

## La Clinical Governance del diabete in ospedale



A. Maffettone<sup>1</sup>, M. Rinaldi<sup>2</sup>, L. Ussano<sup>1</sup>  
adamaff@hotmail.com

<sup>1</sup> Medicina ad Indirizzo Cardiovascolare e Dismetabolico; <sup>2</sup> UOD Metabolica – AO Ospedali dei Colli, Plesso Monaldi, Napoli

**Parole chiave:** Diabete, Clinical Governance, Piano Nazionale diabete, Percorsi integrati  
**Key words:** Diabetes, Clinical Governance, National Health Diabetes Plan, Integrated Pathways

Il Giornale di AMD, 2014;17:63-68

### Riassunto

Secondo l'International Diabetes Federation (IDF) le persone affette da diabete nel mondo sono 371 milioni (prevalenza dell'8,3%). In Italia i dati dell'Osservatorio Arno 2011 indicano una prevalenza del diabete del 5,8%. Tali dati allarmanti mal si coniugano con la attuale crisi economica mondiale. In Italia dal 2010 si assiste ad un sempre maggiore divario tra le previsioni di spesa e quelle di finanziamento pubblico. Nell'ambito dei fattori che contribuiscono ai costi sanitari diretti per il diabete, circa il 50% è dovuto all'ospedalizzazione. Il Parlamento Europeo, con la risoluzione del 14 marzo 2012, ha invitato la Commissione Europea e i Paesi membri dell'Unione a sviluppare ed implementare una vera e propria "Strategy" per affrontare l'epidemia diabete e per arginarne i costi elevati. In tale documento viene enfatizzato il ruolo di un'adeguata organizzazione dell'assistenza sanitaria che segua i principi della Clinical Governance (CG). Essa è stata introdotta nel Regno Unito nel 1997 con la riforma sanitaria del governo laburista, sviluppandosi quale sistema di integrazione degli aspetti di gestione clinica e di quella manageriale. La CG è una struttura organizzativa che favorisce il miglioramento della qualità mediante l'eccellenza delle cure cliniche, l'impiego appropriato delle risorse, con l'integrazione tra la visione clinica e quella manageriale della qualità. Scopo di tale lavoro è stato applicare i concetti di CG immaginando i percorsi organizzativi del paziente diabetico durante il ricovero ospedaliero; l'utilizzo di tali strategie nella pratica quotidiana determinerebbe la razionalizzazione dell'offerta e l'appropriatezza delle prestazioni perseguendo il concetto di qualità delle cure e prestazioni sanitarie propri della CG.

### Summary

According to the International Diabetes Federation (IDF) people with diabetes in the world are 371 million (prevalence of 8,3%). In Italy, data from the 2011 Arno Observatory show a prevalence of diabetes of 5.8%. These alarming data are in trend with the current global economic crisis. In Italy the difference between the estimates of expenditure and the financing is increasing since 2010. Approximately 50% of diabetes' direct medical costs are due to hospitalization. The European Parliament, in its resolution of March 14, 2012 invited the European Commission and the EU member states to develop and implement a real "Strategy" for the diabetes epidemic and to contain this disease's high costs. The resolution emphasized the role of

adequate health care organization following the Clinical Governance' (CG) principles. CG was introduced in the UK in 1997 with the Labour party health care reform as a system of integration of clinical and managerial management. The CG is an organizational structure promoting the improvement of the quality of clinical care through excellence, the proper use of resources, with the integration between the clinical and managerial vision of quality. Aim of this paper was the application of CG's concepts for in-hospital diabetic patients through the organization of clinical pathways; the use of these strategies in everyday practice would lead to the funds' rationalization and to the appropriateness of our work focusing on the health care services' quality, concepts typical of CG.

