

Editoriale

Carissimi,

sfrutto lo spazio del nostro bollettino per comunicare a tutti voi che anche quest'anno avrà luogo il Convegno del CSR, ma con alcune importanti novità. In primo luogo si chiamerà Congresso del Centro Studi e Ricerche e Fondazione AMD, per iniziare a dare un legame forte fra



le varie attività di AMD. Vedrà poi una forte partecipazione delle Sezioni Regionali all'interno del programma scientifico, con l'obiettivo di valorizzare l'impegno di tutti. Abbiamo poi deciso che sia un Congresso monotematico ed abbiamo scelto la *clinical governance* come tema di fondo di tutto il Congresso. Abbiamo deciso di mantenere il termine inglese di *clinical governance*, perché la mera traduzione in governo clinico è del tutto riduttiva, ma ci abbiamo messo un sottotitolo: "l'accompagnamento efficace della persona con diabete attraverso il nostro mondo diabetologico e il sistema socio-sanitario", per evidenziare una "traduzione" corrispondente alla interpretazione di AMD. AMD, infatti, si è concretamente inserita nella *clinical governance* realizzando, spesso in modo "anticipatorio", una dimensione culturale che, partendo dal bisogno di considerare la centralità della persona nel sistema di cura, ha sviluppato una serie di strumenti integrati per migliorare l'assistenza sanitaria nel nostro Paese.

In questo contesto AMD oggi offre strumenti come:

- La formazione con il metodo della sua Scuola
- Il file dati AMD
- I percorsi assistenziali
- L'educazione terapeutica
- La ricerca sanitaria

Agli strumenti si aggiungono i vari *prodotti* di AMD, rappresentati da:

- Gli Annali AMD

- Gli Standard di Cura
- Il III Manuale di Accreditamento
- Il I Manuale dei Percorsi Assistenziali
- La rete di ricerca
- La formazione alla ricerca
- I prodotti dei gruppi a progetto
- I prodotti delle Sezioni Regionali

Obiettivo generale del Congresso sarà quello di fornire ai partecipanti un aggiornamento sulle principali novità scientifiche, far conoscere i prodotti di AMD e la logica con cui sono nati e favorire il confronto con i propri colleghi su aspetti professionali in ambito di *clinical governance*. Per questo il Comitato Scientifico, su indicazione del CDN, ha definito che le relazioni e gli interventi saranno vincolati ad un denominatore comune: evidenziarne le ricadute per il professionista, per l'organizzazione e per il paziente, suscitando il dibattito fra i partecipanti.

Ogni intervento dovrà rispondere a criteri di rilevanza, validità e applicabilità nella pratica clinica in modo trasparente per tutti gli interessati.

Le letture saranno intervallate da relazioni su temi scientifici controversi e dalla presentazione dei contributi dei Gruppi di AMD alla *clinical governance*.

Verrà inoltre allestito un atelier/laboratorio per le rappresentanze regionali, in una specie di "borsino di iniziative" delle regioni, che permetta, in maniera strutturata all'interno del programma, l'interscambio fra i soci.

Sono previste anche presentazioni di singole iniziative di particolare rilevanza in ambito di *clinical governance* da parte delle Sezioni Regionali

Abbiamo cercato di evitare quanto più possibile sessioni in contemporanea, per permettere a tutti i partecipanti di contribuire al dibattito.

**IN QUESTO
NUMERO**

Editoriale	pag. 1
Convegno CSR-Fondazione AMD	pag. 2
Report delle attività dei gruppi di studio	pag. 3
Aggiornamento Psicopedagogico in Diabetologia	pag. 5
Bioetica, nutrizione e diabete	pag. 6
I Corso di Aggiornamento in Angiologia per Diabetologi	pag. 7
Campionato italiano di mezza maratona atleti con diabete	pag. 8
Diabete e attività fisica	pag. 10
Come nasce il Barometer del diabete	pag. 11
Relazione breve del questionario di Sorrento	pag. 12
Maratona di Roma / Fondazione AMD	pag. 12
Progetto Consiglio	pag. 13
Manuale per la gestione del paziente con Diabete Mellito in ospedale	pag. 15
Vinoterapia e turismo del benessere e del vino	pag. 16



Questo Congresso sarà una opportunità per i Soci AMD di “partecipare” alla crescita di AMD e per questo vi invito fin da ora a voler partecipare numerosi, coordinandovi con i vostri Presidenti Regionali per dare evidenza alle varie iniziative che vengono attuate,

ma spesso, non sufficientemente divulgate. Abbiamo infine una ulteriore opportunità: nel nostro Congresso IDF presenterà la traduzione in italiano dei documenti educativi elaborati in lingua inglese. È per AMD un onore ospiti

la rappresentanti di IDF in un nostro Congresso. Con questo spirito di partecipazione vi aspetto a Cernobbio, dal 8 al 10 ottobre prossimi.

Adolfo Arcangeli

Convegno CSR-Fondazione AMD Cernobbio, 8-10 Ottobre 2008



- **Main topics**
- **Il contributo dei prodotti AMD alla *clinical governance*:**
 - La formazione
 - La qualità
 - La comunicazione
 - La ricerca
 - Il percorso assistenziale
 - L'educazione terapeutica
 - La riflessione interna
- **La Fondazione AMD**
- **Le Sezioni Regionali e le loro iniziative**
- **Controversie nella terapia del diabete:**
 - Incretine o Sulfaniluree?
 - Lipid management: statine (quali?) o statine+ezetimibe?
 - Solo stile di vita alla diagnosi: intervento inutile?
 - I target glicemici: lower is not always better?
 - Variabilità glicemica ed eventi clinici: quali evidenze?
 - Ace-inibitori, sartani o entrambi?
 - Inerzia terapeutica: come superarla?

Associazione Medici Diabetologi



*Arrivederci
a Cernobbio*



REPORT DELLE ATTIVITÀ DEI GRUPPI DI STUDIO

ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI

REPORT DEL GRUPPO A PROGETTO “PSICOLOGIA E DIABETE”

Premessa

Il trattamento del diabete è tra i più complessi, fra le malattie croniche, e i fattori psicosociali hanno dimostrato di svolgere un ruolo importante nella gestione della malattia stessa. Di fatto, la situazione psicologica e sociale possono condizionare la capacità del paziente di adempiere correttamente a tutte le necessità di cura del diabete e di attuare uno stile di vita adeguato alla sua situazione di malattia. (*American Diabetes Association 2004: pp. 162-182*).

Uno dei compiti fondamentali del team diabetologico è quello dell'educazione terapeutica intesa come “formazione del diabetico che si attua come un atto di cura continuo che deve comprendere attività organizzative, includendo supporti psicosociali ed ha come obiettivo quello di rendere il paziente consapevole, informato e motivato per potersi adattare in maniera efficace alla sua malattia”. (*WHO 1998*)

Gli attuali standard di cura dell'ADA e gli standard italiani della cura del diabete (AMD-SID) prevedono di effettuare “una valutazione preliminare psicologica e della condizione sociale già dalla prima visita diabetologica ed inserire il trattamento psicologico nell'ambito delle cure abituali piuttosto che attendere l'identificazione di uno specifico problema o il deterioramento del quadro psichico”.

Descrizione dell'attività

Nell'ottica di un percorso formativo AMD finalizzato alla valutazione degli aspetti psicologici nella gestione della malattia diabetica, si è costituito, nel 2004, il gruppo a progetto AMD “Psicologia e Diabete” formato da diabetologi, psicologi, psichiatri. Tale gruppo interdisciplinare ha realizzato, come team di progettazione e di erogazione, seguendo la procedura operativa P O 001 del Sistema di Gestione e Qualità della Scuola di Formazione Continua AMD, un primo percorso formativo psicopedagogico nel 2004-2005 articolato in un corso nazionale di formazione formatori, e nell'erogazione di 19 corsi periferici.

Nel corso del 2006 e cioè, a distanza di un anno dallo svolgimento dei suddetti corsi, si è svolta la fase di recall, finalizzata alla valutazione dell'efficacia formativa del I Percorso; le risposte ricevute hanno evidenziato l'acquisizione di nuove conoscenze e competenze, l'utilizzo (anche se parziale) degli strumenti di valutazione psicologica proposti e la disponibilità ad approfondire la formazione in tale ambito.

Alla luce delle premesse sopra riportate e dei risultati del primo corso di formazione, il Gruppo a Progetto “Psicologia e Diabete” ha iniziato la realizzazione del II Step di Formazione Psicopedagogica

in Diabetologia, il cui OBIETTIVO Generale riguarda “*La gestione delle difficoltà insite nel processo di adattamento psicologico del paziente alla malattia diabetica*”. In particolare gli OBIETTIVI Specifici del II Corso sono rivolti a:

- Rinforzare le conoscenze e le competenze acquisite nel corso psico-pedagogico di base.
- Fornire gli elementi di conoscenza relativi al processo di adattamento psicologico del paziente al diabete.
- Fornire gli strumenti per saper individuare e valutare i fattori psicologici e sociali che vanno ad interferire sull'adattamento al diabete e quindi sulla gestione della malattia stessa.
- Far acquisire strategie e tecniche di intervento (di tipo psico-educazionale) rivolte a migliorare l'adattamento del paziente alla malattia diabetica.

A tal riguardo, si è tenuto il Corso di Formazione Formatori (Roma, 14-15 marzo 2008), a cui hanno partecipato e dato il loro personale contributo 14 Formatori della Scuola di Formazione AMD. Seguirà la capillarizzazione in periferia (maggio e giugno 2008), attraverso l'erogazione di 5 Corsi Regionali con la collaborazione dei Formatori AMD al fine di garantire uniformità e maggiore efficacia alla metodologia formativa utilizzata (metodo AMD).

