

AemMedi

Vol. 0

Periodico di informazione, dibattito e confronto

N. 0 Ottobre-Dicembre '97

COMITATO SCIENTIFICO
A. Arcangeli, C. Coscelli
S. Gentile, C. Giorda

REDAZIONE
A. Brignone, L. Gesuè, S. Turco

EDITORE
Guido Gnocchi Editore s.r.l.
Via A. De Gasperi, 55
80133 - NAPOLI
<http://www.idelson-gnocchi.com>
E-mail idelgno@tin.it

DIRETTORE RESPONSABILE
S. Gentile

AMD

Associazione Medici Diabetologi

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente: D. Cucinotta
Vice-Presidente: U. Valentini
Consiglieri: S. Albano
G. Angileri A. Arcangeli
C. Coscelli S. Gentile
C. Giorda M. Manai
G. Pipicelli M. Velussi

Segretario: A. Di Benedetto
Tesoriere: C. Teodonio

Sede Legale: Viale C. Felice, 77
Tel.: 06/7000499 00185 ROMA
Fax 06/77201195
C.C. postale: 96304091

PRESIDENZA E SEGRETERIA
Dipartimento di Medicina Interna
Policlinico Universitario - Via C. Valeria
98100 Messina - Casella Postale 62
98100 Messina
Tel.: 090/2212390-2212430-2212353
Fax: 090/2921554-2935162
<http://www.columbus.it/amd/amd.htm>

PRESIDENTI SEZIONI REGIONALI

Abruzzo-Molise-Umbria: P. di Bernardino
Calabria: D. Mannino
Campania: G. Corigliano
Emilia-Romagna: F. Tomasi
Friuli-Venezia Giulia: M.A. Pellegrini
Lazio: S. Di Pietro
Liguria: M. Comaschi
Lombardia: C. Fossati
Marche: G. Vespasiani
Piemonte, Valle D'Aosta: G. Bagero
Puglia: E. Losurdo
Sicilia: V. Borzi
Sardegna: E. Secchi
Toscana: F. Galeone
Veneto: A. Boscolo Boriga

Spedizione in abbonamento postale

Abbonamento £ 28.000
1 copia separata £ 7.000
Arretrato £ 14.000

Organo Ufficiale dell' Associazione Medici Diabetologi

IL SALUTO DEL PRESIDENTE

Uno dei primi problemi, forse il primo in assoluto, che il nuovo Consiglio Direttivo AMD si è posto nel momento del suo insediamento, cioè dopo il Congresso di Montecatini, è stato quello di come stabilire un dialogo continuo con i soci, nel tentativo di rendere tutti quanto più possibile partecipi delle iniziative e delle attività dell'Associazione.

Questo bollettino rappresenta una delle soluzioni possibili, probabilmente la più semplice ma anche la più efficace. Voi direte: hanno scoperto l'acqua calda! È vero; tutti hanno o fanno il loro giornale - notiziario, dalla parrocchia vicino casa alle grandi società. Non parliamo poi di quello che arriva giornalmente a noi medici: mucchi di carta di ogni tipo e formato e con le più svariate informazioni, che rischiano di passare direttamente dalla cassetta delle lettere al cestino dei rifiuti. Ed ecco il secondo problema: come fare per evitare che anche il bollettino AMD faccia la stessa fine? Risposta: rendendolo il più possibile interessante, stimolando la curiosità del lettore e coinvolgendolo in qualche modo nella sua realizzazione.

Come vedete, fin qui tutti avevamo le idee chiare, il difficile però è venuto dopo, quando cioè dalla teoria siamo passati alla pratica ed è nato il primo numero del nuovo notiziario AMD.

Io non so quale gradimento esso incontrerà tra i lettori: vi prego però di valutarlo per quello che vuole essere, cioè un foglio di informazioni sulla vita e sulle iniziative dell'Associazione e non certamente una rivista

SOMMARIO

1. Il saluto del Presidente
2. Il commiato di Claudio Noacco
3. Attività del Consiglio Direttivo Nazionale AMD
4. Il corso di diabete e sport. Isnello (PA)
5. Ottimizzazione dell'assistenza diabetologica attraverso un approccio integrato:...
6. Il nuovo regolamento per l'accesso alla Dirigenza di II livello:...
7. Opinioni a confronto
8. Parigi, ottobre 1997: XI Simposio Internazionale sull'aterosclerosi...
9. Iniziative editoriali
10. Iniziative delle Sezioni Regionali
11. Assistenza diabetologica. Campania: varati i pacchetti di prevenzione. Abruzzo: un esempio di economia...
12. Il Congresso Nazionale FID
13. La strategia della qualità 1998-2000
14. Domanda di ammissione AMD

scientifico o un periodico di aggiornamento (di questo speriamo di poter parlare in un prossimo futuro), aperto ai contributi di tutti, con un ampio spazio dedicato alle attività delle Sezioni Regionali e al dialogo con i soci. Vi prego infine di apprezzare lo sforzo meritorio di quanti hanno collaborato e collaboreranno al bollettino e in particolare di Sandro Gentile, che si è assunto l'onere (e la responsabilità!) di coordinare questa iniziativa.

A tutti grazie e "in bocca al lupo!"

Domenico Cucinotta

IL COMMIO DI CLAUDIO NOACCO

Cari Soci AMD,

è con vivo piacere che colgo l'occasione offertami da Domenico Cucinotta e dal Consiglio Direttivo di rivolgermi a Voi dalle pagine di questa pubblicazione che abbiamo voluto far rinascere nella forma agile e immediata di un Bollettino di comunicazione tra i Soci. Personalmente ne ho sentito la mancanza durante la mia Presidenza ma diverse vicende, tra le quali non ultima la situazione economica, ci avevano impedito di migliorare i nostri mezzi di comunicazione che non possono e non devono essere esclusivamente "scientifici".

Posso quindi finalmente fare alcune riflessioni "a voce alta" su questi ultimi 4 anni della AMD e condividerle con Voi tutti.

Indubbiamente la mia Presidenza è coincisa con un profondo mutamento delle condizioni e dell'ambiente in cui la Diabetologia italiana si è trovata a muoversi e ad operare. Da un lato vi è stato un pesante tentativo di ridimensionamento delle strutture e del ruolo della Diabetologia al quale non era più possibile opporsi solo con la ragione dei numeri, ma che doveva essere contrastato con l'evidenza dell'economia e soprattutto della qualità. D'altro lato vi è stato un attacco alla spe-

cialità in quanto tale da parte di altre specialità (e di altri Specialisti) che giocando sulla ristrutturazione in atto dell'assistenza pubblica invocavano un riassorbimento dell'assistenza specialistica sotto "ombrelli" più ampi e capaci.

A tutto ciò si aggiungeva lo scarso potere contrattuale dei Diabetologi dovuto al basso valore dei DRG ospedalieri e al mancato avvio del nomenclatore, e quindi della tariffazione, delle prestazioni ambulatoriali.

Di fronte a queste situazioni convergenti e potenzialmente pericolose per i nostri Servizi e per noi stessi non potevano che giocare d'anticipo, prendendo anche qualche rischio. Vi è stato un non facile riallineamento di tutte le forze disponibili su posizioni avanzate, si è abbandonata la posizione tradizionale di difesa sindacale e si è cercato di divenire interlocutori seri e soprattutto preparati delle Amministrazioni e delle Autorità sanitarie regionali e nazionali.

Devo dire che la più grande soddisfazione che ho tratto in questi 4 anni è stata la constatazione dell'enorme vitalità della Diabetologia e dei Diabetologi italiani, che in brevissimo tempo sono stati in grado di recepire, assimilare ed anche elaborare i nuovi concetti. Non è il caso di passare in rassegna tutte le azioni intraprese ed i risultati ottenuti, però permettemi di ricordare senza alcun orgoglio personale ma con molta gratitudine nei Vostri confronti, che siamo stati e siamo i primi della classe per quanto riguarda i DRG, la loro applicazione, l'organizzazione dell'assistenza, la VRQ, la valutazione dei carichi di lavoro, degli esiti, dell'impatto economico. Ogni diabetologo è diventato un po' più manager della sanità, senza peraltro perdere la sua configurazione clinica e scientifica che ha portato la diabetologia italiana a livelli di eccellenza nel panorama europeo.

Il merito di tutto ciò è dell'Associazione, della sua vitalità nella diversità, e soprattutto della sua configurazione regionale. È un punto su cui abbiamo molto insistito ed operato: sono le sezioni regionali che fanno la forza della AMD; il Consiglio Direttivo nazionale è l'organo di elaborazione "politica" e di coordinamento, ma la sua realtà operativa è regionale e solo attraverso lo scambio di esperienze regionali è possibile far crescere e rafforzare nella sua globalità la diabetologia nazionale. Anche in questo campo abbiamo cercato di precorrere i tempi e di realizzare sul campo una forma efficace e solidale di federalismo teso al progresso ed al miglioramento generale. L'inserimento nello Statuto dell'obbligo per il C.D. di convocare almeno 2 volte ogni anno la Conferenza dei Presidenti Regionali è stato il coronamento di questo orientamento.

