

La sperimentazione degli Sportelli unici di assistenza e cura (Bolzano, Lana) e l'adozione dei Percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali (PDTA)

Isabella Mastrobuono
isabella.mastrobuono@sabes.it

L'integrazione tra i servizi sociali e sanitari

Le sperimentazioni di Bolzano e Lana presso gli attuali Sportelli Unici di Assistenza e Cura (SUAC)

Gli attuali 26 Sportelli si rivolgono prioritariamente a tutte le persone che necessitano di assistenza e cura, alle loro famiglie in tutte le fasi della non autosufficienza.

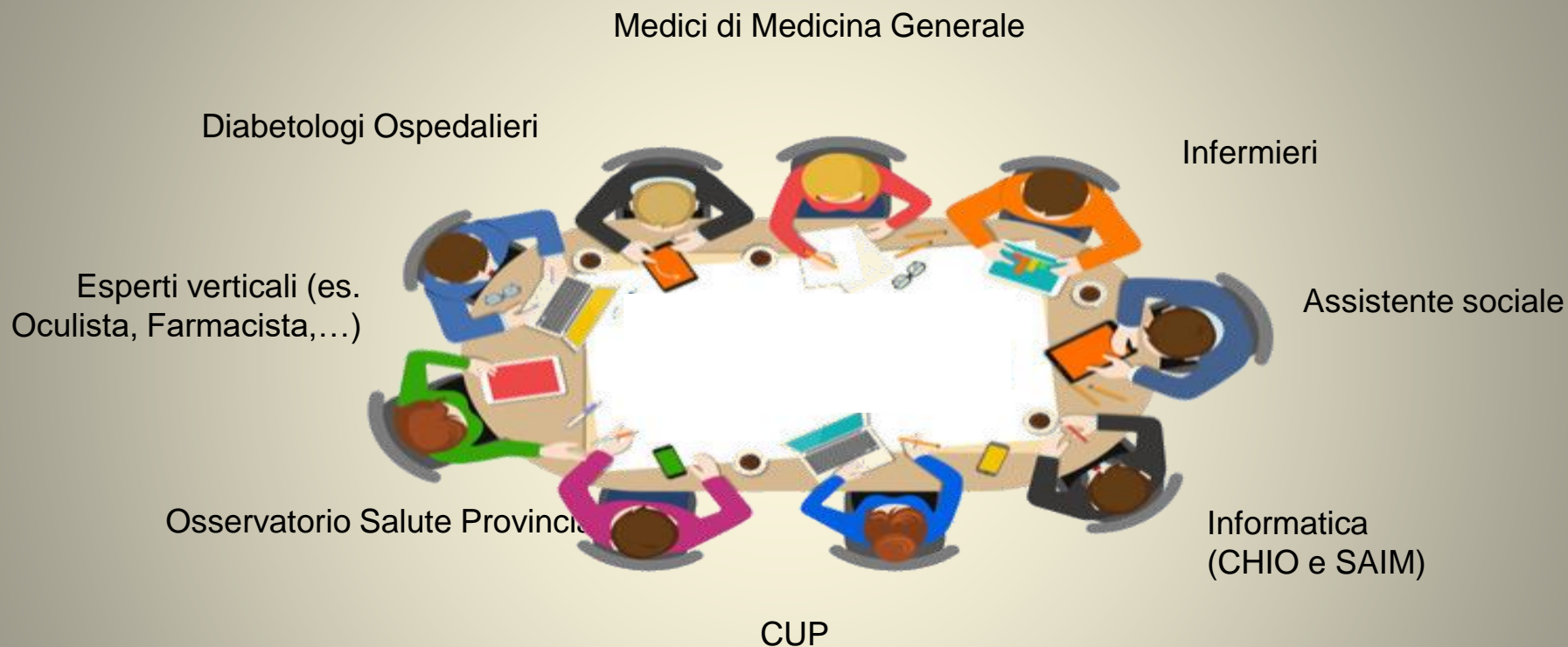
Al fine di consentire una integrazione maggiore **attraverso l'utilizzo condiviso di strumenti di valutazione e decisionali** sono avviate due sperimentazioni che prevedono, per la prima volta, **nei casi più complessi**, la istituzione di una Unità multidisciplinare (UPCP) con personale del sociale, medici ospedalieri, medici di medicina generale, infermieri con il compito di predisporre un Piano assistenziale individuale (PAI) al quale partecipa il paziente e la sua famiglia.

