

AemMedi

Vol. 1

Periodico di informazione, dibattito e confronto

N. 2 Aprile-Giugno '98

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

REDAZIONE
A. Brignone, B. Oliviero, 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

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:	P. Compagnucci
Piemonte Valle D'Aosta:	G. Bargerò
Puglia:	E. Losurdo
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

Organo Ufficiale dell' Associazione Medici Diabetologi

DIABETOLOGI O METABOLISTI?

Il D.P.R. 10/12/97, cioè il regolamento concernente i requisiti ed i criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale del servizio sanitario, deve essere considerato un successo importante per chi si batte per l'autonomia della diabetologia nel contesto delle specialità mediche; in particolare per l'AMD esso è motivo di grande soddisfazione perché rappresenta il raggiungimento di uno scopo sanitario ben preciso (ricordo a tutti che, a norma dell'art. 3 dello statuto, l'AMD deve adoperarsi per il riconoscimento della diabetologia come disciplina autonoma). Ma il nuovo regolamento rappresenta anche una svolta per certi versi storica per chi opera in campo diabetologico: esso infatti individua una nuova denominazione per la nostra disciplina, che diventa "Malattie metaboliche e diabetologia" (art. 4, disciplina n. 11 dell'area medica e delle specialità mediche). Viene dunque sancito in maniera ufficiale, il ruolo primario del diabetologo nella prevenzione, diagnosi e cura di malattie metaboliche, con ciò di fatto allargando enormemente le competenze di chi prima invece poteva occuparsi solo di pazienti diabetici. Tutto questo è un bene o è un male?

Chi vi scrive, anche in virtù della propria formazione culturale e dei propri compiti istituzionali, è convinto della assoluta bontà di questo provvedimento; si rende però conto che esso può suscitare timori e preoccupazioni in chi opera in realtà da tempo consolidate ed esclusivamente organizzate per finalità diabetologiche e teme di perdere la propria identità professionale ("il diabetologo!"), per acquisirne un'altra ancora confusa ("il metabolista?"). Queste preoccupazioni sono comprensibili, ma dovrebbero passare in secondo ordine di fronte agli aspetti positivi della nuova denominazione e agli orizzonti che essa dischiude: infatti avere competenza primaria in tema non solo di diabete ma anche di dislipidemie e di obesità (solo per citare le due altre grandi patologie che entrano nel novero delle malattie metaboliche) significa, tra l'altro, avere un ruolo

SOMMARIO

1. Editoriale: Diabetologi o metabolisti?
2. Annuncio: L'AMD è affiliata IDF
3. Relazione del Gruppo di Lavoro SID-AMD sulla nuova classificazione del Diabete
4. La patente di Guida per il diabetico
5. Attività fisica e diabete in Italia
6. Iniziative editoriali
7. La voce delle Sezioni Regionali
8. Assistenza diabetologica: Analisi dei dati di un Censimento Regionale in Lombardia
9. Programma dei Corsi AMD 1998-1999
10. Attività del Consiglio Direttivo
11. Registro Regionale delle Amputazioni
12. Master VRQ di Riccione
13. Prosegue il Programma VRQ
14. XII Congresso Nazionale a Chia Laguna

centrale nella prevenzione, diagnosi e cura dei principali fattori di rischio cardiovascolare e cioè della prima causa di morbilità e di mortalità nel mondo occidentale. Significa anche acquisire competenze fino ad ora spesso riservate ad altre specialità, certamente meno vicine sul piano formativo e culturale (ad esempio la gestione del paziente dislipidemico ad opera del cardiologo), con tutti i vantaggi che ciò comporta anche in termini di produttività. Sicuramente occorrerà rivedere i modelli organizzativi in cui operiamo per adeguarli alle esigenze delle nuove tipologie di pazienti; occorrerà ampliare la nostra formazione culturale ed il nostro aggiornamento professionale; occorrerà soprattutto accettare l'idea di essere un po' meno diabetologi e un po' più metabolisti. Sacrifici che saremo ben disposti a fare, se ci renderemo conto delle enormi possibilità di crescita che ci vengono offerte su di un piatto d'argento.

Domenico Cucinotta

A N N U N C I O

Da quest'anno l'AMD è ufficialmente affiliata all'International Diabetes Federation!

Per iniziativa del Consiglio Direttivo Nazionale AMD la nostra Associazione ha finalmente ottenuto un doveroso riconoscimento in quanto ben rappresenta la maggioranza degli specialisti impegnati a tutto campo nella prevenzione, diagnosi e cura del diabete mellito e delle sue complicanze nel nostro Paese.

RELAZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO SID-AMD SULLE NUOVE PROPOSTE DI CLASSIFICAZIONE E DIAGNOSI DEL DIABETE DELLA AMERICAN DIABETES ASSOCIATION

Il 20 Febbraio u.s. si è riunito a Roma, coordinato dal prof. R. Navalesi, presidente della SID, e dal prof. D. Fedele, coordinatore del Comitato Interassociativo Socio-Sanitario, un gruppo di lavoro rappresentativo di entrambe le società (*) con l'obiettivo di valutare i nuovi criteri di classificazione e diagnosi della malattia diabetica proposti dalla American Diabetes Association, e di recente pubblicati (*Diabetes Care* 20: 1183-97, 1997), e per dare delle precise indicazioni di comportamento ai propri iscritti.

Il gruppo di lavoro interassociativo, dopo ampia e approfondita discussione, ritiene opportuna una riflessione in attesa delle decisioni degli organismi internazionali, quali l'OMS, l'IDF e il Gruppo Europeo di Epidemiologia dell'EASD, che tra l'altro è in procinto di rendere pubblici i risultati di una valutazione policentrica europea dell'equivalenza tra valori di glicemia a digiuno e quelli due ore dopo l'OGTT.

La presa di posizione di tali organismi si rende opportuna, pur unanimemente sottolineando i seguenti aspetti positivi:

- la base etiopatogenetica della classificazione
- la semplificazione dei criteri diagnostici
- l'identificazione ad uno screening più ampio
- la forte valenza preventiva
- la corrispondenza delle proposte diagnostiche con gli obiettivi di preven-

zione dei nostri Servizi di Diabetologia.

In particolare vengono messi in luce i seguenti punti:

1. Nei riguardi delle nuove proposte di classificazione etiologica si ritiene che la diagnosi di diabete tipo 1, ancorché più precisa dal punto di vista nosografico, basata com'è sulla valutazione approfondita dei markers immunologici, contrasta con lo spirito pragmatico e semplificativo che impronta la diagnostica del diabete tipo 2. Non sembra poi adeguatamente approfondito il problema della valutazione della funzione beta-cellulare residua.
2. Per una più adeguata definizione dei soggetti con "alterata glicemia a digiuno" (IFG), allo scopo di evitare falsi inquadramenti diagnostici, sarebbe auspicabile l'esecuzione dell'OGTT, soprattutto se presenti uno o più fattori aggiuntivi di rischio.

Sulla base di tali argomentazioni il gruppo di lavoro interassociativo ritiene che la applicazione clinica debba essere sospesa fino a che la nuova classificazione ed i criteri diagnostici proposti vengano fatti propri dalla Organizzazione Mondiale della Sanità. Invita pertanto la Comunità Diabetologica e Medica a prendere visione del documento originale ma di attenersi alla classificazione ed ai criteri diagnostici attualmente vigenti.

* Gruppo di lavoro SID-AMD nuove proposte di classificazione e diagnosi

Coordinatori: D. Cucinotta (Messina), D. Fedele (Padova), R. Navalesi (Pisa)

Membri: S. Albano (Taranto); R. Amoretti (Roma); L. Benzi (Pisa); G. Bolli (Perugia); P. Brunetti (Perugia); F. Capani (Chieti); M. Comaschi (Genova); C. Coscelli (Parma); S. Del Prato (Padova); U. Di Mario (Roma); M.P. Garancini (Milano); S. Gentile (Napoli); G. Ghirlanda (Roma); D. Giugliano (Napoli); A.V. Greco (Roma); M. Lunetta (Catania); M. Maioli (Sassari); M. Manai (Cagliari); D. Mannino (Reggio Calabria); V. Miselli (Scandiano-RE); M. Muggeo (Verona); C. Noacco (Udine); I. Nosari (Bergamo); G.F. Pagano (Torino); M. Porta (Torino); G. Riccardi (Napoli); M. Rossi (Grosseto); F. Santeusano (Perugia); A. Tiengo (Padova); R. Torella (Napoli); M. Trovati (Torino); M. Velussi (Monfalcone-GO); G. Vespasiani (S. Benedetto D.T.-AP)

LINEE GUIDA PER IL RILASCIO ED IL RINNOVO DELLA PATENTE DI GUIDA AI DIABETICI

Decreto pubblicato dal Ministero della Sanità il 18 dicembre 1997 su istanza di una Commissione Mista SID-AMD-FAND-AGD-OSDI al Consiglio Superiore della Sanità.

I presupposti su cui si basa il nuovo decreto su concessione o rinnovo della patente di guida ai diabetici fanno riferimento essenzialmente alle seguenti considerazioni:

- a) il diabetico senza complicanze deve essere ritenuto non dissimile dal non diabetico;

- b) il ricorso alla Commissione Medica locale è necessario solo nel caso in cui, a giudizio del diabetologo, siano presenti complicanze;
- c) non esistono motivi per impedire il rilascio o il rinnovo della patente C e C+E al diabetico;
- d) la patente D e D+E può essere rilasciata anche ai diabetici se non trattati farmacologicamente e senza complicanze, anche se per un periodo più breve.

Il decreto che viene di seguito riportato,

oltre a fare chiarezza ed a sgombrare il campo da inutili criteri di rigidità applicati precedentemente in molte ASL, restituisce un ruolo di primo piano alla figura del diabetologo.

Poiché è possibile che non tutte le Commissioni siano aggiornate sul Decreto, ci sembra utile suggerire che i diabetici che si presentano a visita per il rilascio o il rinnovo della patente di guida si muniscano non solo di certificato del "medico specialista diabetologo curante, appartenente ad una struttura pubblica o privata accreditata" (art. 1.1.1.1), ma anche di una copia del Decreto.

Sandro Gentile
Dipartimento di Geriatria e Malattie del Metabolismo
Seconda Università di Napoli

1. PATENTE DELLE CATEGORIE A, C, B+E E DELLE SOTTOCATEGORIE A1 E B1.1.

1.1. Rilascio della patente

1.1.1 In pazienti affetti da diabete non insulino trattato e senza complicanze:

1.1.1.1 A giudizio del medico autorizzato sulla scorta di un certificato del medico specialista diabetologo curante, appartenente ad una struttura pubblica o privata accreditata.

