

semplice da gestire (100%); b) aiuta a migliorare la gestione del compenso glicemico (66.7%); c) non comporta un impegno di tempo maggiore (83.3%); d) complessivamente viene preferito rispetto al sistema di monitoraggio tradizionale (100%) (tabella 2).

I valori letti con il CGM erano ben correlati con le misurazioni glicemiche capillari e arteriose (figura 3).

Conclusioni

Il fatto che la glicemia sia rimasta "a target" in quasi la metà del tempo di misurazione e complessivamente è stata al di sopra di 180 mg/dl o al di sotto di 80 mg/dl per una percentuale di tempo assai limitata rappresenta un risultato che difficilmente saremmo riusciti ad ottenere utilizzando il tradizionale schema di monitoraggio, con glicemie così adeguate e costanti.

Il CGM infatti ha consentito di apportare pronte correzioni della posologia insulinica non appena si evidenziavano valori glicemici al di fuori del range voluto, consentendo la correzione tempestiva iniziale di ipo- e iper-glicemie. Questa precocità di approccio terapeutico ha certamente favorito il raggiungimento del "target".

Inoltre, non ci sono stati eventi avversi usando il CGM.

I problemi emersi durante l'uso del CGM sono stati:

- possibilità di valutare i risultati solo dopo 2 ore,
- rari casi di piccole emorragie nel sottocute in pazienti in terapia con eparina a basso peso
- necessità di frequenti calibrazioni, confrontando i valori del CGM con con glicemie venose per verificare l'affidabilità del sistema di monitoraggio continuo (almeno 2/ giorno),
- difficoltà nell'applicazione dello strumento a livello addominale in pazienti sottoposti ad intervento sull'addome
- necessità di maggiore formazione del personale infermieristico (91.7%) (tabella 2).

In accordo con la letteratura, la nostra esperienza non è al momento sufficiente per suggerire raccomandazioni uniformemente e sistematicamente applicabili al paziente critico ospedalizzato. Tuttavia, non c'è dubbio che l'utilizzo del CGM in questa specifica situazione è un interessante campo di applicazione che verosimilmente vedremo crescere nel prossimo futuro. Riteniamo, in base alla nostra esperienza, che sia indispensabile l'istituzione di team multidisciplinari locali che condividano e contestualizzino i protocolli raccomandati dalle più recenti linee guida. Ciò richiederà anche l'impegno di investire nella formazione continua del personale sanitario medico e infermieristico.

Conflitto di interesse nessuno.

BIBLIOGRAFIA

- Malmberg K. et al. DIGAMI study J Am Coll Cardiol 1995;26:57-65
- Furnary AP et al. J Thorac Cardiovasc Surg 2003;125:1007-1021
- Van den Berghe G et al. N Engl J Med 2001;345:1359-67
- Umpierrez G et al. J Clin Endocrinol Metab 2002;87:978-982
- Pomposelli JJ et al. J Parenter Enteral Nutr 1998;22:77-81
- Wiener RS et al. JAMA 2008;300:933-944
- The NICE-SUGAR Study Investigators. N Engl J Med 2009;360:1283-1297
- Moghissi ES et al. AACE and ADA Consensus Statement. Diabetes Care 2009;32:1119-1131
- Krinsley JS et al. Crit Care Med 2008;36:3008-3013
- Goldberg PA et al. Diab Technol Therap 2004;6:339-347
- De Block et al. Diabetes Care 2006;29:1750-6
- De Block et al. Curr Diabetes Rev 2008;4:234-44

L'assistenza al paziente diabetico in ospedale: condivisione dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) tra diabetologo e medici di medicina generale (MMG)



