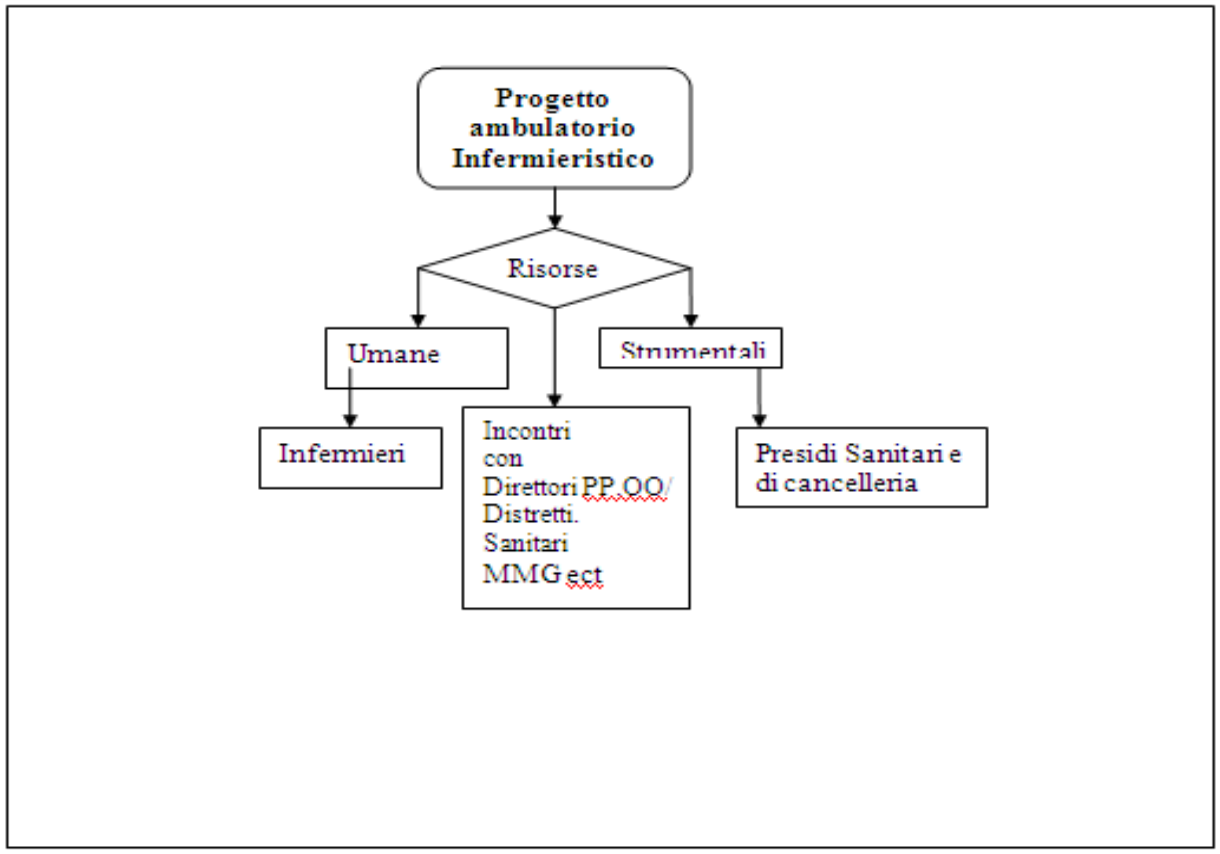
12. Istruzione alle tecniche di somministrazione di terapia farmacologica e nutrizionale
13. Istruzione ed educazione all'autogestione delle stomie digestive e respiratorie
14. Istruzione alla prevenzione ed al trattamento delle lesioni cutanee croniche
15. Istruzione all'autocontrollo della glicemia
16. Consulenza ed informazione in materia di educazione alimentare
17. Orientamento all'accesso ed all'utilizzo dei Servizi Sanitari Pubblici
18. Consulenza ed informazione in materia di prevenzione, cura e mantenimento del livello di salute e di autonomia
19. Attività di counseling (accoglienza, ascolto attivo bisogni, supporto informativo e/o educativo su stili di vita e aspetti assistenziali);



v.provenzano

PROCEDURA DI ATTUAZIONE

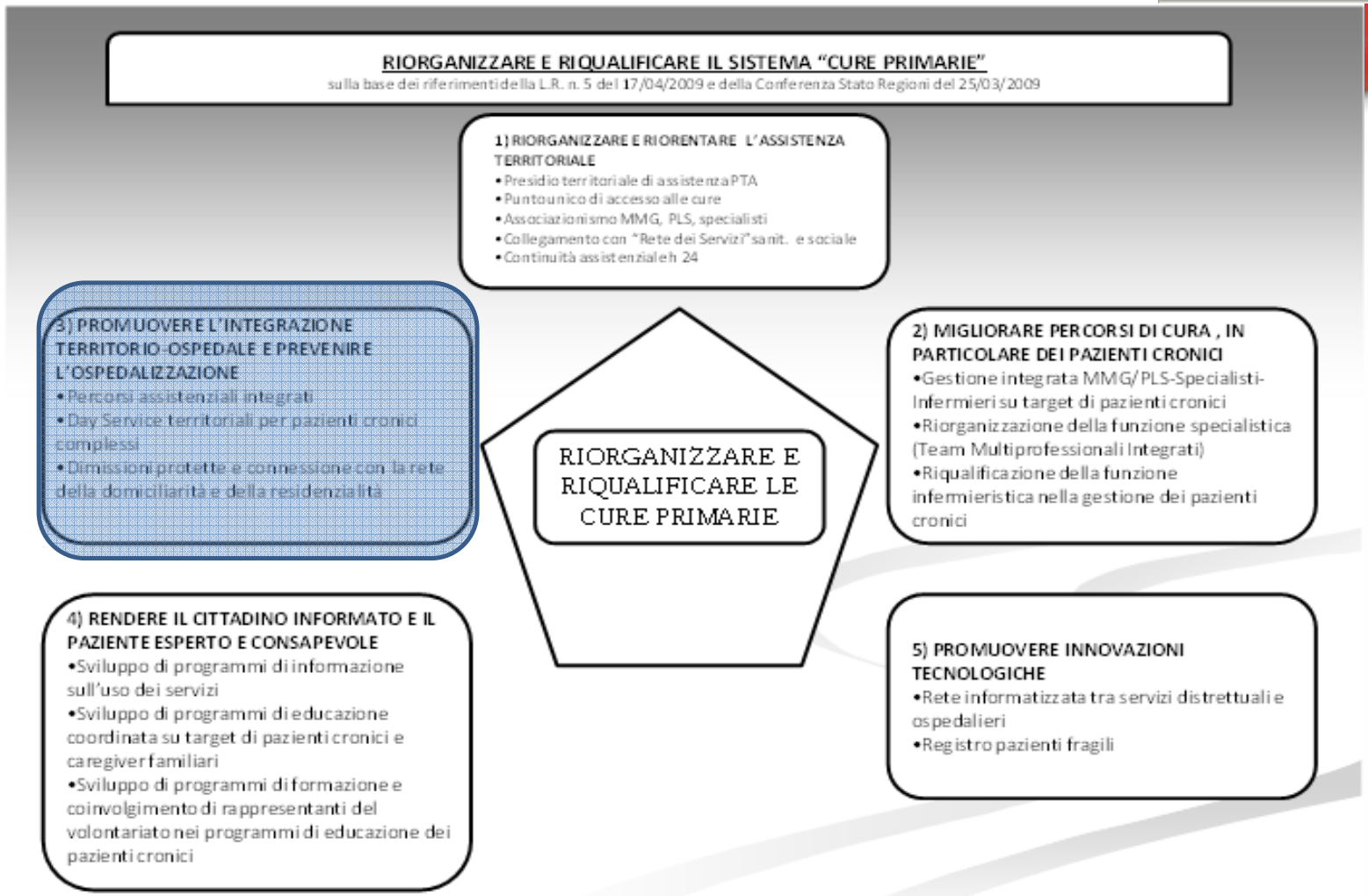
1. Scelta delle strutture sanitarie territoriali dove istituire gli ambulatori infermieristici;
2. Incontri con i Direttori di distretto per illustrare le finalità del progetto
3. Incontri con gli infermieri del territorio per illustrare il progetto di lavoro e motivarli nella opportunità dello stesso
4. Incontri formativi per illustrare le tecniche infermieristiche e le procedure assistenziali aggiornate e l'uso della cartella infermieristica



