

COMITATO SCIENTIFICO
A. Arcangeli, C. Coscelli
S. Gentile, C. Giorda

REDAZIONE
A. Brignone, B. Oliviero, S. Turco

EDITORE
Guido Gnocchi Editore s.r.l.
Via A. De Gasperi, 55
80133 - NAPOLI
<http://www.idelson-gnocchi.com>
E-mail idelgno@tin.it

DIRETTORE RESPONSABILE
S. Gentile

AMD

Associazione Medici Diabetologi

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente: D. Cucinotta
Vice-Presidente: M. Comaschi

Consiglieri: S. Gentile
A. Arcangeli C. Giorda
B. Borzi D. Mannino
C. Coscelli N. Musacchio
S. Di Pietro M. Velussi

Segretario: A. Di Benedetto
Tesoriere: C. Teodonio
Sede Legale: Viale C. Felice, 77
Tel.: 06/7000499 00185 ROMA
Fax: 06/77201195
C.C. postale: 96304001

PRESIDENZA E SEGRETERIA

Dipartimento di Medicina Interna
Policlinico Universitario
Via C. Valeria - 98100 Messina
Casella Postale 62 - 98100 Messina
Tel.: 090/2212390-2212430-2212353
Fax: 090/2921554-2935162
<http://www.aemmedi.it>
e-mail amd@aemmedi.it

PRESIDENTI SEZIONI REGIONALI

Abruzzo-Molise-Umbria: P. di Bernardino
Calabria: G. Perrone
Campania: S. Turco
Emilia-Romagna: D. Giorgi P.
Friuli-Venezia Giulia: M.A. Pellegrini
Lazio: F. Chiaromonte
Liguria: A. Cattaneo
Lombardia: C. Morelli
Marche: P. Compagnucci
Piemonte Valle D'Aosta: G. Bargerò
Puglia: F. Losurdo
Sicilia: P. Pata
Sardegna: E. Secchi
Toscana: F. Galeone
Veneto: A. Boscolo Bariga

Registrazione del Tribunale di Napoli
n. 4982 del 17/7/98

Abbonamento £ 28.000
1 copia separata £ 7.000
Arretrato £ 14.000

Organo Ufficiale dell' Associazione Medici Diabetologi

L'INFORMATICA IN DIABETOLOGIA: LA NECESSITÀ DI UNIFORMARE

Una caratteristica comune a tutte le strutture di malattie metaboliche e diabetologia è quella di essere particolarmente affollate. Il numero di prestazioni erogate giornalmente è elevato, il flusso di dati di laboratorio e strumentali nell'ultimo decennio è aumentato vertiginosamente per via della maggior sensibilità a problematiche che la diabetologia di 15 o 25 anni fa non considerava. Allo stesso tempo, sempre di più, diviene irrinunciabile la necessità di identificare pazienti a rischio, ovvero pazienti che raggruppano su di sé caratteristiche cliniche particolari, che li rendono più esposti a future complicanze e per le quali vale la pena di investire di più in termini di tempo e di risorse. Questa analisi degli assistiti per sottogruppi di patologia è un modo efficace di attuare interventi preventivi e, contemporaneamente, di rilevare informazioni che sono alla base di qualsiasi procedura per il miglioramento della qualità. Nell'analisi dell'assedio numerico cui è sottoposto il metabolista diabetologo del 2000, non si può poi dimenticare che il sistema di contabilità aziendale delle ASO e delle ASL è divenuto particolarmente esigente negli ultimi anni. Molte strutture, per poter giustificare la propria esistenza con le amministrazioni, si trovano a dover rendere conto delle loro prestazioni in tempi reali. Si può conciliare quest'aumento continuo di dati in entrata con la possibilità di utilizzarli per pianificare un intervento sui pazienti a rischio e per le necessità amministrative? Se non si fa ricorso all'informatica, è ben difficile. La raccolta dei dati su cartella cartacea, per quanto curata e precisa, permette una efficace gestione dei dati nell'approccio individuale del malato, ma rappresenta un ostacolo insuperabile quando si voglia passare ad un'analisi statistica descrittiva generale. Soltanto una gestione elettronica delle informazioni cliniche permette di raggruppare rapidamente i dati e di utilizzarli per una visione di insieme dell'attività di un servizio.

La conclusione a cui si giunge quando si guarda a questi aspetti della pratica quotidiana delle Unità di malattie metaboliche e diabetologia è che nel bagaglio professionale dello specialista del 2000 deve esservi, e sempre di più dovrà esservi, un'attenzione particolare alla gestione dei dati. È la stessa tipologia del lavoro che lo richiede, forse di più che in altre specialità mediche o chirurgiche.

Gestire i dati correttamente è comunque un investimento che paga. Un efficace controllo dei dati riduce il tempo da dedicare alla scrittura manuale o alle pratiche amministrative, permettendo di guadagnare tempo da dedicare al paziente.

Ma non solo. La visibilità delle malattie metaboliche e diabetologia, che spesso è ingiustamente scarsa rispetto ad altri settori della medicina, può migliorare sensibilmente se vengono correttamente diffusi dei dati statistici, sia clinici sia di attività. In recenti lavori di gruppo, organizzati in corsi di aggiornamento della nostra Associazione, è emerso come il miglior modo di sensibilizzare gli amministratori ai problemi della categoria, Direttore Generali e Sanitari in particolare, sia inviare periodicamente un resoconto della propria attività, con dati clinici che contribuiscano a chiarire cosa davvero è il problema diabete e metabolismo.

SOMMARIO

1. Editoriale: L'informatica in diabetologia: la necessità di uniformare
2. I risultati dell'UKPDS e la pratica clinica
3. La scuola medica ospedaliera di Roma e della Regione Lazio
4. Risultati del processo di autovalutazione di 214 servizi di diabetologia italiani
5. Il diabete nelle case di riposo: chi ci pensa?
6. Attività del Consiglio Direttivo Nazionale (novembre 1999)
7. L'accreditamento e la visita di revisione tra pari professionale
8. Corso di formazione per la direzione della Lilly S.p.A. sul metodo di accreditamento mediante Peer Review. Gruppo AMD per la qualità e l'accreditamento
9. Dalla letteratura diabetologica
10. Disease management in diabetologia: un modello realizzabile? - Asti, 30 ottobre 1999

La ricerca della qualità e l'accreditamento sono anch'essi legati al discorso dell'informatica e della raccolta dei dati. Qualsiasi ciclo di qualità, qualsiasi innovazione procedurale può essere monitorizzata, e verificata, soltanto se si quantifica oggettivamente la loro ricaduta sull'attività giornaliera.

Ma se nell'evoluzione culturale degli ultimi anni si va abbastanza consolidando il concetto che l'informatica in diabetologia è una necessità non più derogabile, non altrettanto si percepisce che è necessario fare un grande sforzo per uniformare la raccolta dei dati a livello nazionale. Negli ultimi tempi sono state immesse sul mercato, soprattutto da industrie farmaceutiche, ma anche da enti pubblici, cartelle cliniche che differiscono tra loro in quanto al formato della raccolta dati, impedendo pertanto l'elaborazione delle informazioni tra software diversi. Questa piccola Babele di cartelle cliniche, gelose dei propri dati, arreca un danno enorme alle potenzialità epidemiologiche di quella rete di servizi di Diabetologia che altri paesi ci invidiano. Chi ha organizzato lo studio DAI, a cui forniscono dati 201 centri, ed è partito con l'illusoria convinzione di poter estrarre dati da cartelle cliniche già esistenti, si è scontrato con questa realtà e ha dovuto a malincuore ripiegare sulla scheda cartacea.

È dunque giunta l'ora che le società scientifiche si facciano promotrici di un'iniziativa nazionale per uniformare la raccolta di un certo numero di variabili chiave dell'assistenza diabetologica.

Questo non significa imporre a tutti la stessa cartella: chiunque potrà sviluppare il prodotto informatico come crede ma dovrà archiviare, possiamo dire una trentina di variabili, in modo standardizzato, affinché esse siano estraibili e permettano elaborazioni che avranno ricadute fondamentali per tutta la diabetologia italiana.

Carlo Giorda



I RISULTATI DELL'UKPDS E LA PRATICA CLINICA QUOTIDIANA (non è tutto oro quello che luccica)

Il rilievo dato ai risultati dell'UKPDS ed in particolare in numerosi commenti che sono apparsi sulla stampa specialistica italiana negli ultimi tempi mi hanno indotto, e credo come me molti altri diabetologi, a rileggere con attenzione i lavori originali ed in particolare l'UKPDS 33 (1), che è il più citato dai commentatori poiché riporta i dati conclusivi dello studio sui rapporti tra le complicanze del diabete e la terapia intensiva: se il miglioramento del controllo glicemico del diabete di tipo 2 può ridurre la morbilità e la mortalità della malattia.

Nello stesso periodo autorevoli riviste in lingua inglese, hanno avanzato anche delle sostanziali perplessità sulle conclusioni tratte dagli Autori dello studio (2); lo stesso Position statement della ADA per il 1999 è molto cauto e fornisce risposte interlocutorie se non proprio negative alle domande che pone (3).

Queste mie considerazioni riguardano solo i dati riportati dall'articolo UKPDS 33, il ramo dello studio che concerne la terapia intensiva e le complicazioni del diabete.

Lo studio è disegnato bene e soprattutto nei vari articoli che si sono succeduti nel corso degli anni il disegno dello studio è descritto in modo abbastanza chiaro; gli obiettivi principali che riguardano direttamente il diabete sono:

A - determinare se i trattamenti intensivi (ed è assolutamente legittimo discutere se i trattamenti proposti come intensivi lo siano realmente - anche in un diabetico di tipo 2 -) utilizzati per ottenere livelli di glucosio plasmatico vicini al normale, <6 mmol/L, riducono la morbilità e migliorano l'aspettativa di vita; l'obiettivo del trattamento convenzionale del gruppo di controllo è una glicemia che non superi le 15 mmol/L (senza sintomi).

B - determinare se un singolo trattamento (la dieta da sola, la sulfanilurea, l'insulina e la metformina) ha particolari vantaggi nel migliorare le prognosi.

In particolare le sulfaniluree oggetto dello studio sono la clorpropamide alla dose di 100-500 mg, l'insulina ultralenta (con eventuale aggiunta di insulina regolare) in un'unica somministrazione per giorno: gli eventuali risultati significativi di migliore efficacia di questi farmaci sono quindi riferibili solo a questi e non possono essere estesi ad altri ipoglicemizzanti o altri tipi di insulina.

Pur se non direttamente specificato, pare di capire che il periodo d'osservazione per l'elaborazione dei dati dovrebbe essere 10 anni.

La domanda cui vorrei cercare di rispondere con questo commento non è solo se i risultati dello studio dimostrano che le ipotesi sono vere, ma anche se tali risultati sono utilizzabili per la cura dei diabetici, nel qual caso le organizzazioni professionali devono darsi da fare e decidere come trasferire i risultati alla pratica clinica.