Direttore del Corso e Progettazione: Paolo Di Berardino

Responsabile Scientifico: Paolo Gentili

Team di progettazione: P. Di Berardino, P. Gentili, M. Agrusta, T. Bufacchi

Validatore evento: Sergio Di Pietro

ATTIVITÀ DEL GRUPPO DI STUDIO EDUCAZIONE E DIABETE (GISED)

(dicembre 2004 - dicembre 2007)

Bruttomesso D, Careddu G, Clementi L, Gentile S, Girelli A, Orsi M.

Programmi di Educazione Terapeutica per i pazienti

Allo scopo di diffondere a livello nazionale l'implementazione di interventi educativi omogenei, il GISED ha pro-

grammato la preparazione di “Pacchetti Educativi” che contengono semplici protocolli e strumenti operativi, tali da fornire un aiuto organizzativo a quelle strutture diabetologiche che vogliono iniziare o proseguire attività strutturate di educazione terapeutica.

Il primo pacchetto, presentato al Congresso AMD di Sorrento nel novembre 2007, sulla “prevenzione delle lesioni al piede” consta di una “Guida pedagogica” e di un “Kit strumentale”. La “Guida pedagogica” (che può essere utilizzata in tutte le sue parti o solo parzialmente, in



base ai bisogni e alle risorse di ogni struttura diabetologica), accompagna l'equipe diabetologica nel percorso educativo, secondo un modello di "approccio sistemico": definiti gli obiettivi (Tab. 1), per ogni obiettivo sono stati identificati i contenuti del messaggio educativo, suggeriti i metodi pedagogici per trasmetterli e indicate alcune tecniche di valutazione con i relativi strumenti (questionari, griglie di osservazione).

Il "Kit strumentale" è una valigetta che contiene tutto il materiale necessario alla realizzazione pratica dell'educazione sul piede (figura 1).

Il progetto prevede una fase sperimentale di applicazione del "pacchetto educativo" in alcuni centri pilota, già identificati, che lo valuteranno attraverso un questionario; successivamente sarà diffuso nelle varie Strutture Diabetologiche italiane.

Programmi di Formazione degli Operatori Sanitari alla Realizzazione d'ET

Formazione in Educazione Terapeutica per operatori sanitari di Diabetologia

Dal 2004 al 2006 il GISED, in collaborazione con il Prof. A. Maldonato, ha progettato e realizzato 3 corsi residenziali di formazione in Educazione Terapeutica per operatori sanitari di Diabetologia, basati sul "Basic Curriculum" del DESG (Diabetes Education Study Group dell'EASD). A ciascun corso, strutturato in diversi moduli di più giorni, hanno partecipato in totale 92 discenti (medici, infermieri, dietisti, psicologi).

Formazione alla "Terapia Insulinica con Microinfusore"

Il GISED ha progettato la realizzazione di un corso per équipes diabetologiche, allo scopo di far acquisire le conoscenze e competenze necessarie per una corretta educazione del paziente alla gestione della terapia con microinfusore. Per l'erogazione di corsi omogenei a livello nazionale, è stata chiesta la collaborazione della Scuola Permanente di Formazione Continua AMD e del Gruppo di Studio SID-AMD Tecnologia e Diabete. Ad un primo Corso Formazione Formatori (evento scuola AMD), che ha permesso la verifica del percorso formativo e l'ottimizzazione della didattica, hanno fatto seguito i corsi veri e propri (eventi GISED), rivolti ad équipes (medico+infermiere+dietista) con poca o nessuna esperienza in materia. I corsi si sono già svolti in più edizioni, in diverse regioni italiane, a partire dal giugno 2006 e continueranno fino a tutto il 2008.

Programmi di Educazione Sanitaria

Per la popolazione generale

L'Educazione Sanitaria e la sensibilizzazione della popolazione sulla malattia diabetica rappresentano un punto chiave per la prevenzione della patologia e delle sue complicanze. Per raggiungere questo scopo l'Educazione Sanitaria deve servirsi di informazioni scientificamente valide, comprensibili e rispettose della sensibilità delle persone. In base a questi criteri GISED, nel 2005, si è im-

pegnato nella stesura del materiale informativo da distribuire alla popolazione durante la Giornata del Diabete.

Per il personale curante

Nell'ambito della campagna sul Buon Controllo del Diabete promossa dall'International Diabetes Federation e dalle Società scientifiche SID e AMD, insieme alle Associazioni dei pazienti diabetici FAND e AID, il GISED nel 2007 ha realizzato il "Libro Bianco" dal titolo: REALIZZAZIONE MEDICO-PAZIENTE.

Il libro, rivolto ai Diabetologi e in una seconda versione ai Medici di Medicina Generale, tratta della relazione medico-paziente come punto centrale nel processo di cura e fornisce indicazioni pratiche e alcuni strumenti di lavoro utili per migliorare questo processo.

Il GISED ha contribuito anche alla stesura degli Standard Italiani per la cura del Diabete 2007 delle Società SID-AMD, partecipando alla revisione delle proposte sulle raccomandazioni relative all'Educazione Terapeutica del paziente.

All'inizio del 2008 è stato rinnovato il gruppo di Coordinamento del GISED, che, attualmente risulta così composto: Daniela Bruttomesso (Coordinatrice), Mariano Agrusta, Giovanni Careddu, Agata Chiavetta, Emanuele Fraticelli, Alfonso Gigante, Natalia Visalli.

In una prima fase, per garantire continuità ai progetti in corso, continueranno a collaborare i componenti del Coordinamento precedente: Lina Clementi, Sandro Gentile, Angela Girelli, Emanuela Orsi.

Tabella 1. Obiettivi pedagogici previsti nella guida

Obiettivo generale

Il paziente è in grado di prevenire le lesioni ai piedi che possano portare all'amputazione

Obiettivi intermedi

- 1) Il paziente è in grado di effettuare una corretta igiene e cura del piede
- 2) Il paziente sceglie calze e calzature appropriate
- 3) Il paziente è in grado di trattare le piccole lesioni al piede
- 4) Il paziente è capace di evitare i comportamenti a rischio in alcune situazioni



Figura 1. Prototipo del KIT STRUMENTALE



Uno dei compiti fondamentali del team diabetologico è quello dell'educazione terapeutica intesa come "formazione del diabetico che si attua come un atto di cura continuo che deve comprendere attività organizzative, includendo supporti psicosociali ed ha come obiettivo quello di rendere il paziente in maniera efficace alla sua malattia". (WHO 1998)

La situazione psicologica e la condizione sociale possono condizionare la capacità del paziente di adempiere correttamente a tutte le necessità di cura del Diabete; come conseguenza, le condizioni di salute possono essere compromesse. (American Diabetes Association 2004)

Gli attuali standard di cura dell'ADA e gli standard italiani della cura del diabete (AMD-SID) prevedono di effettuare una valutazione preliminare psicologica e della condizione sociale già dalla prima visita diabetologica ed inserire il trattamento psicologico nell'ambito delle cure abituali piuttosto che attendere l'identificazione di uno specifico problema o il deterioramento del quadro psichico.

L'OBIETTIVO Generale, che si intende raggiungere con il presente corso, è di far acquisire al diabetologo conoscenze e competenze, in ambito psico-educazionale, rivolte alla gestione delle difficoltà insite nel processo di adattamento del paziente alla malattia diabetica.

In particolare gli OBIETTIVI Specifici del corso sono rivolti a:

- Rinforzare le conoscenze e le competenze acquisite nel corso psico-pedagogico di base.
- Fornire gli elementi di conoscenza relativi al processo di adattamento psicologico del paziente al diabete.
- Fornire gli strumenti per saper individuare e valutare i fattori psicologici e sociali che vanno ad interferire sull'adattamento al diabete e quindi sulla gestione della malattia stessa.
- Far acquisire strategie e tecniche di intervento (di tipo psico-educazionale) rivolte a migliorare l'adattamento del paziente alla malattia diabetica.
- Ottenere formatori in grado di gestire in modo uniforme l'erogazione dei corsi su tutto il territorio nazionale.



BOARD SCIENTIFICO

MARIANO AGRUSTA

CDN Scuola di Formazione Continua AMD Diabetologia - Cava de' Tirreni - SA

TIZIANA BUFACCHI

Servizio Diabetologia Ospedale Pediatrico Bambin Gesù - Roma

PAOLO DI BERARDINO

CDN Scuola di Formazione Continua AMD Diabetologia - Atri - TE

PAOLO GENTILI

Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica - Università di Roma



Dalla Prefazione

È da tempo che si torna a parlare, e a ragione, di una doppia anima della medicina. Essa trova le sue radici nella stessa natura della professione medica che, dovendo misurarsi con l'uomo colpito dalla malattia, ha bisogno di porsi contemporaneamente e la questione prettamente scientifica del "perché" e la domanda del "come" propria dell'arte, della *techne*. Come scienza opera secondo la logica del sapere, del discernimento tra il vero e il falso, tra il certo e il probabile.

Come *techne* invece ubbidisce alla logica del fare, e di conseguenza alla regola dell'efficienza o dei migliori risultati ottenibili con i minori costi possibili. L'anima scientifica tende a privilegiare un modello clinico sempre più vicino all'attuale Medicina basata sull'evidenza; mentre l'anima tecnologica si concentra invece sullo sviluppo ed il perfezionamento di nuovi e sofisticati strumenti, sia diagnostici che terapeutici, in grado di fornire prestazioni sempre più affidabili.