La necessità di unire invece tutte le energie disponibili in uno sforzo comune è risultata nella adesione alla F.I.D. Federazione Italiana del Diabete. Chi ha condiviso con me in Consiglio Direttivo questi anni sa quanti dubbi e perplessità abbiano accompagnato questa decisione. Il pericolo era di perdere identità, di accordarsi ad organismi i cui vertici decisionali potessero sfuggire al controllo della AMD, di essere limitati, nel nome dell'unità, nella propria autonomia. Le esperienze del passato ci hanno insegnato che quando si attende che tutti siano d'accordo, quando si istituiscono comitati o gruppi di studio, quando si incontrano interessi diversi e non espliciti si può rischiare la paralisi se non l'arretramento. Anche in questo caso abbiamo rischiato, puntando sulle nostre competenze specifiche e sulla nostra capacità operativa, e devo dire che oggi, a differenza di ieri, nessuno mette più in dubbio non solo l'opportunità, ma la necessità che l'AMD esista.

Certo molto rimane da costruire e da fare, forse da correggere, ma proprio in questo risiede il bello della AMD, dove nulla è preordinato, dove vi sono interessi personali da difendere, dove tutto costa molta fatica, dove bisogna inventare continuamente, dove si critica e si è criticati. Ma dove si impara che la critica è un atto d'amore e di stima, molto più apprezzabile di una indifferente accondiscendenza.

L'AMD quindi è diventata in questi anni maggiorenne e si avvia verso quella indipendenza e maturità propria degli organismi adulti. Se in piccola parte il Consiglio Direttivo uscente ed io stesso abbiamo contribuito a questo processo ne siamo orgogliosi; se tanto rimane ancora da fare sono certo che nessuno farà mancare il proprio contributo al nuovo Consiglio Direttivo e a Domenico Cucinotta nel non facile compito che è stato loro assegnato.

Per quanto mi riguarda ho già ringraziato personalmente tutti i Presidenti delle Sezioni Regionali che sono stati il vero motore dell'Associazione, a tutti un caldo invito ad offrire loro la massima collaborazione non solo nelle idee ma anche in quegli aspetti pratici ed operativi quotidiani che tanto pesano a chi è impegnato a tempo pieno nell'assistenza ma che sono ormai indispensabili alla vita associativa. A chi mi ha affiancato in questi 4 anni di Presidenza, in particolare Rita Amoretti e, in ordine alfabetico, Mariano Agrusta, Andrea Corsi, Valerio Miselli, Mauro Rossi, Claudio Taboga, un sentito ringraziamento e l'augurio di ritrovarci tra qualche anno a ricordare tutte le vicende passate assieme con passione ed impegno. E vi assicuro che ne avremo da raccontare.

A voi tutti, Soci della AMD, la mia riconoscenza per quanto siete riusciti a trasmettermi in questi anni, la mia gratitudine per quanto ho ricevuto ed il mio impegno a continuare con voi il cammino.

Ed anche un caloroso abbraccio.

Claudio Noacco

NOTIZIE AMD VIA INTERNET

ATTIVATO IL SITO UFFICIALE DELL'AMD
net www.columbus.it/amd/amd.htm
E-mail: amd@columbus.it

Nel sito sono attualmente presenti:
Consiglio Direttivo, Sezioni Regionali,
Statuto,

Domanda di ammissione, News,
Calendario Congressi, Notizie dalle
Sezioni Regionali, Link utili
(collegamenti con ADA, IDF, EASD,
MEDLINE, ANAOO, ASSOMED, ecc.)

Responsabile del sito è **Giuseppe Pipicelli**
tel. e fax: 0967/522087

ATTIVITÀ DEL CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE

- Nel mese di ottobre il presidente dell'AMD è stato convocato al Ministero della Sanità per discutere le linee guida del trattamento del diabete. Da incontri come questo dovrebbe nascere un documento per razionalizzare la spesa sanitaria dei prossimi anni. Alla stessa riunione hanno partecipato anche rappresentanti della SID. Ricordiamo che per legge dello Stato, Finanziaria '96, le associazioni scientifiche sono dive-

nute consulenti del Ministero. Il Consiglio Nazionale ha anche avviato una collaborazione con il Ministero per una migliore definizione dell'accesso alla Dirigenza di II livello in Malattie Metaboliche e Diabetologia e perché si tenga conto della Diabetologia nel Piano Sanitario Nazionale.

- Il Consiglio Nazionale ha intenzione di organizzare, negli anni '98 e '99,

Continua a pag. 3

alcuni corsi di aggiornamento. Sono allo studio 5 corsi multiregionali di un giorno per formatori-animatori per il medico di base, 5 corsi sull'organizzazione del Day Hospital diabetologico e 3 sull'organizzazione del lavoro in strutture diabetologiche. Verranno anche organizzati 2 corsi residenziali di due giorni, uno al nord e uno al sud, inerenti argomenti specifici pratici da affrontare in equipe. Il discorso VRQ e accreditamento, brillantemente avviato nel '96, proseguirà con corsi a livello regionale mirati alla fattibilità di un manuale di accreditamento che tenga conto delle diverse realtà locali. L'obiettivo è

arrivare a un'autovalutazione dei Centri. Potranno fare domanda di partecipazione ai corsi i soci proposti dai Presidenti regionali e in regola con la quota associativa.

- All'interno del Consiglio Nazionale sono stati riconfermati o costituiti ex novo, gruppi di lavoro su argomenti specifici. In particolare è stato riconfermato il gruppo che ha il compito di rivedere e adeguare il protocollo di intesa con la SIMMG per la gestione integrata tra diabetologo e medico di base del paziente diabetico.
- Sono in corso dei contatti per la costitu-

zione di un gruppo di lavoro epidemiologico che raccoglierà dati sui Servizi di Diabetologia italiani. Di questo gruppo dovrebbero fare parte rappresentanti dell'AMD, dell'Istituto Superiore della Sanità e di Diainf, società di servizi medici informatici. Le osservazioni epidemiologiche più interessanti verranno pubblicate in anteprima sul nostro notiziario.

- Il dott. Manai è stato incaricato di avviare l'organizzazione del XII Congresso Nazionale dell'AMD ed è già al lavoro per vagliare alcune offerte. Al momento la sede più probabile pare essere Chia Laguna, in Sardegna, nel mese di maggio del 1999.

IL CORSO DI DIABETE E SPORT ISNELLO (PA)

Anche quest'anno, alla fine dell'estate, approfittando degli ultimi giorni di vacanza scolastica, l'ANIAD ha organizzato il tradizionale corso di formazione su Diabete e Sport per diabetici e diabetologi, particolarmente rivolto al diabetico di tipo I.

La splendida cornice delle Madonie ha fatto da sfondo a cinque giorni di full-immersion di un gruppo entusiasta e festosamente rumoroso. La variabilità del clima e dell'orizzonte irregolarmente disegnato da montagne che si stagliavano fiere contro i colori intensi del cielo siciliano per poi lasciarsi avvolgere da nuvole dense, sembrava rispecchiare in pieno il carattere dei partecipanti al corso, quasi tutti adolescenti, e come tali esplosivi nelle loro manifestazioni di allegria, ma talora velati da malinconie improvvise. Magnifico, a nostro avviso, è stato il comportamento dei dirigenti della neonata espressione regionale dell'ANIAD, ai quali i genitori avevano affidato la responsabilità di seguire i ragazzi nelle loro necessità sia mediche che psicologiche. Ancora una volta è emerso in tutta la sua forza trainante il carattere di chi discende dalla Magna Grecia, caldo e fermo al tempo stesso.

La regia si è infatti rivelata sapiente, in un'armonica fusione di attenzioni materne e di controllo paterno, in analogia al carattere dei tutori, che dall'altra parte erano essi stessi coinvolti da anni nella gestione del diabete in prima persona o come genitori. Come? I ragazzi erano e si sentivano liberi di scherzare, ballare, discutere, giocare, in una parola familiarizzare, senza che nessuno dei grandi fosse lì a fare da censore, ma in realtà ad ogni momento i responsabili locali e i medici partecipanti al corso erano all'erta per sopperire a qualsiasi necessità, per evitare pericoli di ogni sorta e per correggere eventuali de-

vianze comportamentali che, in realtà, non si sono verificate mai.

Un altro aspetto che ci piace sottolineare è stato lo stupendo rapporto che si è creato fra i giovani e i diabetici adulti, Giuseppe Di Blasi, 58 anni di età e oltre 30 anni di diabete insulinodipendente e di sport ma senza nessuna complicanza è tra i fondatori e Vice-Presidente dell'ALAD, la sezione laziale dell'ANIAD: forse è stato più ragazzo lui di tanti adolescenti, ma in tal modo si è trovato spesso al centro del gruppo, pienamente integrato, anzi ricercato perché capace di dare sicurezza con consigli semplici ed efficaci perché nati dall'esperienza.

Tutto ciò ha consentito di potenziare l'autonomia di gestione del diabete da parte di pazienti per età ancora in parte dipendenti dalla guida familiare, ma potenzialmente esposti al pericolo di un'indipendenza acerba quanto idealizzata.