I risultati di uno studio devono essere ri-

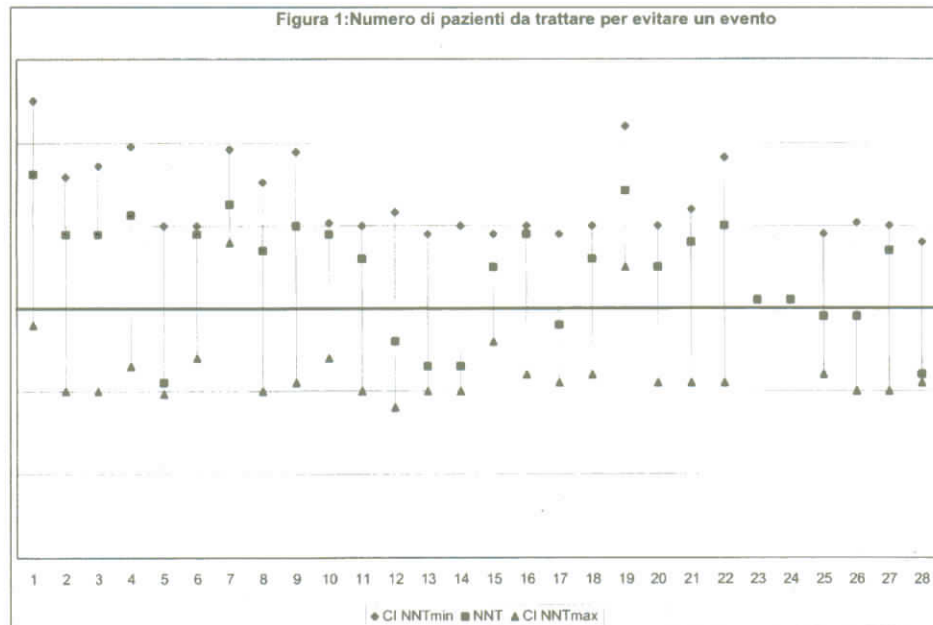
portati come misure di efficacia che possano essere facilmente interpretate e trasferite nella pratica clinica quotidiana: è importante sapere quanti eventi sfavorevoli il trattamento proposto è stato in grado di evitare nel tempo di durata dello studio.

Il clinico che deve applicare i risultati dello studio deve sapere quanti pazienti deve trat-

tare per prevenire un evento avverso (nel nostro caso un decesso o una complicanza): il numero di pazienti da trattare è espresso dal reciproco della riduzione del rischio assoluto.

La figura 4 di UKPDS 33 è quella dove i risultati vengono riportati più chiaramente, ed è quella a cui gli Autori fanno riferimento quando propongono le loro conclusioni: "The

Figura 1: Numero di pazienti da trattare per evitare un evento



N°.	ARR	CI min	CI max	NNT	CI NNT min	CI NNT max
1 Tutti gli end-point correlati al diabete	3,2	-0,12	6,56	31	15	-814
2 Morti correlate al diabete	0,89	-1,2	3,14	112	32	-83
3 Tutte le cause di morte	0,79	-1,82	3,54	125	28	-53
4 Infarto miocardico	2,16	-0,28	4,75	46	21	-349
5 Stroke	-0,59	-2,02	1,01	-49	98	-169
6 Amputazione o morte per PVD	0,51	-0,21	1,47	193	68	-455
7 Microvascolare	2,38	0,39	4,54	42	22	251
8 Infarto miocardico fatale	0,32	-1,99	2,92	309	34	-50
9 Infarto miocardico non fatale	1,65	-0,73	4,34	60	23	-137
10 Morte improvvisa	0,7	-0,21	2,02	142	49	-458
11 Insufficienza cardiaca	0,23	-1,22	2,01	431	50	-82
12 Angina	-0,15	-2,25	2,23	-629	45	-44
13 Stroke fatale	-0,25	-1,24	1,03	-388	97	-80
14 Stroke non fatale	-0,31	-1,97	1,64	-322	61	-51
15 Morte per PVD	0,19	-0,15	0,96	525	103	-655
16 Amputazione	0,59	-0,34	0,19	169	52	-287
17 Morte per malattia renale	-0,11	-0,56	0,61	-852	163	-177
18 Insufficienza renale	0,2	-0,47	1,25	489	79	-209
19 Fotocoagulazione retinica	2,69	1,69	5,52	37	18	591
20 Emorragia vitreale	0,18	-0,54	0,12	548	78	-182
21 Cecità di un occhio	0,48	-0,99	2,29	208	44	-101
22 Estrazione di cataratta	1,57	-0,54	4	64	25	-184
23 Morte per iperglicemia	0,0008			1250		
24 Morte per ipoglicemia	-0,0003			3333		
25 Incidente fatale	0,007	-0,4	0,71	-13115	139	-248
26 Morte per cancro	-0,003	-1,74	2,04	-28233	49	-57
27 Morte per ogni altra causa nota	0,25	-1,06	1,9	393	52	-94
28 Morte per causa sconosciuta	-0,33	-0,86	0,4	-297	246	-116

Tabella 1: Riduzione del rischio assoluto (ARR), Numero necessario di pazienti da trattare (NNT) e relativi intervalli di confidenza (CI) [rielaborazione dei dati della figura 4 di UKPDS 33 (1)].



UKPDS shows that improved blood-pressure and glucose control reduce the risk of the diabetic complications that cause morbidity and premature mortality and increase...".

I dati della tabella, però, sono riportati in termini di rischio relativo (4) che purtroppo non ci dice nulla sull'effettiva trasferibilità pratica dello studio; nel testo viene riportato il numero necessario di pazienti da trattare (5) solo riguardo a tutti gli endpoint aggregati: 19,6 (95% IC 10-500) significa che nel caso più favorevole devo trattare 10 pazienti per 10 anni per evitare un evento, e che nel caso più sfavorevole ne devo trattare 500.

La figura 4 riporta poi il rischio assoluto dei trattamenti, espresso però come eventi per 1000 pazienti-anno (6): la figura 6 dell'UKPD 33 mostra chiaramente che la scelta fatta serve per poter risolvere (apparentemente) il problema dei numerosissimi drop-out ed utilizzare i dati di tutti i pazienti randomizzati; inoltre il conteggio degli eventi piuttosto che dei pazienti aumenta la potenza dello studio, ma questo tipo di elaborazione è pressoché inutile per l'interpretazione dei trial clinici e per prendere decisioni riguardo al singolo paziente.

Se consideriamo infatti il rischio assoluto di tutti gli endpoint correlati al diabete nei pazienti in terapia intensiva, (40.9/1000 paziente-anno), questo dato potrebbe derivare da 10 pazienti trattati per 25 anni che hanno sviluppato 1 evento ciascuno, ma anche da 30.000 pazienti trattati per 1 anno che hanno sviluppato 0,04 eventi ciascuno; è evidente che le decisioni cliniche che si devono prendere nei due casi possono essere sostanzialmente diverse.

Utilizzando le due colonne relative ai pazienti con endpoint clinici della figura 4, ha cercato di calcolare il numero di pazienti da trattare (NNT) ed il relativo intervallo di confidenza, al 95% per i primi 7 punti ed al 99% per gli altri (7).

Se il NNT è positivo (NNTB = number needed to treat benefit) indica il numero di pazienti da trattare per evitare un evento, se è negativo (NNTN = number needed to treat harm) indica il numero di pazienti da trattare per avere un evento (in questo caso il trattamento proposto è peggiore di quello convenzionale).

La scala del NNT va da 1 a -1 passando per il valore infinito: NNTB = 1 significa che tutti i pazienti a cui viene somministrato il trattamento evitano l'evento sfavorevole, mentre NNTN = -1 significa che tutti i pazienti a cui viene somministrato il trattamento sviluppano l'evento negativo.

La Figura 1 e la Tabella 1 mostrano i risultati dell'UKPDS 33 (figura 4) rielaborati secondo i criteri sopra esposti; si può constatare che gli unici endpoint per i quali i limiti dell'intervallo di confidenza sono entrambi positivi sono quelli microvascolari e la fotocoagulazione retinica, ma l'intervallo è talmente ampio da limitare notevolmente l'applicazione clinica dell'evidenza.

Bibliografia

1. UK Prospective Diabetes Study Group: Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 352: 837-853, 1998.

2. Nathan D.M.: Some answers, more controversy, from UKPDS. *Lancet* 352: 832-833, 1998.
3. American Diabetes Association: Implications of the United Kingdom Prospective Diabetes Study. *Diab. Care* 22 suppl. 1: S27-S31, 1999.
4. Laupacis A., Sackett D.L., Roberts R.S.: An assessment of clinically useful measures of the consequences of treatment. *New Eng. J Med* 318, 26: 1728-1733, 1988.
5. MacQuay H.J., Moore R.A.: Using Numerical Results from Systematic Reviews in Clinical Practice. *Ann Int Med* 126; 9: 712-720, 1997.
6. Windeler J., Lange S.: Events per person year - a dubious concept. *BMJ* 310: 454-456, 1995.
7. Altman D.G.: Confidence intervals for the number needed to treat. *BMJ*: 1309-1312, 1998.

Daniilo Orlandini

AUSL Reggio Emilia (orlandini@ausl.re.it)

NOTIZIE AMD VIA INTERNET

ATTIVATO IL SITO UFFICIALE DELL'AMD

<http://www.aemmedi.it>

e-mail: amd@aemmedi.it

Nel sito sono attualmente presenti: Consiglio Direttivo, Sezioni Regionali, Statuto, Domanda di ammissione, News, Calendario Congressi, Notizie dalle Sezioni Regionali, Link utili (collegamenti con ADA, IDF, EASD, MEDLINE, ANAEO, ASSOMED, ecc.)

Responsabile del sito è Giuseppe Pipicelli
tel. e fax: 0967/522087

LA SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA DI ROMA E DELLA REGIONE LAZIO

Le prime notizie della Scuola si hanno nel XVII secolo quando viene fondata la "Scuola della Consolazione" dalla "famiglia medica ospedaliera" presso gli ospitali di S. Spirito, S. Giacomo e S. Giovanni di Roma.

Nel 1700 viene creato il Museo Anatomico del S. Spirito, ed ampliata ad opera di Mons. Guidi, la Scuola continua la sua opera anche durante l'occupazione francese. In quel periodo il prefetto di Roma chiede al "Maire de Rome" di far continuare l'opera educativa della "scuola clinica dell'arcispedale", dato che l'opera di insegnamento viene prestata da tutti a titolo gratuito e senza costi per il governo francese (sembrano le considerazioni di un moderno Direttore Generale!). In quegli anni nasce anche "L'annuario medico" che diviene l'unica pubblicazione attiva dopo la chiusura politica dell'Università. Degno di nota è l'indice delle dissertazioni che è una fedele reportage di tutte le lezioni che si tenevano nel "teatro anatomico" sede della scuola.

Nel 1870, in coincidenza con la nascita dello Stato Italiano, la scuola viene chiusa ed il patrimonio culturale cartaceo è conservato presso il museo anatomico.

