



3° CONVEGNO NAZIONALE Centro Studi e Ricerche  
Ancona 12-14 ottobre 2006

Tavola rotonda:

# Gli standard italiani per la cura del diabete

*La storia*

*Luca Monge*

*AMDcomunicAzione*



## Il contesto culturale

ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI **AMD** **THESAURUS** L'informazione scientifica in diabetologia clinica **AMD comunicAZIONE**

HOME BOARD & EDITORS REDAZIONE ALTRI SITI AMD RISORSE CONTATTACI HELP

### Argomenti

- ▶ [Complicanze oculari](#)
- ▶ [Nefropatia diabetica](#)
- ▶ [Arteriopatia periferica](#)
- ▶ [Neuropatia diabetica](#)
- ▶ [Piede diabetico](#)
- ▶ [Cardiopatia ischemica](#)
- ▶ [Vasculopatia cerebrale](#)
- ▶ [Diabete in gravidanza](#)
- ▶ [Diabete pediatrico](#)
- ▶ [Educazione](#)
- ▶ [Nutrizione](#)
- ▶ [Laboratorio](#)

### Ricerca

### THESAURUS INCONTRA...

▶ [Il nuovo Thesaurus](#)

**La medicina non è un'opinione:**



ecco su quali basi di evidenza scientifica poggia la TUA terapia.

### News

- ▶ **cardiopatia ischemica**  
25/09/2006  
[Stima del rischio cardiovascolare: l'importanza dell'etnia](#)
- ▶ **educazione**  
22/09/2006  
[Nuove raccomandazioni dell'ADA su attività fisica e diabete di tipo 2](#)
- ▶ **educazione**  
18/09/2006  
[Il sildenafil nella disfunzione sessuale delle donne diabetiche](#)

**Alla ricerca dell'Evidenza: corso sulla ricerca biomedica in Internet**

Sei interessato a partecipare al Corso "Alla ricerca dell'Evidenza: corso sulla ricerca biomedica in Internet" nato dalla collaborazione di AMD con il Consorzio Mario Negri Sud?

**8 crediti ECM!!!**

**THESAURUS**

In collaborazione con il consorzio Mario Negri Sud





## Il contesto politico

Prevenire le  
**MALATTIE CRONICHE**  
un investimento vitale



PARTE QUATTRO. PASSARE ALL'AZIONE. LE TAPPE DEL SUCCESSO

### FASE DI PIANIFICAZIONE 3

Identificare le tappe di attuazione della strategia

Fase di attuazione	Tappe suggerite
<b>FASE 1 BASE</b>	» Produzione di linee guida standard complete per la gestione dei pazienti, da adottare a livello nazionale.
<b>FASE 2 ESTESA</b>	» Adozione delle linee guida cliniche nella pratica quotidiana, anche grazie a promemoria e indicazioni visive, per aiutare gli operatori sanitari a fornire un'assistenza basata su prove di efficacia.
<b>FASE 3 AUSPICABILE</b>	» Riscontro continuo e monitoraggio dell'attuazione delle linee guida cliniche a livello nazionale e locale, dei centri di assistenza e dei singoli operatori sanitari.

#### EROGAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI

Come dimostrato nella terza parte, molti Paesi devono riorganizzare i servizi sanitari, tradizionalmente concentrati soprattutto sulle malattie acute, ridistribuendo le risorse in modo da controllare e prevenire adeguatamente anche le malattie croniche.

#### ADOTTARE LINEE GUIDA BASATE SU PROVE DI EFFICACIA

Per promuovere un'assistenza sanitaria evidence based servono linee guida complete e basate su prove di efficacia. Le linee guida relative ai trattamenti dovrebbero essere approvate a livello nazionale, sostenute dalle società scientifiche e calibrate in base al contesto e alle risorse. Per diffonderne l'utilizzo, le linee guida dovrebbero essere adottate nelle procedure di valutazione e nella redazione di registri clinici e schede dati.



