

IL PROGETTO NOA NELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA

PRESA IN CARICO INTEGRATA DEI PAZIENTI CON DIABETE MELLITO TIPO 2 A RISCHIO DI SCOMPENSO METABOLICO NEL NUCLEO DI CURE PRIMARIE BARCO ,FERRARA

RESPONSABILE SCIENTIFICO DOTT. FRANCO TOMASI ,DIRETTORE DELL'U.O. COMPLESSA DI DIABETOLOGIA, DIETOLOGIA E NUTRIZIONE CLINICA AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA

Professionisti coinvolti:

Direttore U.O. Diabetologia AOSP Fe

Dietista AOSP : borsa di studio

Dirigente medico del Dipartimento di Cure Primarie AUSL Fe

Infermieri (due) NCP Barco AUSL Fe

Specialista cardiologo AUSL Fe

5mmg della medicina di gruppo di Pontelagoscuro

Medico di Medicina Generale coordinatore NCP Barco

Il progetto dell'U.O. di Diabetologia dell'AOSP è indirizzato agli assistiti diabetici a rischio di uscire dalla gestione integrata per scompenso metabolico del NCP Barco che comprende 18.878 assistiti e 18 medici di medicina generale di cui 5 associati in medicina di gruppo ed è stato realizzato in integrazione con l'Azienda USL di Ferrara nell'ambulatorio di nucleo adiacente alla sede della medicina di gruppo.

il target del progetto è rappresentato dai pazienti con diabete mellito tipo 2 in carico ai mmg con emoglobina glicata > 7,5 (almeno 2 nell'ultimo anno). L'elenco dei pazienti eligibili è stato estratto dalle liste dei pazienti in carico ai medici di famiglia (progetto diabete dell'AIL dell'AUSL di Ferrara).

Nella fase di avvio il progetto è stato limitato agli assistiti della medicina di gruppo di Pontelagoscuro (5 medici, 6693 assistiti) : 187 pazienti in gestione integrata per diabete di cui 74 pari al 39,5% eligibili .

Il reclutamento dei pazienti è iniziato il 24 luglio 2011 . Il ritardo nell'avvio del progetto, dovuto alla complessità organizzativa nella individuazione della medicina di gruppo e del Nucleo di Cure Primarie di riferimento idoneo, ha consentito di apportare alcuni correttivi al protocollo operativo iniziale (allegato 1).

Il progetto organizzativo (allegato 2) si è caratterizzato infatti dalla esecuzione di tutti gli accertamenti , compresa la consulenza del diabetologo e della dietista dell'Azienda Ospedaliero Universitaria nella sede del NCP.

I pazienti reclutati al 30 novembre sono 63 e prosegue il reclutamento dei pazienti degli altri medici del NCP. Il monitoraggio dei pazienti proseguirà per tutto il 2012.

Sono di seguito riportati gli elementi distintivi del progetto e alcune considerazioni preliminari:

- Scelta di effettuare l'intero percorso negli ambulatori di nucleo annessi alla medicina di gruppo (comprese le consulenze specialistiche).
- Decisione, condivisa coi medici , di procedere alla chiamata attiva da parte dell'infermiere/dietista dei pazienti che presentavano valori elevati di emoglobina glicata.
- Riorganizzazione dell'attività dell'equipe infermieristica di nucleo, riservando al progetto una giornata la settimana. Predisposizione di una cartella clinica integrata .

- Informatizzazione dell'ambulatorio infermieristico e specialistico: attivata postazione Gesi e CUP web: messa in rete dell'ambulatorio infermieristico con gli ambulatori dei medici di famiglia e accesso alla cartella del medico di famiglia (millewin).
- Complessità nella fase di reclutamento: dei 187 pazienti in gestione integrata il 35% presentava valori di glicata > 7,5 ; una parte risultava già in carico al CAD. Una percentuale non irrilevante dei pazienti affetti da pluripatologie considerano la patologia diabetica “ il minore dei mali” e hanno mostrato resistenza a prendersi cura di sé e ad accedere al servizio.
- La presenza della dietista nella sede del nucleo ha consentito un avvio precoce del counselling nutrizionale con risultati positivi già dopo i primi mesi.
- L'infermiere care manger del NCP può svolgere un ruolo centrale nel monitoraggio attivo dei pazienti diabetici con ridotta compliance alle indicazioni terapeutiche .
- Il counselling nutrizionale rivolto al singolo o a piccoli gruppi di pazienti si dimostra di estrema utilità in questo percorso.

Ferrara Dicembre 2012

Dott. Franco Tomasi

Progetto Modernizzazione N.O.A.

