

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

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:	P. Compagnucci
Piemonte Valle D'Aosta:	G. Bargerò
Puglia:	E. Losurdo
Sicilia:	V. Borzi
Sardegna:	E. Secchi
Toscana:	E. Galeone
Veneto:	A. Boscolo Bariga

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

Abbonamento £ 28.000
1 copia separata £ 7.000
Arretrato £ 14.000

Organo Ufficiale dell' Associazione Medici Diabetologi

I RISULTATI UKPDS: MOLTE LUCI, QUALCHE OMBRA

In un clima di grande attesa e davanti al pubblico delle grandi occasioni (che ricordava quello presente a Las Vegas, alcuni anni orsono, per ascoltare i risultati del DCCT), il 10 e l'11 settembre u.s. a Barcellona, nel corso del congresso EASD, sono stati finalmente resi noti i risultati dell'United Kingdom Prospective Diabetes Study o UKPDS (consultabili in dettaglio sui numeri del 12 settembre di Lancet e del British Medical Journal).

Ricorderò brevemente che lo studio, iniziato 20 anni orsono, aveva l'obiettivo di stabilire se, in pazienti con diabete di tipo 2, un controllo intensivo della glicemia o della pressione arteriosa riduce il rischio di complicanze e se vi sono differenze tra le varie opzioni terapeutiche disponibili.

I risultati dello studio (certamente il più grande mai condotto in diabetologia) possono essere così sintetizzati:

1. Pazienti trattati con solfaniluree o insulina:

– nel gruppo in terapia intensiva (HbA1c media = 7.0%), rispetto al gruppo in terapia convenzionale (HbA1c = 7.9%), v'è una riduzione del 12% (significativa) del rischio globale di sviluppare complicanze croniche o eventi fatali, legata soprattutto ad una consistente riduzione del rischio microangiopatico (-25%), mentre la riduzione del rischio per macroangiopatia non è significativa. Anche la riduzione del rischio di mortalità (-10% per quella connessa al diabete, -6% per la mortalità da tutte le cause) non è significativa;

– non vi sono differenze tra i diversi tipi di farmaci utilizzati in terapia intensiva (sulfaniluree o insulina);

– i pazienti in terapia intensiva hanno un numero assai maggiore di ipoglicemie e un maggior incremento ponderale (specie quelli in terapia insulinica).

2. Pazienti obesi trattati con metformina:

– i pazienti in terapia intensiva (HbA1c = 7.4% verso 8.0% di quelli in terapia convenzionale) hanno una netta riduzione sia del rischio globale di complicanze (-32%), sia della mortalità (-42 e -36%);

– nell'ambito della terapia intensiva la metformina è più efficace delle sulfaniluree e dell'insulina nel ridurre il rischio globale di mortalità e di complicanze, con una minor incidenza di incremento ponderale e di ipoglicemie;

– se però la metformina viene aggiunta alle sulfaniluree si osserva un aumento del rischio di mortalità, rispetto alle sulfaniluree da sole.

3. Pazienti trattati con terapia anti-ipertensiva:

– nei pazienti in terapia più rigorosa (P.A. media = 144/82 mmHg), rispetto a quelli in terapia più blanda (P.A. = 154/87), v'è una netta riduzione del rischio sia globale di complicanze (-24%) che di mortalità per diabete (-32%), di stroke (-44%) e di microangiopatia (-37%), senza sostanziali differenze tra i due farmaci usati (captopril e atenololo);

SOMMARIO

1. I risultati UKPDS: molte luci, qualche ombra
2. Informativa sulla conversione dell'insulina U40 ad U100
3. Dalla letteratura diabetologica
4. Dal Gruppo Nazionale per l'Accreditamento Professionale
5. Iniziative delle sezioni regionali
6. Sperimentazione di nuove siringhe da insulina: esperienza personale
7. Comunicazioni dei Soci
8. Un questionario sulla realtà strutturale ed organizzativa della diabetologia piemontese
9. Strategie per il cambiamento del Piano Sanitario 1998-2000
10. Sul protocollo SIMMG-AMD: un'esperienza della Regione Calabria
11. In preparazione il nuovo statuto AMD

– la valutazione del rapporto costi/benefici è nettamente a favore dell'uso di una terapia anti-ipertensiva rigorosa.

Il primo commento, a caldo, è certamente positivo e riguarda quella che sostanzialmente è una conferma dei dati del DCCT e cioè che anche nel diabete di tipo 2 il compenso glicemico riduce il rischio di complicanze microangiopatiche. Anche l'entità della riduzione del rischio, se corretta per i valori diversi di HbA1c raggiunti nei due studi, è praticamente uguale sia nell'UKPDS che nel DCCT.

Rimangono ombre, come era prevedibile, sui controversi rapporti tra compenso glicemico e rischio cardiovascolare, che comunque non è influenzato negativamente, come invece in passato qualcuno aveva ipotizzato, né dalle sulfaniluree né dall'insulina. La metformina si conferma come il farmaco più efficace in monoterapia nel diabetico in sovrappeso, ma dà luogo a risultati contrastanti quando è usato in associazione alle sulfaniluree. I risultati più clamorosi però vengono dai pazienti in terapia anti-ipertensiva la quale, indipendentemente dal farmaco usato, si dimostra assai efficace, e superiore alla stessa terapia ipoglicemizzante, nel ridurre sia il rischio di morbidità che quello di mortalità in questo tipo di diabete.

Al di là delle polemiche, dei dibattiti e delle discussioni su questi risultati che a partire da oggi e chissà per quanto tempo certamente animeranno e coinvolgeranno tutta la comunità diabetologica internazionale, una certezza a mio avviso già emerge dai dati del UKPDS ed è la conferma della necessità, nel diabete di tipo 2, di una strategia terapeutica intensiva multifattoriale, che abbia cioè come obiettivo non solo il compenso glicemico ma anche il controllo della pressione arteriosa e, per quanto già noto da altri importanti studi, verosimilmente anche della dislipidemia e dell'aggregazione piastrinica.

Domenico Cucinotta

INFORMATIVA SULLA CONVERSIONE DELL'INSULINA U40 AD U100

Parma 20 giugno 1998

Alla redazione di Aemmedi

Oggetto: Conversione della insulina U40 e U100

Su richiesta della IDF e della Comunità Europea, le società scientifiche di diabetologia italiane hanno richiesto al Ministero della Sanità di iniziare a discutere le modalità con cui organizzare la conversione della insulina commercializzata in Italia da una concentrazione di 40 UI a quella di 100 UI. Tale conversione, come auspicato a livello europeo, dovrebbe avvenire entro il 2000.

Dal canto loro le società mediche hanno individuato dei referenti che collaboreranno con un apposita commissione tecnica che dovrebbe essere formalizzata a breve termine dal Ministero della Sanità (Dipartimento della Prevenzione) e che comprenderà rappresentanti delle industrie produttrici di insulina e siringhe, dei pazienti, dei distributori di prodotti farmaceutici, dei farmacisti.

I referenti delle società sono: Novalesi e Benzi (SID), Bernasconi e Martinucci (SIEDP), Cucinotta e Coscelli (AMD).

Allego il primo documento che è stato approntato come informativa per il Ministero e che penso possa essere pubblicato sulla rivista della società, come prima comunicazione di massima ai colleghi diabetologi, insieme a questa lettera di accompagnamento.

Una delle richieste che formuleremo alle riviste scientifiche o di informazione diabetologica è che da ora fino al momento della conversione, vengano pubblicati sull'argomento solamente documenti ufficiali provenienti dal gruppo di lavoro costituito presso il ministero, onde evitare la diffusione di notizie che potrebbero creare confusione sull'argomento e principalmente sulla tempistica delle varie operazioni.

Grato per la collaborazione, invio cordiali saluti.

C. Coscelli

(a nome dei referenti interassociativi)

Introduzione

Nei vari paesi del mondo, l'insulina viene ancora utilizzata a differenti concentrazioni: 20-40-80-100 ui/ml. Negli ultimi 20 anni, tuttavia, l'insulina 100 ui/ml è divenuta l'unica insulina disponibile in un numero crescente di nazioni.

In altri paesi l'insulina si ritrova sul mercato a differenti concentrazioni e in molte di queste nazioni l'insulina U100 è disponibile solo per i nuovi dispositivi di somministrazione quali "penne" e "pompe di infusione".