## Il contesto politico

### **Decreto del Ministero della salute sulla costituzione del Sistema nazionale linee-guida (decreto ministeriale del 30 giugno 2004).**

Il Ministero della salute ha disposto che, per attuare un maggior coordinamento delle istituzioni che a livello centrale concorrono a sviluppare un Sistema nazionale delle linee-guida, sia costituito da:

- **Comitato strategico, presso la Direzione generale della programmazione sanitaria, che resta in carica dal 2004 al 2006 con il compito di promuovere l'elaborazione delle linee-guida, verificare le modalità di finanziamento e promuovere le attività di comunicazione;**
- **Comitato organizzativo del sistema nazionale delle linee-guida**, presso l'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR), in carica dal 2004 al 2006. Supporta il Comitato strategico, opera una ricognizione delle attività in corso, elabora programmi di fattibilità che prevedono obiettivi e azioni da compiere e **recepisce le linee-guida dai Gruppi di lavoro nazionali**
- **Gruppi di lavoro nazionali**, costituiti presso il Ministero della salute, l'ASSR e l'Istituto superiori di sanità (ISS), ma che possono essere attivati presso l'IRCCS, le Regioni, altri enti pubblici sulla base delle indicazioni del comitato organizzativo. Sono composti da **esperti del settore, con particolare riferimento alle società scientifiche di settore**. Dovranno elaborare linee-guida e inviarle al Comitato organizzativo sulla base della letteratura scientifica e sulla loro esperienza, dopo avere vagliato le osservazioni dei medici, dei manager sanitari, degli esperti regionali e delle associazioni dei pazienti.



## L'assistenza diabetologica





## L'assistenza diabetologica

Allegato 2



**Ministero della Salute**



*Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie*

Intesa Stato Regioni Province Autonome del 23 Marzo 2005

### **Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007: linee operative per la pianificazione regionale**

Indice

1. Sorveglianza e prevenzione dell'obesità	pag. 2
2. Prevenzione delle recidive nei soggetti che già hanno avuto accidenti cardiovascolari	pag. 4
3. Sorveglianza e prevenzione degli incidenti stradali	pag. 7
4. Sorveglianza e prevenzione degli infortuni nei luoghi di lavoro	pag. 12
5. Sorveglianza e prevenzione degli incidenti domestici	pag. 19
Allegato: Strategia di intervento per la prevenzione dell'obesità	pag. 25



*Ministero della Salute*



*Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie*

**PROGETTO per  
INTEGRAZIONE, GESTIONE E ASSISTENZA AL DIABETE  
(IGEA)**

# Prevenzione attiva



## Etimologia... semantica


*\*standhard*, lit. "stand fast or firm," a compound of words similar to Gothic *standan* "to stand" and *hardus* "hard"

- ***Standard***: Tipo, modello, norma cui viene uniformata una data produzione o attività... nell'uso tecnico o industriale, modello o tipo di un determinato prodotto, o il complesso di norme fissate per uniformare le caratteristiche del prodotto stesso


*G Devoto e GC Oli, 2003*



# Le Clinical Practice Recommendations 2005



**Diabetes Care**



**BROWSE THE  
World's Best Books  
FOR HEALTH CARE PROFESSIONALS**

**QUICK SEARCH:** [advanced]

Author:  Keyword(s):

Go

Year:  Vol:  Page:

---

*Diabetes Care* 28:S3, 2005  
© 2005 [by the American Diabetes Association, Inc.](#)

**SUMMARY OF REVISIONS**  
**ORIGINAL ARTICLE**

## Summary of Revisions for the 2005 Clinical Practice Recommendations

▶ **INTRODUCTION**

The 2005 supplement is very different from its predecessors. It does not contain all of the ADA's position statements. It contains only the "Standards of Medical Care in Diabetes" and selected other position statements. This change was made to emphasize the importance of the "Standards" as the best source to determine ADA recommendations. Current position statements will be updated as necessary and published when completed. A list of the current position statements not included in this supplement appears on p. S69.