Programmi Diagnostico-Terapeutici per Diabetici in Gestione Integrata

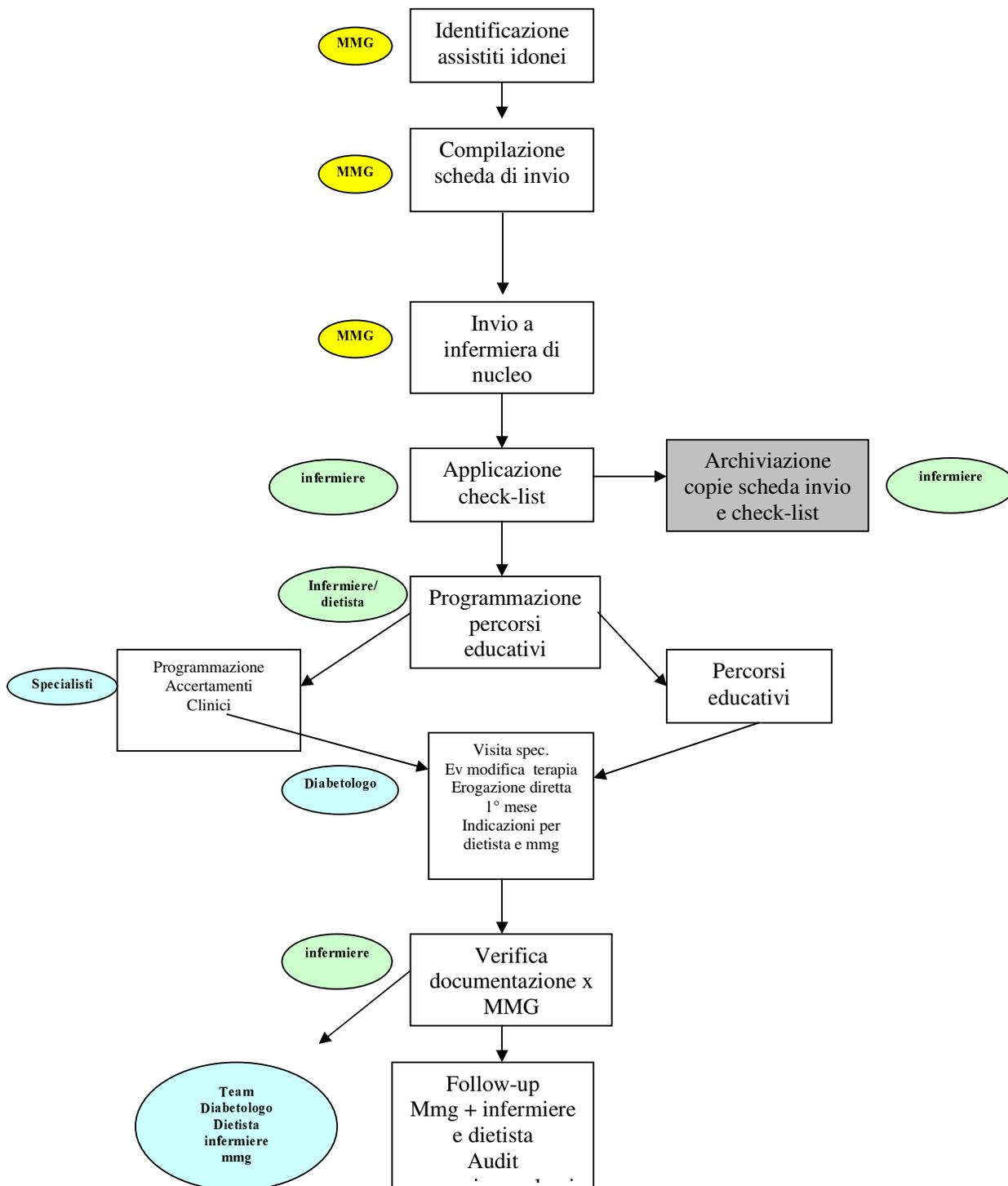
Modalità Operative per le persone con diabete che verranno inviate all'Ambulatorio diabetologico della AOU di Ferrara

1. Identificazione di assistiti con Diabete in Gestione Integrata **a rischio di uscire dalla Gestione Integrata per scompenso metabolico** da parte del M.M.G..
 - **Criteri di selezione:** **2** determinazioni successive negli ultimi 12 mesi con valori di HbA1c superiori a 7,5 % (o superiori all'8% per soggetti ultrasettantacinquenni privi di complicanze in atto).
2. Compilazione della scheda di invio per il percorso di presa in carico (vedi allegato)
3. Invio dell'assistito all'ambulatorio Diabetologico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara con impegnativa: motivazione "visita diabetologica **di controllo** (NOA)".
4. Valutazione da parte dell'infermiere, mediante check-list, dei bisogni clinici ed educativi.
5. Definizione del percorso di presa in carico e assegnazione degli appuntamenti (Impegnative predisposte da Medico ambulatorio AOU di Ferrara).
6. Svolgimento del percorso con accesso ambulatorio infermieristico Diabetologia (se necessario) e valutazione diabetologica.
7. Definizione del programma di follow-up in Gestione Integrata o di ulteriore verifica diabetologica
8. Il percorso svolto è registrato in cartella diabetologica informatizzata e sintetizzato nel referto diabetologico.
9. A conclusione del percorso ritorno all'ambulatorio infermieristico per verifica della documentazione di sintesi per il M.M.G. (referti indagini cliniche svolte, check-list, referto diabetologico).