Dopo un lungo periodo di silenzio, nel 1922 l'antica "Associazione dei Medici

Ospedalieri di Roma e Provincia", per interessamento dei proff. Bastianelli, Carducci e Galli, rinnova i fasti della scuola che nel 1947 si associa all'Accademia Lancisiana sotto il patrocinio degli Ospedali Riuniti di Roma.

Nel 1977 assume il nome attuale a da allora progredisce fino a divenire un punto di incontro culturale della Capitale con iscritti da tutta Italia. Mantiene sempre, forse unica nel suo genere, un grande rispetto per il patrimonio educativo dei medici ospedalieri che possono chiedere la collaborazione dei colleghi universitari solo come esperti non docenti.

Attualmente, sotto la presidenza del prof. Marino Luminari, sono sorti corsi didattici di durata semestrale in quasi tutte le strutture ospedaliere della regione ed un corso biennale per ognuna delle discipline mediche. A dimostrazione del valore raggiunto dall'Istituzione, l'Ordine dei Medici di Roma e Provincia riporta il titolo della scuola sul certificato di iscrizione insieme alle specializzazioni e, da quest'anno, alcune importanti strutture ospedaliere romane si sono rivolte alla Scuola per un contratto esclusivo di aggiornamento del proprio personale medico.

Da quattro anni esiste, creato in collaborazione con l'AMD regionale, il corso biennale di Diabetologia e malattie metaboliche che

quest'anno vede per la prima volta un direttore AMD.

Il corso si svolge con lezioni teoriche obbligatorie e lezioni pratiche facoltative. Le prime occupano i pomeriggi di una settimana al mese da Gennaio a Giugno per due anni, mentre le seconde sono organizzate con piccoli gruppi di discenti che possono frequentare i reparti, i day hospital e gli ambulatori delle più importanti strutture ospedaliere della città. Si fa pratica anche presso alcuni centri di dietologia, oculistica, chirurgia del piede e neurofisiologia.

Data la particolare interattività delle lezioni, il numero degli iscritti è limitato da una selezione basata su un breve curriculum che dimostri un reale interesse per la diabetologia. Il target è in genere rappresentato da laureati, medici generalisti e soprattutto da ospedalieri con una diversa specializzazione (internisti, geriatri, endocrinologi).

Il personale docente, a grande componente AMD, si avvale anche di esperti provenienti da varie Università ed Istituti di Ricerca.

Sergio Di Pietro

I.N.R.C.A. Diabetologia - Roma



“RISULTATI DEL PROCESSO DI AUTOVALUTAZIONE DI CONFORMITÀ A UN MODELLO SISTEMICO DI ORGANIZZAZIONE DI LAVORO ESEGUITO DA 214 SERVIZI DI DIABETOLOGIA ITALIANI”

Introduzione

Ogni società Scientifica dovrebbe verificare se la sua tradizionale azione di diffusione del sapere produca un effettivo miglioramento della pratica clinica dei suoi iscritti e se a ciò consegua un effettivo guadagno in salute per i cittadini.

Le ragioni per cui l'Associazione Medici Diabetologi (AMD) si è posta l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza diabetologica in Italia sono: 1) la grande variabilità prescrittiva esistente nelle strutture operative diabetologiche, 2) la diffusa insoddisfazione di utilizzatori ed operatori, 3) la incompletezza delle informazioni sulla efficacia pratica, efficienza e adeguatezza delle attuali modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria nel territorio italiano.

AMD ha descritto un progetto per il miglioramento della qualità dell'assistenza diabetologica che ha come obiettivi: 1) creare una cultura della qualità, 2) definire un modello di organizzazione che possa assicurare un controllo della variabilità prescrittiva, 3) promuovere l'autovalutazione e l'accreditamento professionale dei Servizi di Diabetologia per favorire il continuo miglioramento della assistenza erogata ed avere clienti più soddisfatti.

Autovalutazione: definizione e scopi del lavoro

L'autovalutazione è un processo con cui si osserva se essa funzioni in conformità a un modello e al suo corrispondente corpo di regole ed è finalizzato alla verifica e al miglioramento di efficacia di una organizzazione.

Il modello è stato descritto ne *Il manuale per l'Accreditamento dei servizi di Diabetologia*, ed è stato costruito ispirandosi alla visione di “organizzazione sistemica” di Vaccani. L'organizzazione è stata scomposta in 9 categorie (Tabella 1) che esplorano la qualità manageriale tecnica percepita. Per ciascuna categoria sono definiti criteri che individuano la “buona pratica organizzativa”.

Gli scopi di una attività di autovalutazione sono: 1) avvicinare ai temi del miglioramento della qualità; 2) fissare un primo momento “Check” del ciclo *Plan-Do-Check-Act* (PDCA) al fine di poter trarre nel tempo i risultati di una azione di pianificazione del miglioramento; 3) fornire una metodologia per individuare le aree più deboli dell'organizzazione sulle quali poter agire prioritariamente.

Tabella 1 - Le nuove categorie del modello di organizzazione dei servizi di diabetologia.

1. Organizzazione generale
2. Strutture
3. Attrezzature e dotazioni
4. Formattazione ed aggiornamento
5. Sistema informativo e documentazione
6. Valutazione e miglioramento
7. Linee guida e procedure
8. Soddisfazione e sicurezza del personale
9. Diritti e soddisfazione dell'utente

Il processo di autovalutazione di conformità al modello è stato condotto da 214 Servizi di Diabetologia italiani. La distribuzione territoriale è illustrata nelle figure 1 e 2. La preparazione dei partecipanti all'autovalutazione è stata eseguita in incontri nazionali e regionali.

Metodologia e risultati

Il grado di conformità ai criteri contenuti in ciascuna categoria è stato pesato dai partecipanti utilizzando una scala numerica da 0 a 250 punti; il punteggio complessivo massimo, che rappresenta la completa conformità al modello di riferimento, è 1090 punti.

Inoltre, i partecipanti sono stati invitati ad esprimere un parere di importanza dei singoli criteri, utilizzando una scala quaternaria da 1 a 4 ove 1 = poco importante, 2 = abbastanza importante, 3 = importante, 4 = molto importante.

Il risultato di performance dell'intero gruppo di partecipanti è illustrato nella figura 3. I risultati sono espressi per ciascuna categoria come media percentuale del punteggio massimo ottenibile.

Nella tabella 2, le nove categorie costitutive del modello sono ordinate in una graduatoria costruita secondo il principio per cui, ai fini di una attività di miglioramento, sono prioritarie quelle giudicate dai partecipanti più importanti e risultate a minor performan-

ce. Il parere di importanza è stato trasformato in valore percentuale medio della somma delle valutazioni date ad ogni singolo criterio della categoria, secondo una convenzione per cui 1 = 25%, 2 = 50%, 3 = 75%, 4 = 100%.

Commento

Il processo di autovalutazione produce risultati con un grado di oggettività limitato, ma lo scopo iniziale è quello di creare una condizione di consenso e una riflessione, sia sul modello organizzativo, che sulla necessità di migliorare la qualità manageriale e percepita, mediante alcuni strumenti della qualità.

I risultati ottenuti con l'autovalutazione permettono a ciascun partecipante di orientare ed avviare una attività di miglioramento, fornendo anche elementi di confronto (benchmarking) tra i servizi stessi.

Se le categorie esplorate vengono suddivise in area dell'offerta (categorie 1, 2, 3, 5) e area della domanda (categorie 4, 6, 7, 8, 9), emerge come sia più adeguata la prima (conformità del prodotto) e sia migliorabile la seconda (cultura del cliente, competitività, assicurazione della qualità).

Un certo atteggiamento di autoreferenzialità può essere desunto dai risultati ottenuti nella categoria 9 della soddisfazione utenti (alta importanza, ma bassa performance) e nelle categorie 4, 6, 7 (scarsa propensione alle attività di valutazione e miglioramento, alla formazione pianificata, all'utilizzo di linee guida). Questo rappresenta un elemento critico in un momento storico in cui oltre alla conformità del prodotto (prestazioni offerte) si deve prestare attenzione alla soddisfazione del cliente e dei “portatori di interesse” (Azienda, società, business partner).

Infine, è interessante notare come le classiche ragioni di malcontento espresse dai diabetologi, quali la scarsità di strutture e di risorse (categorie 2 e 3), siano risultate agli ultimi posti nella graduatoria delle priorità di intervento.

Tabella 2 - Categorie del modello organizzativo ordinate secondo una graduatoria di priorità in base al punteggio medio di performance e al valore di importanza (scala percentuale da 0 a 100)

Categoria	Graduatoria Priorità	Importanza %	Performance %	Media
Linee guida	1	67	29	48
Valutazione	2	70	29	49.5
Formazione	3	70	35	52.5
Soddisfazione Utenti	4	78	33	55.5
Soddisfazione Operatori	5	74	41	57.5
Attrezzature	6	68	63	65.5
Organizzazione Generale	7	77	60	68.5
Struttura	8	68	70	69
Documentazione	9	76	66	71



Conclusione

I risultati ottenuti con l'autovalutazione rendono necessario:

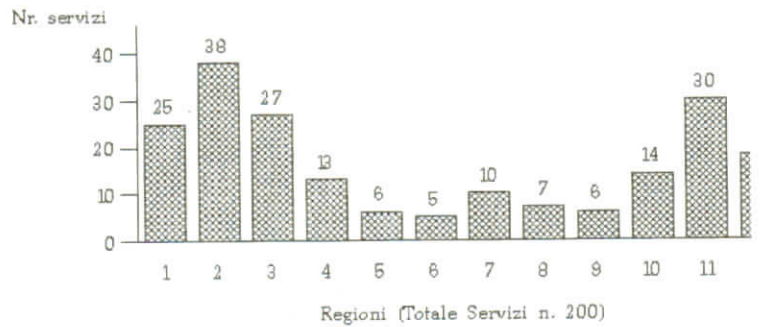
- 1) accrescere la capacità diagnostica della autovalutazione di modo che, partendo dalla misura dei risultati, si possano trovare all'interno dei processi le cause degli scostamenti rispetto agli obiettivi di lavoro, alle attese dei clienti (utenti, medici di medicina generale, clienti interni) e dei portatori di interesse, alle performance degli altri servizi;
- 2) definire in modo sempre più sistemico ed oggettivo il sistema di garanzia dell'organizzazione dei Servizi di Diabetologia; precisare meglio i prodotti e i processi che non sono esclusivi del professionista, ma che devono tener conto degli utenti e del gestore del sistema;
- 3) avere a disposizione un Manuale di Accreditazione Professionale che aiuti a costruire il sistema di garanzia e che sia uno strumento per la verifica da impiegare nelle visite di revisione tra pari.

