

## **Proposta di protocollo di gestione dei pazienti diabetici**

### **Premesse**

Nella ipotetica piramide a tre livelli( fig 1) il primo livello preventivo ( familiarità IFG ecc ma comunque glicemia inferiore a 126) diventa un livello comune con altri quadri connessi con il rischio cardiovascolare e quindi vi sarà un approccio comune ( valutazione complessiva del rischio).

Va sottolineato che , data la ampiezza di popolazione interessata, almeno in questa prima fase non ci saranno fondi per la sperimentazione e quindi, anche se sviluppiamo il modello organizzativo, non lo potremo poi implementare, almeno se consideriamo globalmente il rischio cardiovascolare.

**Potremmo però considerare, per quanto riguarda il diabete un'azione preventiva in ottica di "medicina di iniziativa" volta a scrinare una popolazione ad alto rischio per diabete.**

Il secondo livello della piramide di **diabete noto viene inserito nell'ambulatorio proattivo**. E' questo l'ambito di sperimentazione del CCM che dovremo dettagliare.

Forse è meglio delimitare il "diabete noto" al Diabete tipo 2, senza complicanze note in atto , cioè non già in carico per le complicanze al secondo livello al momento dell'arruolamento nell'ambulatorio proattivo, dato che il tipo 1 e le complicanze dovrebbero uscire dall'ambulatorio proattivo per entrare in un altro percorso integrato condiviso con gli specialisti( vedi sotto)

Al momento dell'ingresso nell'ambulatorio proattivo consenso informato ( counseling motivazionale breve?) e impegno del paziente ad aderire alle modifiche degli stili di vita e della condotta dietetica e terapeutica ( compito del MMG l'informazione o il counseling, compito della segreteria la raccolta dei consensi. Si utilizza un modello unico del CCM?)

Per la gestione dell'ambulatorio proattivo va definito il percorso di follow-up della patologia, cioè i singoli atti ( visite, esami, ecc) necessari e la loro cadenza temporale e di chi sono di pertinenza, cioè chi fa cosa ( vedi tabella Dei e tabella proposta)

Va specificato che nella definizione di chi fa cosa gli atti vanno chiaramente individuati e f anche "pesati", almeno come tempo medio di assistenza per individuare i carichi di lavoro e il numero di componenti del Team per 1.000 / 10.000 pazienti

Il terzo livello di patologia con complicanze o in scarso controllo metabolico passa alla gestione condivisa col secondo livello specialistico e quindi "esce" dall'ambulatorio proattivo, potendosi configurare anche in alcuni casi un temporaneo "passaggio in cura" almeno fino a quando non viene nuovamente stabilizzato e può quindi essere nuovamente reintrodotta nei controlli programmati

### **Proposta di protocollo di gestione dell'ambulatorio proattivo**

1)Inclusione dei pazienti nell'ambulatorio proattivo in funzione dei criteri di diagnosi se si fa screening su popolazione ad alto rischio o diagnosi già nota e creazione della coorte di pazienti

Consenso informato ( informazione dal MMG consenso raccolto da segreteria del gruppo CCM)

## 2)Definizione percorso e chi fa cosa

### **Controllo periodico**

- a) Esami ematochimici e strumentali (Esami richiesti precedentemente e che vengono portati al momento della visita ( annotazione in cartella da segreteria del gruppo CCM)

### **Sempre ( ad ogni controllo)**

glicemia (almeno basale e postprandiale)

emoglobina glicosilata

microalbuminuria

### **periodicamente ( con cadenze proprie)**

quadro lipidico (colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridi)annuale

funzionalità renale (creatinina, clearance creatinina) annuale

fundus oculi (a cadenza annuale solo in assenza di retinopatia) oculista o retinografo

esecuzione dell'ecg con refertazione cardiologo o telemedicina

v. cardiologica con eco cuore biennale

- b)Attività da svolgere in sede di visita ( infermiera)

glicemia random

valutazione dell'auto-controllo domiciliare della glicemia capillare (se prescritto)

PA, peso corporeo con calcolo dell'indice di massa corporea

Verifica attuazione piano dietetico

Verifica attuazione istruzioni per autocontrollo

valutazione dei comportamenti (stili di vita: fumo, attività fisica, alimentazione)

ispezione del piede,

valutazione polsi periferici

Annota esami e risultati dei suoi interventi in cartella per la valutazione MMG

Prenota tramite la segreteria gli interventi previsti dal protocollo per la valutazione successiva

Invia direttamente il paziente alle consulenze previste dal protocollo.