**This Article**

- ▶ [Extract FREE](#)
- ▶ [Full Text \(PDF\)](#)
- ▶ [Alert me when this article is cited](#)
- ▶ [Alert me if a correction is posted](#)

**Services**

- ▶ [Email this article to a friend](#)
- ▶ [Similar articles in this journal](#)
- ▶ [Similar articles in PubMed](#)
- ▶ [Alert me to new issues of the journal](#)
- ▶ [Download to citation manager](#)
- ▶ [Request Permissions](#)
- ▶ [Articles citing this Article](#)

**PubMed**

- ▶ [PubMed Citation](#)

- ▲ [TOP](#)
- [INTRODUCTION](#)
- ▼ [Additions to the Standards...](#)
- ▼ [Summary of Revisions to...](#)
- ▼ [Members of the Professional...](#)





## Una "Metalineguida"

- ▶ **L'autorevolezza garantita dalla revisione formale da parte del Comitato per la pratica professionale dell'ADA e del Comitato esecutivo del Consiglio nazionale dell'associazione: esse rappresentano l'opinione ufficiale dell'ADA.**
- ▶ **Ogni raccomandazione è corredata con il livello dell'evidenza, secondo un sistema esplicito di gradazione.**
- ▶ **Sono sottoposte annualmente ad un lavoro sistematico di aggiornamento e le revisioni vengono esplicitate.**

### Position Statement

#### B. Gestione

Le persone affette da diabete dovrebbero ricevere cure da un team coordinato da un medico. Il team può includere (ma non in senso necessariamente limitativo) medici, infermieri, dietisti, farmacisti, nonché professionisti di salute mentale esperti o con particolari interessi alle problematiche diabetologiche. È essenziale, in questo approccio integrato, che i pazienti assumano un ruolo attivo nella loro cura.

Il piano di cura dovrebbe essere formulato come una alleanza terapeutica personalizzata tra il paziente/la sua famiglia e i membri del team sanitario. Qualsiasi piano di cura dovrebbe comprendere necessariamente l'educazione all'autogestione del diabete. Nella definizione del piano di cura, attenzione particolare deve essere posta all'età del paziente, all'attività scolastica, al lavoro e alle sue condizioni, all'attività fisica, alle abitudini alimentari, alla situazione sociale, alla personalità, ai fattori culturali e alla presenza di complicazioni del diabete o di altre patologie. Dovrebbero essere utilizzate strategie e tecniche diversificate al fine di garantire un'adeguata educazione terapeutica ed un adeguato sviluppo, da parte del paziente, delle capacità di risolvere i problemi nell'ambito dei vari aspetti della gestione del diabete. L'attuazione del piano di cura richiede che ogni aspetto sia stato chiarito e concordato tra il paziente e il team, e che gli obiettivi e il piano del trattamento siano ragionevoli.

#### C. Controllo glicemico

##### 1. Valutazione del controllo glicemico

Sono disponibili numerose tecniche per valutare l'efficacia del piano di gestione del controllo glicemico.

**a. Autocontrollo glicemico.** Il Consensus statement dell'ADA sull'automonitoraggio della glicemia (SMBG) fornisce una rassegna completa dell'argomento (18,19). I principali studi clinici sull'impatto del compenso glicemico sulle complicanze del diabete hanno incluso lo SMBG quale componente dell'intervento multifattoriale, sostenendo che esso è un efficace elemento terapeutico. Lo SMBG permette al paziente di valutare la propria risposta individuale alla terapia e di valutare se gli obiettivi glicemici vengono raggiunti. I risultati dello SMBG possono essere utilizzati nel prevenire l'ipoglicemia e adeguare la terapia, la MNT e l'attività fisica.

La frequenza ottimale, così come la distribuzione temporale, dello SMBG dovrebbe essere determinata dalle esigenze del paziente e dagli obiettivi della cura. Lo SMBG giornaliero è particolarmente importante per i pazienti trattati con insulina per il monitoraggio e per la prevenzione delle ipoglicemie asintomatiche. Per la maggior parte dei pazienti con diabete di tipo 1, e per le donne in gravidanza che effettuano la terapia insulinica, lo SMBG è raccomandato 3 o più volte al giorno. La frequenza ottimale e la distribuzione temporale dello SMBG per i pazienti con diabete di tipo 2 non sono note, ma dovrebbero essere sufficienti a facilitare il raggiungimento degli obiettivi glicemici. I pazienti diabetici di tipo 2 in terapia insulinica normalmente necessitano di uno SMBG più intensivo di quelli non insulino-trattati. In occasione di aggiunte o modifiche terapeutiche, il diabetico – sia

di tipo 1 sia di tipo 2 – dovrebbe controllarsi più frequentemente del solito. Non è noto il ruolo dello SMBG in pazienti con uno stabile compenso glicemico e sola terapia dietetica.