L'American Diabetes Association nel suo ultimo rapporto<sup>(1)</sup> indica che negli Stati Uniti sono 26 i milioni di individui affetti da diabete (e ulteriori 79 milioni a forte rischio di svilupparlo). La spesa sanitaria e sociale generata nel 2012 è stata di 245 miliardi di dollari (+41% negli ultimi 5 anni). In Europa ci sono oltre 55 milioni di diabetici; la prevalenza nel 2012 è dell'8,4%, ma si prevede che al 2030 salirà al 9,5% (64,2 milioni). Le analisi dell'IDF stimano un aumento della prevalenza in tutte le macro-regioni geografiche, anche nei paesi emergenti: 4 persone affette da diabete su 5 vivono, infatti, in paesi a medio - basso reddito<sup>(2)</sup>. In Italia i dati raccolti dall'Osservatorio Arno 2011 per il 2010 indicano una prevalenza del diabete pari al 5,8% (da cui si può stimare un numero di diabetici pari a 3,5 milioni). Tali numeri sono destinati ad aumentare, tanto che la previsione del tasso di crescita per tale patologia per gli anni 2010-2030 si attesta, per l'Italia, nell'ordine dello 0.7-1%<sup>(3)</sup>. La distribuzione di tale patologia è differente nelle varie regioni italiane: si passa dal 7.7% in Abruzzo al 3.2% della Provincia Autonoma di Bolzano<sup>(4)</sup>. Tali dati allarmanti, si accompagnano alla attuale crisi economica mondiale ed italiana in particolare. Infatti, dal 2010 il divario tra le previsioni di spesa e quelle di finanziamento si allarga sempre più (Figura 1)<sup>(5)</sup>. Si stima che la spesa per l'assistenza sanitaria al diabete ammonti a circa il 10% del fondo sanitario ed essa è destinata ad aumentare sia per l'introduzione di nuove terapie che per l'accresciuto numero di pazienti. Negli anni 2000 il consumo dei farmaci

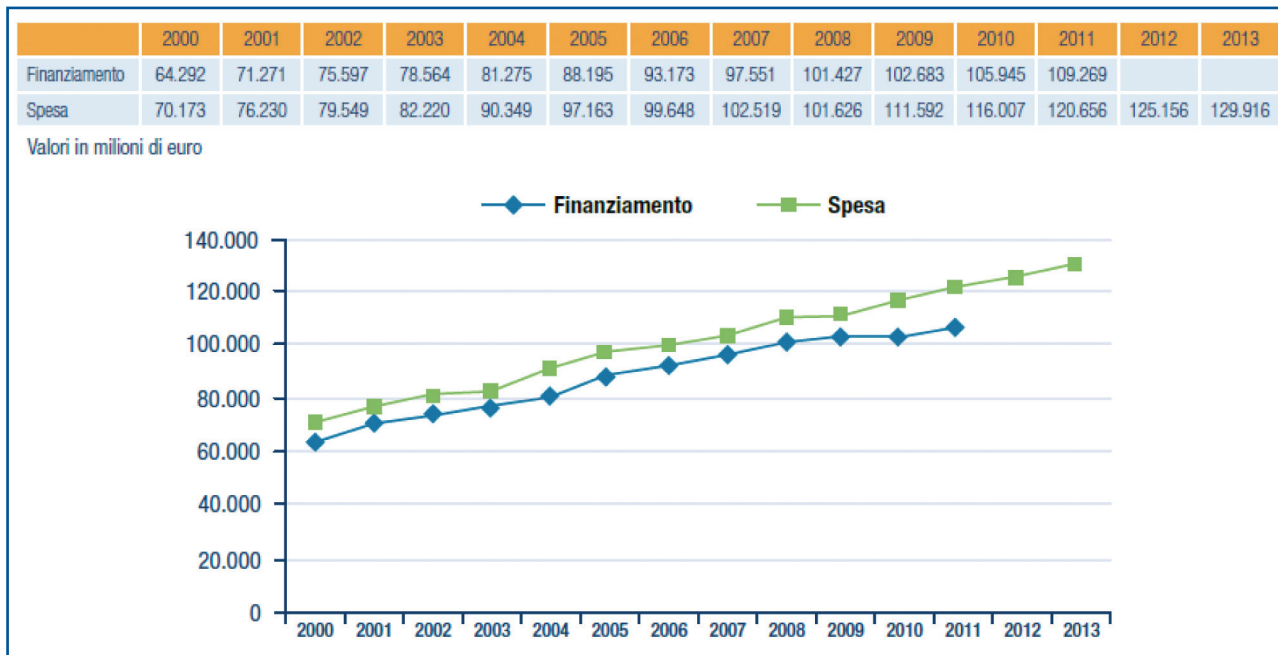


Figura 1. Trend di finanziamento e spesa del SSN, anni 2000-2013. Ministero dell'Economia e delle Finanze. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese, 2010 <http://www.mef.gov.it/doc-finanza-pubblica/rgse/>.

