



Il contributo di AMD: dall'ideazione al progetto Subito!

Luca Monge

AO CTO/Maria Adelaide, Torino

**Standard di cura italiani e linee guida nel mondo
Firenze 19 novembre 2010**





1974
ANNO DI FONDAZIONE

DAL THESAURUS AGLI STANDARD...



Il contesto

AMD

ASSOCIAZIONE
MEDICI
DIABETOLOGI

1974

ANNO DI FONDAZIONE

**Cultura EBM...
cambiamento...**

**bisogno di ri- classificare,
organizzare, sistematizzare
la conoscenza...**

**creazione di modelli da
applicare alla realtà...**

**nuova architettura
dell'informazione: ipertesto,
web**



IDF Europe Annual Meeting: Cyprus - Limassol, October 2002



Gruppo per la
Informatizzazione
della Diabetologia
Italiana

IL PROGETTO INFORMATICO AMD

The Thesaurus of AMD

Thesaurus is arisen from the need to move correctly in the complexity of medical information.

It is a section of the national AMD professional Internet site and appears as a collector of Internet diabetologic resources subdivided into clinical chapter.

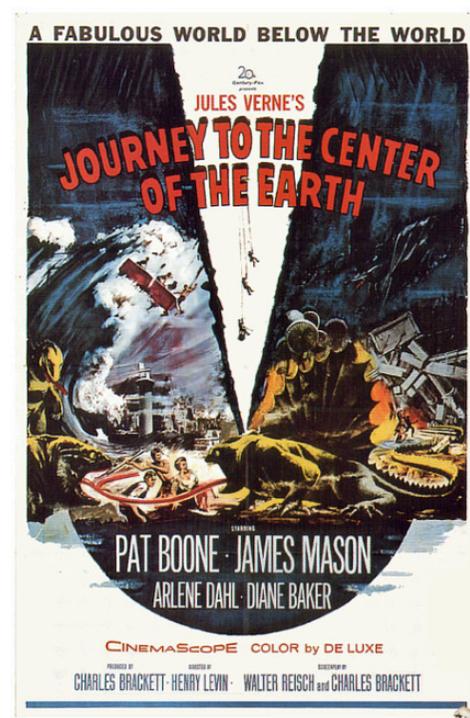
www.aemmedi.it/thesaurus



Viaggio al centro della conoscenza

Il percorso di Thesaurus

- **Individuazione** dell'area di interesse clinico
- **Raccolta** delle informazioni (fonti primarie e fonti secondarie)
- **Rilettura** e organizzazione
- **Presentazione** della messaggio in forma sintetica
- **Messa a disposizione** delle fonti secondarie e di materiale on line di fonti terziarie
- **Attraverso** la costruzione dell'ipertesto



L'anatomia dell'informazione biomedica

Fonti primarie Studi primari	Fonti secondarie Studi integrativi	Fonti terziarie Opinion-based
Eziologia (Studi di coorte e caso/controllo)	✓ Publicazioni secondarie	Revisioni tradizionali
Diagnosi (Studi cross-sectional)	Revisioni sistematiche	Trattati
Prognosi (Studi longitudinali di coorte)	Raccomandazioni per la pratica clinica	Editoriali
Terapia (Randomized Clinical Trials)		Collegi esperti

Distorsione dei risultati originali della ricerca



Strumento per la pratica clinica

Thesaurus: uno strumento per la pratica clinica

Thesaurus, guidato dall'EBM disponibile, vuole essere un modo per organizzare e presentare in modo immediato un'informazione scientifica, allo stesso tempo, sintetica ed esauriente, in grado di indicare le migliori scelte diagnostiche o terapeutiche in alcuni capitoli della diabetologia



Standards of Medical Care 2005

- ▶ **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.

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 per 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_{1c}. Effettuando il test della HbA_{1c} 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_{1c} 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_{1c} 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_{1c} permette di rilevare in modo tempestivo un allontanamento dall'obiettivo terapeutico (Tabella 6). Per il singolo paziente la frequenza del dosaggio della HbA_{1c} 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_{1c}. La HbA_{1c} 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_{1c} e il valore di glicemia media basate sui dati del DCCT (21).

Raccomandazioni

- Effettuare il test della HbA_{1c} almeno 2 volte all'anno in pazienti nell'obiettivo terapeutico (e che hanno uno stabile controllo glicemico). (E)

***Dagli Standards of Care dell'ADA agli
Standard di Cura dell'Associazione
Medici Diabetologi***

Una proposta



Razionale

- **ADA:** Standards of Medical Care in Diabetes
- **AMD:** Percorsi diagnostico assistenziali
- **Ministero della Salute, FISM:** standardizzare e misurare
- **AMDcomunicAzione:** esperienza in EBM e sistematizzazione dell'evidenza scientifica in campo diabetologico

AMD

ASSOCIAZIONE
MEDICI
DIABETOLOGI

1974

ANNO DI FONDAZIONE

AMD

ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI

AFFILIATA IDF – International Diabetes Federation

Presidente
Umberto Valentini

Vice Presidente
Adolfo Arcangeli

Consiglieri:
Luciano Carboni
Gerardo Corigliano
Gualtiero De Bigontina
Alberto De Micheli
Rossella Iannarelli
Alessandro Ozzello
Pietro Pata
Giuseppe Perrone

Segretario
Antonino Cimino

Tesoriere
Sandro Gentile

CSR
Giacomo Vespasiani

Consulta Presidenti
Regionali
Rosa Maria Meniconi

Scuola di Formazione
Maria Antonietta Pellegrini

Agenzia per la Qualità
Gualtiero De Bigontina

AMDComunicazione
Luca Monge

PDPA
Nicoletta Musacchio

Roma, 03/11/2005

Alla cortese attenzione del
Prof. Antonio Pontiroli
Presidente Società Italiana di Diabetologia

Oggetto: progetto Standard di cura italiani per la cura del Diabete

Gentile Prof. Pontiroli,

Nelle Regioni i diabetologi italiani sono sempre più coinvolti nella definizione dei modelli assistenziali che rispondano ai cambiamenti in atto determinati dall'aumento della prevalenza della malattia e dalla contrazione delle risorse.