GESTIONE INTEGRATA OSPEDALE_TERRITORIO

A D I

DAY SERVICE



v.provenzano

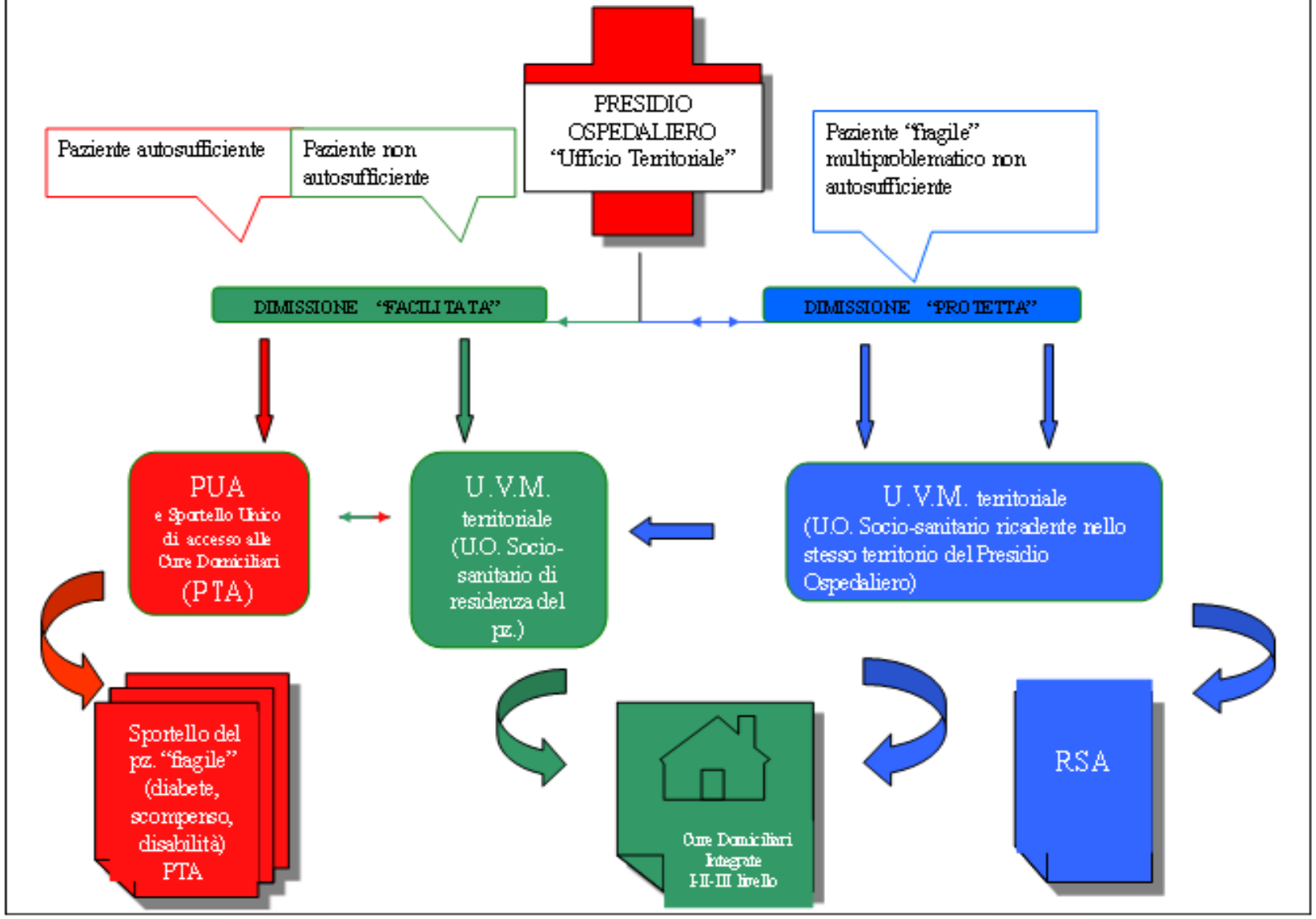
3. DIMISSIONI "FACILITATE", in particolare DEI PAZIENTI CRONICI, in primis dei pazienti ricoverati per problemi legati al Diabete Mellito ed allo Scompenso Cardiaco, e dei PAZIENTI POST-ACUZIE CON PATOLOGIE SEVERE (post-Infarto Miocardico, post-Ictus, …). Le dimissioni facilitate garantiranno la continuità assistenziale attraverso il collegamento pre-dimissione con la rete territoriale di assistenza di riferimento del paziente (MMG, PLS, PTA e Specialistica ambulatoriale).