per il diabete è cresciuto mediamente il 5% all'anno<sup>(5)</sup>. Il diabete è, quindi, una malattia molto costosa. Essa presenta costi sociali (circa 8% della spesa del Sistema Sanitario Nazionale pari a circa € 8,25 miliardi/anno; € 2.750 per paziente/anno), ma anche costi individuali (spesa personale non coperta dal SSN) costi diretti (cura della malattia e delle sue complicanze acute e croniche) costi indiretti tangibili (assenza dal lavoro con mancato guadagno, impegno dei familiari, ecc.) costi indiretti intangibili o morali (disabilità, qualità e quantità di vita). Nell'ambito dei fattori che contribuiscono ai costi sanitari diretti, circa il 50% è dovuto all'ospedalizzazione, mentre solo il 6% si può ascrivere all'uso di farmaci<sup>(6)</sup>. In un'interessante iniziativa promossa dal Club Diabete Sicili@, si è provato ad effettuare una proiezione (al 2025) dei benefici associati a una riduzione dello 0,5% dei valori dell'HbA1c, di 3 mm Hg della Pressione Arteriosa Sistemica e di 25 mg/dl del colesterolo LDL. Ciò determinerebbe una riduzione del numero degli infarti del miocardio del 17%, di quelli dell'ictus del 15% ed una riduzione del tasso di mortalità (per 10.000) del 15% (Figura 2a e 2b). Si riuscirebbe a risparmiare ben 3323 milioni di euro (Tabella 1)! Il Parlamento Europeo, con la risoluzione del 14 marzo 2012, ha invitato la Commissione Europea e i Paesi membri dell'Unione a sviluppare ed implementare una vera e propria "EU Diabetes Strategy" per affrontare l'epidemia diabete e per arginarne i costi elevati. Nei vari punti della risoluzione gli stati membri sono stati invitati a sviluppare, attuare e monitorare piani nazionali sul diabete che prevedano programmi per la gestione della malattia basati su prassi di eccellenza, secondo i quali i pazienti vengano affida-

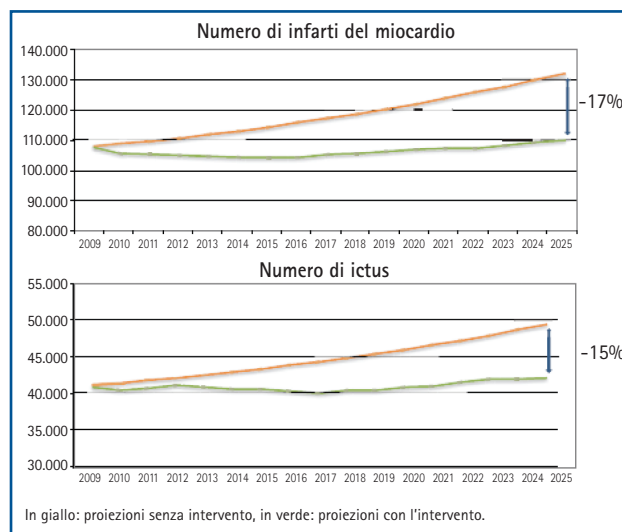


Figura 2a. Predizione dei benefici a lungo termine: riduzione del 17% numero infarti del miocardio e 15% ictus cerebrali. Club Diabete Sicili@.

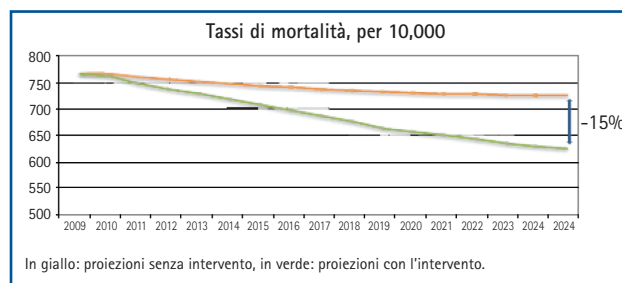


Figura 2b. Predizione dei benefici a lungo termine: riduzione del 15% tasso mortalità per 10.000 abitanti. Club Diabete Sicili@.