Per tali considerazioni il CDN AMD ha deciso di produrre gli Standard di Cura Italiani per la cura del Diabete, indispensabili per l'elaborazione dei documenti istituzionali, Regionali e/o nazionali.

Data l'importanza di questo documento necessario a tutta la diabetologia italiana, il CDN AMD ha deciso di proporre alla SID di condividere questo progetto.

In attesa di un vostro riscontro porgo i miei più cordiali saluti.

Il Presidente AMD
Dr. Umberto Valentini



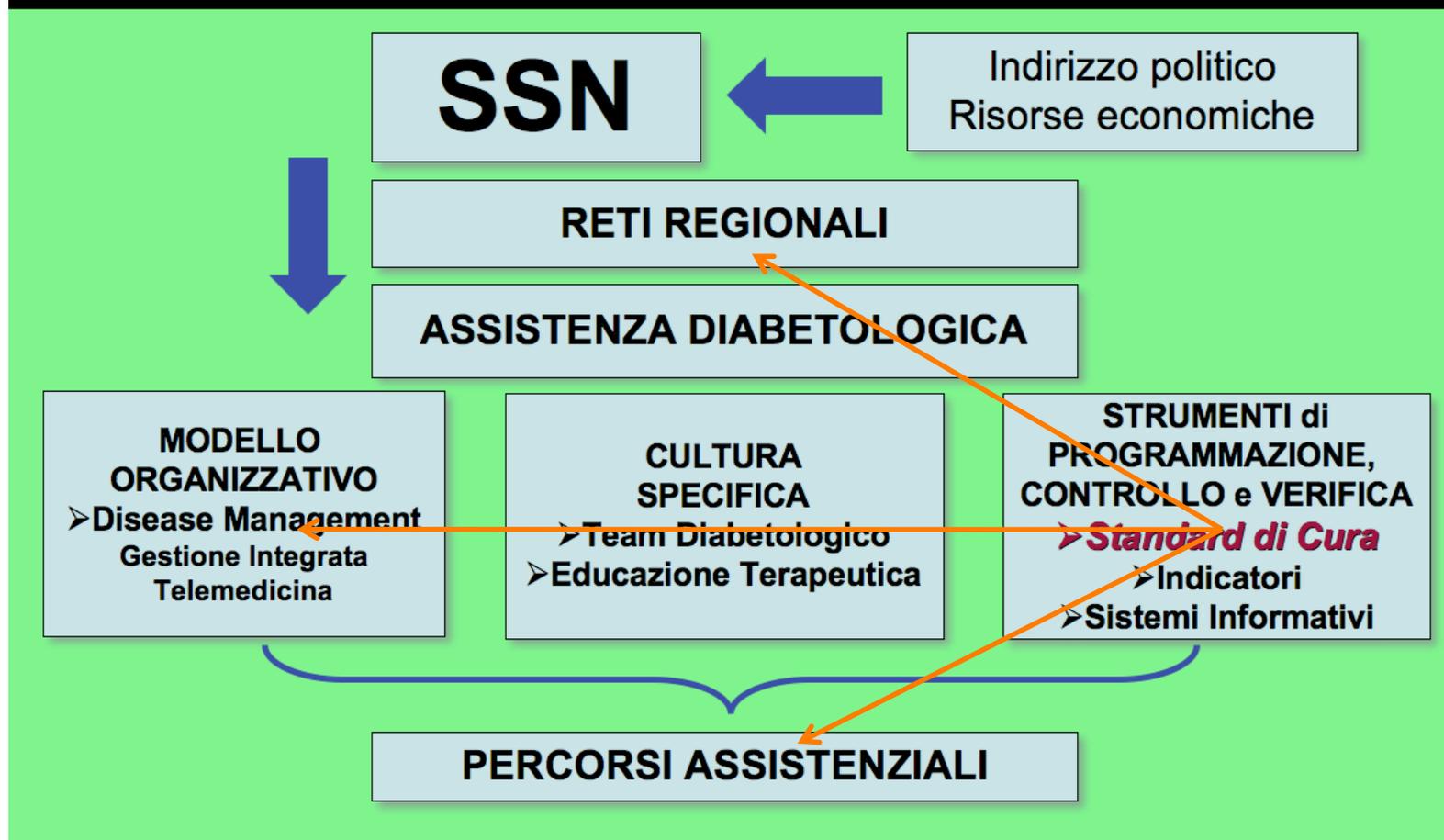
Dr. Umberto Valentini - Presidente AMD

Direttore U.O. Diabetologia Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia, Piazzale Ospedale 1, 25100 Brescia
Tel +390303995514, Fax +390303996068 Email: diabetologia@spedalicivili.brescia.it
Segreteria amministrativa AMD – Viale Carlo Felice 77 – 00185 Roma Tel +39067000599 Fax +39067000499 Email amdass@tiscali.it

subito!AMD
Self Uniform Behavioral and Drug
Intensive Treatment for Optimal control

Assistenza diabetologica in cambiamento

L'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA



AMD

ASSOCIAZIONE
MEDICI
DIABETOLOGI

1974

ANNO DI FONDAZIONE



SOCIETÀ ITALIANA DI DIABETOLOGIA
membro della International Diabetes Federation

Roma, 01 dicembre '05

Gentile Dr. Umberto Valentini
Presidente AMD
diabetologia@spedalicivili.brescia.it

Oggetto: *Progetto Standard di Cura*

Gentile Dr. Valentini,

nella giornata del 21 c.m. si è svolta la riunione del Consiglio Direttivo SID nella quale si è discusso del progetto in oggetto.

Ad unanimità il Consiglio ha manifestato apprezzamento ed approvazione di realizzare la bozza del progetto presentato da AMD, contestualmente auspica un coinvolgimento diretto di Diabete Italia nell'iniziativa.

I referenti SID per il progetto sono la Dr.ssa Graziella Bruno, Prof. Salvatore De Cosmo, Prof. Domenico Fedele e la Dr.ssa Olga Vaccaro.