### **Valutazione e Rivalutazione clinica e terapeutica ( MMG)-**

può avvenire anche in tempo differito rispetto alla valutazione infermieristica

Rivalutazione dei dati riportati in cartella alla luce della patologia diabete e degli altri eventuali problemi presentati dal paziente

valutazione del rischio cardiovascolare globale ( quando eseguiti gli esami periodici)

esame clinico generale

Conferma o aggiustamento terapeutico

Rinforzo consigli sull'autocontrollo

Conferma dieta o invio alla dietista per revisione dieta

N.B. il MMG vede i propri pazienti con cartella aggiornata durante il consueto orario di ambulatorio avendo definito al suo interno una frazione ( esempio un'ora due giorni la settimana comunque proporzionali al numero di suoi pazienti che hanno accettato di

entrare nell'ambulatorio proattivo) a disposizione della segreteria CCM.

In condizioni di urgenza , rilevate dalla infermiere all'atto della valutazione, un qualsiasi medico del gruppo CCM, presente in quel momento nello studio è disponibile ad una visita

### **Riprogrammazione tempo nuovo controllo in funzione raggiungimento o meno dei target ( protocollo condiviso):**

1° esempio Emoglobina Glicata

- a 6 mesi per HB glicata sotto 7 e controllo MMG quando se ne presenta l'occasione
- a 4 mesi per HB glicata tra 7 e 8 e controllo MMG allo scadere dei 4 mesi
- a 2 mesi per hb glicata sopra 8 e controllo MMG subito

2° esempio adesione organizzazione pasti e raggiungimento target BMI

- a 6 mesi se pasti rispettati e BMI raggiunto
- a 4 mesi se rispetto parziale e/o raggiungimento incompleto BMI
- a 2 mesi se peggioramento parametri e invio immediato alla dietista

### **Valutazione del Dietista**

Valutazione all'ingresso del paziente nell'ambulatorio proattivo

Valutazione periodica una volta l'anno

Valutazione a 6, 4 o 2 mesi in funzione del parziale o mancato raggiungimento degli obiettivi ( vedi protocollo)

N.B. Ad ogni visita il Dietista esprime in esplicito il numero dei pasti che il paziente dovrà seguire e la riduzione di BMI che dovrà raggiungere in modo che questi possano essere verificati dall'infermiere alla valutazione successiva

### **Attività di segreteria**

Inserimento pazienti in agenda infermiera e agenda medico in funzione dell'intervallo di tempo necessario stabilito dal protocollo

Richiamo attivo dei pazienti qualche giorni prima della visita programmata

Stampa richieste previste dal protocollo e loro prenotazione

Inserimento dati in cartella prima della visita infermieristica e MMG ( se non sono attivi meccanismi automatici di inserimento referti in cartella )

Rinforzo messaggi sull'autogestione e l'autocontrollo

Preparazione dei report periodici di valutazione dell'esperienza

### **Paziente informato**

Aderisce al "contratto" sottoscritto all'atto di ingresso all'ambulatorio proattivo

Risponde alle chiamate della segreteria

Esegue gli esami prescritti

Riporta quanto eseguito

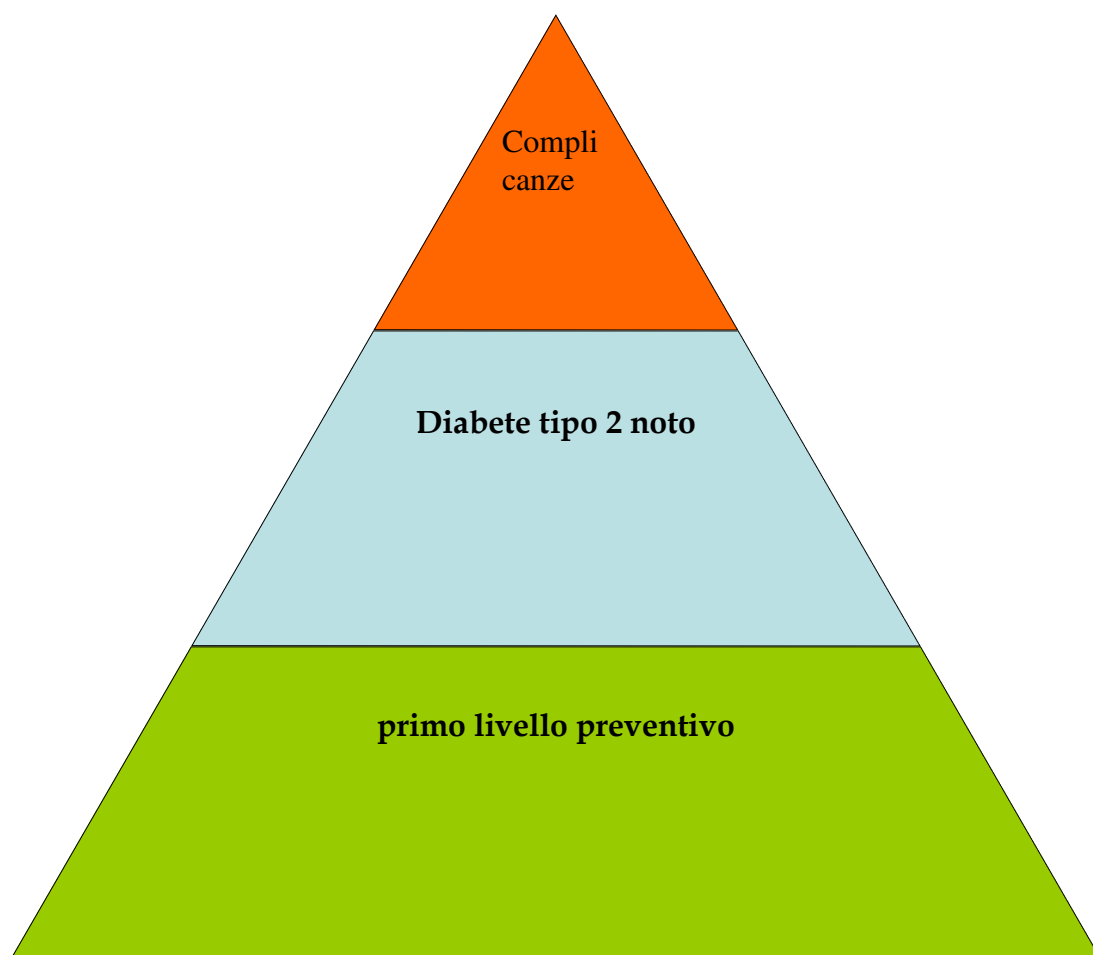
Esegue l'autocontrollo e l'autogestione appresi dal Team