**Tabella 1.** Proiezione al 2025 dei benefici associati a una riduzione dello 0,5% dell'HbA1c, di 3 mmHg della PAS e di 25 mg/dl del colesterolo ldl. Risparmio di 1,5 milioni di anni di vita e oltre 3 miliardi di euro. FONTE Club Diabete Sicili@.

Risultati	2009-2025
Anni di vita salvati	1.466.356
Aumento vita media	0,80
Riduzione mortalità per 10.000	102
Milioni € risparmiati	3.323
Anni guadagnati senza insufficienza renale terminale	65.752
Anni guadagnati senza amputazione	4.190
Anni guadagnati senza infarto del miocardio	203.203
Anni guadagnati senza ictus	64.422
Anni guadagnati senza cecità	26.422

ti costantemente a team interdisciplinari qualificati. Nel febbraio 2013 è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il Piano Nazionale del Diabete (PND)<sup>(7)</sup>. Esso è nato dall'esigenza di sistematizzare a livello nazionale tutte le attività nel campo della malattia diabetica al fine di rendere più omogenei i processi diagnostico-terapeutico assistenziali. Il PND definisce 10 obiettivi generali, declinati in obiettivi specifici e linee di indirizzo prioritarie. Viene anche enfatizzato il ruolo di un'adeguata organizzazione dell'assistenza sanitaria che, in base ai principi della *Clinical Governance*, tenga in considerazione:

- la condivisione delle informazioni
- il ruolo di ogni attore coinvolto
- la capacità di gestione da parte dell'organizzazione complessiva
- la ricerca di percorsi organizzativi che diminuiscano il più possibile l'incidenza di eventi acuti o di complicanze invalidanti

Il diabete, quindi, viene considerato patologia complessa e ad alta penetranza nella società moderna, anche se tali linee di indirizzo contrastano con l'attuale situazione economica mondiale e, in Italia, con il regime di rientro della spesa sanitaria previsto per alcune regioni italiane. Al giorno d'oggi assistiamo al paradosso della Medicina moderna così come espresso da Kane nel 2005<sup>(8,9)</sup>, e cioè: "We are still practicing acute care medicine in a world of chronic disease", stiamo, cioè, ancora praticando terapie mediche acute in un mondo di malattie croniche. Le risorse attualmente disponibili per l'assistenza medica, infatti, sono tutte indirizzate verso interventi per malattie acute. Contemporaneamente gli operatori sanitari assistono all'aumentato rischio di vedere ridotti i finanziamenti per le malattie croniche quali il diabete; esse infatti sono poco vantaggiose dal punto di vista economico, di difficile gestione, costose, destinate a peggiorare nel tempo.

Analizzando i dati pubblicati da Nardi et al. nel 2005, il diabete si presenta come seconda (5.2%) o terza (4.2%) comorbidità nei reparti di Medicina Interna degli ospedali italiani<sup>(10)</sup>. È risaputo che il rischio di ricovero in ospedale per specifiche cause per soggetti con diabete rispetto a soggetti di pari età e sesso, ma senza diabete è doppio in caso di infarto del miocardio e patologie cardiovascolari in genere, ma è di circa 8 volte maggiore in caso di amputazioni<sup>(11)</sup>.

In definitiva il paziente diabetico è, quindi, un paziente complesso: il diabete è una patologia multi organo che, inevitabilmente, nel corso della sua evoluzione va incontro a complicanze, spesso invalidanti. Numerosi sono gli organi e, di conseguenza, gli specialisti coinvolti nella cura di tale patologia che rappresenta, quindi, una sfida per i sistemi sanitari dei vari paesi occidentali. A tale scopo, il PND 2013 definisce 10 obiettivi generali, declinati in obiettivi specifici e linee di indirizzo prioritarie:

1. Migliorare la capacità del SSN nell'erogare e monitorare i Servizi, attraverso l'attuazione di strategie che perseguano la razionalizzazione dell'offerta con metodologie di lavoro basate soprattutto sull'appropriatezza delle prestazioni
2. Prevenire o ritardare l'insorgenza della malattia attraverso l'adozione di idonei stili di vita; identificare precocemente le persone a rischio e quelle con diabete
3. Aumentare le conoscenze circa la prevenzione, la diagnosi il trattamento e l'assistenza, conseguendo, attraverso il sostegno alla ricerca, progressi di cura, riducendo le complicanze e la morte prematura.
4. Rendere omogenea l'assistenza, prestando particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di fragilità e/o vulnerabilità socio-sanitaria
5. Nelle donne diabetiche in gravidanza raggiungere outcome materni e del bambino equivalenti a quelli delle donne non diabetiche; promuovere iniziative finalizzate alla diagnosi precoce nelle donne a rischio; assicurare la diagnosi e l'assistenza alle donne con diabete gestazionale
6. Migliorare la qualità della vita e della cura e la piena integrazione sociale per le persone con diabete in età evolutiva
7. Organizzare e realizzare le attività di rilevazione epidemiologica finalizzate alla programmazione e al miglioramento dell'assistenza
8. Aumentare e diffondere le competenze tra gli operatori della rete assistenziale favorendo lo scambio continuo di informazioni
9. Promuovere l'appropriatezza nell'uso delle tecnologie
10. Favorire varie forme di partecipazione, in particolare attraverso il coinvolgimento di Associazioni riconosciute di persone con diabete, sviluppando l'empowerment delle persone con diabete e delle comunità.

In definitiva, per una patologia complessa come il diabete, è necessario che si realizzi un sistema di gestione dell'assistenza sanitaria che sia in grado di dirigere e controllare, attraverso attività coordinate e in maniera stabile, l'insieme di tutti questi elementi reciprocamente correlati, orientandoli verso un miglioramento della qualità.

Negli ultimi anni in gran parte dei sistemi sanitari occidentali, Italia compresa, la pressione- a volte ossessiva- sul contenimento della spesa ha prodotto una netta separazione tra la gestione economico-organizzativa (riconducibile alla Direzione Generale di qualsiasi Azienda Sanitaria) e quella clinica affidata alla comunità dei professionisti sanitari. Si è venuto a creare, infatti, un netto distacco tra la gestione economica (riconducibile alla Direzione Generale di qualsiasi Azienda Sanitaria) e quella clinica affidata alla comunità dei professionisti sanitari. Oltre a ciò si è determinato anche un netto distacco tra i momenti di controllo della performance economica e di quella clinica; i sistemi di programmazione delle aziende del SSN, i cui scopi sarebbero quelli di tradurre le scelte del Piano Sanitario Regionale in obiettivi di performance economica e di esiti clinici, hanno assunto una connotazione top-down, considerando come maggiormente importanti gli obiettivi economici che quelli di attività clinica e di outcome sociali. L'eccessiva enfasi sui criteri economici e di efficienza, inoltre, ha promosso pratiche manageriali fondate sul controllo di gestione erodendo le condizioni organizzative del singolo contesto, necessarie al miglioramento delle pratiche cliniche appropriate. In tale scenario, la *Clinical Governance* si è sviluppata quale sistema di integrazione degli aspetti di gestione clinica e di quella manageriale. Il verbo greco κυβερνάω (guidare una nave o un carro) fu utilizzato per la prima volta da Platone per designare il modo di governare gli uomini. La parola inglese *governance* è stata ripresa nel 1990 da economisti e politologi anglosassoni e da alcune Istituzioni Internazionali per designare "l'arte o la maniera di governare". La parola *governance* in lingua italiana è intraducibile. Dovendo dare una definizione italiana al concetto *governance* dovremmo dire: la *governance* è un'arte o un modo di gestire la Pubblica Amministrazione che è alla base della multidisciplinarietà e si basa su come vengono fatte le cose. Con *Clinical* in lingua inglese si intende l'ambiente sanitario a differenza di clinico, che in lingua italiana è invece riferito all'applicazione della diagnostica e della terapia. Il significato concettuale di *Clinical Governance* è quindi l'utilizzo di una **modalità di gestione in ambiente sanitario fondata su un nuovo modello di come fare le cose** basato su alcuni aspetti fondamentali: la responsabilità, la trasparenza, il coinvolgimento e la partecipazione, l'etica e il valore del lavoro. Il concetto di *Clinical Governance* (CG) è stato introdotto nel Regno Unito nel 1997 con la riforma sanitaria del governo laburista; il documento *A First Class Service*<sup>(12)</sup> metteva in primo piano, infatti, il tema dell'as-