In attesa di un Suo cortese riscontro, resto a Sua disposizione per ulteriori informazioni o chiarimenti al riguardo e porgo i miei più cordiali saluti

IL PRESIDENTE SID E D.I.
Prof. Antonio E. Pontiroli

Segreteria: Via Pisa, 21 – 00162 ROMA – Tel. 0644240967 – Fax 0644292060
e-mail: siditalia@siditalia.it – www.siditalia.it

subito!AMD
Solo Uniform Behavioral and Drug
Intensive Treatment for Optimal control

Consensus Conference: Frascati, 8-9 novembre 2006

Come condividere il documento

... attraverso una valutazione completa del documento scientifico preparato dal Gruppo di Redazione da parte di un comitato multidisciplinare (Giuria).

Alla Giuria viene presentato il documento scientifico nel corso di una **Consensus Conference**, in cui viene elaborata una **dichiarazione di consenso**

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



Un duro lavoro insieme!

Da: Giorgio Mantovani <gmantovani@infomedica.com>
Oggetto: **Call telefonica di giovedì 3 dicembre - ore 18**
Data: 02 dicembre 2009 14:05:02 GMT+01:00
A: Luca Monge <AMD-TO.monge@alma.it>, Alberto De Micheli <alberto_demicheli@tin.it>, Simona Frontoni <frontoni@uniroma2.it>, Graziella Bruno <graziella.bruno@unito.it>

Carissimi,

ecco i dati per la vs. call telefonica di DOMANI, GIOVEDÌ 3 DICEMBRE, ore 18:

- a) il num. telefonico da chiamare (fisso o cellulare non cambia nulla) è: **02.67688**
- b) il "conduttore" (LUCA MONGE) dovrà poi digitare il seguente codice: **52810#** (# = cancelletto)
- c) i "partecipanti" (Graziella Bruno, Simona Frontoni, Alberto De Micheli) dovranno invece digitare il seguente codice: **63780#** (# = cancelletto)

Da: Simona Frontoni <frontoni@uniroma2.it>
Oggetto: **R: appunti terapia farmacologica**
Data: 04 dicembre 2009 1:31:26 GMT+01:00
A: Luca Monge <luca.monge@cto.to.it>, Alberto DeMicheli <alberto_demicheli@tin.it>, Graziella Bruno <graziella.bruno@unito.it>, Giorgio Grassi <giorgio.grassi@gmail.com>, Andrea Giaccari <giaccari@rm.unicatt.it>

Spero di

Un cordi

gm

Carissimi,

Dopo 8 ore, finalmente abbiamo finito.

Direi che a questo punto ognuno di noi rivede la propria parte e la invia a Mantovani per ordinarla per i CD.

Rileggiamo tutti la parte della terapia e segnaliamo eventuali problemi, ma suggerisco che ad apportare le correzioni sia soltanto uno di noi (Graziella vuoi farlo tu?).

Per i primi giorni della prossima settimana, tutto deve essere nelle mani dei due CD.

Buona notte a tutti

S

Simona Frontoni



1974
ANNO DI FONDAZIONE

UN VALORE AGGIUNTO



Qualcosa in più: gli Indicatori

NCQA Measuring the Quality of America's Health Care

Diabetes Quality Improvement Project Initial Measure Set (Final Version)

Background
Rationale for DQIP
Definitions and Assumptions
Synopsis of the DQIP Measure Set

Note on Final Version

On the following pages, diabetes-specific process Quality Improvement Project key components of quality reviewed all public comments.

This measure set is temporary, a number of other field tested. These patients prior to being incorporated.

The DQIP measures are minimal or maximal level of care provided within diabetes. The measures available for assessing care or outcomes of care in systems where compliance,

AMD Annali 2006

Indicatori di qualità dell'assistenza diabetologica in Italia

a cura di
Antonino Cimino, Carlo Giorda,
Ilidio Meloncelli, Antonio Nicolucci,
Fabio Pellegrini, Maria Chiara Rossi,
Giacomo Vespasiani

Codice AMD	Nome / Gruppo	Nome	Unità misura	Tipo
File Dati 2004 rev. 9ott_04				
<p>Il codice che descrive pienamente il campo è il codice AMD: quindi una cartella informatizzata può l'utente inserisce nella cartella il dato "retinopatia diabetica non proliferante" che genera, al momento d Nel caso venga invece seguito il percorso: dato inserito -> codice (ICD9-CM, tariffario, ATC) -> cod indicati i codici da utilizzare nella cartella per generare il codice AMD. Si noti che:</p> <p>1) Esami di laboratorio (tipo numerico): per una identificazione certa si è usato l'elenco allegato all' dal codice tariffario nazionale DM 22/7/96.</p> <p>2) Esami strumentali (tipo testo): anche in questo caso si è usato l'elenco allegato all'ICD9-CM ("Pr tariffario nazionale DM 22/7/96. Uno o più codici generano lo stesso codice AMD (a sua volta Normale che identifica esattamente la prestazione (es. tre diversi tipi di test da sforzo generano il codice AMD0</p> <p>3) Patologie (tipo testo): uno o più codici ICD9-CM generano lo stesso codice AMD; nella cartella ri morbosa (es. 14 codici diversi generano il codice AMD044 "Insufficienza cardiaca": è comunque circos generano il codice AMD. Nel caso di cartelle che associano direttamente la patologia al codice AMD, i essere un punto di riferimento per l'associazione)</p> <p>4) Patologie (tipo testo) che non hanno un preciso codice ICD9-CM: per non perdere la precision il relativo codice AMD: è un artificio che permette comunque di analizzare i dati, se necessario, utilizza codice AMD065 "Nefropatia incipiente" si passa per il codice 583.81 "Nefropatia diabetica" + il codice A entrambi i codici.</p> <p>5) Farmaco (tipo testo): il codice ATC è il "valore" che accompagna il codice AMD. In fase di elabora</p> <p>Fondo giallo (AMDA006, AMDA007, AMDA009, AMDA011, AMDA017, da AMD102 a AMD107): campi esp Se la colonna denominata "Codice/Provenienza codice" è vuota: solo il codice AMD può descrivere il car</p> <p>Prima colonna a sinistra: "P" indica che il dato è "permanente" (cioè se è positivo rimane tale fino a cancellazione) "O" indica che il dato deve essere obbligatoriamente gestibile dalla cartella ed esportabile (non significa che l'utente sia obbligato ad inserirlo)</p> <p>Link utili: per i codici ICD9-CM: www.ministerosalute.it/programmazione/sdo/sezApprofondimenti.jsp?id=13&label=cod; per i codici ISTAT: www.istat.it</p>				

Acta Diabetol (2008) 45:199–201
DOI 10.1007/s00592-008-0059-2

EDITORIAL

Standards, guidelines and the practice of medicine

Pierre Lefèbvre



At the beginning of this twentieth century, the practice of medicine is still governed by knowledge, clinical experience and appropriate consultation with, or referral to, trusted colleagues. Recommendations based on a critical and unbiased review of available evidence are a useful addition to the process. So are the recommendations provided in the *Italian Standards for Diabetes Mellitus*. Their release is only the beginning of a long process. Quite appropriately and whenever possible, process and outcome indicators have been added to the recommendations to provide assessment tools. We wish the best to our Italian colleagues for a successful implementation of the current Guidelines and their subsequent evaluation.

Descrizione degli indicatori

ARGOMENTO	INDICATORE SELEZIONATO	TIPO DI INDICATORE	DENOMINATORE
Screening e diagnosi	Numero di pazienti con nuova diagnosi di DM2 nell'anno	Descrittivo generale	Numero totale di pazienti con DM2 visti nell'anno
Erogazione dell'assistenza	Numero medio di visite/paziente/anno in accordo alla classe di trattamento (solo dieta, iporali, insulina ± iporali)	Processo	Numero totale di pazienti con DM2 visti nell'anno

ARGOMENTO	RISULTATO	DATI DA RACCOGLIERE PER IL CALCOLO DELL'INDICATORE	FORMATO DEI DATI
Screening e diagnosi	% di pazienti con nuova diagnosi di DM2 rispetto al numero totale di pazienti con DM2 visti nell'anno	Classificazione del DM	Codici ICD-9-CM 250.x0 or 250.x2
		Anno di diagnosi del DM	Data aaaa
Erogazione dell'assistenza	Numero medio di visite/paziente/anno in accordo alla classe di trattamento (solo dieta, iporali, insulina ± iporali)	Date delle visite nel corso dell'anno	aaaa-mm-gg
		Tipo di trattamento antidiabetico in base ai codici ATC	Iporali = Codici ATC A10Bxxx Insulina = Codici ATC A10Axxx Solo dieta = NO Codici ATC A10Bxxx e NO Codici ATC A10Axxx

Un'anteprima internazionale

Table 3 Structure, process and outcome indicator examples (full list online).

Topic	Indicator selected	Type of indicator	Denominator	Result	Data to be collected to calculate the indicator	Date format
Screening and diagnosis	Number of patients newly diagnosed with DM2 during the year.	General description	Total number of patients with DM2 visited during the year.	% of patients newly diagnosed with DM2 compared to the total number of patients with DM2 visited during the year.	Classification of DM Year in which DM was diagnosed	ICD Codes -9-CM 250. ×0 or 250. ×2 Date yyyy
Clinical monitoring	% of patients with at least 2 HbA _{1c} evaluations during the year	Process	Total number of patients with DM2 visited during the year	% of patients with at least 2 HbA _{1c} evaluations during the year, compared to the total number of patients visited during the year	Dates for all HbA _{1c} tests performed during the year	Dates yyyy -mm-dd
Blood glucose control levels	% of patients with HbA _{1c} ≤7.0%	Outcome	Total number of DM2 patients visits during the year with at least one HbA _{1c} test	% of patients with HbA _{1c} level ≤7% among those with at least one HbA _{1c} test recorded during the year. The upper normal limit is required in order to compare measurements with different normal ranges. Values are normalized at 6.0 [(current value/ value higher than normal) × 6]	Latest HbA _{1c} value measured in the year. Upper normal limit used in HbA _{1c} test	Numeric Numeric

HbA_{1c} = glycated hemoglobin; DM = diabetes mellitus.

Highlights from "Italian Standards of Care for Diabetes Mellitus 2009-2010"

Bruno G, De Micheli A, Frontoni S, Monge L, on behalf of SID AMD Working Group on the Standards of Care for Diabetes. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2010 Sep 17.

Strategies for improving diabetes care

- Managed care of patients with diabetes
- Data collection, measurements and analysis
- Quality indicators
- Computerized clinical records
- Benchmarking

The evidence available shows that each of these actions produces the best results when provided as individual components of a multifactorial intervention. In any case, it is clear that optimal management of diabetes requires an organized and systematic approach, besides the involvement of a coordinated team of healthcare professionals.

Highlights from "Italian Standards of Care for Diabetes Mellitus 2009-2010"

Bruno G, De Micheli A, Frontoni S, Monge L, on behalf of SID AMD Working Group on the Standards of Care for Diabetes.
Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2010 Sep 17.



1974
ANNO DI FONDAZIONE

DAGLI STANDARD AL THESAURUS ...



Aggiornamento Continuo
il documento invecchia
inesorabilmente!

**Conferenza nazionale di
consenso, raccomandazioni,
position statement, etc**

C. Strategie proposte per la diagnosi delle condizioni di iperglicemia in gravidanza
<i>Prima Visita in Gravidanza</i>
Valutare FPG o RPG in tutte le donne
Se i risultati indicano un diabete manifesto: Trattamento e follow-up come per diabete pre-gestazionale
Se i risultati non indicano un diabete manifesto, ma: * FPG ≥ 92 e < 126 mg/dl: diagnosi di diabete gestazionale * FPG < 92 mg/dl: eseguire OGTT tra 24 ^{ma} -28 ^{ma} settimana
24^{ma} – 28^{ma} settimana di Gestazione
OGTT 2 ore 75 g: In tutte le donne non precedentemente diagnosticate come GDM o diabete manifesto nel corso dell'attuale gravidanza.
<ul style="list-style-type: none"> • GDM se 1 o più valori superano la soglia diagnostica • Normale se tutti i valori dell'OGTT sono inferiori alla soglia diagnostica

Evidence Based Message

Il “modello Thesaurus” può giocare un ruolo di divulgazione dinamica del messaggio EBM degli standard

Il rischio di malformazioni congenite è collegato con il grado di controllo

... e di presentazione in tempo reale di studi clinici che mettono in discussione algoritmi e pratica clinica aprendo il dibattito nella nostra comunità scientifica

neonatale associata con il Diabete Gestazionale (Livello 1 A)