Fantastico si è rivelato il modo con cui il Dott. Carlo Avolio, il preparatore atletico dell'ALAD, ha saputo catturare l'attenzione dei partecipanti, offrendo non solo nozioni teoriche ma soprattutto soluzioni pratiche e preziosa è stata professionalità dell'allenatore locale Prof. Guarra-si impegnato in un continuo lavoro di graduale allenamento del gruppo. Le due dietiste poi, provenienti dal Veneto, *Desiderà* e dalla Campania, *Mastroleo*, hanno svolto uno splendido lavoro, non solo per l'apporto tecnico specifico, ma anche per la naturale propensione alla fusione col gruppo, sicuramente potenziata dalla giovane età di entrambe.

Dai test di funzionalità cardiovascolare e muscolare eseguiti dall'équipe del Prof. *Meli* dell'Istituto di Pediatria dell'Università di Palermo e dai preparatori atletici, è emerso un quadro di performance globalmente elevata, per quanto etero-

genea in rapporto al grado di allenamento e alla franca sedentarietà di alcuni dei ragazzi all'inizio del corso.

Le serate sono state dedicate al relax; prima di cena però, dopo un periodo di riposo di due ore, i partecipanti si sono riuniti tutte le sere per partecipare alle lezioni sui temi relativi al controllo metabolico ed all'attività fisica tenute con l'ausilio di audiovisivi e diapositive dai docenti del corso (Prof. Gerardo Corigliano, Prof. Sammarco, Prof. Felice Strollo, Dott. Carlo Avolio). Ogni lezione è stata fonte di vivace discussione, in cui l'esperienza di ognuno è divenuta occasione di riflessione e di critica costruttiva da parte di tutti ed ha consentito la graduale espansione della coscienza e del vissuto individuale e la naturale maturazione di comportamenti positivi da parte del gruppo.

I medici partecipanti, come è finora sempre avvenuto forse anche per il carattere volontario e pionieristico dell'Associazione, pur provenendo da realtà operative estremamente diverse (Veneto, Abruzzo, Lazio, Campania ed ovviamente Sicilia), hanno saputo esprimere la massima capacità di integrazione, a livello sia di relazione interpersonale che di operatività, tanto che al termine del corso si è avuta la piena sensazione di un'accresciuta potenzialità dell'ANIAD in termini di diffusione del messaggio (informazione) e di crescita culturale dell'intera comunità diabetica e diabetologica in Italia (formazione).

Il corso del 1998 coinciderà con il Congresso della International Diabetes Athletes Association (IDAA) di Atene: saprete presto come potremo organizzare la partecipazione più estesa possibile di un gruppo nazionale che si faccia valere come sempre a livello mondiale sia per attività sportiva che per adeguatezza di comportamento terapeutico e sociale.

F. Strollo

I.N.R.C.A. - Roma

Divisione di Endocrinologia e Diabetologia

OTTIMIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA DIABETOLOGICA ATTRAVERSO UN APPROCCIO INTEGRATO: L'ESPERIENZA DI BRESCIA

Umberto Valentini, Antonino Cimino, Angela Girelli

Unità Operativa Diabetologica, Spedali Civili Brescia

Disease Management e Diabete

Il Disease Management è un approccio globale alla malattia, basato sull'analisi di dati clinici ed economici e sulla creazione di un modello dell'intero iter diagnostico-terapeutico legato alla patologia considerata; esso è finalizzato all'individuazione di percorsi atti all'aumento del livello qualitativo dei servizi offerti al paziente, nonché alla ottimizzazione dei costi complessivi (1).

Il Diabete rappresenta una patologia dove il Disease Management potrebbe risultare particolarmente utile. Infatti è una malattia di elevata prevalenza (3% della popolazione) e di lunga durata, costosa per la morbilità e mortalità determinate dalle sue complicanze, assorbendo il 5% della spesa sanitaria.

Inoltre i percorsi delle cure sono complessi ed ad essi concorrono diverse figure (diabetologi, medici di medicina generale, specialisti, infermieri, ecc.) e strutture sanitarie.

PROGETTO PILOTA DI DISEASE MANAGEMENT

Oggetto dello studio sono 4.148 pazienti diabetici seguiti dall'Unità Operativa Diabetologica degli Spedali Civili di Brescia e 686 assistiti di 13 MdMG, di cui 131 seguiti in collaborazione con l'Unità Operativa Diabetologica (gestione integrata).

Il Progetto si articola in tre fasi:

I° Fase: raccolta e valutazione dei dati; creazione Advisory Board.

II° Fase: scelta delle priorità di intervento, sviluppo ed implementazione degli interventi concordati.

III° Fase: misurazione dei risultati; implementazione di eventuali nuove modifiche, in ciclo continuo di qualità.

RISULTATI

COME VIENE PERCEPITA L'ASSISTENZA

Attraverso l'analisi dei questionari compilati da pazienti si sono identificati i seguenti problemi:

- **Medico di Medicina Generale:** visite considerate troppo brevi, spiegazioni considerate insufficienti, tempi d'attesa in ambulatorio troppo lunghi.
- **Centro Specialistico:** intervallo tra una visita e l'altra considerato troppo lungo, tempi d'attesa in ambulatorio troppo lunghi, orari d'apertura insufficienti.
- **Ospedale:** spersonalizzazione del rapporto con gli Operatori Sanitari, spiegazioni insufficienti, messaggi contraddittori, disagio per la sistemazione alberghiera.

Come sono seguiti i pazienti

Come indicatori per il rispetto dei protocolli di cura si sono utilizzati il numero di determinazioni di emoglobina glicata per anno e la percentuale di pazienti che hanno eseguito il fondo oculare nell'ultimo anno.

- **Centro Specialistico:** sono state effettuate 3,6 determinazioni anno/paziente della emoglobina glicata; nell'ultimo anno il 94% dei pazienti ha eseguito il fondo oculare.
- **Medico di Medicina Generale:** la variabilità dell'inserimento dei dati clinici, la dispersione sul territorio, hanno reso difficile una valutazione precisa.

Efficacia clinica

La media globale dell'ultima HbA1c eseguita nel 1996 è risultata di 7,6%. La Stratificazione della popolazione per fasce di età dimostra che un discreto numero di pazienti ha un buon controllo metabolico (<7%). Inoltre l'analisi per fasce di età dimostra che i pazienti con più elevati valori di HbA1c sono per lo più gli anziani, dove uno stretto controllo è meno importante se non addirittura controindicato. La valutazione di questi dati ha permesso inoltre di identificare i pazienti in cui il controllo metabolico va migliorato.

Costi e ricavi

I dati preliminari del 1996 evidenziano che costi per visite ed accertamenti, calcolati in base al nuovo tariffario regionale sulle prestazioni ambulatoriali, sono relativamente contenuti (191 milioni), mentre i ricoveri in cui la causa principale è il diabete determinano una grossa spesa per l'ASL (8,5 miliardi) e ricavo per l'azienda ospedale. È da sottolineare che si tratta solo dei ricoveri effettuati presso gli Spedali Civili di Brescia, calcolati in base ai DRG, tenendo conto esclusivamente di quelli connessi al diabete od alle sue complicanze. Questi ed altri dati (costi per presidi, esami di laboratorio, farmaci...) suggerirebbero un costo annuo per paziente di circa £ 3.921.000.

CONCLUSIONI

Questa prima fase di "Disease Management" in campo diabetologico, ci ha permesso di "fotografare" le diverse fasi del processo assistenziale in un unico quadro, permettendo di valutare in modo oggettivo (archivi informatizzati, DRG, tariffe ambulatoriali, questionari per i pazienti...) le relazioni tra i diversi livelli assistenziali e il "peso" in termini di efficacia ed efficienza di queste relazioni.

La fase successiva di questo percorso

sarà la individuazione delle aree in cui intervenire attraverso la VRQ, in modo da ottenere un miglioramento complessivo della qualità percepita, dell'efficacia dell'efficienza.

Ma da questo processo chi ne trarrà vantaggio?

Sicuramente l'Amministratore che verrà a conoscenza dell'intero percorso sanitario della malattia, dei suoi costi/ricavi, del grado di soddisfazione del cliente ed in questo modo potrà realmente programmare l'assistenza. Inoltre potrà applicare questo modello ad altre patologie croniche.

Vantaggi ne avranno i "clienti" che potranno ottenere una migliore conoscenza della malattia, una migliore consapevolezza dei processi di cura, un migliore accesso ai servizi, in definitiva un miglioramento della qualità di vita.

Vantaggi ne deriveranno per i MdMG che miglioreranno la comunicazione con lo specialista, avranno delle linee guida, potranno monitorare i dati dall'intervento terapeutico, acquisendo professionalità e capacità per una gestione consapevole del malato cronico.

Ma i vantaggi maggiori, alla luce del nuovo sistema sanitario, saranno quelli che potranno avere le strutture diabetologiche (5).

Infatti le funzioni clinico-assistenziali, che pur rimangono prioritarie, non giustificano da sole lo sviluppo ed in alcuni casi la stessa esistenza delle strutture diabetologiche.