È ovvio che l'espandersi di una medicina rigorosamente scientifica e tecnologicamente avanzata non può non essere accolta che con entusiasmo e speranza. Tuttavia sarebbe sciocco, e persino pericoloso, abdicare ad ogni atteggiamento critico di fronte ad una medicina che, senza rinunciare alla sue straordinarie conquiste, si trova alle prese con il non facile compito di riconoscere il ruolo strumentale delle "logiche" rispetto al carattere teleologico della persona umana. In questo senso non è corretto, per esempio, porre il problema della "sostenibilità" dalla medicina in termini quasi esclusivamente economici e di risorse sociali, dimenticando che a "sostenere" – si potrebbe anche dire: a sopportare – la professione medica non sono tanto le pur indispensabili risorse tecniche e finanziarie quanto i pazienti stessi.

Viviamo in una cultura prevalentemente "visiva", dove l'immagine è divenuta il principale strumento di comunicazione. La prassi clinica non sfugge a questa regola, tanto più che le immagini sono diventate uno strumento favoloso per la diagnosi rapida e sicura delle principali malattie. Ma pur riconoscendo che l'occhio merita e deve avere la sua parte, non possiamo dimenticare che la medicina è fondamentalmente la professione del logos, la professione dell'ascolto, la professione di chi si comunica attraverso la parola. La parola richiede una prossimità che è fondamentale per una buona relazione medico-paziente. La parola non trasmette solo un dato o una verità, la parola esprime l'intero soggetto. Quando un malato confida al suo dottore che sente un forte dolore nel fianco, più che rivelare un sintomo, sta dicendo che lui è e si riconosce un soggetto sofferente. Ed è sulla base di questo riconoscimento tra persone che nel medico si desta la domanda del "perché" della sofferenza e del "come" alleviarla.

Queste riflessioni sono dettate dalla duplice necessità: 1) di sottolineare il contesto clinico in cui è cresciuta la Bioetica e, con essa, una nuova Etica clinica, e 2) di presentare l'opera del Dott. Tagliaferri che viene proprio a collocarsi nell'alveo di una medicina rigorosamente scientifica e, come vuole per l'appunto la Bioetica, attenta alla centralità dell'uomo attenta al primato della persona.

Del volume del Dott. Tagliaferri la prima cosa che si può osservare e che si tratti di un'opera inusuale sia per la tematica che per la metodologia. Infatti, il titolo "Bioetica, Nutrizione e Diabete" non trova facile riscontro nella letteratura specializzata, e sono convinto che solo per questo sia già meritevole di attenzione. Certo, il diabete appartiene a quella importante cerchia di malattie strettamente collegate alle abitudini comportamentali. Un diabetologo, oppure un dietologo, non

MARCO TAGLIAFERRI

Bioetica, nutrizione e diabete

BIOETICA

NUTRIZIONE E DIABETE

CONDOTTA UMANA

OGGETTO

DCA

Biotecnologia

Nutrizione Artificiale

Educazione Alimentare

Comunicazione

Relazione Terapeutica

Linguaggio della Patologia Cronica

Etica della cura

Il malato a domicilio

Qualità della vita

Volontariato

Raccolta di relazioni
2002-2006

deve combattere contro un virus o contro un tumore. Eppure riconoscendo il ruolo sempre più evidente dei fattori genetici nell'insorgenza delle malattie metaboliche non c'è dubbio che la risposta comportamentale del paziente è decisiva. E parlare di comportamento umano è parlare di etica. Mi sembra che questa sia la prospettiva che il Dott. Tagliaferri ha saputo cogliere e trasmettere in modo del tutto originale.

Per quanto riguarda il metodo, la veste grafica non deve trarre in inganno. L'autore – ben conosciuto per la sua competenza scientifica e clinica – presenta una raccolta di presentazioni commentate che, se da una parte devono fare a meno dei riferimenti scientifici, dall'altra concentrano l'attenzione sul cuore del problema con un linguaggio asciutto, estremamente chiaro ed efficace. Le diapositive "parlano", non sono semplici immagini nel senso che ho indicato prima. Le diapositive aprono proseguono un discorso strettamente clinico e per questo rigorosamente etico, dove il personaggio prevalente non è l'uditorio ma il paziente. Penso che per spiegare il senso delle mie parole la cosa più efficace si "ascoltare" il capitolo 9, "Etica della glicemia".

Nel rispetto della brevità che deve accompagnare una prefazione, non mi resta che augurare al Dott. Tagliaferri un proficuo proseguimento del suo lavoro come clinico e come bioeticista, poiché ritengo che con questa sua fatica editoriale abbia dimostrato, al di là di ogni ragionevole dubbio, quanto possano e debbano convivere la Clinica e la Bioetica, anche nel campo finora poco esplorato delle malattie metaboliche.

Ignacio Carrasco de Paula
Direttore Istituto di Bioetica
della Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma



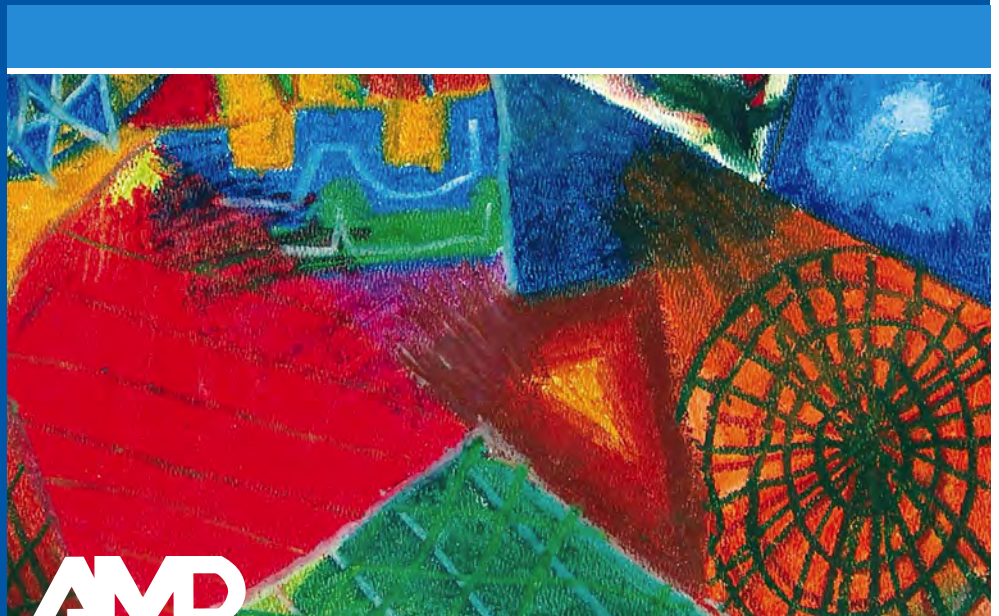
I Corso di Aggiornamento in Angiologia per Diabetologi

Napoli 14/16 Febbraio 2008

Il diabete mellito è una malattia caratterizzata da un rischio cardiovascolare più elevato rispetto alla popolazione generale di 4-6 volte. Tale rischio è correlato a vari parametri come durata della malattia, livello del compenso metabolico, familiarità, malattie associate come obesità, ipertensione arteriosa ecc. Molto spesso la stessa diagnosi di diabete viene formulata in corso di complicanza acuta di tipo cardiovascolare. Pertanto il diabetologo deve sviluppare una serie di conoscenze e di competenze di tipo cardiovascolare. Da queste considerazioni scaturisce l'interesse per l'acquisizione di conoscenza dei criteri diagnostici, della gestione clinica e della terapia delle malattie cardiovascolari destinata alle equipe diabetologiche. Questo corso si propone di migliorare conoscenze e competenze di tipo cardiovascolare ed angiologico a beneficio delle equipe diabetologiche. Non si richiede al diabetologo di porre diagnosi e fare terapia specialistica specifica ma gli si richiede invece di maturare competenze che gli possano consentire di inserirsi in modo corretto sui percorsi diagnostico-terapeutici di tipo angiologico e cardiovascolare, sapendo quando e quale test diagnostico va richiesto in quale paziente ed in quale fase della sua malattia. Il diabetologo deve saper interpretare un referto diagnostico strumentale e deve saper tracciare una linea di confine tra le proprie competenze e quelle degli altri specialisti, costruendo un percorso diagnostico-terapeutico integrando professionalità diverse.

Lo scopo fondamentale di questo che è il primo di una serie di corsi interregionali, è quello di migliorare l'approccio globale al diabetico ottimizzando l'appropriatezza prescrittiva di esami e consulenze in ambito angiologico, evitando così prescrizioni ridondanti e non necessarie, contribuendo così a ridurre liste di attesa e razionalizzando risorse in modo da collocarlo in altri ambiti, sempre nel rispetto della qualità.

Scopo ulteriore è quello di consentire al diabetologo di conoscere quali sono gli elementi irrinunciabili di un "buon referto" e quali sono le linee guida prescrittive in ambito di diagnostica vascolare, sempre nell'ottica della qualità e dell'ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici.



Associazione Medici Diabetologi Italiani
Sezione Regione Campania

CORSO DI AGGIORNAMENTO IN ANGIOLOGIA PER DIABETOLOGI

Napoli 14, 15 e 16 Febbraio 2008

Jolly Hotel · Via Medina, 70

l'iniziativa è resa possibile grazie ad un contributo educazionale di

GUIDOTTI



Segreteria Organizzativa



Delos srl Viale A. Gramsci, 19 80122 Napoli
www.deloscongressi.it e-mail: info@deloscongressi.it

Responsabili del Convegno
Vincenzo Armentano, Sandro Gentile

Comitato Scientifico
Maria Amitrano, Vincenzo Armentano,
Raffaele De Filippo, Jole Gaeta, Sandro Gentile

Consiglio Direttivo AMD - Sez. Campania

PRESIDENTE Pasqualino Calatola

VICE PRESIDENTE Nicoletta De Rosa

CONSIGLIERI Antonio De Matteo
Oreste Egione
Paola Mattei
Ettore Petraroli
Ernesto Rossi

SEGRETARIO Pasqualina Memoli



Alla Beat Pippo trionfa il confronto!

CAMPIONATO ITALIANO DI MEZZA MARATONA ATLETI CON DIABETE

Beat Pippo Challenge 2007 - Trofeo Changing Diabetes - 5^a ed. Camp. Aniad
Mazara del Vallo, 8-9 dicembre 2007

Si è svolto a Mazara del Vallo il 9 dicembre 2007 il Campionato Italiano Mezza Maratona Atleti con Diabete. La "Beat Pippo", come è stata battezzata l'intera manifestazione, in onore del promotore nonché campione in carica, Pippo Pipitone, ha radunato in tutto 36 atleti provenienti da varie regioni italiane, accomunati dalla passione per lo sport e dall'esigenza di confronto reciproco sulla gestione della problematica diabete nel contesto dell'attività sportiva.

Innanzitutto, la diffusione pubblicitaria via web, sui siti dedicati all'attività sportiva e al diabete, ha permesso di rendere noto il programma della manifestazione e ha consentito agli interessati di iscriversi mediante un apposito modulo, da compilare e inviare via mail, in cui venivano anche richiesti oltre a quelli anagrafici, anche dati riguardanti il diabete, lo sport e la convivenza di diabete e sport agonistico.

Questo ha consentito di elaborare una sorta di carta d'identità di tutti i partecipanti che ha permesso di adattare il più possibile l'intera manifestazione alle loro esigenze personali. In tutto dunque 36 partecipanti, 32 uomini e 4 donne, di età compresa tra 27 e 60 anni, quasi tutti con diabete tipo 1 (31 su 36) con esordio in giovane e giovanissima età, normopeso, ben compensati (il 33% riferiva $HbA1c < 6.5$ e il 72% < 7.5). Si tratta di soggetti molto attenti alla gestione del diabete, che registrano una media di circa 4 controlli glicemici giornalieri e regolari visite periodiche dal diabetologo di fiducia, opportunamente informato della loro passione sportiva che, peraltro, nel 72% dei casi era antecedente all'esordio del diabete. Tutti mostrano particolare abilità nell'adeguamento della posologia insulinica nelle varie condizioni (in 11 fanno uso di microinfusore)

e maturità nella valutazione della rilevazione glicemica in relazione alla gestione dell'attività sportiva sia in allenamento che in gara. Relativamente all'attività agonistica in sé, mediamente l'allenamento si svolge con frequenza di 3-4 volte a settimana, con percorrenza media di circa 40 Km, e con una certa costanza in tutti i periodi dell'anno che consente di raggiungere, in alcuni casi, record personali di tutto rispetto (fino a 2h 52' per la maratona, 1h 22' per la mezza maratona e 36' 12" per i diecimila). Il tutto per un obiettivo nobile che è il puro divertimento, inteso come realizzazione di un legittimo piacere personale che in più, aiuta a ottimizzare la convivenza con una condizione cronica, fedele compagna di vita.

La gara podistica della domenica è stata preceduta da un momento scientifico di grande rilevanza, denominato "Beat Pip-





po Marathon Clinic” che ha impegnato l'intero pomeriggio del sabato, in cui, dopo l'apertura dei lavori da parte dell'organizzatore Pippo Pipitone, campione in carica e padrone di casa, il saluto del Dott. Giacomo Angileri, fondatore del reparto di Diabetologia del PO di Marsala, e del Dott. Antonino Lo Presti, presidente regionale AMD, con sapiente gestione delle tempistiche in simpatia da parte di Cristian Agnoli, presidente di Diabete No Limits Onlus, si è dato il via a un coinvolgente e partecipativo confronto tra atleti ed esperti, in un'atmosfera serena e allegra, senza i classici cliché del congressualismo standard, ma come buoni amici che si scambiano consigli, esperienze e sensazioni.

L'avvio al Marathon Clinic è stato dato dalla presentazione, da parte della Dott.ssa Antonietta M. Scarpitta dell'UOC Diabetologia del PO di Marsala, della Beat Pippo Identity Card, contenente tutti i dati emersi dall'analisi delle schede di iscrizione e che ha permesso a tutti i presenti di conoscersi tra loro. A seguire, una lezione frontale tenuta dal Dott. Gerardo Corigliano, presidente ANIAD, dal titolo “Sport agonistico e diabete: come, quando, perché?” e infine il tanto atteso Workshop interattivo “Exchanging Diabetes: atleti a confronto”, moderato dal Prof. Pierpaolo De Feo, DIMISEM, Università di Perugia, in cui sono state proiettate e discusse una ad una, tutte le domande agli esperti elaborate dagli stessi atleti all'atto dell'iscrizione alla manifestazione, in un'atmosfera calda e familiare. Protagonisti assoluti del forum interattivo sono stati gli atleti, tutti attivamente partecipi e interessati ad affrontare le problematiche relative ad un'attività sportiva praticata a livello amatoriale, ma con costanza e intensità, e con partecipazione a competizioni agonistiche di un certo livello. Scopo del clinic, aiutare a comprendere meglio gli aspetti legati alla gestione della pratica sportiva nel contesto del problema diabete, dalla preparazione atletica al controllo dello sforzo e recupero infortuni, dall'ottimizzazione del compenso glicemico, alla gestione delle situazioni estreme di ipo-iperiperglicemia. Obiettivo raggiunto pienamente, oltre che per la rilevanza professionale degli esperti presenti in sala, anche per la possibilità di confronto e scambio di esperienze tra gli stessi atleti. Un momento indimenticabile, come emerso dai moduli satisfaction prodotti al termine della manifestazione, anche per il valore propedeutico alla gara podistica della domenica mattina.

Il campionato italiano mezza maratona



atleti con diabete si è svolto all'interno della Maratonina di Sicilia, che ha visto l'affollatissima partecipazione di oltre 600 iscritti, tutti recanti il pettorale con la scritta Changing Diabetes. Vincitore della gara, Augusto Zecca, che, tra gli applausi, termina con lo splendido tempo di 1h25:04, primato personale, che vale pure il 62° posto nella classifica assoluta della Maratonina di Sicilia. Ad un minuto esatto di distacco, Cristian Agnoli, vice-campione e 76° nella graduatoria generale. Al terzo posto un ottimo Oscar Dalbard che chiude in 1h28 (97° assoluto). Il campione in carica Pippo Pipitone chiude in 1h40 sopportando eroicamente il dolore al piede destro che lo assilla da qualche tempo, spronando tutti i partecipanti lungo il percorso. Solo un ritiro dalla gara, percentuale non difforme da quella dei non diabetici, a seguito di un'ipoglicemia non avvertita per tempo, e successivi crampi muscolari.

Insomma, una grande festa cui hanno partecipato anche accompagnatori e diabetologi che hanno preso parte alla corsa (competitiva e non) indossando le magliette con lo slogan “Io mi curo correndo ... e tu?”. Analogo abbigliamento identificativo per tutti coloro che si sono prodigati nelle rilevazioni glicemiche pre e post gara e nel rifornire di zuccheri all'occorrenza, lungo il percorso.

Per concludere, qui sotto, due citazioni, una di Pippo e una di Cristian, persone con diabete non hanno mai smesso di credere nella riuscita della Beat Pippo:

“Non corro per dimostrare qualcosa, ma

correndo dimostro qualcosa” (Pippo Pipitone, promotore della Beat Pippo);

“L'acronimo IDDM non identifica solo la nostra patologia ma anche la formula Beat Pippo: “I” come “Informare”, “D” come “Dibattere”, “D” come “Divulgare”, “M” come “Motivare allo Sport.” (Cristian Agnoli, presidente di Diabete No Limits Onlus).

Esperienza, la Beat Pippo, ricca di contenuti non solo scientifici, ma soprattutto umani, utile esempio da riproporre nelle varie realtà locali, sia per chi è affetto da diabete, sia per tutti i componenti del team diabetologico, al fine di diffondere un messaggio di libertà di scelte di vita indipendente dalla presenza di una condizione cronica.

Per questo Riva del Garda, il 15-16 novembre p.v. ospiterà l'edizione 2008 del “Campionato” dedicato ai Mellito Runners in concomitanza con la Garda Trentino Half Marathon. Dopo Beat Pippo, sarà dunque, Vivaci Mellito Marathon: questo il nickname del prossimo appuntamento di confronto per aprirsi allo sport, al diabete, alla vita e agli altri (info: www.diabetenolimits.org).

Beat Pippo team:

Dr Antonietta M. Scarpitta
Dirigente medico di Endocrinologia UOC
Diabetologia e Malattie del Ricambio PO
Marsala

Pippo Pipitone
DM1, promotore della Beat Pippo

Cristian Agnoli,
DM1 presidente di Diabete No Limits Onlus



Con il patrocinio di

ASSOCIAZIONE ITALIANA
DI DIETISTICA E NUTRIZIONE CLINICA
ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI
SOCIETA' ITALIANA DI DIABETOLOGIA
COMITATO NAZIONALE F.M.S.I
COMITATO REGIONE CAMAPANIA F.M.S.I.
CONI COMITATO PROVINCIALE DI CASERTA

COMUNE DI CASERTA
Assessorato alla Cultura e spettacolo, beni culturali e monumentali

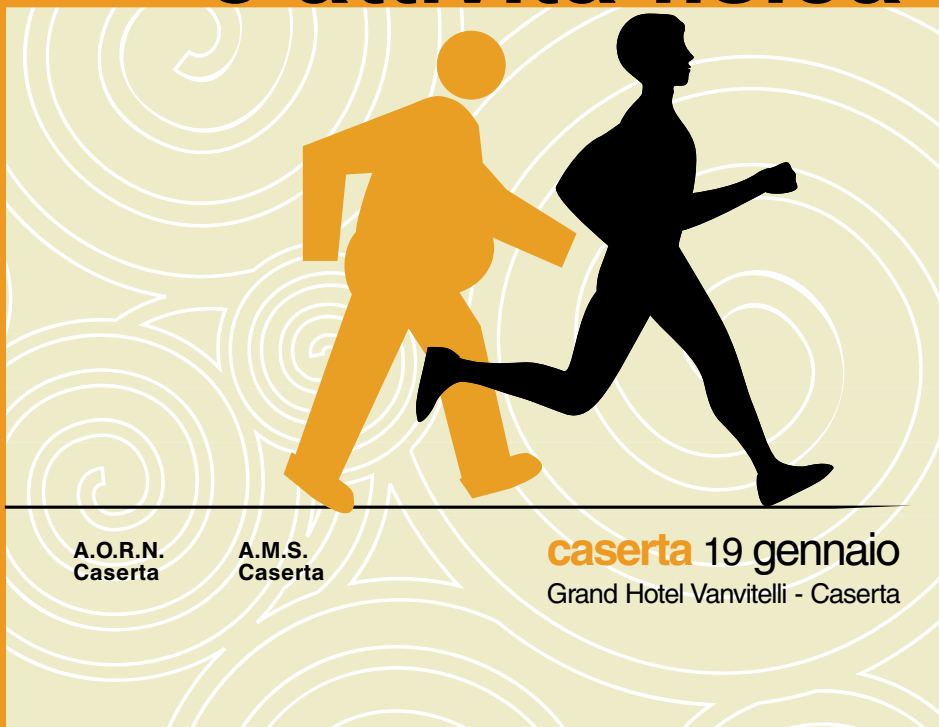
PROVINCIA DI CASERTA
Assessorato al Turismo, Sport, Azioni positive per i giovani ed il tempo libero

REGIONE CAMPANIA
Assessorato allo Sport

Con il contributo di:

COMITATO NAZIONALE F.M.S.I
LILLY SPA
NOVONORDISK
ROCHE

Diabete e attività fisica



A.O.R.N.
Caserta

A.M.S.
Caserta

caserta 19 gennaio
Grand Hotel Vanvitelli - Caserta

8.30-9.00

Registrazione dei partecipanti
Saluto delle Autorità

I Sessione

Moderatori

C. BRIGANTI - M. PARILLO

9.30

Fisiopatologia dell'esercizio fisico aerobico ed anaerobico
M. MONDA

10.00

Effetti dell'esercizio sull'insulina resistenza e sul metabolismo glucidico
G. ANNUZZI

10.30

Coffe break

11.00

Importanza dell'attività fisica nel paziente diabetico
G. CALDARONE

11.30

L'implementazione dell'attività fisica nel paziente diabetico
G. CORIGLIANO

12.00

Discussione Generale

13.00

Pausa pranzo

II Sessione

Moderatori

A. GARGIULO - G. RICCARDI

14.30

Alimentazione nel paziente diabetico che pratica attività fisica
G. FATATI

15.00

Integratori e strategie per aumentare la performance del paziente diabetico che pratica attività fisica
M. GIAMPIETRO

15.30

Terapia insulinica durante l'attività fisica
P. DE FEO

16.00

Discussione Generale

16.30

Tavola rotonda con esercitazioni pratiche: Come praticare l'esercizio fisico

18.00

Compilazione questionario ECM

Relatori e Moderatori

G. RICCARDI

Professore Ordinario di Endocrinologia Università degli Studi di Napoli "Federico II"

G. ANNUZZI

Università Federico II di Napoli

C. BRIGANTI

Presidente Associazione Medico Sportiva Casertana

G. CALDARONE

Scuola di Specializzazione in Medicina dello Sport - Università La Sapienza - Roma

G. CORIGLIANO

Dirigente del servizio di diabetologia AID

P. DE FEO

G. FATATI

A. GARGIULO

M. GIAMPIETRO

Scuola di Specializzazione in Medicina dello Sport
Università di Modena e Reggio Emilia e Università La Sapienza di Roma

M. MONDA

M. PARILLO

A.O.R.N. Sant'Anna e San Sebastiano, Caserta

Dipartimento di Diabetologia, Malattie del Metabolismo e Nutrizione Clinica

Segreteria Scientifica

CLAUDIO BRIGANTI

MARIO PARILLO



COME NASCE IL BAROMETER DEL DIABETE

In medicina, come in ogni altra disciplina o aspetto della vita, ciò che è misurabile è migliorabile. Questo assioma è divenuto una priorità in diabetologia come ci hanno mostrato gli Annali AMD.

Si sente quindi la necessità di avere un "barometro" che, aggiornato di anno in anno, ci ragguagli sullo "stato di salute" dell'assistenza come di tutti gli altri aspetti della diabetologia italiana. L'esperienza del barometro nasce nell'Unione Europea che alcuni anni fa ha realizzato, attraverso un'indagine epidemiologica in 15 paesi, una mappatura globale di ciascun paese della situazione economica, psico-sociale e sanitaria dei cittadini dell'Unione denominata Eurobarometer, con interessanti spunti riguardanti le malattie metaboliche. Ad esempio la misura 58.2 ha investigato sullo stile di vita e sull'abitudine all'attività motoria della popolazione tanto che oggi possiamo conoscere il dispendio energetico medio europeo in met/m'/sett.

Gli Annali, il rapporto Dawn, gli Standard di Cura e le call to action che ne dovranno derivare potranno dare un importante apporto alla realizzazione di un Barometro della diabetologia italiana. Il lavoro è già iniziato con la presentazione nel dicembre 2007 al CONI del primo Barometro italiano dell'attività fisica. Il Forum, dunque, si preannuncia denso di interesse e di aspettative. G.C.

NATIONAL CHANGING DIABETES FORUM

Riscaldamento globale, obesità, terrorismo, povertà, disordini politici, malaria e HIV/AIDS. Le minacce al mondo sono numerose. Essenzialmente si tratta di minacce globali; alcune sono collegate fra loro e non rispettano i confini delle nazioni.

Il diabete è stato per lungo tempo un membro silenzioso di tale gruppo.

Ma il 20 Dicembre 2006 le Nazioni Unite hanno adottato una Risoluzione storica che riconosce il diabete quale seria minaccia a livello mondiale e spinge tutte le nazioni a fornire cure per il diabete e a migliorarle.

In sintonia con questo momento storico del diabete, è stato ospitato a New York il Global Changing Diabetes Leadership Forum, il 13 ed il 14 marzo 2007.

Al Forum, decision-makers ed opinion-leaders di 21 nazioni del pianeta, oltre il l'ex Presidente degli Stati Uniti Bill Clinton, hanno preso atto della situazione, hanno interagito ricercando nuove soluzioni e si sono impegnati a tornare a casa ed adoperarsi in maniera decisiva per cambiare il diabete nei loro paesi.

Per l'Italia erano presenti con un ruolo ufficiale il Sen. Ignazio Marino, Presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato, il Sen. Antonio Tomassini Presidente della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, la Dott.ssa Paola Pisanti, Presidente della Commissione Nazionale sul Diabete del Ministero della Salute e il Prof. Massimo Massi Benedetti, Vice Presidente dell'IDF.

Il Forum è stato caratterizzato principalmente dal senso di urgenza.

Il diabete potrebbe divenire la peggiore pandemia del XXI secolo e noi non avremo scuse se non cambiamo ora il corso della storia.

Alla luce di questa conoscenza è obbligatorio agire.

Il Leadership Forum ha individuato quattro condizioni fondamentali per infondere la spinta necessaria:

- Abbiamo bisogno di affrontare la negazione del problema da parte dei politici e dell'opinione pubblica - la Risoluzione delle Nazioni Unite sul diabete costituisce un importante primo passo.
- Abbiamo bisogno di un impegno trasversale nelle aree della politica - il diabete non è solo un problema che riguarda i Ministri della Salute.
- Abbiamo bisogno di un approccio sia a livello globale che locale - possiamo imparare molto dalla lotta all'HIV/AIDS.
- Abbiamo bisogno di nuove alleanze e del coinvolgimento del settore privato - i lavoratori dipendenti sostengono una larga parte del peso del diabete ed è chiaramente nel loro stesso interesse unirsi alla lotta per sconfiggerlo.

Al Leadership Forum ci si è trovati concordi anche sui più importanti punti fermi della riforma della cura del diabete: dobbiamo riconoscere la complessità della malattia ed affrontarla nella totalità del suo ciclo, dobbiamo misurare il valore del trattamento per i singoli pazienti e dobbiamo condividere questa informazione, ed infine dobbiamo creare una impostazione sociale che sostenga uno stile di vita sano.

Per quando riguarda la pandemia diabete è ovvio che raggiungere più persone con medicine e dispositivi per la somministrazione è solo una parte della soluzione. Come rilevato al Leadership Forum, affrontare le questioni relative allo stile di vita, cambiare l'impostazione della società e fornire

accesso alla sanità sono componenti egualmente fondamentali della sconfitta del diabete.

Ecco perché dobbiamo lavorare con i politici, i rappresentanti dei governi, i professionisti del sistema sanitario, le persone con il diabete ed i loro parenti.

Insieme, dobbiamo trovare le modalità per fronteggiare la malattia agli stadi iniziali.

Prevenire è meglio che curare e curare prima è molto meglio che curare dopo.

Quindi dobbiamo promuovere consapevolezza nell'opinione pubblica e rendere possibili la diagnosi preventiva e gli schemi di intervento precoce. È inaccettabile che la negazione del problema, la mancanza di coordinamento ed il taglio dei costi siano di ostacolo ad una cura migliore.

Il 7 Novembre 2007 è stato lanciato a Bruxelles presso il Parlamento europeo il programma Changing Diabetes Barometer il cui primo report è stato presentato in quella occasione.

Il barometro sarà annualmente realizzato tramite partnerships istituzionali e contribuirà a fissare le priorità ed i target per i piani d'azione a livello nazionale.

In questo l'Italia sta dando apporti significativi sia con la pubblicazione degli Annali, del rapporto DAWN e degli Standard di cura.

E questo non solo nel campo dei target glicemici e metabolici, ma andando anche ad analizzare le effettive barriere che esistono oggi al raggiungimento di una condizione ottimale.

Migliorare la qualità di vita delle persone con diabete e prevenire attraverso un corretto stile di vita è un obiettivo su cui bisogna impegnarsi.

Siamo consapevoli della sfida e non possiamo permetterci di fallire. La buona notizia è che sappiamo anche come è fatta una buona cura del diabete.

In relazione a questo obiettivo che sicuramente è stato condiviso tra tutte le Società Scientifiche Italiane, si è inteso organizzare, un National Changing Diabetes Forum, da svolgersi in una giornata il 4 Aprile 2008 a Roma che sarà riservato esclusivamente ai membri dei Consigli direttivi dell'AMD, SID e SIEDP ai Presidenti o referenti regionali delle stesse e ai membri del board scientifico e ai rappresentanti della stampa nazionale e locale.

Il Forum, sarà organizzato sotto l'egida dell'IDF, dell'AMD della SID e della SIEDP, e dalla Novo Nordisk.

Durante la celebrazione della Giornata Mondiale delle Nazioni Unite sul Diabete, sia il Senatore Marino, Presidente della Commissione Igiene e sanità del Senato, che la Senatrice Baio Dossi, nel loro saluto hanno evidenziato il loro impegno nell'organizzazione dell'evento.

Le Società Scientifiche hanno individuato un Comitato Scientifico che avrà il mandato di definire temi, obiettivi e format dell'evento.

Il Forum avrà l'obiettivo di focalizzare l'opinione pubblica nazionale, anche attraverso l'intervento di autorità politiche e di ospiti illustri, sulla necessità di compiere sforzi comuni per combattere adeguatamente questa moderna pandemia.



RELAZIONE BREVE DEL QUESTIONARIO DI SORRENTO

In occasione del Congresso Nazionale di Sorrento è stata effettuata un'indagine per rilevare la qualità percepita dell'associato e dei suoi sostenitori in riferimento alle attività di ricerca e formazione condotte dall'associazione e della fondazione AMD nel biennio 2006-2007.

In sintesi i risultati del questionario hanno rilevato che il socio AMD riconosce all'associazione una buona capacità nel raggiungere gli obiettivi, nel rendere accessibili le informazioni in merito all'organizzazione e al suo funzionamento, nel rappresentare la categoria professionale e nel trasferire valori (di eticità professionale, di miglioramento continuo, di partecipazione, di coinvolgimento e orientamento all'eccellenza).

Esistono situazioni di giudizio sufficientemente positivo, ma che richiedono una certa attenzione. Ciò riguarda soprattutto la capacità di AMD nel rilevare i bisogni, nello sviluppare prodotti in linea con le esigenze, nel comunicare i prodotti e i risultati. Emerge chiaramente la necessità di intraprendere attività di rilevazione delle esigenze e, conseguentemente, di sviluppare strumenti in linea con i bisogni del socio. Infatti la "sofferenza" causata dalla distanza tra l'ideale lavoro prescritto in un modello o standard raccomandato e il lavoro in pratica si riflette negativamente su alcuni Staff, quali la Qualità e PDTA, perché essi sono orientati più di altri gruppi di lavoro ad offrire strumenti per la complessa gestione della "quotidianità". Gli strumenti proposti sembrano essere percepiti dai diabetologi come ancora distanti dalle proprie esigenze reali. Proprio per questo lo Staff Qualità e il PDTA risento-



Carlo Rizzi
carlo@rizzict.com

no particolarmente del problema della mancanza di rilevazione dei bisogni.

Infine, a causa della presenza di percentuali significative di "Non so", si rileva un probabile problema di marketing e di comunicazione interna, soprattutto nella attività di divulgazione dei risultati raggiunti. Vi è da considerare che tale problematica è anche influenzata dal fatto che AMD produce molti prodotti distribuiti in diverse iniziative che non raggiungono l'interesse di tutti o della maggior parte dei soci, un tipico effetto di "frammentazione dei risultati".

Sulla base dei risultati ottenuti è possibile individuare due problematiche principali, la prima riguarda la comunicazione dei prodotti e strumenti di AMD che risulta frammentata. Questa inefficacia può essere risolta attraverso lo sviluppo di prodotti di comunicazione che rappresentino in maniera sintetica e completa le attività e gli impegni di AMD, come ad esempio il Bilancio di Comunicazione Sociale biennale. La seconda, invece, concerne lo sviluppo di strumenti in linea con i bisogni del socio. Questo problema è meno semplice da risolvere rispetto al precedente, richiede, infatti, un insieme di attività rivolte allo studio del contesto organizzativo e, in particolar modo, si tratta di rivolgere l'attenzione alla pratica lavorativa. In sintesi, bisognerebbe aprire un orizzonte di ricerca-azione nel campo delle scienze organizzative orientate alle analisi delle best-practices, con il fine di sviluppare maggiori conoscenze sul contesto lavorativo di un team diabetologico per produrre prodotti più concreti con le reali esigenze.

MARATONA DI ROMA/FONDAZIONE AMD



diabetenograzie

Un'iniziativa per la promozione della salute e la prevenzione del diabete della Fondazione AMD Onlus giunta alla seconda edizione per la Maratona di Roma. Al Villaggio Olimpico è stato presente, durante la manifestazione nei giorni 14, 15 e 16 marzo 2008, uno stand della Fondazione per lo screening sulla prevenzione delle patologie cardiovascolari e del diabete che ha visto impegnati Sergio Leotta ed il suo team con la collaborazione dell'ANIAD Associazione Nazionale Atleti Diabetici nelle persone di Gerardo Corigliano, Presidente Nazionale e Felix Strollo, delegato regionale ANIAD. Cinque atleti diabetici hanno preso parte alla maratona.



Editoriale

Lo studio Consiglio dopo nove mesi di attiva raccolta dati, si sta avviando alla fase conclusiva che prevede l'invio dei dati al database centrale di progetto da parte degli specialisti aderenti, l'acorpamento e l'analisi dei dati pervenuti e infine la loro divulgazione in ambito congressuale e tramite pubblicazioni.

Ad oggi le schede pervenute hanno superato le 7.000, ma ci si attende che per la chiusura dello studio, fissata per fine febbraio 2008, tale numero possa ancora incrementarsi significativamente. Una numerosità consistente della banca dati permetterà, nella fase di analisi, di pervenire ad una descrizione ancora più precisa dell'attività svolta dal diabetologo in ambito ospedaliero e ben rappresentativa delle diverse realtà nazionali. Essa permetterà di effettuare, inoltre, non solo le attese valutazioni di tipo generale, ma fornirà anche alcune indicazioni e spunti per riflessioni sulle possibili differenze riscontrabili ad esempio tra ospedali di diversa dimensione, o tra strutture che presentano un diverso numero di diabetologi.

I dati fino ad oggi raccolti sono stati monitorati nel tempo e sono stati periodicamente presentati in maniera sintetica nelle newsletter. Una prima presentazione più strutturata del progetto è stata effettuata tramite un poster presentato all'ultimo congresso nazionale AMD, tenutosi a Sorrento alla fine di Novembre 2007.

I primi risultati raccolti e l'interesse mostrato dai diabetologi partecipanti all'indagine, hanno fatto riflettere ancora una volta il comitato scientifico sull'importanza di dare maggiore risalto all'iniziativa. In occasione di un recente incontro hanno formulato l'idea di portare a conoscenza dello studio e dei risultati ad esso connessi, anche ad altri colleghi, utilizzando a tale scopo, quale canale informativo, le stesse società scientifiche AMD e SID e i loro mezzi di divulgazione, quali i siti internet e i prossimi congressi. In tali spazi i risultati prodotti potrebbero essere divulgati tramite un articolo di presentazione o una presentazione orale. AMD e SID hanno già manifestato l'intenzione di dare ampio risalto a questa ricerca, e si augurano che l'iniziativa possa continuare nel 2008 e oltre.

È stata infine presa in esame la possibilità di pubblicazioni dei risultati su riviste scientifiche nazionali ed internazionali, nelle quali verrebbero riportati i nomi dei ricercatori aderenti all'iniziativa. È evidente quindi la necessità di uno sforzo finale da parte di tutti per garantire l'invio delle schede entro la data stabilita del 29 febbraio 2008.

I numeri dell'indagine

Dopo circa 9 mesi dal suo inizio operativo, il progetto Consiglio si sta avviando alla fase conclusiva di osservazione e di invio dati al database centrale.

Le schede di rilevazione fino ad oggi raccolte, relative all'attività di consulenza svolta dagli specialisti diabetologi presso i diversi reparti ospedalieri, sono oltre 7.200.

Gli specialisti aderenti allo studio che hanno effettuato almeno un invio dati sono 74. Essi prestano la loro attività in Unità Ospedaliere distribuite su tutto il territorio nazionale (ben 17 regioni risultano infatti rappresentate), con una leggera concentrazione in Lombardia (16 diabetologi) e Sicilia (11 diabetologi). Complessivamente, sono presenti 33 (43.4%) specialisti del Nord Italia, 15 (19.7%) del Centro e 28 (36.8%) del Sud/Isole (grafico 1).

Le consulenze richieste

È stato osservato che in una settimana lavorativa, lo specialista diabetologo riceve dai diversi reparti una media di 4-5 richieste di consulenza. Per il 9% dei diabetologi, il numero visite/settimana risulta invece nettamente superiore, superando le 10 visite. Nel 70.7% dei casi le consulenze effettuate sono rivolte a pazienti visitati la prima volta dopo il ricovero ("prime visite"), mentre il restante 29.3% è costituito da visite di controllo successive.

Le richieste di consulenza provengono da diverse tipologie di reparto, tra le quali le più frequenti sono risultate la chirurgia generale nel 17.2% dei casi (alla quale si aggiunge un ulteriore 4.5% relativo alle chirurgie specialistiche), l'ortopedia nell'11.1%, la cardiologia nel 10.6% e la ginecologia/ostetricia nell'8.3% (tabella 1).

I pazienti per i quali viene richiesta la consulenza dello specialista diabetologo, presentano già diagnosi di diabete al momento della visita nell'85.4% dei casi.

In funzione della presenza/assenza di tale diagnosi si sono osservate delle differenze nella tipologia di consulenza prestata: la definizione/modifica della terapia e la visita preoperatoria risultano più frequenti nei pazienti con diabete già noto (64.6% vs 45.2% e 9.9% vs 5.6% rispettivamente), mentre la consulenza generica, la prescrizione/verifica degli esami e la terapia educativa risultano maggiormente associate ai pazienti con diabete non ancora diagnosticato (59.5% vs 45.8%; 21.3% vs 10.9% e 18.0 vs 8.1% rispettivamente) (grafico 2).

La consulenza viene effettuata nel 28.6% dei casi con il supporto di una figura professionale: una infermiera risulta presente nel 23.5% dei casi e una dietista nel 3.9%.

La visita al paziente dura nella maggior parte dei casi dai 15 ai 30 minuti (51.1% delle consulenze effettuate): per i pazienti visitati la prima volta, il tempo richiesto per la visita risulta sensibilmente più lungo rispetto alle successive visite di controllo, come maggiore è anche il tempo dedicato ai pazienti per i quali la diagnosi di diabete non è ancora stata formulata (grafico 3).

Grafico 1 - Specialisti diabetologi attivi: distribuzione e grafica

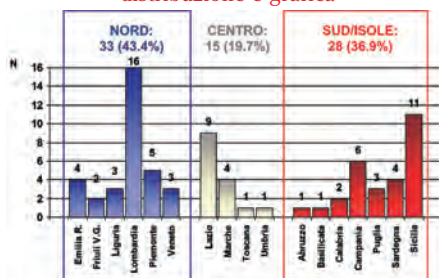


Tabella 1 - Reparti dai quali proviene la richiesta di consulenza (% paz. > 2%)

Reparto	% paz	Reparto	% paz
CHIRURGIA GENERICA	17.2	MEDICINA D'URGENZA	3.8
ORTOPEDIA	11.1	PNEUMOLOGIA	3.7
CARDIOLOGIA	10.6	UROLOGIA	3.7
GINECOLOGIA	8.3	NEFROLOGIA	3.6
MEDICINA INTERNA	7.1	ONCOLOGIA	2.6
NEUROLOGIA	6.8		

Grafico 2 - Diabete noto all'ingresso e consulenza prestata





I pazienti visitati

I pazienti osservati presentano un'età media (\pm d.s.) di 65.4 (\pm 15.0) anni: i pazienti con diabete già diagnosticato presentano un'età in media significativamente più alta rispetto ai pazienti per i quali la diagnosi non è ancora stata formulata (età media di 66.8 vs 58.2: $p < 0.0001$) (grafico 4).

Grafico 3
Durata della visita

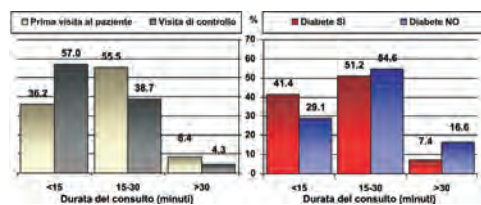


Grafico 4
Pazienti visitati - età

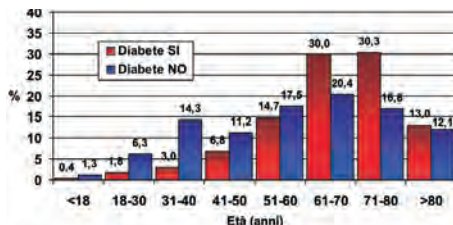


Tabella 2 - Diagnosi principale e diabete già diagnosticato all'ingresso (% paz. > 5%)

Tipo Diagnosi	Totale	Diabete SI	Diabete NO
Cardiovascolari	28.6	29.2	24.1
Metaboliche	14.3	12.4	24.6
Gastrointestinali	12.2	12.6	10.4
Muscolo scheletriche	11.7	12.4	7.2
Neurologiche	11.3	11.0	13.6
Nefrologiche	7.0	7.9	2.7
Pneumologiche	6.4	6.2	7.5

Medico	Città	PR	Medico	Città	PR
Dr. Malvicino Francesco	Alessandria	AL	Dr. Adda Guido	Milano	MI
Dr. Mereu Paolo	Alghero	SS	Dr.ssa Veronelli Anna	Milano	MI
Dr. Querci Fabrizio	Alzano Lombardo	BG	Prof. Pontiroli Antonio	Milano	MI
Prof. Testa Ivano	Ancona	AN	Dr. Valdes Valeria	Milano	MI
Dr. Vagheggi Paolo	Arezzo	AR	Dr.ssa Pacchioni Chiara	Modena	MO
Dr. Gentile Luigi	Asti	AT	Dr. Cocco Sandro	Monserato	CA
Dr. Di Berardino Paolo	Atri	TE	Dr. Gatti Adriano	Napoli	NA
Dr.ssa Barbato Antonella	Avellino	AV	Dr. Riccardi Gabriele	Napoli	NA
Dr. Leccia Giovanni	Aversa	CE	Dr. Sasso Fernando	Napoli	NA
Dr.ssa Savino Teresa	Bari	BA	Dr.ssa Rizzo Maria Rosaria	Napoli	NA
Dr.ssa Valentini Giovanna	Bari	BA	Dr. De Freo M. Eugenio	Napoli	NA
Prof. Guastamacchia Edoardo	Bari	BA	Dr. Rinaldi Massimo	Napoli	NA
Dr. Zerella Francesco	Benevento	BN	Dr. Zenari Luciano	Negrar	VR
Dr. Bossi Carlo Antonio	Bergamo	BG	Dr. Tonolo Giancarlo	Olbia	OT
Dr. Travaglino Franco	Biella	VC	Dr. Mastinu Francesco	Oristano	OR
Dr.ssa Solaroli Erica	Bologna	BO	Dr. Braccaccia Massimo	Orvieto	TR
Dr. Laffi Gilberto	Bologna	BO	Prof. Tiengo Antonio	Padova	PD
Dr. Cimino Antonio	Brescia	BS	Dr. Sancandi Maurizio	Pagnacco	UD
Prof. Abbaticchio Gianfranco	Brindisi	BR	Dr.ssa Gioia Daniela	Palermo	PA
Dr. Lodi Giovanni	Busto Arsizio	VA	Dr. Grossi Giovanni	Paola	CS
Dr. Carboni Luciano	Cagliari	CA	Dr. Fleres Mattia	Partinico	PA
Dr. Biagio Nativo	Caltagirone	CT	Dr. Maggiulli Luigi	Pesaro	PU
Dr. Monsellato Riccardo	Casarano	LE	Dr.ssa Magiar Alice Valeria	Pescia	PT
Dr. Parillo Mario	Caserta	CE	Dr.ssa Zavaroni Donatella	Piacenza	PC
Prof. Lorenti Ignazio	Catania	CT	Dr. Bassi Ezio	Pieve di Coriano	MN
Prof. Di Mauro Maurizio	Catania	CT	Dr. Ozzello Alessandro	Pinerolo	TO
Dr.ssa Sangiorgio Lidia	Catania	CT	Dr. Campi Fabrizio	Pisa	PI
Dr. Puccio Luigi	Catanzaro	CZ	Dr. Zanette Giorgio	Pordenone	Pn
Dr. Agrusta Mariano	Cava de' Tirreni	SA	Dr. Arcangeli Adolfo	Prato	PO
Dr. Giorda Carlo	Chieri	TO	Dr.ssa Pellicano Francesca	Ravenna	RA
Dr. Rocca Alberto	Cinisello Balsamo	MI	Dr.ssa Dal Moro Emira	Reggio Calabria	RC
Dr. Orsenigo Gilberto	Como	CO	Dr.ssa Babini Anna Carla	Rimini	RN
Dr. Guarnieri Gian Luigi	Conegliano	TV	Dr.ssa Manfrini Silvia	Roma	RM
Dr. Magro Giampaolo	Cuneo	CN	Dr. Lauro Renato	Roma	RM
Dr. Marelli Giuseppe	Desio	MI	Prof. Fabbri Andrea	Roma	RM
Dr. Torchio Giuseppe	Dugnano	MI	Dr. Santantonio Graziano	Roma	RM
Dr. Lazzeri Claudio	Empoli	FI	Dr. Serra Alberto	Roma	RM
Dr. Fogliani Paolo	Fermo	AP	Prof. Clementi Aldo	Roma	RM
Dr. Pareschi Pierluigi	Ferrara	FE	Dr. Urbani Alessandro	Roma	RM
Dr.ssa Baggione Cristiana	Firenze	FI	Dr.ssa Morano Susanna	Roma	RM
Dr.ssa Laudadio Ester Daniela	Foggia	FG	Dr.ssa Suraci Concetta	Roma	RM
Dr. Pociati Sergio	Foligno	PG	Dr. Chiamonte Francesco	Roma	RM
Dr. Santilli Enrico	Frascati	RM	Dr. Scavone Giuseppe	Roma	RM
Dr. Mastropasqua Arturo	Garbagnate	MI	Prof. Pugliese Giuseppe	Roma	RM
Prof. Cordera Renzo	Genova	GE	Dr. Vespasiani Giacomo	S. Benedetto del Tronto	AP
Dr.ssa Bordone Caterina	Genova	GE	Dr. Padovano Nicola	Salerno	SA
Dott. De Micheli Alberto	Genova	GE	Dr. Calcaterra Francesco	Schio-Thiene	VI
Dr.ssa Marino Cecilia	Gubbio	PG	Dr. Arena Salvatore	Siracusa	SR
Dr. Corda Angelo	Iglesias	CA	Dr. Malci Francesco	Subiaco	RM
Dr.ssa Fois Maria Antonietta	Isili	CA	Dr.ssa Mirri Eva	Terni	TR
Dr. Morea Aldo	Isola della Scala	VR	Dr. Grassi Giorgio	Torino	TO
Dr.ssa Meloni Gisella	Lanusei	OG	Prof. Limone Paolo	Torino	TO
Dr.ssa Iannarelli Rossella	L'Aquila	AQ	Dr. Allotta Gioacchino	Trapani	TP
Dr. Falcone Francesco	Latina	LT	Dr. Orrasch Massimo	Treviso	TV
Dr. Formoso Gianni	Lecce	LE	Dr.ssa Pellegrini Maria Antonietta	Udine	UD
Dr.ssa Moratti Flavia	Legnano	MI	Dr. Carpinelli Crescenzo	Vallo Lucania	SA
Dr. Giannini Francesco	Lucca	LU	Dr. Margiotta Angelo	Varese	VA
Dr. Maolo Gabriele	Macerata	MC	Dr. Cervellino Francesco	Venosa	PZ
Dr. Greco Domenico	Marsala	TP	Dr. Cazzaniga Enrico	Vimercate	MI
Dr. Venezia Angelo Raffaele	Matera	MT			
Dr. Smedile Giuseppe	Messina	ME			
Dr. Previti Marcello	Messina	ME			
Dr. Testori Gianpaolo	Milano	MI			
Dr. Fossati Carlo	Milano	MI			
Dr. Gamba Pierluigi	Milano	MI			
Dr. Mariani Giulio	Milano	MI			