Dato che l'accuratezza dello SMBG è dipendente dallo strumento e dall'utilizzatore (20), è importante, per i sanitari valutare la tecnica di autocontrollo glicemico in ogni singolo paziente, sia inizialmente sia, in seguito, a intervalli regolari. L'uso ottimale dello SMBG richiede inoltre un'adeguata capacità di analisi dei dati. I pazienti dovrebbero essere istruiti su come utilizzare i dati per modificare – al fine di raggiungere gli obiettivi glicemici – l'alimentazione, l'esercizio o la terapia farmacologica. I sanitari dovrebbero valutare a intervalli regolari l'abilità del paziente nell'utilizzare lo SMBG come strumento di gestione della terapia.

#### Raccomandazioni

- I trial clinici che hanno utilizzato l'insulina e dimostrato l'importanza del controllo glicemico intensivo hanno utilizzato lo SMBG come componente fondamentale della strategia terapeutica (A)
- Nei pazienti in terapia insulinica intensiva lo SMBG dovrebbe essere effettuato almeno 3 volte al giorno. (A)
- Nei pazienti in terapia insulinica non intensiva o che utilizzano ipoglicemizzanti orali o trattati con sola terapia dietetica, lo SMBG è utile nel raggiungimento degli obiettivi glicemici. (E)
- Per raggiungere gli obiettivi glicemici postprandiali può essere indicato lo SMBG postprandiale. (E)
- È necessario istruire il paziente allo SMBG e valutare periodicamente la tecnica utilizzata dal paziente e la sua capacità nell'utilizzare i dati ottenuti per modificare la terapia. (E)

**B. HbA<sub>1c</sub>.** Effettuando il test della HbA<sub>1c</sub> è possibile misurare la media della glicemia dei 2-3 mesi precedenti (20) e in tal modo valutare l'efficacia della terapia in atto. Il test della HbA<sub>1c</sub> dovrebbe essere eseguito regolarmente in tutti i pazienti con il diabete, anzitutto per documentare il grado di compenso glicemico nella valutazione iniziale e quindi come parte della cura. Poiché la HbA<sub>1c</sub> riflette la glicemia media degli ultimi 2-3 mesi, per determinare se il controllo metabolico è stato raggiunto e mantenuto nell'obiettivo è richiesta una misurazione all'incirca ogni 3 mesi. La regolare effettuazione della HbA<sub>1c</sub> permette di rilevare in modo tempestivo un allontanamento dall'obiettivo terapeutico (Tabella 6). Per il singolo paziente la frequenza del dosaggio della HbA<sub>1c</sub> dovrebbe dipendere dalla situazione clinica, dal tipo di terapia in atto e dal giudizio del curante.

Il controllo glicemico è meglio valutabile se si combinano i risultati dello SMBG del paziente (quando effettuato) e la HbA<sub>1c</sub>. La HbA<sub>1c</sub> dovrebbe essere utilizzata non solo per verificare il controllo glicemico degli ultimi 2-3 mesi, ma anche per verificare la precisione dello strumento, il diario del paziente e l'adeguatezza del piano di SMBG. La Tabella 7 presenta le correlazioni tra i livelli di HbA<sub>1c</sub> e il valore di glicemia media basate sui dati del DCCT (21).

#### Raccomandazioni

- Effettuare il test della HbA<sub>1c</sub> almeno 2-4 volte all'anno per verificare il raggiungimento dell'obiettivo terapeutico (e che non sia dovuto a un'ipoglicemia). (E)