Occorre quindi acquisire nuove funzioni:

- Economiche, che permettono una continua ed aggiornata sorveglianza dei costi e dei risultati clinici.
- Organizzazione per migliorare l'intero percorso sanitario dando ad ogni paziente quello che serve e quando serve.
- Formative di tutti gli operatori sanitari coinvolti nella cura del diabetico.

Il Processo di Gestione globale della malattia, permettendo di raccogliere informazioni necessarie a rendere possibile questa trasformazione, rappresenta uno strumento utile a favorire lo sviluppo delle strutture diabetologiche che così potranno fornire risposte adeguate ai reali bisogni sanitari della popolazione, divenendo interlocutori ascoltati dei nuovi amministratori.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Martin E.E.: Organising a practice. *Problem identification, disease management, and audit.* Br. Med. J.: 285:265, 1982.
- 2) Glasgow R.E., Anderson B.J.: *Future directions for research on pediatric chronic disease management: lesson from diabetes.* J. Pediatr. Psychol. 20:389, 1995.
- 3) Bonomo M., Valentini U., Brignoli O.: *Il paziente diabetico fra specialista e medico di medicina generale verso una gestione integrata. Proposta di un protocollo di collaborazione gestionale.* Il Diabete 8:194, 1996.
- 4) Fries J.F., Crapo L.M.: *Vitality and aging.* W.H. Freeman, San Francisco, 1981.
- 5) Noacco C.: *Ruolo e funzioni di un Servizio di Diabetologia.* Il Diabete 8:8, 1996.

IL NUOVO REGOLAMENTO PER L'ACCESSO ALLA DIRIGENZA DI II LIVELLO: IMPORTANTI NOVITÀ PER IL DIABETOLOGO: L'OPINIONE DELL'AMD

Carlo Giorda

Unità Operativa di Diabetologia ASR 8, Chieri (To)

È in questi giorni all'esame del Consiglio di Stato il regolamento l'accesso alla dirigenza di II livello (la "vecchia" idoneità primaria). Il testo è quanto mai importante perché da esso discendono anche alcune disposizioni che si applicano nei concorsi per la dirigenza di I livello.

La Diabetologia è una delle discipline che viene maggiormente modificata. Vi sono infatti alcuni cambiamenti di fondamentale importanza, in grado di incidere sensibilmente sulla fisionomia della nostra disciplina. Innanzi tutto viene abolita la disciplina di Diabetologia e viene istituita quella nuova di Malattie Metaboliche e Diabetologia. Dovremmo pertanto incominciare a chiamare gli attuali servizi Unità Operative di Malattie Metaboliche e Diabetologia. Il cambiamento non è puramente formale, al contrario lascia intravedere quale sarà il ruolo del diabetologo negli anni a venire. Ma su questo ci sarà modo di discutere nei prossimi numeri del nostro notiziario.

Si potrà accedere alla dirigenza di II livello in M. Metaboliche e Diabetologia soltanto se in possesso della specializzazione, di almeno cinque anni di anzianità nella disciplina e dopo aver seguito un corso formativo manageriale. Tuttavia, e questa è una delle novità più rilevanti, non vi sarà più equipollenza con la Medicina, ovvero l'anzianità conseguita in Medicina Generale e la specializzazione in Medicina Interna non saranno più utilizzabili per la carriera in Diabetologia. Si tratta di una disposizione veramente storica in quanto sancisce una netta separazione tra Medicina Interna e Diabetologia.

Rimane invece l'equipollenza con l'Endocrinologia in quanto sia il servizio sia la Specializzazione in Endocrinologia rimangono validi per la carriera in M. Metaboliche e Diabetologia.

Come ultima informazione ricordiamo che le idoneità primarie in Diabetologia precedentemente conseguite rimarranno valide per 5 anni, poi si applicheranno solo più le suddette disposizioni.

Come si può vedere si tratta di cambiamenti importanti, in grado di incidere profondamente sulla carriera di quanti oggi si occupano di Diabetologia.

Il Consiglio Nazionale Direttivo dell'AMD si è posto il problema e ha deciso di adoperarsi affinché sia valorizzata l'attività di chi si è sempre occupato di diabete e sia recuperato in qualche modo il servizio prestato sino ad ora in altre discipline.

La proposta che segue è stata formulata con questo intento. Essa viene riportata sul nostro notiziario perché sia oggetto di valutazione da parte di tutti e possa dare adito a un dibattito e a uno scambio di opinioni costruttivo.

PROPOSTA DI MODIFICA

Premesse:

La disciplina di Malattie Metaboliche e Diabetologia è stata definitivamente istituzionalizzata e definita dalla legge 115/87. In essa è sancita la creazione di una rete nazionale di Servizi di Dia-

betologia per la cura e la prevenzione del diabete e delle sue complicanze.

La precedente specializzazione di Diabetologia e Malattie del Ricambio, in attuazione di una direttiva dell'Unione Europea, è confluita nella specializzazione di Endocrinologia e Malattie del Ricambio la quale, tuttavia, conserva una differenziazione delle competenze avendo tre indirizzi diversi ovvero Diabetologia e Malattie del Ricambio, Andrologia ed Endocrinologia pura.

Proposta:

Fatta salva la possibilità di accedere alla Dirigenza di II livello in Malattie Metaboliche e Diabetologia con la specializzazione in Endocrinologia, si richiede di valorizzare l'attività svolta in campo eminentemente diabetologico introducendo la seguente disposizione: *La specializzazione in Diabetologia e Malattie del Ricambio o l'indirizzo in Diabetologia e Malattie del Ricambio della specializzazione in Endocrinologia costituiscono un titolo preferenziale nell'accesso alla dirigenza di II livello per la disciplina Malattie Metaboliche e Diabetologia.*

Inoltre, in considerazione del fatto che l'attività di Malattie Metaboliche e Diabetologia solo di recente ha trovato il giusto inquadramento in disciplina autonoma mentre in precedenza afferiva ad altre discipline, si richiede di introdurre la seguente deroga: *Il servizio prestato presso strutture diabetologiche istituzionalizzate, ospedaliere o universitarie, ambulatoriali o di Day Hospital, anche se afferenti a Divisioni di Medicina Generale, Geriatria o Endocrinologia ma per le quali la Direzione dell'Azienda rilasci certificazione di attività inquadrabile come: Diabetologia, costituisce anzianità e titolo preferenziale nell'accesso alla dirigenza di II livello per la disciplina Malattie Metaboliche e Diabetologia. Tale disposizione vale soltanto per servizi prestati sino al 30/6/97.*

OPINIONI A CONFRONTO

– In analogia con altre figure di Tecnico specializzato (radiologia, cardiologia, etc.) dovrebbe essere oggetto di attenta valutazione la possibilità di promuovere l'istituzione della figura di Tecnico di Diabetologia. Ciò potrebbe significare l'istituzionalizzazione di un ruolo specifico analogo a quello dell'infermiere

specializzato, ma soprattutto giustificerebbe la non trasferibilità di personale faticosamente formato allo svolgimento di compiti altamente specifici.

– La presenza ai congressi internazionali di diabetologia di molti colleghi di altre specialità richiede forse un interessa-

mento dell'Associazione. In prima ipotesi si potrebbe chiedere agli sponsor di comunicare anche alle Società Scientifiche i nominativi degli invitati. La speranza è di far partecipare anche giovani forse di minor peso economico, ma di sicuro interesse e forse maggiormente interessati agli aspetti scientifici più che a quelli vacanzieri.

Sergio Di Pietro

Unità Operativa Malattie Metaboliche I.N.R.C.A. Roma

PARIGI, OTTOBRE 1997: XI SIMPOSIO INTERNAZIONALE SULL'ATEROSCLEROSI. DIABETOLOGI ITALIANI GRANDI ASSENTI?

Sandro Gentile

Dipartimento di Gerontologia, Geriatria e Malattie del Metabolismo - II Università di Napoli

Potrà apparire strano che sul primo numero del bollettino dell'AMD si parli di un congresso non di diabetologia ma di aterosclerosi. Ma il fatto è che paragonando il numero di colleghi che vedo di solito a riunioni nazionali ed internazionali di diabetologia con i non più di quindici (e di varia estrazione) che ho incontrato a Parigi all'XI Simposio Internazionale sull'Aterosclerosi, dovrei ritenere che i diabetologi italiani sono molto e giustamente interessati alla diabetologia in senso stretto e che poco si dedicano ad aspetti metabolici di più ampio respiro. Tutti disinteressati quindi? Eppure tutti sanno come il diabete sia il punto nodale di molti fattori di rischio coronarico come obesità, dislipidemie, ipertensione, sedentarietà, ecc. È sotto gli occhi di tutti come molte parole siano state spese per sottolineare il ruolo preventivo di esercizio fisico, dieta mediterranea, riduzione del sovrappeso, buon equilibrio glicemico e come siano disponibili farmaci ipolipemizzanti efficaci quali fibrati e statine ed ancora come da almeno altrettanto tempo i medici siano oggetto di atten-

zione da parte delle industrie produttrici di tali farmaci. Ma forse molti diabetologi hanno veramente poco interesse o solo poco tempo per un settore metabolico inteso in senso più allargato? Abdicano quindi al loro ruolo di medici che coltivano tutti gli aspetti che ruotano intorno al diabete per ritirarsi in un settore soprattutto glicemologico?

Ma voi direte: "Cosa c'entra tutto questo con il congresso?". In realtà nelle sessioni scientifiche - tutte di elevato livello - sono stati esplorati vari settori di interesse metabolico, dell'endotelio all'ossido nitrico, dall'iperlipidemia al ruolo autonomo dell'ipertrigliceridemia e del basso valore di HDL-colesterolo come fattori di rischio coronarico indipendenti dall'ipercolesterolemia. Quando poi sono stati presentati i progressi della terapia farmacologica delle dislipidemie con ampio spazio dedicato ad uno dei ultimi nati, l'atorvastatina, mi sono detto: "Ma c'era poi bisogno di un'altra statina?" Poi i dati presentati mi hanno fatto pian piano cambiare opinione. Non è la solita solfa (come per gli ACE-inibitori o i calcio-antagonisti, tanto per intenderci), ma di fatto l'ator-

vastatina è significativamente più attiva di sinvastatina, fluvastatina, lovastatina e pravastatina (anche fino al 40%). E non è nemmeno che molti dati di confronto siano frutto di ricerche originali (in maggioranza *data on file* della Parke-Davis, sebbene la commercializzazione riguardi almeno altre 3 industrie). Ma ci sono almeno due aspetti che meritano una riflessione:

- 1) l'atorvastatina non è solo significativamente più attiva delle altre statine ma promette una "reale" riduzione dell'ipertrigliceridemia (a differenza di tutte le altre);
- 2) sta per partire uno studio multicentrico nazionale condotto secondo le regole della *good clinical practice* che coinvolgerà numerose strutture diabetologiche di provata efficienza. Ciò in realtà testimonia il reciproco interesse dell'industria e dei diabetologi sul problema della prevenzione del rischio coronarico nel diabetico, per quel che riguarda un'efficace correzione della dislipidemia.

Quindi il messaggio che deriva da queste riflessioni di viaggio è quello che noi diabetologi dobbiamo sforzarci di caratterizzare la nostra attività non vincolandola per così dire agli aspetti più tradizionalmente legati al diabete, ma estenderla in modo globale e compiutamente specialistico a tutti i settori del metabolismo che si embricano con la malattia diabetica... anzi, mi correggo, che riguardano i nostri amici diabetici.

INIZIATIVE EDITORIALI

"IL DIABETE MELLITO DELL'ANZIANO", curato da Maria Antonietta Pellegrini e Pier Maria Miniussi, prefazione di Claudio Noacco. Edizioni ACG di Lainate.

Il Friuli-Venezia Giulia è una delle regioni italiane con la più elevata percentuale di anziani nella popolazione. Il problema del diabete mellito nell'anziano è quindi di particolare rilievo, tanto da spingere le sezioni regionali dell'AMD, della SID e della Società italiana di Gerontologia e Geriatria a promuovere la pubblicazione di un volume monografico sull'argomento. In esso sono raccolti i contributi di una quarantina di diabetologi e specialisti di altre discipline attivamente impe-

gnati in strutture sanitarie della Regione e costituisce un modello di integrazione di competenze diverse intorno alla particolare problematica del diabete mellito nell'anziano. A differenza delle poche pagine in genere dedicate dai trattati di diabetologia a questo argomento, il volume ne affronta tutti i possibili aspetti, costituendo un insostituibile strumento di aggiornamento e di consultazione per tutti i medici interessati all'argomento. Il volumetto è scritto in modo essenziale e diretto ed affronta con un taglio clinico, più che speculativo, i vari argomenti. Per tale motivo non mancherà di riscuotere larghi consensi. Esso è stato già distribuito a Montecatini Terme durante l'XI Congresso Nazionale

dell'AMD e, nel novembre 1997, è stato presentato ad Udine nel corso di un incontro tra diabetologi e geriatri sulle problematiche dell'ipercolesterolemia del diabetico anziano, argomento specificamente affrontato nella trattazione del libro.

Lo scopo delle rubriche è quello di stimolare lo scambio di opinioni tra i Soci AMD e tutti sono invitati a contribuirvi. I testi, che dovranno essere contenuti tra le 150 e 200 parole tutto compreso, devono essere inviati in copia cartacea e dischetto a:

Sandro Gentile, Via Nicolardi 67 - 80131 Napoli, Fax: 081-5666707 - tel. 0338-7192098

INIZIATIVE DELLE SEZIONI REGIONALI

SEZIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

Consiglio direttivo:

presidente M.A. Pellegrini (Cividale); vicepresidente G. Maraglino (Sacile); consiglieri G. Zanette (Pordenone), M. Maschio (Palmanova), M. Geat (Gorizia); segretario P.M. Miniussi (Cividale).

Attività congressuali:

- **Magnano di Riviera, 25 ottobre 1997:** Incontro tra Diabetologi e Geriatri durante il Congresso regionale di Geriatria. Relazione della Dott.ssa Maria Antonietta Pellegrini e del Dott. P.M. Miniussi su *Terapia del diabete nell'anziano*.
- **Latisana, 25 ottobre 1997:** Congresso regionale congiunto di diabetologia AMD-SID
- **Workshop** in preparazione entro la fine del 1997 in collaborazione con la SID regionale. *Giornata di studio su Linee guida per la prevenzione ed il trattamento della nefropatia diabetica*. Interverrà il Prof. Nosadini di Padova.

Aspetti normativi ed Assistenza diabetologica:

La sezione AMD Friuli-Venezia Giulia è impegnata in collaborazione con la SID regionale a sollecitare da parte dell'amministrazione regionale una maggiore attenzione ai problemi dell'assistenza diabetologica ed in particolare si propone di arrivare prima di tutto ad una definizione univoca delle modalità di erogazione delle prestazioni ai pazienti diabetici e del trattamento ticket cui vengono sottoposte. A tale scopo è fondamentale il coinvolgimento nell'iniziativa delle Associazioni regionali dei diabetici.

SEZIONE ABRUZZO- MOLISE-UMBRIA

Consiglio Direttivo:

presidente P. Di Bernardino (Atri); vicepresidente A. Aiello (Campobasso); consiglieri E. Antonacci (Penne), G. La Penna (Pescara), E. Lattanzi (Teramo), G. Poccia (L'Aquila), C. Vitale (Larino)

Attività congressuali:

- **S. Maria Imbaro – Consorzio M. Negri sud**, 5 aprile 1997: III edizione dell'incontro di aggiornamento per

medici, operatori del settore dietetico e della ristorazione *"In cucina con il diabete"*. Pubblicazione di un quaderno dietetico di arte culinaria abruzzese.

- **Campobasso**, 19 aprile 1997: Convegno su *Diabete ed Ipertensione arteriosa*, dedicato agli aspetti fisiopatologici dell'ipertensione arteriosa, al protocollo terapeutico del diabetico iperteso con particolare riguardo al rapporto costo-benefico della terapia stessa.
- **Atri**, 6 giugno 1997: I Corso per diabetologi su *Gestione delle risorse umane e motivazioni*, tenuto dal Prof. Sansavini in collaborazione con la Eli Lilly Italia. Il II Corso si è tenuto il 17 settembre 1997.
- **Atri**, 8 novembre 1997, Convegno Interregionale su *Educazione sanitaria del paziente diabetico*, con la partecipazione dei coordinatori del gruppo di studio GISED

SEZIONE TOSCANA

Consiglio Direttivo:

presidente F. Galeone (Pescia); vicepresidente C. Lazzeri (Firenze); consiglieri A. Arcangeli (Prato), A. Di Carlo (Lucca), M. Lupi (San Miniato), R.M. Meniconi (Viareggio), I. Tangarelli (Siena), segretario G. Fiore (Pescia)

Attività congressuali:

- L'attività svolta nel 1996 è stata eminentemente indirizzata alla preparazione del **Congresso Nazionale di Montecatini '97** nel corso del quale è stato organizzato un incontro con i Medici di Medicina Generale della Toscana dal titolo *Il Medico di Medicina Generale nella gestione del paziente diabetico*
- **Pisa**, aprile 1997: Urgenze metaboliche in diabetologia, in collaborazione con la SID Toscana
- **Prato**, novembre 1997: Diabete ed attività sportiva, in collaborazione con la SID Toscana
- **Corsi teorico-pratici 1997** realizzati in collaborazione con specialisti di altre branche mediche e dedicati all'apprendimento da parte dei diabetologi di metodiche diagnostiche su: *Elettroencefalografia e Diagnostica delle vasculopatie periferiche mediante doppler*

Aspetti normativi ed Assistenza diabetologica:

Nel corso dell'ultima riunione regionale è stato presentato a tutti i soci il manuale di Accreditamento curato dall'AMD e sono stati avviati contatti promettenti con la Regione Toscana per l'attuazione volontaria di quanto previsto dal manuale.