Agliadoro A.¹, Blondett M.², M. Fiscì³, Patrone M.¹, Ermirio D.⁴, Curone P.F.⁵, Simoni G.⁴, Guido R.¹, Rossi G.⁶, Zecchini M.¹, Gulino M.T.⁷, Dagnino M.¹, Corsi A.¹

alberto.agliadoro@asl3.liguria.it

¹ SC Diabetologia Endocrinologia e Malattie Metaboliche; ² Direttore Distretto Sanitario n.9 Medio Ponente; ³ Direttore Sanitario Presidio; ⁴ SC Chirurgia Vascolare; ⁵ SC Radiologia, Servizio di Angiologia Interventistica; ⁶ SC Chirurgia Plastica; ⁷ SC Ortopedia, Servizio di Podologia; PUO Ospedale "Villa Scassi" ASL 3 Genovese

Parole chiave: Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA), Gestione integrata, Gruppo di lavoro Multiprofessionale (GLAM), Clinical Governance, Chronic Care Model
Key words: Diagnostic therapeutic welfare pathway, joint management, multidisciplinary team workers, Clinical Governance, Chronic Care Model

Riassunto

Scopo: Analizzare l'efficacia ed il gradimento del corso di formazione teorico pratico sulla gestione dei percorsi diagnostici assistenziali del paziente diabetico in ospedale rivolto ai Medici di Medicina Generale (MMG).

Materiali e Metodi: il Servizio di Diabetologia del PUO Ospedale "Villa Scassi" ASL 3 Genovese in collaborazione con il Distretto Sanitario n.9 Medio Ponente dal 2009 realizza in Ospedale un corso teorico-pratico sull'assistenza al paziente diabetico in Ospedale rivolto a 8 MMG e a 4 giovani medici aspiranti MMG.

Il corso è articolato in due giornate. La 1° giornata è dedicata all'accoglienza al paziente diabetico neodiagnostico (il team diabetologico), all'uso della cartella diabetologica informatizzata, agli ambulatori dedicati, alla programmazione dello screening delle complicanze e il ruolo degli specialisti nei percorsi diagnostici e all'Educazione Terapeutica Strutturata (ETS) nella cura della persona con diabete. La 2° giornata è dedicata al Piede diabetico e alla necessità di un approccio multidisciplinare. Entrambe le giornate formative constano di una sessione teorica e di una sessione pratica. Abbiamo infine somministrato ai discenti un Questionario che oltre a valutare il gradimento esplora l'aspetto scientifico-didattico e l'aspetto organizzativo.

Risultati: dal questionario emerge con forza la necessità di aggiornamento, un alto livello di interattività, un'ottima qualità educativa ed un eccellente apprezzamento per la funzionalità ed efficacia delle esercitazioni pratiche.

Conclusioni: dalla nostra esperienza formativa emerge un eccellente apprezzamento complessivo da parte dei partecipanti del prodotto formativo e il riconoscimento di quanto la condivisione e contestualizzazione delle raccomandazioni sui PDTA per la persona con diabete siano fondamentali per un'integrazione Ospedale-Territorio.

Summary

Aim: Aim of this work is to evaluate both efficacy and satisfaction of the theoretical-practical training course addressed to general practitioners about diagnostic therapeutic welfare pathway in diabetic outpatients.

Material and Methods: Since 2009 the "Villa Scassi" Hospital Diabetology and Metabolic Department in collaboration with ASL 3 Health District (Medio Ponente) carry out a theoretical-practical

training course addressed to 8 general practitioners and to 4 young incoming general practitioners.

The course lasts 2 days. The 1st day is focused on reception to the new diagnostic diabetic patients (Team diabetologic health workers), on computerized medical records training, on diabetic outpatients, on planning screening complications and on the leading role of general practitioners in diagnostic therapeutic welfare pathway and in structured therapeutic education management. The 2nd day is focused on diabetic foot care and multidisciplinary team workers. Both training days included a theoretical and a practical session. At the end of the course a satisfaction questionnaire is administered to the learners about scientific-didactic and organizational aspects of the training course.

Results: From the questionnaire strongly results the need for recurrent updating, an high interactivity level, a good educational activity and an excellent judgement about practical training convenience and efficacy.

Conclusion: From our experience results a good judgement of the training course by general practitioners and the acknowledgement of the relevance of diagnostic therapeutic welfare pathway sharing between diabetologists and general practitioners to get the best Hospital-Country integration.