A tal fine in ogni ospedale verrà allocato un "Ufficio Territoriale", con un Referente (infermiere o assistente sociale) appartenente alla rete di assistenza territoriale delle ASP, che opererà in stretto collegamento con il "Punto Unico di Accesso" dei PTA e che prenderà in carico, secondo i principi del *case-management*, tutti i pazienti precedentemente citati, gestendo il percorso di collegamento con il MMG/PLS che ha in carico il paziente e con il circuito delle Cure Primarie collegato al PTA di appartenenza.

Particolare attenzione sarà posta ai pazienti cronici con livello di complessità medio-alto, che dovranno essere inviati, in accordo con il piano di cura indicato dal reparto di dimissione, al *Day Service* territoriale, che sarà descritto più avanti. Il Referente Territoriale, come già detto, prenderà in carico attivamente anche i pazienti post-ictus o post-trauma che necessitano dell'attivazione rapida di percorsi riabilitativi. Infatti, i ritardi in questo settore diminuiscono le effettive potenzialità di ripresa, generando danni irreparabili per i pazienti e per la loro qualità di vita, oltre che maggiori costi per il sistema. In questi casi il *case-manager* dovrà attivare, prima della dimissione, le strutture del circuito riabilitativo in modo da facilitare l'invio concordato del paziente alle strutture territoriali che siano più tempestivamente disponibili alla presa in carico precoce ed all'inizio tempestivo dell'iter riabilitativo.

v.provenzano

MODELLO ORGANIZZATIVO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE OSPEDALE - TERRITORIO



L'UFFICIO TERRITORIALE per le dimissioni protette e facilitate

L'Ufficio Territoriale, in questa prima fase di attivazione, è composto da almeno 2 unità: 1 dell'ASP (un titolare e un supplente) ed 1 dell'Azienda Sanitaria o Presidio Ospedaliero (un titolare e un supplente).

I rappresentanti dell'ASP sono stati individuati fra il personale di Servizio Sociale, Infermieristico o di Fisioterapia.

In atto è aperto due giorni la settimana, il martedì ed il giovedì dalle ore 8.30 alle ore 12.00, riservandosi di aumentare il numero dei giorni di apertura o il numero delle ore di apertura in base alle necessità;

L'Ufficio Territoriale è segnalato con una tabella con la seguente dicitura: "Ufficio Territoriale per le dimissioni protette e facilitate".

v.provenzano

(Mod. F)

ASP PALERMO
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Dipartimento della programmazione e della organizzazione delle attività territoriali e dell'Integrazione Socio Sanitaria

Servizio per l'Integrazione Socio Sanitaria, Anziani e ADI
Via Pindemonte, 88 - Palermo
Tel. 091/7033242 FAX 091/7033238

MODULO DI SEGNALAZIONE DIMISSIONE "Facilitata"

data segnalazione (da effettuare almeno 2 gg lavorativi prima della dimissione)

*Presidio/Azienda Ospedaliera:*_____

*U.O. di ricovero*_____

Referente *Dott.*	*Tel.*

Paziente:

Cognome	*Nome*	*Età*
Luogo e data di nascita	*Cod. Fisc.*	
Domicilio	*Via*	
Residenza (se diversa dal domicilio)	*ASP (se diversa dall'ASP PA)*	
Telefono	*Cellulare*	
Persona di riferimento:	Telefono Cellulare	
Medico di Medicina Generale Dott.	Telefono Cellulare	

Diagnosi:

Prestazioni necessarie:

[ ]Terapia antalgica	[ ]Medicazioni	[ ]Gestione catetere
[ ]Gestione stomia	[ ]Terapia infusionale	[ ]SNG
[ ]Fisioterapia	[ ]Altro (specificare)_____	

DATA Firma del Referente

(Mod. P)

ASP PALERMO
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Dipartimento della programmazione e della organizzazione delle attività territoriali e dell'Integrazione Socio Sanitaria

Servizio per l'Integrazione Socio Sanitaria, Anziani e ADI
Via Pindemonte, 88
Palermo
Tel. 091/7033242 FAX 091/7033238

MODULO DI SEGNALAZIONE DIMISSIONE "Protetta" Domiciliare [ ] RSA [ ]

data segnalazione (da effettuare almeno 2 gg lavorativi prima della dimissione)

*Presidio/Azienda Ospedaliera:*_____

*U.O. di ricovero*_____

Referente *Dott.*	*Tel.*

Paziente:

Cognome	Nome	Età
Luogo e data di nascita	Cod. Fisc.	
Domicilio	Via	
Residenza (se diversa dal domicilio)	ASP (se diversa dall'ASP PA)	
Telefono	Cellulare	
Persona di riferimento:	Telefono Cellulare	
Medico di Medicina Generale Dott.	Telefono Cellulare	

Diagnosi:

Prestazioni necessarie:

[ ]Terapia antalgica	[ ]Medicazioni	[ ]Gestione catetere
[ ]Gestione stomia	[ ]Terapia infusionale	[ ]SNG
[ ]Fisioterapia	[ ]Altro (specificare)_____	

Si allega relazione sanitaria e SVAMA

DATA Firma del Referente

v.provenzano

Le parti coinvolte

- Direzioni Programmazione e Controllo dell'Assessorato alla Sanità (compreso Settore Formazione del Personale)
- Commissione Regionale per l'Assistenza Diabetologica
- Direttori Generali delle ASL/ASO
- Responsabili dei Servizi diabetologici di ASL/ASO
- Direttori dei Distretti
- Medici di Medicina Generale
- Associazioni dei diabetici

- **Direttori Generali delle ASL/ASO-Istitut cura convenzionati con il SSN**

A. S. P. 6
(Azienda Sanitaria Provinciale)

DIPARTIMENTI

DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI

- PROVVEDITORATO E TECNICO
- RISORSE ECONOMICO - FINANZIARIE E PATRIMONIALE
- RISORSE UMANE, SVILUPPO ORGANIZZATIVO E AFFARI GENERALI

DIPARTIMENTI SANITARI

- PREVENZIONE
- PREVENZIONE VETERINARIO
- SALUTE MENTALE, DIPENDENZE PATOLOGICHE E NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA
- FARMACEUTICO
- ATTIVITA' OSPEDALIERE
- SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO
- MEDICINA RIABILITATIVA
- DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
- ATTIVITA' TERRITORIALI E INTEGRAZIONE SOCIO – SANITARIA
- ANESTESIE, TERAPIE INTENSIVE E TERAPIA DEL DOLORE
- DIAGNOSTICA DI LABORATORIO