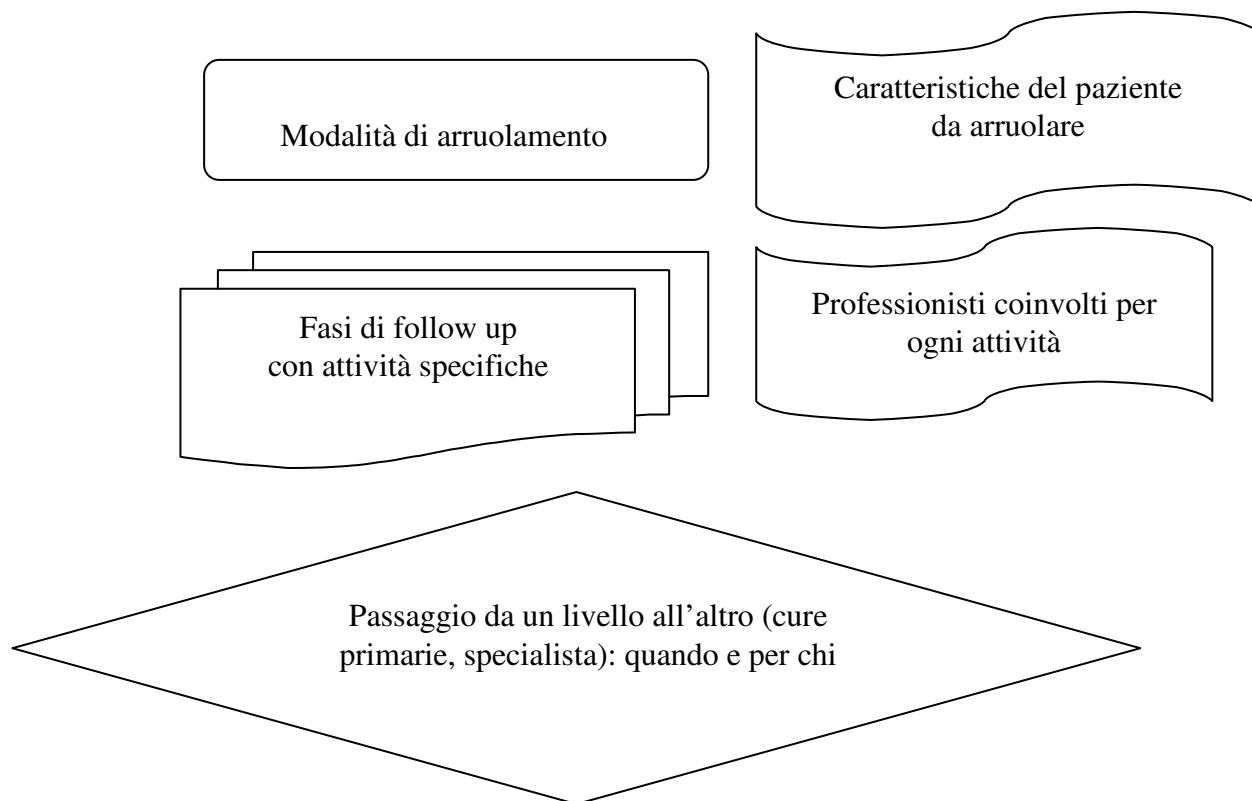
**Altre figure non mediche**

La consulenza di : Fisioterapista, Podologo, Psicologo e Counselor va prevista ed attivata per il gruppo CCM con disponibilità almeno una volta ogni 15 gg. L'invio viene effettuato, secondo protocollo, dall'infermiere o dal MMG

