

## **PRESA IN CARICO INTEGRATA DEI PAZIENTI CON DIABETE MELLITO TIPO 2 A RISCHIO DI SCOMPENSO METABOLICO NEL NUCLEO DI CURE PRIMARIE DI COPPARO**

### **Introduzione**

Dopo 12 anni di Gestione Integrata (G.I.) nella Provincia di Ferrara sono disponibili numerosi dati sia per quanto riguarda le dinamiche epidemiologiche provinciali, che per i livelli di applicazione del protocollo di G. I.. I rilievi confermano il trend costante di crescita della prevalenza provinciale di diabete (dal 3,6% del 2000 al 6,3% del 2010), con un incremento progressivo della quota di diabetici in Gestione Integrata (dal 38% del 2003 al 56% del 2010).

Lo sviluppo del Registro Provinciale Diabete consente di rilevare una preoccupante eterogeneità di applicazioni del protocollo di G. I., che ha indotto la progettazione di interventi di miglioramento del percorso assistenziale della Gestione Integrata Diabete.

### **Descrizione del Progetto**

Il Progetto NOA Diabete ha l'obiettivo di identificare precocemente gli assistiti con diabete in Gestione Integrata con valori di HbA1c suggestivi di iniziale scompenso metabolico che richiede un intervento terapeutico-educazionale. Tale attività svolta con il coinvolgimento dell'infermiere dell'ambulatorio del Nucleo di Cure Primarie di Copparo, prevede l'attivazione di una valutazione dell'aderenza al protocollo di G.I. e dei bisogni educativi dell'assistito svolta mediante check-list e la conseguente attivazione di percorsi di presa in carico che conducono alla valutazione diabetologica per la definizione di interventi terapeutici e di obiettivi orientati al ripristino delle condizioni ottimali per il proseguimento dell'assistenza integrata diabetologica.

### **Modalità Operative**

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:** tre 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 di NCP di Copparo (amb. Infermieristico), con impegnativa: motivazione "visita diabetologica (NOA)".
4. Valutazione da parte dell'infermiere, mediante check-list\*, dei bisogni clinici ed educativi (copia della scheda di invio e della check-list è conservata presso l'ambulatorio infermieristico di NCP per l'analisi conclusiva).
5. Definizione del percorso di presa in carico e assegnazione degli appuntamenti (P.d.A.). (Impegnative predisposte da Medico ambulatorio NCP).

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).

### **Attività svolte e risultati**

Il 19 febbraio 2011 è stato svolto l'evento formativo a M.M.G. ed infermieri dell'ambulatorio di NCP.

Il reclutamento dei pazienti è iniziato da fine aprile 2011 ed al fine di facilitare la individuazione degli assistiti da parte dei MMG è stato predisposto un elenco nominale per M.M.G. degli assistiti con HbA1c superiore a 7.5%.

Nei 5 mesi successivi l'arruolamento dei pazienti è stato di modesta entità, con la individuazione di 34 assistiti da parte di 10 MMG su 30, di cui 10 assistiti inviati da un solo MMG.

La selezione di pazienti inviati è risultata carente con scarso rispetto dei requisiti individuati:

- Cinque assistiti non sono stati avviati al percorso dall'infermiere per mancanza dei requisiti.
- Due assistiti hanno rifiutato la visita diabetologica e altri due sono stati inseriti nelle liste di prenotazione dell'ambulatorio diabetologico.
- Dei 25 assistiti giunti alla visita diabetologica, secondo percorso del progetto, 5 hanno dovuto iniziare la terapia insulinica, di cui due in scompenso metabolico cronico, uno dei quali con chetoacidosi.
- Tre assistiti avevano da poco variato la terapia ipoglicemizzante o modificato lo stile di vita e quindi alla visita diabetologica sono giunti con un quadro migliorato ed in evoluzione positiva
- Un assistito non assumeva correttamente la terapia assegnata e l'intervento dell'infermiere ha consentito un rientro della Hb glicata entro target, riscontrato alla visita diabetologica.
- Al termine del percorso sono stati valutati come appropriati per il progetto solamente 11 assistiti. (32%)

Da questa esperienza emerge che una quota di pazienti in Gestione Integrata presenta livelli di HbA1c non adeguati a questo profilo assistenziale, ma dovrebbe essere rivalutata precocemente in ambito specialistico. Appare in effetti non giustificabile che assistiti quali il sig. O.O. di aa 57 dal 2009 con valori di HbA1c > 10% e glicemia a digiuno > 279 mg/dl negli ultimi 4 rilievi (2009-2011), in terapia con ipoglicemizzanti orali, sia giunto attraverso questo percorso ad evidenziare scompenso iperglicemico chetosico, trattato poi con insulinizzazione.

Si rileva inoltre, dall'analisi della storia assistenziale riportata nella scheda di invio, che la cadenza temporale massima delle determinazioni di HbA1c è rispettata solo nel 30 % degli assistiti valutati. Appare verosimile che queste situazioni cliniche non adeguatamente monitorate e lontane da livelli di compenso metabolico accettabile, siano il risultato anche di scarsa aderenza degli assistiti ai

tempi di valutazione fissati dal M.M.G., oltre che di stili di vita inadeguati, spesso riconducibili alla mancanza di consapevolezza della malattia e quindi di importanti carenze educative.

L'esperienza seppure limitata nel tempo e nella casistica, ha confermato che il modello della Gestione Integrata può nascondere una quota di assistiti con diabete non adeguatamente monitorato, e con scadente controllo metabolico e quindi ad elevato rischio di complicanze. E' quindi necessario attivare sistemi di monitoraggio e verifica della applicazione dei protocolli, di incentivazione correlata agli indicatori di processo ed infine attivare misure di supporto al M.M.G. per identificare precocemente gli assistiti in G.I., con condizioni non adeguate di controllo metabolico, mediante l'ausilio di infermieri case manager, formati per la gestione della cronicità, aggregati alle Medicine di Gruppo o ai N.C.P., con funzioni di attivazione della presa in carico, di richiamo di assistiti "drop-out", di supporto educativo alla persona con diabete.

4 dicembre 2011

Dario Pelizzola