Manuale per la gestione del paziente con Diabete Mellito in ospedale

Dalla Prefazione

La malattia diabetica è caratterizzata da un'elevata morbilità e mortalità sia per cause cardiovascolari che per infezioni; per tale motivo il paziente diabetico, rispetto al non diabetico, ha un rischio di ospedalizzazione che è da 2 a 3 volte maggiore. Il diabete mellito è una delle patologie di più frequente riscontro nei reparti ospedalieri. La diagnosi spesso viene posta proprio in Ospedale in modo casuale durante un ricovero per altre patologie o per interventi chirurgici. In effetti, circa un terzo dei pazienti ricoverati presenta iperglicemia: di essi solo il 10% è affetto da diabete mellito. Malattie gravi, altamente cataboliche o infezioni acute in assenza di diabete i possono indurre iperglicemia e ridotta tolleranza ai carboidrati e/o scompensare il diabete in buon equilibrio o ancora far emergere un diabete fino a quel momento ignorato. Pertanto il diabete mellito e più in generale l'iperglicemia, nei pazienti ospedalizzati comporta non solo problemi gestionali, ma anche diagnostici. Uno dei motivi che induce il paziente diabetico al ri-

covero ospedaliero, spesso in emergenza, è la necessità di sottoporsi ad un intervento chirurgico; ciò avviene sempre più frequentemente anche per il diffondersi e perfezionarsi di tecniche chirurgiche volte a correggere le complicanze sia micro che macroangiopatiche (by-pass, piede diabetico). Purtroppo il paziente diabetico ha anche una più alta probabilità di avere complicanze legate all'intervento chirurgico. I quadri clinici di più frequente riscontro in Ospedale sono le infezioni, le complicanze cardiovascolari, le epatiche e renali, le metaboliche (chetoacidosi, coma iperosmolare, ipoglicemia, ipo-iperkaliemia). La prognosi è peggiorata in presenza di un cattivo controllo glicometabolico. In Ospedale il diabetico è un paziente complesso in quanto alla patologia cronica evolutiva, caratterizzata da sequele tipiche della malattia, si associano espressioni più gravi e complicate di altre patologie e di procedure più a rischio che determinano un incremento dei tempi di degenza, aumento della morbilità intraricovero e della mortalità. Alla luce sia di un'augmentata aspettativa di vita che del numero crescente di pazienti affetti da tale patologia è necessario tener presente un "percorso diagnostico-terapeutico" che il diabetico sia in regime di ricovero protetto che in day hospital o surgery, dovrà effettuare in ospedale. Lo scopo di questo libro è di fornire ai Medici Ospedalieri, una serie di raccomandazioni pratiche per la gestione del paziente con iperglicemia e/o diabete. Gli argomenti sono trattati accennando solo alle implicazioni fisiopatologiche e dando spazio agli aspetti pratici: come tradurre concretamente nella pratica clinica le linee guida tenendo presente la realtà ospedaliera della nostra Regione. Abbiamo trasferito la nostra esperienza ospedaliera in questa pubblicazione nella speranza che questo libro può essere utile per la gestione quotidiana di una patologia con cui gli Operatori Sanitari sono costretti a confrontarsi sempre più frequentemente.

Gli Autori



IL GIORNALE DI AMD

DIRETTORE
Gerardo Corigliano

REDAZIONE
C. M. Gnocchi - M. Fierro

EDITORE
Guido Gnocchi Editore s.r.l.
Via M. Pietravalle, 85
80131 - NAPOLI
<http://www.idelson-gnocchi.com>
E-mail info@idelson-gnocchi.com

DIRETTORE RESPONSABILE: Sandro Gentile



Associazione Medici Diabetologi

CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE

Presidente: A. Arcangeli
Vice Presidente: S. Gentile
Consiglieri: A. Aiello
G. Armentano
L. Carboni
G. de Bigontina
A. De Micheli
A. Di Benedetto
R. Iannarelli
A. Ozzello
C. Suraci
Segretario: A. Sergi
Tesoriere: P. Fogliani
Presidente Consulta: M.F. Mulas

PRESIDENZA, SEGRETERIA E SEDE LEGALE

Viale Carlo Felice, 77 - 00185 Roma
Tel. 06.700.05.99 - Fax 06.700.04.99
E-mail: segreteria@aemmedi.it
Home page Internet:
<http://www.aemmedi.it>
C.C. Postale: AMD, n. 96304001
P. IVA 05045491007

PRESIDENTI SEZIONI REGIONALI

Abruzzo: V. Paciotti
Basilicata: E. Cervellino
Calabria: C. Giovannini
Campania: P. Calatola
Emilia-Romagna: V. Manicardi
Friuli-Venezia Giulia: G. Felace
Lazio: S. Di Pietro
Liguria: E. Torre
Lombardia: V. Bertone
Marche: M. Vasta
Molise: M. Tagliaferri
Piemonte: A. Chiambretti
Puglia: F. Gentile
Sardegna: M.F. Mulas
Sicilia: A. Lo Presti
Toscana: C. Lazzari
Umbria: A. Travaglini
Veneto: L. Zenari

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

Abbonamento € 14,46
1 copia separata € 3,62
Arretrata € 7,23

VINOTERAPIA E TURISMO DEL BENESSERE E DEL VINO



...vino...
non sei mai presente
in una sola coppa,
in un canto, in un uomo,
sei corale, gregario,
e, quanto meno,
scambievole....
Pablo Neruda, Ode al Vino

a cura di:



S3Stadium



Slow Food

plansud



Assessorato al Turismo e ai Beni Culturali



Unione Europea
IL PROGETTO È STATO REALIZZATO CON IL
SUPPORTO FINANZIARIO DELLA COMUNITÀ
EUROPEA (CIPAVAN) (CIS-2004/05/06/07/08/09/10)



campania
UNA TERRA ALLA LUCE DEL SOLE.

ente promotore:



COMUNITÀ MONTANA TERMINO CERVIALTO
Via Don Minzoni, 2
83048 Montella (AV)
tel. +39.0827.609400
fax +39.0827.609411
www.cmtterminiocervialto.it
www.colterminiocervialto.it

segreteria organizzativa:

S3Stadium
tel. 06.68809816
fax 06.68213114
info@s3stadium.it

Plansud
tel. 0825.36010
fax 0825.782060
info@plansud.it

Condotta Slow Food
Termino Cervialto
San Francesco

www.invinoterapia.it
info@invinoterapia.it



ilBorgoTerminoCervialto



Vinoterapia e turismo del benessere e del vino

Stati Generali della Vinoterapia
nel Borgo Termino Cervialto in Irpinia

Castelfranci e Montella
18 Gennaio 2008

Cosa può entrarci, penserà il lettore, AMD con un titolo di un convegno siffatto? La spiegazione è semplice. AMD ha stilato un protocollo d'intesa con Slow Food per intraprendere insieme un cammino che sappia coniugare il gusto, il sapore, il benessere, la qualità della vita e le esigenze di una buona cura per il diabete. Questa intesa è già stata sostanziata nella partecipazione di Slow Food al simposio del congresso Nazionale di Sorrento "Mangiar sano e gustoso". Vinoterapia rappresenta la seconda occasione di cooperazione. A Montella in provincia di Avellino ove vengono prodotti i famosi vini irpini si è sviluppato questo convegno al quale ha partecipato anche AMD nell'ottica di un nuovo obiettivo che la società si pone quello del wellness metabolico. Durante i lavori Gerardo Corigliano ha presentato una interessante proposta di Wellness Valley, una sorta di distretto geografico localizzabile in aree montane o sub montane, votato alla cultura del benessere e del mangiare sano secondo le tradizioni locali con una serie di facilities all'attività motoria all'interno della "valley", valorizzando il territorio e sviluppando un processo di promozione della salute in un ambiente incontaminato.