Progetto Modernizzazione N.O.A.

Programmi Diagnostico-Terapeutici per Diabetici in Gestione Integrata

Diagramma di Flusso



Progetto Modernizzazione N.O.A.

Programmi Diagnostico-Terapeutici per Diabetici in Gestione Integrata



Scheda di selezione assistiti a rischio di uscire dalla Gestione Integrata per scompenso metabolico

Cognome: _____ Nome _____ data nascita _____

Residenza: _____ Tel.: _____

Diabete Mellito tipo 2 dal _____ Gestione Integrata dal _____

Terapia Antidiabete: _____

Altri farmaci: _____

Emoglobina glicata:
data _____ HbA1c _____ % data _____ HbA1c _____ %

Microalbuminuria: data _____ valore _____ mg/l B.M.I. _____

Elettrocardiogramma: data _____ Normale Patologico (allegare)

Fondo Oculare: data _____ Normale Patologico (allegare)

Altri accertamenti patologici:

-

Patologie significative in atto o
pregresse _____

-
data _____
Firma) _____

Il Medico M.G. (Timbro e



Progetto Modernizzazione N.O.A.

Programmi Diagnostico-Terapeutici per Diabetici in Gestione Integrata

Check-list, dei bisogni clinici ed educativi

Cognome: _____ Nome _____ data nascita _____

Rispetto Protocollo	Azione	Evidenze
Sono rispettati i criteri di attivazione del percorso NOA-diabete?	In caso affermativo procedere con la Check-list. In caso negativo prendere contatti con il Medico proponente.	<input type="checkbox"/> I criteri sono rispettati <input type="checkbox"/> Presi contatti con MMG il _____

Bisogni Clinici	Azione	Evidenze
L'ultima determinazione di HbA1c risale ad oltre 30 gg ?	In caso affermativo programmare prelievo per HbA1c	<input type="checkbox"/> HbA1c <30 gg <input type="checkbox"/> Prelievo il _____
L'ultima determinazione di Microalbuminuria risale ad oltre 8 mesi (3 mesi se patologica) ?	In caso affermativo programmare prelievo per Microalbuminuria	<input type="checkbox"/> Microalbuminuria <8 mesi <input type="checkbox"/> Prelievo il _____
L'ultimo E.C.G. risale ad oltre 12 mesi ?	Eeguire ECG	<input type="checkbox"/> ECG <12 mesi <input type="checkbox"/> Eseguito ECG
L'ultimo Fondo oculare risale ad oltre 12 mesi ?	Programmare visita oculistica x Fondo oculare	<input type="checkbox"/> Fundus <12 mesi <input type="checkbox"/> Visita oculistica il _____
Il peso corporeo è incrementato negli ultimi 12 mesi?	Se BMI > 28 ed incremento di peso > di 5 kg programmare consulenza dietistica, se non già attivata.	<input type="checkbox"/> Assenti requisiti x cons. dietista <input type="checkbox"/> Cons. Dietista il _____
Qualora sia segnalata cardiopatia progressiva, è stata effettuata visita cardiologica negli ultimi 12 mesi?	In caso negativo programmare visita cardiologica, se non già attivata.	<input type="checkbox"/> Assenti requisiti x visita cardiologica <input type="checkbox"/> Visita cardiologica il _____
Programmare Visita diabetologica a conclusione accertamenti programmati		<input type="checkbox"/> Programmata visita Diabetologica il _____