Introduzione

L'OMS ha ormai da tempo sottolineato come un corretto approccio alla patologia cronica passa attraverso il coinvolgimento del paziente che deve diventare "attore" del suo stesso processo di cura. La realizzazione di ciò presuppone un approccio bio-psico-sociale che prevede, per funzionare, uno stretto rapporto tra team curante e paziente.

La condivisione tra Diabetologo e MMG delle conoscenze teorico-pratiche sui percorsi diagnostici terapeutici assistenziali in ambito Ospedaliero riservati al paziente diabetico rappresenta un momento indispensabile e fondamentale per la realizzazione di un progetto: una reale Gestione Integrata della malattia diabetica come da piano ministeriale^(1, 2, 3, 4, 5, 6, 7).

PDTA

2° CORSO RESIDENZIALE

L'assistenza al paziente diabetico in Ospedale: percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA)

18 e 26 ottobre 2010
Presidio Ospedaliero Villa Scassi

CON IL PATROCINIO DI

ASL3 GENOVESSE

A questo scopo il Servizio di Diabetologia del PUO Ospedale "Villa Scassi" ASL 3 Genovese in collaborazione con il Distretto Sanitario n.9 Medio Ponente dal 2009 realizza in Ospedale un corso teorico-pratico sull'assistenza al paziente diabetico in Ospedale rivolto a 8 MMG e a 4 giovani medici aspiranti MMG.

L'obiettivo finale è quello di coinvolgere in questo percorso formativo tutti i MMG del suddetto Distretto (popolazione: 128.436 abitanti, MMG: 110).

Scopo del lavoro

Analizzare l'efficacia ed il gradimento del corso di formazione teorico pratico sulla gestione dei percorsi diagnostico assistenziali del paziente diabetico in ospedale.

Materiali e Metodi

Il corso è articolato in due giornate, il rapporto docente/discendente è di 1/3, vengono creati 4 sottogruppi ciascuno formato da 3 discenti. La 1° giornata è dedicata ai seguenti argomenti: I parte (4 ore): a. l'accoglienza al paziente diabetico neodiagnosticato (il team diabetologico), b. l'uso della cartella diabetologica informatizzata, c. gli ambulatori dedicati (DMT1 -impatto dell'innovazione tecnologica sulla terapia del diabete-, Gravidanza, DE), d. la programmazione dello screening delle complicanze e il ruolo degli specialisti nei percorsi diagnostici. II parte (4 ore): a. Sessione teorica (1 ora) l'Educazione Terapeutica Strutturata (ETS) nella cura della persona con diabete (la relazione di aiuto, l'ascolto attivo o riformulazione, l'autobiografia, il fotolinguaggio, le mappe mentali), b. Sessione pratica (3 ore) Esempio di ETS a piccoli gruppi: Esercitazione pratica con i pazienti -circa 8/10 persone- (mediante il modello della Group Care, le mappe educazionali IDF e la valigetta del Piede del GISED). La 2° giornata è dedicata al Piede diabetico: a. Sessione teorica (1 ora) la punta dell'iceberg e la necessità di un approccio multidisciplinare b. Sessione pratica (7 ore): Esercitazioni pratiche con i pazienti 1. screening neurovascolare nel paziente con sospetto rischio di lesione plantare (1 ora), 2. l'educazione al paziente con rischio di lesione plantare (1 ora), 3. il ruolo del Radiologo Interventista (1-2 ore a seconda del caso clinico), 4. il ruolo del Chirurgo Vascolare (1-2 ore a seconda del caso clinico), 5. il ruolo del Chirurgo Plastico (1 ora), 6. il ruolo del Podologo (1 ora).

Abbiamo inoltre somministrato ai discenti un Questionario che oltre a valutare il gradimento esplora l'aspetto scientifico-didattico e l'aspetto organizzativo secondo un punteggio multiscore (scala di Likert 1-5).

Risultati

Ad oggi sono stati coinvolti in questo programma formativo 16 MMG e 8 giovani medici aspiranti MMG del Distretto Sanitario n 9 Medio Ponente (abbiamo realizzato 2 edizioni di questo corso residenziale 2009 e 2010).