A. S. P. 6
(Azienda Sanitaria Provinciale)

DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI

PROVVEDITORATO E TECNICO

UOC PROGETTAZIONE E MANUTENZIONI
UOC PROVVEDITORATO
UOC FACILITY MANAGEMENT

→ SERVIZIO INFORMATICO

→ SERVIZIO ORGANIZZAZIONE RIFIUTI SPECIALI E PERICOLOSI

A. S. P. 6
(Azienda Sanitaria Provinciale)

DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI

RISORSE ECONOMICO - FINANZIARIE E PATRIMONIALE

UOC CONTABILITA' GENERALE E GESTIONE TESORERIA
UOC CONTABILITA' ANALITICA E PATRIMONIO
UOC BILANCIO E PROGRAMMAZIONE

A. S. P. 6
(Azienda Sanitaria Provinciale)

DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI

RISORSE UMANE, SVILUPPO ORGANIZZATIVO E AFFARI GENERALI

UOC GESTIONE GIURIDICA E SVILUPPO ORGANIZZATIVO
UOC GESTIONE ECONOMICA E PREVIDENZIALE
UOC PERSONALE CONVENZIONATO

A. S. P. 6
(Azienda Sanitaria Provinciale)

DIPARTIMENTI SANITARI

PREVENZIONE

UOC COORDINAMENTO AMMINISTRATIVO
UOC VERIFICA CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE
UOC ACCREDITAMENTO
UOC RISCHIO FISICO E RADIOPROTEZIONE

A. S. P. 6
(Azienda Sanitaria Provinciale)

DIPARTIMENTI SANITARI

PREVENZIONE VETERINARIO

UOC SANITA' ANIMALE

UOC CONTROLLO DELLE POPOLAZIONI ALLEVATE E SELVATICHE PER LA TUTELA DELLA SALUTE UMANA E DELL'EQUILIBRIO TRA UOMO, ANIMALE E AMBIENTE

UOC TUTELA IGIENICA DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE

UOC VIGILANZA E CONTROLLO SULL'IMPIEGO DI ANIMALI NELLA SPERIMENTAZIONE

A. S. P. 6
(Azienda Sanitaria Provinciale)

DIPARTIMENTI SANITARI

SALUTE MENTALE, DIPENDENZE PATOLOGICHE E NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

UOC DIPENDENZE PATOLOGICHE
UOC NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA
UOC MODULI DIPARTIMENTALI DA 1 A 9

- CENTRO SALUTE MENTALE (CSM)
- CENTRO DIURNO (CD)
- COMUNITA' TERAPEUTICA ASSISTITA (CTA)
- SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA (SPDC)

A. S. P. 6
(Azienda Sanitaria Provinciale)

DIPARTIMENTI SANITARI

ATTIVITA' OSPEDALIERE

UOC OSPEDALITA' PUBBLICA
UOC OSPEDALITA' PRIVATA

A. S. P. 6
(Azienda Sanitaria Provinciale)

DIPARTIMENTI SANITARI

SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO

OC MATERNO INFANTILE OSPEDALIERO
UOC MATERNO INFANTILE TERRITORIALE
UOC GINECOLOGIA E OSTETRICIA OSPEDALE INGRASSIA
UOC NEONATOLOGIA E UTIN OSPEDALE INGRASSIA
UOC GINECOLOGIA E OSTETRICIA OSPEDALE DI PARTINICO
UOC PEDIATRIA OSPEDALE DI PARTINICO
UOC GINECOLOGIA E OSTETRICIA OSPEDALE DI TERMINI IMERESE
UOC GINECOLOGIA E OSTETRICIA OSPEDALE DI PETRALIA
UOC GINECOLOGIA E OSTETRICIA OSPEDALE DI CORLEONE

A. S. P. 6
(Azienda Sanitaria Provinciale)

DIPARTIMENTI SANITARI

MEDICINA RIABILITATIVA

UOC MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE TERRITORIALE, HANDICAP E RIABILITAZIONE DOMICILIARE
UOC MEDICINA FISICAE E RIABILITAZIONE OSPEDALIERA
CENTRO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE “VILLA DELLE GINESTRE”
UOC MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE OSPEDALE INGRASSIA

A. S. P. 6
(Azienda Sanitaria Provinciale)

DIPARTIMENTI SANITARI

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

TUTTI I SERVIZI DI RADIOLOGIA OSPEDALIERI

A. S. P. 6
(Azienda Sanitaria Provinciale)

DIPARTIMENTI SANITARI

ATTIVITA' TERRITORIALI E INTEGRAZIONE SOCIO - SANITARIA

UOC PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DI CURE PRIMARIE

UOC INTEGRAZIONE SOCIO – SANITARIA

UOC MEDICINA LEGALE E FISCALE

A. S. P. 6
(Azienda Sanitaria Provinciale)

DIPARTIMENTI SANITARI

ANESTESIE, TERAPIE INTENSIVE E TERAPIA DEL DOLORE

UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE OSPEDALE INGRASSIA
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE OSPEDALE DI PARTINICO
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE OSPEDALE DI TERMINI

A. S. P. 6
(Azienda Sanitaria Provinciale)

DIPARTIMENTI SANITARI

DIAGNOSTCA DI LABORATORIO

UOC PATOLOGIA CLINICA OSPEDALE INGRASSIA
UOC ANATOMIA PATOLOGICA OSPEDALE INGRASSIA
UOC PATOLOGIA CLINICA OSPEDALE DI PARTINICO
UOC PATOLOGIA CLINICA OSPEDALE DI TERMINI
UOC MEDICINA TRASFUSIONALE OSPEDALE DI CEFALU'

A. S. P. 6
(Azienda Sanitaria Provinciale)

DISTRETTI SANITARI

DISTRETTO 33 - CEFALU'
DISTRETTO 34 - CARINI
DISTRETTO 35 - PETRALIA
DISTRETTO 36 - MISILMERI
DISTRETTO 37 - TERMINI
DISTRETTO 38 - LERCARA
DISTRETTO 39 - BAGHERIA
DISTRETTO 40 - CORLEONE
DISTRETTO 41 - PARTINICO
DISTRETTO 42 - PALERMO

UOS ASSISTENZA SANIRARIA DI BASE E MEDICINA LEGALE
UOS SOCIO –SANITARIA
UOS ASSISTENZA AMBULATORIALE INTERNA ED ESTERNA
UOS EDUCAZIONE ALLA SALUTE

A. S. P. 6
(Azienda Sanitaria Provinciale)

DISTRETTI SANITARI

DISTRETTO 42 - PALERMO

UOC PTA “ALBANESE”
UOC PTA “BIONDO”
UOC PTA “CASA DEL SOLE”
UOC PTA “GUADAGNA”