Bibliografia

- Vaccani R.: *La Sanità incompiuta*. N.I.S. Ed., Milano, 1991.
- Maggi B.: *Razionalità e benessere. Studio interdisciplinare dell'organizzazione*. Etaslibri, 1995 (2ª edizione).
- Thompson D.: *L'azione organizzativa*. Isedi Ed., Torino, 1988.
- Donabedian A.: *La Qualità dell'assistenza sanitaria*. NIS la Nuova Italia Scientifica, Roma, 1998, (1ª edizione).
- Di Stanislao F., Cavallo F., Renga G.: *Organization analysis and quality evaluation*. In Proceeding 11th International ISQA Conference: Health Care Quality. Venice, may 24-28, 1994.
- Krans H.M.J. et al.: *Diabetes Care and Research in Europe: the St Vincent Declaration Action Programme*, WHO 1995.
- Liva C.: *L'accreditamento dei servizi sanitari*, NAM, 10: 33-39, 1994.
- Liva C., Noacco C.: *La valutazione ed il miglioramento della qualità in diabetologia: un programma basato sull'accreditamento dei servizi sanitari*. Diabete, 7: 34-41, 1995.
- Di Stanislao F., Renga G. et al.: *Manuale di Accreditazione del Dipartimento e Servizi di prevenzione*. Dipart. di Igiene e Medicina di Comunità, Università di Torino, 1995.
- Scaldfareri E., Orlandini D., de Bigontina G.: *Il manuale di accreditamento dei servizi di diabetologia*. Technological Research Editrice, Firenze, 1996.
- Scaldfareri E., Orlandini D., de Bigontina G.: *Criteri di Accreditazione dei Servizi di Diabetologia*. Aemmedi-Notizie, 1: 19; 25, 1995.
- Conti F.: *Auto diagnosi organizzativa*. Sperling & Kupfer Editori S.p.A., Milano, 1997.

Gualtiero de Bigontina
Gruppo Nazionale AMD
per la Qualità e l'Accreditamento

Fig. 1 A.M.D. — Criteri di accreditamento dei servizi di diabetologia
Frequenza dei servizi per regione



1=PIEMONTE 2=LOMBARDIA 3=VENETO 4=FRILUI VENEZIA GIULIA 5=TRENTINO ALTO ADIGE 6=LIGURIA 7=EMILIA
8=TOSCANA 9=MARCHE 10=LAZIO 11=CAMPANIA-PUGLIA-ABRUZZO-CALABRIA 12= SICILIA - SARDEGNA

Fig. 2 A.M.D. — Criteri di accreditamento dei servizi di diabetologia
Frequenza dei servizi per zona

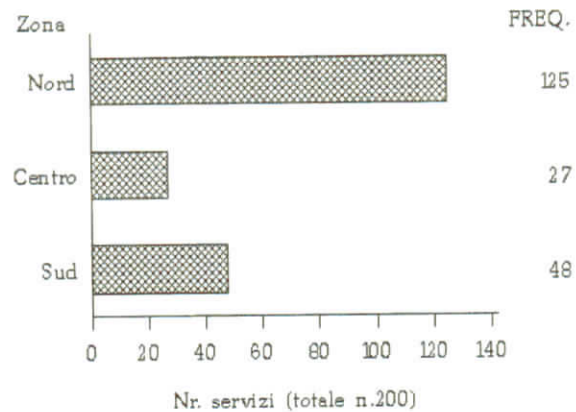
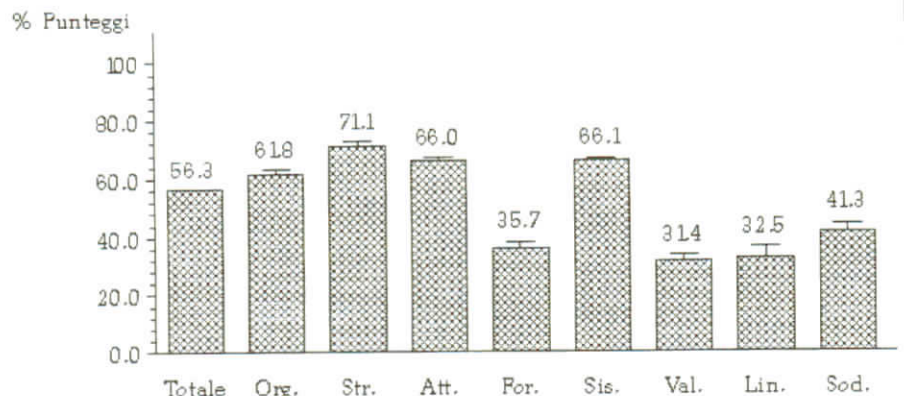


Fig. 3 A.M.D. — Criteri di accreditamento dei servizi di diabetologia
Risultati globali : Performance





IL DIABETE NELLA CASE DI RIPOSO: CHI CI PENSA?

Il problema

La letteratura riporta concordemente che fra gli ospiti delle Case di riposo la prevalenza del diabete mellito supera il 10%. Il numero assoluto degli anziani diabetici istituzionalizzati è ancora relativamente piccolo, ma è destinato ad aumentare rapidamente per evidenti motivi epidemiologici e sociali. Ad esempio in una regione piccola ma con un elevato indice di invecchiamento come il Friuli - Venezia Giulia, dove il numero di posti letto nelle case di riposo già supera quello dei posti letto ospedalieri, il numero stimato di diabetici istituzionalizzati è pari al bacino d'utenza di un ambulatorio diabetologico di medie dimensioni.

L'assistenza ai diabetici istituzionalizzati pone diversi problemi, che dipendono dalle caratteristiche dei pazienti e dall'istituzionalizzazione in quanto tale. Una nostra inchiesta del 1993 sul diabete nelle case per anziani del Friuli - Venezia Giulia evidenzia una marcata disomogeneità della popolazione diabetica istituzionalizzata. Si possono individuare tre gruppi di soggetti: un primo gruppo di pazienti di età avanzata, nei quali il diabete è stato diagnosticato da poco e che sono in trattamento con sola dieta; un secondo gruppo con una storia di diabete più lunga, trattati con antidiabetici orali; un terzo gruppo nel quale la diagnosi di diabete - posta in età relativamente giovane - data quasi sempre da più di dieci anni e i pazienti sono in trattamento insulinico isolato o in associazione ad antidiabetici orali; va rilevato che a quest'ultimo gruppo appartiene il 23,8% dei pazienti: una percentuale tripla rispetto alla popolazione generale.

L'eterogeneità è accentuata dalla frequente coesistenza di altre patologie, anche non correlate al diabete, e dalla molteplicità dei fattori che influenzano la prognosi (età, aspettativa di vita, grado di autosufficienza, stato nutrizionale, compliance dietetica e far-

macologica, supporti assistenziali disponibili). A sua volta l'istituzionalizzazione, pur risolvendo alcuni dei più comuni problemi di gestione del diabetico anziano (regolarità dei pasti e dell'assunzione della terapia), introduce alcuni elementi deleteri per il controllo metabolico (accesso illimitato al cibo, sedentarietà, perdita di iniziativa e dipendenza dall'istituzione ecc.). Tutto ciò sottolinea il bisogno che anche nelle case di riposo ci siano le competenze necessarie per una adeguata assistenza diabetologica.

Le soluzioni: prima di Sarteano e Sestri Levante

Nelle case di riposo la presenza del medico è in genere episodica o limitata a poche ore al giorno, cosicché la responsabilità dell'assistenza all'ospite diabetico grava in misura preponderante sulle infermiere professionali della struttura. Ogni progetto volto a migliorare l'assistenza diabetologica nelle case di riposo deve pertanto mirare, in primo luogo, a promuovere le competenze professionali e le motivazioni di queste ultime. Nell'autunno del 1997, in occasione del corso di *nursing* diabetologico tenuto alle infermiere dell'Istituto Geriatrico e di Assistenza di Udine, una delle più grandi strutture residenziali per anziani del Friuli Venezia - Giulia, abbiamo valutato le conoscenze di base delle partecipanti sottoponendo loro, all'inizio del corso, un questionario anonimo a risposte multiple ricavato da quello proposto da Tomaselli e coll. (1989). Abbiamo così rilevato una percentuale globale del 22% di risposte errate ai venti quesiti, con percentuali diverse nelle singole aree (fisiopatologia del diabete 18%, diagnostica 18%, dieta 14%, terapia farmacologica 26%, cura del piede 34%). Abbiamo ripetuto la valutazione alla fine del corso, articolato in lezioni teoriche e pratiche della durata com-

pletiva di sei ore, documentando a brevissimo termine un miglioramento significativo in tutte le aree ad eccezione di quella della dieta e, a medio termine, un ritorno al livello di partenza per quanto riguardava la cura del piede (Tabella 1).

Tabella 2 - Obiettivi del corso residenziale

- conoscere il ruolo del glucosio, dell'insulina e del glucagone nell'osmeostasi glicemica
- conoscere la patogenesi dei sintomi del diabete e della chetosi
- conoscere significato, indicazioni e limiti della terapia intensiva e non intensiva del diabete
- comprendere l'utilità dell'esercizio fisico nel mantenimento del miglior stato di salute
- conoscere i rischi potenziali connessi all'attività fisica
- conoscere le necessità nutrizionali dell'anziano diabetico
- riconoscere gli stati di denutrizione e di malnutrizione e le loro cause eliminabili
- saper preparare pasti bilanciati per composizione e quantità e qualitativamente più adatti al singolo paziente
- conoscere tempi e modi di somministrazione dei vari ipoglicemizzanti orali
- conoscere le differenze farmacologiche fra i vari tipi di insulina
- conoscere i tempi di somministrazione di ogni tipo di insulina
- saper conservare, preparare e somministrare sottocute le formulazioni commerciali ed estemporanee di insulina
- saper prevedere il rischio di ipoglicemia in funzione del farmaco e del tipo di insulina somministrati
- saper riconoscere, diagnosticare e trattare l'ipoglicemia
- saper prevedere e riconoscere le alterazioni del compenso glicemico dovute a malattie intercorrenti
- saper prevedere e sospettare l'iperglicemia
- sapere come prevenire l'ipoglicemia e l'iperglicemia
- conoscere il significato, i limiti e le indicazioni degli esami impegnati nel monitoraggio del diabete
- saper eseguire correttamente il prelievo capillare e la misurazione della glicemia
- saper eseguire correttamente i comuni esami urinari con striscia reattiva
- essere in grado di decidere autonomamente quando eseguire una glicemia o un esame di urine estemporanei
- conoscere i principi e le modalità della medicazione umida delle lesioni ai piedi

Tabella 1 - Percentuali di errore nelle risposte al questionario sul diabete mellito

Gruppo quesiti	n.	pre-test	post-test	verifica
Fisiopatologia	3	18%	7%*	9%*
Diagnostica	5	18%	10%*	8%*
Terapia farmacologica	6	26%	14%*	16%*
Cura del piede	3	34%	6%*	22%
Terapia dietetica	3	14%	8%	5%
Totale	20	22%	10%	12%*
N. questionari		57	54	31

Test del Chi-quadro: * p < 0.01 vs. pretest



...e dopo: Piano d'Arta

L'esperienza dell'Istituto Geriatrico di Udine dimostrava l'utilità dell'iniziativa, che però andava rivista nei contenuti e nelle modalità operative. Bisognava rendere più incisiva la parte nutrizionale del corso e cercare di ottenere una persistenza nel tempo di tutti i miglioramenti indotti. Soprattutto andava rivista l'impostazione stessa del corso, troppo generica nei contenuti e troppo verticale nella didattica. Per quanto riguarda gli obiettivi, abbiamo deciso di subordinare il programma del corso all'obiettivo generale di migliorare l'assistenza infermieristica al diabetico istituzionalizzato, individuando alcuni obiettivi culturali ed operativi essenziali (Tabella 2) attorno ai quali costruire il programma dettagliato. Per quanto riguarda la didattica, abbiamo deciso di ricorrere alla *full-immersion* allestendo un corso residenziale della durata di tre giorni articolato in lezioni teoriche di tipo tradizionale, miranti a fornire le conoscenze necessarie ad assumere decisioni corrette, in lezioni a piccoli gruppi a partecipazione attiva, nelle quali acquisire le abilità necessarie per agire, ed in lavori di gruppo, nei quali i partecipanti applicano le nozioni e le capacità acquisite per elaborare un processo assistenziale.