Riportiamo i principali quesiti del questionario e la percentuale di partecipanti che ha risposto eccellente o ottimo (tabella 1): 1. Rilevanza rispetto alla necessità di aggiornamento 81.25%, 2. Qualità educativa 100%, 3. Funzionalità ed efficacia delle Esercitazioni pratiche 100%, Giudizio sulla Metodologia Educativa 100%, Livello di Interattività del corso 100%, Applicabilità dei contenuti alla pratica quotidiana 100%, Gestione dei tempi del programma 12.5%.

Conclusioni

Dalla nostra esperienza formativa emerge: un eccellente apprezzamento complessivo da parte dei partecipanti del prodotto formativo soprattutto per quanto riguarda le modalità (esercitazioni pratiche) e l'efficacia del corso nel modificare

Tabella 1. Risultati del Questionario di valutazione dell'evento. L'assistenza al paziente diabetico in Ospedale: Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali.

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE EVENTO					
VALUTAZIONE DEL GRADIMENTO DELL'EVENTO	Scarso ☹	Sufficiente ☺	Buono ☺	Ottimo ☺	Eccellente ☺☺
Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alle sue necessità di aggiornamento?	0%	0%	18.75%	75%	6.25%
Come valuta la qualità educativa di questo programma ECM?	0%	0%	0%	25%	75%
Come valuta l' utilità di questo evento per la sua formazione/aggiornamento?	0%	0%	0%	81.25%	18.75%
VALUTAZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE	Scarsa ☹	Sufficiente ☺	Buona ☺	Ottimo ☺	Eccellente ☺☺
Chiarezza delle informazioni logistiche ("Quando", "Dove" e "Come")	0%	0%	12.5%	62.5%	25%
Qualità degli spazi dedicati alla formazione (sale)	0%	0%	18.75%	75%	6.25%
Funzionalità ed efficacia delle esercitazioni pratiche	0%	0%	0%	0%	100%
VALUTAZIONE SCIENTIFICO-DIDATTICA	Scarso ☹	Sufficiente ☺	Buono ☺	Ottimo ☺	Eccellente ☺☺
Interesse generale per la materia	0%	0%	62.5%	37.5%	0%
Giudizio sulla metodologia formativa	0%	0%	0%	0%	100%
Livello di interattività del corso	0%	0%	0%	0%	100%
Adeguatezza del corso alle aspettative	0%	0%	0%	31.25%	68.75%
Applicabilità dei contenuti trattati alla pratica quotidiana	0%	0%	0%	25%	75%
Gestione dei tempi del programma	18.75%	25%	43.75%	12.5%	0%
VALUTAZIONE COMPLESSIVA DELL'EVENTO	Scarso ☹	Sufficiente ☺	Buono ☺	Ottimo ☺	Eccellente ☺☺
In sintesi:	0%	0%	0%	25%	75%
CONSIGLIEREBBE IL CORSO AD ALTRI MMG?	SI 100%		NO 0%		
RITIENE CHE IL CORSO ABBA MODIFICATO IL SUO ATTEGGIAMENTO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO NELLA GESTIONE DELLA MALATTIA DIABETICA?	SI 100%		NO 0%		
Suggerimenti e/o note particolari:					
<ul style="list-style-type: none"> • Consiglio di organizzare il prossimo corso in 3 giornate per avere più tempo a disposizione 37.5% 					

l'atteggiamento clinico riguardo alla gestione della malattia diabetica da parte del MMG.

Abbiamo volutamente scelto un piccolo numero di discendenti per assicurare un'ottimale realizzazione della parti pratiche (soprattutto riguardo all'accesso in sala operatoria). Dopo il 1° corso le richieste del MMG di partecipazione hanno superato le aspettative (19 richieste per il 2° corso -2010-) e quindi con il Direttore Sanitario del Distretto e il Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero "Villa Scassi" abbiamo deciso di istituire per tutti i MMG del Distretto un calendario per i prossimi anni in modo tale che tutti i MMG che volessero partecipare al corso residenziale avessero la possibilità di farlo.