Figura 3. L'albero della Clinical Governance. Fonte: W. Ricciardi, 2005.

sistenza sanitaria come dovere delle Aziende e responsabilità primaria dei professionisti, rispetto alla precedente organizzazione che aveva introdotto il concetto di *budget*, finalizzando l'attività sanitaria al risparmio delle risorse. La CG è, quindi, una struttura organizzativa che favorisce il miglioramento della qualità creando il clima adatto per l'eccellenza delle cure cliniche, per l'impiego appropriato delle risorse, per l'integrazione tra la visione clinica e quella manageriale della qualità<sup>(13)</sup>. La visione sistemica della CG, come realizzata nel Regno Unito, può essere espressa con la metafora dell'albero (Figura 3)<sup>(14)</sup>. L'albero è costituito da rami che rappresentano le componenti del sistema di CG, ovvero gli strumenti per la gestione clinica delle strutture sanitarie. Le radici dell'albero sono rappresentate dalla disponibilità dei manager alla gestione delle risorse e dei servizi, dalla cultura dell'apprendimento continuo, dai risultati della ricerca e sviluppo, dall'affidabilità dei dati e delle informazioni che consentono di prendere decisioni basate sulle evidenze e non sulle singole opinioni. Tali radici necessitano di essere continuamente alimentate in un tessuto organizzativo vitale. Dalle radici si risale lungo il tronco dell'albero sino ai rami, alimentando continuamente con nuova linfa le componenti (gli strumenti) della Clinical Governance. Anche il tronco svolge una funzione importante mediante il coordinamento clinico e la forza di integrazione della cultura organizzativa.

Il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) hanno predisposto, a partire dal 2006, il progetto IGEA<sup>(15)</sup>. In tale progetto il diabete mellito rappresenta una sorta di modello paradigmatico delle malattie croniche che oggi rappresentano una sfida per i servizi sanitari dei Paesi occidentali. Obiettivo principale è ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici, mettendo il paziente e non il sistema al centro dell'organizzazione assistenziale del diabete. Il progetto IGEA rappresenta uno scenario permanente che impegna a diverso titolo

lo Stato, le Regioni e le Aziende sanitarie. Sue caratteristiche fondamentali sono: l'origine dalla Conferenza Stato-Regione del 2005, il collegamento con il Piano Nazionale di Prevenzione, l'impegno pluriennale sottoscritto da tutte le Regioni italiane, il garantire interventi efficaci per la totalità dei diabetici.

Suoi obiettivi principali sono:

- attuare gli interventi secondo i principi della medicina basata sulle prove (EBM)
- assicurare la possibilità di misurare sia la qualità delle cure che il miglioramento degli esiti
- assicurare la possibilità di attivare gradualmente un modello di assistenza su tutto il territorio nazionale, tenendo conto delle diverse realtà territoriali, ma garantendo comunque uniformità negli interventi.

In definitiva il modello di gestione integrata del diabete, così come espresso dal progetto IGEA, non è altro che espressione dei concetti propri della CG.

Nell'ambito di tale gestione integrata, un ruolo fondamentale viene svolto dall'**ospedale**, inteso come sistema integrato con le cure primarie. L'ospedale ha come ruolo precipuo la gestione delle acuzie, anche se nel corso degli anni si è delineata una funzione più ampia che ha dato spazio alla crescita di un'offerta a volte anche inappropriata. L'assistenza ospedaliera va innanzitutto vista come un continuum con l'assistenza territoriale. L'arrivo del paziente cronico in ospedale viene determinato da vari possibili scenari: o dalla naturale evoluzione della malattia, o dal non aver trovato sul territorio idonee risposte o, ancora, dall'essere sfuggiti alla rete di assistenza perché in fase di scompenso acuto che ne ha imposto il ricovero. Il paziente diabetico che arriva in ospedale è, generalmente, un paziente fragile. Egli necessita di gestione multidisciplinare, percorsi integrati di cura, una dimissione "protetta" il più possibile, cioè in contatto col servizio di diabetologia di riferimento ed il Medico di Medicina Generale per la presa in carico.