La International Diabetes Federation (IDF), che rappresenta 136 associazioni diabetiche in 112 nazioni, ha già affrontato que-

sta problematica coinvolgendo nella discussione l'Organizzazione Mondiale della Sanità e le principali industrie produttrici di insulina e siringhe. Da tale confronto la IDF è giunta alla conclusione che è ormai indispensabile l'utilizzazione, nel mondo intero, della sola insulina U100 e che il processo di conversione dell'insulina è realizzabile, per molte nazioni entro la fine del secolo, ossia prima del 31 dicembre 1999.

La IDF ha pertanto già inviato più di 300 lettere ai Ministeri della Sanità e ha sollecitato le Società Scientifiche Diabetologiche dei paesi che utilizzano insulina a varie concentrazioni affinché implementino le necessarie misure per eliminare dal commercio l'insulina U40 e U80 entro il termine stabilito.

Razionale

Vi sono diverse ragioni che giustificano la conversione dell'insulina a U100. Alcune di queste sono descritte di seguito:

- 1) La presenza, sul mercato, di insuline a differenti concentrazioni potrebbe causare alcuni problemi. Utilizzare l'insulina U40 come la U100 e viceversa potrebbe risultare estremamente pericoloso. L'insulina U100 viene esclusivamente utilizzata nei dispositivi a penna e nelle pompe di infusione che potrebbero guastarsi. In tal caso l'uso inavvertito dell'insulina U100 con siringhe U40 potrebbe creare gravi complicazioni.
- 2) I soggetti diabetici che viaggiano frequentemente hanno talvolta la necessità di acquistare l'insulina in una nazione in cui viene utilizzata una differente concentrazione. Tale situazione potrebbe comportare errori pericolosi.
- 3) Alcune volte l'insulina viene inviata da un paese ad un altro per colmare il deficit di tale prodotto, (è la così detta insulina "umanitaria" o "filantropica"). Ciò ha comportato talvolta situazioni difficoltose poiché i paesi "donatori" utilizzano l'insulina U100 mentre molte delle nazioni riceventi, la maggior parte in via di sviluppo, usano comunemente insulina U40.
- 4) Il cambiamento e l'utilizzazione dell'insulina a concentrazione unica potrebbe semplificare la produzione e la distribuzione sia della stessa insulina che delle siringhe.
- 5) I nuovi prodotti dell'insulina (cartucce, Analoghi) sono stati distribuiti come U100.

Molte nazioni, sia industrializzate che in via di sviluppo, hanno già effettuato il cambiamento ad insulina U100. Dalla loro esperienza si deduce che la conversione, se ben pianificata, può avvenire facilmente senza grossi problemi. Ovviamente è necessario, per il successo dell'operazione, una precisa

pianificazione, una corretta preparazione e una perfetta coordinazione.

Aspetti pratici

Fissare per tempo la data del cambiamento.

In molte nazioni è stato utilizzato, per la conversione, un periodo di 6 mesi. All'inizio di questo periodo le insuline alle vecchie concentrazioni e le rispettive siringhe sono state eliminate dal commercio, mentre è stata venduta solo la nuova insulina.

Nella eventualità che le nuove insuline e/o le siringhe non siano registrate da parte della competente Autorità Sanitaria, la registrazione deve avvenire almeno 12 mesi prima della conversione. Un adeguato e pianificato processo educativo dovrebbe precedere di almeno 6 mesi l'inizio della conversione. Tale processo informativo dovrebbe poi essere intensificato nel periodo immediatamente precedente la conversione e durante la commutazione stessa.

Sul mercato dovrà essere reperibile solo la nuova insulina e le nuove siringhe con su scritto in forma leggibile: "UTILIZZA L'INSULINA U100 SOLO CON LA SIRINGA U 100". Informazioni dettagliate dovranno essere date al momento dell'acquisto dell'insulina sia verbalmente che per iscritto. Sarà inoltre necessaria una campagna informativa tramite i mass-media: radio, televisione, quotidiani e riviste.

Tutti gli esperti sanitari, incluso i farmacisti, dovranno ricevere informazioni dettagliate insieme ad opuscoli informativi che dovranno essere distribuiti a tutti coloro che fanno uso di insulina.

Sarebbe auspicabile che tutti i paesi, come primo step del processo di conversione, costituissero una speciale commissione di esperti per almeno 18-24 mesi prima del periodo programmato della conversione e comprendente rappresentanti del Ministero della Sanità, delle Società Scientifiche di Diabetologia, delle associazioni dei pazienti diabetici, operatori sanitari (essenziale è la partecipazione dei farmacisti) e rappresentanti delle industrie farmaceutiche di insulina e siringhe.

Uno o più membri della commissione dovranno essere utilizzati a tempo pieno o part-time per dirigere ed agevolare il processo di conversione.

Le nazioni che hanno già effettuato con successo la conversione e tra queste recentemente Portogallo, Belgio ed United Kingdom, hanno il materiale informativo utilizzato per tale processo di commutazione. Questa stessa documentazione potrebbe essere utilizzata dai paesi come il nostro che si avviano a preparare la conversione all'insulina U100.

Sarebbe infine raccomandabile che i produttori e i distributori di insulina e siringhe prendano parte attiva al processo di unificazione della concentrazione di insulina per il beneficio dei soggetti diabetici.

DALLA LETTERATURA DIABETOLOGICA

Comincia in questo numero di **AemMeDi** una nuova rubrica, a cura di Sergio Di Pietro, in cui vengono riportati i lavori di autori italiani pubblicati sulle principali riviste diabetologiche con l'intento di valorizzare e rendere noto ai più il buon lavoro svolto dai nostri ricercatori.

Gli articoli sono raggruppati per rivista. Com'è tradizione del giornale, sono benvenuti suggerimenti, proposte ed eventuali integrazioni.

DIABETES

A. Giustina, P. Perini, P. Desenzani, S. Bossoni, P. Ianniello, M. Milani, G. Davi and G. Romanelli

Long-term treatment with the dual antithromboxane agent picotamide decreases microalbuminuria in normotensive type 2 diabetic patients. Diabetes 47 (1998) 3, 423.

A. Benigni, V. Colosio, C. Brena, I. Bruzzi, T. Bertani and G. Remuzzi

Unselective inhibition of endothelin receptors reduces renal dysfunction in experimental diabetes. Diabetes 47 (1998) 3, 450.

C. Ferri, G. Desideri, R. Baldoncini, C. Bellini, C. De Angelis, C. Mazzocchi and A. Santucci

Early activation of vascular endothelium in nonobese, nondiabetic essential hypertensive patients with multiple metabolic abnormalities. Diabetes 47 (1998) 3, 660.

DIABETOLOGIA

N. Traverso, S. Menini, L. Cosso, P. Odetti, E. Albano, M.A. Pronzato, U.M. Marinari
Immunological evidence for increased oxidative stress in diabetic rats. Diabetologia 41 (1998) 3, 265.

A. Giaccari, L. Morviducci, L. Pastore, D. Zorretta, P. Sbraccia, E. Marocchia, A. Biongiorno, G. Tamburrano

Relative contribution of glycogenolysis and gluconeogenesis to hepatic glucose production in control and diabetic rats. A re-examination in the presence of euglycaemia. Diabetologia 41 (1998) 3, 307.

C.G. Fanelli, S. Pampanelli, F. Porcellati, G.B. Bolli

Shift of glycaemic thresholds for cognitive function in hypoglycaemia un awareness in humans. Diabetologia 41 (1998) 6.

M. Trovati, G. Anfossi

Insulin, insulin resistance and platelet function: simulanties with insulin effects on cul-

tures vascular smooth muscle cells. Diabetologia 41 (1998) 6.

DIABETES CARE

P.M. Catalano, N. M. Drago, S.B. Amini
Longitudinal changes in pancreatic β -cell function and metabolic clearance rate of insulin in pregnant women with normal and abnormal glucose tolerance. Diabetes Care 21 (1998) 3, 403.

S. Cucchiara, A. Franzese, G. Salvia, L. Alfonsi, V.D. Iula, A. Montisci, F.L. Moreira
Gastric emptying delay and gastric electrical derangement in IDDM. Diabetes Care 21 (1998) 3, 403.