Mediante due delibere regionali i 15 servizi di diabetologia dell'adulto sono stati riconosciuti come Sezioni Autonome di Diabetologia e Malattie Metaboliche. Attualmente il Consiglio Direttivo AMD Toscana è impegnato a stimolare una nuova legge regionale, che alla luce delle ultime normative sanitarie nazionali, riveda la legge di attuazione regionale della 115/87

SEZIONE MARCHE

Consiglio Direttivo:

presidente, G. Vespasiani (S.B. del Tronto); vicepresidente, P. Fogliani (Fermo); consiglieri, G. Carteghini (Camerino), M. Vasta (Urbino), E. Vittoria (Senigallia); segretario, F. Meloncelli (S.B. del Tronto)

Attività congressuali:

- **Fabriano**, 1994: *Osteoporsi e diabete* in collaborazione con la sezione regionale SID
- **Fermo**, 1995: *Diabete e sport* in collaborazione con la sezione regionale SID
- **Ancona**, 1996: *Diabete ed ipertensione arteriosa* in collaborazione con la sezione regionale SID. Tali incontri hanno visto accanto al tradizionale spazio dedicato ai lavori scientifici la realizzazione di incontri con dietiste, podologhe, infermieri
- **San Benedetto del Tronto**, 21 aprile 1997: incontro dal titolo *Il Team diabetologico e accreditamento dei servizi di Diabetologia*, promosso dall'AMD Nazionale in occasione del quale è stato presentato il Manuale di Accreditamento dei Centri di diabetologia.
- **Camerino**, 10 ottobre 1997, Congresso regionale AND-SID su *Legislazione e Malattia diabetica* con la partecipazione di J.P. Bèrardo, F. Capanim e Diabete e Rene con interventi di E. Faloia, R. Nosadini, F. Santeusano, G. Bolli, A. Salvetti; è previsto un incontro con Operatori Sanitari sul *Piede diabetico e Dieta nella Nefropatia Diabetica*.

continua alla pagina seguente

A causa dei drammatici eventi legati al terremoto è stato necessario rimandare a data da definire lo svolgimento del congresso.

Aspetti normativi ed Assistenza diabetologica:

Attività regionali indirizzate a rendere omogenea l'assistenza diabetologica regionale:

- Rilevazione sul *follow up diagnostico-terapeutico* dei Centri di diabetologia
- Indagine conoscitiva sulla *situazione del personale e delle strutture* dei Centri di diabetologia marchigiani.
- Attività di coordinamento tra i Centri nell'ambito della *dietetica*, per rendere più omogeneo l'atteggiamento prescrittivo nell'ambito regionale con la prospettiva di realizzare un "dietetico regionale".
- *Incontri periodici tra le podologhe* dei centri per stabilire protocolli regionali e produrre materiale educativo (è stata tra l'altro realizzata una videocassetta sul Piede diabetico)
- *Giornale regionale di informazione diabetologica* indirizzato anche ai Medici di Medicina Generale

SEZIONE LAZIO

Consiglio Direttivo:

presidente S. Di Pietro (Roma); vicepresidente S. Frontoni (Roma) consiglieri G. Sacchetti (Roma), M.G. Pennafina (Roma), A. Mancini (Roma), R. Pastorelli (Colleferro), F. Chiaromonte (Roma); segretario M.G. Pennafina

Congressi, Corsi, Attività culturali:

- Sono previsti, a partire dal dicembre 1997, **Corsi per équipe diabetologiche** e per la **Formazione dei medici di famiglia**
- **Roma: II Corso biennale di Diabetologia 1998-1999** organizzato dalla Scuola Medica Ospedaliera Roma e Regione Lazio con la collaborazione ufficiale dell'AMD-Lazio. Il corso conferisce titolo valido per i concorsi ospedalieri come corso post-universitario
- **Roma: II Corso semestrale di Diabetologia 1998**
- **II Corso Biennale di Endocrinologia 1998-99**, che vede la collaborazione ufficiale dell'AMD-Lazio, impegnata ad organizzare con compiti di docenza la **Settimana di Diabetologia**

- **Roma, Gennaio 1998:** corsi di aggiornamento in Diabetologia presso la sede dell'Ordine dei Medici
- **Febbraio-marzo 1998:** inizio del Progetto pilota di collaborazione tra diabetologi e 60 medici di famiglia.
- **Marzo 1998:** II Riunione regionale congiunta AMD-SID e IV Congresso regionale AMD
In collaborazione con il Consorzio Mario Negri SUD si è conclusa nel Lazio la fase di validazione di uno studio epidemiologico sulla qualità di vita del paziente diabetico ed è in fase avanzata di realizzazione un altro studio di prevenzione della malattia coronarica nel diabetico. Ambedue gli studi hanno durata quinquennale (1997-2001).

SEZIONE CAMPANIA

Consiglio Direttivo:

presidente G. Corigliano (Napoli); vicepresidente U. Amelia (Nocera Inferiore); consiglieri V. Ammaturo (Nola), V. Armentano (Napoli), P. Calatola (Mercato S. Severino), L. Improta (Sorrento), L. Pappalardo (Portici); segretario S. Turco (Napoli); tesoriere P. Mattei (Napoli)

Attività congressuali:

- **Avellino**, 12 maggio 1997: Riunione regionale annuale congiunta AMD-SID su *Diabete e Sport* e presentazione del protocollo sulla *Cardiopatía ischemica e diabete mellito*.
- **Napoli**, 9 settembre 1997: *Le nuove frontiere della terapia insulinica*, con la partecipazione di Kathleen Wishner, Former ADA President
- **Napoli**, 12 dicembre 1997: Convegno regionale su: *Autocontrollo e diabete mellito: presentazione dello studio campano sulla congruità d'impiego, uso ed abuso dell'autocontrollo*. È prevista una lettura del Prof. D. Cucinotta sui nuovi criteri di classificazione del diabete mellito

Aspetti normativi ed Assistenza diabetologica:

Approvazione di delibera regionale il 10 luglio 1977 sui *pacchetti assistenziali di prevenzione della malattia diabetica e delle sue complicanze acute e croniche*

SEZIONE SICILIA

Consiglio Direttivo:

presidente V. Borzì (Catania), vicepresidente, D. Sinagra (Palermo), consiglieri

S. Biondo (Palermo), A. Lo Presti (Trapani), I. Lorenti (Siracusa), G. Saitta (Messina), C. Sipione (Catania), segretario M. Di Mauro (Catania)

Attività congressuali:

- **Taormina**, aprile 1997: Incontro di introduzione alla VRQ in Diabetologia, relatore il dott. Scaldaferrì il quale ha fornito il manuale di accreditamento dell'AMD.
- **Catania**, 10-11 maggio 1997: Congresso Interassociativo siculo-calabro di Diabetologia, sul *Protocollo d'intesa* con a confronto medici specialistici in diabetologia e medici di medicina generale.

La sezione regionale siciliana dell'AMD ha organizzato corsi di aggiornamento per infermieri professionali a Pergusa (En) e a Caltanissetta.

Aspetti normativi ed Assistenza diabetologica:

- Nel '96 il presidente Borzì per l'AMD ed il prof. Cucinotta, in un incontro con l'Assessore Regionale alla Sanità On. Pagano, hanno avanzato la proposta di ristrutturazione della rete diabetologica siciliana, soprattutto alla luce dei costi.
- Il presidente Borzì, affermando che tale rete è già esistente anche se non è ufficializzata, ne ha auspicato il riconoscimento, in modo che sia garantita una rete qualificata ed efficiente. Tale proposta di rete diabetologica prevede strutture di I livello che interessano gli ambulatori ex SUMAI e gli ambulatori degli ospedali e strutture di II livello, autonome, almeno 1 per ogni azienda ospedaliera ed una per ogni azienda provinciale.
- Protocollo d'Intesa siglato il 2 marzo 1997 a Messina fra le Sezioni Regionali siciliane della Società italiana di Diabetologia, l'Associazione Medici Diabetologi e la Società Italiana di Medicina Generale.
Firmatari i presidenti regionali della SID prof. Giuseppe Squadrito e dell'AMD dott. Vito Borzì e per la SIMG il dott. Ignazio Morgana. Il protocollo d'intesa, che prevede una gestione coordinata ed integrata del paziente diabetico fra medici di medicina generale e specialisti diabetologi, pone la Sicilia come regione pilota a livello nazionale su cui fare riferimento per i progetti elaborati o da elaborare in altre regioni italiane.

CAMPANIA: VARATI I PACCHETTI DI PREVENZIONE

Delibera G.R. Campania 4769 del 10.07.1997 relativa alle prestazioni specialistiche erogabili esclusivamente presso strutture diabetologiche, "accorpate per omogeneità di approccio, in relazione alle varie situazioni dipendenti dalla malattia diabetica per la prevenzione e la diagnosi precoce delle complicanze del diabete mellito, Legge 115/87, linee di indirizzo" ed "al fine di semplificare il lavoro degli operatori del settore e di migliorare l'accesso del paziente diabetico alle strutture diabetologiche":

- SCREENING PER LE COMPLICANZE DEL DIABETE MELLITO
 - Visita diabetologica con valutazione delle complicanze⁽¹⁾
 - Valutazione della soglia di sensibilità vibratorie (Biotesiometria)
 - Test di valutazione della neuropatia autonoma (L-to-S, DB, I. Ortostatica)
 - Microalbuminuria semiquantitativa
 - Podografia
 - Trattamento del piede diabetico (in caso di lesioni di continuo, curettage e medicazioni)

⁽¹⁾ esame clinico completo, PA, peso, altezza, riflessi o-t, valutazione dell'indice di Winsor, fondo oculare)

Norme di Prescrivibilità: tali prestazioni possono essere prescritte su unica ricetta del MMG 1 volta all'anno a tutti diabetici. In caso di esito patologico delle prestazioni elencate al n 2, 3, 4 e 5, queste sono ripetibili una seconda volta nello stesso anno su nuova ricettazione, singolarmente o cumulativamente. Per microalbuminuria patologica è necessario confermare il dato con esecuzione del test una seconda volta, presentando in contabilità fotocopia della prima ricetta, per la sola indagine eseguita. Il caso di lesione di continuo del piede, può essere prescritto dal MMG un ciclo di cura (per continuità terapeutica) su unica ricetta per un massimo di 10 prestazioni, contabilizzando il numero di prestazioni effettuate, con la prescrizione di, *Ciclo di cura del piede diabetico*.

- PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE CRONICHE (in relazione al compenso metabolico)
 - *Visita diabetologica*
 - *Indagine alimentare e dietoterapia (intervista-colloquio e prescrizione)*
 - *Tre profili glicemici*
 - *Tre glicosurie e/o chetonurie*
 - *Tre sedute di addestramento collettivo all'autocontrollo e all'autogestione (max 10 pazienti)*
 - *Emoglobina glicosilata*

Norme di Prescrivibilità: tali prestazioni sono volte alla prevenzione delle complicanze e possono essere erogate su unica ricetta del MMG, ripetibile una seconda volta nell'anno dietro presentazione di fotocopia della ricetta.

- PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE ACUTE (scompenso glicometabolico)
 - *Visita diabetologica*
 - *Profilo glicemico*
 - *Glicosuria e/o chetonuria (semiquantitative)*

Prestazioni erogabili in caso di diabete insulinodipendente; in corso di trattamento con farmaci in grado di provocare scompenso (cortisonico, ecc.); nel diabete non insulinodipendente in fase di *secondary failure* agli ipoglicemizzanti orali; per patologie traumatiche, infettive ed in tutte le situazioni in grado di provocare evidenti modifiche del compenso metabolico; in presenza o a seguito di interventi chirurgici (chirurgia maggiore o minore, tipo avulsioni dentarie), indagini strumentali, ecc.; in corso di gravidanza.

Norme di Prescrivibilità: tali prestazioni sono prescrivibili su unica ricetta e sono automaticamente ripetibili tramite presentazione di fotocopia della prima ricetta fino all'ottenimento del compenso glicometabolico e, comunque, per non più di tre volte.

- ESAMI DI LABORATORIO (D.G.R. 276/96): esame di urine, proteinuria quantitativa, micro-albuminuria quantitativa, creatininemia, clearance creatinica (per creatininemia tra 1,4 e 2,0 mg/dl), colesterolo totale, cole-

sterolo-HDL, trigliceridi, glicemia venosa, uricemia, corpi chetonici (met. semiquantitativo e nel diabete tipo 1 all'esordio o in presenza di ogni condizione di scompenso metabolico)

- VISITA CARDIOLOGICA ED ECG

In tutti i diabetici tipo 2 ed in quelli tipo 1 dopo 5 anni dall'esordio della malattia verranno eseguiti 1 volta all'anno ECG + *Visita cardiologica*; in presenza di espressioni ECGrafiche o cliniche di ischemia tale controllo sarà eseguito ogni 6 mesi.

- VISITA NEUROLOGICA

La *Visita Neurologica* può essere richiesta dal MMG 1 volta all'anno in assenza di segni clinici di neuropatia diabetica; in presenza di segni clinici di neuropatia diabetica 1 volta ogni sei mesi; in presenza di segni clinici e/o strumentali di neuropatia diabetica (somatica o autonoma) si richiederà:

- *studio elettrofisiologico (velocità di conduzione nervosa)* 1 volta all'anno.

- RETINOPATIA

Visita oculistica ed Esame del fondo oculare vanno eseguiti con la seguente periodicità nei diabetici tipo 2 e per quelli tipo 1 dopo 5 anni dall'esordio della malattia:

- 1 volta all'anno, in assenza di retinopatia o con retinopatia background (secondo i dettami del protocollo di Londra)
- ogni 6 mesi, in presenza di lesioni pre-proliferative (essudati molli ed altre espressioni di ischemia retinica)
- ogni 3 mesi, in presenza di forme proliferative.

In presenza di forme pre-proliferative (ischemiche) o proliferative, oltre al fondo oculare può essere richiesta: *Fluorangiografia*, 1 volta all'anno, erogabile su indicazione del diabetologo e richiesta del MMG o su richiesta autonoma del MMG.

È fatto obbligo a tutte le strutture diabetologiche pubbliche o accreditate in via temporanea di adeguarsi a tali linee di indirizzo a far data dall'approvazione della Delibera di Giunta Regionale di cui la presente circolare forma parte integrale e sostanziale.

L'Assessore alla Sanità

continua alla pagina seguente

ABRUZZO: UN ESEMPIO DI ECONOMIA SANITARIA IN DIABETOLOGIA

La Regione Abruzzo ha emanato di recente una disposizione legislativa che regola la distribuzione dei presidi diagnostico-terapeutici ai pazienti diabetici in ossequio alla legge 115/87.

L'iter per stendere una normativa valida su tutto il territorio regionale è stato lungo e complesso. L'impulso è stato dato dalle associazioni di volontariato che hanno fatto emergere le disfunzioni a danno dei pazienti diabetici.

La disposizione legislativa ha fornito i tetti massimi di erogazione dei presidi diagnostici, in vista di stimolare una corretta utilizzazione, da un lato combattendo la sottoutilizzazione e dall'altro eliminando gli sprechi. I tetti massimi sono i seguenti:

1) quattro determinazioni glicemiche quotidiane per i pazienti insulino-trattati (da 2 iniezioni quotidiane in su);

2) per i soggetti non insulino-trattati (o con la sola iniezione serale di insulina ad azione intermedia), si è stabilito di vincolare il numero delle determinazioni glicemiche quotidiane al valore dell'e-

moglobina glicosilata: 25 determinazioni al mese se il valore (eseguito ogni quattro mesi) è inferiore a 7%, 50 determinazioni al mese se superiore a 7%, con la raccomandazione di utilizzare i dosaggi in modo appropriato, in modo da rientrare al più presto nella fascia precedente e con la raccomandazione di eseguire il dosaggio dell'emoglobina glicosilata ogni 2 mesi, finché non si è raggiunto l'obiettivo.

Il messaggio, in termini di lotta alle complicanze, è stato forte e rapidamente recepito dai pazienti e da tutti gli operatori sanitari del settore.

In una direttiva dell'Assessore alla Sanità si è, inoltre, disciplinata la modalità di erogazione. Nella regione i presidi diagnostico-terapeutici da molti anni erano distribuiti dalle farmacie ospedaliere, provvedimento che permette un notevole risparmio economico. La disponibilità dei vari tipi di presidi diagnostici non risultava però omogenea sul territorio regionale. Si registravano infatti episodi, che avevano come unico scopo il contenimento di spesa, che portavano alcune ASL alla fornitura di presidi provenienti da un'unica industria aggiudicatrice di gara, con conseguenze sull'utilizzazione di un unico tipo di glucometro. In una logica

che vedeva solo il risparmio economico, la stessa ASL poteva pretendere che i diabetici cambiassero glucometro nel caso un'altra industria offrisse prezzi più favorevoli. L'Assessore alla Sanità è stato sensibile ed ha approvato una direttiva, sulla base di un programma elaborato dal Comitato Diabetologico Regionale che, fissando un tetto massimo di spesa per presidio corrispondente ad uno sconto del 50% sul prezzo di listino, raccomanda alle ASL di approvigionarsi di tutti i presidi richiesti dai diabetici, evitando di acquisire prodotti di una sola industria.

Una raccomandazione viene fatta a tutti i Servizi di Diabetologia per erogare direttamente i presidi, sia per controllare direttamente l'applicazione legislativa, ma soprattutto per fornire ai pazienti un servizio di comodità uguale, forse superiore, a quello offerto dalle farmacie esterne.

Lotta agli sprechi, quindi, ma, nello stesso tempo, incentivazione all'auto-monitoraggio per tutti coloro che sono in cattivo controllo metabolico.

Prof. Fabio Capani

Cattedra di Fisiopatologia Clinica
Divisione di Medicina Interna I
e Diabetologia Ospedale Civile
Via Fonteromana - 65100 Pescara

IL CONGRESSO NAZIONALE FID

Il 14 e 15 novembre 1997 a Montecatini si è svolto il primo congresso nazionale della FID, Federazione Italiana Diabete. Sotto tale sigla interassociativa si riuniscono tutte le istituzioni (società scientifiche, associazioni di operatori sanitari o di pazienti) che si occupano di diabete. L'AMD vi aderisce insieme con la SID, la SIEDP, la FAND e l'OSDI. L'intento di questa federazione è quello di concentrare in iniziative comuni lo sforzo per migliorare l'assistenza diabetologica in Italia.