... e del conseguente aggiornamento della forza delle raccomandazioni o della produzione di nuove raccomandazioni

Per una costruzione condivisa del “sapere”

- Le Mail Alert
- Le News
- Il Blog





1974
ANNO DI FONDAZIONE

Il Progetto *SUBITO!* e gli *STANDARD*



AMD

ASSOCIAZIONE
MEDICI
DIABETOLOGI

1974

ANNO DI FONDAZIONE



- ❑ **Subito.comunicazione**
- ❑ **Subito.ricerca**
- ❑ **Subito.formazione**
- ❑ **Subito.misura**
- ❑ **Subito.educazione**

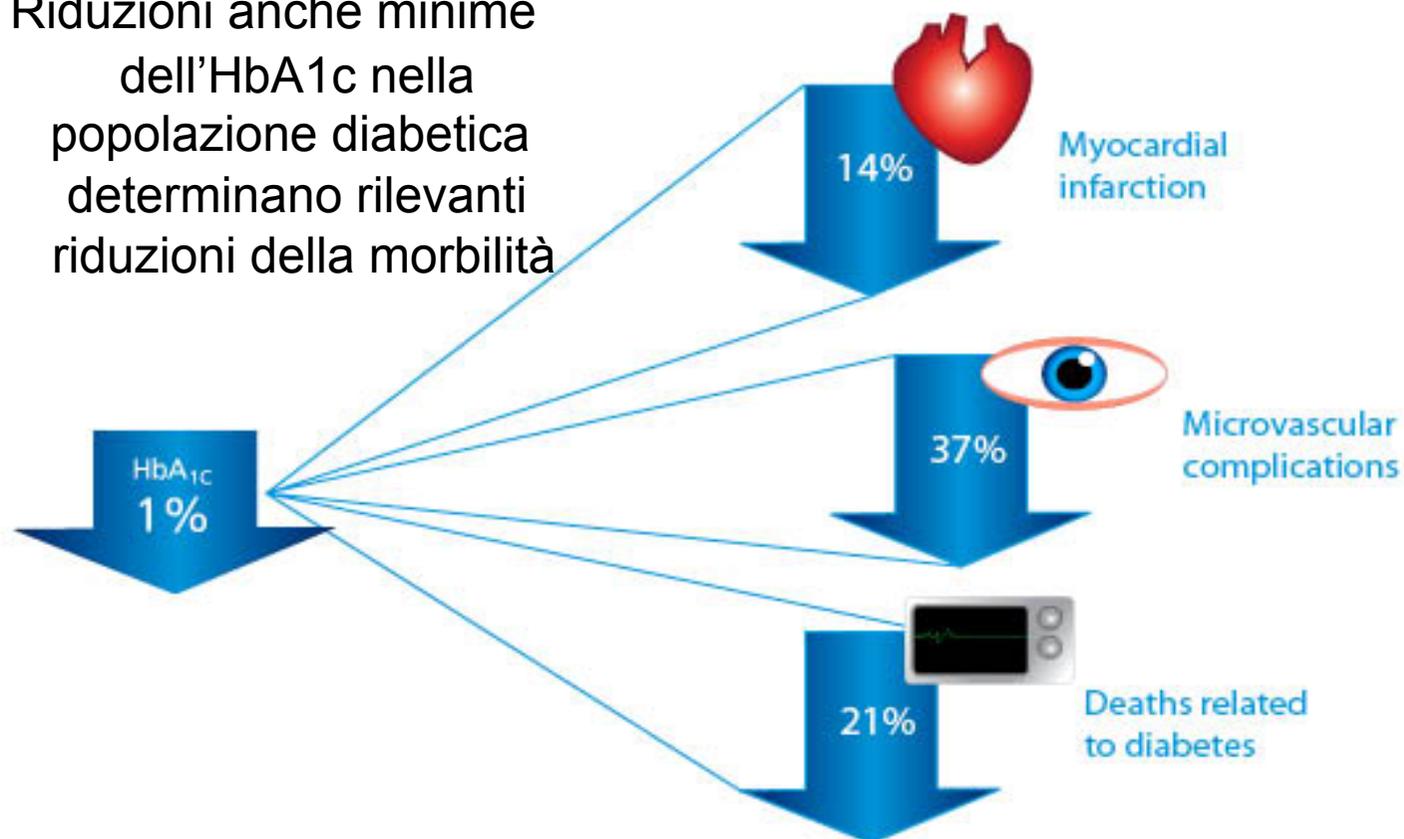




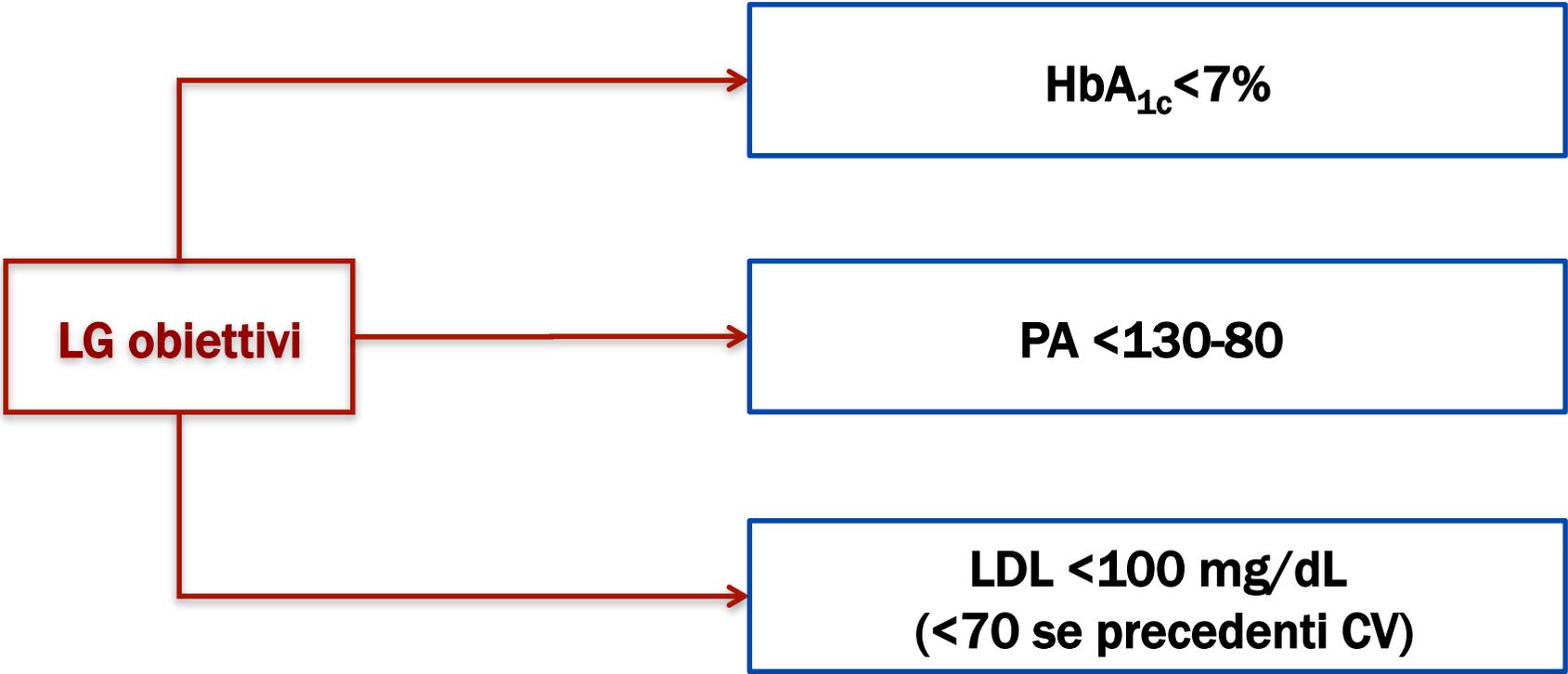
Safe Uniform Behavioral and
drug Intensive Treatment_ for
_Optimal_control

Il messaggio “certo”

Riduzioni anche minime
dell'HbA1c nella
popolazione diabetica
determinano rilevanti
riduzioni della morbilità



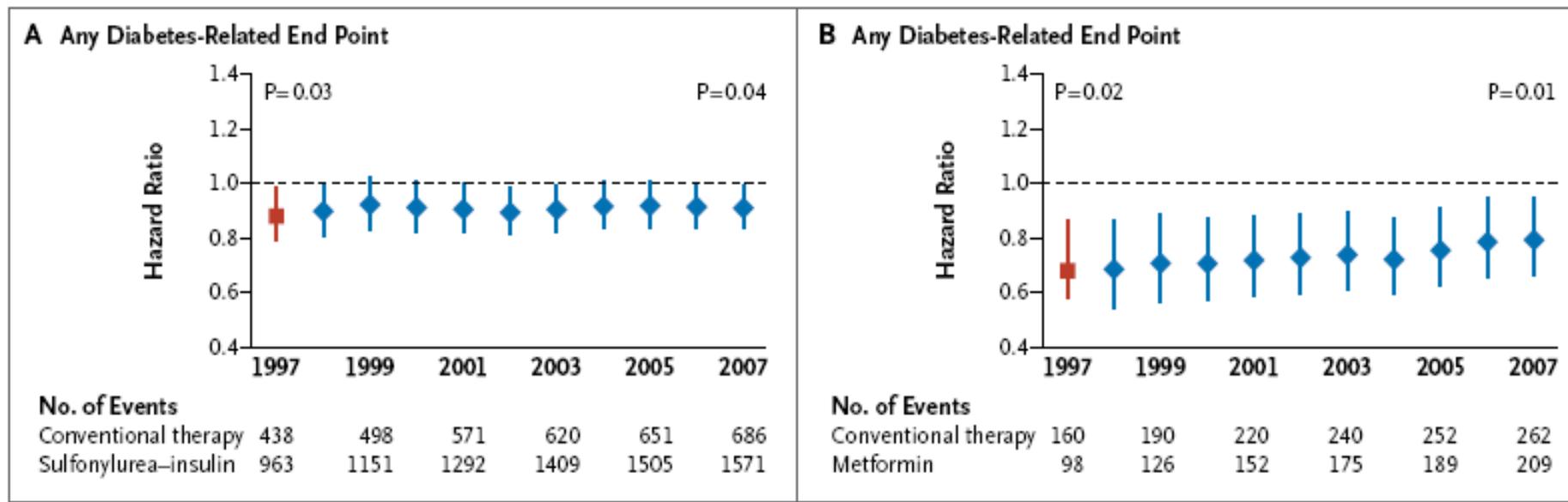
Obiettivi chiari



L'intervento deve essere il più precoce possibile

“THE EARLIER THE BETTER”

The Legacy Effect in Type 2 Diabetes



Standard di cura 2009-2010

Le recenti evidenze sottolineano l'importanza di un intervento tempestivo ed intensivo sul controllo metabolico e i fattori di rischio cardiovascolare

Cosa accade nella realtà italiana?