NOTE

Bisogni Educativi	Azione	Evidenze
Il paziente è consapevole di essere diabetico?	In caso negativo dare nozioni relative al diabete	<input type="checkbox"/> Consapevole <input type="checkbox"/> Scarsa consapevolezza <input type="checkbox"/> Non consapevole
Il paziente conosce i rischi di complicanze del diabete?	In caso negativo dare nozioni relative alle complicanze del diabete (Cardiopatia ischemica, Nefropatia, Retinopatia, Piede diabetico).	<input type="checkbox"/> Buona conoscenza <input type="checkbox"/> Scarsa conoscenza <input type="checkbox"/> Non è a conoscenza
Il paziente è sedentario? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	In caso affermativo dare nozioni relative ai benefici dell'attività motoria.	<input type="checkbox"/> Buona conoscenza <input type="checkbox"/> Scarsa conoscenza <input type="checkbox"/> Non è a conoscenza
Il paziente conosce i principi di corretta alimentazione?	In caso negativo dare nozioni relative alla educazione alimentare	<input type="checkbox"/> Buona conoscenza <input type="checkbox"/> Scarsa conoscenza <input type="checkbox"/> Non è a conoscenza
Il paziente è fumatore? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	In caso affermativo dare nozioni relative ai rischi da fumo di sigaretta e proporre un accesso al Centro antifumo.	<input type="checkbox"/> Buona conoscenza <input type="checkbox"/> Scarsa conoscenza <input type="checkbox"/> Contemplativo <input type="checkbox"/> Precontemplativo
Il paziente assume farmaci che possono indurre ipoglicemia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO In caso affermativo, conosce i rischi ed i rimedi per ipoglicemia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	In caso negativo dare nozioni relative alla ipoglicemia.	<input type="checkbox"/> Buona conoscenza <input type="checkbox"/> Scarsa conoscenza <input type="checkbox"/> Non è a conoscenza
Il paziente è iperteso? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO E' in grado di misurare correttamente la P.A.? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	In caso negativo dare nozioni relative all'autocontrollo della pressione.	<input type="checkbox"/> Buona conoscenza <input type="checkbox"/> Scarsa conoscenza <input type="checkbox"/> Non è a conoscenza
Il paziente è in autocontrollo glicemico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	In caso affermativo verificare il diario glicemie e le modalità di effettuazione dell'autocontrollo	<input type="checkbox"/> Buona conoscenza <input type="checkbox"/> Scarsa conoscenza <input type="checkbox"/> Non è a conoscenza
Si ritiene che la consapevolezza e l'adesione del paziente (o caregiver) siano sufficienti?	In caso negativo, se presenti potenzialità di miglioramento, programmare accesso all'ambulatorio infermieristico del S. Diabetologia di Copparo.	<input type="checkbox"/> Sufficienti livelli educativi <input type="checkbox"/> Accesso Ambulatorio Infermieristico Diabetologia il_____
NOTE		

data _____ L'infermiere/dietista AOSP Ferrara _____

Allegato 2

Progetto organizzativo

1. I pazienti eleggibili sono stati individuati sulla scorta dei valori di emoglobina glicata degli assistiti in carico ai mmg estratti dalla banca dati AUSL
2. Il medico curante informa il paziente sul nuovo percorso, compila la scheda progetto e lo invia all'infermiere /dietista presenti nell'ambulatorio di Nucleo adiacente alla medicina di gruppo in giornate con la richiesta su ricetta rossa SSN con scritto percorso NOA diabete
3. L'infermiere /dietista compila la check list, controlla la scheda di raccolta dati, effettua l'accertamento infermieristico e programma gli accertamenti che devono essere effettuati. In caso di problemi si relaziona col medico della Mdg. L'infermiere accede alla cartella clinica del medico curante (millewin) per controllare gli accertamenti eseguiti e la terapia
4. Se dalla valutazione dei bisogni clinici emerge la necessità di educazione nutrizionale programma una serie di incontri e di follow up ambulatoriale per educazione nutrizionale (dietista), terapeutica, stili di vita, attività motoria astensione dal fumoecc.
5. Programmazione accertamenti come da progetto presso l'ambulatorio di nucleo: ecg, visita cardiologica prelievi ; eventuali altri accertamenti : visita oculistica, ecodoppler programmati da dietista CAD nelle agende della U.O. di Diabetologia.
6. gli accertamenti sono programmati in modo informatizzato su agende dedicate (GESI-CUPweb) e i referti sono trasmessi in modalità SOLE al medico curante.
7. Dopo l'esecuzione degli accertamenti al paziente viene comunicata la data dell'appuntamento per controllo fundus oculi e consulenza diabetologica che viene effettuata presso l'ambulatorio di nucleo
8. il risultato della consulenza diabetologica e il nuovo piano terapeutico sono trasmessi al medico curante. Per le eventuali modifiche nutrizionali il paziente è seguito dalla dietista. L'infermiere programma gli accertamenti successivi di follow up ambulatoriale
9. Sui pazienti più complessi sono effettuati audit mmg- diabetologo , dietista e infermiere.
10. Saranno programmati incontri di educazione sanitaria su gruppi omogenei di pazienti.
11. A un anno dall'ingresso nel programma, sulla base dei risultati conseguiti, l'equipe curante deciderà il percorso futuro di gestione del paziente: