

NUOVA CLASSIFICAZIONE E NUOVI CRITERI DIAGNOSTICI PER IL DIABETE MELLITO: LE PROPOSTE ADA

Sono già sotto esame ad opera di una commissione di esperti AMD-SID le proposte formulate dall' American Diabetes Association (ADA) per rivedere i criteri di classificazione e diagnosi del diabete mellito.

Come tutti sanno, i criteri attualmente in vigore sono quelli del National Diabetes Data Group, avanzati nel 1979 e successivamente adottati, con qualche piccola modifica, sia della World Health Organization che dalle varie società scientifiche europee. Le nuove conoscenze in tema di patogenesi della malattia e di rapporti tra iperglicemia e complicanze hanno però reso in buona parte obsoleti i precedenti criteri ed indotto l' ADA a formulare le nuove proposte, illustrate nel meeting di Boston di giugno e pubblicate su *Diabetes Care* di luglio 1997. In sintesi, la nuova classificazione comprende le due forme cliniche principali di malattia, denominate esclusivamente *tipo 1* (con 2 sottoclassi, immunomediata e idiopatica) e *tipo 2*, la classe degli *altri tipi specifici* di malattia (elenco lunghissimo, che comprende anche quelle forme in passato classificate come tipo 2 e di cui oggi è noto il meccanismo genetico, come il MODY) e il *diabete mellito gestazionale*. Scompare dunque il diabete malnutrizionale e scompaiono, almeno in questa proposta, le classi a rischio statistico (precedente e potenziale anomalia della tolleranza glucidica), mentre la classe della *ridotta tolleranza glucidica* (IGT) viene ampliata ad una nuova categoria di pazienti, quelli che hanno un' *alterata glicemia a digiuno* (IFG) e cioè valori compresi tra 111 e 125 mg/dl.

Infatti, è questo l' aspetto più eclatante dei nuovi criteri diagnostici e probabilmente di tutta la proposta, il livello glicemico a digiuno indicativo di diabete mellito viene abbassato da ≥ 140 a ≥ 126 mg/dl, mentre i valori normali rimangono < 110 mg/dl. Viene così identificato un gruppo di pazienti, per l' appunto i soggetti IFG, con glicemia a digiuno tra 110 e 125 mg/dl, corrispondenti a glicemie a due ore da un carico orale di glucosio (OGTT) comprese tra 140 e 199 mg/dl.

Quali sono le basi razionali di questi nuovi criteri diagnostici? Anzitutto la constatazione che i precedenti criteri per la diagnosi di diabete erano basati su due rilievi (glicemia a digiuno ≥ 140 o glicemia a 2 ore dal carico di glucosio ≥ 200) non equivalenti, nel senso che è stato documentato come a glicemie a 2 ore attorno a 200 corrispondano in genere glicemie a digiuno molto al di sotto di 140 e vicine a 125 mg/dl. Se a ciò si aggiunge che l' OGTT è un' indagine abbastanza impegnativa e costosa e quindi sottoutilizzata, ne deriva che esiste una larga fetta di soggetti che sono diabetici ma non vengono oggi diagnosticati perché non eseguono l' OGTT e che invece potrebbero essere facilmente identificati con una diversa valutazione della glicemia a digiuno. Ma

SOMMARIO

1. Nuova classificazione e nuovi criteri per il diabete mellito
2. La dichiarazione di Saint Vincent
3. Diabetologia ed Informatica
4. La dieta dell' atleta diabetico
5. Certezze e controversie sulla diagnostica del diabete gestazionale
6. Diagnosis related groups system
7. L' équipe nell' assistenza del diabetico
8. La dirigenza di primo e secondo livello
9. Iniziative editoriali
10. Assistenza diabetologica
11. Iniziative delle Sezioni Regionali
12. Nuovi farmaci: Repaglinide
13. Un' opinione
14. Notiziario
15. Attività del Consiglio Direttivo Nazionale
16. Progetto pilota sul protocollo AMD-SIMG
17. Il diabete ricompare nel piano sanitario
18. Corsi di aggiornamento AMD

la considerazione più importante a favore di un abbassamento della soglia glicemica diagnostica per diabete viene da recenti e importanti studi di popolazione, che dimostrano un' impennata della prevalenza di complicanze sia micro-che macroangiopatiche a partire da glicemie a digiuno > 125 mg/dl.

Infine, una raccomandazione da parte degli americani: sottoporre a screening periodici, cioè al rilievo della glicemia a digiuno, tutta la popolazione ultraquarantacinquenne ed i soggetti a rischio (obesi, ipertesi, dislipidemic, parenti di 1° grado di diabetici, madri di nati macrosomici, ecc.), anche se di età inferiore. Quali potrebbero essere i risvolti pratici dell' applicazione dei nuovi criteri diagnostici? Va anzitutto sottolineato, ove ciò non fosse chiaro, che fare diagnosi di diabete con la sola glicemia a digiuno > 125 mg/dl, non significa, ovviamente, aumentare il numero dei pazienti diabetici ma semmai aumentare il numero di coloro che pur essendo diabetici anche con gli altri criteri (glicemia a 2 ore dal carico ≥ 200), non vengono diagnosticati. Dunque una maggiore potenzialità diagnostica, a costi molto contenuti (una semplice glicemia a digiuno, da ripetere per conferma) e in grado, secondo stime degli stessi americani, di raddoppiare il numero dei pazienti neodiagnosticati. In altri termini, un rapporto costo/beneficio nettamente favorevole grazie alla possibilità di fare diagnosi precocemente e con poca spesa, il che consentirà nel breve termine un più immediato intervento terapeutico e, nel lungo periodo, un concreto risparmio in termini sia di salute individuale che di contenimento della spesa sanitaria per le complicanze croniche della malattia.

Domenico Cucinotta

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

REDAZIONE
A. Brignone, L. Gesué, 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. Picicelli 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: 96304001

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: D. Giorgi P.
Friuli-Venezia Giulia: M.A. Pellegrini
Lazio: S. Di Pietro
Liguria: M. Comaschi
Lombardia: C. Fossati
Marche: G. Vespasiani
Piemonte, Valle D' Aosta: G. Bargerò
Puglia: E. Losundo
Sicilia: V. Borzi
Sardegna: E. Secchi
Toscana: F. Galeone
Veneto: A. Boscolo Bariga

In attesa di registrazione
del Tribunale di Napoli

Abbonamento £ 28.000
1 copia separata £ 7.000
Arretrato £ 14.000

LA DICHIARAZIONE DI SAINT VINCENT A CHE PUNTO SIAMO?

I 200 rappresentanti di diabetologi, pazienti, autorità governative e sanitarie, compagnie assicurative, riunite a cura dell'IDF e dell'OMS europei e Saint Vincent il 10-12 ottobre 1989 per discutere i problemi e per sviluppare strategie comuni a livello europeo per l'assistenza al diabete, certamente non avevano previsto che il documento di intenti discusso ed approvato in quella occasione, la Dichiarazione di Saint Vincent (DSV), avrebbe avuto una rilevanza storica.

Mettere in atto le strategie necessarie a raggiungere gli obiettivi contenuti nella DSV significava infatti in primo luogo una revisione critica della propria realtà (assistenziale, legislativa, organizzativa) con disponibilità al confronto ed al cambiamento.

A distanza di 8 anni si può affermare che la DSV non è rimasta solamente una bella idea ma ha trovato applicazione, pur in grado diverso, nella maggior parte dei 51 Stati membri dell'OMS Europa. In 46 Paesi è stata attivata una *task-force* nazionale con il compito di promuovere le iniziative ed i programmi necessari al raggiungimento degli obiettivi della DSV mentre in 34 Paesi tali programmi sono stati anche adottati dai governi.

Sviluppo della DSV

Il passo successivo al meeting di S. Vincent fu di creare una struttura tecnica e organizzativa, in particolare furono costruiti gruppi di lavoro per la definizione di linee guida per l'applicazione della DSV. L'*implementation document* contenente tali linee guida fu presentato al meeting di Budapest dal 1992 insieme alla raccomandazione di istituire le *task-force* nazionali, composte da tutte le categorie interessate al problema diabete, per la realizzazione degli obiettivi della DSV. Nello stesso anno ci fu il meeting di Oslo dedicato alla messa a punto di sistemi di monitoraggio della attività diabetologica nell'ottica del miglioramento continuo della qualità. Nacque così il programma DiabCare ed il Basic Information Sheet (BIS) che, dopo un rodaggio di 3 anni, è stato tradotto in 25 lingue e rappresenta lo strumento base di raccolta dati. Sempre nel 1992 furono nominati i referenti nazionali (*Liason Persons*, per l'Italia il dott. Renato Del Baglivo) ai quali nel 1995 fu inviato un questionario per verificare l'impatto della DSV nei rispettivi paesi: la risposta fu del 68% (l'Italia sta nell'altro 32%) con una valutazione positiva sia sul complesso delle iniziative che sugli obiettivi specifici, realizzati od in corso.

Dopo Budapest e Oslo furono istituiti altri gruppi di studio e vennero aggiornate le linee guida. Seguirono i meeting di Atene (1995) e Lisbona (1997) allargati ai Paesi non membri dell'OMS Europa e orientati soprattutto alla verifica dell'impatto della DSV: risultati ottenuti e ostacoli incontrati.

La DSV in Italia

Da parte dell'autorità sanitaria nulla è stato fatto: non esiste una *task-force* e non sono stati avviati programmi a carattere nazionale.

Nonostante l'iniziativa abbia visto la luce in Italia, il nostro paese è uno fra i pochi in cui a livello governativo è stata praticamente ignorata.

In compenso si sono attivate le società scientifiche: nel 1991 è stato costituito il gruppo di studio per l'applicazione della DSV composto da rappresentanti dell'Associazione Medici Diabetologi (AMD) e della Società Italiana di Diabetologia (SID) con la presenza, nel comitato di coordinamento, di consulenti dell'Istituto Mario Negri Sud. Nel dicembre '92 rappresentanti delle 2 società scientifiche provenienti da tutte le regioni italiane hanno partecipato ad un Consensus Meeting per fornire gli indirizzi per l'applicazione della DSV a livello nazionale, regionale e locale. Il documento fu successivamente pubblicato su AEMMEDI-notizie e su "Il Diabete".

Contemporaneamente fu dato impulso alla ricerca sul miglioramento continuo della qualità, nell'ottica della DSV. Ne sono esempio il progetto pilota sui fattori di rischio delle complicanze maggiori ed il DiabCare Q Net Italia, entrambi a carattere nazionale. Al primo progetto hanno partecipato Servizi di Diabetologia (SD) e Medici di Medicina Generale (MMG) di tutte le regioni, al secondo un campione di 27 SD uniformemente distribuito fra nord, centro, sud e isole. Ogni centro dispone di un codice di accesso al computer centrale per l'invio dei dati del BIS e per ricevere gli elaborati relativi al centro stesso oppure aggregati a livello regionale o nazionale.

I dati raccolti riguardano circa 1600 pazienti (v. Tabella). I risultati finora conseguiti sono stati presentati ai congressi nazionali di AMD, SID, all'EASD oltre che ai meeting della DSV e sono stati pubblicati su riviste diffuse e prestigiose come Diabetes Care e Diabetic Medicine.

Con il supporto economico dell'industria farmaceutica entrambi i progetti potranno ora essere ampliati: il primo, denominato QuED (Qualità ed Esito nel Diabete) coinvolgerà 50 SD, 150 MMG e 2 mila pazienti, il secondo, che ha richiamato l'interesse di altri partners europei nel progetto DiabCare per le soluzioni tecnologiche adottate nella raccolta dati e nella salvaguardia della loro anonimata, verrà esteso a 120 SD in Italia.

Progetto DiabCare Q-Net Italia. Esempi di informazione elaborate a livello centrale che possono essere richieste da ogni Centro.

CONTROLLO METABOLICO (valori medi)	Nazionale	Regionale	Centro
Glicemia basale (mg/dl)	179	184	187
HbA1c (%)	7,8	7,7	7,3
Automonitoraggio (%)	52	42	55
Iniezione/die (n.)	2,8	2,9	3,4
DISPONIBILITÀ DELL'INFORMAZIONE:			
EDUCAZIONE			
Alimentazione	76	65	59
Complicanze	60	53	23
Ipglicemie	57	47	45
Cura del piede	54	48	14
Automonitoraggio	48	35	41
Aggiustamento terapeutico	34	27	34

Ma ci sono anche iniziative a carattere regionale come il progetto Umbria Diabete od il progetto SEE (Save Eyes in Europe) per lo screening e la prevenzione della cecità da diabete che dal Piemonte si è diffuso ad altri Paesi europei ed altre iniziative a livello nazionale per il miglioramento della qualità come il Manuale di Accreditamento dei Servizi di Diabetologia predisposto dalla AMD.

Non sono mancate poi le sollecitazioni nei confronti delle autorità governative: nel 1996 le principali Associazioni interessate al problema hanno costituito la Federazione Italiana del Diabete (FID) che potrebbe rappresentare un riferimento importante per l'avvio della *task-force* italiana. Va però ricordato che nel 1993 le stesse Associazioni, all'epoca facenti parte del Comitato Nazionale Interassociativo per il Diabete, avevano inviato all'allora ministro della sanità una richiesta in tal senso, a tutt'oggi inascoltata.

In conclusione

I *goals* contenuti nella DSV si sono dimostrati realistici e raggiungibili, seppur in misura diversa nei diversi paesi, essendo profondamente diverse le realtà assistenziali. La Dichiarazione d'intenti col tempo si è trasformata in uno strumento operativo credibile per il miglioramento della qualità della cura in campo diabetologico. La Declaration of the Americas on Diabetes del 1997, costruita sulla falsa riga della DSV, rappresenta una autorevole conferma della sua validità e attualità e dovrebbe o potrebbe rappresentare un ulteriore impulso alla sua applicazione, in particolare nei paesi come il nostro dove è stata finora ufficialmente ignorata.

Allora dove siamo?

Si può rispondere con le parole di K.S. Johanson dell'IMS Europa: "...la DSV è diventata un movimento ed i risultati finora ottenuti non significano che siamo alla fine e neanche all'inizio della fine ma perlomeno alla fine dell'inizio". Forse anche in Italia.

Claudio Taboga

Unità Operativa di Diabetologia, Azienda Ospedaliera S. Maria della Misericordia, Udine

Ci troviamo di fronte ad un cambiamento epocale delle nostre abitudini di lavoro, di programmazione, di scelte, dato che nella nostra attività è entrato, talora in maniera devastante, il concetto del risparmio o meglio della spesa oculatamente programmata per obiettivi da raggiungere. Nessuno di noi ha mai avuto una preparazione specifica in proposito e l'evoluzione dei tempi e delle metodiche ci tiene in evidente difficoltà, dato che siamo costretti a rincorrere i cambiamenti in atto senza poter partecipare in prima persona alla gestione dei cambiamenti stessi.

Se questo accade è in parte non trascurabile anche colpa nostra, dato che per troppi anni ci siamo, di fronte ai metodi di raccolta dei dati degli altri paesi, disinteressati di fissare su un supporto magnetico i dati della nostra attività, o per lo meno, al di fuori di certe iniziative personali o sporadiche, non abbiamo prodotto nulla di veramente organizzato e capace di dare l'immagine definitiva e non modificabile dei "grandi numeri", al contrario dei nostri colleghi dei paesi del Nord Europa o di oltre Atlantico.

Del resto, a parte certe iniziative regionalistiche nate, vissute con difficoltà e poi in gran parte abbandonate per motivi o di caduta di interesse o di mancanza di fondi, nessuna società scientifica in campo diabetologico ha mai sposato un programma organico di intervento per produrre un software capace di rispondere alle nostre esigenze di specialisti e solo l'evoluzione estremamente veloce delle procedure e dei mezzi a disposizione, ha fatto in modo che una buona parte di noi sia stata costretta ad apprezzare il mezzo informatico come strumento di lavoro.

La nostra società scientifica, con il numero estremamente elevato di soci operanti sul territorio a diretto contatto con i pazienti e con la sensazione dell'utilità di avere dalla statistica dei grandi numeri un orientamento verso le scelte che noi dobbiamo incominciare a proporre, piuttosto che subirle perché imposte da chi ci dirige, ha di necessità il compito di proporre ai soci che hanno a che fare con i pazienti diabetici quotidianamente la preoccupazione di dotarli di una possibilità di registrazione dei dati che possa essere univoca in ogni Regione e Comune sperduto d'Italia.

Avendo noi, non per presunzione nostra, ma per unanimi apprezzamenti da parte dei colleghi stranieri, il sistema più efficacemente di strutture diabetologiche sul territorio nazionale rispetto agli altri paesi del mondo, resta un neo importante nella nostra attività non poter ricavare pur con questa organizzazione tanto capillare, dei dati epidemiologici che, oltre a darci la dimensione reale del nostro lavoro e delle nostre attività di difesa dalle complicanze croniche della malattia, possano essere un efficace termine di confronto con le proposte

o le imposizioni che ci vengono dalle direzioni generali delle nostre aziende sanitarie.

Non è possibile tollerare più a lungo che alle soglie del 2000 si debbano spulciare metri cubi di carta scritta con tanta fatica e giacenti nei nostri archivi, quando nelle nazioni vicine esistono dei sistemi di registrazione dei dati anagrafici, patologici e terapeutici dei pazienti, ricavabili con estrema semplicità e quasi in tempo reale, senza contare le moderne possibilità di comunicazione attraverso le reti informatiche, che potrebbero permetterci in breve tempo di comunicare i dati fra di noi e di poter scrivere relazioni o perché no, seri e documentati lavori scientifici, basati sull'esame di centinaia di migliaia di dati, attualmente inutilizzati, anche se non hanno non solo nulla da invidiare ai dati degli altri, ma molto spesso, ce ne siamo accorti con estremo ritardo, si presentano in modo più completo ed organico.

Ci siamo detti più volte nelle nostre riunioni o nei nostri Congressi che il DCCT avremmo potuto farlo noi 10 anni prima degli americani, a patto che avessimo saputo rinunciare ai nostri individualismi, per aggregare i nostri sforzi in una produzione scientifica di tutto valore. E se siamo riusciti a produrre qualcosa di veramente valido, vedi il SIEMTIC pubblicato di recente su *Diabetes Care*, abbiamo dovuto usare sempre il cartaceo che è stato trasformato e analizzato in record computerizzati dagli specialisti del Mario Negri.

Mi sembra che sia ora di cambiare strada, prima che sia troppo tardi o peggio prima che l'informatica ci venga imposta come metodo di controllo esterno della nostra attività. È un'impressione che siamo noi a dover chiedere alle Amministrazioni che si impegnino a trovare soluzioni informatiche per poter accedere ai nostri dati già registrati, quando si debbano ricavare automaticamente i report mensili o annuali della nostra attività. Se aspettiamo ancora e rischiamo di farci imporre dall'alto il metodo per la registrazione dei dati inerenti la nostra attività, dovremo ancora una volta dichiarare con pessimismo che la diabetologia sta subendo ulteriori attacchi per farla scomparire come attività specialistica autonoma e che la generalizzazione della raccolta dei dati vanifica le peculiarità della nostra attività.

Il nuovo Consiglio Direttivo AMD si è fatto carico del problema nella sua prima riunione dopo le nuove nomine ed intende procedere a grandi passi su questa strada, difficile, irta di ostacoli ma ormai a senso unico: non possiamo più stare a guardare, ma dobbiamo presentarci come una realtà ben documentabile, non filtrata solo attraverso i nostri occhi e non ricavata solo da una osservazione superficiale di quanto richiesto a noi come a tutti, con la sola ottica del risparmio a tutti i costi.

Se nelle altre branche specialistiche la situazione non è forse assimilabile alla nostra, la

nostra forza sta nel dimostrare che certe scelte strategiche e terapeutiche, anche se costose in partenza ma facilmente recuperabili, possono essere la chiave risolutiva del problema che si può presentare a distanza di 5-10 anni e che vanifica, con l'enorme aumento delle spese per l'assistenza delle complicanze, quello che può configurarsi come un risparmio a breve termine.

Solo l'informatica, questa strana cosa che sta entrando in modo sempre più prepotente in tutta la nostra vita, può darci un aiuto a dimostrare che sul lungo percorso i nostri sforzi e la nostra arte pagano in termini di enorme risparmio di spese sociali per riduzione di patologia e di invalidità. Finora ci siamo sempre presentati al giudizio degli altri con sensazioni epidemiche, con piccole statistiche scollegate fra loro, con dati parziali ed opinabili, mentre ognuno di noi ha bisogno dei dati degli altri per dimostrare la validità del suo operato.

Il mio augurio è che lo scorrere degli eventi non ci trovi più impreparati ai cambiamenti, ma che l'informatizzazione delle nostre strutture ci permetta di essere parte attiva del cambiamento, se tale deve essere, in modo da poterne discutere non solo con cognizione di causa, ma con la forza dei grandi numeri che possiamo produrre solo se ci aggregeremo mediante le diavolerie a fibre ottiche o alle reti a trasmissione veloce, in modo da non aver più timore di essere considerati i meno bravi degli altri, ma con la consapevolezza che il grande patrimonio dei grandi numeri cresce solo con l'apporto di tutti, qualunque esso sia. L'informatizzazione è ugualmente utile sia nelle strutture che hanno pochi pazienti che in quelle che seguono migliaia di utenti; se accettiamo la collaborazione informatica i dati, pur nel rispetto della privacy e delle disposizioni sulla comunicazione dei dati, sono a disposizione di tutti e le idee di ricerca di ognuno di noi potranno essere testate sull'insieme della popolazione diabetica esistente. Non perdiamo questa occasione di collaborare in modo sempre più stretto al miglioramento della nostra assistenza, pur con la razionalizzazione della spesa e con l'ottimizzazione delle procedure.

È imperativo recuperare quanto prima possibile il gap rispetto ad altre organizzazioni non mediche, che hanno la possibilità di dichiarare decisamente la forza delle loro attività; di fronte al continuo aumento del diabete nel mondo diventa un nostro imperativo avere in mano la possibilità di gestire in tempo reale le nostre scelte e le nostre decisioni, non fosse altro con la consultazione via cavo di situazioni già gestite e risolte da altri più dotati di noi di mezzi e di attrezzature specializzate, in modo da uniformare sempre di più i comportamenti di fronte ai grandi problemi della Sanità e senza compromettere quel patrimonio di genialità e di individualismo che tutti ci riconoscono al massimo livello.

Mario Velussi

Servizio di Diabetologia, Monfalcone

LA DIETA DELL'ATLETA DIABETICO

Lo sport comporta un forte aumento del fabbisogno giornaliero di calorie per far fronte al fabbisogno energetico che è di molto superiore a quelle di una persona che ha un'attività normale. In alcuni casi e per alcuni sport il fabbisogno può raggiungere e superare le 4000 cal.

I principi alimentari e la loro distribuzione sono sovrapponibili a quelli di una dieta normale ed equilibrata: glicidi 55%, lipidi 30%; protidi 15%. I glicidi forniscono una energia di rapida utilizzazione e quindi svolgono un ruolo essenziale nella prestazione atletica; soprattutto per discipline sportive che richiedono sforzo fisico intenso e di breve durata. È consigliabile che il 70% dei glicidi sia costituito da carboidrati complessi. I protidi forniscono il supporto per la sintesi dei prodotti necessari alla costituzione di nuovi tessuti ed al reintegro delle cellule distrutte. Essi inoltre svolgono quella fondamentale funzione plastica per lo sviluppo delle masse muscolari impegnate nelle diverse attività sportive. Si raccomanda comunque che il rapporto tra proteine animali e proteine vegetali sia di 1 a 1. I lipidi rappresentano la più grande fonte di energia (1 gr. fornisce 9Kcal.).

Il lungo tempo di metabolizzazione rende questo principio alimentare importantissimo negli sport di fondo. Si consiglia che almeno il 60% dei lipidi sia di origine vegetale. L'acqua è fondamentale nello svolgimento nell'attività sportiva. La reintegrazione della sua perdita è fondamentale dopo la gara. È buona norma soprattutto negli sport di fondo assumere da mezzo o tre quarti di litro di acqua nel periodo che precede la gara; è altresì utile bere a piccoli sorsi anche durante la gara. L'assunzione di spremuta di frutta là dove la glicemia lo consenta comporta il reintegro insieme con l'acqua anche dei sali minerali (sodio e potassio in particolare). Si consideri che con un litro di sudore si possono perdere sino a g. 1,5 di sodio, che è importantissimo nel controllo dell'equilibrio acido-basico del sangue. Il recupero del potassio è altresì importante come quelli del calcio e del magnesio: sali minerali che entrano nel metabolismo cellulare, nei processi di ossidazione delle cellule e sullo scambio energetico: il calcio è importante nell'attivazione della contrazione muscolare; il potassio nel controllo dell'automatismo cardiaco; il magnesio per gli scambi energetici. L'assunzione di questi sali può essere ottenuta con l'utilizzo di frutta e verdura fresca che debbono essere presenti nell'organismo come supplemento ancor prima dell'inizio dell'azione atletica. Le vitamine B₁, B₂, B₃, sono importantissime nel metabolismo energetico dell'atleta. In genere si consiglia un supplemento fino a 300 mg/ml al dì; è utile anche per la vitamina C, che controlla il fenomeno dell'ossidazione e del-

la funzione dell'ossigeno cellulare. La dieta del diabetico che svolge l'attività sportiva è quindi sovrapponibile a quella del nostro diabetico, con una maggiore limitazione per il primo degli zuccheri semplici. La dieta di allenamento è da stabilirsi ovviamente in base alla tipologia dell'atleta e del tipo di sport praticato. Prenderemo in considerazione una dieta di allenamento tipo con una media di circa 3200 cal. La dieta viene distribuita in pasti e spuntini per evitare la comparsa di ipoglicemia, seguendo inoltre il criterio generale che prima dell'attività fisica è da preferirsi un pasto prevalentemente costituito da glicidi, mentre lontano dall'attività fisica è meglio assumere un pasto prevalentemente costituito da proteine o lipidi.

DIETA TIPO DI ALLENAMENTO 3200 CALORIE

I Colazione: latte o caffè-latte dolcificato con fruttosio ml 400; Fette biscottate integrali o pane tostato g 100; Burro g 10, marmellata g 20, 1 uovo, frutta ben matura g 150

Pranzo: pasta o riso condito con olio extra vergine di oliva e pomodoro fresco g 100, oppure passato di legumi g 120; Carne o pesce alla griglia o al vapore con olio crudo e limone g 200. Verdura cruda o cotta condita con olio e limone g 100. Pane integrale g 100. Frutta matura g 150; Vino 100 ml, se abituale.

Spuntino: latte 100 ml, Fette biscottate integrali g 50, Burro g 10, Marmellata g 20.

Cena: passato di verdura ml 150, Pastina o riso g 50, Formaggio magro g 100 oppure prosciutto crudo g 60, Pane integrale g 100, Frutta matura g 200.

Spuntino prima di coricarsi: Latte 100 ml, Fette biscottate o grissini g 50.

ESEMPIO DI DIETA PRIMA DI UNA GARA DI FONDO

Colazione: thè o caffè, Fette biscottate integrali g 100, Burro g 20, Marmellata g 50, 1 Uovo, Frutta o spremuta di frutta g 150.

2 ore prima della gara: passato di verdura con pastina g 50, Carne magra tritata g 200, Insalata cruda g 100, Frutta fresca e cotta g 150.

Prima della gara: a piccoli sorsi iniziare il rifornimento idrico con assunzione di succo di frutta diluita con acqua (può essere completato anche durante la gara).

Dieta di recupero dopo la gara: acqua alcalina gasata ml 400, Cloruro di sodio g 1, gluconato di potassio g 0,5, Miele g 30.

Pasto successivo: brodo di verdura con dado ml 200, Pasta e riso g 100 conditi con olio o parmigiano g 15, Verdura cotta o cruda libera, Frutta fresca g 200.

Spuntino prima colazione: latte 100 ml, 2-3 fette biscottate integrali.

N.B. Sia dopo l'allenamento che dopo la gara è utile fare uno spuntino glucidico prima di coricarsi previo controllo della glicemia capillare.

IL DECALOGO ALIMENTARE DEL DIABETICO CHE FA SPORT

- 1) Conoscere il valore calorico degli alimenti.
- 2) Conoscere il contenuto dei nutrienti nei vari alimenti.
- 3) Ridurre al massimo l'assunzione di carni grasse e o conservate (insaccati) e sostituirla con pesce o con legumi.
- 4) Preferire la cottura a vapore o alla griglia evitando frittiture o pietanze preconfezionate.
- 5) Utilizzare come condimento esclusivamente olio extra vergine di oliva invece dei grassi animali.
- 6) Privilegiare il consumo di frutta e verdura per fornire all'organismo vitamine e sali minerali e fibre, che migliorano il compenso metabolico e favoriscono la regolare evacuazione.
- 7) Non ridurre l'apporto dei carboidrati ma assumerli in giusta quantità; 55-60% della razione alimentare deve essere costituita da glucidi.
- 8) Evitare l'eccesso di proteine (non oltre il 15%); infatti, contrariamente a quanto si crede il loro aumento non porta reali vantaggi all'atleta, anzi possono essere dannose per il rene.
- 9) Conoscere l'integrazione alimentare più opportuna a seconda dei valori glicemici pre e post gara.
- 10) Non dimenticare mai lo spuntino prima di coricarsi per prevenire il rischio dell'ipoglicemia tardiva.

Mariano Agrusta
Servizio di Diabetologia ed Endocrinologia
Ospedale di Cava dei Tirreni, ASL SA 1

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, ANAEO, ASSOMED, ecc.)

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

CERTEZZE E CONTROVERSIE SULLA DIAGNOSTICA DEL DIABETE GESTAZIONALE

Negli ultimi decenni l'esito della gravidanza nelle donne che manifestano il diabete gestazionale è indubbiamente migliorato. Ma, anche se numerosi simposi e congressi internazionali e nazionali hanno incontrato una estesa partecipazione, i criteri diagnostici del diabete gestazionale costituiscono una larga area di controversia, cui si aggiungono i dibattiti già esistenti sulla dieta e sulla terapia insulinica. Il diabete gestazionale è la più frequente complicanza metabolica della gravidanza. Nelle casistiche rilevate negli ultimi anni nella popolazione italiana la prevalenza del diabete gestazionale è stata stimata dal 12,8% al 2,9%. Tale variabilità è da attribuire ai diversi criteri diagnostici ed alle differenti metodiche di screening utilizzate nei vari studi. Seguendo le raccomandazioni pubblicate alla First and Second International Workshop Conference on Gestational Diabetes, i programmi diagnostici messi a punto per svelare il diabete gestazionale hanno previsto che lo screening venisse attuato in tutte le gravide all'inizio del terzo trimestre di gravidanza. La realizzazione di queste raccomandazioni, pubblicate rispettivamente nel 1980 e nel 1985, è stata resa difficile per le due ragioni di seguito riportate:

1. *La mancanza di uniformità nella diagnosi.* I criteri utilizzati variano considerevolmente in tutto il mondo. Quelli utilizzati più comunemente negli Stati Uniti ed in Italia sono quelli di O' Sullivan e Mahan del 1960, che utilizzano un carico di 100 gr di glucosio, modificati a sua volta dal National Diabetes Data Group e successivamente da Carpenter e Coustan, a causa del cambiamento nel metodo di dosaggio della glicemia e nell'utilizzo del plasma anziché del sangue intero. La validità di tali fattori di conversione è stata messa in discussione da più parti. Al contrario la World Health Organization non distingue nella diagnosi di diabete se il soggetto è gestante o no, anche se le variazioni fisiologiche della gravidanza determinano una riduzione dei livelli glicemici a digiuno ed un'alterata risposta al carico orale di glucosio. Inoltre utilizza 75 grammi di glucosio nell'esecuzione del carico orale in gravidanza e non esistono fattori di conversione tra i due diversi metodi sin qui descritti.

2. *Livelli glicemici che determinano rischio per il concepito.* Se vi è certezza che il

diabete mellito diagnosticato prima dell'inizio della gravidanza è associato ad un incremento di rischio della morbilità perinatale, esiste una considerevole controversia circa il grado dell'intolleranza al glucosio che determina rischi per il concepito e se tale rischio è associato o meno con alcune caratteristiche materne quali obesità, anamnesi familiare positiva, età attempata, o altre complicazioni mediche. Dall'altra parte di questa visione scettica, altri pensano che i criteri utilizzati oggi sono al contrario troppo restrittivi e che anche gradi minori di intolleranza al glucosio possono portare a complicanze fetali. La Third International Workshop Conference on Gestational Diabetes del 1990 affermò la necessità di trovare dei criteri che possano stabilire quale è il grado di iperglicemia che costituisce rischio per il feto. Alla Fourth International Conference on Gestational Diabetes, svoltasi a Chicago dal 14 al 16 marzo 1997, e di cui ancora non sono state pubblicate le raccomandazioni, la necessità di nuovi criteri è diventata ancor più prepotente e le idee ancora più confuse. Per i motivi anzidetti, è in fase di organizzazione avanzata uno studio policentrico multinazionale (studio HAPO: Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome) che consenta su un largo campione di donne gravide di determinare la soglia glicemica al di là della quale il trattamento è necessario per evitare la comparsa di patologia fetale. Questo studio dovrebbe costituire il punto di partenza dei nuovi criteri diagnostici. Tutto quanto precedentemente esposto, è stato argomento della lettura intitolata a "Norbert Freinkel" che Donald Coustan ha esposto al 16th IDF Congress. È stata ribadita l'esigenza della ricerca di nuovi criteri che siano ottenuti sulla base degli esiti perinatali e non sulla prognosi materna a distanza, sulla quale al contrario sono basati i criteri diagnostici oggi in uso. Chi legge questo articolo si chiederà se quanto detto sopra significhi che i criteri utilizzati oggi sono da accantonare. Il buon senso ci deve fare intendere quanto detto prima come un momento di visione critica di tutta la problematica diagnostica del diabete gestazionale che potrebbe portare in un futuro non troppo lontano ad una rivalutazione. Pertanto ancora restano validi i criteri ed i metodi utilizzati fino ad oggi.

Nella tabella 1 sono indicate le modalità

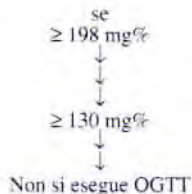
Tabella 1 - CRITERI DIAGNOSTICI

TEST DI SCREENING CON 50 g (Oral Glucose Challenge Test)

POSITIVO A digiuno ≥ 140 mg% dopo pasto ≥ 130 mg%

CURVA DA CARICO ORALE DI GLUCOSIO (OGTT; 100 g)

Glicemia
Base 95 mg%
1 ora 180 mg%
2 ore 155 mg%
3 ore 140 mg%



DIAGNOSI:

- Due valori elevati = Diabete Gestazionale
- Un solo valore elevato o il valore alla 2ª ora ≥ 140 mg% = Borderline glucose tolerance → ripete OGTT dopo 4 settimane

ed i criteri di screening e di diagnosi. Tali test va eseguito su tutte le donne gravide alla 24ª-28ª settimana di gravidanza.

Tabella 2 - FATTORI DI RISCHIO ANAMNESTICI

MAGGIORI

- Diabete Gestazionale nelle precedenti gravidanze
- Familiarità positiva per diabete (parenti di primo grado)
- Obesità (BMI ≥ 28)
- Età ≥ 35 anni
- Macrosomia (≥ 4 Kg) o LGA ($\geq 90^{\circ}$ Centile)
- Mortalità perinatale da causa non nota

MINORI

- BMI $>25-28$
- Ipertensione arteriosa
- Due o più aborti spontanei
- Polidramnios
- Gestosi
- Elevata parità (5 o più gravidanze)
- Parti pretermine

GRAVIDANZA ATTUALE

- Incremento ponderale $< 1,2$ kg nel I trimestre e < 400 g/sett nel II e III trimestre
- Glicosuria a digiuno ricorrente
- Polidramnios
- Crescita fetale accelerata e dismorfica

N.B. Il fattore di rischio maggiore e 2 fattori di rischio minori. Etichettano la donna a rischio di diabete gestazionale.

Se sono presenti fattori di rischio indicati nella tabella 2 lo screening deve essere anticipato alla 14ª-16ª settimana di gravidanza.

Rasa Maria Botta
Cattedra di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, Università di Palermo

ALL'ULTIMA ORA IL DIABETE RICOMPARE NEL PIANO SANITARIO NAZIONALE 1998-2000

Avevamo riferito nel numero precedente del notiziario come fosse di fondamentale importanza che la lotta al diabete fosse inserita tra gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale attualmente in via di definizione al Ministero della Sanità.

Inaspettatamente e con soddisfazione apprendiamo che, grazie all'insistente opera di convincimento delle Società Scientifiche e delle Associazioni di pazienti, nel capitolo "Altre patologie di particolare rilievo sociale" della bozza in circolazione nel mese di febbraio è citato espressamente il diabete, per il quale il piano si impegna "... a favore di un continuo miglioramento e ad una costante verifica della qualità dell'assistenza...".

Viene inoltre ribadito esplicitamente che la legge 115/87 è tuttora attuale, costituendo il riferimento legislativo tramite cui viene attuata la assistenza diabetologica in Italia.

Si tratta di un segnale positivo che speriamo di confermare nel momento in cui la bozza verrà tradotta nel testo di legge definitivo.

DIAGNOSIS RELATED GROUPS SYSTEM

I PRIMI PASSI

Nel 1960 alcune strutture sanitarie commissionarono alla Yale University una ricerca per l'individuazione della tipologia di pazienti che avesse una degenza ospedaliera prolungata, nel tentativo di contrarre i tempi medi di ricovero e i costi di assistenza. Durante l'elaborazione del programma, divenne evidente la necessità degli amministratori di suddividere i pazienti secondo una classificazione che fosse più semplice di quella della International Classification of Disease Clinical Modification (ICD - CM) e che tenesse conto anche delle risorse ospedaliere utilizzate per l'assistenza durante il ricovero.

La classificazione si sarebbe dovuta basare anche su un criterio di ISORISORSE che allora, e per molti anni, vennero valutate con il solo parametro della degenza media partendo dal presupposto che i pazienti con le stesse giornate di degenza utilizzassero la stessa quantità di risorse e che quindi richiedessero lo stesso impegno economico. Questo enunciato si dimostrò presto troppo semplicistico per cui iniziarono numerose indagini economiche per valutare le risorse impegnate da ciascun paziente e tentare di determinare il costo medio dell'assistenza dei pazienti affetti da una certa patologia. Appare subito evidente la difficoltà di ridurre a poche categorie economicamente valutabili la complessa patologia umana anche perché già la ICD-CM, malgrado il grande numero di categorie e sottocategorie, sembrava avere dei limiti nel descrivere un quadro clinico; ancora più arduo ridurre il

numero di categorie di malattia se queste dovevano essere "correlare" anche per utilizzo di risorse durante il ricovero.

NEGLI STATES

Il nome di DRGs, essendo sorto in un'economia ad impronta privatistica, ebbe il non facile compito di codificare il rimborso che le assicurazioni dovevano corrispondere alle strutture ospedaliere secondo la diagnosi di dimissione. Poiché la classificazione aveva una valenza economica bisognava che ciascun gruppo di patologie venisse valutato secondo i suoi costi medi di assistenza ospedaliera in maniera né troppo onerosa per le assicurazioni né insufficiente per le strutture eroganti.

Nella ricerca di una soluzione equa si stabilì di monitorizzare alcune strutture sanitarie di riferimento per poter rimborsare ciascuna patologia secondo il costo medio della degenza ospedaliera per quella patologia (metodica utilizzata poi anche in Italia). Inoltre si schematizzò la scheda di dimissione (in Italia: Relazione, Accettazione, Dimissione o Scheda di Dimissione Ospedaliera) in maniera tale che il medico dimettente dovesse attenersi rigidamente alla ICD-CM, ormai alla X revisione, indicando come prima diagnosi non quella che dal punto di vista clinico era la più rilevante, ma piuttosto quella che aveva richiesto maggior consumo di risorse da parte della struttura erogante.

Due furono le innovazioni fondamentali introdotte dal DRGs. La prima grande rivoluzione di questo sistema consisteva nel fatto che le tariffe pagate dalle assicurazioni non dipendevano più dalle giornate di degenza

ma dalla patologia (codificata dal DRGs) e quindi l'interesse delle strutture non era più quello di prolungare la degenza ma piuttosto quello di abbreviarla per ridurre le spese assistenziali ed alberghiere.

La seconda era che, data la valenza economica del sistema, la diagnosi principale diveniva quella responsabile delle maggiori spese di degenza e non quella che caratterizzava meglio i problemi clinici del paziente. Le degenerazioni del sistema apparvero subito evidenti: i pazienti venivano discriminati per la monetizzazione del DRG risultante dalla propria patologia, l'assistenza durante il ricovero si riduceva al minimo indispensabile, la diagnosi collegata ad un DRG ben remunerato veniva posta falsamente in evidenza. D'altra parte ridurre il numero dei gruppi di diagnosi e di tipologia di rimborsi, rendeva la gestione delle strutture molto elastica sia per la facile reperibilità di dati statistici che per gli eventuali interventi correttivi sulle spese di gestione; in caso di difficoltà economiche il sistema pagatore poteva diminuire in percentuale il rimborso della prestazione ottenendone immediati benefici (se i pazienti diabetici avevano molti ricoveri per le pressioni interessate delle strutture sanitarie attirate da un alto DRG, le assicurazioni potevano ridurre del 20% il rimborso per limitare immediatamente gli abusi). Il difficile era controllare che non vi fosse uno scendere della qualità dell'assistenza né che potessero sopravvivere solo le strutture sanitarie con amministratori eccessivamente elastici. Questi problemi, tuttora irrisolti, hanno accompagnato il DRGs in Italia dove, migliorato sta muovendo i primi passi...

Sergio Di Pietro

INRCA Roma - Unità Operativa di Diabetologia

"L'ÉQUIPE NELL'ASSISTENZA DEL DIABETICO"

L'équipe è un gruppo di lavoro e di formazione che si organizza per eseguire un compito e per favorire la crescita personale degli operatori stessi. In diabetologia l'équipe progetta ed attua l'assistenza al paziente nonché la prevenzione a livello di popolazione; nel contempo fornisce ai partecipanti occasioni di approfondimento delle proprie conoscenze e di motivazione nel lavoro, anche se questo secondo aspetto (la formazione) in effetti può non essere oggetto diretto dell'intervento dell'équipe ma essere ottenuto come riflesso del lavorare insieme.

Noi riconosciamo nell'équipe e nel lavoro di équipe il miglior approccio alla programmazione ed attuazione dell'assistenza al paziente diabetico. Di seguito esamineremo le caratteristiche dell'équipe mettendo in evidenza come esse rispondano alle richieste sia del paziente, che degli operatori, che delle pubbliche amministrazioni.

Il processo di formazione dell'équipe ovvero "Dove è questa équipe?". Nella costituzione di una équipe nell'assistenza diabetologica (nel Servizio di Diabetologia) in genere non si parte dalla scelta di ogni singolo partecipante - operatore: chi lavora in quel Servizio

diventa di fatto membro dell'équipe. Nella nostra esperienza è certamente utile comunque proporre un momento di riflessione sulla realtà "proposta - imposta". Scelta - di fatto - l'équipe, è necessario che tutti i partecipanti abbiano chiaro quali siano le proprie funzioni, rispetto alle quali è quindi necessaria una intesa: inizia quindi il processo di contrattazione.

In questa fase si esaminano gli obiettivi dell'intervento, le modalità per attuare il progetto, gli strumenti da utilizzare, e la valutazione delle risorse offerte dall'ambiente. Questo è un momento di presa di decisioni al quale ogni operatore partecipa. La presenza di un "capo statutario" è una garanzia che non impedisce che nel processo si creino leadership utili alla riuscita di questa prima fase di lavoro. In altre parole, a seconda degli obiettivi, potrà esserci un diverso leader, essenziale è che questo sia esplicito e riconosciuto da tutti. Nella seconda fase del lavoro, l'équipe attua il progetto, dividendo il lavoro, in modo che si possano formare microéquipes di intervento, più agili (perché meno numerose) e centrate sul compito specifico. Nella terza fase l'équipe verifica il lavoro confrontando gli obiettivi proposti e i risulta-

ti ottenuti. È il momento cruciale, spesso disatteso, per confermare o modificare i progetti di intervento. È l'ambito in cui chiedersi "Cosa vogliamo ottenere? Cosa abbiamo ottenuto?", in cui rendersi conto se il modo in cui abbiamo valutato i risultati è quello che si adatta meglio al progetto stallo.

Concretamente è nella riunione di équipe che si attuano la prima e la terza fase; nel momento della riunione la comunicazione fra gli operatori verte sia sul progetto in esame sia sulle relazioni tra i membri (come ci si sente nel lavorare insieme). Questi due livelli sono talvolta mischiati e confusi e questo può essere fonte di blocco o boicottaggio del lavoro. È quindi utile, quando questo avvenga, verificare "Su cosa stiamo comunicando: contenuti, relazioni, o tutto insieme?". L'elenco di difficoltà che possono sorgere nel lavoro potrebbe non essere esaustivo; nella trattazione abbiamo accennato ad alcune. Il denominatore comune di tutte potrebbe essere individuato nella difficoltà ad essere espliciti nel proprio intervento e a chiedere esplicitazioni quando non si abbiano abbastanza informazioni (ad es. "Quali sono i miei compiti? La sua proposta è valida o è imposta per lo status professionale di chi la propone? etc). In termini concreti, possiamo dire che l'équipe nella quale scegliamo personalmente di essere come professionisti "si fa e si modella" nel lavorare insieme.

Specificamente nel lavoro in ambito diabetologico riteniamo che siano cruciali alcuni presupposti:

- progettare in modo che ci siano obiettivi e strategie comuni a tutto il Servizio e contemporaneamente essere pronti ad adattare plasticamente ad ogni gruppo o singolo paziente l'intervento;

- armonizzare l'intervento di molti diversi operatori, tutti indispensabili per l'assistenza e la prevenzione, che quindi devono

parlare un linguaggio comprensibile e non disconfermarsi a vicenda).

- mettersi nell'ottica che "gli operatori passano, il Servizio resta" poiché il periodo di assistenza per ogni singolo paziente sarà probabilmente più lungo della permanenza di un singolo operatore;

- saper rendere conto all'Azienda riguardo i risultati ottenuti soprattutto a lungo termine (prevenzione di invalidità, ricoveri, nuovi casi);

- educare il paziente ad essere protagonista della sua malattia permettendogli di attivarsi con la sicurezza di avere un punto di riferimento efficiente e disponibile.

Scorrendo questo elenco ribadiamo che deve essere proprio l'équipe diabetologica ad assumersi il mandato dell'assistenza al diabetico.

Mario Manai, Francesca Spanu, Adele Porru
Servizio di Diabetologia - ASL n° 8 - Cagliari

LA DIRIGENZA DI I E II LIVELLO IN MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA. I NUOVI REQUISITI E I CONTATTI DEL C. D. AMD CON IL MINISTERO

Il 10 dicembre '97 è stato approvato il regolamento di accesso alle Dirigenze di I e di II livello, le cui principali novità avevano già delineato nel primo numero del notiziario AMD. Rimangono confermate la creazione della nuova disciplina di Malattie Metaboliche e Diabetologia, in cui confluisce quella precedente di Diabetologia, e l'equipollenza con la sola Endocrinologia.

In linea di massima la versione definitiva della legge non si discosta molto dalle bozze preliminari che circolavano, salvo che la Dirigenza di I livello dove, inaspettatamente, è comparsa una deroga grazie alla quale chi non ha la specializzazione ma ne possiede una affine potrà per due anni partecipare ai concorsi. Ci teniamo a precisare che tale deroga vale solo per il I livello dirigenziale e non per il II. Tradotto in pratica, per quanti si occupano di M. Metaboliche e Diabetologia, questo significa che chi ha la specializzazione in Medicina Interna (o affini come Angiologia, Scienza dell'Alimentazione, Geriatria, Allergologia, Immunologia clinica, Cardiologia e Genetica medica, come da G.U. del 14/2/98!), potrà sino al gennaio 2000 partecipare a concorsi di M. Metaboliche e Diabetologia. Dopo tale data sarà indispensabile la specializzazione. L'anzianità in Diabetologia è oggi valutabile anche per la Dirigenza di II livello in Endocrinologia, mentre in passato era possibile solo il contrario. Riportiamo sinteticamente i requisiti richiesti dalle nuove leggi:

PRIMO LIVELLO DIRIGENZIALE DI M. METABOLICHE E DIABETOLOGIA

- Specializzazione in Diabetologia e M. del Ricambio o in Endocrinologia
- Sino al gennaio 2000 specializzazione in disciplina affine (vedi sopra).

SECONDO LIVELLO DIRIGENZIALE DI M. METABOLICHE E DIABETOLOGIA

- Specializzazione in Diabetologia e M. del Ricambio o in Endocrinologia
- Sette anni di anzianità ospedaliera di cui cinque nella disciplina
- Corso di formazione manageriale
- Adeguata esperienza (art. 6)

Emerge chiaramente come il secondo requisito della normativa per il II livello sia

fortemente penalizzante per chi ha sempre fatto il diabetologo in strutture afferenti a Divisioni di Medicina o di Geriatria, in quanto tale servizio non potrà mai valere per i 5 anni "nella disciplina" richiesti dalla legge. Il Consiglio Direttivo Nazionale dell'AMD ha immediatamente recepito come questo sia un problema pratico che interesserà molti diabetologi italiani per cui, in accordo con la SID, nel dicembre 97, ha espressamente inoltrato una richiesta al Ministero della Sanità affinché il servizio svolto presso strutture non ancora inquadrato come Malattie Metaboliche e Diabetologia, ma per il quale la Direzione Aziendale rilasci certificazione di attività inquadrabile come Diabetologia, sia riconosciuto come anzianità e servizio "nella disciplina".

Sui corsi di formazione manageriale si può soltanto anticipare che la legge prevede che le Società Scientifiche possano contribuire alla loro organizzazione per cui l'AMD, grazie all'esperienza specifica che possiede in tale settore, si attiverà al più presto in tale senso.

Per quanto riguarda invece la "adeguata esperienza" prevista dall'art. 6 dell'accesso al II livello, si tratta di un nuovo requisito che la legge introduce affinché chi aspira a livelli apicali di dirigenza sia in grado di dimostrare di aver fatto concretamente qualcosa nella disciplina e non solo di avere i documenti in regola. Tale esperienza lavorativa è più facilmente misurabile nelle discipline chirurgiche, dove esistono i registri operatori, un po' meno nelle discipline mediche.

Il Ministero della Sanità, nel mese di gennaio, ha espressamente richiesto ai Presidenti dell'AMD e della SID di formulare una proposta per definire quale possa essere l'esperienza specifica da richiedere a un candidato di M. Metaboliche e Diabetologia. Dopo una attenta valutazione di quella che è la reale situazione delle strutture di M. Metaboliche e Diabetologia in Italia, è stata formulata la proposta ufficiale che riportiamo. Essa cerca di definire uno standard minimo qualitativo della struttura in cui si è operato, riferendosi soprattutto alla legge 115/87, e allo stesso tempo quantifica un livello di prestazioni che, per quanto modesto, permetta di precisare i livelli di attività al di sotto dei quali un Servizio di M. Metaboliche e Diabetologia non può essere definito tale.

Infine, affinché sia riconosciuto il reale impegno personale in un servizio che può afferire a una Divisione di altra disciplina, viene richiesto al candidato un criterio temporale di effettiva partecipazione individuale.

ATTIVITÀ PROFESSIONALE SPECIFICA DA RICHIEDERE AGLI ASPIRANTI ALL'INCARICO DI SECONDO LIVELLO DIRIGENZIALE NELLA DISCIPLINA MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA (art. 6 del D.P.R. 10 dicembre 1997).

PROPOSTA AMD-SID

Al candidato viene richiesto di aver prestato servizio per un periodo di almeno 5 anni, presso una struttura diabetologica e/o di malattie metaboliche, pubblica o accreditata, ospedaliera o universitaria, per la quale la Direzione Sanitaria aziendale certifichi che:

(Caratteristiche della struttura in cui si è operato)

- esiste una delibera o un atto amministrativo istitutivo con data antecedente di almeno 5 anni la domanda del candidato, che ne definisce l'attività nel campo della Diabetologia e/o delle Malattie Metaboliche;
- l'attività principale svolta è quella di diagnosi, cura e prevenzione del diabete mellito e delle sue complicanze come stabilito per legge (16 marzo 1987 n. 115, articolo 5 comma 3), anche se la struttura è (o era) afferente a Divisioni di Medicina Generale, Geriatria o Endocrinologia.
- il numero di pazienti seguiti ambulatorialmente effettivamente in carico alla struttura, ovvero controllati almeno 2 volte l'anno, è superiore a 1000 e le consulenze effettuate a pazienti ricoverati sono almeno 100 all'anno, oppure, in alternativa, la struttura è dotata di letti di ricovero autonomi.

(Impegno e esperienza diretta del candidato)

- l'attività professionale del candidato in ambito diabetologico e/o di malattie metaboliche, presso una struttura con le caratteristiche di cui sopra, è (ed è stata) superiore al 50% della attività lavorativa settimanale.

Carlo Giorda
Unità Operativa M. Metaboliche e Diabetologia ASL 8 - Chieri (To)

INIZIATIVE EDITORIALI

DIZIONARIO ALIMENTARE PER IL DIABETICO... E NON SOLO con tavole di equivalenze delle pietanze

Mariano Agrusta e Sandro Gentile

Terza Edizione riveduta ed ampliata, 1998
Idelson Gnocchi Editore, Napoli

C'è tanto interesse oggi per la dieta, ma ancora si commettono errori ogni giorno nel modo di alimentarsi per mancanza di informazioni precise sulla composizione degli alimenti e dei piatti più comuni. Ciò è un inconveniente per tutti, ma ancor più per il diabetico che con una sana e attenta alimentazione può semplificare di molto la cura alla sua malattia. Non basta sapere che occorre ridurre il consumo degli zuccheri semplici, dei grassi saturi e del sale comune ed aumentare quello delle fibre e dei grassi insaturi, ma bisogna, all'atto pratico, sapersi regolare e fare le scelte opportune tra alimenti e pietanze diverse. Purtroppo, manca ancora in Italia l'obbligo della certificazione sul contenuto in proteine, grassi, carboidrati e minerali dei vari prodotti alimentari in commercio e lo stesso Medico non sempre ha informazioni precise al riguardo. Il presente dizionario - ideato e realizzato per queste esigenze - è una guida preziosa non solo per chi ha problemi di glicemia: esso può, infatti aiutare a selezionare gli alimenti

più adatti a mantenere il giusto peso, l'equilibrio glicemico ed il miglior quadro lipidemico possibile.

Gli autori sono medici esperti nel campo della Diabetologia e delle Malattie Metaboliche ed hanno scritto ed aggiornato questo volumetto con competenza e saggezza. Hanno infatti inserito utili premesse generali sull'alimentazione, sulla utilizzazione degli alimenti, soffermandosi in modo particolare sui condimenti e sulle fibre vegetali indigeribili e dando continuamente consigli pratici ed utili al lettore.

La consultazione dell'opera è semplificata al massimo con l'ordine alfabetico di alimenti e pietanze, ne è proposta una ricchissima serie in grado di soddisfare la curiosità e il gusto dell'utente più esigente e non mancano in questa Edizione aggiornata Appendici assai interessanti sulla equivalenza tra gli alimenti, sui dolcificanti e sui pasti in condizioni particolari. Il tutto è stato scritto in modo semplice e chiaro e con la massima attendibilità scientifica.

Un'opera meritoria dunque quella dei Colleghi Agrusta e Gentile che non mancherà di avere un grande successo editoriale.

Prof. Mario Mancini
Ordinario di Clin. Medica Gen. e Terapia Med.

DISEASE MANAGEMENT

Curato da Valerio Miselli

Edito dalla UTET Periodici Scientifici
di Milano per conto della Boehringer
Mannheim

Le profonde trasformazioni del SSN hanno portato sostanziali modifiche nell'organizzazione delle strutture sanitarie e nel lavoro quotidiano del medico. Questo processo è più difficile nel caso di una malattia cronica quale il diabete, per le caratteristiche di molteplicità e continuità degli interventi e per le risorse umane ed economiche coinvolte. "Disease Management" si propone di trasmettere in forma chiara e facilmente utilizzabile un approfondimento sugli aspetti economici e gestionali più innovativi: DRG, VRQ, accreditamento, uso del day hospital, informatizzazione, educazione, organizzazione del lavoro e costi del diabete. Il volume è stato realizzato raccogliendo i contributi di professionisti provenienti dalle diverse aree coinvolte nel management della malattia come Miselli stesso, Rita Amoretti, Massimo Porta, Claudio Noacco, Lucia Zilli, Umberto Valentini, Paola Accorsi, Antonella Busetti, Domenico Fedele, Giacomo Vespasiani e Carlo Coscelli.

Il testo è agile, piacevole e rappresenta un utile strumento di lavoro in grado di offrire al medico un quadro completo degli strumenti di gestione della patologia diabetica.

ASSISTENZA DIABETOLOGICA

LA DIABETOLOGIA TERRITORIALE: ESPERIENZA NELL'ASL N. 7 - CATANZARO

Da circa un anno è operante nella ASL n. 7 della Calabria (Catanzaro) un progetto di diabetologia territoriale. Affidato alla responsabilità del Dott. Giuseppe Pipicelli. Tale progetto si articola nel seguente modo:

- 1 - Presenza del diabetologo su tutte le postazioni periferiche dell'ASL
- 2 - Interscambio professionale con gli altri specialisti ambulatoriali per patologia connessa al diabete
- 3 - Stretta collaborazione con i Medici di Medicina Generale

Compiti delle figure varie figure professionali:

Diabetologo

- 1 - Visita iniziale ed impostazione protocolli diagnostici e terapeutici
- 2 - Controllo periodico
- 3 - Trattamento complicanze acute
- 4 - Coordinamento altre figure professionali
- 5 - Istituzione percorsi diagnostici agevolati per i pazienti (in collaborazione con gli specialisti ambulatoriali)
- 6 - Scambio interattivo di informazione con i Medici di Medicina Generale
- 7 - Screening di prevenzione
- 8 - Tenuta di registri epidemiologici
- 9 - Prescrizione presidi

Specialista ambulatoriale

- 1 - Visite specialistiche connesse al diabete
- 2 - Impostazione controlli periodici e percorsi agevolati concordati con il diabetologo
- 3 - Invio diretto del paziente ad altri specialisti
- 4 - Interscambio di informazioni con il MMG

Medico di medicina generale

- 1 - Controllo routinario del paziente diabetico
- 2 - Invio al diabetologo come da protocolli concordati
- 3 - Invio allo specialista ambulatoriale come da protocolli concordati
- 4 - Assistenza domiciliare al paziente diabetico con possibilità di richiesta di consulenza specialistica.

A queste figure professionali si aggiungono gli infermieri, che sono sempre scelti tra quelli residenti nel Comune sede di S.A.U.B. che collaborano con i medici anche nell'assistenza domiciliare.

Protocolli diagnostici

Diabetologo

- Prima visita
- Visite periodiche
- Gestione emergenze acute
- Impostazione controlli complicanze
- Screening

Specialista ambulatoriale

Controllo delle complicanze di competenza

Medico di medicina generale

Controlli routinari
Assistenza domiciliare
Sono previsti, inoltre, riunioni periodiche trimestrali tra le varie figure professionali per concordare indirizzi comuni di gestione.

Obiettivi a breve termine

- 1 - Registro epidemiologico
- 2 - Controllo continuativo del paziente
- 3 - Contenimento spesa presidi

Obiettivi a medio termine

- 1 - Assistenza domiciliare
- 2 - Prevenzione dei ricoveri

- 3 - Individuazione su larga scala dei soggetti a rischio

Obiettivi a lungo termine

- 1 - Miglioramento della gestione del paziente diabetico
- 2 - Miglioramento della qualità della vita del paziente
- 3 - Allungamento della vita del paziente stesso
- 4 - Riduzione dei disagi all'utenza
- 5 - Riduzione dei ricoveri
- 6 - Raggiungimento degli obiettivi della dichiarazione di Saint Vincent
- 7 - Contenimento della spesa sanitaria
- 8 - Conoscenza dell'epidemiologia del diabete nella A.S.L.

Il progetto sta dando già alcuni risultati specie nel procrastinare le complicanze d'organo e nella riduzione dei ricoveri ospedalieri con soddisfazione dell'utenza che viene assistita senza essere enucleata dal suo ambiente.

Per quanto riguarda i ricoveri per diabete, nel primo trimestre del 1997 essi si sono ridotti del 12,5% rispetto all'ultimo trimestre del 1996.

Il contenimento della spesa ha consentito di poter investire in attrezzature per adeguare tutte le strutture al controllo completo delle complicanze, eccezion fatta per alcuni esami come la fluorangiografia che, per la obbligatoria presenza del rianimatore, va eseguita in ospedale.

Il progetto è comunque aperto ai suggerimenti di tutti gli operatori e dell'utenza, alla quale verranno presto distribuiti dei questionari sulla soddisfazione del servizio, al fine di migliorare l'assistenza al paziente diabetico. Inoltre tale progetto potrà essere utilizzato come base per la gestione di altre malattie croniche che debbono sempre essere gestite collegialmente dalle varie figure professionali con una integrazione attiva nella filosofia di una moderna e completa assistenza.

Giuseppe Pipicelli
ASL n. 7 - Catanzaro

INIZIATIVE DELLE SEZIONI REGIONALI

Sezione Interregionale Abruzzo-Molise-Umbria

Consiglio Direttivo

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

Attività congressuali:

- **S. Maria Imbaro** – Consorzio Mario Negri Sud 10.04.1998: IV Edizione dell'Incontro di Aggiornamento. IN CUCINA CON IL DIABETE, per i Medici ed Operatori del settore Diabetologico e della Ristorazione
- **Avezzano** – Maggio 1998: Convegno su Obesità e Diabete
- **Termoli** – 10 ottobre 1998: VII Convegno Interregionale congiunto SID-AMD
- **Attività in corso di definizione:** Corsi di aggiornamento e formazione per diabetologi e operatori non medici

Aspetti normativi ed Assistenza Diabetologica

- nel corso degli incontri che periodicamente hanno luogo presso il comitato regionale diabetologico dell'Abruzzo sono in via di definizione le linee guida ed i criteri che regolano l'accesso del paziente al day hospital diabetologico
- è in fase di approvazione il disegno di Legge Regionale che riguarda l'assistenza diabetologica della regione Abruzzo e che dovrebbe sostituire o quantomeno modificare la precedente n. 48 del 1988.

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)

Istituito nel Distretto sanitario 49 - ASL NA1 il Servizio di Diabetologia, Responsabile Dr. V. Armentano

Sezione Emilia Romagna

Consiglio Direttivo

presidente, D. Giorgi Pierfranceschi (Piacenza); vicepresidente, C. Dradi Maraldi (Cesena); consiglieri, R. Cavani (Sassuolo), M. Faggioli (Ferrara), V. Galuppi (Bologna), M. Parenti (Rimini), D. Orlandini (Correggio); segretario, U. De Johannon (Piacenza)

Attività congressuali:

- **Bologna** – 31 gennaio 1998: Evoluzione dell'assistenza al Diabetico in Emilia Romagna. Congresso Regionale SID-AMD. I sessione: il day hospital diabetologico. II sessione: gestione integrata dell'assistenza al diabetico. III sessione: accreditamento, istituzionale e professionale in diabetologia

Sezione Piemonte e Valle D'Aosta

Consiglio Direttivo

presidente, G. Bargerò; vicepresidente, L. Gentile; consiglieri, C. Giorda, A. Chiambretti, L. Monge, G. Morra, A. Ozzello; segretario: A. Caramellino

Attività congressuali:

Convegni AMD

- **25 settembre 1997** – Crea Monferrato (Alessandria): "Verifica e Revisione di Qualità in Diabetologia". Moderatori: Q. Carta e G. Bargerò; Relatori: A. Chiambretti e A. Ozzello
- **22 Novembre 1997** – Rapallo (Genova): Convegno interregionale Liguria-Piemonte Valle D'Aosta-Toscana a titolo: "La nefropatia Diabetica. Dalla prevenzione alla terapia", onorato dalla presenza e partecipazione da parte del Presidente Prof. Domenico Cucinotta. Relatori e Moderatori: G. Barbero, P. Cavallo Perin, M. Comaschi, D. Cucinotta, G. Deferrari, A. De Micheli, U. Di Mario, P. Fioretto, F. Galeone, L. Gentile, R. Mangili, R. Nosadini, G. Piccoli, R. Pontremoli, I. Tanganelli
- **12-13 Dicembre 1997** – Congresso annuale di Marentino (Torino) "La diabetologia nella Regione Piemonte: dall'identità al ruolo". (Atti in corso di pubblicazione). Relatori e Moderatori: G. Bargerò, E. Beneduce, Q. Carta, A. Chiambretti, L. Corgiat Mansin, A. Ozzello, G. Pagano, E. Pisu, M. Rossi, G. Rosti, M. Trovati. In tale occasione è stato anche attivato un sito Internet Regionale. Indirizzo del sito: <http://www.alma.it/azienda/amd-to/index.htm>. Indirizzo di e-mail: Monge AMD-To@alma.it.

Iniziative scientifiche

"Indagine conoscitiva sull'attività diabetologica in Piemonte e Valle D'Aosta", da cui sono stati tratti posters, pubblicazioni e comunicazioni orali presentati nel 1997 a: Convegno nazionale AMD-Montecatini - XVI Congresso IDF-Helsinki - Giornate Diabetologiche Pavesi-Incontro interregionale sulla Nefropatia Diabetica-Rapallo.

Iniziative AMD-SID

- **21 novembre 1997** – Torino: "La valutazione di qualità in Diabetologia". Relatore: Prof. F. Di Stanislao.

Patrocini

- **29 novembre 1997** – Cuneo: "La terapia del diabete mellito: attualità e prospettive". Organizzatore: il socio AMD G. Borretta; tra i moderatori e relatori: i soci AMD Ardizzone, Bargerò, Carta, Diana, Magro, Rizzi, Rosatello, Trovati

Aspetti normativi ed Assistenza Diabetologica

- Anche quest'anno la nostra Sezione Regionale si è fatta parte attiva nelle sedi regionali più idonee per far pervenire, discutere e accettare le istanze dei diabetologi piemontesi, prestando fattiva collaborazione a problemi riguardanti:
 - Rinnovo della tessera dei diabetici
 - Prescrizione delle strisce reattive per l'autocontrollo della glicemia
 - Nomenclatore Tariffario Regionale
 - Riorganizzazione della rete delle Unità operative di M. Metaboliche e Diabetologia
 - Cartella regionale informatizzata

Prossimi appuntamenti AMD

- **21 febbraio 1998** – Torino: Partecipazione al Convegno annuale della SID-Sezione Piemonte e Valle D'Aosta
- **28 marzo 1998** – Torino: Convegno AMD a titolo: Problematiche emergenti e ricadute operative in tema di:
 - Linee guida per il rilascio/rinnovo della patente di guida ai diabetici
 - Day Hospital diabetologico terapeutico
 - Normative concorsuali per l'accesso alla dirigenza di I e II livello.

Sezione Liguria

Consiglio Direttivo

presidente, M. Comaschi; vicepresidente, E. Torre; consiglieri, C. Ruffino, A. Cattaneo, V. Cheli, R. Sturaro; segretario, E. Torre

Attività congressuali:

- **marzo 1998** – Stato di attuazione delle procedure di VRQ nei Servizi Diabetologici liguri. Relatori: L. Cattaldi, M. Comaschi
- **maggio 1998** – Tavola rotonda in collaborazione con MAD-Piemonte: Diabete mellito e cardiopatia ischemica. Relatori: C. Coscelli, M. Muggeo, R. Griffo, M. Comaschi
- **settembre 1998** – Bocche di Magra (SP): III Corso di Metodologia Educativa per Equipie Diabetologiche. Coordinatore: A Corsi

Aspetti normativi ed Assistenza Diabetologica

- L'AMD-Liguria in collaborazione con la SID, SIEDP, FAND e ADG hanno presentato in gennaio 1998 alla Regione Liguria un progetto denominato "Progetto Diabete" per l'organizzazione e la creazione della rete regionale dei "Servizi". Il piano è riportato in dettaglio alla E-mail dell'AMD.

Sezione Veneto-Trentino-Alto Adige

Consiglio Direttivo

presidente, A. Boscolo Bariga (Chioggia); consiglieri, Calcaterra (Schiò), De Blasi (Bressanone), Lucietti M.V. (Trevviso); Magnanini P.G. (Mestre), Mingardi R. (Vicenza), Peter G. (Peschiera), Zolli M. (Mirano); segretario, M.L. Lucietti

Attività congressuali:

- **Rovigo:** 5 giugno 1997. Incontro su "L'accREDITAMENTO dei Servizi Sanitari" (la regolamentazione pubblica e professionale). Una adesione per promuovere il miglioramento della qualità dei Servizi di Diabetologia.

Scopo della riunione:

Obiettivo della qualità è la soddisfazione dei bisogni espressi e impliciti di utilizzatori, società civile, organizzazioni. Stiamo arrivando anche in sanità ad una nuova forma di relazione utente-fornitore/servizio, basata su un reale contratto (acquisto/offerta di prodotti rispondenti a

requisiti di qualità) di tipo fiduciario, in grado di garantire la salute presente e futura. L'accREDITAMENTO è uno dei metodi per una migliore gestione della qualità; lo utilizzano associazioni professionali, è previsto dalle istituzioni. Scopo della riunione è far capire che le unità operative, dovranno inevitabilmente confrontarsi con l'accREDITAMENTO istituzionale e che quello autoregolamentato può essere l'occasione per una iniziale l'autovalutazione. La qualità è una mentalità da alimentare.

- **Peschiera del Garda:** 13 febbraio 1998. Ottava Riunione Diabetologica, con il Patrocinio AMD. L'accREDITAMENTO dei servizi. Rapporto Servizi di Diabetologia, Medici di Medicina Generale e Strutture Pubbliche. Nuove prospettive nel trattamento insulinico del diabete mellito tipo 2.
- **Ponte di Brenta:** 6 marzo 1998. Lettura magistrale: Problemi comunicativi entro una comunità scientifica. Linee di progettazione e di programmazione. Prof. F. La Rocca.

Assemblea Generale dei Soci AMP ed elezioni per il rinnovo del Consiglio Regionale. Presentazione del Bollettino Regionale AMD per migliorare le comunicazioni con i soci.

Aspetti normativi ed Assistenza Diabetologica

Da novembre '97 a febbraio '98 è stata attuata l'autovalutazione da parte dei Servizi di Diabetologia della regione. L'iniziativa è stata promossa dai referenti nazionali AMD del gruppo VRQ: Scaldaferrari E. e De Bigontina G. sulla base dei criteri del manuale di accREDITAMENTO AMD, con la collaborazione del Dr. Favoretto, presidente della Sezione Veneta della società di VRQ. I risultati dell'iniziativa verranno resi noti a livello nazionale.

Sezione Lombardia

Consiglio Direttivo

presidente, C. Fossati (Milano-Niguarda); vicepresidente, A. Rocca (Cinisello B.); consiglieri, A. Bianchi (Rho), A. Cappellini (Cremona), G. Chiumento (Milano-S. Raffaele), A. Girelli (Brescia), G. Lepore (Bergamo), segretario, M. Mantero (Milano-Niguarda)

Attività congressuali:

- **"La Qualità in Diabetologia: un progetto per la Lombardia"**. Nell'ambito di questo progetto - cui collaborano le sezioni lombarde della Società Italiana di VRQ e dell'OSDI - sono stati realizzati 3 corsi sui temi della VRQ e dell'AccREDITAMENTO, con la partecipazione dei responsabili - medici e infermieri - di 54 strutture diabetologiche della Lombardia.

1° corso: Desenzano sul Garda (BS) - 12 e 13 dicembre 1996; 2° corso: Milano (Ospedale Niguarda) - 22 marzo e 5 aprile 1997; 3° corso: Milano (Ospedale Niguarda) - 17 e 24 maggio 1997. La seconda tappa consisterà in un duplice incontro - che si terrà a Milano il 17 e 18 aprile 1998 - durante il quale verranno presentati i risultati di 3 impegni assunti dalle strutture diabetologiche. a) la stesura del mandato e della visione strategica; b) l'autovalutazione della propria struttura mediante l'utilizzo del nostro Manuale di AccREDITAMENTO dei Servizi di Diabetologia; c) un progetto di intervento migliorativo - secondo la metodologia della VRQ - in un'area a bassa performance.

- **Segrate (Milano):** 12 aprile 1997. Convegno - in collaborazione con la SID e la Società Lombarda di Ostetricia e Ginecologia - sul tema: "Quale approccio al Diabete Gestazionale? Indicazioni operative per la diagnosi, la gestione terapeutica, il follow-up del Diabete Gestazionale nella attuale realtà assistenziale lombarda". Le indicazioni emerse durante questo convegno - svoltosi secondo la metodologia della consensus conference - sono stati raccolti in un volume (stampato dalla Lifescan Italia).

- **Varese,** 25 ottobre 1997. III Congresso Interassociativo Regionale AMD-SID.

Da segnalare all'intero congresso:

- a) la presentazione dei risultati del censimento delle strutture diabetologiche lombarde;
- b) una tavola rotonda sul tema: "Il ruolo delle strutture diabetologiche nella nuova realtà sanitaria: verso l'evoluzione della specie diabetologica", cui hanno partecipato i presidenti regionali AMD (E. Fossati) e SID (I. Nosari), C. Coscelli, U. Valentini e un dirigente dell'Assessorato della Sanità della Regione Lombardia;
- c) una lettura magistrale di G.C. Viberti: "Basi patologiche per il trattamento e la prevenzione della nefropatia diabetica".

Progetto Eurodiab-Ace - Registro Lombardo

A partire dal 1997 l'AMD - con la SID - è entrata nel comitato direttivo per la gestione di questo studio multicentrico europeo, il cui obiettivo primario è - per noi - la rilevazione di tutti i casi di diabete di tipo I insorti in età inferiore a 30 anni in Lombardia.

NUOVI FARMACI: REPAGLINIDE

Nuovi e più selettivi ipoglicemizzanti orali sono in corso di sperimentazione clinica avanzata e sul punto di entrare nell'uso clinico routinario, prodotti grazie alle nuove tecnologie di biologia molecolare e sulla base delle più recenti conoscenze sulla fisiopatologia del metabolismo glucidico. Sono identificabili due gruppi di sostanze: a) *insulino-sensibilizzanti* e b) *insulino-secretagoghi*. Al primo gruppo appartengono i *glitazoni* come *cigli tazone*, *pioglitazone* e *troglitazone* che favoriscono l'utilizzo del glucosio e ne riducono la produzione senza stimolare la secrezione endogena di insulina. Il loro presumibile effetto sul metabolismo glucidico è mediato e/o comunque correlato dalla riduzione del livello circolante degli acidi grassi non esterificati. Al secondo gruppo di sostanze appartengono, oltre alla ben nota *glibenclamide*, la *glimpiride* e la *repaglinide*.

Quest'ultima è stata al centro di un simposio satellite tenuto a Montecatini nel corso dell'ultimo Congresso Nazionale AMD. La *repaglinide* è un derivato dell'acido benzoico senza il gruppo sulfanilureico ed ha perciò un assetto molecolare più piccolo e più agile. Ha un'efficacia molto simile a quella della *glibenclamide*; uno studio danese in doppio cieco vs *glibenclamide* avrebbe documentato

l'assenza di eventi ipoglicemici sintomatici e/o biochimici in pazienti diabetici anche nel caso di mancata assunzione di nutrienti come per *salto* di un pasto. La *repaglinide* ha alcune caratteristiche farmacologiche interessanti: 1) induce in vivo ed in vitro la secrezione insulinica, determina in vivo riduzione della glicemia, non esaurisce le beta-cellule inibendo la sintesi di insulina e proinsulina; 2) presenta un'azione glucosio-dipendente; 3) regola i canali del potassio ATP-dipendenti legandosi ad un sito diverso da quello della *glibenclamide*; 4) la *repaglinide*, a differenza delle altre sulfoniluree, non ha effetto diretto sull'esocitosi diretta dell'insulina (indipendente dai canali del potassio sensibili all'ATP), ma induce la liberazione di quest'ultima favorendo l'ingresso di calcio nella beta-cellula. Viene ipotizzato che sulla lunga distanza tale meccanismo potrebbe evitare un eccessivo impegno delle beta-cellule, rallentando e riducendo sensibilmente il loro esaurimento funzionale. È evidente che tale teoria caratteristica della *repaglinide* dovrà essere comprovata alla luce dell'impiego clinico nel corso del tempo. Tuttavia, alcune caratteristiche di farmacocinetica della *repaglinide* sembrano particolarmente promettenti. Raggiunge il picco di concentrazione ematica entro mezz'ora dall'assunzione con un'em-

vita inferiore all'ora, sia nel giovane che nell'anziano. Quest'ultima caratteristica ne giustificherebbe un impiego razionale anche oltre i 65 anni di età con una certa tranquillità. Ha un metabolismo epatico preferenziale ed è quindi adatta all'impiego in diabetici con complicanza renale a dosaggi compresi tra 0,5-4 e 16 mg. Infine, essa evoca una risposta insulinica più fisiologica, riducendo l'insulinemia inter-prandiale e lo stress per la beta-cellula. Sono inoltre in corso studi sull'associazione tra *repaglinide* e a farmaci capaci di aumentare la sensibilità all'insulina. I risultati dei primi studi di tollerabilità sono positivi ed indicano una risposta glicemica dose-dipendente.

Sandro Gentile

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

ANNUNCIO

**XI Giornate Diabetologiche
Sardegna di Quartu Sant'Elena
ASPETTI ATTUALI
DEL DIABETE MELLITO
27-30 Settembre 1998**

Segreteria Scientifica: Dr. Mario Manai

Tel./Fax: 070.820485-070.651542

Segreteria Organizzativa: Consul Congress

Via S. Benedetto, 88 - 09129 Cagliari

Tel.: 070.499242/3 Fax: 070.485402

UN'OPINIONE

ATORVASTATINA, DIRIGENZA DI II LIVELLO E PIANI SANITARI REGIONALI: UN NUOVO RUOLO PER IL DIABETOLOGO?

Atorvastatina, Dirigenza di II livello e piani Sanitari Regionali, tre argomenti così distanti, cosa hanno in comune tra di loro? Un occhio attento vi può scorgere un futuro nuovo ruolo per il diabetologo italiano.

Al congresso di Parigi sull'aterosclerosi, ci riferiscono i colleghi che vi sono andati, è emerso come i diabetologi siano la categoria che più avrà modo di utilizzare l'atorvastatina, la prima statina attiva sulle dislipidemie miste. Più in particolare vi è stata una presa di coscienza di altri specialisti, soprattutto cardiologi e angiologi, di come il paziente che raggruppa su di sé più fattori di rischio cardiovascolare sia quello che noi vediamo quotidianamente nei nostri Servizi. Chi altro più dei diabetologi segue pazienti con sovrappeso viscerale, dislipidemia, ipertensione e intolleranza glicidica?

Il nuovo regolamento di accesso alla Di-

rigenza di II livello, in procinto di diventare legge dello Stato, abolisce la disciplina di Diabetologia e la sostituisce con quella di Malattie Metaboliche e Diabetologia, introducendo il concetto fondamentale che il diabetologo è lo specialista del metabolismo e di tutte le problematiche ad esso collegate.

In questo ultimo anno sono usciti i Piani sanitari triennali di alcune regioni italiane, molti di essi riportano come obiettivo principale del triennio la lotta alle malattie cardiovascolari. Siamo forse stati dimenticati perché spesso non si cita direttamente il diabete? Se incominciamo a vedere la nostra disciplina in un'ottica più ampia scopriremo che ci siamo dentro a pieno diritto.

Il minimo comun denominatore di atorvastatina, nuova Dirigenza di II livello e di quei Piani Sanitari Regionali sta nella figura del diabetologo che diventa lo specialista dei problemi metabolici e della prevenzione del rischio cardio-vascolare in particolare.

Certamente noi continueremo a essere quelli della prevenzione delle complicanze microangiopatiche del diabete, quelli del

DCCT per intendersi, ma attenzione a non farsi percepire sempre e solo come dei "Glicemologi". È ora che iniziamo a presentarci ad altri specialisti come quelli che hanno maggior dimestichezza nel gestire il rischio cardiovascolare, con i farmaci e non. Dobbiamo tutti abituarci a far capire che siamo gli specialisti delle lipoproteine, del danno endoteliale che si rileva con la microalbuminuria, dei risvolti metabolici dell'ipertensione e così via. Queste problematiche sono bagaglio culturale molto più nostro che non dei cardiologi e degli angiologi che le hanno avvicinate soltanto recentemente. Dobbiamo anche riflettere se in futuro tutti gli attuali servizi di Diabetologia italiani non debbano proporsi come centri di riferimento per il rischio cardio-vascolare, e NON soltanto per i pazienti che hanno già un diabete di tipo 2.

Questo è un po' il messaggio che si può cogliere per la nostra specializzazione attualmente, nel mare di continui cambiamenti che caratterizza la sanità, non solo del nostro Paese.

Carlo Giorda

Unità Operativa di Diabetologia, Chieri (Torino)

ATTIVITÀ DEL CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE

- I corsi di aggiornamento e formazione per diabetologi, che saranno tenuti nel periodo autunno 98-primavera 99, sono in fase di avanzata organizzazione. Un programma preliminare della tipologia, del calendario e delle sedi dei corsi viene riportato in anteprima su questo numero del notiziario.
- Per migliorare la qualità della formazione nelle nostre iniziative, il Consiglio Direttivo Nazionale ha deciso di organizzare dei corsi appositi per animatori che saranno tenuti da professionisti del settore a partire dall'ottobre 98. L'obiettivo è quello di istituire un "albo" di diabetologi in possesso di capacità specifiche e verificate per la formazione in diabetologia. L'iniziativa, che dovrebbe diventare permanente, è preliminare al ruolo che l'AMD intende ricoprire nell'istituzione dei Corsi di Formazione manageriale per la Dirigenza di II livello in M. Metaboliche e Diabetologia previsti dall'art. 6 del DPR del dicembre 97.
- È stato definitivamente approvato il regolamento per la Dirigenza di II livello di cui

avevamo accennato in precedenza. Nel mese di gennaio il Ministero della Sanità ha espressamente richiesto all'AMD di formulare una proposta per definire quella che deve essere la "adeguata esperienza" di un candidato alla dirigenza in M. Metaboliche e Diabetologia (art. 6). Dopo un'attenta disamina di quella che è la realtà italiana, è stata concordata con la SID la proposta che viene riportata in un apposito articolo di questo numero.

- L'AMD ha inoltrato domanda ufficiale di affiliazione all'IDF, l'International Federation of Diabetes. Il Consiglio Direttivo Nazionale ritiene questo un atto doveroso in quanto la nostra associazione ben rappresenta la maggioranza dei medici impegnati nella cura del diabete del nostro Paese.
- Il Prof. Coscelli prosegue la sua attività di consulenza con il Ministero per la introduzione anche in Italia della insulina U100. Nelle ultime settimane la pianificazione del passaggio da U40 a U100 pare avere avuto un forte impulso politico; se non vi saranno

imprevisti dal 1/6/99 nel nostro Paese saranno in vendita solo siringhe e insuline da 100 U/ml.

- Come già accennato, la sede del XII Congresso Nazionale sarà quasi sicuramente Chia Laguna, in Sardegna e si terrà dal 26 al 29 gennaio 99. Grazie all'attiva opera di coordinamento del Dott. Manai, sono stati nominati e sono già al lavoro il Comitato Organizzativo e il Comitato Scientifico. Per il mese di maggio prossimo sarà già disponibile un programma preliminare con i principali argomenti congressuali.
- Nel mese di febbraio '98 è stata convocata una riunione congiunta AMD-SID per concordare un parere comune sulla nuova classificazione e sui nuovi criteri diagnostici proposti dall'ADA nel luglio 97. Pur riconoscendone la validità, si è deciso prima di applicarli di attendere le decisioni ufficiali dell'IDF e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.
- È stata nominata una commissione AMD (Coscelli, Albano e Velussi) per la validazione dell'uso delle camere iperbariche per le lesioni trofiche del piede diabetico. L'obiettivo è quello di arrivare a un protocollo di utilizzo che faccia chiarezza sull'argomento dopo le note polemiche.

PROTOCOLLO AMD - SIMG SULLA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE DI TIPO 2: PROGETTO PILOTA

L'esigenza di una evoluzione nell'assistenza del diabete di tipo 2, ha portato l'AMD a confrontarsi in modo costruttivo con la SIMG. Dopo i primi incontri tra i presidenti delle due Società si è formalizzato un gruppo di lavoro misto per la definizione dei rispettivi compiti e ruoli nella cura della malattia diabetica.

Al centro dell'iniziativa è stato posto il diabetico e quindi il punto di partenza è stato naturalmente la legge 117/87.

Nel 95, il primo passo del gruppo di lavoro è stato quello di identificare i compiti dei 2 livelli assistenziali, senza che coincidesse con una suddivisione dei pazienti a compartimenti stagni: il paziente in sostanza accede alla struttura specialistica con una temporizzazione diversa in funzione dello stato della malattia.

Prevedendo spunto dall'esperienza di altri paesi Europei e da quella maturata in Lombardia, nel 96 è stato stilato un protocollo di gestione integrata del diabete di tipo 2: tale protocollo prevede in sintesi che il diabetico di tipo 2 non complicato o con complicanze iniziali stabili, dopo la valutazione specialistica (spesso più di una visita: screening complicanze croniche, educazione...) viene affidato al medico di medicina generale con un calendario di visite ed esami. Dopo circa un anno il paziente viene rivalutato dal centro specialistico; se durante questo intervallo il paziente si scompensa o compaiono com-

plicanze croniche, viene sottoposto a valutazione diabetologia anticipata.

Si è quindi deciso (1996) di sperimentare a livello nazionale questo protocollo di gestione integrata: sono stati coinvolti così 8 centri, ad ognuno dei quali facevano riferimento 8-15 medici di medicina generale, prevedendo l'arruolamento di circa 10 pazienti per medico.

Il supporto organizzativo, la stampa del materiale necessario (libretto del paziente, schede cliniche) e l'elaborazione dei dati finali sono stati affidati alla ditta Boehringer Mannheim Italia (BMIT).

Da questa sperimentazione, che vede coinvolte AMD e SIMG con il supporto di BMIT, dovrebbero originare informazioni e strategie utili sulle modalità di collaborazione e integrazione tra CS e MDMG.

Attualmente il progetto è nella fase conclusiva e per l'autunno 98 si dovrebbero avere i primi risultati e per il congresso AMD 99 la presentazione degli strumenti (libretto paziente, protocollo...) e le conclusioni operative.

I centri che partecipano al progetto: Grosseto, Brescia, Forlì, Piacenza, Roma, Bolzano, Milano, Udine; i medici di medicina generale coinvolti sono 66.

Umberto Valentini

Unità Operativa Diabetologica, Spedali Civili, Brescia

NOTIZIARIO

8th International Conference of the
International Diabetic Athletes Association
Atene, 1-5 settembre 1998

Temî Congressuali:

sport come promozione della salute; fisiopatologia della secrezione insulinica durante l'attività fisica; sport e controllo metabolico; attività sportiva competitiva; attività fisica e alimentazione; complicanze del diabete e attività fisica; piede diabetico e attività fisica; prevenzione delle complicanze: ruolo dell'attività fisica; gravidanza e attività fisica; diabete come ostacolo ad una normale vita di relazione?; prevenzione dell'ipoglicemia durante attività fisica; analoghi dell'insulina ed attività fisica; diabete, ipertensione ed attività fisica; depressione, diabete e sport; esperienza sportiva di un medico diabetico.

La struttura del Congresso è del tutto originale in quanto prevede letture, relazioni formali, tavole rotonde con partecipazione di diabetologi e diabetici, sedute sportive per tutti i partecipanti con scambio di esperienze e discussione dei problemi (tennis, basketball, volleyball, field games, mini marathon, starting from marathon, swimming, aerobics, handball, football, table tennis, squash, surfing ed altri sports).

Per informazioni:

Erasmus Conference Centre
227 Kifissias Avenue, 14561 Kifissia
Tel.: +301 8054004, 6125022
Fax: +301 6125021

CORSI DI AGGIORNAMENTO AMD 1998-1999

Il Consiglio Direttivo AMD, impegnato nel promuovere un costante aggiornamento dei Soci, ha sempre più frequentemente realizzato Corsi di formazione e Congressi basati su tecniche interattive, favorendo il lavoro a piccoli gruppi. In questa ottica vengono qui proposti sinteticamente i programmi di aggiornamento per il 1998 e 1999. Più ampio dettaglio comparirà sui prossimi numeri di questo giornale e verrà comunicato a quanti invieranno entro giugno '98 il cedolino di adesione. La partecipazione ai Corsi ed il soggiorno sono gratuiti, mentre le sole spese di viaggio sono a carico dei partecipanti. I corsi saranno tutti a numero chiuso ed i partecipanti verranno scelti in base al criterio cronologico con cui prevarranno le richieste. Potranno inviare la domanda di partecipazione i Soci in regola con le quote '98.

1) CORSO PER EQUIPES DIABETOLOGICHE

durata: 3 giorni (dalla 13 del giovedì alle 13 del sabato); *tipologia:* residenziale; *metodo di lavoro:* interattivo (metaplan o brain storming); *a chi è rivolto:* esclusivamente équipes (un diabetologo + almeno un sanitario non medico) *partecipanti:* 40-50 per Corso; *suddivisione regionale:* a) **Nord** (Piemonte-Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia, Friuli-Venezia Giulia, Veneto-Trentino Alto Adige, Emilia Romagna), b) **Centro** (Marche, Lazio, Toscana, Campania, Molise, Umbria); **Sud-Isole** (Sardegna, Basilicata-Calabria, Sicilia, Puglia).

Sedi e date (presumibili): a) Nord: Piemonte in gennaio '98; b) Centro: Umbria in novembre '98; c) Sud-Isole: Campania in maggio '98.

Argomenti: piede diabetico, rischio cardiovascolare, educazione sanitaria, formazione dell'équipe e verifica dei risultati;

Sponsor: Lifescan

2) CORSO DI FORMAZIONE PER ANIMATORI AMD

Obiettivo generale: formare un gruppo di diabetologi AMD in grado di condurre con tecniche corrette i gruppi di lavoro affiancando così i responsabili delle diverse iniziative (ideatori, organizzatori, relatori,....) culturali e di aggiornamento; *durata:* una giornata.

Numero, tipologia ed impostazione generale dei Corsi sono analoghi al Corso per Équipes. Il primo corso per animatori sarà a numero chiuso per 21 diabetologi ed avrà luogo quasi certamente a fine ottobre '98 a Sarteano (presso Chianciano).

Sponsor: Bayer Diagnostici

3) CORSO SULLA COLLABORAZIONE CON LA MEDICINA GENERALE PER LA CURA DEL DIABETE TIPO 2

durata: 1 giorno; *a chi è rivolto:* diabetologi; *partecipanti:* 20-30 diabetologi per Corso; *numero:* 1 per regione; *metodologia:* interattiva seguita da lavori di gruppo ad indirizzo soprattutto pratico;

Obiettivi generali: a) discutere i rapporti con la Medicina Generale b) individuare e discutere le modalità della collaborazione;

Obiettivi intermedi: i partecipanti devono: a) conoscere il protocollo AMD-SIMG; b) legislazione nazionale e regionale vigente sui rapporti tra medicina specialistica e MG; c) definire in base alla loro realtà di lavoro il ruolo del diabetologo e del medico di MG, nonché le modalità e gli strumenti per una comunicazione efficace;

Obiettivi specifici: realizzare una comunicazione efficace con i MMG;

argomenti: l'esperienza degli altri paesi, il protocollo di gestione integrata AMD-SIMG, difficoltà nella collaborazione con i MMG, la comunicazione tra diabetologi e MMG, obiettivi e modalità della comunicazione, ruolo del diabetologo e del MMG nella cura del DM tipo 2.

Sponsor: Molteni e Servier.

4) CORSI SUL DAY HOSPITAL E SULLA ORGANIZZAZIONE DELLE STRUTTURE DI DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE.

numero corsi: 5; *durata:* 3 giorni (dalle 13 del giovedì alle 13 del sabato); *a chi è rivolto:* solo diabetologi; *partecipanti:* 40-50 per Corso; *tipologia:* residenziale; *metodo di lavoro:* interattivo (metaplan o brain storming); *raggruppamenti regionali:* a) Piemonte-Valle d'Aosta, Liguria; Lombardia; b) Friuli-Venezia Giulia, Veneto-Trentino-Alto Adige, Emilia-Romagna; c) Marche, Lazio, Toscana; d) Abruzzo, Molise-Umbria, Campania, Puglia; e) Basilicata-Calabria, Sicilia, Sardegna;

possibili date: a) febbraio '99 in Piemonte; b) Marzo '99; c) Aprile '99; d) fine ottobre '98 in Puglia; e) Novembre '98 in Sicilia;

argomenti: organizzazione delle strutture in funzione della tipologia; day hospital; l'ambulatorio per patologia; gestione dei dati e dei costi.

sponsor: Novo Nordisk

RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE AI CORSI AMD 1998-1999

Cognome..... Nome..... et.....
Ente..... Struttura.....
Via..... n..... CAP..... Città..... Tel.....
Ruolo Professionale: strutturato incaricato altro.....
Regione di appartenenza:.....
Sono interessato a partecipare al seguente Corso sic:
 Équipes diabetologiche
Altro componente dell'équipe:
cognome e nome ruolo professionale

cognome e nome ruolo professionale
 Collaborazione con la Medicina Generale nella gestione del diabetico tipo 2
 Day Hospital e Organizzazione delle Strutture Diabetologiche
 Formazione di Animatori
Inviare per posta o fax entro il 15 giugno 1998 a: **Segreteria Amministrativa AMD**- V. Carlo Felice, 77 - 00185 ROMA - Tel. 06/7000499 - Fax 06/77201195
(scrivere stampatello o a macchina)

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 regolarità la propria posizione. Solo i Soci in regola con le quote '98 possono fare domanda di partecipazione ai Corsi AMD. I versamenti possono essere effettuati sul conto corrente postale 96304001 - AMD, v.le Carlo Felice 77, Roma

Riservato al pagamento con carta di credito

(scrivere a macchina o a stampatello, spedire via fax all'indirizzo riportato in basso)

Cognome..... Nome.....
Indirizzo: Via..... N.....
CAP..... Città..... Provincia.....
Importo lire.....
Tipo di carta di credito: VISA EUROCARD MASTERCARD
Numero..... Scadenza.....
Data..... Firma del titolare.....

N.B. Questo riquadro può essere utilizzato, indipendentemente dal pagamento delle quote sociali, anche per comunicare eventuali variazioni di indirizzo.

Chi volesse informazioni sulla propria situazione contabile può contattare la Segreteria Amministrativa
Viale Carlo Felice, 77 - 00185 Roma - Tel. 06/700.04.99 - Fax 06/77.20.11.95