P. Tatti, M. Pahor, R.P. Byngton, P. Di Mauro, R. Guarisco, G. Strollo, F. Strollo
Outcome results of the Fosinopril Versus Amlodipine Cardiovascular Events Randomized Trial (FACET) in patients with hypertension and NIDDM. Diabetes Care 21 (1998) 3, 438.

E. Faglia, F. Favales, A. Quarantiello, P. Calia, P. Clelia, G. Brambilla, A. Rampoldi, A. Morabito

Angiographic evaluation of peripheral arterial occlusive disease and its role as a prognostic determinant for major amputation in diabetic subjects with foot ulcers. Diabetes Care 21 (1998) 4, 626.

D. Giugliano, R. Marfella, R. Acampora, R. Giunta, L. Coppola, F. D'Onofrio
Effects of perindopril and carvedilol on endothelium-dependent vascular functions in patients with diabetes and hypertension Diabetes Care 21 (1998) 4, 631.

G. Imperatore, G. Riccardi, C. Iovine, A.A. Rivellese, O. Vaccaro
Plasma fibrinogen: a new factor of the metabolic syndrome: a population-based study. Diabetes Care 21 (1998) 4, 649.

DIABETES METAB REV.

U. Di Mario, F. Dotta
Beta-Cell autoimmunity 1998. Diabetes Metab Rev 14 (1998) 1,1.

P. Pozzilli

Prevention of insulin-dependent diabetes mellitus 1998. Diabetes Matab Rev 14 (1998) 1, 69.

DIABETIC MEDICINE

M.A. Avanzini, L. Vitali, G. d'Annunzio, M. De Amici, C. Stringazzi, A. Alibrandi, R. Lorini

Enhancement of soluble CD23 serum levels and cell-surface CD23-expression in subjects at increased risk of type 1 diabetes mellitus and in diabetic patients. Diabetes Med 15 (1998) 4, 304.

G. Bruno, P. Cavallo-Perin, G. Bargerò, M. Borra, N. D'Errico, G. Pagano

Glycaemic control and cardiovascular risk factors in type 2 diabetes: a population-based study. Diabetes Med 15 (1998) 4, 304.

A. Ceriello

The emerging role of post-prandial hyperglycaemic spikes in the pathogenesis of diabetic complications. Diabetes Med 15 (1998) 3, 188.

ACTA DIABETOLOGICA

C. Gazzaruso, A. Garzanti, P. Buscaglia, G. D'Annunzio, A. Porta, G. Vandelli, R. Lorini, G. Finardi, P. Fratino, D. Geroldi

Lipoprotein(a) levels and apolipoprotein(a) polymorphism in type 1 diabetes mellitus: relationships to microvascular and neurological complications. Acta Diabetologica 35 (1998) 1, 13.

E. Matteucci, C. Million, E. Blasci, C. Bertoni, E. Boldrini, O. Giampietro

With regard to glycohemoglobin measurement are we sure that high-performance liquid chromatography currently works in the clinical routine? Acta Diabetologica 35 (1998) 1, 41.

A.E. Pontiroli, M. Pacchioni, R. Camisasca, R. Lattanzio

Markers of insulin resistance are associated with cardiovascular morbidity and predict overall mortality in long-standing non-insulin-dependent diabetes mellitus. Acta Diabetologica 35 (1998) 1, 52.

E. Altobelli, F. Chiarelli, M. Valenti, A. Verrotti, A. Blasetti, F. Di Orio

Family history and risk of insulin-dependent diabetes mellitus: a population-based case control study Acta Diabetologica 35 (1998) 1, 57.

DIABETES RES CLIN PRACT

G. Romano, G. Moretti, A. Di Benedetto, C. Giofre, E. Di Cesare, G. Russo, L. Califano, D. Cucinotta

Skin lesions in diabetes mellitus: prevalence and clinical correlations. Diabetes Res Clin Pract 39 (1998) 2, 101.

Risultati dell'applicazione di un processo di autovalutazione della qualità della assistenza sanitaria di un gruppo di servizi di diabetologia

Migliorare la qualità dell'assistenza diabetologica in Italia è un obiettivo che ogni diabetologo si deve porre a fronte della esistente variabilità prescrittiva, della diffusa insoddisfazione di utenti ed utilizzatori, della mancanza di estese informazioni sulla attività dei servizi, dei dati di letteratura.

L'AMD ha descritto un progetto per il miglioramento della qualità dell'assistenza diabetologica che si sta articolando in un programma che ha come obiettivi: 1) creare una cultura della qualità, per affermare una politica per la qualità, 2) diffondere un modello della qualità descritto nel *Manuale per l'Accreditamento dei Servizi di Diabetologia*, 3) promuovere l'uso del manuale quale strumento di autovalutazione, 4) realizzare una agenzia interna all'AMD mediante la formazione di un gruppo di diabetologi in grado di facilitare lo sviluppo di modelli di Sistema Qualità dei Servizi di Diabetologia e di un processo di Accredimento Professionale tra pari.

In via preliminare e come area test, con l'aiuto dei Consigli Direttivi AMD di Veneto Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia, dal 50% di quelli del Veneto, dal 75% del Trentino Alto Adige.

Un processo di autovalutazione permette di misurarsi con un modello di riferimento in modo facilitato e continuativo, di eseguire l'autodiagnosi organizzativa con l'individuazione delle aree di forza e debolezza, di avviare la correzione delle non conformità, di trarre il proprio percorso di miglioramento della qualità.

Si è scelto di assicurare l'anonimato dei partecipanti nominando un garante (Presidente della sezione Veneta della Società) per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (VRQ) a cui sono state inviate le schede di autovalutazione. Il sistema ha permesso lo svolgimento in cieco della valutazione dei dati ottenuti.

I risultati del lavoro sono stati presentati nel corso di una riunione e in forma scritta sono stati spediti a tutti i partecipanti. Essi costituiscono la prima documentazione della qualità organizzativa di un gruppo consistente di Servizi di Diabetologia.

Il giorno 9 maggio 1998 si è tenuto a Feltre un convegno a cui hanno partecipato diabetologi del Veneto, Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia. Nella riunione sono stati presentati i risultati dell'autovalutazione.

Prime osservazioni sui risultati

Hanno partecipato all'autovalutazione 45 servizi di diabetologia di 3 regioni Veneto (28), Trentino (2) - Alto Adige (4), Friuli Venezia Giulia (11).

Il documento di riferimento è costituito dalla lista dei criteri contenuti nel Manuale di Accredimento dei Servizi di Diabetologia dell'AMD. Per motivi di praticità, alcuni criteri sono stati raggruppati seguendo il principio di somiglianza.

Le schede di Autovalutazione in forma cartacea sono state inviate al Garante della confidenzialità del progetto, trascritti su un data base, elaborati in modo, per ora, parziale. Vengono riferiti i risultati riferiti alle 9 aree (*organizzazione generale, struttura, attrezzature e dotazioni, formazione e aggiornamento, sistema informativo e documentazione, valutazione e miglioramento, linee guida e procedure, soddisfazione e sicurezza del personale, diritti e soddisfazione utenti*) in cui sono distribuiti dai partecipanti, fatto 100% il punteggio massimo ottenibile.

La scheda di autovalutazione comprendeva due tipi di valutazione, la prima si riferisce al punteggio di performance del servizio rispetto alla lista dei criteri, la seconda si riferisce al giudizio di importanza, secondo una scala di valori da 1 a 4, dato ai criteri. L'incrocio tra il risultato di performance e di importanza consente l'individuazione dei criteri su cui agire prioritariamente con un progetto di miglioramento (si lavorerà sui criteri più importanti con la performance più bassa).

Importanza

A tutte le aree è stata attribuita una importanza graduata da 1 a 4; i punteggi si attestano tra il 68% (4° quartile). Nessuna è stata considerata di scarso rilievo (punteggio 1 o 2) a significare una concordanza sostanziale fra gli estensori e gli utilizzatori del manuale riguardo la scelta dei criteri che definiscono la buona Qualità (QL) dell'assistenza diabetologica.

Il maggior punteggio è stato assegnato all'area 9 (*diritti e soddisfazione utenti*); è questo un segnale fortemente positivo, poiché il cliente è la figura centrale dell'assistenza e la sua valutazione del servizio ricevuto è una delle misure più forti della QL offerta dal servizio stesso.

I Diabetologi, quindi, cominciano a pensare ai bisogni da soddisfare, certamente non solo per "effetto aziendale", ma probabilmente perché si sta facendo spazio il concetto che ri-

spondere adeguatamente ad un bisogno, pur interpretato sul piano professionale, significa che è necessario dare peso alle prestazioni veramente utili, cioè appropriate, concetto base della QL.

Elevato punteggio ha anche la prima area (*organizzazione* = 76%), nel manuale intesa nella sua più piena accezione, come capacità di progettazione, di definire obiettivi e di realizzarli poi. La concordanza di valutazione che è stata espressa proprio sul 1° criterio (*visione strategica, obiettivi*) lo dimostra.

Molto importante è stato ritenuto il sistema informativo e di documentazione (area 5 = 77%): non poteva d'altra parte essere diversamente, poiché in tale area sono raccolti molti dei criteri che indicano le modalità corrette di lavoro; non tutti però concordano sul giusto flusso delle informazioni o sul registro delle riparazioni: in realtà è da poco che questi aspetti stanno assumendo rilevanza, e forse ciò non è ancora stato da tutti recepito (vedi, ad esempio, la legge sulla sicurezza).

Paradossalmente strutture ed attrezzature, della cui deficienza in continuazione ci lamentiamo (area 2 e 3 = 70 e 68%), spesso portandole a giustificazione del nostro non poter far di più e meglio, non ricevono il massimo della considerazione.

Performance

I risultati riguardanti la performance sono divisibili, come ha suggerito il Dott. Favaretti, in due parti. La prima della "offerta", presenta dati soddisfacenti (area 1, 2, 3 e 5 ricevono rispettivamente un punteggio medio di 61, 70, 63, 67% rispetto al punteggio massimo ottenibile). La seconda della "domanda", ottiene risultati più scadenti (area 4, 6, 7, 8 e 9, rispettivamente 35, 29, 29, 41 e 35%).

Il risultato dimostrerebbe un atteggiamento di "autoreferenzialità" del diabetologo, che trascura una completa valutazione dei bisogni (processo di ricerca di mercato), privilegiando l'aspetto della offerta (processo di realizzazione del servizio) che, però, sembrerebbe tener conto solo del suo punto di vista.

Questo non corrisponde ai criteri da seguire per una completa realizzazione del servizio che dovrebbe partire dalla ricerca di mercato, per progettare e poi realizzare un servizio.

Il risultato appare anche dissonante rispetto al giudizio di importanza dato dai partecipanti all'area della domanda.

Uno dei principi che ha ispirato il gruppo che ha realizzato il manuale, è stato quello di ridurre al minimo il numero di criteri la cui osser-

vanza non dipendeva dal servizio (criteri di struttura, strumentazione, ecc.), valorizzando, invece, quelli di contenuto più professionale. Ciò anche, perché i diabetologi si sono sempre lamentati della scarsa attenzione delle istituzioni rispetto ai loro problemi di organici, attrezzatura, peraltro spesso di tipo elementare, struttura.

Va precisato che l'organigramma è compreso nell'area della organizzazione; tuttavia l'importanza data ai criteri relativi è pari al 75%, quindi in media con l'area (75%), e la performance su tali criteri è pari al 67%, superiore cioè alla media della performance su tutta detta area (61%).

Se a queste considerazioni aggiungiamo che la performance raggiunge i suoi migliori risultati proprio nelle strutture ed attrezzature (70 e 63%), e che anche per quanto riguarda il gruppo dei criteri dell'organigramma, come appena detto, la performance è elevata (67%), si deve concludere che l'ampia "area delle lamentazioni" (cioè strutture, attrezzature e dotazioni, organigramma) non trova poi tante giustificazioni!

Appare interessante la buona performance ottenuta dall'area "organizzazione generale", per cui il 60% dei partecipanti ottiene un punteggio superiore al 50% di quello massimo ottenibile. Il dato medio 61% concorda con l'importanza attribuita a tale area (4 massimo valore).

Tuttavia se consideriamo la buona performance della organizzazione, e se tale fatto davvero esprime l'attenzione data alla progettazione e realizzazione del Servizio, allora si potrebbe anche concludere che le aree di carenza stanno per avere riguardo nei nostri progetti e che quindi dovrebbero andare incontro a miglioramento nell'immediato futuro.

Il sistema informativo e la documentazione hanno un accettabile 67%; i criteri dell'area esprimono però anche quanti dati possediamo e

come vengono trattati: non ci possiamo contentare dei risultati attuali, tanto più se consideriamo la bassa performance delle linee guida; questo ultimo dato poi è per lo meno sorprendente, dal momento che le nostre riviste specialistiche straboccano di protocolli. È una conferma che le linee guida non possono essere passivamente importate, ma debbono scaturire dal Servizio stesso nell'ambito di processo di riorganizzazione, pur sulla scorta delle informazioni esterne.

I risultati ottenuti da aree eminentemente professionali, quali la formazione e l'aggiornamento, la presenza di linee guida e procedure scritte, la realizzazione di processi di valutazione e revisione della pratica clinica, sono bassi relativamente all'atteso, all'importanza che gli stessi partecipanti attribuiscono a tali aree, alla attività e alle risorse che, ad esempio, le società scientifiche eseguono su tali aspetti.

Variabilità dei risultati

Un'analisi sommaria è stata eseguita suddividendo i risultati in quartili.

Non è stato possibile nella prima lettura analizzare a fondo questo aspetto.

Esiste una discreta variabilità di risposta sia per quanto riguarda l'importanza attribuita ai criteri che la performance, dato questo ultimo certo più comprensibile.

Essa può essere generata da:

- aspetti cosiddetti indeterminabili del sistema uomo;
- conoscenze del diabetologo in tema di QL delle prestazioni;
- particolari situazioni locali;
- aspetti genericamente riferibili a tutto il Personale.

Tale variabilità pone indubbiamente notevoli problemi. Consideriamo ad esempio le ri-

sposte al criterio 9.1 (area soddisfazione dell'utente che nel suo complesso ha avuto la massima valutazione di importanza); le risposte, quanto ad importanza attribuita allo stesso variano, a seconda dei Centri, dal minimo al massimo. Ora, in processo di progettazione del Servizio, nell'ambito di un sistema per la QL, vanno incluse le specifiche del Servizio; queste debbono contenere la descrizione precisa dei servizi da fornire, comprese quelle caratteristiche soggette a valutazione del cliente. Ma se il diritto del cliente non riceve la giusta considerazione, verrà inesorabilmente ridimensionata in quel Servizio, la QL percepita, che è un elemento ineludibile in progetto per la QL. Dare quindi diverso peso ad un criterio si tradurrà inevitabilmente in una variabilità delle prestazioni, che è uno degli aspetti più tipici della cattiva QL.

Sempre più si comprende, anche con queste semplici osservazioni, quanto sia importante che una intera Associazione lavori intorno al progetto QL coinvolgendo il maggior numero possibile di diabetologi su obiettivi comuni e condivisi, per ridurre gradualmente la non conformità. L'autovalutazione sembra dimostrarsi un mezzo adeguato per misurarsi con un modello, per individuare le aree di forza e di debolezza, per riflettere sulle non conformità e per evidenziare se queste esprimono una diversa preparazione, o cultura o obiettivi dei diabetologi da modificare nell'ambito di dinamiche di gruppo.

Sintesi della discussione seguita alle relazioni

Si è convenuto sui seguenti punti:

- 1) Fornire a tutti i Servizi che hanno partecipato i dati completi e, successivamente inviarli a tutti i soci AMD;
- 2) Stimolare la formazione di gruppi di lavoro intraservizio; va considerato, come è emerso dalla discussione, che spesso l'autovalutazione non è stata fatta in questa fase con la partecipazione di tutto il personale; essendo il nostro un processo di miglioramento della QL è indispensabile il coinvolgimento di tutte le componenti lo staff;
- 3) Adeguata enfaticizzazione di quanto fatto tramite:
 - pubblicazione dei dati;
 - rapporto all'assessorato regionale;
 - azione di lobbying nella propria azienda (cercare alleanze);
 - rapporto "scritto" da consegnare "di persona" al proprio Direttore Generale da parte di ogni singolo centro che ha partecipato: vanno presentati i propri dati confrontati con quelli degli altri Servizi accompagnati sia da una analisi che evidenzia i motivi, in positivo o in negativo, della eventuale distanza dalla media, sia

AREA	<25% N. %	25-50 N. %	50-75 N. %	>75 N. %
ORGANIZZAZIONE Rsp 40	3 7.5	9 22.5	18 45.0	10 25.0
STRUTTURA 39	0 -	6 15.38	18 46.15	17 43.58
ATTREZZATURA 41	0	11 26.92	18 43.9	12 29.26
AGGIORNAMENTO 41	14 34.14	17 41.46	7 17.07	3 7.31
DOCUMENTAZIONE 41	0	4 9.75	30 73.17	7 17.07
VALUTAZIONE 40	17 42.5	18 45.0	3 7.5	2 5.0
LINEE GUIDA 40	19 47.5	13 32.5	7 17.5	1 2.5
SODDISFAZIONE DEL PERSONALE 40	14 35	8 20	12 30	6 15
SODDISFAZIONE DEI CLIENTI 41	27 65.85	4 9.75	8 19.51	6 14.63

dell'area in cui si ritiene necessario intervenire con il relativo progetto di miglioramento (sostituiamo le lamentazioni con la progettazione). Per la utilità degli altri le indicazioni che deriveranno da tali incontri potrebbero essere raccolte e poi discusse in gruppo;

4) Passare all'accreditamento professionale con le visite tra pari; poiché per questa fase la disponibilità di risorse è limitata a fronte di un impegno veramente notevole, si potrà procedere in questo modo:

- dare la disponibilità alla visita;
- tale disponibilità va intesa sia nel senso di ricevere i visitatori, sia nel senso di "divenire" visitatore;
- in una prima fase si richiede la partecipazione di circa 10-15 Centri fra quelli autovalutatisi;
- essi costituiranno una vera e propria area test, oltre che un gruppo di lavoro: sarà necessaria una giornata di preparazione per fungere da visitatore, visite che il gruppo si scambierà (diciamo preparazione prima teorica e poi sul campo e ciascuno del gruppo sarà visitato, ma sarà egli stesso visitatore);
- tale gruppo si eserciterà anche nella preparazione di progetti che andranno presentati alla discussione anche agli altri. Probabilmente, in questo risultato sta l'o-

rigine della difformità prescrittiva dei vari servizi tra di loro e rispetto a quanto auspica dalla St. Vincent Declaration, ma anche tra gli stessi operatori all'interno di un servizio.

• Schema di lettera per il Direttore Generale: Il SdD di questa ULS ha partecipato alla prima fase dell'Accreditamento tra pari sostenuta dalla AMD.

Tale prima fase è consistita in un processo di autovalutazione del servizio su tutti i criteri del Manuale di Accreditamento preparata dalla AMD.

Il 06/05/98 in una riunione tenutasi a Feltre fra i Servizi autovalutatisi è stata fatta una prima analisi dei risultati riferiti sia all'importanza dei criteri che alla performance. Si allegano sia l'analisi generale fatta nel corso di tale riunione che i risultati riferiti al nostro Servizio. Ritengo che le motivazioni delle differenze riscontrate per il nostro Centro possano essere le seguenti:

L'area in cui si ritiene che il Servizio debba impegnarsi nel prossimo anno è _____ per i seguenti motivi: _____

Le risorse utilizzabili sono _____

I cambiamenti da apportare sono _____

Gli interventi correttivi sono _____

Si invia la lettera e si chiede appuntamento.

E. Scaldaferrì e W. de Bigontina
per il Gruppo Nazionale VRQ ed Accreditamento

Dott. *Ennio Scaldaferrì*

Abitazione: Via Loschi, 11 - 31100 Treviso

Telefono: 0422-305230 E-mail: enniosca@tin.it

Lavoro:

Dir. Resp. Serv. Diabetologia Osp. Civ. Treviso

Telefono: 0422-322532 fax 0422-322703

E-mail: escaldaferrì@ulss.tv.it

Carlo Fossati

Telefono: 02-64442659 fax 02-64442898

Daniilo Orlandini

Telefono 0522-660458 fax 0522-630331

E-mail orlandinid@ausl.re.it

Dino Giorgi

Telefono 0523-302201 (segreteria reparto)

Telefono 0523-302452 (fax)

E-mail diabetologia pc ausloc agonet it

Gualtiero de Bigontina

Diabetologia

Telefono 0435-341283 (segreteria)

fax 0435-31100 (fax)

INIZIATIVE DELLE SEZIONI REGIONALI

Sezione Liguria

Attività congressuali

- Genova, 9 maggio 1998: Tavola rotonda su "Il paziente diabetico dopo la cardiocirurgia: quale trattamento?"

Moderatori: L. Cataldi e M. Maiello

Relatori: Brunelli, Camerini, Minale, Coscelli, Muggero, Comaschi.

L'iniziativa ha riscosso notevole successo di pubblico raccogliendo oltre 110 partecipanti, tra diabetologi, cardiologi e cardiocirurghi. Particolarmente interessanti sono stati gli aspetti epidemiologici, di prevenzione primaria e secondaria, nonché gli aspetti clinico-gestionali e terapeutici. Dalla discussione, vivace per temi ed interesse dell'uditorio, è scaturita una proposta avanzata da Marco Comaschi di un protocollo di lavoro sulla terapia del paziente diabetico sottoposto a terapia chirurgica di rivascularizzazione coronarica analogo allo studio Digami. Tale progetto ha come scopo la valutazione dell'efficacia di schemi di terapia insuli-

nica intensiva in fase pre-, intra- e post-operatoria. In particolare, il follow-up post-operatorio sarà particolarmente prolungato allo scopo di valutare comparativamente in diabetici e non diabetici parametri di morbilità (come il deficit ventricolare sinistro) e la mortalità. Il progetto prevede una fase preliminare intesa a valutarne la fattibilità su un campione rappresentativo di pazienti seguiti collaborativamente da diabetologi, cardiologi e cardiocirurghi. In base ai risultati della fase pilota dello studio potrà essere programmata un'estensione del progetto a livello nazionale.

Sezione Campania

Attività congressuali

- 10 ottobre 1998. Aula Magna del II Policlinico di Napoli, Riunione congiunta AMD-SID articolata su due Letture magistrali: "Meccanismi molecolari dell'insulinoresistenza", relatore V. Trischitta e "Le complicanze vascolari dell'NIDDM: peso

economico e strategie di prevenzione", relatore Carlo Coscelli.

Sezione Calabria

Attività congressuali

- Paola, 9-10 ottobre 1998. Riunione regionale AMD-SID su "Nuovi criteri di diagnosi, prevenzione e trattamento del diabete mellito. Dal gruppo di lavoro VRQ: il programma di accreditamento professionale".

Sezione Veneto Trentino-Alto Adige

Attività congressuali

- Feltre, 6 maggio 1998. "Accreditamento professionale dei Servizi di Diabetologia: comunicazione dei risultati dell'autovalutazione".

Moderatore: A. Bariga Boscolo;

Segreteria organizzativa: W. de Bigontina;

Presentazione di tematiche generali sul tema: P. Biancoli, P.P. Faronato, C. Facaretti.

Presentazione dei risultati: E. Scaldaferrì e W. de Bigontina

SPERIMENTAZIONE DI NUOVE SIRINGHE DA INSULINA: ESPERIENZA PERSONALE

L'uso quotidiano delle siringhe da insulina impone sempre più che il paziente venga in possesso di uno strumento affidabile e contemporaneamente compatibile con le sue personali e reali capacità di utilizzazione. Questa è una necessità comune a tutti ma che si fa pressante nel caso di pazienti che presentano limitazioni del visus, ed in generale della manualità dovuta all'età o alla presenza di complicanze e/o patologie concomitanti. A rafforzare questa osservazione, il dato epidemiologico evidenzia che l'età media della popolazione diabetica che pratica insulina è influenzata dai pazienti di II tipo insulino trattato.

Al fine di migliorare l'assistenza ai nostri pazienti, abbiamo sperimentato l'uso di siringhe da insulina modificate nel colore delle singole unità e dei numeri corrispondenti su di essa riportati. Tale modifica è stata eseguita dietro nostra indicazione su un set di siringhe di comune uso in Italia.

Abbiamo infatti ipotizzato che il tradizionale colore rosso fosse, per motivi legati a fenomeni di rifrazione della luce e di contrasto con lo sfondo, meno discriminabile rispetto al colore nero.

Per incominciare a verificare la nostra ipotesi abbiamo selezionato un piccolo campione di nove pazienti affetti da D.M. II Tipo, scelti in maniera del tutto casuale (sei maschi e tre femmine), con un'età media di 65aa. (min. 46aa-max 76aa).

Tutti i pazienti praticavano un'unica somministrazione di insulina/die con la siringa, e il periodo di utilizzazione delle stesse era variabile da un minimo di due anni a un massimo di venti. Dopo un colloquio preliminare nel quale abbiamo illustrato al paziente il significato di questa verifica ed ottenuto la sua adesione, abbiamo somministrato un primo questionario (allegato 1), a cui è seguita la consegna di n. 30 siringhe

con scritta nera Pic Indolor® della Artsana che i pazienti hanno utilizzato a domicilio per trenta giorni (vedi campione modificato e campione standard del commercio). Dopo la sperimentazione è stato somministrato un secondo questionario (allegato 2).

Dall'osservazione dei dati raccolti risulta che:

- 1) Sei pazienti hanno riscontrato un notevole miglioramento nel dosare le unità di insulina utilizzando le siringhe con scritta nera; in particolare:
 - a) Cinque non trovano più differenza nel dosare le unità di insulina alla luce naturale rispetto a quella artificiale.
 - b) Uno non fa più uso di occhiali.
- 2) Due pazienti non hanno riscontrato differenza nell'uso dei due tipi di siringa.
- 3) Dai questionari somministrati ad un paziente non è stato possibile ricavare dati perché sono risultati poco attendibili.

Dai dati riportati sul nostro campione limitato, rileviamo che anche una pur modesta modifica nelle caratteristiche delle siringhe di insulina sembra poter contribuire a migliorare la sicurezza e la gestibilità della terapia insulinica. Questi primi dati sono per noi significativi per effettuare una più ampia verifica su un campione più vasto di pazienti diabetici insulino trattati, nel quale sicuramente comprendere tutte le classi di età.

Questo ci sembra indispensabile per motivare e sostenere una definitiva modifica delle siringhe da insulina, presidio basilare nella terapia del D.M.

Adele Porru
Infermiera Professionale

Mario Manai
Primario del Servizio di Diabetologia ASL 8, Cagliari

QUESTIONARIO PER IL PAZIENTE

Al fine di rendere più agevole e sicura la somministrazione di insulina chiediamo la sua gentile collaborazione.

La invitiamo pertanto a rispondere a questo semplice questionario, indicando un SI o un NO.

* * *

Lei attualmente utilizza le siringhe con la scritta rossa:

1. Distingue con precisione le singole unità di insulina? _____
2. Riesce a leggere senza difficoltà i numeri riportati sulla siringa? _____
3. Quando dosa le unità di insulina le è necessario l'uso degli occhiali? _____
4. Trova differenza nel dosare le unità di insulina alla luce artificiale rispetto alla luce naturale? _____
età _____ Sesso _____
Usa la siringa dal _____

* * *

In quest'ultimo mese ha usato le siringhe con la scritta nera:

1. Distingue con precisione le singole unità di insulina? _____
2. Riesce a leggere senza difficoltà i numeri riportati sulla siringa? _____
3. Quando dosa le unità di insulina le è necessario l'uso degli occhiali? _____
4. Trova differenza nel dosare le unità di insulina alla luce artificiale rispetto alla luce naturale? _____
5. In base alla sua esperienza, ritiene che ci sia differenza nell'uso di siringhe con scritta nera o rossa? _____
6. Se SI, quali ritiene più adeguate? _____

SPAZIO RISERVATO ALLE COMUNICAZIONI DEI SOCI

AemMeDi si ripromette di realizzare una comunicazione efficace tra i Soci il più possibile diretta ed informale, per cui il giornale è aperto alla collaborazione di tutti. Pertanto, questo spazio è riservato ai Soci AMD che volessero comunicare idee, suggerimenti e proposte

(SCRIVERE A MACCHINA O IN STAMPATELLO) _____

(Indirizzare per posta o fax a: Sandro Gentile, Dipartimento di Geriatria e Malattie Metaboliche, II Policlinico di Napoli, III Padiglione, Via Pansini, 5 - 80131 Napoli - Tel./fax 081.566.67.07-8711389).

UN QUESTIONARIO SULLA REALTÀ STRUTTURALE ED ORGANIZZATIVA DELLA DIABETOLOGIA PIEMONTESE

Il Piemonte ha 4,5 milioni di abitanti ed una prevalenza di diabete Mellito, stimata, del 2.21% (Tipo 22.1%, Tipo 10.08%, altri tipi 0.027%); al giugno '97 risultavano infatti 110.000 attestazioni di malattia diabetica, effettuate dai servizi di Diabetologia, ai fini del rilascio dell'esenzione dal ticket sulle prestazioni sanitarie. Il PSR '90-'92, in applicazione della L. 115/87 e della successiva L.R. 40/89, ad integrazione e sviluppo delle strutture ad attività diabetologica preesistenti, prevedeva la realizzazione di 9 Servizi di Diabetologia autonomi e di 26 servizi aggregati. In questi anni parte di tale progetto è stata attuata, ma sino ad oggi non esistevano dati rappresentativi circa la realtà strutturale ed organizzativa dei servizi diabetologici piemontesi. Non sono noti, comunque, dati Nazionali o di altre regioni che esprimono la condizione applicativa della suddetta legge nazionale, tantomeno è stato rilevato il dato relativo all'organico attivo nei servizi di dotazione di locali ed alla dotazione strumentale. Infine non si conoscono le modalità operative circa la gestione del paziente diabetico, sia riguardo la valutazione metabolica che delle complicanze secondarie della malattia. Tali conoscenze sono il presupposto irrinunciabile per qualunque analisi sulle reti dei servizi diabetologici e per qualunque proposta correttiva o migliorativa. Nel Novembre 1995 il consiglio AMD, Sezione Piemonte neoeletto ha identificato come uno degli obiettivi primari del proprio mandato la necessità di conoscere la realtà strutturale ed organizzativa della situazione diabetologica regionale allo scopo di poter svolgere un'azione propositiva nei confronti delle istituzioni e degli operatori sulla base di dati finalmente reali e non stimati ed approssimativi. Tale conoscenza si è concretizzata nel progetto di formulare un questionario conoscitivo, mirato, da somministrare a tutte le strutture diabetologiche piemontesi. Gli stessi membri del consiglio hanno curato personalmente la stesura del questionario che è stato essenzialmente elaborato sulla base delle rispettive esperienze professionali ed organizzato in modo da esplorare l'identità di ogni servizio relativamente alle caratteristiche strutturali ed operative, riguardanti l'approccio alla prevenzione ed alla gestione delle complicanze secondarie. Ciascun membro del consiglio ha formulato una bozza personale del questionario; dal confronto dei

diversi modelli sono stati selezionati i temi convergenti e sono stati scelti quelli condivisibili, per caratteri di oggettività e rappresentatività, quindi ciascun membro ha ricevuto una stesura risultante dall'aggregazione dei punti diversi per ulteriore revisione e aggiunta di eventuali integrazioni. Nella strutturazione generale sono state individuate specifiche aree, la cui elaborazione dettagliata è stata affidata a ciascun membro del Consiglio per una definitiva revisione. Le aree di indagine scelte sono state: dati identificativi della struttura, ambulatorio, dati quantitativi attività, personale, visite specifiche, informatizzazione, strutture/prestazioni, gestione delle complicanze, diabete e gravidanza. La versione definitiva è stata sottoposta ad alcuni diabetologi per una valutazione di fattibilità, infine sulla base di tale rivalutazione interattiva è stata concordata la versione finale. I servizi diabetologici, identificati dai dati della Regione Piemonte sulle Aziende Sanitarie e dai dati messi a disposizione dalle aziende farmaceutiche, sono stati suddivisi tra i vari membri del Consiglio che personalmente hanno curato l'intervista diretta dal Responsabile di ciascun servizio in modo da omogeneizzare il più possibile le modalità di intervista e non influenzare le risposte. Nel complesso il progetto ha richiesto quattro mesi per l'elaborazione e la validazione, e quattro mesi per la raccolta delle interviste. I dati raccolti sono stati quindi sottoposti ad elaborazione.

Risultati

Sono stati intervistati 71 servizi diabetologici, corrispondenti al 95% dei centri della regione. Di questi il 40% sono U.O. di Diabetologia (2 con letti di degenza, 6 con Day Hospital Diabetologico), il 49% di Medicina Generale, il 5% di Endocrinologia ed il 6% di pediatria. Solo il 54% dei servizi afferma di poter fornire dati certi sul numero dei pazienti attivi e il 59% sul tipo di pazienti e sul trattamento. Il 20% dei servizi segue meno di 500 pazienti, il 62% tra 500 e 2000, il 18% oltre 2000.

Nel 50% dei servizi si effettua un'attività di ambulatorio per 5 giorni la settimana e per circa 8 ore al giorno. Solo il 30% dei servizi presenta equipe mediche esclusivamente diabetologiche. Solo il 44% dei servi-

zi ha almeno un infermiere e dedicato, e in tal caso, il 71% ha seguito corsi mirati, mentre il 56% ha un infermiere condiviso con altre strutture. Il 53% dei servizi non ha una dietistica, e la dieta viene prescritta dal medico. Nessun servizio dispone di un psico-pedagogista e di un podologo in organico. Solo il 25% dei servizi ha personale amministrativo per più di mezza giornata. Il 52% dei servizi possiede locali solo per la diabetologia, il 61% ha una sala d'attesa ed il 45% più di una sala visita. Circa l'informatizzazione, il 57% dei servizi possiede materiale informatico (il 33% usa la prenotazione informatizzata ma solo il 17% dichiara un uso elevato dell'informatizzazione).

L'87% dei servizi effettua l'educazione del paziente, il 55% solo individuale, il 32% anche a gruppi, il 4% solo a gruppi; sono coinvolti medico e infermiere nel 36% dei casi, anche la dietistica nel 23% solo il medico nel 29% o l'infermiere nel 3%. Solo il 12% dei centri usa una check list. Soltanto il 26% dei centri ha realizzato un opuscolo informativo sul servizio, e il 35% effettua regolari riunioni di equipe. Il 70% dei servizi non segue il diabete gestazionale e il 67% non segue le gravidanze diabetiche. Nell'88% dei servizi si effettuano controlli nefrologici a tutti i pazienti, il 60% di questi sono effettuati con una periodicità compresa tra 6 e 12 mesi, il 12% solo ai nuovi casi o sporadicamente. Circa le complicanze nefrologiche la microalbuminuria è rilevata nel 84% dei servizi, con metodo semiquantitativo (15%) e quantitativo (85%) (il dosaggio dell'AER notturna (61%) è il più usato), alla prima visita nel 64% e successivamente con periodicità tra 6 e 12 mesi nel 79% dei casi. Una volta rilevata la complicanza, l'approfondimento diagnostico viene demandato al nefrologo nel 62% dei casi. Nell'88% dei servizi si effettuano controlli oculistici a tutti i pazienti, con una periodicità compresa tra 6 e 12 mesi, mentre l'8% solo ai nuovi casi o sporadicamente.

Circa le complicanze oculistiche il fundus oculi viene controllato in tutti i servizi, viene utilizzata di prima scelta l'oftalmoscopia con dilatazione 96% senza dilatazione (2%), la retinografia (2%). Il visus viene controllato sempre nel 38% dei casi, a volte nel 41% e mai nel 21%. Il 15% dei servizi dichiara di aver facilità di accesso al laser-

trattamento, nel 32% nel proprio ospedale. La FAG viene prescritta dall'oculista nel 96% dei casi.

Circa la neuropatia, dichiarano uno screening periodico il 37% dei servizi con una periodicità di 12 mesi nel 70%. Il piede viene valutato dal 38% dei servizi, nel 32% solo al bisogno, mentre le lesioni attive vengono gestite nell'83% dei servizi. Circa le complicanze cardio-vascolari vengono effettuati controlli nel 94% dei centri, a tutti i pazienti (78%), ai nuovi (7%) al bisogno (15%). La pressione arteriosa viene misurata ad ogni visita nel 55%. Gli esami più utilizzati, con periodicità media annuale sono: l'assetto lipidico (80%), l'uricemia (69%), l'ECG (64%), l'esame dei polsi (55%), la fibrinogenemia (44%). Meno frequentemente vengono effettuati l'ecodoppler arti inferiori (14%) l'ecodoppler tronchi sovraortici (10%) l'ecocardiogramma (3%) ed, una volta all'anno, la visita cardiologica (12%). La terapia ipotensiva viene direttamente presentata dal diabetologo (91%), come quella ipolipemizzante (92%), meno spesso quella cardiologica (59%).

L'identikit desumibile dai dati forniti permette di delimitare, nella Regione Piemonte, due tipologie di servizi: il primo è un ambulatorio di una Divisione di Medicina Generale, aperto 5 giorni la settimana per più di 6 ore, non ha medici nel ruolo Diabetologia, non ha infermieri dedicati, né una dietista ha un computer ma non lo usa, dispone di consulenza esterna per tutte le specialità, non segue il problema gravidanza, esegue uno screening della nefropatia, ne del piede diabetico (ma si occupa delle lesioni), non effettua ricoveri in Day Hospital. Afferiscono a tali centri circa 21.000 pazienti. Il secondo è un servizio di diabetologia, UOA o UONA, con unità mediche nel ruolo di Diabetologia, infermieri dedicati e dietista, con ambulatorio aperto 5-6 giorni la settimana per 8 ore usa il computer per la gestione della cartella clinica e della scheda regionale, esegue lo screening di tutte le complicanze, segue il diabete gestazionale e le gravide diabetiche, ricovera autonomamente nei propri letti di reparto, ove disponibili, o di Day Hospital.

Afferiscono a tali servizi circa 40.000 pazienti.

Questi risultati sono stati presentati al congresso Regionale AMD Marentino 1996, sotto elaborazioni dei dati sono stati inoltre presentate al 16th IDF Congress 97, all'XI Congresso Nazionale AMD 97, alle Giornate Diabetologiche Pavesi 97, al Congresso

Interegionale Piemonte-Liguria-Toscana 97 ed al Congresso Nazionale SID 98.

Conclusioni

I risultati del questionario dimostrano una diffusione capillare dei servizi di Diabetologia in grado di offrire assistenza ad oltre l'85% dei diabetici della Regione Piemonte. Non sono risultate adeguate ed omogenee le tipologie strutturali circa la dotazione dei locali, lasciando intendere che le varie realtà operative scaturiscano più da ciò che è reperibile che da ciò che servirebbe. Sono carenti o assenti figure quali la dietista, gli infermieri professionali dedicati, lo psico-pedagogista, il podologo, gli amministrativi. Parimenti si deduce una inadeguata dotazione di materiale informatico ed ancora più un globale basso grado di utilizzo del medesimo. Ciò, in parte, può essere ricondotto a problemi di budget ma anche ad una scarsa attenzione delle istituzioni al problema della gestione delle informazioni e quindi delle risorse in diabetologia, ed a un atteggiamento dei diabetologi che tende a privilegiare l'aspetto clinico rispetto a quello organizzativo. In effetti sembrano essere positivi i dati che riguardano la gestione clinica del paziente, anche se è impossibile valutare l'efficienza degli interventi per la mancanza di indicatori di esito e soprattutto la mancanza di dati elaborabili. L'intervento educativo, vero pilastro della terapia del diabete mellito, appare improntato più alla buona volontà che ad un'assetto organizzativo che dovrebbe prevedere personale dedicato, una formazione continua e specifica, l'individuazione dei temi da svolgere la scelta del metodo e del materiale di supporto, oltre che un concreto riconoscimento istituzionale. Poca attenzione appare dedicata al diabete gestazionale, quasi sempre lasciato in gestione agli ostetrici, ed alla gravidanza diabetica. Quindi, per quanto criticabile in termini di validazione, il questionario ha fornito uno strumento di indagine sufficientemente maneggevole e riproducibile pensiamo che i dati ricavati siano estremamente utili per una corretta conoscenza della nostra realtà diabetologica e che tali dati, messi a disposizione della amministrazione regionale possano permettere una più completa e corretta attuazione della L. 115/87 e della successiva L. 40/89. L'ultimo PSR, di recente approvazione, ha infatti programmato un ulteriore sviluppo della rete diabetologica prevedendo una evoluzione delle strutture del primo e secondo livello

con autonomia funzionale in ambito dipartimentale. Pensiamo inoltre che la conoscenza delle nostre disponibilità e dei nostri limiti possa fornire una base alla collaborazione dei criteri di accreditamento dei servizi al livello regionale su presupposti realistici e permettere una riflessione su una realtà parzialmente conosciuta, che potrà sicuramente trovare stimoli per il miglioramento, con l'accreditamento e con il cambiamento culturale che il controllo e la revisione continua della qualità rendono necessario. L'attuazione del questionario seppur faticosa ha infine permesso di ristabilire un contrasto diretto con tutte le realtà diabetologiche, pensiamo che queste abbia rafforzato in tutti noi il senso di appartenenza alla nostra specialità e ci abbia resi più consapevoli del ruolo determinante che dobbiamo svolgere come AMD nello sviluppo futuro della diabetologia piemontese.

