

Editoriale

Carissimi,

il IV Congresso Nazionale CSR-FondazioneAMD, che vede uniti il Centro Studi e Ricerche (CSR) e la FondazioneAMD-ONLUS, si svolgerà a Cernobbio (Como) nei giorni 8, 9 e 10 ottobre.

È stato deciso di dare un tema di fondo al Congresso, che è rappresentato dalla *Clinical Governance* in Diabetologia.

La *mission* di AMD, il suo motivo di esistere come Società Scientifica è il miglioramento della qualità dell'assistenza alle persona con diabete e malattie metaboliche, in una logica di *outcomes research*.

La *Clinical Governance* è per definizione un sistema di strumenti per migliorare la qualità della pratica clinica; un sistema di obiettivi, strategie, responsabilità e strumenti finalizzati ad "allineare" i processi clinici agli obiettivi di qualità e sicurezza, per migliorare gli esiti di salute in risposta a criteri di equità, accessibilità, efficacia, efficienza, appropriatezza, e sostenibilità che sono richiamati nei PSN.

Negli anni '90 in AMD si è realizzata una dimensione culturale che **partendo dal bisogno di considerare la centralità della persona nel sistema di cura**, ha sviluppato, in modo "anticipatorio" in risposta a questo bisogno, una serie di prodotti e strumenti integrati per migliorare:

- la **formazione** dei professionisti orientata all'integrazione multidisciplinare e multi-professionale, con una metodologia andragogica, che privilegia l'interattività e l'empowerment, tesa a valorizzare le competenze e capacità delle persone, operatori e pazienti;
- la **comunicazione** di informazioni scientifiche finalizzata alla loro implementazione, "attuazione sistematica", in un contesto organizzativo che per contrastare l'autoreferenzialità ha privilegiato una logica di sistema verificato;
- l'**accreditamento tra pari**, scegliendo naturalmente di **verificare i propri risultati** nell'ottica del miglioramento continuo della qualità e del *benchmarking*;



- la **ricerca clinica e sanitaria**, in modo strutturato e controllato, attraverso l'utilizzo delle proprie competenze e formandone di nuove ove queste siano carenti.

Per logica conseguenza, in risposta a questi requisiti, AMD ha sviluppato un assetto organizzativo basato sul concetto di *team working*: gruppi di diabetologi che lavorano su precisi mandati finalizzati a

specifici risultati e obiettivi per realizzare la propria *vision* che è quella di **valorizzare la centralità dello specialista, formato e qualificato**, nella gestione della complessità della cura della malattia cronica, di cui il diabete mellito è un prototipo.

L'atteggiamento culturale anticipatorio e innovativo di AMD si è concretamente rispecchiato nella *clinical governance*, e oggi mette AMD naturalmente al passo con i tempi della programmazione sanitaria del nostro paese.

È così che AMD oggi offre strumenti come

- i corsi di formazione della propria Scuola di Formazione Permanente;
- il file dati di AMD;
- i Percorsi Assistenziali;
- il sito web con i suoi link

che realizzano prodotti come

- gli Annali;
- gli Standard di Cura;
- il III Manuale di Accreditamento;
- il I Manuale dei Percorsi Assistenziali;

Gli studi clinici del proprio Centro Studi e Ricerche (CSR);

i prodotti dei gruppi di progetto e delle Sezioni Regionali;

che sono essi stessi vincolati a un continuo monitoraggio e controllo per il miglioramento della qualità dell'assistenza.

Da questo contesto nasce il programma scientifico di questo Congresso, che si pone come obiettivo formativo principale quello di declinare il concetto di *clinical governance* in Diabetologia, quale l'**accompagnamento efficace della persona con diabete** attra-

IN QUESTO NUMERO

Editoriale pag. 1

Convegno CSR-Fondazione AMD pag. 2

Micro infosuri e dintorni pag. 3

Ipercolesterolemia e statine naturali: mito o realtà? pag. 4

A proposito di gestione integrata del diabete pag. 6

Nuovi standard di cura e team di cura integrati per il diabete pag. 6

Gen-etica pag. 8

La variabilità glicemica Dalla Fisiopatologia alle applicazioni cliniche pag. 11

AMD Congresso Nazionale Rimini 2009 pag. 12

La Diabetologia Campana incontra il Prof. A. D'Agostino già Presidente AMD pag. 12



verso il nostro mondo diabetologico e il sistema socio-sanitario.

Obiettivo generale del Congresso è quello di fornire ai partecipanti un aggiornamento sulle principali novità scientifiche in campo diabetologico, 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 ha definito che le relazioni e gli interventi saranno vincolati ad un denominatore comune: evidenziarne le ricadute:

Per il professionista

Per l'organizzazione

Per il paziente

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.

Le letture riguarderanno in particolare tre temi della *clinical governance*: l'organizzazione, il professionista ed il paziente, facendo riferimento per l'organizzazione al contesto internazionale (in particolare degli USA) con la partecipazione della prof. Giuseppina Imperatore del NIH, per il professionista al progetto IGEA dell'Istituto Superiore di Sanità (dr.ssa Marina Maggini) e per il paziente all'esperienza pluriennale in ambito di patologie croniche del prof. Jean Philippe Assal.

Sempre nella logica della *clinical governance* verranno affrontati alcuni temi oggetto di controversie nella terapia del diabete, quali la terapia ipoglicemizzante con incretine o sulfaniluree, il controllo della dislipidemia fra statine ed altri ipolipemizzanti, la ricerca di un obiettivo glicemico condiviso, il problema dell'inerzia terapeutica e le strategie farmacologiche e non per superarla, con particolare riferimento agli interventi sullo stile di vita con lo strumento dell'educazione terapeutica.

Verrà dato ampio spazio alla presentazione dei progetti di ricerca indipendenti di AMD ed alla formazione di giovani diabetologi in grado di progettare, eseguire e monitorare progetti innovativi di

ricerca sanitaria e traslazionale.

Verrà infine presentato e discusso, sotto l'egida della sezione europea della International Diabetes Federation (IDF) e la partecipazione del Presidente di IDF Europa (prof. H. Standhl), il materiale didattico per la formazione di personale dedicato alla educazione terapeutica strutturata delle persone con diabete.

Questo Congresso sarà per tutti una opportunità di aggiornare le proprie conoscenze sulle possibilità offerte dalla ricerca alla cura della persona con diabete mellito, ponendole in una logica di *clinical governance*, che rappresenta una modalità sistemica di trasferimento delle conoscenze e competenze nella pratica clinica.

Mi piace ricordare che, terminato il Congresso, si terrà un Corso di aggiornamento per i formatori AMD. Il Corso, nato dalla richiesta dei formatori stessi, sarà una occasione di riflessione comune sul ruolo della formazione in ambito sanitario, sulle opportunità che la Scuola AMD ha fornito e continuerà a fornire ai soci di AMD, sui possibili sviluppi della Scuola stessa ed una occasione per stare insieme.

In attesa di vederci numerosi a Cernobbio, vi saluto con affetto.

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





sanofi aventis **Roche**

MICRO INFUSORI E DINTORNI

SEMINARIO 17 OTTOBRE 2008
CONVEGNO 18 OTTOBRE 2008

RESPONSABILE SCIENTIFICO
Dott. Mariano Agrusta

LOYD'S BAI HOTEL
VIETRI SUL MARE (SA)

PATROCINIO

- ASL SAI
- A.M.D. Regione Campania
- Ordine dei Medici ed Odontoiatri della Provincia di Salerno
- AME Associazione Medici Endocrinologi
- Provincia di Salerno
- Comune di Salerno

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA E PROVIDER

facormedeventi

Trainers Consulting & Consulting srl
Via C. De Amico, 9
80138 Capri (SA) - Tel. 081 9139113
info@facormedeventi.com
www.facormedeventi.com

Venerdì 17 ottobre 2008

h 14.00 Presentazione del Seminario:
M. Agrusta
Saluto AMD: S. Gentile

I sessione

Moderatori: D. Bruttomesso; P. Di Bartolo

h 14.30-14.50 Nuove insuline, variabilità glicemica e microinfusori G. Ghirlanda

h 14.50-15.10 Monitoraggio continuo della glicemia indicazioni M. Aragona

h 15.10-15.30 Micro e scompenso acuto G. Grassi

h 15.30-16.00 Discussione

h 18.40-19.00 Protocollo di applicazione: nostra esperienza V. Di Blasi; P. Di Bernardino

h 19.00 - 19.20 Case report: sindrome poliendocrina autoimmune e microinfusore L. De Franciscis

h 19.20 -20.00 Discussione plenaria, Considerazioni conclusive

Discussant

G. Annuzzi; P. Calatola; G. Capuano; V. Cavallaio; G. Corigliano; E.M. De Feo; E. Del Vecchio; P. Di Bernardino; A. Franzese; D. Iafusco; C. Lambiase; F. Prisco.

Moderatori: A. Lapolla; D. Mannino

h 16.00-16.20 Il microinfusore durante il parto A. Napoli

h 16.20-16.40 Il microinfusore nel diabete gestazionale N. Visalli

h 16.40-17.00 Il microinfusore nello Sport estremo M. Peruffo

h 17.00 -17.30 Discussione

h 17.30 -18.00 Pausa

II sessione

Moderatori: E. Vitacolonna; P. Gentili

h 18.00-18.20 Selezione ed addestramento del paziente A. Girelli

h 18.20-18.40 Problematichè psicologiche R. Fresca

Sabato 18 ottobre 2008

h 9.00 Accoglienza dei partecipanti e registrazione
Saluti autorità

Saluto AMD: S. Gentile

Saluto AME: R. Volpe

h 9.15-9.30 Presentazione del Convegno P. Calatola; M. Agrusta

h 9.30-10.30 Lettura Magistrale: D. Bruttomesso

Terapia con Microinfusore

I sessione

Moderatori: F. Prisco; G. Corigliano

h 10.30-11.00 Microinfusori in età pediatrica A. Franzese

h 11.00-11.30 Microinfusori e qualità della vita D. Iafusco

h 11.30-11.45 Pausa

h 11.45-12.15 Attività sportiva e microinfusori G. Annuzzi

h 12.15-13.30 Discussione

h 13.30-14.30 Colazione di Lavoro

II sessione

Moderatori: L. Tonutti; C. Suraci

h. 14.30-15.00 Microinfusori e Gravidanza R. Fresca

h 15.00-15.30 Sospensione temporanea e definitiva V. Di Blasi

h 15.30 -16.00 Legislazione e normative per l'applicazione del Micro E.M. De Feo

h 16.00-17.00 Tavola rotonda con gli esperti

h 17.00-18.00 Discussione e considerazioni conclusive

Chiusura lavori

La terapia con microinfusore rappresenta il gold standard della terapia insulinica nel diabete mellito tipo 1 perché risponde alle nuove esigenze della terapia insulinica moderna che si fonda su due concetti fondamentali:

- La terapia basal bolus
- La variabilità glicemica

La terapia basal-bolus è lo schema terapeutico più vicino alla secrezione fisiologica d'insulina in quanto con una basale programmabile e frazionabile che segue le esigenze giornaliere del paziente e dei boli ai pasti calcolati sui carboidrati consumati consente una buona gestione del diabete tipo 1 e un sicuro miglioramento della qualità della vita.



Negli ultimi anni, numerosi studi Nazionali ed Internazionali hanno dimostrato che la variabilità glicemica è uno dei fattori determinanti nell'aumentare il rischio delle complicanze per cui il microinfusore, strumento ideale per ridurre le oscillazioni glicemiche, rappresenta oggi una opzione terapeutica, quando applicabile, straordinaria.

Il convegno si propone due obiettivi principali; durante il Seminario del 17/10/08 l'intento è duplice: da un lato quello di esaltare il concetto della moderna terapia insulinica, la tempestività della terapia insulinica nel diabete tipo 2, la variabilità glicemica, la personalizzazione della terapia, etc.; dall'altro approfondire dei temi di "nicchia" che potrebbero

estendere il campo di applicazione della CSII invitando alle relazioni e alla discussione gli esperti nazionali sulla terapia con CSII e discutere di: monitoraggio continuo della glicemia, del microinfusore nello scompenso acuto, della terapia CSII durante il parto, del micro nello sport, le problematiche psicologiche legate all'impianto del microinfusore, etc. Il giorno successivo (sabato 18/10/08) il convegno diventa divulgativo ed è aperto prevalentemente ai diabetologi campani, saranno trattati gli argomenti base della terapia con CSII, oltre a riprendere i concetti della moderna terapia insulinica e della necessità di iniziarla in maniera più tempestiva.

Il Responsabile del Convegno
Dott Mariano Agrusta



IPERCOLESTEROLEMIA E STATINE NATURALI: MITO O REALTÀ

La scoperta delle statine naturali risale a circa 30 anni fa come frutto di ricerche mirate ad individuare entità molecolari di derivazione microbiologica capaci di inibire la sintesi del colesterolo. Furono identificate per la prima volta come prodotti della fermentazione di differenti ceppi di miceti quali il *Penicillium citrinum* (statina: compactina) e l'*Aspergillus terreus* (statina: lovastatina). Le analogie di struttura chimica con il 3-idrossi-3-metilglutaril coenzima A (HMG-CoA) conferiscono alle statine la proprietà di inibire selettivamente con meccanismo competitivo l'enzima 3-idrossi-3-metilglutaril coenzima A (HMG-CoA) reduttasi che catalizza, negli epatociti, la trasformazione del HMG-CoA ad acido mevalonico precursore del colesterolo.

La lovastatina purificata a grado farmaceutico da colture di *Aspergillus terreus* è stata la prima statina entrata nell'uso clinico pertanto viene considerata il capostipite di questa famiglia di molecole che ha rivoluzionato la terapia dei soggetti ipercolesterolemici e modificato il loro destino clinico riducendone la morbilità e la mortalità per patologie vascolari.

Successivamente la ricerca farmacologica nel settore delle ipercolesterolemie è stata indirizzata allo sviluppo di statine ottenibili per sintesi chimica, parziale o totale, che fossero provviste di caratteristiche farmacocinetiche e attività ipocolesterolemizzanti adeguate per correggere alterazioni del profilo lipidico di particolare rilevanza. Le statine chimiche attualmente disponibili in commercio sono numerose e rappresentano i farmaci di prima scelta per terapie correttive di gravi stati dislipidemici finalizzate a ridurre il rischio vascolare ad essi associato. In alcuni soggetti però le statine chimiche pur mostrando una elevata efficacia antidislipidemica presentano in corso di terapie protratte effetti negativi sulla funzionalità epatica, muscolare e renale. In particolare, quali inibitori della HMG-CoA reduttasi, inibiscono non solo la sintesi del colesterolo ma anche di sostanze intermedie che svol-

gono importanti funzioni biochimiche nell'organismo quali il coenzima-Q10 le cui deficienze possono indurre alterazioni della funzionalità muscolare e cardiaca.

Tali effetti ne limitano l'uso nel trattamento di dislipidemie di lieve entità. In tale situazione si sta affermando il ricorso a integratori alimentari contenenti come componente base estratti di statine naturali.

L'individuazione dei soggetti trattabili con integratori alimentari basati su estratti di statine naturali viene effettuata seguendo un approccio a stadi. Il metodo in pratica consiste in un primo stadio nel classificare il rischio cardiovascolare in base alla gravità dell'iperlipidemia ed alle caratteristiche quali-quantitative di altri fattori di rischio associati. I soggetti per i quali viene accertata una situazione di rischio borderline o comunque non elevato vengono indirizzati, nella maggior parte dei casi, a cambiamenti di regime alimentare e dello stile di vita per almeno 6 settimane. Nel secondo stadio nel caso non sia stata raggiunta la correzione del profilo lipidico desiderata, vengono mantenuti gli interventi introdotti nell'alimentazione e nell'igiene di vita per ulteriori 6 settimane e associati a trattamenti con integratori alimentari normalizzatori di lievi stati dislipidemici. In caso di risultati positivi la somministrazione degli integratori alimentari viene proseguita mantenendo o meno i cambiamenti introdotti nella dieta e nelle abitudini di vita fin tanto che la colesterolemia viene mantenuta entro il target desiderato. Dopodiché viene valutata l'opportunità di intraprendere o meno trattamenti farmacologici ipolipidizzanti più aggressivi con statine chimiche somministrate secondo la gravità della patologia in monoterapia o terapia combinata con altri farmaci che agiscono sulle dislipidemie con differenti meccanismi di azione.

Gli estratti di statine naturali di uso elettivo per integrare l'alimentazione in soggetti con dislipidemie di lieve-medio grado sono classificabili a tutti gli effetti come alimenti funzionali

in quanto sono ricavati da preparazioni di riso, fermentato con il *Monascus ruber*. Tali preparazioni, con la denominazione di riso rosso, sono in uso da più di mille anni in Cina e altri paesi asiatici come cibo (generalmente consumato in quantitativi giornalieri compresi fra 15 e 60 gr) e rimedio medico. Commercialmente sono oggi reperibili estratti di riso rosso standardizzati e titolati nella statina più rappresentata che è la monacolina K (identificabile anche come mevinolina e lovastatina) e ottenuti con procedimenti mirati a ridurre o eliminare la presenza della micotossina citrinina provvista di proprietà nefrotossiche. La composizione degli estratti è relativamente complessa in quanto contengono, oltre la monacolina K, molte altre monacoline, amido, proteine, acidi grassi mono e polinsaturi, pigmenti, fitosteroli e flavonoidi.

L'efficacia di estratti di riso rosso fermentato con *Monascus ruber* e titolati in monacolina è stata confermata in numerose sperimentazioni cliniche e da studi di metanalisi.

In uno studio clinico la somministrazione di quantitativi di estratto apportatori di 2.4 mg di monacolina K/die per 8 settimane a 446 pazienti con un profilo lipidico caratterizzato da livelli di colesterolo totale, LDL e HDL e di trigliceridi rispettivamente di 230 mg/dL, 130 mg/dL, < di 40mg/dL e di 270 mg/dL ha determinato, rispetto al gruppo placebo di 122 pazienti, variazioni di -16%, -22%, +12% e -12%. La tollerabilità è risultata ottima [Wang J et al (1997)]. Una successiva sperimentazione clinica effettuata somministrando per 8 settimane a 83 pazienti dislipidemici a regime dietetico dosi di estratti di riso rosso corrispondenti a 4.8 mg di monacolina K ha evidenziato, comparativamente al gruppo dei pazienti di controllo, variazioni del colesterolo totale, LDL e HDL e della trigliceridemia corrispondenti a -18%, -23%, 0% e -16%. In nessuno degli 88 pazienti sono stati accertati effetti collaterali significativi incluse alterazioni della funzionalità epatica [Heber D et al (1999)].



Lo studio di metanalisi relativo a 93 sperimentazioni cliniche randomizzate su 9625 partecipanti finalizzate alla valutazione dell'efficacia e della tollerabilità di 3 differenti estratti di riso rosso nel trattamento di iperlipidemie primarie ha mostrato, a dosaggi medi superiori a 5 mg/die di monacolina, variazioni significative del colesterolo totale, LDL e HDL e della trigliceridemia assimilabili a quelle ottenibili con lovastatina, simvastatina, atorvastatina e fluvastatina, superiori alla niacina e all'olio di pesce e uguali o inferiori al fenofibrato e al gemfibrozil. Non sono stati evidenziati effetti collaterali importanti [Liu J et al (2006)].

Lo studio di metanalisi evidenzia che superando mediamente dosaggi giornalieri di 5mg/die di monacolina K l'efficacia degli estratti di riso rosso può allinearsi ai farmaci comunemente utilizzati per la terapia delle dislipidemie conservando una buona tollerabilità.

I contrastanti intervalli terapeutici evidenziabili fra lovastatina al grado di purezza per uso farmaceutico (20-80 mg /die) [Bradford RH et al (1994)] e la lovastatina (monacolina K) presente negli estratti di riso rosso (2 -5 mg/die) hanno trovato spiegazione in uno studio clinico attuato su soggetti sani per

confrontare la farmacocinetica della lovastatina purificata e di estratti di riso rosso a dosaggi bioequivalenti. È risultato infatti che la concentrazione ematica massima raggiunta (Cmax) e l'area sotto la curva (AUC), espresse in ng/mL di lovastatina e del suo principale metabolita idrossi acido, risultano nel caso dell'estratto sempre significativamente inferiori. Ciò depone a favore di effetti addizionali e sinergici fra la monacolina K e le monacoline e gli altri componenti presenti nel fitocomplesso dell'estratto [Li Z et al (2005)].

Per quanto riguarda gli aspetti regolatori riguardo all'uso degli estratti di riso rosso per l'integrazione alimentare il Ministero della Salute italiano impone dal 2003 di non superare dosaggi giornalieri di monacolina K di 3 mg. Tale dose limite, scelta per assicurare adeguate garanzie di sicurezza d'uso e mantenere entro limiti fisiologici gli effetti del prodotto, può assicurare comunque sufficienti proprietà antidislipidemiche.

Gli integratori alimentari contenenti estratti di riso rosso fermentato con



Monascus ruber notificati al Ministero della Salute sono numerosi e nella quasi totalità dei casi sono associati a componenti nutrizionali e di estrazione vegetale. Fra questi uno recentemente commercializzato contiene: Riso rosso fermentato con *Monascus ruber* (pari a 3mg di monacolina K); Carciofo foglie estratto secco (pari a a 7 mg di acidi caffeilchinici); Guggul resina estratto secco (pari a 2.5 mg di guggulsteroni); Policosanoli di riso polvere (pari a 6 mg di octacosanolo); Vitamina C: 180 mg (300% RDA); Beta-sitosterolo: 75 mg; Niacina: 27 mg (150% RDA); Vitamina E: 30 mg (300% RDA); Coenzima Q: 10 mg; Vitamina B6: 3 mg (150 %).

La miscela bilanciata dei componenti di sintesi vegetale in virtù di un meccanismo di azione multi target, riesce a normalizzare, a dosaggi che non provocano effetti indesiderati di rilievo, alterazioni di lieve e media entità del colesterolo e dei trigliceridi. In particolare i componenti vegetali svolgono la loro attività antidislipidemiche con differenti meccanismi fra loro sinergici:

a) Inibiscono la sintesi epatica del colesterolo e ne facilitano il catabolismo. Gli estratti di riso rosso e di carciofo e i policosanoli inibiscono la HMG-CoA reduttasi enzima fondamentale per la produzione del colesterolo e aumentano l'espressione del recettore del colesterolo LDL nel fegato [Endo A

and Hasumi K (1989); Gebhardt R (1998); Singh DK (2006);].

b) Promuovono la trasformazione del colesterolo in acidi biliari e la sua secrezione canicolare. L'estratto di guggul con un meccanismo di azione duplice antagonizza gli acidi biliari nel legame con il recettore farnesoide FXR impedendo l'inibizione dell'enzima colesterolo 7- alfa-idrolasi (CYP7A1) che converte il colesterolo in acidi biliari, e, attiva direttamente la pompa di secrezione canicolare degli acidi biliari [Urizar NL and Moore DD (2003); Deng R et al. (2007)].

c) Facilitano l'eliminazione del colesterolo con la bile. L'estratto di carciofo ha attività coleretica [Speroni E et al. (2003)].

d) Contrastano l'assorbimento del colesterolo. Il beta-sitosterolo inibisce con meccanismo competitivo l'assorbimento del colesterolo a livello intestinale [Devaraj S and Jialal I (2006)].

In conclusione, l'uso di statine vegetali naturali può rappresentare una valida alternativa o un valida integrazione, nell'uso combinato, nel trattamento dell'ipercolesterolemia quando le statine di sintesi non sono tollerate o controindicate, contribuendo al raggiungimento dei target terapeutici correnti.

Gerardo Corigliano



A PROPOSITO DI GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE

AMD (Ass. Medici Diabetologi), SID (Soc. It. Diabetologia), FIMMG, SIMG, SNAMI hanno contribuito a realizzare un documento aggiornato sull'ASSISTENZA INTEGRATA ALLA PERSONA CON DIABETE MELLITO TIPO 2. L'aggiornamento tiene conto di elementi come gli Standards italiani per la cura del diabete. Il Piano nazionale di Prevenzione 2005-2007 (PNP) e il Progetto IGEA, e del bisogno di tutti, persone con la malattia e loro famiglie e operatori coinvolti, di dare una risposta condivisa nel promuovere una modalità di assistenza omogenea e valorizzabile, quindi misurabile.

Il documento contiene raccomandazioni sui compiti dei diversi professionisti responsabili nel percorso assistenziale della persona con diabete mellito e conferma che la strategia di intervento, ormai ineludibile, per rispondere agli obiettivi prioritari di prevenzione delle malattie cardiovascolari e della riduzione delle complicanze del diabete mellito, è quella della Gestione Integrata.

La gestione integrata prevede la costituzione di un team di cura, fra persona malata e tutti gli

operatori sanitari, in particolare della Medicina Generale (MMG) e delle Strutture Specialistiche per l'assistenza alle persone con Diabete Mellito; il team permette l'integrazione delle competenze dei professionisti incaricati per la cura del diabete per rispondere ai bisogni di salute delle persone e delle loro famiglie all'interno di un programma condiviso di gestione della malattia diabetica riferito alle raccomandazioni dedotte dalla medicina basata sulle prove.

Nel documento trovano applicazione pratica alcuni strumenti proposti da AMD nella costruzione dei percorsi assistenziali; esso descrive il processo di cura, prevenzione primaria e secondaria, con un diagramma di flusso a matrice che sintetizza la serie di interventi articolati e necessari, fondati sulla partecipazione attiva della persona-utente, alla cura della sua salute. Tali specifiche valorizzano e identificano meglio il compito peculiare dei servizi specialistici nella definizione diagnostica e terapeutica, compresa l'educazione terapeutica, e della medicina generale di base per lo screening opportunistico e la diagnosi e il follow up. Tale documento si pro-

pone come strumento di riferimento per la realizzazione capillare, in ogni Regione e per ogni ASL, delle modalità di assistenza da erogare alle persone con malattia per raggiungere il risultato atteso, contiene informazioni sui requisiti organizzativi essenziali per la gestione integrata del diabete tipo 2, identifica gli esiti di intervento e gli indicatori di processo/attività ed esito suggeriti per fornire, ai decisori, regionali e locali e agli operatori, elementi di valutazione delle performances e realizzare una piattaforma di dati di misurazione per il miglioramento del sistema assistenziale alla persona con diabete, grazie a interventi adatti a prevenire la disabilità, a favorire la deospedalizzazione e lo sviluppo delle cure primarie, nonché all'aumento delle competenze delle persone per l'autogestione della propria malattia. L'uso di indicatori in un progetto finalizzato a realizzare un modello di assistenza al diabete dovrebbe essere uno strumento di valorizzazione delle attività specialistiche e non, che devono contribuire a migliorare l'assistenza. Per AMD hanno partecipato A.Ozzello e G.Perrone.

NUOVI STANDARD DI CURA E TEAM DI CURA INTEGRATI PER IL DIABETE

L'assistenza integrata alla persona con diabete mellito tipo 2

La patologia diabetica mostra una chiara tendenza, in tutti i paesi industrializzati, ad un aumento sia dell'incidenza sia della prevalenza.

L'accresciuta prevalenza nel mondo del diabete tipo 2, soprattutto legata all'aumento del benessere ed alla qualità dello stile di vita, ha portato l'OMS a parlare di vera e propria "epidemia".

Anche per il diabete tipo 1 dati epidemiologici a livello mondiale, inclusi dati dei registri italiani, evidenziano un aumento dell'incidenza, le cui cause non sono ancora state determinate.

Per quanto riguarda il diabete, i dati riportati nell'annuario statistico Istat 2006 indicano che è diabetico il 4,5% degli italiani (4,6% le donne e 4,3% gli uomini). Numeri che segnano un aumento rispetto all'indagine multiscope del 1999-2000, secondo cui era diabetico il 3,7% degli italiani (4% le donne e 3,5% gli uomini). Le logiche ed immediate conseguenze che derivano da questi dati sono:

1) l'aumentato carico socio-sanitario dovuto alla malattia diabetica e alle sue complicanze (patologia cardiovascolare, cecità, insufficienza renale, amputazioni degli arti inferiori)

2) la necessità d'interventi capaci di prevenire e/o ritardare la comparsa delle complicanze croniche del diabete mellito.

Alcuni studi, tra cui lo studio CODE-2, hanno stimato i costi associati alla malattia, che risultano incrementali per numero di complicanze, sino a raggiungere un massimo nei soggetti con complicanze micro e macrovascolari. Al contrario, i grandi studi di intervento sia sul diabete tipo 1 (DCCT), sia sul diabete tipo 2 (UKPDS) hanno dimostrato che il mantenimento di un adeguato compenso metabolico, grazie a schemi intensivi di trattamento, è in grado di ridurre l'incidenza delle complicanze. Una strategia di intervento, ormai ineludibile, è quella della Gestione Integrata del paziente diabetico (individuabile nel "care management program" della letteratura internazionale).

Il nostro paese in risposta alle logiche di cui sopra ha emanato uno specifico Piano nazionale di Prevenzione 2005-2007 (PNP) che ha focalizzato tra gli obiettivi prioritari: la prevenzione delle malattie cardiovascolari e la riduzione delle complicanze del diabete mellito.

Il piano rappresenta un disegno strategico di interventi articolati, fondati sulla partecipazione attiva della persona-utente, alla cura della sua salute, ritenuta elemento essenziale per "continuare a

erogare servizi sanitari in modo efficiente e soddisfacente per i cittadini". Per il diabete mellito il PNP ha identificato il progetto IGEA (<http://www.epicentro.iss.it/igea/diabete.asp>), come strumento di realizzazione capillare, in ogni Regione e per ogni ASL, delle modalità di assistenza da erogare alle persone con malattia per raggiungere il risultato atteso. Nell'ambito di tale progetto è stato prodotto un documento di indirizzo dal titolo "Gestione Integrata del diabete mellito di tipo 2".

Tale documento contiene informazioni sulle modalità organizzative essenziali per la gestione integrata del diabete tipo 2 identifica gli outcomes di intervento e gli indicatori di processo/attività ed esito suggeriti per fornire ai decisori, regionali e locali, e agli operatori elementi di valutazione delle performances e realizzare uno strumento di misurazione per il miglioramento del sistema assistenziale alla persona con diabete.

La strategia complessiva, presente anche nel progetto ministeriale "Guadagnare Salute" e nel Piano Nazionale Prevenzione, mira ad un orientamento dei servizi sanitari, grazie a modelli assistenziali adatti a prevenire la disabilità, a favorire la deospedalizzazione e lo sviluppo delle cure primarie, nonché all'aumento delle competenze delle persone per l'autogestione della propria malattia.



Team Multidisciplinare

L'obiettivo del team multidisciplinare è quello di fornire alle persone affette da diabete mellito la miglior assistenza possibile in termini di efficacia clinica, efficienza e qualità della vita.

La necessità di razionalizzare le risorse è trasversale a tutti gli ambiti sanitari, ma certamente sta divenendo un'emergenza per il Diabete: i costi infatti sono elevati e la prevalenza della malattia in rapido aumento.

La costituzione di un Team di cura, fra tutti gli operatori sanitari, in particolare della Medicina Generale (MMG) e delle Strutture Specialistiche per l'assistenza alle persone con Diabete Mellito (SD) è finalizzata ad integrare le peculiarità dei professionisti incaricati per la cura del diabete con le necessità delle persone e delle loro famiglie all'interno di un programma condiviso di gestione della malattia diabetica.

Gli obiettivi a breve ed a lungo termine del Team debbono includere, secondo le linee guida condivise e definite nel documento STANDARD ITALIANI PER LA CURA DEL DIABETE MELLITO: miglioramento del controllo glicemico e degli

altri fattori di rischio, pianificazione e attuazione programmata del follow-up del paziente, riduzione del rischio e dell'incidenza delle complicanze, aumento del grado di soddisfazione e miglioramento della qualità di vita della persona, ottimizzazione dei costi per il SSN.

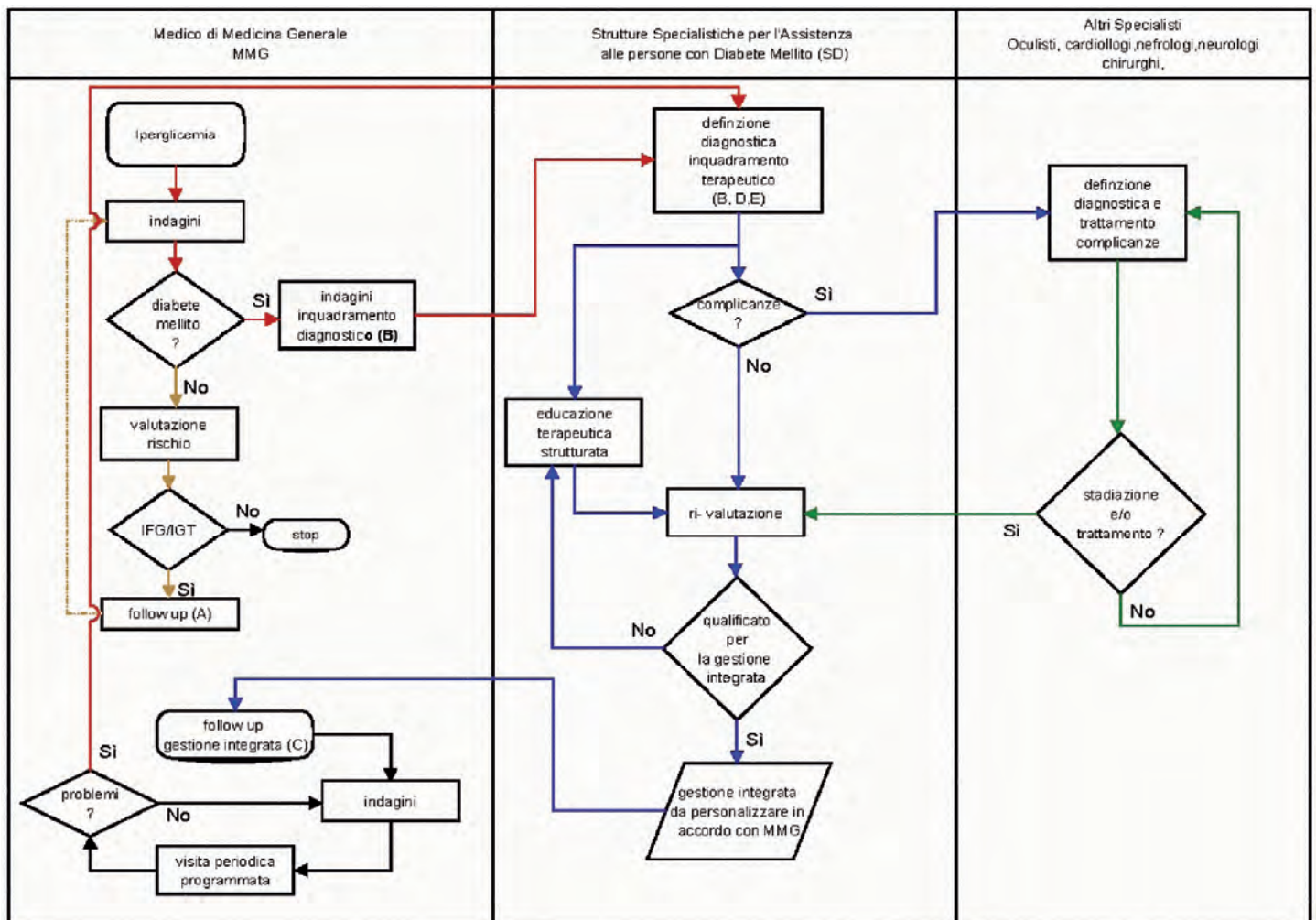
Compiti delle strutture specialistiche per l'assistenza alle persone con diabete mellito (di seguito SD)

- Definizione diagnostica del diabete neo-diagnosticato e inquadramento terapeutico con formulazione del Piano di Cura personalizzato e condiviso con i MMG. Il Piano di Cura deve comprendere la chiara formulazione degli obiettivi terapeutici da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e ai risultati attesi, e delle motivazioni che rendono necessario un follow up per tutta la vita.
- Presa in carico, in collaborazione con i MMG, delle persone con diabete.
- Gestione clinica diretta, in collaborazione con i MMG e gli altri specialisti,

delle persone con: grave instabilità metabolica; complicanze croniche in fase evolutiva; trattamento mediante infusori sottocutanei continui d'insulina; diabete in gravidanza e diabete gestazionale.

- Impostazione della terapia medica nutrizionale.
- Effettuazione dell'Educazione Terapeutica e, in collaborazione con i MMG, di interventi di Educazione Sanitaria e Counselling delle persone con diabete, rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia.
- Valutazione periodica, secondo il Piano di Cura personalizzato adottato, dei pazienti diabetici di tipo 2 seguiti con il protocollo di gestione integrata, finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze.
- Raccolta dei dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con il MMG di riferimento, mediante cartelle cliniche preferibilmente in formato elettronico.
- Attività di aggiornamento rivolta ai MMG in campo diabetologico.

Proposta di percorso Flow-CHART





Le tappe

Interpretazione delle azioni da svolgere in base agli snodi riportati nella Flow-Chart ed individuati dalle apposite lettere.

<p>A) FOLLOW UP DEL SOGGETTO CON RIDOTTA TOLLERANZA AGLI ZUCCHERI (IGT) O ALTERATA GLICEMIA A DIGIUNO (IFG)</p> <p>(la frequenza e/o l'intensità dei controlli andrà modificata in funzione del quadro clinico)</p>	<p>Il MMG: Ogni 6 mesi</p> <ul style="list-style-type: none">• glicemia a digiuno• es.urine completo• peso corporeo• circonferenza vita• pressione arteriosa• accertamento di adesione alla prescrizione dietetica e rinforzo del messaggio di educazione alimentare <p>Ogni anno</p> <ul style="list-style-type: none">• Colesterolo tot., HDL, LDL - calcolato -, trigliceridi <p>Ogni 2 anni</p> <ul style="list-style-type: none">• Eventuale curva da carico di glucosio
<p>B) PRIMA VALUTAZIONE DI BASE PER SOSPETTO DI DIABETE</p>	<p>Il MMG in caso di diagnosi di diabete mellito: Prescrive le indagini per il 1° inquadramento diagnostico:</p> <ul style="list-style-type: none">• HbA1c,• Colesterolo totale, HDL, LDL - calcolato -, Trigliceridi• Creatininemia,• ECG,• Fundus oculi <p>Invia il paziente alla SD La Struttura Specialistica per l'Assistenza alle persone con Diabete (SD)</p> <p>1. effettua la prima valutazione di 2° livello:</p> <ul style="list-style-type: none">• Inquadramento diagnostico-terapeutico• Stadiazione clinica e delle eventuali complicanze• Terapia Medica Nutrizionale• Educazione terapeutica strutturata (ETS) <p>2.a seconda delle condizioni cliniche:</p> <ul style="list-style-type: none">• Avvia al Follow-up del diabete tipo 2 non complicato• Appronta, in accordo con il MMG o PLS, il Piano di Cura personalizzato per i diabetici tipo 1 e/o in trattamento insulinico e/o con complicanze e/o con controllo inadeguato
<p>C) FOLLOW UP DELLA PERSONA CON DIABETE TIPO 2 NON COMPLICATO</p> <p>(la frequenza e/o l'intensità dei controlli andrà modificata in funzione del quadro clinico)</p>	<p>Il MMG prescrive ed effettua la valutazione, in base al Piano di Cura personalizzato definito al momento dell'inquadramento clinico.</p> <p>In ogni caso esegue:</p> <p>Ogni 3 mesi</p> <ul style="list-style-type: none">• glicemia a digiuno• HBA1c• Esame completo delle urine• pressione arteriosa• peso corporeo• circonferenza vita• verifica autocontrollo glicemico (se effettuato) <p>Ogni 6 mesi</p> <ul style="list-style-type: none">• Visita medica generale con: ispezione dei piedi, EO cardiovascolare, EO neurologico <p>Ogni anno</p> <ul style="list-style-type: none">• Creatininemia• Uricemia• Microalbuminuria• Colesterolo totale, HDL, LDL - calcolato -, Trigliceridi• Fundus oculi (anche ogni due anni se normale)• Calcolo del Rischio CV (Progetto CUORE)• ECG• se indicati: parametri epatici (AST, ALT, GGT), elettroliti sierici (Na, K) <p>Invia alla SD, se ritenuto opportuno e comunque in base al Piano di Cura definito al momento dell'inquadramento clinico.</p>
<p>D) ACCESSO PROGRAMMATO ALLE STRUTTURE SPECIALISTICHE PER L'ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DIABETE MELLITO (SD)</p>	<p>Avviene nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none">• al momento della diagnosi• alla cadenza prevista dal Piano di Cura personalizzato (Follow-up)• Secondo gli intervalli programmati e concordati tra SD e MMG per i diabetici tipo 1 e/o in trattamento insulinico e/o con complicanze e/o con controllo inadeguato
<p>E) ACCESSO NON PROGRAMMATO ALLE STRUTTURE SPECIALISTICHE PER L'ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DIABETE MELLITO (SD)</p>	<p>Il MMG invia alla SD in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none">• Mancato raggiungimento dell'obiettivo di compenso condiviso nella Gestione Integrata• Severe ipoglicemie ripetute• Procedure invasive e/o prima di interventi di chirurgia maggiore• Complicanze neurologiche, renali, oculari in rapida evoluzione• Complicanze micro e macrovascolari in fase evolutiva• Piede diabetico• Gravidanza in diabetica, diabete gestazionale, pianificazione della gravidanza



Compiti del MMG

- Identificazione della popolazione a rischio aumentato di malattia diabetica tra i propri assistiti.
- Diagnosi precoce di malattia diabetica tra i propri assistiti.
- Identificazione, tra i propri assistiti, delle donne con diabete gestazionale.
- Presa in carico, in collaborazione con le SD per l'assistenza alle persone con Diabete Mellito, dei pazienti e condivisione del Piano di Cura personalizzato.
- Valutazione periodica, mediante l'attuazione di una medicina di iniziativa, dei propri pazienti secondo il Piano di Cura adottato, finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze.
- Effettuazione, in collaborazione con il SD per l'assistenza alle persone con Diabete Mellito, di interventi di Educazione Sanitaria e Counselling delle persone con diabete rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia.
- Monitoraggio dei comportamenti alimentari secondo il Piano di Cura personalizzato.
- Organizzazione dello studio (accessi, attrezzature, personale) per una gestione ottimale delle persone con diabete.
- Raccolta dei dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con il Strutture per l'assistenza alle persone con Diabete Mellito di riferimento mediante cartelle cliniche preferibilmente in formato elettronico.

Comunicazione MMG - SD

Saranno identificate le modalità migliori per comunicare: libretto della persona con DM, lettera ad ogni visita oltre la compilazione delle schede di follow-up periodico, condivisione dei dati per via elettronica.

Nel sistema di comunicazione dovranno essere identificati Sistemi Informativi idonei per assicurare:

- la comunicazione con i pazienti e tra gli operatori sanitari, per condividere, efficacemente e tempestivamente, le informazioni necessarie alla gestione dei pazienti,
- la misura, il monitoraggio e il controllo dei processi e degli esiti.

Registrazione dei dati e la scelta degli indicatori

Uno dei fondamenti su cui poggia un sistema di Gestione Integrata è la realizzazione di un sistema informativo in grado di consentire processi di identificazione della popolazione target, la valutazione degli indicatori di processo e di esito, l'attivazione di una funzione proattiva di richiamo dei pazienti e la

tempestiva condivisione delle informazioni cliniche tra tutti gli operatori sanitari coinvolti nella gestione della malattia diabetica.

Il percorso di gestione cura proposto deve essere sistematicamente valutato attraverso indicatori clinici di processo e di esito intermedio e finale.

L'esistenza di sistemi informativi in grado di consentire l'estrazione dai dati di routine nell'ambito del percorso assistenziale favorisce la valutazione degli indicatori di interesse, dei quali il documento fornisce un elenco puntuale. Gli indicatori costituiscono, infatti, uno strumento indispensabile al fine di migliorare la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza; consentono, infatti, ai decisori della sanità di valutare le condizioni iniziali del sistema, identificare i problemi, quantificare gli obiettivi ragionevolmente perseguibili in un definito ambito temporale, verificare la corrispondenza tra i risultati ottenuti e quelli attesi, individuare i settori che necessitano di azioni correttive e misurare l'impatto delle attività realizzate.

Il programma di gestione integrata, tuttavia, deve essere valutato non solo negli aspetti più propriamente clinici, ma anche con finalità di remunerazione delle attività connesse all'attuazione del progetto stesso, alle persone coinvolte e ai diversi gradi di attivazione a livello regionale, con indicatori atti a far emergere l'efficienza dell'intervento tra coloro che hanno aderito alle linee guida. Il Documento di indirizzo Gestione Integrata del diabete di tipo 2 nell'adulto (pag. XVI) propone una tabella che descrive le raccomandazioni per ridurre l'incidenza delle complicanze negli adulti con diabete, in un modello di gestione integrata e propone come parametri di monitoraggio i seguenti:

- Hba1c
- Microalbuminuria
- Colesterolo totale, HDL, trigliceridi, colesterolo LDL calcolato
- Esame del piede
- Fondo oculare
- Peso e circonferenza vita.

Per ciascun parametro è stabilita la frequenza di rilevazione.

Questi parametri possono essere identificati come quelli essenziali per realizzare un set minimo di indicatori di attività (aderenza al protocollo di Gestione Integrata con la frequenza minima riferita nel documento nell'arco temporale di un anno).

Gli stessi parametri possono essere utilizzati per elaborare anche indicatori di esito intermedio e/o finale ed esprimere una valutazione dell'intervento.

La proposta del seguente set di indicatori è finalizzata a:

- rendere disponibile un set di indica-

indicatori di attività	frequenza	raccomandata per il paziente a "target", con registrazione dell'esecuzione e dell'eventuale valore
Hba1c	trimestrale	
Fondo oculare	biennale	
PA	trimestrale	
Peso e circonferenza vita.	trimestrale	
Esame del piede	annuale	
Microalbuminuria	annuale	
Colesterolo totale	annuale	
HDL	annuale	
Trigliceridi	annuale	
Colesterolo LDL (calcolato)	annuale	

tori alle Regioni che attualmente non ne dispongono di uno proprio

- superare la diversità tra le Regioni: grazie all'uso di un unico set minimo di indicatori, infatti, i risultati conseguiti nelle diverse Regioni saranno comparabili;
- permettere la valutazione dei risultati su base nazionale, in una logica di congruenza ed omogeneità rispetto alle singole realtà regionali;
- integrare gli indicatori già in uso e già suggeriti in una logica di maggior efficacia ed efficienza del monitoraggio.

Strumenti applicativi

Contratti - Coordinamento

Poiché il luogo ottimale per la realizzazione di un sistema integrato di assistenza sembra essere il Distretto sanitario, è qui che si deve collocare una "cabina di concertazione" tra la MG e gli Specialisti Diabetologi con la partecipazione del Distretto, questo rappresentato da figure a forte presenza e competenza del Territorio. La concertazione dovrebbe:

- Favorire l'incontro e gli accordi tra rappresentanti di MMG e Diabetologi;
- Monitorare l'andamento sulla casistica di una zona;
- Individuare gli interventi strutturali sul sistema.
- Facilitare l'adattamento locale e la diffusione dei protocolli diagnostici terapeutici per la gestione del diabete;
- Favorire processi di audit clinico.



AMD

Congresso Regionale AMD 2008 Piemonte e Valle d'Aosta

Gen-etica

Il Diabete di tipo 2: i geni, l'ambiente, i comportamenti



Pollenzo
12-13 Dicembre

PROGRAMMA PRELIMINARE

Venerdì 12 dicembre 2008

Simposio satellite

L'indice glicemico

h 09.30 Registrazione

h 10.00 non solo counting

Indice glicemico: un gelame tra ambiente, tradizioni e geni?

Lavoro di gruppo: di che indice sei?

h 13.00 Break

Gen-etica

Il Diabete di tipo 2: i geni, l'ambiente, i comportamenti

h 14.15 Registrazione

h 14.45 Introduzione Presidente AMD Piemonte

Saluti SID, FAND, OSDI

h 15.10 Interazione geni-ambiente e l'epidemia diabete di tipo 2

Prof. E. Ferrannini (Presidente EASD)

Medicina Basata sull'Evoluzione: salute e malattia alla luce dell'evoluzionismo

Prof. G. Corbellini (Storia della Medicina, Università La Sapienza - Roma)

Comportamenti: L'uomo e il cibo quotidiano nel 2008

Paolo C. Conti (Giornalista, Presidente del Centro Studi per la Divulgazione della Tecnologia e della Scienza - CEDITES)

h 17.50 Break

h 18.10 Laboratorio Piemontese

h 19.30 Chiusura lavori

Sabato 13 dicembre 2008

h 09.00 Tavola rotonda: l'impegno etico e l'ambiente, iniziative nel mondo dell'industria farmaceutica

h 10.00 I comportamenti nella prevenzione e cura del diabete

Campi scuola

Il Movimento: l'inattività fisica fattore di rischio globale

Dott. G. Corigliano (Diabetologo, Presidente ANIAD)

h 11.20 Break

h 11.50 Un impegno etico "planetario": Terra Madre

h 12.20 Il Cibo: sappiamo scegliere? Esperienza sensoriale

h 13.00 Chiusura lavori

Verifica con questionario ECM



Quest'anno il Congresso di AMD Piemonte e Valle d'Aosta, che si terrà a Pollenzo il 12-13 Dicembre, si intollererà **Gen-etica: il diabete di tipo 2, i geni, l'ambiente, i comportamenti**.

Continuando nella linea, così distintiva di AMD, di unire cultura scientifica e cultura umanistica, l'argomento scelto quest'anno vuole esplorare il complesso intreccio tra geni, ambiente e comportamenti dell'uomo (nell'ambiente e sull'ambiente) e l'epidemia diabete di tipo 2, affrontando tematiche, su più versanti, di stringente attualità.

Ci saranno relatori di grande prestigio ed in particolare il nostro Presidente Adolfo Arcangeli che sarà presente con tutto il CDN di AMD.

L'auspicio del Consiglio Regionale è che l'evento, come negli anni precedenti, possa essere un momento forte in cui aggiornamento e ampliamento degli orizzonti si coniughino all'incontro tra le persone, allo scambio di idee e alla condivisione tra tutti.



LA VARIABILITÀ GLICEMICA

Dalla Fisiopatologia alle applicazioni cliniche

Si è svolto a Bari il 20 e 21 giugno il corso “La variabilità glicemica, dalla fisiopatologia alle applicazioni cliniche” organizzato da Roche Diagnostics Italia e patrocinato da AMD.

Il corso si inserisce in un progetto iniziato con un incontro nazionale tenutosi a



Milano in febbraio, con la partecipazione di autorevoli esperti italiani ed internazionali dell'argomento, quali Antonio Ceriello e Irl B. Irsch, e proseguito con 4 corsi per macroaree in diverse città italiane, ancora in fase di completamento. I coordinatori scientifici dei corsi sono stati Alberto De Micheli e Giorgio Grassi ed i relatori nelle diverse sedi numerosi diabetologi esperti della tematica. Secondo gli obiettivi dell'iniziativa nelle relazioni si sono trattati i diversi aspetti teorici e pratici della variabilità glicemica ed il corso si è concluso con la discussione di casi clinici, guidata da formatori della Scuola AMD, volta a valorizzare gli aspetti di misurazione e controllo della variabilità glicemica nella pratica clinica, in una perfetta “logica AMD”.

La ricerca degli ultimi anni ha evidenziato che le fluttuazioni rapide della glicemia giocano un ruolo importante nel determinare il danno endoteliale, mediante generazione di radicali liberi contenenti ossigeno (ROS). Studi clinici hanno dimostrato il ruolo importante delle oscillazioni glicemiche, in particolare post prandiali, come fattori di rischio per le complicanze cardiovascolari del diabete.

D'altra parte, nonostante l'iperglicemia sia un importante fattore di rischio per le complicanze cardiovascolari del diabete, gli studi di intervento sulla glicemia non hanno dimostrato su queste risultati positivi sovrapponibili a quelli ottenuti sulle complicanze microangiopatiche.

In questo contesto quindi assume significato, oltre al raggiungimento degli obiettivi di emoglobina glicata, “ il co-

me” questi vengono ottenuti. Da qui è nato il concetto del compenso glicemico a due dimensioni: controllare l'esposizione glicemica, valutata adeguatamente dalla Hb A1c e controllare le fluttuazioni glicemiche, appunto la “variabilità glicemica”.

La valutazione della variabilità glicemica è oggetto di studio da oltre trenta anni e sono stati proposti diversi indici, di misurazione spesso difficile e lunga, quindi utilizzati a fine di studio ma raramente applicati nella pratica clinica su grandi numeri di pazienti. Negli ultimi anni l'informatica ha svolto un ruolo fondamentale anche in questi ambiti ed oggi è possibile, attraverso la registrazione dei dati dell'autocontrollo glicemico nella memoria dei glucometri e l'utilizzo di appositi softwares, calcolare rapidamente i più importanti indici di variabilità glicemica, dotati anche di valore predittivo sul rischio di ipo ed iperglicemia. L'autocontrollo domiciliare della glicemia, eseguito secondo modalità strutturate, consente la valutazione ed il monitoraggio della varia-

bilità e la conseguente definizione di strategie terapeutiche mirate. La terapia insulinica intensiva con microinfusore appare oggi la migliore opzione terapeutica in grado di ridurre sia l'esposizione glicemica che la variabilità glicemica.



La partecipazione al convegno è stata molto attenta e la discussione vivace, con una felice sintesi fra l'interesse scientifico della tematica ed i risvolti applicativi. L'ottenimento del buon compenso glicemico “ a due dimensioni” rimane l'obiettivo principale dell'impegno condiviso del diabetico e del diabetologo e la disponibilità di mezzi tecnologici sofisticati ma quotidianamente fruibili apre nuove prospettive cliniche, capaci di incidere sulla qualità del compenso di tutti i diabetici.

Alberto De Micheli
Giorgio Grassi





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

AMD

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. Foglini
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: F. 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
Piemonte: A. Chiambretti
Puglia: F. Gentile
Sardegna: M.F. Mulas
Sicilia: A. Lo Presti
Toscana: C. Lazzeri
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

MAIN TOPICS

La storia ed il futuro nell'assistenza al diabete
Strategie terapeutiche del diabete tipo 2 a confronto
Iperglicemia e rischio cardiovascolare
Dal rischio clinico al risk management
Diabete e Gravidanza
La ricerca di AMD
Variabilità metabolica ed emodinamica
Certezze e incertezze sull'autocontrollo della glicemia
La retinopatia diabetica
L'archiviazione dei dati clinici
Le nuove tecnologie
Diabete Italia
Ruolo del diabetologo nella terapia del diabete tipo 2 alla luce delle evidenze
Novità diagnostiche e terapeutiche nel trattamento delle malattie metaboliche
Annali AMD 2009: l'analisi longitudinale

CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE

Presidente Adolfo Arcangeli

Vice Presidente Sandro Gentile

Consiglieri Antimo Aiello, Giuseppe Armentano, Luciano Carboni, Gualtiero de Bigontina, Alberto De Micheli, Antonino Di Benedetto, Rossella Iannarelli, Alessandro Ozzello, Concetto Suraci.

Segretario Alessandro Sergi.

Tesoriere Paolo Foglini.

Comitato Scientifico Adolfo Arcangeli, Antonio Ceriello, Domenico Cucinotta, Alberto De Micheli, Sandro Gentile, Carlo Giorda.

Comitato Organizzativo Locale

Coordinatori Sandro Gentile, Adolfo Ciavarella, Paolo Di Bartolo, Valeria Manicardi.

Comitato Annacarla Babini, Valerio Miselli, Franco Tommasi, Cristina Trojani, Niksa Nimetovic.



LA DIABETOLOGIA CAMPANA INCONTRA IL PROF. A. D'AGOSTINO GIÀ PRESIDENTE AMD

Il convegno ha come obiettivo quello di riunire tutte le componenti della diabetologia Campana, diabetologi e persone con diabete intorno al prof. D'Agostino (fondatore della diabetologia territoriale). Sarà l'occasione per tracciare un bilancio di tutto ciò che si è fatto sia da un punto di vista scientifico, di competenze pratiche e di assistenza al paziente e di nuove acquisizioni scientifiche.

PROGRAMMA:

Ore 09.30/ 10.15: Accoglienza e saluto ai partecipanti (prof. M. Mancini (emerito clinica medica) (prof. G. Di Minno (dir. Gen. ASL NA 1) (dott. A. Longobardi Ammin. Centri A.I.D.)

Modera: Prof. A.W. D'Agostino



Ore 10.15/10,45 Presentazione e significato della giornata, la lezione del passato e le "intuizioni" della diabetologia Campana". Dott. Gerardo Corigliano (diab. Resp. A.I.D. Napoli, pres. naz. ANIAD).

Ore 10,45: L' A.I.D.: un modello "antico" ed attuale di diabetologia del territorio. Prof. Sandro Gentile (Prof. Ass. SUN, pres. eletto AMD)

Ore 11.15: Il modello assistenziale in diabetologia: integrazione ospedale/territorio. Dott. E.M. De Feo (Resp. U.O.S. di diabetologia Azienda Osp. Cardarelli)

Ore 11.45: Il modello assistenziale diabetologico nella regione Campania: indicatori di qualità Dott. Salvatore Turco (Prof. scuola di specializzazione Federico II.)

Ore 12.15: Le novità nella terapia del diabete. Prof. Gabriele Riccardi (Prof. Ord. Federico II, Pres. eletto S.I.D.)

Ore 12,45: Discussione e testimonianze

Ore 13,00: Dal Maurizio Costanzo Show: Franco Pennasilico.