Probabilmente per il futuro, per una migliore gestione dei tempi, è auspicabile realizzare il corso in 3 giornate anziché 2.

La nostra ambizione è quella di realizzare un Gruppo di Lavoro Multiprofessionale (G.L.A.M.) a cui partecipino gli Specialisti Ospedalieri delle varie specialità coinvolte nel progetto, i professionisti del territorio (MMG, PLS, altri), la Direzione Sanitaria Ospedaliera, la Direzione Sanitaria del Distretto. Qualunque operatore coinvolto nel team non può essere vissuto ed utilizzato come consulente di altri operatori ma è piuttosto necessario un coinvolgimento in prima persona e diretto per il suo specifico ruolo e profilo di cura.

La ratificazione del G.L.A.M., inteso come squadra che ha condiviso il risultato da raggiungere ed esprime al suo interno

tutte le competenze e risorse necessarie per ottenere un buon risultato in Sanità, assicurerebbe: 1. un maggiore equilibrio nelle raccomandazioni cliniche, 2. una valutazione multidimensionale degli ostacoli 3. una condivisione di tutti i nodi decisionali del PDTA, 3. una migliore integrazione Ospedale-Territorio^(4, 5, 6, 7).

Obiettivo primario auspicabile è, dunque, quello di mettere in pratica il chronic care model attraverso una Clinical Governance in Diabetologia efficace ed efficiente.

Conflitto di interesse nessuno.

BIBLIOGRAFIA

1. Progetto IGEA: Integrazione, Gestione e Assistenza per la malattia diabetica. Istituto Superiore Sanità 2010 www.epicentro.iss.it/igea/farmaci.asp
2. Piano Sanitario Nazionale 2009-2011 www.ministerosalute.it
3. Studio Quadri: Qualità dell'Assistenza alle persone Diabetiche nelle Regioni Italiane 2004. Istituto Superiore Sanità 2007 Rapporti ISTISAN 07/10 www.epicentro.iss.it/igea/pdf/Istisan_Quadri.pdf www.epicentro.iss.it/quadri/pag/regioni/liguria.htm
4. Making Clinical Governance work. BMJ 2004; 329:679-82
5. Buetow SA et al. Clinical Governance. Qual Health Care 1999; 8:184-190
6. Cartabellotta A et al. Clinical Governance Tools & Skills. Sole 24 ore Sanità & Management Novembre 2002, pag 16-23
7. Rida Y.M. Elkheir. Health needs assessment: a practical approach. Sudanex J Publ Health 2007; Vol 2(2):81-88 hcna.radcliffe-oxford.com.

Utilizzo del trapianto di cellule staminali autologhe nel trattamento di pazienti affetti da ischemia critica degli arti: risultati dopo 18 mesi



Amatusio M.¹, Cristofaro MR.², Modugno P.¹, Caradonna E.¹, De Filippo C.M.¹, Centritto E.M.¹, Sabusco A.¹, Alessandrini F.¹, Cocco L.², Aiello A.²

piero.modugno@gmail.com;
aantimo@virgilio.it

¹ Dipartimento Malattie Cardiovascolari – Fondazione di Ricerca e Cura Giovanni Palo II – 86100 Campobasso; ² UCSC Diabetologia-Endocrinologia- ASREM – Presidio Ospedaliero Campobasso

Parole chiave: cellule staminali, trapianto di midollo osseo, ischemia critica degli arti

Key words: stem cell, bone marrow transplant, critical limb ischemia

Riassunto

Scopo: valutare l'efficacia del trapianto di cellule staminali autologhe nei pazienti affetti da CLI non rivascularizzabile.