Il Diabete Mellito 2 nella P.A. di Bolzano

Distribuzione per sesso e classi di età dei pazienti diabetici e prevalenze

	Diabetici di tipo 2			
Classi di età	Maschi	Femmine	Totale	Prevalenze diabetici in popolazione
0-4	-	-	-	-
5-14	-	-	-	-
15-44	303	460	762	0,4
45-64	3183	1773	4956	3,3
65-74	3545	2509	6054	12,3
75+	4036	4795	8831	16,2
Totale	11067	9537	20604	4

Il tavolo di lavoro multidisciplinare per la creazione del PDTA Diabete mellito tipo 2



Obiettivo: costruire un PDTA **pratico** da utilizzare, **semplice** da interpretare, chiaro nella suddivisione dei **compiti** e comprensivo di **linee guida** per aiutare gli utilizzatori

I 4 percorsi : P1, P2, P3, P4.

Nel PDTA, per ciascun percorso, vengono indicate:

Quali PRESTAZIONI

Con che FREQUENZA

CHI le fa

CHI	COME	DESCRIZIONE	FREQUENZA	NOTE
MMG	Prescrive e valuta	Glicemia, HbA1c	2/aa ogni 6 mesi salvo visita SD (0, 6, 12), 4/aa ogni 4 mesi se cambio terapia/HbA1c > 7,5	Livello prova I Raccomandazione B
	Esegue	Visita generale, Pressione arteriosa, FC, rivalutazione terapia e richiamo educativo	2/aa ogni 4 mesi salvo visita SD (4, 8)	
	Esegue	BMI, circonferenza vita	1/aa ogni 12 mesi se non eseguito da SD	
	Prescrive	Fundus oculi	1/2 aa ogni 24 mesi se non prescritto da SD (0, 24)	Livello prova VI Raccomandazione A
	Prescrive	Ecodoppler AI se Winsor <0,9	1/aa ogni 12 mesi se non prescritto da SD (0,12)	Livello prova III Raccomandazione B
	Prescrive	ECG	1/aa ogni 12 mesi se non prescritto da SD (0,12)	Livello prova III Raccomandazione B
INFERMIERE (se presente in studio, Distretto Socio-sanitario, Casa della Salute, SD.)	Esegue	richiama il paziente, rileva e registra i dati in cartella, verifica l'adesione terapeutica; rileva: PAO, FC, calcola e registra il Rischio C-V (ISS e/o ESC Score), verifica adesione prescrizioni dietetiche ed attività fisica, applica e verifica l'educazione strutturata per l'autocontrollo glicemico.	2/aa ogni 4 mesi salvo visita SD (4, 8) Negli studi privi di infermiere viene eseguito dal MMG	
SERVIZIO DIABETOLOGICO	Esegue	visita generale, pressione arteriosa, BMI, circonferenza vita, Ispezione piedi + valutazione polsi, VALUTAZIONE: glicemia, HbA1c, Emocromo, es. urine, colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridi, creatinina, ACR, GPT, GOT, Gamma-GT	1/aa ogni 12 mesi (0, 12)	III A
		ECG	1/aa ogni 12 mesi (0, 12)	III B
		Indice di Winsor	1/2aa ogni 24 mesi (0, 24), se normale rivalutazione ogni 2 anni	III B
		Ecodoppler AI se Winsor <0,9	1/aa ogni 12 mesi (0, 12)	III B
		Screening neuropatia (ROT e diapason)	1/aa ogni 12 mesi (0,12)	
		Rivalutazione terapia		
Fundus oculi	1/2 aa ogni 24 mesi (0, 24)			
DIETISTA	Esegue	BMI, Circonferenza vita, verifica adesione prescrizioni dietetiche	Solo se ritenuto necessario: 1/aa ogni 12 mesi (0, 12), più frequentemente se necessario	

**Esempio P1 –
percorso «Base»**