Il corso è stato organizzato dalle sezioni regionali dell'AMD e dell'OSDI. Le associazioni hanno formato un gruppo di lavoro che (complice la frequenza dei corsi di Sarteano e Sestri Levante) si è presto tramutato in *team*. Nella didattica sono stati introdotti, come strumenti di lavoro, il *metaplan*, la ruota libera, i foglietti; nei gruppi di lavoro sono state utilizzate le figure del *leader*, dello *speaker*, dello scrivano fiorentino (brevetto de Amicis-Miniussi) e del custode del tempo. La verifica dell'apprendimento è stata affidata a questionari anonimi a risposte multiple, intercalati alle lezioni e seguiti da momenti per l'eventuale revisione degli argomenti non assimilati; il clima ed il gradimento da parte dei corsisti sono stati monitorati mediante *radarchart*.

È evidente che questo tipo di corso limita la partecipazione a due o tre infermieri

per ciascuna casa di riposo, ai quali viene affidato il compito di trasmettere ai colleghi quanto acquisito. Speriamo così di raggiungere con pochi corsi un numero considerevole di strutture residenziali e di creare una vera e propria rete assistenziale. Elemento critico per la riuscita del progetto diventa la motivazione dei partecipanti, che a sua volta dipende dalla percezione del problema da parte di ciascuno.

Tutto questo è stato messo in pratica, tra il 24 ed il 26 giugno 1999, a Piano d'Arta, località termale della montagna friulana (bassa, per non disturbare troppo la cenestesi della *team leader*), dove venti infermieri professionali e caposala di case di riposo del Friuli - Venezia Giulia hanno partecipato al corso residenziale "L'assistenza al diabetico istituzionalizzato", allestito sotto il patrocinio dell'Azienda per i Servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli" e con il supporto della Lifescan Italia. La motivazione di base dei corsisti, analizzata all'inizio con il *metaplan*, coincideva con i nostri obiettivi e questo ha sicuramente contribuito alla riuscita del corso. Contiamo di aver fornito ai partecipanti, oltre a nozioni, abilità e documentazione scritta (testi editi e documenti prodotti da noi stessi per l'occasione) i rudimenti metodologici del lavoro di gruppo; a giudicare dai documenti finali prodotti dai tre gruppi, infatti, l'approccio al nuovo metodo è stato positivo. Quanto al gradimento, la *radarchart* ha dato un risultato più che lusinghiero.

Quale futuro?

L'esperienza sul campo ha dimostrato la necessità di alcuni aggiustamenti al programma, relativamente ai tempi ed agli obiettivi: nell'elenco di questi, ad esempio, i corsisti hanno sollecitato l'inserimento dell'educazione sanitaria del diabetico e dei familiari visitatori, vera mina vagante per la *compliance* dietetica.

Ci siamo inoltre resi conto che il progetto, per riuscire, deve coinvolgere anche i medici operanti nelle case di riposo in quan-

to responsabili, in ultima analisi, dell'impostazione terapeutica ed assistenziale. Nostro ulteriore obiettivo diventa quindi l'elaborazione di un programma formativo ad essi rivolto. Ci è risultato chiaro, infine, che per ottenere un reale cambiamento nella pratica assistenziale è necessario coinvolgere direttamente le caposala, di fatto freno o acceleratore di qualsiasi cambiamento.

Sentiamo poi la necessità di collegarci con quanti hanno vissuto esperienze analoghe o sono interessati al problema del diabete nelle strutture residenziali: uno scambio informale di informazioni ed esperienze potrebbe giovare a tutti e, magari, costituire la base per un progetto di lavoro comune.

Composizione del Team

- *Cristina Bernetti* (Inf. prof., Clinica Medica Univ. Trieste); *Maria Pia Cencig* (Inf. prof. Diabetologia, Cividale del Friuli, Presidente OSDI - Friuli V.G.); *Anarita Cozzi* (Inf. prof. Diabetologia, Cividale del Friuli); *Pier Maria Miniussi* (Medico, Diabetologia, Cividale del Friuli); *Maria Antonietta Pellegrini* (Medico, Diabetologia, Cividale del Friuli, Presidente AMD - Friuli V.G.); *Cristina Sartori* (Inf. prof., Diabetologia, Osp. Udine); *Silvana Zocchi* (Dietista, D.S. San Daniele del Friuli).

Si ringraziano: *Emma Giancesini e Roberto Mengoli*, Lifescan Italia S.p.A.

*Pier Maria Miniussi,
Maria Antonietta Pellegrini
A.M.D. Friuli - Venezia Giulia*

Lo scopo delle rubriche è quello di stimolare lo scambio di opinioni tra i Soci AMD e tutti sono invitati a contribuire. I testi, che dovranno essere contenuti tra le 150 e 200 parole tutto compreso, devono essere inviati in copia cartacea e dischetto a:

Sandro Gentile - Via Nicolardi - Parco Arcadia, 4 - 80131 Napoli - Fax:081-5666734 - Tel.:0338-7192098

SPAZIO RISERVATO ALLE COMUNICAZIONI DEI SOCI

AemMeDi si ripromette di realizzare una comunicazione efficace tra i Soci il più possibile diretta ed informale, per cui il giornale è aperto alla collaborazione di tutti. Pertanto, questo spazio è riservato ai Soci AMD che volessero comunicare idee, suggerimenti e proposte

(SCRIVERE A MACCHINA O IN STAMPATELLO) _____

(Indirizzare per posta o fax a: Sandro Gentile, Dipartimento di Geriatria e Malattie Metaboliche, II Policlinico di Napoli, III Padiglione, Via Pansini, 5 - 80131 Napoli - Tel./fax 081.566.67.07-8711389).



ATTIVITÀ DEL CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE (novembre 1999)

Il Consiglio Direttivo ha deliberato di distribuire a tutti i soci l'edizione italiana di *Diabetes Care*. Ci si è impegnati in questo grande sforzo organizzativo ed editoriale con la convinzione che si tratti di un'opportunità di aggiornamento unica, per tutti i diabetologi italiani. Grazie all'affiliazione all'IDF è stato anche possibile avere l'esclusiva italiana della traduzione delle linee guida dell'International Diabetes Federation. Quelle relative al diabete di tipo 1, già disponibili, saranno inviate a tutti i soci in queste settimane.

Sono allo studio alcune iniziative per un utilizzo appropriato di alcuni fondi derivanti da precedenti attività congressuali, in particolare del congresso di Chia Laguna. L'intenzione è di promuovere iniziative in linea con lo spirito della nostra Associazione. È stato deliberato di studiare sia la possibilità di offrire contributi ad alcuni giovani soci per l'aggiornamento presso strutture diabetologiche prestigiose, sia di bandire finanziamenti per progetti di applicazione del Disease Management, o altre iniziative di MCQ, presso strutture diabetologiche italiane. Tutti i soci saranno informati di tali iniziative in tempo utile.

Si è messa in moto l'organizzazione del XIII Congresso nazionale, che si terrà a Torino nel maggio del 2001 e che sarà organizzato con la collaborazione della sezione Piemonte e Valle d'Aosta. Carlo Giorda, incaricato dal Consiglio Direttivo di curarne l'organizzazione locale sta procedendo, in accordo con la sezione piemontese e aostana, alla formazione di un Comitato organizzatore locale. Pubbliche-

remo sul prossimo numero la struttura organizzativa della manifestazione.

La commissione ministeriale per la conversione dell'insulina da U40 e U100 a cui, per l'AMD, partecipa Carlo Coscelli ha stabilito che, per la preventiva informazione capillare di pazienti e operatori in merito allo storico evento, si possano utilizzare soltanto diapositive, manifesti e pubblicazioni approvati e preparati dal Ministero della Sanità. Le eventuali iniziative a livello locale devono pertanto utilizzare i materiali già preparati. Non è ammesso l'uso di materiale diverso o "fai da te". L'industria farmaceutica è già a conoscenza di tali restrizioni.

Uno degli sforzi maggiori cui si impegnerà il CD nei prossimi mesi è l'organizzazione di un nuovo biennio di corsi di aggiornamento a livello nazionale. Tutti i consiglieri hanno ricevuto incarichi specifici che li vedranno impegnati in prima persona in questo mandato che è certamente uno dei più importanti della nostra Associazione. Saranno organizzati corsi di tipo gestionale-manageriale, ci si occuperà di nuovo di modelli organizzativi, costi, corsi per equipie diabetologiche e corsi di telematica e navigazione in Internet. Questi ultimi vogliono venire incontro alla forte esigenza di aggiornamento in tale settore quale è emersa dal questionario somministrato ai soci a Chia Laguna.

Nell'ambito delle iniziative di formazione, un ruolo del tutto preminente assume la Scuola per formatori la cui attività è iniziata lo scorso anno a Sarteano. La Scuola viene istituzionalizzata in questi giorni e avrà la consulenza dell'Organizzazione Mondiale della Sa-

nità nella figura del Prof. Assal. Essa continuerà l'opera iniziata nel 1998 e ha come obiettivo la creazione di una "classe dirigente" di diabetologi esperti in formazione, metodologia di lavoro e gestione di gruppi i quali, grazie al loro contributo diretto, contribuiranno alla crescita culturale dell'AMD. Nel 2000 sono previste una nuova tornata di corsi di primo livello e una di "richiamo" per coloro che vi hanno già preso nel 98-99.

Lo studio DAI ha compiuto un anno ed è arrivato alla faticosa fase della raccolta dei dati di incidenza. La coorte in osservazione è di 24000 pazienti, provenienti da 201 strutture diabetologiche italiane. La dimensione del campione è tale che è possibile compiere analisi mirate su sottogruppi di elevata numerosità e fare confronti su base geografica o di tipologia delle strutture. Oltre che fornire dati epidemiologici e clinici, lo studio si sta rivelando un formidabile osservatorio sulle abitudini cliniche della diabetologia italiana e potrebbe divenire, con la sua attività indiretta di monitoraggio, uno strumento per promuovere la qualità delle prestazioni. Sono in atto elaborazioni molto interessanti sulla farmacoepidemiologia del diabete e del rischio cardiovascolare che saranno presentate nel corso del I Convegno sullo studio DAI che si terrà a Roma all'Istituto Superiore di Sanità il 28 gennaio 2000. Riporteremo sul prossimo notiziario una esauriente sintesi di quanto sta emergendo.