A. S. P. 6
(Azienda Sanitaria Provinciale)

DISTRETTI SANITARI

DISTRETTO 42
PALERMO

- UOS ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE ESTERNA
- UOS ANAGRAFE ASSISTITI E ASSISTENZA SANIRARIA DI BASE
- UOS CONTINUITA' ASSISTENZIALE E PPI
- UOS ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA - POLIAMBULATORIO PALERMO CENTRO
- UOS VISITE DOMICILIARI E AMBULATORIALI MEDICINA LEGALE
- UOS CURE PRIMARIE LAMPEDUSA E LINOSA
- UOS CURE PRIMARIE USTICA
- UOS PROMOZIONE DELLA SALUTE IMMIGRATI
- UOS HOSPICE
- UOS RSA 1 DEMENZE SENILI E ALZHEIMER
- UOS RSA 2 SINDROMI DA IMMOBILIZZAZIONE
- UOS RSA PIANA DEGLI ALBANESI

A. S. P. 6
(Azienda Sanitaria Provinciale)

DISTRETTO SANITARIO 42 - PALERMO

PTA “ALBANESE”

UOS ASSISTENZA SANITARIA DI BASE
UOS ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA
UOS MEDICINA LEGALE E FISCALE
UOS SOCIO – SANITARIA
UOS EDUCAZIONE ALLA SALUTE
UOS NEUROFISIOLOGIA E DISCINETICI

A. S. P. 6
(Azienda Sanitaria Provinciale)

DISTRETTO SANITARIO 42 - PALERMO

PTA “BIONDO”

UOS ASSISTENZA SANITARIA DI BASE
UOS ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA
UOS MEDICINA LEGALE E FISCALE
UOS SOCIO – SANITARIA
UOS EDUCAZIONE ALLA SALUTE

A. S. P. 6
(Azienda Sanitaria Provinciale)

DISTRETTO SANITARIO 42 - PALERMO

PTA "CASA DEL SOLE"

UOS ASSISTENZA SANITARIA DI BASE
UOS ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA
UOS MEDICINA LEGALE E FISCALE
UOS SOCIO – SANITARIA
UOS EDUCAZIONE ALLA SALUTE

A. S. P. 6
(Azienda Sanitaria Provinciale)

DISTRETTO SANITARIO 42 - PALERMO

PTA “GUADAGNA”

UOS ASSISTENZA SANITARIA DI BASE
UOS ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA
UOS MEDICINA LEGALE E FISCALE
UOS SOCIO – SANITARIA
UOS EDUCAZIONE ALLA SALUTE

A. S. P. 6
(Azienda Sanitaria Provinciale)

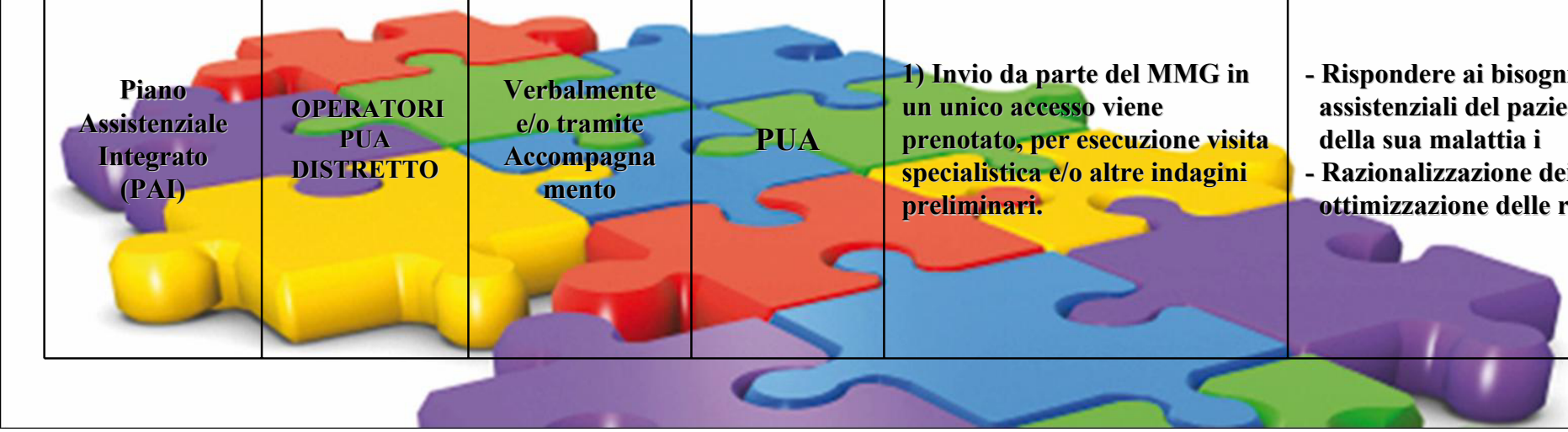
DISTRETTO SANITARIO 42 - PALERMO

ATTIVITA' DISTRETTUALI DECENTRATE

POLIAMBULATORIO MONREALE
POLIAMBULATORIO BELMONTE - ALTOFONTE
POLIAMBULATORIO PIANA DEGLI ALBANESI – S. CRISTINA GELA
POLIAMBULATORIO ZEN

Riduzione "Passaggi e Pianificazione del Percorso Paziente

COSA	CHI	COME	DOVE	QUANDO	PERCHE'
Informazione Assistenza Consulenza all'iter assistenziale	OPERATORI PUA DISTRETTO	Verbalmente e/o tramite Accompagnamento	PUA	-Tutte le volte che il Paziente fa richiesta.	- Facilitare l'accesso ai servizi sanitari. - Informare sui servizi, prestazioni , orari persone e luoghi di riferimento. - Orientare sull'uso e la fruizione delle prestazioni
Piano Assistenziale Integrato (PAI)	OPERATORI PUA DISTRETTO	Verbalmente e/o tramite Accompagnamento	PUA	1) Invio da parte del MMG in un unico accesso viene prenotato, per esecuzione visita specialistica e/o altre indagini preliminari.	- Rispondere ai bisogni assistenziali del paziente e della sua malattia i - Razionalizzazione dei costi ed ottimizzazione delle risorse .



COSA	CHI	COME	DOVE	QUANDO	PERCHE'
Registrazione	OPERATORI PUA DISTRETTO	Supporto telematico	Scheda paziente.	Registrazione e/o Aggiornamento.	Monitorare il prodotto sanitario e i suoi effetti.
Pacchetto Assistenziale Complesso (PAC)	OPERATORI PUA DISTRETTO	Il paziente in un unico accesso effettua esami del sangue, visita cardiologia ed ECG, eventuali altre indagini e/o consulenze	Prospetto PAC	A richiesta dello specialista.	- Utile alla valutazione del rischio cardiologico e vascolare - Evitare prestazioni superflue.
Recall telefonico	OPERATORI PUA DISTRETTO	Telefono	Allo Sportello	Per visite e Prescrizioni oltre i 15 giorni dalla prenotazione	- Centralità paziente - Prevenire il rischio di fuga del paziente dall'organizzazione sanitaria.