**Consulenza altre figure mediche**

Come da protocollo di accesso al secondo livello specialistico.





### PERCORSO PER MATRICE DI RESPONSABILITA'

	Prestazioni da eseguire	Professionisti coinvolti	Indicatori di processo	Tempi di esecuzione	Indicatori di risultato
<b>Arruolamento</b>					
<b>Follow up: fase 1</b>					
<b>Follow up: fase 2</b>					
<b>Attività di gruppo</b>					
<b>Passaggio al secondo livello</b>					

Ambulatorio proattivo: chi fa cosa

<b>Il Paziente</b>	<b>Chi svolge Funzioni di Segreteria 2</b>	<b>Chi svolge Funzioni Infermieristiche</b>	<b>Chi svolge Funzioni Mediche MG</b>
Risponde alle chiamate avute	Prepara elenchi pazienti Aggiorna il sistema informativo prepara i report	Prepara cartelle pazienti in visita Anamnesi di pertinenza	Rivalutazione dei dati riportati in cartella alla luce della patologia diabete e degli altri eventuali problemi presentati dal paziente
Aderisce al “contratto” sottoscritto all’atto di ingresso all’ambulatorio proattivo	Annota ed aggiorna esami nuovi e portati in visita in cartella		esame clinico generale
Esegue quanto concordato	Chiama per appuntamenti i pazienti	Annota ed aggiorna esami nuovi e portati in visita in cartella	valutazione del rischio cardiovascolare globale ( quando eseguiti gli esami periodici)
Riporta quanto autonomamente eseguito	Stampa richieste previste dal protocollo e loro prenotazione	Esegue bmi glicemia pressione, indice Winsor, calcolo rischio da tabelle Favorire processi di audit clinico	Conferma o aggiustamento terapeutico
Collabora all’oriented Primary care ed esegue autogestione	Inserimento dati in cartella prima della visita infermieristica e MMG ( se non sono attivi meccanismi automatici di inserimento referti in cartella )	Verifica attuazione piano dietetico e Promuove l’autogestione verifica che siano stati eseguiti gli esami previsti dal protocollo	Favorire processi di audit clinico
Esegue l’autocontrollo e l’autogestione appresi dal Team	Promuove l’autogestione e l’autocontrollo	Verifica attuazione istruzioni per autocontrollo	Promuove l’autogestione
		Verifica e	Promuove esercizio

		valutazione dei comportamenti (stili di vita: fumo, attività fisica, alimentazione)	fisico e dimagrimento <b>modificazione stile vita</b>
--	--	---	--

Dietista	Fisiot. Riabilitatore 3	Psicologo	Podologo 1	Counselor
Terapia medica nutrizionale individualizzata <b>modificazione stile vita</b> Favorire processi di audit clinico	<b>modificazione stile vita e suggerimento dell'entità di attività fisica correlata alla situazione clinica</b> Favorire processi di audit clinico	<b>Fattori psic.concomitan ti modificazione stile vita</b> Favorire processi di audit clinico	<b>Prev.piede diabetico modificazione stile vita</b> Favorire processi di audit clinico	<b>Disassuef.Fumo modificazione stile vita</b> Favorire processi di audit clinico

diabetologo	Altri Medici	Animatore di Formazione
<b>Concorre alla ottimizzazione prendendo in carico i casi di competenza</b> Favorire processi di audit clinico	<b>Concorre alla ottimizzazione prendendo in carico i casi di competenza</b> Favorire processi di audit clinico	<b>Pianifica gli audit ed i corsi di formazione continua</b>

- 1) **Prevenzione piede diabetico competenze da affidare all'infermiere la dove il podologo a livello territoriale non è presente**
- 2) **Competenze da affidare quanto è più possibile all'OOSS il progetto non prevede la figura professionale del personale di segreteria.**
- 3) **Competenze da attribuire al personale infermieristico o all'OOSS opportunamente formato in quanto riabilitatori con queste funzioni non sono presenti a livello territoriale.**

**Tutte le azioni previste da operatori non presenti nelle varie realtà ai fini della valutazione si dovranno considerare come comunque effettuate.**