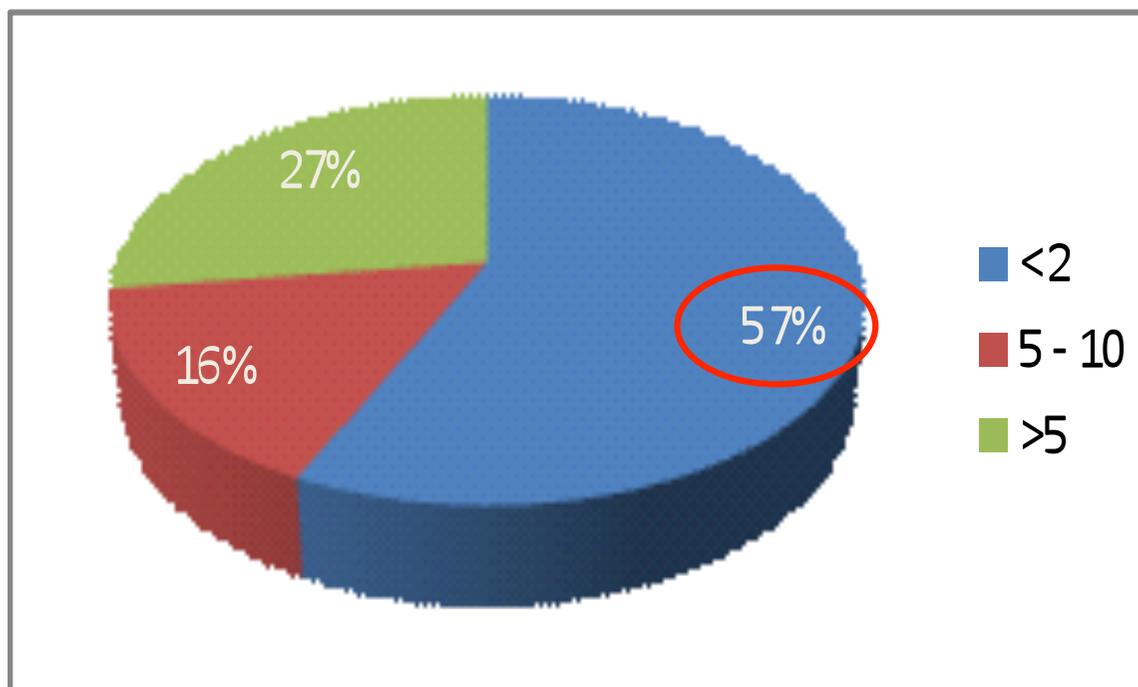


Annali AMD 2010

Database di **46.513** primi accessi del 2009
(**11.2%** di tutti i casi con DM2 visti durante l'anno)

Novità 2010: focus sui primi accessi

Durata del diabete (anni) al primo accesso al SdD



Nei pazienti inviati precocemente dopo la diagnosi (durata diabete <2aa)

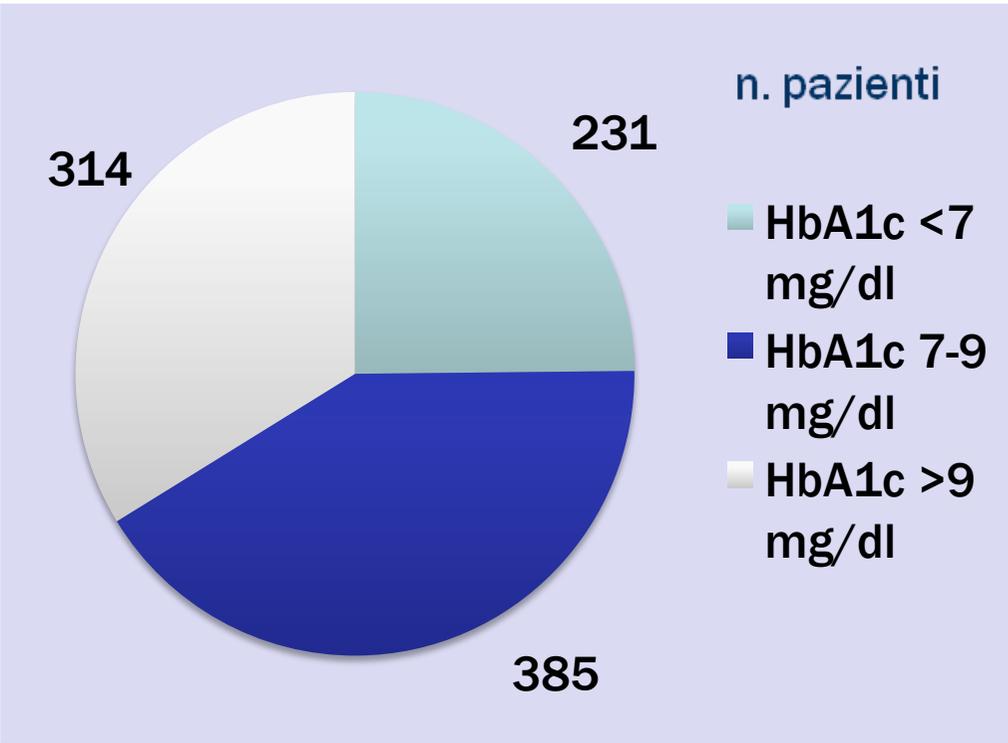
- ✓ 38% dei casi presenta HbA1c >8.0%,
- ✓ 12% ricorre alla terapia insulinica già alla prima visita

INERZIA CLINICA ..?...?