STRUMENTI PUA

- **Registro pazienti** presi in carico dal distretto
-
- **Scheda Presa in carico integrata e completa di dati clinici e socio- familiari.**

- **Scheda di Monitoraggio**

LE COMPONENTI DEL PTA

- Accesso unico alle cure
- Assistenza sanitaria di base, specialistica e diagnostica
- Gestione delle urgenze (PPI)
- Rete delle cure domiciliari (ADI)
- Connessione con le altre forme di assistenza territoriale, prevenzione, materno-infantile, salute mentale, medicina legale e fiscale

LE COMPONENTI DEL PTA

- Accesso unico alle cure
- Assistenza sanitaria di base, specialistica e diagnostica
- Gestione delle urgenze (PPI)
- Rete delle cure domiciliari (ADI)
- Connessione con le altre forme di assistenza territoriale, prevenzione, materno-infantile, salute mentale, medicina legale e fiscale .

Accesso unico alle cure

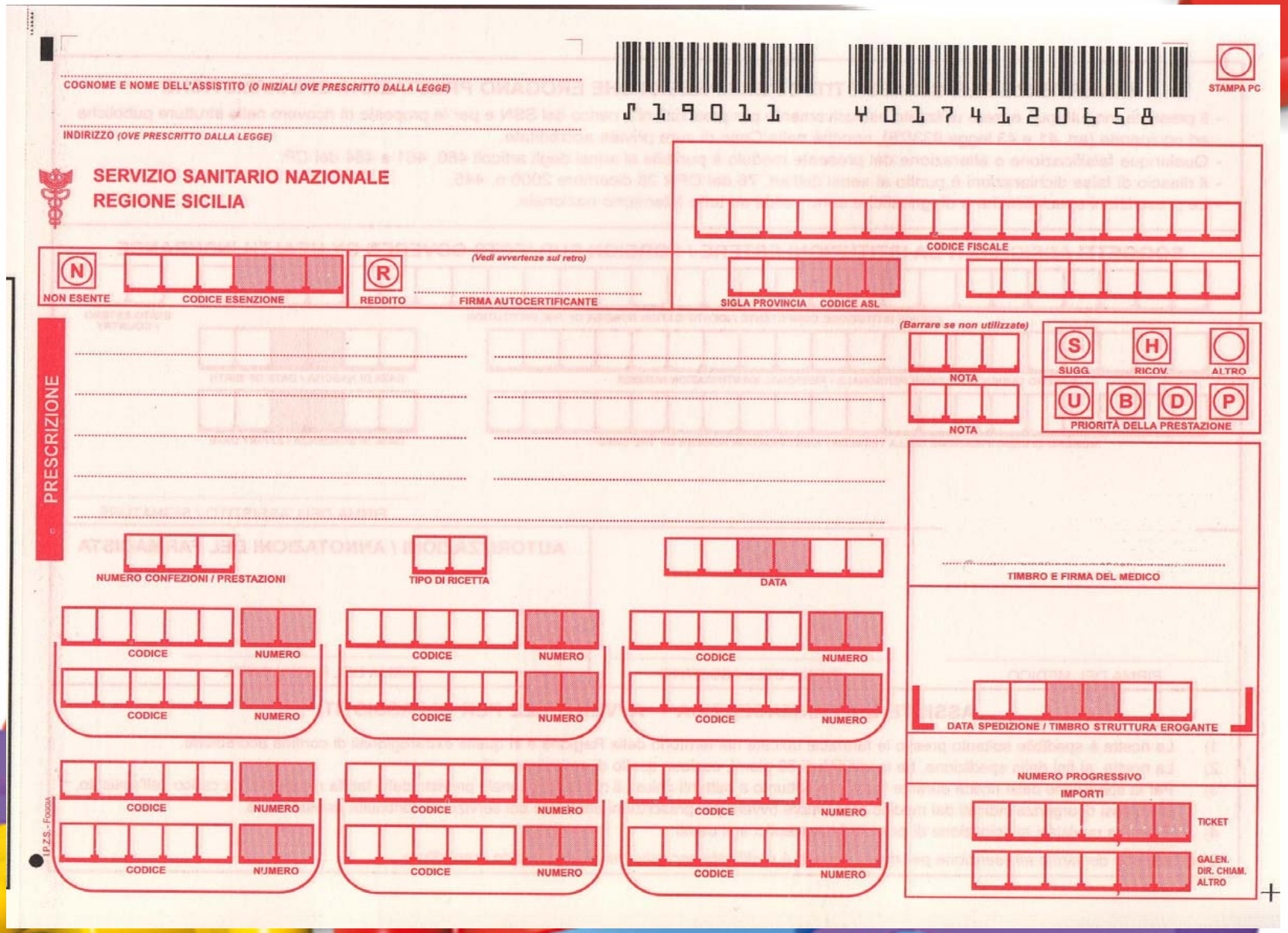
- CUP (Centro Unico di Prenotazione) aziendale
- PUA (Punto Unico di Accesso alle Cure) distrettuale
- UFFICIO TERRITORIALE (connessione ospedale-territorio
- URP (Ufficio relazioni con il Pubblico)

ACCOGLIENZA – PRENOTAZIONE – INDIRIZZAMENTO

passaggio da un sistema di prenotazioni “cronologico” ad un sistema “per priorità”