Oltre alle attività di ricovero programmato, il "percorso" intra ospedaliero comincia dalle "porte" del sistema-ospedale: quella del Pronto Soccorso (PS) e quella d'uscita, cioè la dimissione del paziente ed il suo ritorno al territorio. Per quanto riguarda il PS (ed il collegato sistema di emergenza-urgenza 118), esso può rivelarsi molto importante per la percentuale di pazienti che frequentemente vi si presentano senza che questo dia origine ad un ricovero. I pazienti in questa fase andrebbero "agganciati" al sistema e dimessi attivamente dal PS nel territorio. Il paziente che dal PS viene ospedalizzato segue, invece, un Profilo Assistenziale in varie tappe quali l'approfondimento diagnostico, l'arrivo nel reparto di degenza, l'iter assistenziale successivo (la presa in carico, la valutazione, la definizione e la gestione del piano di cura personalizzato). A livello ospedaliero è fondamentale la costruzione di percorsi assistenziali (PA) integrati intra-ospedalieri rivolti a pazienti cronici ricoverati per cause non direttamente connesse alla loro patologia cronica (ad esempio, il ricovero di un paziente con diabete mellito in chirurgia

o in ortopedia, etc). È in questa area che bisogna applicare i concetti propri della Clinical Governance quali il miglioramento dell'efficacia, dell'efficienza e della qualità di vita dei pazienti. Inoltre non bisogna sottovalutare che il ricovero per il diabetico può rappresentare un momento educativo importante; infatti l'educazione del paziente (il momento di crisi determinato dal ricovero è sempre un momento nel quale il paziente è potenzialmente più ricettivo), la pianificazione e la gestione della dimissione sono tappe irrinunciabili del ricovero del paziente diabetico. La pianificazione della dimissione è un momento sul quale bisogna iniziare a lavorare già nei primissimi giorni di degenza perché bisogna costruire e concordare per tempo la "dimissione attiva" del paziente all'interno della rete territoriale. In alcune realtà regionali si è effettuata la sperimentazione della "dimissione facilitata" dei pazienti cronici attraverso specifiche figure (care-manager) che fungono da raccordo tra l'ospedale ed il territorio.

Abbiamo qui di seguito immaginato quali siano le modalità di ricovero ospedaliero per il paziente diabetico nelle quali applicare i principi ed i metodi della Clinical Governance:

- 1) diabetico in pronto soccorso
- 2) diabetico critico in area medica e chirurgica
- 3) diabetico in reparto di degenza
- 4) percorso pre-operatorio di "elezione"
- 5) diabetica gravida
- 6) organizzazione di consulenza del team diabetologico per l'educazione del paziente.

Tali percorsi intra ospedalieri sono quelli che andrebbero implementati e, se necessario, istituiti su tutto il territorio nazionale, per il paziente affetto da diabete:

1. Paziente diabetico in pronto soccorso
  - gestione delle urgenze iper/ipoglicemiche secondo Linee Guida e protocolli condivisi
  - Percorsi Assistenziali integrati per la presa in carico attraverso integrazione col servizio di diabetologia di riferimento
2. Paziente critico in area medica e chirurgica
  - protocolli per le urgenze iper/ipoglicemiche e relativa gestione infermieristica
  - formazione del personale
  - dimissione protetta
3. Diabetico in reparto di degenza
  - corretta gestione della terapia insulinica e del monitoraggio glicemico
  - gestione del tipo di alimentazione (artificiale e non)
  - dimissione protetta
4. Percorso pre-operatorio di "elezione"
  - valutazione specialistica in un PA strutturato ambulatoriale
  - gestione dell'evento chirurgico (protocolli per la terapia insulinica intensiva)
  - dimissione protetta

5. Diabetica gravida
  - gestione del parto con apposito PA integrato tra i vari professionisti
6. Organizzazione di consulenza del team diabetologico per l'educazione del paziente
  - autogestione terapia insulinica, autocontrollo domiciliare, terapia nutrizionale
  - presa in carico pre-dimissione da parte del Servizio di Diabetologia territoriale di riferimento (PA integrato)

In sintesi, nella malattia diabetica l'impatto sociale, quello economico e quello sanitario impongono la ricerca di percorsi organizzativi in grado di minimizzare il più possibile l'incidenza degli eventi acuti o delle complicanze invalidanti che comportano costi elevatissimi, diretti ed indiretti<sup>(16)</sup>. Attualmente *avremmo* gli strumenti per poterlo fare con la Clinical Governance. L'implementazione della Clinical Governance, però, richiede un approccio organico con un notevole impiego di risorse in un lungo orizzonte temporale per meglio formare il personale del SSN e determinare, quindi, un processo di cambiamento radicale nella cultura organizzativa, negli strumenti utilizzati e nelle prassi operative.