... prima di iniziare



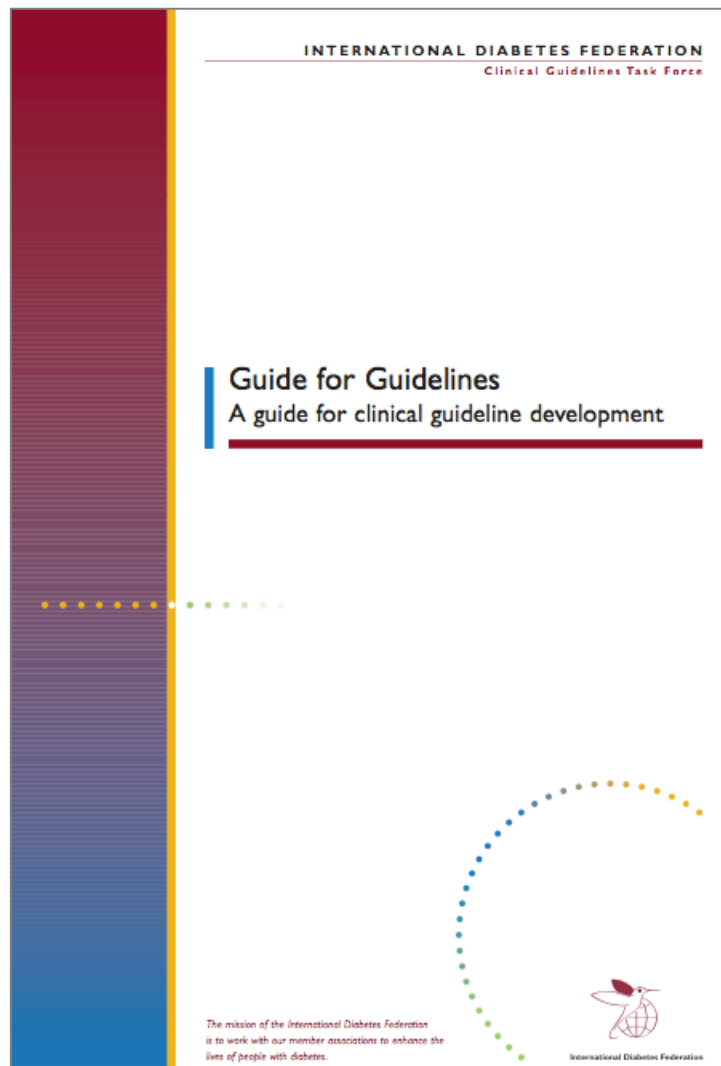
## Verso gli STANDARD ITALIANI per la CURA DEL DIABETE

... speriamo... che il lettore abbia chiaro quanto sia difficile cimentarsi nell'elaborazione della componente di evidenza di una LG... rischiamo di sprecare tempo e energie sottraendoli al proprio specifico ambito di competenze che coincide con la conoscenza della realtà locale... di vitale importanza nella definizione dell'applicabilità delle LG ai nostri pazienti, al nostro ambulatorio/ospedali/ comunità.

*D. L. Sackett*



... prima di iniziare



## Verso gli STANDARD ITALIANI per la CURA DEL DIABETE

L'IDF non consiglia di **“reinventare la ruota”**, ma propone con forza di riprogettare la ruota soddisfacendo le esigenze locali. Alcune organizzazioni hanno dedicato uno sforzo considerevole ed ingenti somme per emanare linee-guida di riferimento usando personale esperto nella ricerca di letteratura e nella revisione sistematica, personale e risorse non disponibili in molti paesi.

**Di conseguenza, è vivamente consigliato che la maggior parte degli sviluppi delle nuove linee-guida siano linee-guida derivati, utilizzando come “seme” e “guida” il lavoro realizzato e pubblicato da altri.**