Carlo Giorda

U.O. M. Metaboliche e Diabetologia,

L'ACCREDITAMENTO E LA VISITA DI REVISIONE TRA PARI PROFESSIONALE - PER LA VERIFICA DELL'APPLICAZIONE DEL MANUALE DI ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE DIABETOLOGICHE (2ª EDIZIONE, MAGGIO 1999) - SONO UNA REALTÀ

L'AMD ha predisposto un progetto per il miglioramento della qualità dell'assistenza diabetologica i cui obiettivi sono: creare una cultura della qualità; definire un modello di organizzazione che possa assicurare un controllo della variabilità prescrittiva e promuovere l'autovalutazione e l'accreditamento professionale dei Servizi di Diabetologia per favorire il continuo miglioramento dell'assistenza erogata ed avere clienti più soddisfatti.

Uno degli strumenti attraverso cui dare attuazione al progetto è la visita di revisione tra pari (o di accreditamento professionale); per fare questo la nostra Associazione ha istruito un gruppo di Colleghi che hanno partecipato ad un lungo iter formativo che si è concluso con il secondo corso, tenutosi a Riccione nei primi giorni di ottobre.

Durante il corso si è esaminata la seconda versione del manuale di accreditamento ed è stata sottolineata la visione sistemica che il nuovo manuale propone per la definizione del sistema qualità della struttura diabetologica.

La garanzia di qualità deve riguardare la prestazione, ma anche il processo che la permette e l'organizzazione che la fornisce; il prodotto non è frutto esclusivo dell'atto professionale, ma deve tenere conto dell'utente e del gestore del sistema.

Il docente principale del corso è stato il Dott. Gruppioni, esperto nella progettazione e nella valutazione di sistemi di qualità, che ha fornito ai partecipanti le conoscenze necessarie per condurre una visita di revisione tra pari ed ha sottolineato il concetto che tutti i capitoli del manuale concorrono alla definizione del sistema di garanzia e che questo deve essere misurabile con elementi oggettivi; la pianificazione e l'attuazione delle visite e le diverse metodiche per ottenere l'evidenza documentale e oggettiva sono stati i temi dei numerosi lavori di gruppo.

Durante il corso è stato esemplificato l'uso delle metodiche di medicina basata sull'evidenza applicate agli studi DCCT, UKPDS e Kumamoto.

I futuri valutatori hanno appreso che la verifica può essere fatta partendo dai criteri o dai risultati: nel secondo caso dalla verifica della registrazione dei dati misurati dagli indicatori si individuano le attività della struttura che devono essere garantite da processi contenenti procedure, istruzioni operative e standard, nei quali si rende evidente la pianificazione in termini di risorse, tecnologie e modalità operative; esse permettono di risalire ai prodotti della struttura che devono essere descritti per caratteristiche e obiettivi specifici. La verifica può avere diversi gradi di approfondimento:

- Conformità e Completezza
- Comprensione e Condivisione
- Applicazione
- Adeguatezza
- Miglioramento

I valutatori formati dalla AMD sono in grado di effettuare verifiche cosiddette di II parte, in quanto ad esse non partecipano enti di certificazione esterni all'Associazione.



Il titolo di valutatore del sistema di qualità professionale dell'Associazione Medici Diabetologi sarà considerato conseguito dopo che i valutatori avranno effettuato una visita di revisione tra pari con la supervisione di un valutatore esperto; in seguito potranno effettuare le visite in completa autonomia secondo la procedura dell'Associazione, descritta nella seconda edizione del manuale di accreditamento.

Utilizzando il modulo allegato, le strutture diabetologiche possono ora fare richiesta per ricevere la visita di accreditamento ed essere valutate dai Colleghi visitatori; la partecipazione all'accREDITAMENTO professionale è volontaria ed il certificato che verrà rilasciato dalla AMD sarà l'attestazione che i professionisti della struttura forniscono un'assistenza diabetologica di eccellenza.

Anche nel decreto 229/99 il professionista determina la propria accreditabilità e quella della struttura in cui opera, infatti al comma 4° il decreto prevede la partecipazione della struttura a programmi di accreditamento professionale tra pari, pertanto il certificato AMD potrà probabilmente essere "speso" anche all'interno delle singole Aziende sanitarie.

Il Manuale di AccREDITAMENTO delle Strutture Diabetologiche (2ª edizione, Maggio 1999) può essere richiesto a Eli Lilly Italia che conduce il progetto in partnership con AMD, e presto sarà disponibile sul sito internet.

Daniilo Orlandini

Gruppo Nazionale AccREDITAMENTO AMD

MODELLO PER LA DOMANDA DI VISITA DI REVISIONE TRA PARI PROFESSIONALE DA INVIARE SU CARTA INTESTATA DELLA STRUTTURA DIABETOLOGICA CHE RICHIEDE LA VISITA

Egr. Sig. Presidente ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI
presso Segreteria Associazione Medici Diabetologi
Viale Carlo Felice, 77 - 00185 Roma
p.c. Direzione Sanitaria

Chiedo che la Struttura Diabetologica da me diretta riceva la visita di revisione tra pari professionale per la verifica dell'applicazione del "Manuale di accREDITAMENTO delle strutture diabetologiche - 2ª Edizione, Maggio 1999"

Prima Visita Visita periodica di conferma

La visita sarà effettuata da valutatori esperti da Lei nominati e seguirà la procedura descritta nel Manuale.

Allego una breve descrizione delle caratteristiche strutturali, tecniche ed organizzative della mia struttura, contenenti anche la tipologia delle prestazioni erogate.

Allego copia della lista di verifica contenuta nel Manuale, con l'indicazione del grado di soddisfazione delle singole domande.

I visitatori da Lei nominati si accorderanno direttamente con me per stabilire i tempi della visita.

I risultati ed il giudizio che sarà espresso saranno comunicati a me direttamente; i valutatori e il gruppo tecnico nazionale si impegnano, nel momento in cui accettano l'incarico, a rispettare la riservatezza delle informazioni e della documentazione di cui verranno a conoscenza.

Mi riservo la possibilità di sospendere la procedura di revisione tra pari professionale in qualsiasi momento, per mezzo di comunicazione scritta del Presidente dell'Associazione Medici Diabetologi.

Accetto il principio dell'insindacabilità del giudizio che sarà espresso a conclusione della procedura.

Mi impegno a sostenere l'onere economico per la procedura di revisione tra pari professionale previsto dall'Associazione Medici Diabetologi*.

Distinti saluti

FIRMA

* Si precisa che non vi saranno spese a carico delle strutture richiedenti

CORSO DI FORMAZIONE PER LA DIREZIONE DELLA LILLY S.p.A. SUL METODO DI ACCREDITAMENTO MEDIANTE PEER REVIEW

Gruppo AMD per la qualità e l'accREDITAMENTO

Nel corso di alcuni precedenti incontri tra AMD e Lilly era emersa l'opportunità di formare la direzione e la forza vendita aziendale sulla tecnologia utilizzata da AMD per innescare percorsi di miglioramento all'interno delle strutture diabetologiche italiane.

Il 9 e 10 settembre 1999 AMD (D. Orlandini e G. de Bigontina) e Lilly (D. Santoro e il suo staff, M. Guidi, i District Manager) si sono riuniti nella sede della Lilly a Sesto Fiorentino.

Il mandato originava dal desiderio dei due partner di effettuare un rinforzo formativo sull'accREDITAMENTO professionale ed un confronto sull'argomento dai rispettivi punti di vista.

Gli obiettivi dell'incontro erano: a) aggiornare la direzione e la forza vendita sullo stato di realizzazione del progetto, b) far conoscere la recente normativa nazionale e le opportunità offerte dai risultati della autovalutazione, c) definire le azioni per l'implementazione del progetto.

La metodologia applicata all'incontro ha previsto una fase di progettazione dei risultati, una di realizzazione dei risultati ed una di verifica dei loro raggiungimento.

Durante la progettazione sono emersi te-

mi quali i ruoli e le responsabilità dei partner; la relazione diretta sia tra successo della iniziativa e entità del bisogno dei destinatari dell'accREDITAMENTO che tra informazione e motivazione; i problemi di visibilità del progetto; la necessità di continui feedback tra i soggetti protagonisti; il livello della qualità del servizio offerto alla diabetologia da AMD e Lilly; la necessità di pianificazione delle iniziative per sviluppare la sensibilità e la conoscenza riguardo l'obbligatorietà dell'accREDITAMENTO.

È stato presentato "Il nuovo Manuale per l'AccREDITAMENTO", e sono state illustrate le ragioni della riedizione, le istruzioni per la sua lettura, comprensione e applicazione, la sua utilità quale strumento per soddisfare la normativa sull'accREDITAMENTO istituzionale e professionale (requisiti minimi ed ulteriori-professionali).

Sono stati analizzati i ruoli e le responsabilità dei soggetti in campo; le Istituzioni quali enti pagatori, AMD quale garante del processo di accREDITAMENTO professionale, Lilly quale azienda in grado di offrire alla diabetologia un servizio per cambiare e rispondere alle leggi

cogenti, le Strutture capaci così di garantire alla qualità dei prodotti offerti.

Il confronto sulle azioni da sviluppare nei prossimi 6 mesi ha prodotto delle matrici in cui è possibile individuare tutte le azioni che i soggetti devono compiere ed ha concluso la fase di realizzazione del risultato.

Infine è stato effettuato il confronto tra il risultato ottenuto e quanto era stato progettato.

Il gruppo ha responsabilmente condiviso le decisioni, le modalità di lavoro, integrando i bisogni delle parti e sviluppando un risultato che rappresenta un sicuro valore aggiunto per la realizzazione del programma di accREDITAMENTO professionale delle strutture diabetologiche. La probabilità che, a seguito della attivazione del team, il progetto possa svilupparsi è uscita assai rafforzata.

La verifica del grado di soddisfazione dei partecipanti in relazione al rapporto tra risultati raggiunti ed obiettivi, ha evidenziato un punteggio pari a 85 misurato su una scala graduata da 10 a 100, ove 100 rappresenta il massimo della soddisfazione.

G. de Bigontina

Servizio di Diabetologia Pieve di Cadore



DALLA LETTERATURA DIABETOLOGICA

Siamo giunti al primo anno di attività di questa rubrica che vedrà delle importanti novità per il 2000. So che gli Italiani sono tra i più prolifici ricercatori del mondo e che i loro lavori trovano spesso degna pubblicazione. Dal prossimo numero sceglieremo gli articoli dalle dieci riviste più prestigiose secondo un'indagine in corso presso alcuni "esperti".

A proposito, auguri a tutti!