1.1.1.2 La patente viene rilasciata per 5 anni.

1.1.2 In pazienti affetti da diabete in trattamento insulinico e senza complicanze:

1.1.2.1 A giudizio della commissione medica locale, che giudica la sicurezza alla guida sulla scorta di un certificato del medico specialista diabetologo curante, appartenente ad una struttura pubblica o privata accreditata:

1.1.2.2 La patente viene rilasciata per 5 anni.

1.1.3 In pazienti affetti da diabete con complicanze:

1.1.3.1 A giudizio della commissione medica locale, che giudica la sicurezza alla guida sulla scorta di un certificato del medico specialista diabetologo curante, appartenente ad una struttura pubblica o privata accreditata, che certifichi che il candidato è affetto da una complicazione (da specificarsi nella certificazione) di entità tale da non pregiudicare la sicurezza della guida.

1.1.3.2 La patente viene rilasciata per 5 anni.

1.2 Rinnovo della patente

1.2.1 In pazienti affetti da diabete non insulino trattato e senza complicanze:

1.2.1.1 A giudizio del medico autorizzato, sulla scorta di un certificato del medico specialista diabetologo curante, appartenente ad una struttura pubblica o privata accreditata:

1.2.1.2 La patente viene rilasciata per 5 anni.

1.2.2 In pazienti affetti da diabete in trattamento insulinico e senza complicanze:

1.2.2.1 A giudizio della commissione medica locale, che giudica la sicurezza alla guida sulla scorta di un certificato del medico specialista diabetologo curante, appartenente ad una struttura pubblica o privata accreditata:

1.2.2.2 La patente viene rilasciata per 5 anni.

1.2.3 In pazienti affetti da diabete con complicanze:

1.2.3.1 A giudizio della commissione medica locale, che giudica la sicurezza alla guida sulla scorta di un certificato del medico specialista diabetologo curante, appartenente ad una struttura pubblica o privata accreditata, che certifichi che il candidato è affetto da una complicazione (da specificarsi nella certificazione) di entità tale da non pregiudicare la sicurezza della guida:

1.2.3.2 La patente viene rilasciata per 5 anni. A giudizio della commissione medica locale, può essere rilasciata per un periodo inferiore.

2 PATENTE DELLE CATEGORIE C, C+E E DELLE SOTTOCATEGORIE C1 E C1+E

2.1 Rilascio della patente

2.1.1 In pazienti affetti da diabete non insulino-trattato e senza complicanze:

2.1.1.1 A giudizio del medico autorizzato, sulla scorta di un certificato del medico specialista diabetologo curante, appartenente ad una struttura pubblica o privata accreditata:

2.1.1.2 La patente viene rilasciata per 5 anni.

2.1.2 In pazienti affetti da diabete in trattamento insulinico e senza complicanze:

2.1.2.1 A giudizio della commissione medica locale, che giudica la sicurezza alla guida sulla scorta di un certificato del medico specialista diabetologo curante, appartenente ad una struttura pubblica o privata accreditata:

2.1.2.2 La patente viene rilasciata per 2 anni.

2.1.3 In pazienti affetti da diabete con complicanze:

2.1.3.1 La patente non viene rilasciata a candidati in cura con insulina, salvo casi eccezionali, debitamente giustificati ed autorizzati con espressa certificazione dalla commissione medica locale, che giudica la sicurezza alla guida sulla scorta di un certificato del medico specialista diabetologo, curante, appartenente ad una struttura pubblica o privata accreditata:

2.1.3.2 La patente viene rilasciata per 2 anni. A giudizio della commissione medica locale, può essere rilasciata per un periodo inferiore.

2.2 Rinnovo della patente

2.2.1 In pazienti affetti da diabete

2.2.1.1 A giudizio del medico autorizzato, sulla scorta di un certificato del medico specialista diabetologo curante, appartenente ad una struttura pubblica o privata accreditata:

2.2.1.2 La patente viene rilasciata per 2 anni.

2.2.2 In pazienti affetti da diabete in trattamento insulinico e senza complicanze:

2.2.2.1 A giudizio della commissione medica locale, che giudica la sicurezza alla guida sulla scorta di un certificato del medico specialista diabetologo curante, appartenente ad una struttura pubblica o privata accreditata:

2.2.2.2 La patente viene rilasciata per 2 anni.

2.2.3 In pazienti affetti da diabete con complicanze:

2.2.3.1 A giudizio della commissione medica locale, che giudica la sicurezza alla guida sulla scorta di un certificato del medico specialista diabetologo curante, appartenente ad una struttura pubblica o privata accreditata, che certifichi che il candidato è affetto da una complicazione (da specificarsi nella certificazione) di entità tale da non pregiudicare la sicurezza della guida:

2.2.3.2 La patente viene rilasciata per 2 anni. A giudizio della commissione medica locale, può essere rilasciata per un periodo inferiore.

3 PATENTE DELLE CATEGORIE D, D+E E DELLE SOTTOCATEGORIE D1 E D1+E.

3.1 Pazienti non trattati farmacologicamente e senza complicanze: La patente è concedibile per un periodo di 2 anni.

3.2 Pazienti trattati farmacologicamente: La patente non è concedibile né rinnovabile.

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, ANAO, ASSOMED, ecc.)

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

ATTIVITÀ FISICA E DIABETE IN ITALIA: STATO DELL'ARTE

In questo articolo desidero tracciare per grandi linee la situazione dei rapporti fra attività fisica/attività sportiva e diabete mellito tipo 1 (IDDM)/tipo 2 (NIDDM) dal punto di vista metabolico, educativo, organizzativo per come è vissuta in Italia alle soglie del 2000.

Certamente i 6 anni di attività dell'A.N.I.A.D. hanno contribuito in modo decisivo a sollevare nella coscienza e negli interessi del diabetologo la problematica su sport e diabete in passato poco e male affrontata per il persistere di preconcetti ostativi, limitate conoscenze teoriche e pochissime pratiche (nelle scuole di specializzazione non vi è un insegnamento specifico di tale materia) e per la innegabile difficoltà di gestire uno sportivo diabetico specie se insulinodipendente. In questo scenario di aumentata divulgazione, accettazione e diffusione della pratica sportiva, un ruolo non secondario e da attribuire agli stessi atleti diabetici che con tenacia e coraggio hanno "convinto" buona parte della comunità diabetologica italiana con la dimostrazione di un buono stato di forma fisica, attivandosi all'interno delle associazioni di diabetici, "raccontando" con rigore metodologico la loro esperienza e le "soluzioni terapeutiche" da essi adottate anche nel corso di convegni scientifici; accettando di farsi studiare sul campo e in laboratorio per accrescere le conoscenze diabetologiche.

Aspetti metabolici:

Diabete tipo 1: l'attività fisica non è essenziale, con i mezzi terapeutici attuali, per il raggiungimento di un buon compenso glicemico. Talora, specie nei soggetti senza alcuna riserva pancreatica (C-peptide negativi) e specie se l'attività è occasionale e prevalentemente anaerobica può essere un fattore di perturbazione dell'equilibrio metabolico.

In soggetti con residuo pancreatico invece l'attività aerobica di endurance, purché regolare, può migliorare il compenso aumentando la sensibilità all'insulina e riducendone il fabbisogno. L'attività fisica regolare è fondamentale nel migliorare la performance cardio-respiratoria, la capillarizzazione muscolare e, quindi, l'ossigenazione tissutale. Nella valutazione del rapporto rischio-beneficio ciò va tenuto in debito conto specie considerando il rischio di microangiopatia insito nella malattia stessa. Non vi sono tuttora studi che chiariscano se una regolare attività fisica aerobica, a parità di compenso metabolico, possa prevenire/ralentare lo sviluppo di complicanze cardiovascolari. Va ricordato, però, che nello studio di Moy il rischio di mortalità era inversamente proporzionale ai quintili di attività fisica settimanali e che un regolare esercizio nello studio DCCT, era parte integrante del programma terapeutico del gruppo in terapia intensiva i cui favorevoli risultati sullo sviluppo di complicanze sono ben noti.

Diabete tipo 2: in questa forma di diabete, l'esercizio fisico regolare, aerobico assieme alla dieta è un perno fondamentale del programma terapeutico. Gli effetti benefici sul metabolismo glicidico e lipidico, la capacità dimagrante, l'effetto "allenante" sul cuore, la

possibilità di prevenire alterazioni degenerative sull'apparato osteo-articolare e i risultati positivi sullo stato psichico trovano concorde la comunità diabetologica nel "prescrivere" l'esercizio fisico (più che lo sport) a NIDDM relativamente giovani senza complicanze cardiovascolari.

Recenti ricerche presentate al Congresso A.D.A. di Boston (1997) indicano inoltre, che gli effetti metabolici positivi derivano, più che dall'intensità dell'esercizio (60-70% della VO_2 max), che limita molto il numero dei pazienti eleggibili, dalla sua durata e continuità nel tempo.

Recenti, convincenti studi hanno inoltre dimostrato che una regolare attività può prevenire il NDDM in soggetti predisposti e impedire l'evoluzione da ridotta tolleranza ai carboidrati a diabete manifesto.

Livello glicemico e inizio della seduta di A. F.

Per anni noi diabetologi abbiamo considerato il livello di 250-300 mg/dl come il limite oltre il quale la seduta di A.F. non andava intrapresa. Questa convinzione si basava su uno studio di Berger dell'inizio anni '80 che mostrava come in diabetici scompensati cronicamente ("Ketotic diabetics") l'A.F. fosse controproducente e pericolosa per chetoacidiosi.

Molti progressi sono stati fatti da allora. I "Ketotic diabetics" oggi sono rari, chi fa sport è trattato con 3-4 iniezioni al dì e assai difficilmente raggiunge quel grado di *sottoinsulinizzazione* che rende l'esercizio pericoloso. Recenti dati della letteratura e mie osservazioni personali dimostrano che pur con glicemie ben più alte di 300 l'esercizio può essere intrapreso con successo a patto che il paziente sia sufficientemente insulinizzato, in accettabile compenso metabolico e senza corpi chetonici nelle urine.

Spesso poi una glicemia molto elevata esprime un valore postprandiale dovuto ad una colazione molto più ricca in carboidrati come avviene in occasione di maratone. Pertanto riteniamo che l'unico vero limite per intraprendere la seduta di A.F. in diabetici con accettabile compenso non sia il tasso glicemico ma la presenza di chetonuria.

Attività fisica e presenza di complicanze croniche

Fino ad alcuni anni fa si riteneva che tutti gli sports andassero banditi in presenza di complicanze. La stessa legge 115 (che ha ormai 15 anni circa!) prevede per la concessione del *certificato di idoneità all'attività agonistica* l'assenza di complicanze invalidanti. In questi ultimi 10 anni, in particolare dopo l'impulso dato dal gruppo della Joslin Clinic di Boston che ha affrontato l'argomento con rigore, l'A.N.I.A.D. ha preparato una serie di linee guida che selezionano A.F. consentite ed altre sconsigliate in rapporto alle singole complicanze e al loro livello di progressione. Tali linee guida sono conformi a quanto suggerito dall'American Diabetes Association.

Scelta dell'esercizio fisico: a parte la boxe e gli sports di pilotaggio, tutti gli altri possono essere consentiti ai diabetici con le opportune precauzioni.

Il problema delle attività subacquee è attualmente in fase di revisione. Fatta questa premessa e, considerando che lo sport è un piacere e quindi la sua scelta deve tenere conto dei desideri e delle propensioni di ogni diabetico, (che prima di essere tale è una persona), tutti gli studi condotti, compreso i nostri, indicano che le A.F. prolungate (corse, nuoto, sci e bici di fondo) effettuate al di sotto della soglia anaerobica sono quelle più idonee ed utili per il diabetico. Gli sport di endurance infatti sono aerobici, consentono un attivo allenamento cardiovascolare, contribuiscono al controllo glicemico in quanto consentono un graduale e prevedibile utilizzo del glucosio senza dar luogo a brusche ipoglicemie e possono essere proseguiti anche nell'età adulta e nella maturità.

Aspetti educativi ed organizzativi:

Tutti noi consideriamo ormai l'A.F. un eccellente sistema per mettere alla prova la capacità di autogestione della malattia. La pratica sportiva consapevolmente intrapresa infatti "costringe" all'autocontrollo, insegna come adattare alternativamente insulina e apporto di carboidrati al dispendio energetico (è quindi una valida palestra di autogestione), favorisce la socializzazione, migliora l'autostima, allena ad una disciplina di vita, contribuisce dunque a quel saper essere diabetici che è il più alto gradino del processo educativo. In questo senso l'attività delle associazioni è fondamentale e noi dell'ANIAD ci impegneremo sempre di più a diffondere la filosofia dell'esercizio fisico, ripeto ancora, intrapreso con prudenza e preceduto dall'opportuno supporto educativo specie fra i diabetici tipo 2 con l'obiettivo di favorire una terapia più "naturale" e di ridurre la spesa sanitaria per i farmaci.

Nell'ambito degli aspetti organizzativi alcuni numeri dell'ANIAD, possono forse meglio descrivere la nostra costante e capillare attività in questi anni:

- 340 soci di tutte le regioni italiane (318 diabetici e 22 non diabetici (per lo più diabetologi);
- 13 sezioni regionali costituite o "collaboranti";
- 9 numeri (compreso il numero 0) di Sport e Diabete, bollettino ufficiale dell'ANIAD con tiratura 2500 copie;
- 2 libri pubblicati (Atti del Congresso di Paestum 1994 e Atti del corso di formazione per diabetologi, Treviso 1995);
- 8 pubblicazioni scientifiche sugli aspetti educativi ed endocrino-metabolici durante attività aerobiche;
- 9 Corsi di Sport per diabetici insulinodipendenti effettuati in 3 regioni differenti e 4 corsi di aggiornamento per diabetologi a cui hanno partecipato 20 colleghi.

Lecture consigliate:

- 1) Guide to Diabetes and Exercise. N. Rudermann J. T. Devolin. A.D.A., 1995.
- 2) 6th International meeting on Diabetes and Sport. Paestum (Italy) 24th - 26th March 1994 G. Corigliano.
- 3) Atti del VII Corso Nazionale di Sport 1995 per diabetici insulinodipendenti e Il Corso Nazionale di formazione per diabetologi su Sport e Diabete. Treviso - P. Fontana.

Gerardo Corigliano
Responsabile Centro Diabetologico A.I.D. ASL NA 1
Presidente Ass. Naz. Italiana Atleti Diabetici

IL DIABETE E L'EDUCAZIONE: METODOLOGIA E OBIETTIVI

GIUSEPPE ERLE - HERTA CORRADIN

Casa Editrice Ambrosiana 1997

Argomenti:

- La via educativa per il diabetico verso nuove frontiere tracciata con la metodologia e gli obiettivi specifici.
- La comunicazione che diventa relazione sociale tramite gli approcci della "relazione di aiuto" e del "counseling".
- Il metodo per trasformare il lavoro di gruppo in uno strumento di formazione.
- L'approccio antropologico di alimentazione.
- L'integrazione dei Servizi ospedale-territorio realizzata attraverso un processo fondato su "linkages" anziché su "barriere".
- Il confronto con metodologie di altri Paesi.
- Gli obiettivi educativi intermedi con gli obiettivi specifici a cascata.
- Gli obiettivi educativi per le complicanze croniche.
- Il progetto-obiettivo per i diabetici per l'equità nella cura e nell'educazione con risorse limitate.
- I questionari Gised per la valutazione delle conoscenze, dei comportamenti e degli atteggiamenti, validati.

Prefazione

È stato affermato giustamente che l'educazione del diabetico e la conseguente autogestione della malattia hanno rappresentato il più importante momento di progresso del trattamento del diabetico dopo la scoperta dell'insulina.

Negli ultimi 20 anni, dopo una prima fase di spontaneismo e di improvvisazione, si è cominciato a tracciare, in alcuni centri diabetologici europei e degli Stati Uniti, le regole e le linee guida del processo educativo valido per il paziente diabetico che sono state ampiamente verificate e convalidate negli ultimi anni anche dai recenti studi longitudinali.

Anche in Italia, dapprima grazie all'iniziativa di alcuni singoli diabetologi e quindi grazie alla loro aggregazione nel "Gruppo di Studio per l'Educazione del Diabetico (GISED)", si è sviluppata la cultura dell'educazione del diabetico che si è rapidamente diffusa nell'intera rete dei Servizi di Diabetologia modificandone positivamente i loro contenuti e i loro obiettivi terapeutici.

Uno dei diabetologi che fin dall'inizio ha creduto fermamente in questa nuova impostazione dei rapporti tra medico diabetologo e diabetico è stato nella nostra regione il professore Giuseppe Erle che ha profuso in questo campo d'azione tutte le sue energie professionali e organizzative.

Le numerose pubblicazioni di questi anni sui vari aspetti pratici e teorici del processo educativo del diabetico e le significative iniziative realizzate nei confronti del paziente diabetico, dei diabetologi, dei medici di medicina generale e degli infermieri testimoniano l'impegno e la progressiva maturazione di Giuseppe Erle e dei suoi collaboratori in questo nuovo campo della diabetologia che è divenuto essenziale per una efficace cura del paziente diabetico.

Il connubio tra l'esperienza clinica di Giuseppe Erle e la profonda preparazione metodologica di Herta Corradin ha permesso un'invidiabile integrazione di competenze che ha giustificato i lusinghieri risultati ottenuti in questo campo dal Gruppo Diabetologico di Vicenza.

La scuola di Endocrinologia e Malattie del Ricambio a indirizzo diabetologico dell'Università di Padova da me diretta si è giovata positivamente negli ultimi anni di questo bagaglio culturale ed esperienza clinica.

Questo volume costituisce il compendio della più significativa esperienza dell'attività di formazione realizzata negli ultimi anni a livello regionale e nazionale che si basa su solidi presupposti teorici e metodologici sulle tecniche educative e sui processi di comunicazione, indispensabili per una corretta

impostazione e programmazione dell'intervento educativo.

È con grande piacere che presento questo volume per i rapporti di amicizia e di stima che mi legano agli autori e la soddisfazione che quanto seminato a Vicenza da molti anni in tema di educazione del paziente diabetico si è rapidamente diffuso nella nostra regione e nel territorio nazionale. Sono sicuro che quest'opera sarà un utile strumento per il diabetologo clinico per conoscere la corretta metodologia dell'educazione sanitaria, per impostare un corretto rapporto educativo con il paziente e per prendere sempre più coscienza del suo ruolo nel curare sempre meglio il diabetico e per prevenirne le complicanze.

Antonio Tiengo
Professore di Malattie del Metabolismo
Direttore della Scuola di Specializzazione
in Endocrinologia e Malattie del Ricambio
a indirizzo diabetologico - Università di Padova

IN CUCINA CON IL DIABETE E LE MALATTIE DEL METABOLISMO

DIETA ED ARTE CULINARIA - Quarta Edizione 1998

MARIO PUPILLO e VINCENZO FELIZIANI

In collaborazione con

ASSOCIAZIONE DIABETICI FRENTANI (A.D.F.)

Coniugare la "buona tavola" con una corretta impostazione dietetica, non penalizzante per i portatori di malattie del metabolismo, ha rappresentato la motivazione che ci ha spinti ad intraprendere questa nostra esperienza nel 1995.

La quarta edizione di "In Cucina con il Diabete" propone una rassegna di menù di varie regioni, corredata da una efficace e utile iconografia che testimonia la realizzazione di un progetto concretamente sviluppato nel programma scolastico dell'Istituto Professionale per i Servizi Alberghieri e della Ristorazione di Villa S. Maria (IPSSAR) guidato dalla Prof.ssa Gisa Taurisani. Le Regioni interessate sono il Molise, le Marche, la Liguria, la Sardegna, il Veneto, il Trentino, le Puglie e il Piemonte. Lo scorso anno il quaderno fu dedicato completamente alla cucina abruzzese, pertanto la mancanza della nostra Regione dal quaderno non deve sorprendere.

L'entusiasmo iniziale del progetto continua ad animare i protagonisti di questa bella esperienza che, dopo quattro anni, la ritengono difficilmente arrestabile. La proposta, presentata a livello degli Organi Regionali, tenta di istituire un "diploma" di Ristoratore Dietetico. I primi segnali di interesse cominciano a prendere consistenza. A tal proposito il Convegno si articolerà in due giornate: la prima infatti riservata ai Ristoratori, proprio su questa tematica.

I programmi scolastici dell'IPSSAR, grazie alla sensibilità della preside Prof.ssa Gisa Taurisani, hanno previsto l'istituzione di corsi di specialità con esperti che forniscono i presupposti scientifici per costruire una cultura della ristorazione che sia anche rispettosa di alcune esigenze dietetiche. Formare un ristoratore attento a queste tematiche, rappresenta un tentativo che si pone a cavallo fra la pura specializzazione professionale e il progetto di reclutare nella medicina preventiva operatori apparentemente estranei. Non è eccessivo pensare allo chef come primo elemento della catena della Ristorazione e Nutrizione e quindi di quella task force impegnata nella prevenzione delle malattie legate ad errori dietetici. È necessario riuscire a costruire un bagaglio culturale sufficiente e capace di interfacciarsi con le richieste del mercato e le esigenze della clientela, abituata e stimolata, purtroppo, a considerare il ristorante un luogo di pura trasgressione. Con piccoli passi stiamo cercando di irrobustire questo nostro progetto grazie alla collaborazione degli insegnanti dell'IPSSAR che, a rotazione, si sono prestati volentieri ai nostri condizionamenti e alle nostre proibizioni dietetiche. Quest'anno il prof. Sergio Di Giulio ha partecipato,

insieme alle classi IV-A e V-A TSR, con grande passione e competenza. Lo ringraziamo per quanto svolto e ringraziamo gli studenti per l'entusiasmo mostrato.

L'ambulatorio diabetologico, attivato nel Distretto Sanitario di Villa S. Maria da ormai quattro anni, oltre alla tradizionale attività di cura della malattia diabetica, ha permesso di collegare gli operatori sanitari con la realtà territoriale nella scoperta delle vocazioni reciproche, configurando un esperimento di armonizzazione ed integrazione di conoscenze che sta producendo utili e "gustose" esperienze.

Da quest'anno il convegno aggiunge al Diabete anche le altre malattie del metabolismo. È un primo passo per allargare gli orizzonti in pieno accordo con la preside Gisa Taurisani. Nel quaderno di questa edizione vengono proposte alcune ricette formulate con paste apertiche indirizzate ai pazienti nefropatici.

Un ringraziamento va riservato all'ADIF (Associazione Diabetici Frentani) che ha sempre prestato interesse alla iniziativa con un sostegno non indifferente. Al dr Vincenzo Orsatti, prezioso anfitrione nella realtà Sangrina e Responsabile del distretto Sanitario di Villa S. Maria, inviamo un grazie affettuoso.

La sede del congresso sarà ancora una volta il Consorzio Mario Negri Sud a S. Maria Imbaro. La scelta è dettata da esigenze scientifiche e logistiche ma il collegamento con Villa S. Maria, l'Amministrazione Comunale, la Comunità Montana e le Associazioni è sempre forte e cordiale e, tale legame, sarà rinsaldato a Tavola, al termine del nostro convegno, deliziati dalle proposte culinarie dei "cuochi" Vilesi.

Mario Pupillo
Responsabile CAD del P.O. Lanciano

Vincenzo Feliziani
Primario Div. Medicina P.O. di Lanciano

QUALITÀ TOTALE NEL MANAGEMENT DELLA SANITÀ

HUGH KOCH

Edizione Italiana e Presentazione a cura di Giovanni Ottone
Traduzione a cura di Sergio Bretti
Centro Scientifico Editore, Il ristampa 1996
Tiratura speciale riservata per Laboratori Guidotti S.p.A.
Edizione fuori commercio

Prefazione

Il miglioramento qualitativo dell'assistenza sanitaria all'interno del Servizio Sanitario Nazionale ha sempre costituito l'obiettivo primario nel trattamento dei pazienti sia ospedalizzati sia nell'ambito dei servizi territoriali. In varie occasioni sono state effettuate importanti revisioni delle strutture amministrative e delle aree di responsabilità manageriale, con lo scopo di indurre un effetto positivo, diretto o indiretto, sulla qualità dell'assistenza. L'emergere della "Qualità Totale" come un nuovo modello di approccio razionale per affrontare i problemi dell'organizzazione e del miglioramento della qualità dei servizi offre vantaggi potenzialmente considerevoli per il Servizio Sanitario negli anni '90.

La "Qualità Totale del management" (TQM) è parte integrante della gestione sanitaria e non è un semplice aspetto accessorio. È un sistema operativo che si risolve in una maggiore consapevolezza che le prestazioni sanitarie possono comunque essere quantificate e confrontate con livelli definiti come standard, per soddisfare le esigenze sia dei pazienti sia delle terze parti, quelle entità che sopportano l'onere finanziario del servizio. La Qualità Totale nel management sanitario è un approccio complessivo, sia sul piano culturale sia tecnico, che non deve a priori trascurare alcun componente dello staff esecutivo né alcuna disciplina o attività operativa.

Questo testo, uno dei primi sviluppati per affrontare le problematiche relative alla Qualità Totale nel management sanitario, rappresenta un'indicazione di cosa è la Qualità Totale, di come può essere sviluppata, di quali sono i suoi componenti tecnico-operativi e di quali benefici possono derivare da un'ampia applicazione delle conseguenti direttive organizzative.

INIZIATIVE DELLE SEZIONI REGIONALI

Sezione Emilia Romagna

Consiglio Direttivo

presidente: D.G. Pierfranceschi; vicepresidente: C.D. Maraldi; tesoriere: M.G. Pierfranceschi; consiglieri: R. Cavani, M. Faggioli, V. Galuppi, D. Orlandini, M. Parenti.

numero soci: 144

Attività in corso

- 1) Definizione del progetto regionale per la Revisione tra pari dei Servizi di Diabetologia.
- 2) Proposizione del Progetto all'Assessorato alla Sanità Regionale.
- 3) Corso di formazione (di una giornata) per Personale Sanitario non Medico (non addetto ai Servizi di Diabetologia) nell'Autunno 1998 in Piacenza. Il corso a valenza provinciale, in base al numero dei Partecipanti, potrà essere ripetuto. Si dà carico dell'insegnamento il Personale Sanitario della Diabetologia di Piacenza.

Assistenza diabetologica

- Applicazione Legge 115
- Accreditamento: Definizione del progetto Regionale in armonia col gruppo VRQ nazionale

RAPPORTI CON SOCIETÀ SCIENTIFICHE, SINDACATI, ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO

- Progetto AMD-SIMG per la gestione integrata del Paziente affetto da Diabete Mellito non insulino-dipendente (esperienza in corso da circa due anni a Piacenza, Parma, Correggio, Ferrara).

SUGGERIMENTI/PROPOSTE/COMMENTI

- Riunioni Scientifiche

Proposta alla SID regionale (SERSID) di concordare una unica sede e data per il Convegno Annuale 1999 delle due Società. L'esperienza di Bologna 1998 è stata positiva!

- Incontri di gestione, politica Sanitaria, economia Sanitaria.

Sezione Toscana

LA DIETA NEL DIABETE

Il 18 aprile 1998 presso il Centro Congressi di Palazzo Amolfini, a Lucca, si è svolto il Congresso primaverile dell'AMD - Sezione Toscana, in collaborazione con la Sezione Toscana della SID. Il tema della riunione è stato "La dieta nel diabete" ed è stato sviluppato con la collaborazione delle Sezioni Toscane della SIEDP, ANDID e OSDI.

Al mattino gli argomenti trattati sono stati quelli relativi alla dieta da seguire nei differenti tipi di diabete e in presenza di complicanze o in altre particolari situazioni. Il pomeriggio, invece, è trascorso "Intorno" alla tavola rotonda che aveva come soggetto IL MANAGEMENT DELLA DIETA NEI PAZIENTI DIABETICI.

I lavori della giornata si sono svolti in un'atmosfera serena ed il dibattito si è sviluppato in maniera costruttiva mettendo, appunto, in luce la diversità delle esigenze dietetiche nelle differenti situazioni cliniche che il diabetico può presentare.

È risultato evidente che non occorre solo fare una distinzione tra gli schemi di approccio per i pazienti con diabete di tipo 1, rispetto a quelli con tipo 2, ma che all'interno di ogni sottotipo vi sono diverse possibilità di differenziazione, in relazione alla presenza di comorbidità di altro tipo o delle varie complicanze. Dalla discussione in aula è emerso il concetto che l'approccio dietetico nella terapia del diabete mellito deve comunque intendersi come un intervento sanitario difficilmente standardizzabile, ma nella cui attuazione occorre un elevato livello di personalizzazione, pur nel rispetto di alcune regole generali, in parte già codificate ed in parte da ridiscutere e rielaborare.

Non sono mancati, comunque, degli spunti di dibattito, talvolta anche vivace, sul ruolo che i singoli operatori sanitari (infermieri professionali, dietisti, medici generalisti, psichiatri, diabetologi) devono avere nell'educazione alimentare e nella strutturazione di un intervento dietetico più formale nei confronti del paziente diabetico. Il problema del coordinamento degli interventi esiste realmente, non solo dal punto di vista formale, ma spesso anche sostanziale. È innegabile che esiste una questione non indifferente di lessico, che può favorire lo sviluppo di equivoci, talvolta non irrilevanti, i quali possono creare, a loro volta, un ostacolo al corretto approccio terapeutico. È per questo che le Società Scientifiche coinvolte devono promuovere un sistema organico di intervento, sia conoscitivo che metabolico.

L'educazione alimentare, ad esempio, può essere svolta sia dagli infermieri, che dai medici generalisti, che dai dietisti. Dovrà solo variare la complessità del tipo di contributo.

Anche per quanto concerne l'approccio dietetico e terapeutico del diabete di tipo 2 obeso, molto va fatto per standardizzare le metodiche per la diagnosi dei disturbi del comportamento, così come delle metodologie applicative della psico-educazione alimentare.

In conclusione, dalla giornata di lavoro è emerso che vi è un consenso generale nell'indicare una strada ancora lunga da percorrere per rendere più efficace l'approccio integrato, multidisciplinare, alla terapia dietetica del diabete mellito.

Introduzione degli Atti del Congresso regionale AMD-SID della Sezione Toscana "La dieta nel diabete", di imminente distribuzione a livello nazionale.

La moderna Diabetologia non è più identificabile in una disciplina specialistica settoriale, ma si configura quale approccio multidisciplinare al paziente diabetico in una visione di *disease management*.

Pertanto è necessario in primo luogo identificare correttamente la popolazione affetta da tale patologia, verificare la sua distribuzione territoriale ed i soggetti a maggior rischio, progettare programmi di intervento e di prevenzione primaria, garantire il corretto approccio terapeutico individuale, scegliere strategie educative-comportamentali adeguate.

L'intervento educativo-terapeutico deve garantire la prevenzione delle complicanze, permettere terapie tempestive qualora insorgano problemi di rilievo, mantenere il paziente diabetico il più possibile nel proprio ambito familiare e sociale, prevedendo momenti diagnostico-terapeutici alternativi all'ospedalizzazione.

Se appare sempre più evidente che il Diabetologo deve assumere questa funzione di coordinamento e di gestione di una patologia complessa, non si può prescindere dalla necessità di coinvolgere direttamente e attivamente in questo processo tutte quelle figure, professionali e non, che a vario titolo vi sono coinvolte. Ci riferiamo in particolare ai vari specialisti, ai medici di medicina generale, ai medici delle strutture territoriali, ai dietisti, agli infermieri professionali, alle associazioni di volontariato.

Per giungere all'individuazione di un processo assistenziale complessivo che coinvolga le varie figure sopra citate è però necessario un approfondimento culturale che passi attraverso un percorso formativo, presupposto indispensabile per l'integrazione degli interventi dei diversi operatori.

Ciò è particolarmente necessario tenendo conto dell'elevata prevalenza della malattia diabetica, che rende vani interventi puramente settoriali.

Da tali premesse culturali è nato questo convegno, che mette a confronto approcci diversi ad un problema centrale nella terapia del diabete: la dieta. Ciò non solo per il fatto che questa rappresenta il primo e più importante passo nella terapia del diabete, ma anche per la consapevolezza di come sia difficile modificare comportamenti consolidati senza un adeguato lavoro di équipe.

È necessario quindi definire i compiti dei singoli operatori e, nello stesso tempo, programmare i tempi ed i modi della loro integrazione in rapporto ai diversi tipi di situazioni cliniche e realtà socio-culturali.

Siamo certi che il contributo dei vari relatori sarà in grado di aggiornare le nostre conoscenze e di stimolarci a migliorare l'approccio multidisciplinare ad una complessa patologia quale il diabete.

Francesco Galeone e Adolfo Arcangeli

Sezione Sicilia

Consiglio Direttivo

presidente: Vito Borzi; vicepresidente: Domenico Sinagra; tesoriere: Maurizio Di Mauro; consiglieri: Antonino Lo Presti, Giovanni Saitta; Saverio Biondo; Ignazio Lorenti; Costantino Sipiione.

Associazioni di volontariato

Si è costituita a Catania l'Associazione Provinciale dei Diabetici per iniziativa del Dott. Salvatore Lanzafame, Specialista ambulatoriale di diabetologia.

Attività congressuali:

1. Corso di aggiornamento per infermieri professionali

Data di svolgimento: 13.14 marzo 1998 a Caltanissetta. Partecipanti: infermieri professionali dei reparti di Medicina e delle Strutture Specialistiche di Diabetologia, questi ultimi in maniera diretta (attività tutoriale) per le problematiche connesse alla gestione del diabete. Relatori: Dott. Lorenti, Borzì, Di Mauro, Sipione, Biondo, Lo Presti e la sig.ra Toniato (resp. OSDI)

2. Corso di Management per dirigenti di diabetologia

Il corso, che rappresenta la prima esperienza nel suo genere in Italia, comprende un programma di formazione manageriale, basato sull'apprendimento con metodi didattici interattivi, per la gestione delle Strutture Specialistiche di Diabetologia, adeguato alla fase attuale ed al cambiamento del mondo sanitario. Il corso si articola in 9 moduli di diversa durata da 1 a 3 anni per un totale complessivo di 19 giorni e 133 ore da sviluppare in tempi compresi fra 6 mesi e due anni. Sede del corso: CEFPAS di Caltanissetta, centro regionale che provvede alla formazione ed all'aggiornamento professionale degli operatori socio-sanitari

Collaborazione AMD-Assofarma Sicilia:

L'AMD, in collaborazione con l'Assofarma Sicilia ha predisposto la realizzazione di una serie di depliant informativi sui seguenti argomenti:

- ipoglicemia
- complicanze croniche della malattia
- importanza dell'automonitoraggio

Tale materiale informativo sarà affisso in tutte le farmacie della Sicilia ed i depliant saranno distribuiti a tutti coloro che acquisteranno farmaci antidiabetici.

Assistenza diabetologica:

• Corsi di formazione per medici di Medicina Generale

In riferimento al Protocollo d'intesa fra AMD-SID-SIMG, siglato il 21/3/97, sulla gestione integrata del paziente diabetico si sono iniziati nelle varie Province della Sicilia i corsi di formazione per Medici di Medicina Generale.

• Studio pilota fra Struttura Specialistica Diabetologica e Medici di Medicina Generale su gestione integrata paziente diabetico non-insulinodipendente

È stato avviato uno studio pilota sulla gestione integrata del paziente diabetico non-insulinodipendente da parte delle Strutture Specialistiche di Diabetologia e i Medici di Medicina Generale. Nella prima fase saranno coinvolti 15 medici di Medicina Generale.

Sezione Marche

È stato recentemente rinnovato il Consi-

glio Direttivo, che risulta così composto: *presidente*: P. Compagnucci (Camerino), *consiglieri*: M. Boemi (Ancona), P. Fogliani (Fermo), S. Manfrini (Sanigallia), M. Spalluto (Pesaro), G. Vespasiani (S.B. del Tronto); *tesoriere*: F. Gregorio (Fabriano).

Sezione Interregionale Abruzzo-Molise-Umbria

Consiglio Direttivo

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

Attività congressuali:

- 20.03.98 - Presso la sala convegni dell'o.c. di Pescara si è svolto un incontro sulla "Qualità di vita del paziente diabetico insulino-trattato" a cui hanno partecipato pazienti dell'Associazione diabetici di Pescara e di Atri.
- 18.04.98 - Si è svolto presso il Mario Negri Sud a S. Maria Imbaro il IV° Incontro di aggiornamento "In cucina con il diabete" per i medici ed operatori del settore diabetologico e della ristorazione, organizzato dal Dott. Mario Pupillo responsabile del servizio di diabetologia di Lanciano. È intervenuta inoltre la sign.ra Toniato componente del direttivo nazionale dell'OSDI.
- 22.05.98 - Si è costituita la Sezione Interregionale Abruzzo-Molise dell'OSDI. A cui aderiscono gli infermieri professionali di tutta la Regione Abruzzo e Molise: hanno presenziato alla iniziativa il prof. il Fabio Capani (Presidente SID) e il dott. Paolo Di Berardino (Presidente AMD).
- 24.10.98 - È previsto il "VII° Congresso Interregionale" a Termoli (CB) SID-AMD il cui programma è in fase di preparazione.

Aspetti normativi ed Assistenza Diabetologica:

L'assessorato alla sanità ha provveduto ad inviare ai Direttori Generali delle ASL della Regione le linee guida (elaborate dal Comitato Regionale) che regolano l'accesso del paziente al DH diabetologico.

Sezione Liguria

Nello scorso mese di Gennaio '98 è stato presentato all'Assessorato Regionale il Progetto Diabete sviluppato unitamente alle Sezioni regionali SID, SIEDP ed alle Associazioni dei Pazienti con buona probabilità che esso venga inserito immutato nel Piano Sanitario Triennale che la Regione Liguria pubblicherà entro la fine del '98 o la più tardi nel gennaio '99.

Abbiamo articolato il nostro documento in tre parti concatenate tra loro: la prima è rappresentata da un'accurata revisione di tutta la letteratura internazionale riguardante sia gli aspetti della prevenzione dalle complicanze ed il primo luogo delle patologie cardiovascolari, sia soprattutto l'analisi dei costi pubblicate nei vari paesi d'Europa e negli Stati Uniti, con la correlazione tra costi delle attività ambulatoriali e

costi delle degenze. La seconda parte disegna invece un vero e proprio progetto di rete di Servizi, partendo però dai principi dei DD. Lgs 502 o 527 e dalla Legge Regionale 2/97 sull'organizzazione delle AASSLL Liguri. Abbiamo infatti disegnato un sistema di servizi a tre livelli basati sui concetti del "disease management": in pratica il ragionamento è stato il seguente: la Diabetologia è una disciplina ad elevato impatto territoriale per la grande valenza di prevenzione e di "educazione sanitaria", oltre che per la rilevanza del rilievo epidemiologico; d'altro canto è contemporaneamente una disciplina con la necessità di una "cultura" ospedaliera, per la rilevante componente tecnologia del follow up delle sequele, per l'integrazione con altre specialità presenti solo in Ospedale ed in ultimo per la necessità di un appoggio degenziale, sia diurno che ordinario. Allora l'articolazione del circuito di gestione di malattia si snoda dal Medico di Medicina Generale, che rappresenta il primo livello di intervento e di controllo delle situazioni non complicate, agli ambulatori territoriali sparsi in modo strategico nelle aree delle ASL, strettamente collegati ed anzi facenti capo ad un vero e proprio Servizio Autonomo Ospedaliero iscritto in un Dipartimento di Medicina Interna. In tal modo il Servizio ha contemporaneamente competenza territoriale ed ospedaliera, è raccordato da una parte con gli altri Servizi Territoriali della ASL (Anziani, Assistenza Domiciliare, Distretto, Medicina di Base), e dall'altra è a pieno titolo un'Unità Operativa Ospedaliera di un Dipartimento, che gli mette a disposizione tutte le tecnologie necessarie ad un follow up corretto delle complicanze e alla prevenzione secondaria e terziaria. Ovviamente il "gioco" economico che ha convinto la Regione e le ASL consiste nella prevedibile riduzione dei DRG degenziali di complicanze acute (UTIC, Medicina Interna, Chirurgia Vascolare, Neurologia, Centri ictus, Dialisi), a fronte di un incremento di mobilità di personale dall'una delle UU.OO. del Dipartimento, che gestisce il budget orientandolo in tal senso. Non si tratta di incrementare il peso dei DRG degenziali in cui compare la voce "diabete", ma anzi di tentare di ridurre il numero in assoluto, agendo soprattutto sulla fortissima riduzione dell'uso improprio del ricovero, particolarmente nelle corsie della medicina interna. La situazione storica, ed anche geografica, della Liguria, è favorevole a tale sperimentazione: vi sono infatti molti Ospedali di piccole e medie dimensioni sparsi sul territorio in zona costiera che di fatto svolgono già notevoli compiti di tipo "distrettuale", ed in molti di essi è già operante un abbozzo di Servizio Diabetologico, quasi sempre collegato alla Medicina Interna. Il passaggio dal sistema Divisionale a quello Dipartimentale apre la chiave di volta per la trasformazione da Ambulatori o Servizi a vere e proprie Unità Operative dotate di personale proprio, che svolge attività anche sul territorio. Abbiamo poi previsto un Centro Regionale situato presso l'Azienda Ospedaliera ed Universitaria di Genova S. Martino. L'integrazione delle forze esistenti in quella sede sarà in grado di dar vita ad un Servizio Regionale di III livello di ottima qualità.

Il progetto completo nella sua veste originale è accessibile su Internet al sito <http://publinter.it/diabete>, cliccando sulle "news", sotto la dicitura di progetto presentato da medici e pazienti alla Regione Liguria.

Marco Comaschi
DMRRF Ospedale la Colletta ASL n. 3 Genova

ASSISTENZA DIABETOLOGICA

ANALISI DEI DATI DI UN CENSIMENTO REGIONALE SULL'ASSISTENZA DIABETOLOGICA IN LOMBARDIA

L'assistenza diabetologica in Lombardia è regolata dalla legge regionale 8/92, applicativa della legge nazionale 115, che ha identificato le strutture specialistiche suddividendole in un Centro Regionale di Riferimento e 16 Unità Operative (bacino d'utenza circa 180.000 abitanti, pari a 1.800 accessi/anno).

L'incompleta applicazione della suddetta legge, sia per quanto riguarda l'attivazione delle strutture previste che per il monitoraggio del livello qualitativo delle attività svolte, e l'esistenza di numerose altre strutture diabetologiche operative, hanno indotto il Consiglio Direttivo dell'AMD Lombardia a condurre, nel periodo Marzo-Agosto '97, un'indagine allo scopo di conoscere la realtà dell'assistenza diabetologica Lombarda, definendone distribuzione, assetto strutturale e problematiche.

È stata condotta una ricerca preliminare, utilizzando fonti crociate (elenco strutture previste dalla legge; elenco Soci della Società scientifica AMD e SID; elenchi strutture forniti da Aziende farmaceutiche), allo scopo di identificare il maggior numero di strutture diabetologiche realmente operanti in Lombardia, a prescindere da tipologia ed inserimento nella legge regionale. Lo strumento di rilevazione utilizzato è stato un questionario, testato su di un campione di 7 centri, e consegnato con lettera di accompagnamento ai responsabili di tutte le strutture diabetologiche identificate. Il questionario si prefiggeva di raccogliere dati relativi alle caratteristiche che permettono di definire "specialistica" l'attività di una struttura diabetologica: personale dedicato, lavoro d'équipe, tipo di prestazioni (prevenzione e cura del piede diabetico, gestione della gravidanza, esecuzione test neurovegetativi, utilizzo dei microinfusori, diagnosi e trattamento del deficit erettile), sistema informatico, formazione ed aggiornamento del personale, processi di valutazione della qualità percepita dal paziente. Si è provveduto alla validazione dei singoli questionari; i dati incompleti o dubbi sono stati verificati tramite intervista telefonica. In mancanza di dati aggiornati sulla popolazione diabetica Lombarda, abbiamo stimato la prevalenza di diabete al 3% dei residenti, facendo riferimento al censimento regionale del 1991 (residenti 8.830.998).

L'indagine preliminare ci ha permesso di identificare 124 strutture diabetologiche attive in Lombardia: di queste, 114 (92%) hanno risposto al questionario (10 Unità Operative - UOD-, 49 servizi specialistici -AD-, 11 ambulatori ASL, 2 strutture convenzionate, 8 centri pediatrici); I centri "non responders" (8%) sono rappresentati da 1 UOD, da 1 SD, da 6 AD e da 2 strutture private convenzionate. Abbiamo riscontrato discrepanze tra la realizzazione delle strutture previste dalla legge regionale e quelle effettivamente atti-

vate, tramite atti deliberativi, dalle amministrazioni sanitarie locali.

La distribuzione territoriale per province non è risultata omogenea, con una maggior concentrazione di centri specialistici nelle aree a densità abitativa più elevata (37 strutture a Milano, 14 a Varese, 13 a Brescia, 8 a Bergamo, 9 a Como).

L'analisi del rapporto tra numero di specialisti diabetologi e pazienti diabetici rivela però mediamente un'assistenza più "capillare" nelle aree meno popolate (1 diabetologo per 1605 diabetici in provincia di Bergamo; 1/1424 a Brescia; 1/1132 a Milano; 1/752 a Sondrio; 1/692 a Como; 1/653 a Cremona; 1/398 a Pavia).

La stima della percentuale di diabetici lombardi seguiti dalle strutture specialistiche (circa 120.000) è pari al 45% dei pazienti residenti complessivi (265.000).

Dei diabetici afferenti ai centri specialistici, circa il 70% è seguito nelle strutture di II e III livello (SD e UOD).

Delle strutture intervistate 16 (14%) sono autonome; tre UOD su 10 dispongono di figure apicali (Dirigenti II livello), 27 strutture su 101 (escludendo gli ambulatori ASL) sono dotate di centro di costo proprio.

Dei 271 medici in organico nei centri specialistici lombardi, il 18% (49) è a tempo pieno. I medici a tempo parziale (183) svolgono attività con orario estremamente diversificato (da 4 a 30 ore settimanali). Il 10% del personale medico occupa posizioni non strutturate (borsisti, specializzandi, volontari). Per quanto riguarda il personale paramedico (288 infermieri, di cui 130 professionali, il 45,2% (60) delle SD non dispone di dietista e l'89% (102) non ha in carico figure amministrative.

Oltre l'80% del personale medico e paramedico delle strutture indagate ha partecipato a corsi di formazione in ambito educativo. 70 centri (61%) dichiarano di effettuare interventi educativi sistematici al di fuori della visita, il 16% delle strutture possiede una sala dedicata all'attività educativa. Nel 25% dei centri si svolgono regolarmente riunioni d'équipe.

Il 50% delle strutture è attivo per 5 o più giorni alla settimana; in questi centri vengono fornite in maggior misura prestazioni specialistiche: piede 70% (20 centri -17% - hanno un ambulatorio dedicato esclusivamente alla cura del piede), gravidanza 77%, infusori 90%, test neurovegetativi 66%.

Posseggono un sistema informatico 63 strutture (55%): di queste 23 (37%) sono dotate della cartella clinica del *Dialogo*, fornita dalla Regione Lombardia, che viene usata nel 10% dei casi.

In conclusione, l'analisi dei dati fondamentali del questionario impone alcune considerazioni:

- A 6 anni di distanza dalla promulgazione della legge, la realizzazione di una rete specialistica diabetologica mostra ampie aree di mancata attuazione.

- Il sorprendente riscontro della bassa percentuale di diabetici seguiti presso le strutture specialistiche (meno del 50%) deve portare a riconsiderare globalmente le strategie assistenziali nella prevenzione e cura della malattia diabetica. In particolare occorre: migliorare la collaborazione con i Medici di medicina generale; ottimizzare la modalità di selezione dei pazienti indirizzandoli alle strutture più rispondenti alle loro necessità (ricordiamo infatti che circa 1/3 dei diabetici seguiti da strutture specialistiche afferisce ad ambulatori divisionali).
- Le strutture diabetologiche lombarde sono solo in minima parte autonome (sia dal punto di vista amministrativo che gestionale): questo dato mal si concilia con l'auspicabile crescita in senso specialistico dell'attività diabetologica.
- Nonostante la numerosità apparente del personale "diabetologico" (271 medici per un totale stimato di diabetici lombardi pari a circa 265mila), il tempo realmente prestato all'attività specialistica è esiguo: solo il 18% dei medici è dedicato completamente alla diabetologia e il personale a tempo parziale spesso dispone di poche ore settimanali.
- Considerazioni analoghe valgono anche per le figure non mediche (infermieri/dietiste), spesso costrette a "turnare" su differenti ambulatori: tutto ciò comporta un'oggettiva difficoltà alla realizzazione dell'équipe diabetologica.
- L'analisi delle prestazioni evidenzia che le strutture realmente in grado di fornire attività di livello avanzato sono una piccola parte del totale (coincidente di solito con una possibilità di apertura settimanale di 5 o più giorni). Per la gestione di alcune problematiche (cura del piede, gravidanza, deficit erettile), probabilmente si tende ancora a delegare ad altri specialisti (chirurghi ortopedici/vascolari; ostetrici; urologi/andrologi).
- Per quanto riguarda la realizzazione della rete informatica, siamo di fronte ad uno dei punti più disattesi dell'intera legge regionale: in queste condizioni appare del tutto utopico sostenere il ruolo di osservatorio epidemiologico da parte delle strutture della prevista rete.

L'analisi illustrata delinea le profonde carenze strutturali, di personale e di coordinamento dell'attività diabetologica in Lombardia, denunciando la mancanza di un efficace sistema di controllo regionale.

È per altro innegabile che numerose strutture vivano attualmente la fase di transizione dal vecchio modello di ambulatorio diabetologico a quello di moderno servizio di diabetologia, che espliciti non solo funzioni clinico-assistenziali, ma anche organizzative, educative e formative, garantendo altresì standard di qualità, efficienza ed efficacia.

A. Rocca, A. Girelli^o, A. Sergi,
A. Cimino^o, C. Fossati^{*}

Servizio di Diabetologia H. Bassini, Cinisello B. (MI);

^o U.O. Diabetologia Spedali Civili Brescia;

^{*} Centro di Diabetologia e Malattie Metaboliche
H. Niguarda, Milano

CORSI DI AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE CONTINUA PER I SOCI AMD

Programma Preliminare delle attività 1998-1999

CRITERI DI PARTECIPAZIONE

La partecipazione ai Corsi è riservata ai soci in regola con le quote ed è gratuita. L'ospitalità per i Corsi Residenziali è a carico dell'Organizzazione. Ciascun Corso è a numero chiuso e la scelta dei partecipanti verrà fatta in base alla data di ricevimento delle domande di adesione, programmando un numero di partecipanti proporzionali al numero di Soci per Sezioni Regionale.

Non è previsto alcun contributo per le spese di viaggio.

Per tali spese è possibile richiedere il contributo di missione alle rispettive Aziende Sanitarie, avendo i corsi la caratteristica dell'aggiornamento professionale permanente.

Corso sul Day Hospital e sulla organizzazione delle strutture di diabetologia e malattie Metaboliche

Caratteristiche: Corso residenziale, dalle ore 13 del giovedì alle ore 13 del sabato.

Argomenti:

1. Organizzazione delle Strutture in funzione della tipologia.
2. Day Hospital
3. L'ambulatorio per patologia
4. Gestione dei dati e dei costi

Numero di Corsi:

5 con raggruppamenti per aree pluri-regionali

Calendario dei Corsi:

- Castellaneta Marina: 15-17 ottobre '98 (per Abruzzo-Molise-Umbria, Campania, Sicilia)
- Acireale: 12-14 novembre '98 (per Basilicata, Calabria, Sardegna, Sicilia)
- Civitavecchia: 17-19 febbraio '99 (per Marche, Toscana, Lazio)
- Marentino: 18-20 marzo '99 (per Piemonte-V. d'Aosta, Liguria, Lombardia)
- Albarella: aprile '99 (per Friuli-Venezia Giulia, Veneto-Trentino Alto Adige, Emilia Romagna)
- Partecipanti: 50 diabetologi per area

La metologia sarà di tipo interattivo privilegiando il lavoro a piccoli gruppo.

Corso per équipes diabetologiche

Caratteristiche: Corso residenziale, dalle ore 13 del giovedì alle ore 13 del sabato

Argomenti:

1. Piede diabetico
2. Rischio cardio-vascolare
3. Educazione sanitaria nelle malattie metaboliche
4. Formazione e verifica dei risultati

Numero dei corsi:

3 con raggruppamenti per aree pluri-regionali

Calendario dei corsi:

- Umbria: 12-14 novembre '98 (per Emilia Romagna, Marche, Umbria-Abruzzo-Molise, Toscana, Lazio)
- Santa Margherita Ligure: 28-30 gennaio '99 (per Piemonte-V. d'Aosta, Liguria, Lombardia, Friuli-Venezia Giulia, Veneto-Trentino Alto Adige)
- S. Agnello di Sorrento: 8-10 maggio '99 (per Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna)

Partecipanti:

la partecipazione ai corsi è riservata esclusivamente a 25 équipes costituite da 2 persone (diabetologo e sanitario non medico).

La metologia sarà di tipo interattivo privilegiando il lavoro a piccoli gruppi

Corso per la definizione dei rapporti con i Medici di Medicina Generale

Obiettivi generali:

1. individuare e discutere le modalità della collaborazione
2. realizzare una comunicazione efficace con i MMG.

Obiettivi intermedi:

1. conoscenza del protocollo AMD-SIMG
2. conoscenza della legislazione su compiti e rapporti tra diabetologi e medici di MG
3. identificazione delle modalità e degli strumenti per una comunicazione efficace

Programma:

- l'esperienza degli altri paesi
- il protocollo AMD-SIMG
- difficoltà nella collaborazione con i MMG
- ruolo del diabetologo e del MMG nella cura del diabete tipo 2

Entro l'estate del 1999 ogni Sezione Regionale AMD organizzerà un Corso.

Durata dei Corsi:

1 giornata

Partecipanti:

da 20 a 30 diabetologi per ogni regione.

Il calendario definito sarà presto reso noto.

Corso per la formazione di animatori AMD

Obiettivo generale:

formare un gruppo di 15 Soci AMD (1 per Sezione Regionale) in grado di condurre con tecniche corrette i lavori di gruppo.

Prerequisiti: i partecipanti devono

- avere una naturale inclinazione alla conduzione di un gruppo di lavoro
- rendersi disponibili per i futuri Corsi AMD che prevedano l'impiego delle tecniche di gestione di gruppo di lavoro

Argomenti del Corso:

1. tecniche di gestione di gruppo
2. simulazioni di gruppo
3. role-playing

Il programma di lavoro verrà realizzato con il contributo di esperti del settore.

Il primo Corso avrà luogo a **Sarteano (SI)** dal 22 al 24 ottobre 1998.

Altri Corsi di aggiornamento sulla stessa tematica verranno organizzati successivamente per perfezionare ulteriormente le tecniche di conduzione di gruppo.

RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE AI CORSI AMD 1998-1999

Cognome.....

Nome.....Età.....

Ente.....

Struttura.....

Via.....n°.....

Cap.....Città.....Tel.....

Ruolo professionale:

Strutturato Incaricato Altro

Regione di appartenenza:

Sono interessato a partecipare al seguente Corso su:

Équipes diabetologiche

Altro componente dell'équipes:

.....

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 AMD

Inviare per posta o fax entro il 20 luglio 1998 a:

Segreteria Amministrativa AMD
Viale Carlo Felice, 77 - 00185 ROMA
Tel. 06/7000499 - Fax 06/77201195

ATTIVITÀ DEL CONSIGLIO DIRETTIVO

• Prosegue al Ministero la pianificazione del passaggio da insulina U40 a U100

Come avevamo già annunciato sul precedente numero del Notiziario, è quanto mai probabile che da giugno 1999 nel nostro paese sarà più disponibile insulina da 100 unità millilitro. La commissione ministeriale di cui fa parte per l'AMD il prof. Coscelli prevede che il passaggio alla sola vendita da siringhe e flaconi U40 a U100, dopo una fase di preavviso con annunci su tutta la stampa di settore e con spot pubblicitari, avvenga in modo netto, senza fasi transitorie in data che comunicheremo al più presto.

• Attività della Commissione sulle Camere Iperbariche

Nel mese di aprile sono stati presi contatti con il prof. Vezzani, Presidente della SIMSL, Società Italiana di Medicina Iperbarica nel diabete. Verrà elaborato un documento comune ufficiale da proporre al Consiglio Superiore di Sanità. In letteratura esistono dati scientifici più che sufficienti a provare l'unità di tale metodica nel trattamento delle lesioni dei tessuti molli con scarsa tendenza alla guarigione. È pertanto intenzione della commissione arrivare a un riconoscimento ufficiale, in analogia a quanto avviene nel Nord Europa, dell'uso del ossigeno iperbarico nelle lesioni trofiche del piede diabetico.

• Prende il via lo studio AID

Nel mese di giugno prende il via lo studio AID, studio sulla prevalenza e l'incidenza della cardiopatia ischemica e dell'ictus nel diabete di tipo 2, in linea con importanti studi recentemente effettuati sulla popolazione generale in altro nazioni.

L'iniziativa è frutto di una collaborazione tra:

- L'Istituto Superiore della Sanità, che garantirà la competenza epidemiologica e metodologica e che ha offerto la propria disponibilità a far sì che i soci che parteciperanno possano utilizzare gli incontri anche come aggiornamento su metodologie della raccolta dei dati.
- L'AMD, che garantirà la competenza clinica e scientifica e promuoverà l'adesione dei propri soci.
- Dia Inf. Gruppo di studio di Firenze, che garantirà una corretta elaborazione informatica dei dati e si occuperà del supporto organizzativo.

In comune vi è la volontà di organizzare la raccolta di dati epidemiologici semplici, in modo metodologicamente corretto, che possano essere utili alla comunità scientifica italiana e internazionale e che possano tradurre

in osservazione di buon livello l'attività dei nostri servizi.

Carlo Giorda e Mario Vallussi sono i rappresentanti dell'AMD nel comitato scientifico e organizzatore dello studio. Verranno realizzate 10 Riunioni interregionale con 2 Moduli di 1 giorno ciascuno: il primo Modulo inizierà con il mese di giugno 1998 mentre il secondo Modulo, strettamente collegato al primo in termine di argomenti trattati, verrà organizzato a ottobre/novembre 1998. In tali incontri gli epidemiologi dell'Istituto Superiore della Sanità e altri Esperti daranno informazioni sulle modalità organizzative della iniziativa. Potranno ade-

rire all'iniziativa tutti i soci che sono in grado di fornire dati su supporto informatico di qualsiasi tipo, utilizzando cartelle cliniche diverse o, volendo, database o fogli elettronici di uso corrente (DB3, Access, Excel) o, anche dati cartacei. Si tratta di un'iniziativa importante, in quanto è probabilmente il primo tentativo dell'AMD di promuovere una raccolta di dati epidemiologici su scala nazionale. L'intento è di arrivare progressivamente a superare la difficoltà originale dai diversi formati di raccolta dati che attualmente caratterizzano le cartelle diabetologiche informatizzate italiane.

Carlo Giorda

Unità Operativa di Mal. Metaboliche e Diabetologia
ASL 8 - Chieri (To)

AVVIATO UN REGISTRO REGIONALE DELLE AMPUTAZIONI IN CAMPANIA

Alcuni diabetologi campani, in collaborazione con l'Assessorato Regionale alla Sanità, hanno avviato una raccolta di dati sistematica, sulle amputazioni di arto avvenute nella Regione.

La modalità di rilevamento si avvale della banca dati regionale relativa ai ricoveri, ordinari o di D.H., avvenuti nel corso dell'anno 1996 in una qualunque delle strutture di ricovero e cura, pubblica o privata, della Regione.

Le Schede di dimissione ospedaliera (SDO) costituiscono oggi uno degli strumenti più potenti per lo studio nel tempo di alcuni eventi patologici, sicuramente più accurato delle schede di morte analizzate dall'ISTAT.

Nella nostra regione sono state analizzate 1.060.000 SDO del 1996 e sono state individuate 1013 schede riportanti in una

delle 4 posizioni relative agli interventi chirurgici un codice compreso fra 84.00 ed 84.19 della ICD9-CM (codici che definiscono le amputazioni degli arti superiori ed inferiori comprese le dita). La SDO riporta numerosi altri dati utilizzabili quali sesso, età, altre patologie etc.

Sono stati poi effettuati dei riscontri casuali, direttamente sulle cartelle cliniche di ricovero, su campioni mirati di pazienti amputati, al fine soprattutto di individuare pazienti che pur essendo diabetici non erano stati definiti tali nella SDO alla dimissione.

Chiunque fosse interessato ad attuare un simile tipo di rilevamento nella propria regione o provincia, o fosse interessato a confrontare dati già in suo possesso può contattare il Dr. M. Eugenio De Feo, XI Medicina e Diabetologia, Osp. A. Cardarelli - Napoli - Tel. 081/7472105 - Fax 081/5462782.