# Qualcosa in più: gli Indicatori

Codice AMD	Nome / Gruppo	Nome	Unità misura	Tipo	Dimensione campo	Formato/Intervallo di valori accettabili	Codice / Provenienza Codice
<b>File Dati 2004 rev. 9ott_04</b>							
<p>Il codice che descrive pienamente il campo è il codice AMD: quindi una cartella informatizzata può associare <u>direttamente</u> un campo al relativo codice AMD (es. l'utente inserisce nella cartella il dato "retinopatia diabetica non proliferante" che genera, al momento dell'esportazione dati, il campo "AMD053"). Nel caso venga invece seguito il percorso: <b>dato inserito -&gt; codice (ICD9-CM, tariffario, ATC) -&gt; codice AMD</b>, nella colonna "Codice/Provenienza codice" sono stati indicati i codici da utilizzare nella cartella per generare il codice AMD. Si noti che:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Esami di laboratorio (tipo numerico):</b> per una identificazione certa si è usato l'elenco allegato all'ICD9-CM ("Prestazioni diagnostiche e terapeutiche") integrato dal codice tariffario nazionale DM 22/7/96.</li> <li><b>Esami strumentali (tipo testo):</b> anche in questo caso si è usato l'elenco allegato all'ICD9-CM ("Prestazioni diagnostiche e terapeutiche") integrato dal codice tariffario nazionale DM 22/7/96. Uno o più codici generano lo stesso codice AMD (a sua volta Normale/Patologico); nella cartella rimane comunque traccia del codice che identifica esattamente la prestazione (es. tre diversi tipi di test da sforzo generano il codice AMD042)</li> <li><b>Patologie (tipo testo):</b> uno o più codici ICD9-CM generano lo stesso codice AMD; nella cartella rimane traccia del codice che identifica esattamente la condizione morbosa (es. 14 codici diversi generano il codice AMD044 "Insufficienza cardiaca": è comunque circoscritto con precisione l'ambito di condizioni morbose che generano il codice AMD. Nel caso di cartelle che associano direttamente la patologia al codice AMD, i codici della colonna "Codice/Provenienza codice" possono essere un punto di riferimento per l'associazione)</li> <li><b>Patologie (tipo testo) che non hanno un preciso codice ICD9-CM:</b> per non perdere la precisione del dato si è scelto di aggiungere al più vicino codice ICD9-CM il relativo codice AMD: un artificio che permette comunque di analizzare i dati, se necessario, utilizzando i codici internazionalmente accettati (es. per generare un file di dati per l'analisi di un campione di 580000 di diabete, si può utilizzare il codice AMD044 "Insufficienza cardiaca" e nelle cartelle di dati utilizzare il codice "AMD044")</li> <li><b>Farmaco (tipo testo):</b> il codice ATC è il valore che accompagna il codice AMD: in fase di esportazione dati si può quindi risalire alla/alle molecole utilizzate.</li> </ol> <p>Fondo giallo (AMDA006, AMDA007, AMDA009, AMDA011, AMDA017, da AMD102 a AMD107): campi esportabili in caso di uso locale (normalmente sbiancati). Se la colonna denominata "Codice/Provenienza codice" è vuota, indica il codice AMD più descrittivo del campo.</p> <p>Prima colonna a sinistra:  <b>"P"</b> indica che il dato è "permanente" (cioè se è occorso una volta, rimane presente per tutta la vita)  <b>"O"</b> indica che il dato deve essere obbligatoriamente presente in ogni cartella di dati</p> <p>Link utili: per i codici ICD9-CM: <a href="http://www.ministerosalute.it">www.ministerosalute.it</a>; per i codici ATC: <a href="http://www.agenziafarmaco.gov.it">www.agenziafarmaco.gov.it</a>; per i codici ISTAT: <a href="http://www.istat.it">www.istat.it</a></p>							

**Lo Standard per la qualità della cura!**





## Qualcosa di personale...





## Il gruppo di progetto: AMD e SID



## Verso gli STANDARD ITALIANI per la CURA DEL DIABETE

- ▶ **Ideatori del progetto:** L. Monge e A. De Micheli
- ▶ **Gruppo di coordinamento:** G. Bruno, A. De Micheli, D. Fedele, A. Monge
- ▶ **Gruppi di lavoro:** quattro gruppi ognuno dei quali formato da 4 persone: 1 coordinatore e 3 editors diabetologi
- ▶ **Consulente di metodo:** Mario Negri Sud
- ▶ **Consulente per gli indicatori:** gruppo Qualità di AMD
- ▶ **CDN AMD e SID:** committenti del documento, responsabili della convocazione della Consensus Conference, della valutazione e approvazione del Consensus Statement e della deliberazione del documento finale (Position Statement)
- ▶ **Editore e Ufficio Stampa:** Infomedica
- ▶ **Agenzia e Segreteria:** Aristeia



## Diabete Italia

diabete italia

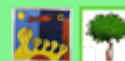
### LO STATO DEL DIABETE IN ITALIA

## Organizzazione dell'assistenza e standard di cura



*Luca Monge*

*AO CTO-CRF-ICORMA di Torino*



Milano 20/05/2006 • Simposio Diabete Italia



## Il mandato



**Esiste concordanza internazionale sulle singole posizioni espresse dall'ADA?**

**Se la risposta è negativa, quale il consenso sulla posizione italiana?**

### Summary of the Levels of Care structure

#### Standard care

Evidence-based care, cost-effective in most nations with a well developed service base and with health-care funding systems consuming a significant part of their national wealth.