CUP
CENTRO UNICO PRENOTAZIONE

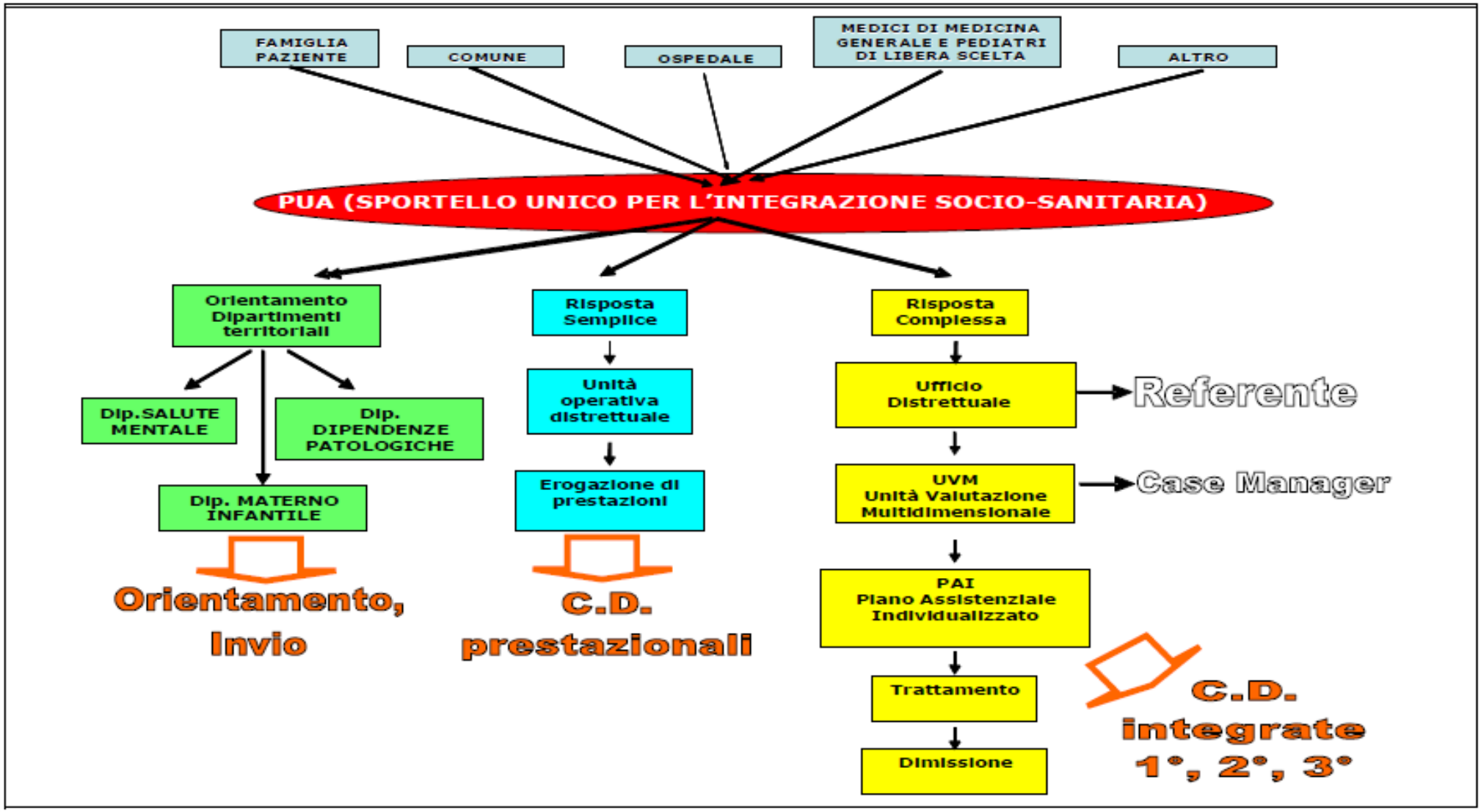
- Facilitare l'accesso e snellire l'iter di presa in carico e di indirizzamento degli utenti.
- Passaggio da un sistema di prenotazione " cronologico " ad un sistema per " priorità ".


COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)
INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)
STAMPA PC
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIA
CODICE FISCALE
(Vedi avvertenze sul retro)
N
NON ESENTE
CODICE ESENZIONE
R
REDDITO
FIRMA AUTOCERTIFICANTE
SIGLA PROVINCIA
CODICE ASL
(Barrare se non utilizzate)
NOTA
NOTA
S
SUGG.
H
RICOV.
ALTRO
U
B
D
P
PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE
PRESCRIZIONE
NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI
TIPO DI RICETTA
DATA
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
CODICE
NUMERO
DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE
NUMERO PROGRESSIVO
IMPORTI
TICKET
GALEN.
DIR. CHIAM.
ALTRO
I.P.Z.S. - Foggia

PUA - Punto Unico di Accesso

- Indirizzamento alle varie forme di assistenza domiciliare/residenziale
- Smistamento delle domande improprie verso altri ambiti assistenziali: SERT, Salute Mentale, Area Materno-infantile

PUA


FAMIGLIA PAZIENTE
COMUNE
OSPEDALE
MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA
ALTRO
PUA (SPORTELLO UNICO PER L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA)
Orientamento Dipartimenti territoriali
Risposta Semplice
Risposta Complessa
Dip.SALUTE MENTALE
Dip. DIPENDENZE PATOLOGICHE
Dip. MATERNO INFANTILE
Unità operativa distrettuale
Erogazione di prestazioni
Ufficio Distrettuale
Referente
UVM Unità Valutazione Multidimensionale
Case Manager
PAI Piano Assistenziale Individualizzato
Trattamento
Dimissione
Orientamento, Invio
C.D. prestazionali
C.D. integrate 1°, 2°, 3°

UFFICIO TERRITORIALE

Nei presidi ospedalieri dovrà essere attivato un "UFFICIO TERRITORIALE" con un Referente (infermiere o assistente sociale) collegato al PTA ed allo Sportello di Accesso Unico alle cure ivi allocato.

Il Referente dell'Ufficio Territoriale si inquadra come un *case-manager* territoriale allocato presso i presidi ospedalieri per "agganciare" il paziente cronico (Diabete mellito e Scompenso cardiaco in primis) ed il paziente post-acuzie con patologia severa (Infarto Miocardico, Ictus, …)alle rete territoriale prima della sua dimissione.

UFFICIO TERRITORIALE

- Dimissioni protette per pazienti ricoverati e dimessi con problemi di autosufficienza da inserire nel circuito delle cure domiciliari e/o residenziali
- Dimissioni facilitate, in particolare di pazienti cronici, Diabete mellito, scompenso cardiaco in collegamento con la rete territoriale di assistenza di riferimento del pz.: MMG/PLS Specialista

UFFICIO TERRITORIALE

L'Ufficio territoriale pertanto opera in stretto collegamento con l' équipe del Punto Unico di Accesso – PUA - dei PTA; assicurando la presa in carico dei pazienti precedentemente citati, indicando percorsi sociali, sanitari e sociosanitari personalizzati

LA GESTIONE DELLE URGENZE

- **ISTITUIRE "PUNTI DIPRIMO INTERVENTO"(PPI) NEI PTA,** gestiti nell'ambito delle Cure primarie, con la finalità di rispondere alle urgenze di primo livello nel territorio, nella prospettiva di incidere sulla riduzione degli accessi al Pronto Soccorso e, conseguentemente, anche sulla riduzione dei ricoveri;

- **DISLOCARE "PUNTI TERRITORIALI DI EMERGENZA" (PTE),** componenti della rete emergenza-urgenza, collegati ai PTA in caso di contesti con particolari problemi, come la distanza dai presidi ospedalieri, nei quali risulta necessario assicurare una presa in carico dei casi acuti, finalizzata ad una gestione in loco, ove ciò si rendesse possibile, o ad un trasferimento protetto del paziente nel Presidio ospedaliero più idoneo.