DIABETES

Diabetes 1999 Oct;48(10):1971-8
Mechanisms of coordination of Ca²⁺ signals in pancreatic islet cells.

Bertuzzi F., Davalli A.M., Nano R., Socci C., Codazzi F., Fesce R., Di Carlo V., Pozza G., Grohovaz F.

Surgical Department and Consiglio Nazionale delle Ricerche Cellular and Molecular Pharmacology Center, S. Raffaele Scientific Institute, Milan, Italy.
Vertuzzi.federico@hsr.it

Diabetes 1999 Sep;48(9):1881-4
A polymorphism (K121Q) of the human glycoprotein PC-1 gene coding region is strongly associated with insulin resistance.

Pizzuti A., Frittitta L., Argiolas A., Baratta R., Goldfine I.D., Bozzali M., Ercolino T., Scarlato G., Iacoviello L., Vigneri R., Tassi V., Trischitta V.

Divisione e Unità di Ricerca di Endocrinologia, Istituto Scientifico Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo (FG), Italy

Diabetes 1999 Aug;48(8):1623-30
Relationship between insulin resistance and nonmodulating hypertension: linkage of metabolic abnormalities and cardiovascular risk.

Ferri C., Bellini C., Desideri G., Valenti M., De Mattia G., Santucci A., Hollenberg N.K.
Institute of Clinica Medica, Andrea Cesalpino Foundation, University La Sapienza, Rome, Italy.

Diabetes 1999 Aug;48(8):1522-8
Interleukin-13 prevents autoimmune diabetes in NOD mice.

Zaccaro P., Phillips J., Conget I., Gomis R., Haskins K., Minty A., Bendtzen K., Cooke A., Nicolatti F.
Institute of Microbiology, University of Catania, Italy

DIABETOLOGIA

Diabetologia 1999 Sep;21;42(10):1235-1239
Effect of insulin on in vitro vascular cell adhesion molecule-1 expression and in vivo soluble VCAM-1 release.

De Mattia G., Bravi M.C., Costanzo A., Laurenti O., Faldetta M.C., Armiento A., De Luca O., Ferri C.
University "La Sapienza", Andrea Cesalpino Foundation, Rome, Italy

Diabetologia 1999 Sep;21;42(10):1151-1167
Insulin analogues and their potential in the

management of diabetes mellitus
Bollì G.B., Di Marchi R.D., Park G.D., Pramming S., Koivisto V.A.
University of Perugia, Italy

Diabetologia 1999 Aug;42(4):987-94
Early impairment of large artery structure and function in Type 1 diabetes mellitus.
Giannattasio C., Failla M., Piperno A., Grappiolo A., Gamba P., Paleari F., Mancía G.
Department of Internal Medicine, S. Gerardo Hospital, Monza, Italy

Diabetologia 1999 Jul;42(7):840-4
Low prevalence of islet autoimmunity in adult diabetes and low predictive value of islet autoantibodies in the general adult population of northern Italy.
Bosi E., Garancini M.P., Poggiali F., Bonifacio E., Gallus G.
Department of Medicine, San Raffaele Scientific Institute, University of Milan, Italy

Diabetologia 1999 Jul;42(7):831-9
Human vascular smooth muscle cells express a constitutive nitric oxide synthase that insulin rapidly activates, thus increasing guanosine 3':5'-cyclic monophosphate and adenosine 3':5'-cyclic monophosphate concentrations.
Trovati M., Massucco P., Mattiello L., Costamagna C., Aldieri E., Cavalot F., Anfossi G., Bosia A., Ghigo D.
Department of Clinical and Biological Sciences, University of Turin, San Luigi Gonzaga Hospital, Orbassano, Italy

DIABETES CARE

Diabetes Care 1999 Oct;22(10):1755-7
Further data on the comparison between World Health Organization and American Diabetes Association diagnostic criteria.
Mannucci E., De Bellis A., Cernigoi A.M., Tortul C., Rotella C.M., Velusi M.

Diabetes Care 1999 Aug;22(8):1384-5
Postprandial oxidized lipids in diabetic patients: which role for postprandial hyperglycemia?
Ceriello A., Motz E.

Diabetes Care 1999 Aug;22(8):1379-80
Are insulin-treated type 2 diabetic subjects at higher risk for foot ulcers?
Ezio F., Fabrizio F., Antonella Q., Patrizia C., Alberto M.

Diabetes Care 1999 Aug;22(8):1339-46
Plasma glucose within the normal range is not associated with carotid atherosclerosis: prospective results in subjects with normal glucose tolerance from the Bruneck Study.
Bonora E., Kiechl S., Willeit J., Oberhollenzer F., Egger G., Bonadonna R., Muggeo M.
Department of Endocrinology and Metabolic Diseases, University of Verona Medical School, Italy

Diabetes Care 1999 Sep;22(9):1591-2

Wegener's granulomatosis presenting with life-threatening pulmonary hemorrhage in a boy with type 1 diabetes.

Lorini R., Alibrandi A., Ravelli A., d'Annunzio G., Castelnuovo P., Martini A.

Diabetes Care 1999 Sep;22(9):1590-1
Leptin in children and adolescents with type 1 diabetes: a 2-years longitudinal study.
Salvatoni A., Bertonecchio N., Bacchella L., De Stefano A.M., Orsatti C., Piantanida E., Nespoli L.

Diabetes Care 1999 Sep;22(9):1587-8
Anti-HCV antibodies in a population of insulin-dependent diabetic children and adolescents.
Cerutti F., Palomba E., Sacchetti C., Gay V., Versace A., Tovo P.A.

Diabetes Care 1999 Sep;22(9):1586-7
ACE inhibitor-induced cough in hypertensive type 2 diabetic patients.
Malini P.L., Strocchi E., Fiumi N., Ambrosioni E., Ciavarella A.

Diabetes Care 1999 Sep;22(9):1536-42
ACE inhibitors improve endothelial function in type 1 diabetic patients with normal arterial pressure and microalbuminuria.
Arcaro G., Zenere B.M., Saggiani F., Zenti M.G., Monauni T., Lechi A., Muggeo M., Bonadonna R.C.
Division of Internal Medicine, Azienda Ospedaliera di Verona, University of Verona School of Medicine, Italy

Diabetes Care 1999 July;22(7):1217-1218
Aminotransferase activity and norbose treatment in patients with type 2 diabetes.
Gentile S., Turco S., Guarino G., Sasso F.C., Torella R.
Department of Geriatrics and Metabolism Disease, 2nd University of Naples, Italy

Diabetes Care 1999 Sep;22(9):1490-3
Risk of diabetes in the new diagnostic category of impaired fasting glucose: a prospective analysis
Vaccaro O., Ruffa G., Imperatore G., Iovino V., Rivellese A.A., Riccardi G.
Department of Clinical and Experimental Medicine, Federico II University, Naples, Italy, scalaros@unima.it

DIABETIC MEDICINE

Diabetic Med 1999 Sep;16(9):762-6
Diagnostic and prognostic value of vasodilator stress echocardiography in asymptomatic Type 2 diabetic patients with positive exercise thallium scintigraphy: a pilot study.
Gaddi O., Tortorella G., Picano E., Pantaleoni M., Manicardi E., Varga A., Monetta I., Galducci U.
Cardiology Division, Reggio Emilia, Pisa, Italy

Diabetic Med 1999 Aug;16(8):663-9
Is glycation of low density lipoproteins in patients with Type 2 diabetes mellitus a LDL preoxidative condition?



Moro E., Alessandrini P., Zambon C., Pianetti S., Pais M., Cassolato G., Bon G.B.
2nd Department of Internal Medicine and Metabolic Diseases, Venice General Hospital, Italy

Diabetic Med 1999 Jul;16(7):618-9
Mesium-term hypoglycaemic effects of two different oral formulations of gliclazide.
Galeone F., Fiore G., Mannucci E.
Diabetic Med 1999 Jul;16(7):579-85
Comparison of ADA and WHO screening methods for diabetes mellitus in obese patients. American Diabetes Association.
Mannucci E., Bardini G., Ognibene A., Rotella C.M.
Department of Clinical Pathophysiology, University of Florence Medical School, Italy

ACTA DIABETOLOGICA
Acta Diabetol 1999 Jul;36(1/2):77-84
Diabetes and complications after cardiac surgery: comparison with a non-diabetic population
Morriconi L., Ranucci M., Denti S., Cazzaniga A., Isgro G., Enrini R., Caviezel F.
Department of Endocrinology, Division of Medical Surgery Sciences, University of Milano, Via Morandi, 30, I-20097 San Donato Milanese, Milano, Italy

Acta Diabetol 1999 Jul;36(1/2):73-76
Lipophilic thiamine treatment in long-standing insulin-dependent diabetes mellitus.
Valerio G., Franzese A., Poggi V., Patrini C., Laforenza U., Tenore A.
Department of Pediatrics, P.le S. Maria della Misericordia, I-33100 Udine, Italy

Acta Diabetol 1999 Jul;36(1/2):35-38

Bone metabolism in type 2 diabetes mellitus
Isaia G.C., Ardissone P., Di Stefano M., Ferrari D., Martina V., Porta M., Tagliabue M., Molinatti G.M.
Department of Internal Medicine, University of Torino, C.so Dogliotti 14, I-10126 Torino, Italy

Acta Diabetol 1999 Jul;36(1/2):27-33
The effect of gemfibrozil on lipid profile and glucose metabolism in hypertriglyceridaemic well-controlled non-insulin-dependent diabetic patients.
Avogaro A., Piligo T., Catapano A., Miola M., Tiengo A.
Division of Metabolic Diseases, Via Giustiniani 2, I-35100 Padova, Italy

Acta Diabetol 1999 Jul;36(1/2):21-25
Eating disorders in adolescents with type 1 diabetes mellitus.
Verrotti A., Catino M., De Luca F.A., Morgese G., Chiarelli F.
Department of Pediatrics, University of Chieti, Ospedale Policlinico, Via dei Vestini 5, I-66100 Chieti

Acta Diabetol 1999 Jul;36(1/2):1-2
Is it wise to transplant a pancreas to prevent severe hypoglycemia?
Battezzati A., Pozza G., Luzi L.