#### Minimal care

Care that seeks to achieve the major objectives of diabetes management, but is provided in health-care settings with very limited resources – drugs, personnel, technologies and procedures.

#### Comprehensive care

Care with some evidence-base that is provided in health-care settings with considerable resources.





## Il mandato

IL DIABETE, dicembre 2004

# Il diabete mellito in Italia, 2004

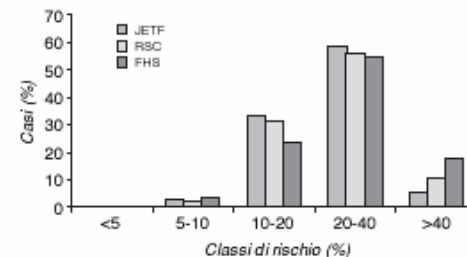
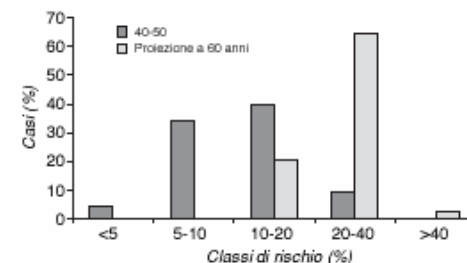


Fig. 1 - Stima del rischio cardiovascolare nella coorte DA1 secondo le tre formule derivate dal Framingham Heart Study.



**I singoli provvedimenti diagnostici e terapeutici proposti sono applicabili alla realtà italiana?**  
**Se la risposta è negativa, quali sono quelli proponibili?**

### ORIGINAL INVESTIGATION

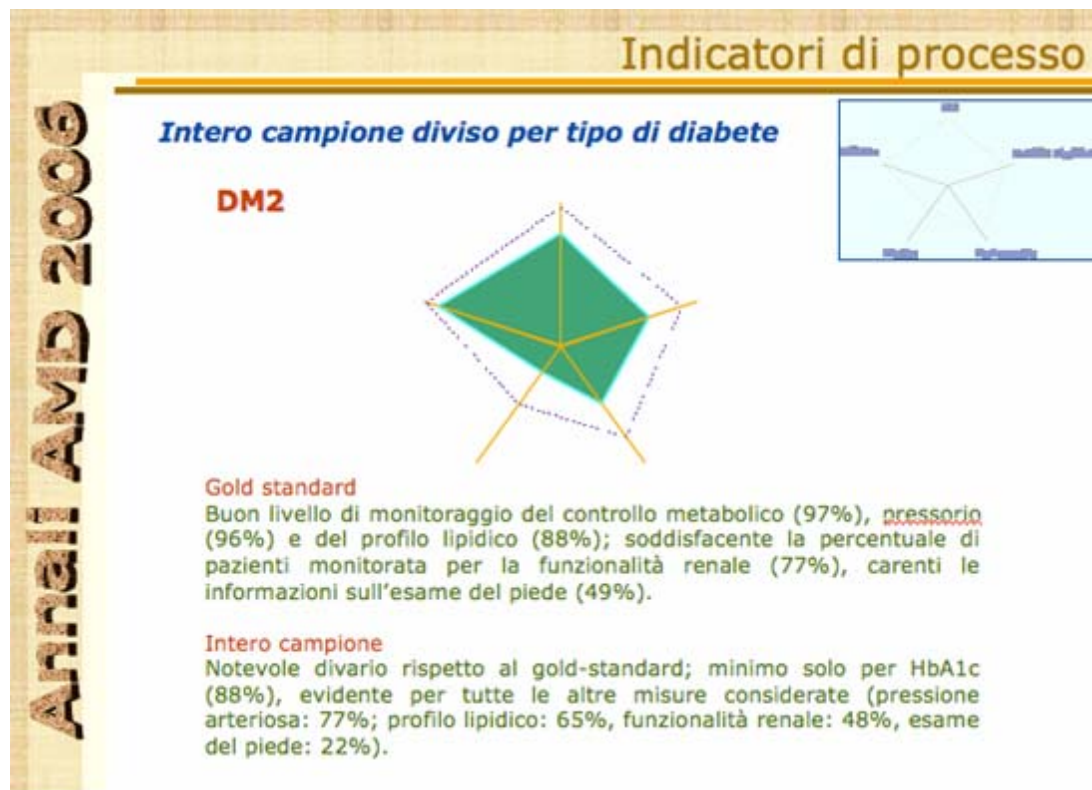
## Role of Organizational Factors in Poor Blood Pressure Control in Patients With Type 2 Diabetes