Materiali e metodi: Abbiamo arruolato 17 pazienti con CLI non rivascularizzabile da settembre 2008 a maggio 2009. Gruppo A(7

pazienti): cellule staminali derivate dal midollo osseo e trattate con la tecnologia Harvest (SmartPreP2 Harvest BMAC™ Technologies Corporation) sono state impiantate nell'arto ischemico. Gruppo B (10 pazienti): infusione di prostanoidi. Entrambi i gruppi sono stati sottoposti a: determinazione dell'Ankle Brachial Index (ABI) e Ossimetria transcutanea (TcpO2) a 1,3,6,12,18 mesi; Angiografia o MRI e rilevazione dei parametri clinici a 6,12 e 24 mesi.

Risultati: A 18 mesi, quasi tutti i pazienti del Gruppo A hanno evitato l'amputazione con un incremento dell'ABI e della TcpO2. Il dolore a riposo e la necessità di terapia antalgica sono ridotti o scomparsi, come le lesioni periferiche, con conseguente miglioramento della qualità di vita. Pochi hanno subito una minima necrosectomia e solo un paziente ha necessitato di un'amputazione maggiore. Il gruppo B ha mostrato un miglioramento precoce di condizioni cliniche, ABI e TcpO2 (30 giorni) e un successivo peggioramento. Tre pazienti del Gruppo B hanno necessitato di un'amputazione maggiore e due sono deceduti. Nessun paziente del gruppo A è deceduto né ha necessitato di un'amputazione maggiore. Un paziente trattato con angioplastica dell'arto sinistro per CLI e trapianto di cellule staminali a destra, ha subito l'amputazione dell'arto sinistro. Nessun paziente ha sviluppato un sarcoma.

Conclusioni: L'utilizzo di cellule staminali autologhe derivate dal midollo osseo sembra essere una valida opzione terapeutica in pazienti selezionati con CLI non rivascularizzabile. Abbiamo osservato salvataggio dell'arto ed un persistente miglioramento dopo 18 mesi di ABI, TcpO2 e condizioni cliniche.

Summary

Purpose: To evaluate the efficacy of autologous stem cell transplantation in patients with CLI and no treatment options.

Materials and methods: We enrolled 17 patients with not revascularizable CLI from September 2008 to May 2009. Group A(7 patients): stem cells from bone marrow and processed with Harvest Technology (SmartPreP2 Harvest BMAC™ Technologies Corporation) were implanted in the ischemic limb. Group B (10 patients): infusion of prostanoids. We evaluated in both: Ankle Brachial Index (ABI) and transcutaneous oximetry (TcpO2) at 1,3,6,12 & 18 months; Angiography or MRI detection and clinical parameters of 6,12 and 24 months.

Results: At 18 months, almost all patients in Group A were able to avoid amputation; there was an increase of ABI and TcpO2. Rest pain and the need for analgesic therapy were reduced or disappeared, such as peripheral lesions, resulting in improved quality of life. Few of them underwent minimal necrosectomy and only one patient required amputation. Patients in Group B showed an early improvement of clinical conditions, ABI and TcpO2 (30 days) and a subsequent worsening. Three patients of Group B required amputation and two more passed away. In Group A no patient died or needed major amputation. One patient treated with angioplasty of the left limb for CLI and stem cell transplantation at right limb, underwent amputation of left limb. No patient developed a sarcoma.

Conclusions: Use of autologous stem cells derived from bone marrow seems to be a good therapeutic option in selected patients with not revascularizable CLI. After 18 months, limb salvage and sustained improvement of ABI, TcpO2 and clinical conditions were noted.

Introduzione

L'ischemia critica degli arti inferiori rappresenta una grave e debilitante patologia, con un elevato impatto sociale; espone il paziente al rischio di amputazione, intervento demolitivo con importanti sequele psico-fisiche sul paziente ed un elevato costo sociale infatti solo il 32% dei pazienti trattati con amputazione maggiore ad un anno dall'intervento riuscirà ad utilizzare una protesi per camminare.

Colpisce, con un'incidenza di circa 150.000 casi/anno (TASC), persone che presentano un'età avanzata e numerose co-morbidità: diabete, insufficienza renale conica, ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica ed insufficienza cerebrovascolare. Solo il 50% dei pazienti con ischemia critica sopravvive, il 25% muore ad un anno mentre il restante 25%