COMUNICAZIONE AI SOCI AMD

La nostra Associazione può operare grazie soprattutto alla quota associativa annuale di L. 50.000 e che non verrà incrementata nel prossimo futuro. È importante quindi che ognuno di noi versi la quota con una certa regolarità o regolarizzi la propria posizione. 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

MASTER VRQ ED ACCREDITAMENTO DI RICCIONE

Ha avuto luogo a Riccione dal 28 al 30 maggio il Corso Master su VRQ ed Accredimento, nell'ambito del programma di implementazione regionale AMD dell'Accreditamento Professionale. I rappresentanti ed i Presidenti delle Sezioni Regionali AMD hanno lavorato full-immersion con il gruppo nazionale e con esperti della Società di VRQ. Molto spazio è stato dedicato all'esa-

me dei dati dell'autovalutazione recentemente attuata dalle strutture diabetologiche del Friuli-Venezia Giulia e Veneto-Trentino Alto Adige. Alcuni dei partecipanti stessi si sono sottoposti all'autovalutazione. Momento saliente è stata la simulazione di una visita di accreditamento professionale, che ha fornito l'occasione per entrare nel vivo dello spirito del progetto.

I passi successivi previsti sono ora l'attuazione dell'autovalutazione delle strutture diabetologiche su tutto il territorio nazionale con l'ausilio dei referenti regionali, in modo da poter portare i risultati dell'intero progetto al prossimo Congresso Nazionale AMD di Chia Laguna nel maggio 1999.

DAL GRUPPO DI STUDIO VRQ E ACCREDITAMENTO

Cari Colleghi, al termine del corso master del 28-30 maggio, svoltosi a Riccione in sponsorship con la Eli Lilly Italia, ciascuno di voi partecipanti si è assunto degli impegni precisi che è bene riepilogare con la specificazione anche dei riferimenti operativi. Il referente del progetto della Società Scientifica all'interno del Consiglio Direttivo è Sandro Gentile; il referente Lilly è invece diventato Jean Pierre Maestri.

Il primo impegno dei Colleghi che hanno partecipato al corso per facilitatori è quello di provare ad applicare il modello nelle proprie strutture (coinvolgendo tutti gli altri operatori):

- analizzando le strutture con nuovi strumenti di cui si è imparato l'utilizzo
- scegliendo e descrivendo le prestazioni
- confrontandosi con il modello (autovalutazione).

Alcuni dei nuovi strumenti acquisiti a Riccione sono contenuti nella linea guida sperimentale della Regione Emilia-Romagna, che può pertanto essere utilizzata per il lavoro di analisi e pianificazioni.

L'autovalutazione deve essere seguita all'inizio e può essere ripetuta periodicamente; l'unico riferimento per l'autovalutazione è il Manuale di Accredimento della Associazione Medici Diabetologi ed il materiale distribuito dal gruppo di studio. Secondo le indicazioni fornite, la registrazione della prima autovalutazione deve essere inviata al Dr. Favaretti. Altre autovalutazioni eventualmente eseguite saranno conservate presso le strutture e le istruzioni riguardo al loro utilizzo saranno date in seguito.

Ogni volta che una struttura individua un prodotto, lo descrive e lo standardizza, il materiale prodotto deve essere inviato a Danilo Orlandini: (Fax 052263033) E-mail: danorambox.volit; tale materiale servirà a costituire un corpus di esemplificazioni che sarà periodicamente ritornato alle strutture.

I partecipanti al master, in ogni regione, possono confrontare tra di loro il lavoro svolto (e questo è vivamente raccomandato), ed anche in questo caso eventuali consensi definiti per un particolare prodotto (in termini di descrizione e di standardizzazione) devono essere inviati a Orlandini.

Le osservazioni e le critiche sia al manuale di accreditamento che alla linea guida (anche quelle che sembrano essere banali) devono essere inviate a Orlandini. I referenti del gruppo nazionale, relativamente al lavoro iniziato a Riccione, per le diverse regioni sono stati definiti nel modo seguente:

DE BIGONTINA: Calabria, Marche, Sardegna

FOSSATI: Lombardia

GIORGI: Piemonte, Toscana, Lazio

ORLANDINI: Liguria, Emilia-Romagna, Sicilia, Puglia

SCALDAFERRI: Triveneto, Abruzzi-Umbria, Campania, Basilicata

Gualtiero de Bigontina

Telefono 0435-341283 fax 0435-31100

Carlo Fossati

Telefono 02-64441

Dino Giorgi Pierfranceschi

Telefono 0523-302201 fax 0523-302452

E-mail diabetologia pc ausloc agonet it

Danilo Orlandini

Telefono 0522-660458 fax 0522-630331

E-mail danor ambox vol it.

Ennio Scaldaferrì

Telefono 0422-322516 fax 0422-322703

E-mail enniosca atin it.

Dal mese di settembre questa fase di lavoro tra i facilitatori deve essere estesa gradualmente agli altri diabetologi della regione:

- con il coinvolgimento da parte del Presidente regionale e di tutti i Soci;
- con una riunione regionale per formare i Colleghi all'utilizzo delle metodologie apprese a Riccione e per presentare il modello, in ottica prevalentemente professionale; per sollecitare una iniziale autovalutazione di tutte le strutture e per iniziare ad applicare il modello per la definizione e la standardizzazione delle prestazioni. A questa riunione, se ritenuto necessario dai facilitatori, parteciperà il referente per quella Regione con la consulenza dei facilitatori alle strutture che si impegnano a iniziare a confrontarsi con il modello.

Questa fase in cui strutture di tipologia analoga presenti nella Regione potrebbero decidere di lavorare assieme, dovrebbe concludersi entro dicembre e dovrebbe portare il maggior numero possibile di strutture all'autovalutazione.

Anche in questo caso l'autovalutazione deve essere inviata secondo le indicazioni di Scaldaferrì ed i documenti di pianificazione prodotti, più le eventuali critiche ed osservazioni devono essere inviate a Orlandini.

Nel mese di Dicembre sarà inviata a tutti i facilitatori formati a Riccione la Chek-list per la visita di revisione tra pari che si terrà nel primo trimestre del 1999, e che sarà effettuata dagli stessi facilitatori in regioni diverse dalla propria, con la partecipazione di uno dei referenti del gruppo nazionale.

Nel frattempo dovrebbe essere cresciuta considerevolmente la raccolta dei prodotti della programmazione che dovrebbe essere diventato un importante strumento di confronto e di aiuto nella programmazione stessa.

I Colleghi che hanno partecipato al master di Riccione e che con il loro entusiasmo hanno contribuito in modo determinante alla ottima riuscita dello stesso sono:

De Luca Angelo
Di Berardino Paolo
Calatola Pasqualino
D'Anna Adele
Turco Salvatore
Di Giuseppe Clara
Giorgi Pierfranceschi Dino
Giorgi Pierfranceschi Matteo
Orlandini Danilo
Parenti Mario
Zampini Antonella
Rosso Elena
Chiaromonte Francesco
Pieraccini Annamaria
Sacchetti Giacomo
Suraci Concetta
Comaschi Marco
Corsi Andrea
Bianchi Adolfo
Ghidelli Rosangela
Marelli Giuseppe
Meloncelli Illidio
Rossi Carla
Chiambretti Anna
Ozzello Alessandro
Dematteis Addolorata
Turrisi Enza
Lisci M. Francesca
Lostia Stanislao
Secchi Elio
Biondo Saverio
Di Mauro Maurizio
Gori Roberto
Meniconi Rosa Maria
Tanganelli Italo
Boscolo Bariga Angelo
de Bigotina Gualtiero
Santantonio Rosy
Scaldfarri Ennio

Lanciano(CH)
Pescara
Salerno
Salerno
Napoli
Piacenza
Piacenza
Piacenza
Reggio Emilia
47900-Rimini
Copparo (Ferrara)
San Daniele del Friuli (Ud)
Roma
Marino (Rm)
Roma
Roma
Arenzano (Ge)
Arenzano (Ge)
Rho (Mi)
Mariano Comenese(Co)
20033-Desio (Mi)
S.Benedetto del Tronto
Ancona
Torino
Torino
Bari
Bari
Cagliari
Cagliari
Ozieri
Palermo
Catania
Pistoia
Versilia
Siena
Chioggia (Ve)
Pieve di Cadore (Bi)
Treviso
Treviso

Abruzzo
Abruzzo
Campania
Campania
Campania
Emilia Romagna
Emilia Romagna
Emilia Romagna
Emilia Romagna
Emilia Romagna
Friuli
Lazio
Lazio
Lazio
Lazio
Liguria
Liguria
Lombardia
Lombardia
Lombardia
Marche
Marche
Piemonte
Piemonte
Puglia
Puglia
Sardegna
Sardegna
Sardegna
Sicilia
Sicilia
Toscana
Toscana
Toscana
Veneto
Veneto
Veneto
Veneto

A TUTTI L' AUGURIO DI UN PROFICUO LAVORO !

Ennio Scaldafarri (Coordinatore), *Walter de Bigontina*, *Carlo Fossati*, *Dino Giorgi Pierfranceschi*, *Danilo Orlandini*
Dr. Carlo Favaretti (Presidente della Sezione Veneta della Soc. Italiana per la Qualità dell' Assistenza Sanitaria (VRQ) - Corso Milano, 54 - 35139, Padova

XII CONGRESSO NAZIONALE AMD

Il 12° Congresso Nazionale AMD avrà luogo in Sardegna a Chia Laguna dal 26 al 29 maggio 1999.

Il Comitato Organizzatore ed il Comitato Scientifico sono già al lavoro per organizzare il Congresso.

Nella riunione del C.D. AMD con il Comitato Organizzatore tenuta il 23 maggio u.s. sono stati individuati preliminarmente i temi del Congresso:

1. Il diabete come prototipo di gestione della malattia cronica: Educazione, Qualità e Disease Management
2. VRQ: risultati del programma di implementazione regionale dell'accreditamento professionale
3. Disturbi del comportamento alimentare nel diabetico: obesità e dislipidemie come fattori di malattia
4. Riflessi della proposta ADA sui nuovi criteri di classificazione e diagnosi del diabete mellito
5. Prevenzione e terapia del diabete mellito tipo 2
6. Predizione e prevenzione del diabete mellito tipo 1
7. Nefropatia diabetica
8. Rapporti con la Medicina Generale
9. Passaggio all'insulina U-100