In conclusione, l'utilizzo degli strumenti del Governo Clinico appare fondamentale per il miglioramento dei nostri comportamenti e delle nostre prassi quotidiane; esse sempre più in futuro dovranno tendere alla eccellenza della qualità dei servizi erogati ai pazienti, *mission* del Sistema Sanitario Nazionale e, di conseguenza, funzione centrale del sistema del "Governo" stesso. Auguriamoci di poter utilizzare tali strumenti quanto prima così da rendere omogeneo il modello di prevenzione, cura e gestione integrata della malattia diabetica.

**Conflitto di interessi:** nessuno.

## BIBLIOGRAFIA

1. The cost of diabetes, American Diabetes Association, [www.diabetes.org/](http://www.diabetes.org/), March 6, 2013.
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. <http://www.eatlas.idf.org/>.
3. Gruppo di studio Annali AMD. AMD Annals: a model of continuous monitoring and improvement of the quality of diabetes care. *Epidemiol Prev.* 35:18-26, 2011.
4. ISTAT. Annuario statistico italiano. [www3.istat.it/dati/catalogo/20101119\\_00/](http://www3.istat.it/dati/catalogo/20101119_00/), 2010.
5. Bruno G, Picariello R, Petrelli A, Panero F, Costa G, Cavallo-Perin P, Demaria M, Gnani R. Direct costs in diabetic and non diabetic people: the population-based Turin study, Italy. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 22:684-90, 2012.
6. ARNO-Rapporto Diabete, Novembre 2011. [https://osservatorioarno.cineca.org/diabete/doc/Rapporto\\_ARNO\\_Diabete\\_2011.pdf](https://osservatorioarno.cineca.org/diabete/doc/Rapporto_ARNO_Diabete_2011.pdf)
7. [www.salute.gov.it/imgs/C\\_1/primopianoNuovo\\_363\\_documento\\_itemDocumenti](http://www.salute.gov.it/imgs/C_1/primopianoNuovo_363_documento_itemDocumenti).
8. Kane RL. The chronic care paradox. *Aging Soc Policy:*11:107-14, 2000.
9. Kane RL. Changing the face of long-term care. *J Aging Soc Policy:* 17:1-18, 2005.
10. Nardi R, Scanelli G, Tragnone A, Lolli A, Kalfus P, Baldini A, Ghedini T, Bombarda S, Fiadino L, Di Ciommo S. The assessment of complexity in Internal Medicine patients, the FADOI Medicomplex Study, *Eur. J Int Med:* 18:283-287, 2007.
11. De Berardis G, D'Ettore A, Graziano G, Lucisano G, Pellegrini F, Cammarota S, Citarella A, Germinario CA, Lepore V, Menditto E, Nicolosi A, Vitullo F, Nicolucci A; DADA (Diabetes Administrative Data Analysis) Study Group. The burden of hospitalization related to diabetes mellitus: A population-based study. *Nutr Metab Cardiovasc Dis:* Jul. 22: 605-12, 2012.
12. Department of Health. A first class service: Quality in the new NHS. London. HMSO, [webarchive.nationalarchives.gov.uk/](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/), 1998.
13. Scally G, Donaldson LJ. The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ.* 317(7150):61-65, 1998 Jul 4.
14. Fontana F, Ricciardi W. La clinical governance: una prospettiva organizzativa e gestionale. Roma, LUISS University press, 2005.
15. Gestione Integrata del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto. Documento di indirizzo, Aggiornamento 2012. Pensiero Scientifico Ed. Roma 2012. [www.epicentro.iss.it/igea](http://www.epicentro.iss.it/igea).
16. Ministero dell'Economia e delle Finanze. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese, 2010 <http://www.mef.gov.it/doc-finanza-pubblica/rgse/>.