Punti di Primo Intervento (PPI)

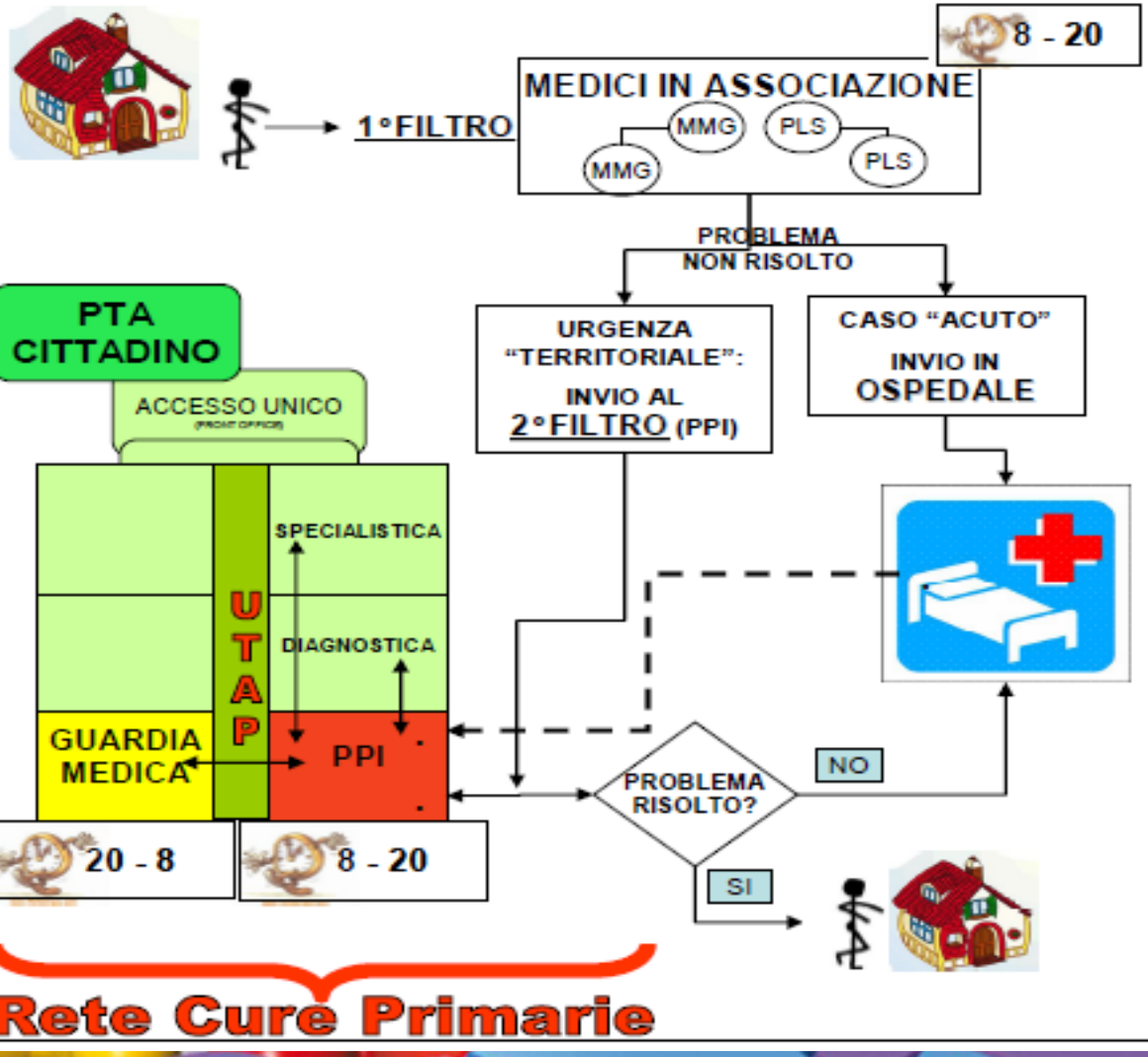
Il **PPI** rappresenta la modalità organizzativa attraverso la quale il PTA potrà offrire un **punto di riferimento** alternativo all'ospedale **per la gestione delle urgenze di basso-medio livello (codici bianchi e parte dei codici verdi).**

I PPI sono gestiti attraverso la rete delle cure primarie (MMG, PLS, Medici di Continuità Assistenziale), secondo le diverse potenzialità del contesto locale, e sono supportati dagli infermieri e dagli specialisti poliambulatoriali ivi operanti.

TRIAGE

- **Codice Bianco nessuna urgenza** - il paziente non necessita del pronto soccorso e può rivolgersi al proprio medico. (Ferite , Contusioni, Distorsioni, Ipotensione…)
- **Codice Verde urgenza minore** - il paziente riporta delle lesioni che non interessano le funzioni vitali ma vanno curate. (Estese escoriazioni e contusioni. Lesioni denti. Lussazione spalla…. Attacchi d'asma non complicati. Coliche non complicate.)

LA GESTIONE DELLE URGENZE A LIVELLO TERRITORIALE: PTA "CITTADINO" (con PPI): ridurre codici bianchi-verdi al PS



ACCESSO ALLE CURE DOMICILIARI

Il PTA garantirà l'accoglienza, la presa in carico e lo smistamento del paziente anche in questo importante settore assistenziale. L'équipe del Punto Unico di Accesso alle Cure Domiciliari dovrà, quindi, essere in grado di discernere il bisogno espresso, indicando percorsi sociali, sanitari e sociosanitari personalizzati, dove solo per le risposte sociosanitarie verrà richiesto il coinvolgimento della **Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).**

Cure Domiciliari

- 1. Cure Domiciliari Prestazionali caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato.
- 2. Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello
- 3. Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e cure domiciliari palliative per malati terminali.

COLLEGAMENTO DEL PTA CON GLI ALTRI SERVIZI TERRITORIALI

Il PTA dovrà costituire la porta di accesso del cittadino-utente a tutti i servizi relativi all'assistenza medica e pediatrica di base,all'assistenza specialistica extra-ospedaliera, ivi inclusa la Neuropsichiatria Infantile, i Sert, alla prevenzione,all'assistenza domiciliare, all'assistenza sanitaria in regime residenziale o semiresidenziale, all'assistenza farmaceutica ed integrativa. Molto importante, in particolare, lo stretto collegamento del PTA con i circuiti assistenziali più critici, quali quello della Salute Mentale e del Materno-Infantile (specialmente con la rete consultoriale, che ne è una componente importante),per l'invio attivo dei pazienti e degli utenti all'interno di percorsi Assistenziali specifici, nei quali il PTA ed il suo Sportello Unico di Accesso può rappresentare uno snodo fondamentale.

Grazie della vostra attenzione