Il Congresso si è articolato in una, due sessioni: una, al mattino, caratterizzata da interventi di relatori su argomenti specifici e un'altra, pomeridiana, dedicata a lavori di gruppo finalizzati a ricavare linee di indirizzo e di comportamento per il futuro della Federazione.

Nella sessione del mattino, co-presieduta dai Presidenti dell'AMD Cucinotta

e della SID Navalesi, hanno relazionato per l'AMD Rita Amoretti, che ha ben focalizzato le storture del sistema DRG, molto penalizzante per la diabetologia poiché non permette al diabete di emergere in tutta la sua importanza nelle diagnosi di dimissione dagli ospedali e Umberto Valentini che ha proposto metodi di gestione integrata per la cura del diabetico di tipo 2.

Particolare interesse ha suscitato la relazione sulla stima dei costi del diabete in Italia, presentata da Luca Benzi di Pisa ma frutto del lavoro comune con Carlo Coscelli, da cui emergono dati preliminari interessanti come il costo annuale di assistenza per un diabetico, che da noi è di circa un milione contro i 4000 dollari all'anno degli Stati Uniti o la spesa annuale per i ricoveri che in Italia sarebbe meno della metà che negli USA.

L'intervento che però ha maggiormente lasciato il segno è stato quello del dott. Marino, del Settore Programmazione del Ministero della Sanità. Il dott. Marino, dopo aver spiegato le linee generali della legge 502, ha dato alcune indicazioni sul Piano Sanitario per il triennio 1998-2000, sottolineando che molta importanza verrà data alla prevenzione, con riferimenti particolari ad argomenti collegati con la diabetologia, come obesità e fattori di rischio coronarico.

Tuttavia, a precise domande se la cura del diabete, come espressamente richiesto da AMD e FAND, sia stata inserita come obiettivo primario del triennio ha dovuto rispondere negativamente, suscitando profonda delusione. Tale mancanza rischia di mettere ulteriormente in difficoltà la Diabetologia italiana per cui, riuscire a convincere i politici a porvi rimedio con una correzione dell'ultima ora, diviene l'obiettivo più impellente per tutte le istituzioni che aderiscono alla FID.

Carlo Giorda

LA STRATEGIA DELLA QUALITÀ 1998-2000: LA PROPOSTA DELL'AMD

STRATEGIA

L'AMD presenta un piano generale a lungo termine per cambiare l'orizzonte culturale e l'ambiente organizzativo dell'assistenza diabetologica allo scopo di fornire alle persone diabetiche ciò di cui hanno bisogno, ai costi più bassi, usando i metodi del Continuous Quality Improvement.

VISION

L'AMD si impegna a far sì che ogni

Socio si senta parte del disegno strategico, perché i Teams diabetologici e le Istituzioni possano dare e le persone diabetiche possano avere la garanzia che in ogni parte del Paese venga erogata una assistenza sanitaria razionale.

OBIETTIVO GENERALE

① Migliorare la qualità dell'assistenza



realizzare il *Sistema Qualità* nei Servizi di Diabetologia

② Razionalizzare l'assistenza diabetologica.

① MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA ASSISTENZA DIABETOLOGICA

Prerequisiti per avviare la qualità

1. definire, sensibilizzare, aumentare il coinvolgimento degli iscritti e dei Teams diabetologici.
2. definire le responsabilità all'interno della U.O.
3. definire la strategia di una U.O.



REALIZZAZIONE DEL SISTEMA QUALITÀ

Valutare ed assicurare la qualità dell'intero processo assistenziale, mediante una azione di controllo sulle tappe significative intermedie del processo di produzione, prima dell'esito finale.

Pervenire ad una struttura organizzativa tale da attuare la **gestione della qualità**, intesa come insieme delle decisioni che determinano la politica per la qualità, gli obiettivi e le responsabilità utilizzando mezzi quali la pianificazione e il controllo.

Ha lo scopo finale di coinvolgere e motivare tutti i componenti della struttura e di interessare l'intera Azienda (**gestione totale per la qualità**).



QUALITÀ: PARTE TEORICA

FORMAZIONE DI BASE

1. promuove l'accreditamento
 - organizzazione generale (qualità della gestione)
 - soddisfazione di operatori e assistiti (miglioramento dei processi di flusso dei SD)
 - la qualità tecnica/professionale
2. promuove la gestione della qualità dei SD

QUALITÀ: PARTE PRATICA

ACCREDITAMENTO

- 1.1° fase
 - autovalutazione (percezione della qualità delle proprie e reciproche attività, volta ad evidenziare lo scarto tra l'osservato e l'atteso - diagnosi situazione corrente)
- 2.2° fase
 - accreditamento tra pari
 - accreditamento istituzionale
 - certificazione ISO 9000 (9004/2)



② RAZIONALIZZARE L'ASSISTENZA DIABETOLOGICA (COSTI)

① MEDICINA DI PROVATA EFFICACIA

- a. revisione, produzione, adozione di linee guida
- b. valutazione delle tecnologie sanitarie
- c. revisione sistematica letteratura, metanalisi

② SEGMENTAZIONE DEI DIABETICI

- a. identificazione dei profili di rischio della popolazione diabetica
- b. quale sottogruppo ha la probabilità maggiore di avere esiti negativi?
- c. a chi dedicare gli interventi di efficacia provata?
- d. quali sono i sottogruppi che si avvantaggiano dall'essere seguiti da solo MMG, dai SD, da entrambi?

③ VALUTAZIONE DI EFFICACIA PRATICA

- a. identificazione della quota evitabile di morbilità e morte
 - valutazione della qualità delle cure
 - uso di fatto di interventi di provata efficacia (effectiveness research)
 - quali sono gli effetti negativi della loro non applicazione?

③ Sviluppo della strategia

a. riunione del Direttivo Nazionale AMD con il vertice della Soc. Italiana per la Qualità dell'assistenza sanitaria (VRO)

Scopo: ottenere un sostegno formativo e di garanzia metodologica, la designazione dei referenti VRQ nel Direttivo Nazionale e in quelli regionali. Entro febbraio 1998.



b. riunione con i Presidenti dei Direttivi Regionali AMD

Scopo: condivisione del programma accreditamento, sua implementazione regionale, formazione di un componente del direttivo come responsabile della qualità. Entro aprile 1998.



c. avvio e conclusione della fase dell'autovalutazione (volontaria) dei SD nelle varie regioni.

Scopo: diagnosi situazione corrente. Entro la fine del 1998.

A cura del Gruppo di Lavoro "VRQ ed Accredimento" dell'AMD Nazionale
E. Scaldaferrì, G. De Bigontina, D. Giorgi Pierfranceschi, C. Fossati, D. Orlandini, S. Gentile



Associazione Medici Diabetologi

DOMANDA DI AMMISSIONE

Al Presidente AMD _____ Data _____
Il sottoscritto Dr./Prof. _____

nato a _____ il _____ residente a _____
CA.P. _____

in via _____ n _____ tel. _____
fax _____ cellulare _____ e-mail _____

chiede di essere ammesso quale Socio Ordinario all'Associazione Medici Diabetologi.

Dichiara, sotto la propria responsabilità, di essersi laureato presso l'Università di: _____
(anno _____), specializzato in

Diabetologia Endocrinologia ad indirizzo Diabetologia e Malattie del Ricambio

Altro (specificare) _____

presso l'Università _____ (anno _____)

e di prestare attualmente attività presso la seguente struttura:

(indirizzo) _____

tel. _____ fax _____ e-mail _____

con le seguenti funzioni _____
per _____ ore settimanali _____

_____ firma

Soci presentatori 1) _____ firma _____

2) _____ firma _____

- Allegare alla presente domanda un curriculum vitae (max 1 pagina) con particolare riferimento alle attività svolte in campo diabetologico.
 - Inviare, anche via fax (06-772.01.19), a: AMD v.le Carlo Felice, 77 - 00185 ROMA
- A norma di statuto le domande di ammissione verranno esaminate dal Consiglio Direttivo dell'AMD nella prima riunione dopo il ricevimento della domanda.

Riservato alla Commissione Soci

Accettato

Non accettato

Necessario acquisire ulteriori dati

COMUNICAZIONE AI SOCI AMD

La nostra Associazione può operare grazie soprattutto alla quota associativa annuale di L. 50.000 e che non verrà incrementata nel prossimo futuro.

È importante quindi che ognuno di noi versi la quota con una certa regolarità o regolarizzi la propria posizione. I versamenti possono essere effettuati sul

conto corrente postale 96304001 - **AMD**, v.le Carlo Felice 77, Roma

Chi volesse informazioni sulla propria situazione contabile può contattare la Segreteria Amministrativa

*Auguri di Buon Natale 1997 e lieto anno nuovo
dal Comitato Scientifico*