The QuED Study Group—Quality of Care and Outcomes in Type 2 Diabetes

Fabio Pellegrini, MS; Maurizio Belfiglio, MD; Giorgia De Berardis, MScPharmChem; Monica Franciosi, MScBiolS; Barbara Di Nardo, HSDip; Sheldon Greenfield, MD; Sherrie H. Kaplan, PhD, MPH; Michele Sacco, MD; Gianni Tognoni, MD; Miriam Valentini, MD; Donatella Corrado, BioTech; Antonio D'Ettore, MScEng; Antonio Nicolucci, MD; for the QuED Study Group



## Il mandato



**Quali sono gli standard che si propone di raggiungere la Diabetologia Italiana e quali indicatori si possono creare per monitorare i vari aspetti della cura?**



## Come condividere il documento

### La Consensus Conference

... attraverso una valutazione completa da parte di un comitato multidisciplinare di esperti (Giuria) del documento scientifico.

Una dichiarazione di consenso sarà elaborata subito dopo la Consensus Conference in cui viene presentato il documento scientifico in oggetto.

La dichiarazione, che rappresenta l'analisi collettiva, la valutazione e l'opinione della Giuria, verrà consegnata al committente, ovvero ai Consigli Direttivi delle Società Scientifiche.

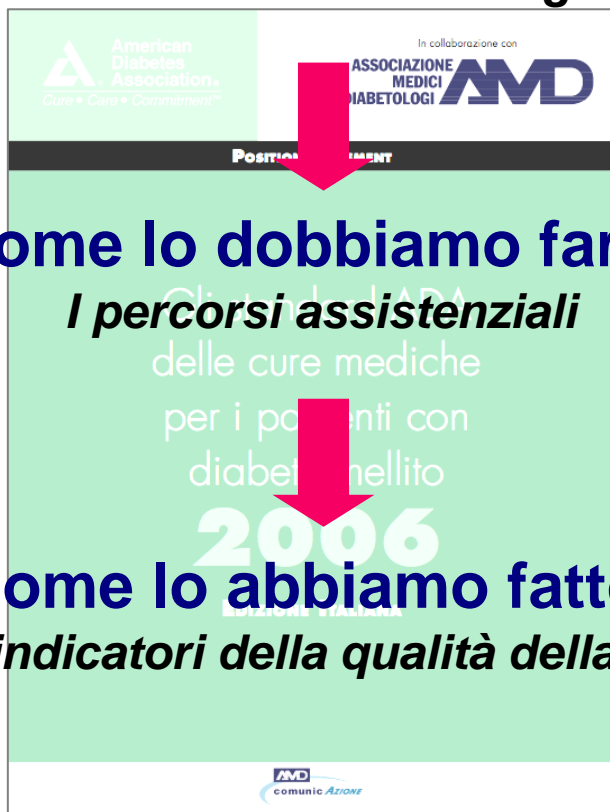




In sintesi...

## Cosa dobbiamo fare?

*Il riferimento culturale secondo l'EBM: gli Standard di cura*



## Come lo dobbiamo fare?

*I percorsi assistenziali*

delle cure mediche  
per i pazienti con  
diabete mellito

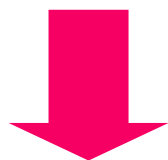
## Come lo abbiamo fatto?

*Gli indicatori della qualità della cura*



Ovvero...

## **STANDARD ITALIANI PER LA CURA DEL DIABETE**



**... creare lo strumento culturale  
per la nostra realtà...  
da applicare in percorsi assistenziali,  
su misura...  
misurandone l'applicazione,  
cioè la qualità della cura!**



3° CONVEGNO NAZIONALE Centro Studi e Ricerche  
Ancona 12-14 ottobre 2006

*ma la storia continua...*



grazie

*Luca Monge*  
*AMDcomunicAzione*