Caratteristiche dei pazienti

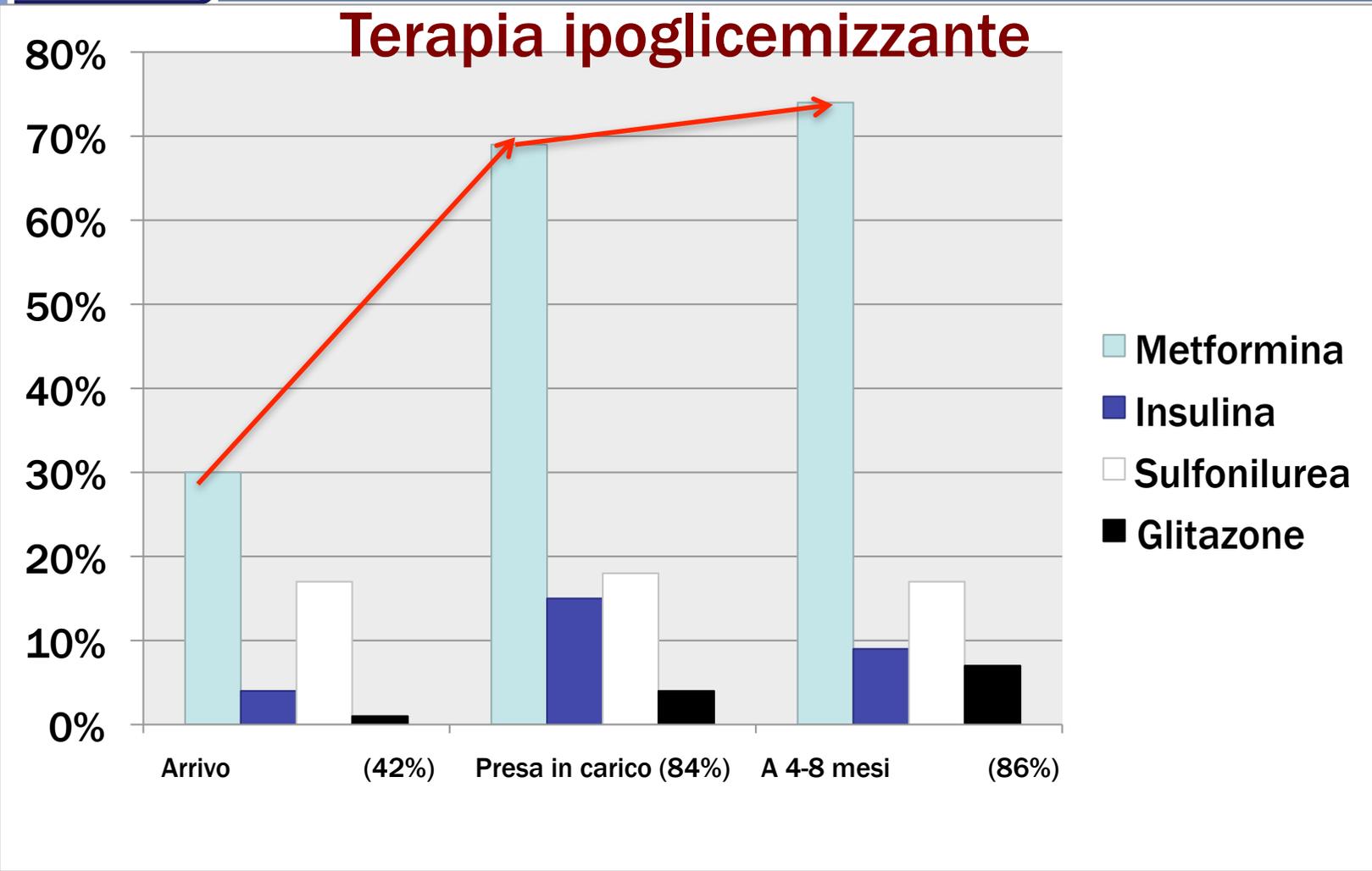
- **Presca in carico**
- **HbA1c (%) media**
8.8±2.2

A 4-8 mesi
HbA1c (%) media
6.6±0.9

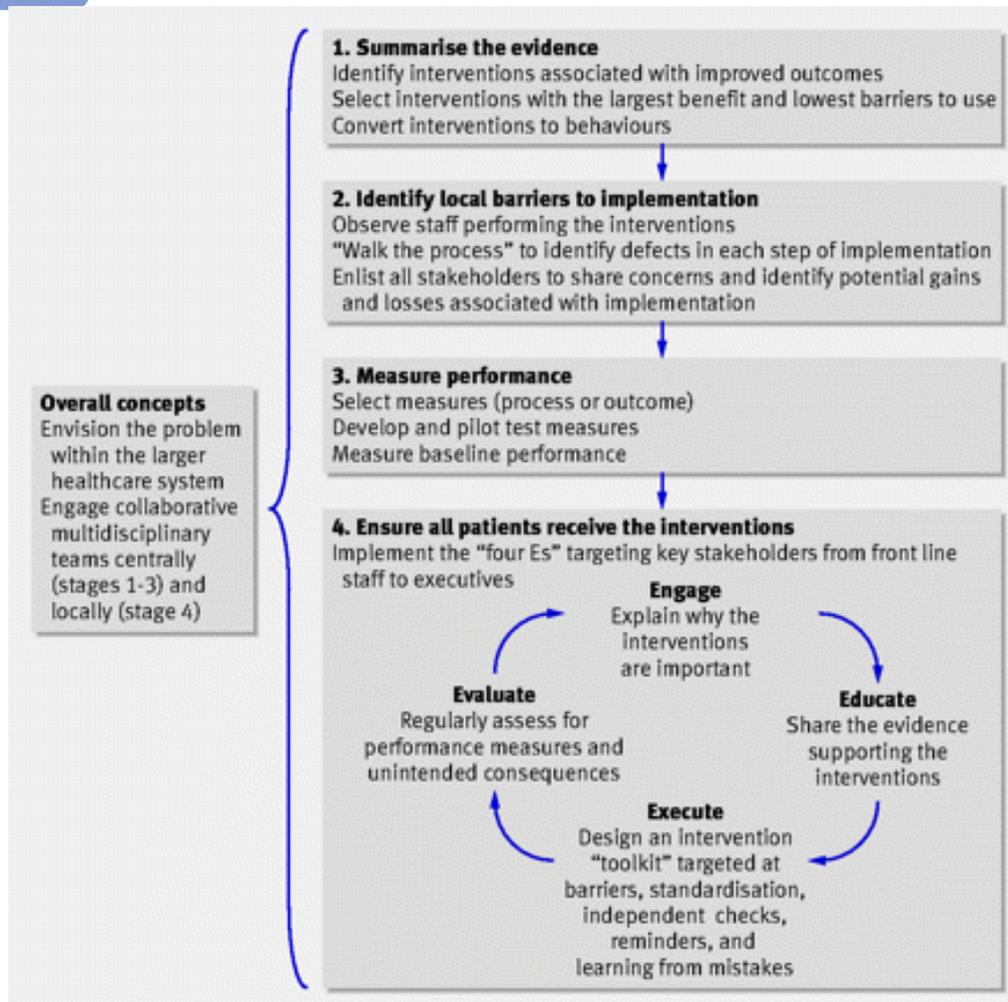


ANALISI RETROSPETTIVA SUI NUOVI ACCESSI AI Servizi di Diabetologia anno 2009
Raccolta dati on line SUL SITO
APERTA DA MARZO A SETTEMBRE 2010

Terapia ipoglicemizzante



Strategie per tradurre le prove nella pratica



Traslare l'evidenza in pratica è un processo complesso che riconosce l'importanza della cultura del cambiamento, del contesto, del team

- ✓ Visione di sistema
- ✓ Evidenze
 - valide,
 - efficaci,
 - possibili
- ✓ Convertire interventi in comportamenti
- ✓ Individuare le barriere locali
- ✓ Misurare i processi ed i risultati
- ✓ Equità

Grazie per l'attenzione!

SAFE **UNIFORM** BEHAVIORAL AND DRUG INTENSIVE TREATMENT FOR **OPTIMAL** CONTROL



subitob! **AMD**
standard