DIABETES METAB RES REV
Diabetes Metab Res Rev 1999
Jul-Aug;15(4):283-8
Nitric oxide and its role in lipid peroxidation.
Violi F., Marino R., Milite M.T., Loffredo L.
Istituto di I Clinica Medica, University "La Sapienza", Rome, Italy
Diabetes Metab Res Rev 1999

Jul-Aug;15(4):254-60
The circulating insulin-like growth factor system in children with coeliac disease: an additional marker for disease activity.
Locuratolo N., Pugliese G., Pricci F., Romeo G., Mariani P., DiazéHorta O., Calvani L., Montuori M., Cipolletta E., Di Mario U., Bonamico M.
Second Institute of Internal Medicine, Chair of Endocrinology, "La Sapienza" University, Rome, Italy

Diabetes Metab Res Rev 1999
Jul-Aug;15(4):247-53
ACE, PAI-1, decorin and werner helicase genes are not associated with the development of renal disease in european patients with type 1 diabetes.
De Cosmo S., Margaglione M., Tassi V., Garubba M., Thomas S., Olivetti C., Piras G.P., Trevisan R., Vedovato M., Cavallo Perin P., Bacci S., Colaizzo D., Cisternino C., Zuccaro L., Di Minno G., Trischitta V., Viberti G.C.
Division and Research Unit of Endocrinology, Scientific Institute "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (FG), Italy

Diabetes Metab Res Rev 1999
May-Jun;15(4):170-4
Attending the diabetes center is associated with reduced cardiovascular mortality in type 2 diabetic patients: the Verona Diabetes Study.
Zoppini G., Verlato G., Bonora E., Muggeo M.
Division of Endocrinology and Metabolic Diseases, University of Verona Medical School, Verona, Italy

Sergio Di Pietro
I.N.R.C.A. - Diabetologia - Roma

"DISEASE MANAGEMENT IN DIABETOLOGIA: UN MODELLO REALIZZABILE?" Asti, 30 ottobre 1999

Sintesi dei contenuti del Convegno, promosso dall'UOA di Diabetologia di Asti e dalle Sezioni Piemonte e Valle d'Aosta di AMD e SID, tenutosi ad Asti in data 30/10/99.

Il processo di Aziendalizzazione ed i cambiamenti avvenuti negli ultimi anni in Sanità, sono dovuti in gran parte alla consapevolezza che le risorse economiche non sono illimitate, bensì "finite" e che è indispensabile sviluppare nuove metodologie in cui si vadano ad integrare i diversi interventi sanitari, nella logica di migliorare l'efficacia clinica e di ridurre gli sprechi.

In risposta ai cambiamenti in atto, nascono nuove strategie, tra le quali trovano un posto di rilievo la medicina della Qualità e delle prove di efficacia ovvero l'"Evidence Based Medicine".

Con esse la professione, utilizzando i nuovi strumenti della epidemiologia clinica del trial clinico randomizzato, delle metanalisi, delle Consensus Conference, si fornisce di

strumenti adeguati per definire la fondatezza scientifica della pratica clinica.

Le linee guida delle Società Scientifiche, la continua verifica e revisione della qualità dell'assistenza, sono la risposta culturale della medicina alle richieste di usare in modo efficace le risorse.

La necessità di applicare l'Evidence Based Medicine, coniugandola con le esigenze economiche, in una logica di miglioramento continuo delle prestazioni ha fatto nascere il Disease Management.

Il Disease Management, come ben sappiamo, è una metodologia basata su un approccio integrato alla malattia e sull'analisi di dati clinici ed economici con la creazione di un modello dell'intero iter diagnostico-terapeutico legato alla patologia, modello che risulta finalizzato all'individuazione di interventi atti a migliorare i servizi offerti all'Utente, nonché ad ottimizzare i costi complessivi dell'assistenza.

In tale chiave di lettura il Disease Management

permette di "focalizzare" le diverse fasi del processo assistenziale in un unico quadro e quindi di realizzare interventi di miglioramento che influenzino l'intero percorso.

Il Diabete Mellito, modello di riferimento in tal senso per le malattie croniche, è una patologia nella quale l'applicazione del Disease Management può risultare di grande utilità: è infatti una patologia ad elevata prevalenza e di lunga durata, nonché costosa per la necessità di garantire una presa in carico continuativa per la elevata morbilità e mortalità dovute alle gravi complicanze croniche che determina.

Prendendo spunto da queste considerazioni, è nato il Convegno "Disease Management in Diabetologia: un modello realizzabile?", promosso dall'Unità Operativa Autonoma di Diabetologia e dallo Staff Qualità Aziendale dell'ASL 19 di Asti, unitamente alle Sezioni Piemonte e Valle d'Aosta di AMD e SID e con il Patrocinio di Regione Piemonte, Ordine dei Medici di Asti e Comune di Asti.



La prima Sessione, denominata "Il Riferimento Legislativo", prevedeva come Relatori il Prof. Renato Balduzzi (che ha dovuto posticipare il proprio intervento al pomeriggio per improrogabili e sopravvenuti impegni), Consigliere Giuridico del Ministro della Sanità ed il Dott. Quirico Carta, Coordinatore Nazionale del Collegio dei Primari Ospedalieri di Diabetologia e già Presidente Regionale e Consigliere Nazionale dell'AMD. Gli interventi dei due Relatori hanno consentito una chiara definizione del percorso legislativo-normativo che dalla Legge 833/78 ha portato al modello di gestione rappresentato dal Disease Management; nel corso della sessione sono state illustrate le linee attuative adottate dalla Regione Piemonte in merito all'assistenza diabetologica, e le possibilità di implementazione delle stesse, in una Regione che si pone all'avanguardia in Italia per quanto riguarda l'erogazione dell'assistenza diabetologica e che già vanta una diffusa rete di U.O. di Diabetologia e Malattie Metaboliche.

Nella Sessione successiva, definita "Il Percorso della Diabetologia", i relatori Dott. Graziella Bruno e Dott. Franco Cavalot dell'Università degli Studi di Torino ed i Consiglieri Nazionali AMD Dott. Marco Comaschi e Dott. Umberto Valentini hanno interpretato, sotto l'autorevole guida del Moderatore Prof. Paolo Cavallo Perin, in modo esemplare il loro mandato, definendo il percorso tracciato dalla diabetologia a partire dall'epidemiologia fino ai progetti di intervento, per giungere, attraverso le evidenze fornite dall'Evidence Based Medicine, alla definizione dei modelli organizzativo-gestionali a disposizione ed alla ricognizione delle esperienze applicative già realizzate.

La terza sessione, denominata "La Diabetologia nel Dipartimento Medico", moderata dal Prof. Massimo Porta dell'Università di Torino, ha consentito ai numerosi partecipanti al

Convegno (oltre 130 tra Diabetologi e Medici di Medicina Generale) di calarsi nella realtà operativa ospedaliera del Dipartimento Medico dove i Direttori del Dipartimento di Medicina e di Emergenza dell'ASL 19, Dott. Enzo Scassa e Giuliano Pinna, hanno evidenziato come l'organizzazione Dipartimentale valorizzi l'operatività dell'Unità Operativa di Malattie Metaboliche e di Diabetologia con l'individuazione di modelli di gestione integrata in ambito intra e interdipartimentale, con tutte le Unità Operative coinvolte nell'erogazione dell'assistenza diabetologica; come esempio paradigmatico di tale modalità di approccio alla malattia cronica è stato valorizzato l'esempio applicativo, posto in atto nella realtà astigiana, rappresentato dalla gestione integrata al paziente con piede diabetico. Il Dott. Andrea Corsi, il cui ruolo nell'ambito dell'AMD nazionale è a tutti noto, ha posto infine in evidenza il Ruolo dell'Unità Operativa di Malattie Metaboliche e Diabetologia nel Dipartimento Medico, traendo spunto dalla riuscita esperienza del DMRRF di Arenzano (Genova).

Infine la tavola rotonda, moderata dal Dott. Alberto Bruno dell'Università di Torino e dal Dott. Vittorio Infelise, Direttore del Dipartimento Medico di Borgomanero, definita "esperienza a confronto", ha posto in risalto luci ed ombre sul percorso che deve ancora essere tracciato per giungere ad una piena integrazione tra Distretto, Medici di Medicina Generale e specialisti Diabetologi; l'intervento del Direttore del Distretto di Asti Centro, Dott. Michele Di Paolo ha posto in risalto il ruolo del Distretto nella tutela della salute; il Consigliere Nazionale AMD, Dott. Carlo Giorda, ha apportato un rilevante contributo alla comprensione dei fondamenti che sono alla base del modello applicativo del Disease Management in Diabetologia, ed ha evidenziato il rilevante ruolo svolto dall'AMD nella definizione di tale percorso; il Dott. Giuseppe Rosti, Consigliere Regionale SID, ha illustrato il punto di

vista della SID sull'argomento ed ha evidenziato il fattivo rapporto di collaborazione tra le Sezioni regionali Piemonte e Valle d'Aosta di SID e AMD che ha portato alla realizzazione di una commissione mista incaricata di prendere contatti con i rappresentanti dei Medici di Medicina Generale. I rappresentanti delle Società Scientifiche dei MMG, Dott. Claudio Nuti per la SIMG e Dott. Luigi Ghidella per lo SNAMID, hanno espresso le posizioni delle rispettive Società Scientifiche e le loro personali esperienze nella gestione della malattia diabetica.

Infine il Dott. Francesco Macagno, Direttore Sanitario dell'ASL 19, ha posto in risalto, nelle considerazioni di sintesi, come il Disease Management spazi dalla promozione alla salute, alla prevenzione, alla diagnosi, al trattamento, alla riabilitazione, portando vantaggi all'utente, al medico, all'operatore sanitario, all'amministratore ed esprimendo l'apprezzamento per le iniziative in tal senso promosse dalla diabetologia, vero modello di riferimento per la gestione delle malattie croniche.

Alla luce dei risultati del Convegno tenutosi ad Asti, si può affermare che il modello rappresentato dal Disease Management in diabetologia rafforzi il concetto di "gestione manageriale" dei percorsi di cura, secondo una logica aziendale intesa come "un sistema di nuove regole sul funzionamento, capaci di creare una tensione positiva verso la ricerca di migliori rapporti tra risultati assistenziali e di salute e risorse impiegate", e che i principi ispiratori di base della costruzione del Disease Management implicino che la gestione del paziente sia integrata, compiuta cioè sia dal Medico di Medicina Generale che dal Team Diabetologico, valorizzando il ruolo e l'integrazione dei professionisti.

Luigi Gentile
UOA Diabetologia, Asti

COMUNICAZIONE AI SOCI AMD

La nostra Associazione può operare grazie soprattutto alla quota associativa annuale di L. 50.000 e che non verrà incrementata nel prossimo futuro. È importante quindi che ognuno di noi versi la quota con una certa regolarità o regolarizzi la propria posizione. Solo i Soci in regola con le quote '98 possono fare domanda di partecipazione ai Corsi AMD. I versamenti possono essere effettuati sul conto corrente postale 96304001 - AMD, v.le Carlo Felice 77, Roma

Riservato al pagamento con carta di credito

(scrivere a macchina o a stampatello, spedire via fax all'indirizzo riportato in basso)

Cognome _____ Nome _____
 Indirizzo: Via _____ N. _____
 CAP _____ Città _____ Provincia _____
 Importo lire _____
 Tipo di carta di credito: VISA EUROCARD MASTERCARD
 Numero _____ Scadenza _____
 Data _____ Firma del titolare _____

N.B. Questo riquadro può essere utilizzato, indipendentemente dal pagamento delle quote sociali, anche per comunicare eventuali variazioni di indirizzo.

Chi volesse informazioni sulla propria situazione contabile può contattare la Segreteria Amministrativa
 Viale Carlo Felice, 77 - 00185 Roma - Tel. 06/700.04.99 - Fax 06/77.20.11.95