Alessandro Ozzello e Luca Monge
per il Consiglio AMD Regionale Piemonte e Valle d'Aosta

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'équipe:

.....
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 al più presto per posta o fax a:

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

LA DIABETOLOGIA E LA STRATEGIA PER IL CAMBIAMENTO DEL PIANO SANITARIO NAZIONALE PER IL TRIENNIO 1998-2000

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, recentemente approvato, ha come titolo "Un patto di solidarietà per la salute" e si compone di una prima parte in cui sono elencati "Gli obiettivi di salute" ed una seconda parte con "Le strategie per il cambiamento".

Il Piano Sanitario disegna un Servizio Sanitario Nazionale decisamente orientato al cliente, che ricerca la partecipazione, e di conseguenza la responsabilizzazione, degli utenti: infatti nelle premesse si legge che i risultati di salute non dipendono solo dalla qualità tecnica delle prestazioni, ma trovano radici più profonde nella responsabilizzazione dei soggetti coinvolti e nella loro capacità di collaborare.

I punti qualificanti del Piano sono la partecipazione, l'appropriatezza e l'equità, la prevenzione, l'attenzione alle patologie più importanti (tra le quali non è compreso il diabete, che è citato solo tra le "altre patologie di particolare rilievo sociale", con quattro righe in relazione alla legge 115/87), la cronicità, l'integrazione socio-sanitaria, la ricerca e la qualità.

La garanzia di uguali opportunità di accesso ai servizi sanitari rappresenta l'obiettivo principale del servizio Sanitario Nazionale e l'elemento fondamentale che ne determina la forza di finanziamento e i criteri di organizzazione; due dei progetti strategici della AMD, quello sull'accreditamento e quello su protocollo di collaborazione con i medici di medicina generale, sono nati da premesse molto simili a quelle del piano e pertanto sono assolutamente in linea con lo spirito del piano sanitario che, tra i settori prioritari di ricerca, sperimentazione e sviluppo propone lo "studio e sperimentazione di linee guida cliniche e organizzative e relativa valutazione di impatto" e la "valutazione dell'impatto di modelli di intervento integrato sociosanitario sulla salute".

Poiché non sarà certamente attraverso le citate quattro righe in cui si parla del diabete che potrà essere riproposta la necessità di allocare risorse per l'assistenza specialistica ai diabetici, i diabetologi e le loro associazioni scientifiche, ed il primo luogo l'AMD, dovranno saper evidenziare

quelle caratteristiche dell'assistenza ai diabetici che sono state definite (ed anche applicate in numerosi Servizi di diabetologia) e che sono in sintonia con lo spirito del nuovo piano sanitario.

L'esigenza di riequilibrio nella allocazione delle risorse viene proposta per il passaggio dalla cura alla prevenzione, dalla generalità della popolazione ai gruppi a rischio, dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale; inoltre il complesso del piano sanitario nazionale tende alla riduzione delle risorse dedicate all'assistenza ospedaliera che dovranno essere destinate all'assistenza per acuti e post-acuti (intendendo in questo gruppo solo la riabilitazione e la lungodegenza).

L'assistenza diabetologica viene erogata soprattutto da servizi collocati all'interno degli ospedali ed in parte da specialisti operanti al livello territoriale (distrettuale); i servizi di diabetologia hanno fisionomia molto varia, da strutture con primario e posti letto, a strutture aggregate ad altri reparti di degenza, costituite da un solo medico che dedica da parte del suo tempo alla diabetologia, a specialisti ambulatoriali, pubblici e privati, a medici di medicina generale (che curano tuttora circa 1/4 della popolazione diabetica).

La valutazione della remunerazione delle attività, soprattutto per gli ospedali, secondo le tariffe dei DRGs ha messo in crisi le strutture diabetologiche in molte Aziende ospedaliere, tanto che si è assistito ad una generalizzata riduzione dei posti letto assegnati alla diabetologia ed anche degli organici dei servizi; nelle Aziende USL le cose sono andate un po' meglio poiché in questo caso la valutazione del costo economico è stata meno contabile e più "politica", ma anche le aziende USL si stanno attrezzando per curare la maggior parte dei diabetici attraverso i medici di medicina generale, in collaborazione, ma in molti casi anche in contrapposizioni con i diabetologi.

Per poter essere inseriti nelle prestazioni di assistenza finanziate attraverso la quota capitaria gli interventi devono "soddisfare i bisogni primari di salute", "soddisfare il principio dell'efficacia e dell'ap-

propriatezza", "rispondere al principio dell'efficienza produttiva", in particolare "numeroso prestazioni erogate in degenza ospedaliera potrebbero essere più appropriatamente fornite in ambiente ambulatoriale, in day-hospital o in sede residenziale extra-ospedaliera.

Il piano sanitario nazionale individua nel Distretto "la sede nella quale sono attivabili tutti i percorsi di accesso del cittadino ai servizi sanitari garantiti con metodi e tempi certi" ed in particolare l'assistenza specialistica ambulatoriale e l'assistenza farmaceutica sono specifiche competenze del Distretto; viene poi ribadito che il medico di medicina generale svolge un ruolo centrale nell'operatività del Distretto.

La consapevolezza che le indicazioni contenute nel piano sanitario nazionale influenzeranno le scelte di politica sanitaria dei prossimi anni deve portare ad elaborare un modello di assistenza multidimensionale, in cui vi sia l'integrazione tra i diversi professionisti che si prendono cura dei bisogni della persona affetta da diabete, e che quindi si attui quel cambiamento sostanziale di prospettive per cui non deve più essere "il malato che ruota attorno alle strutture erogatrici ma le strutture ed i professionisti che assumono come centro di gravità la persona con i suoi bisogni".

Daniilo Orlandini
AUSL di Reggio Emilia
Consigliere Regionale AMD Emilia Romagna

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

SUL PROTOCOLLO SIMMG-AMD: UN'ESPERIENZA DELLA ASL 7 DELLA REGIONE CALABRIA

Riportiamo la delibera attuativa del protocollo SIMMG-AMD appropriata dall'ASL 7 Regione Calabria. La programmazione viene garantita da un gruppo di lavoro coordinato dal Dott. G. Picicelli, al quale possono essere richiesti ulteriori notizie sul protocollo (Tel. e Fax 0967/522097).

PREMESSO

Che il diabete mellito (DM) rappresenta una realtà sociale ad elevata morbilità ed altamente invalidante e tale da meritare una estrema attenzione nella programmazione e nella organizzazione degli interventi nonché nella corretta distribuzione delle risorse.

VISTO l'art. 5 della legge 23 Dicembre 1978, n. 833;

VISTO l'art. 2 della legge 16 Marzo 1987, n. 115, che dispone che vengano stabiliti, con atto di indirizzo e coordinamento, gli interventi operativi più idonei per individuare le fasce di popolazione a rischio diabetico e per programmare gli interventi sanitari su tali fasce;

VISTO l'art. 5 della suddetta legge 115/87 che dispone che vengano stabiliti, ai sensi dell'art. 5 della legge 933/78, criteri di uniformità validi per tutto il territorio nazionale, relativamente a strutture e parametri organizzativi dei servizi diabetologici, metodi di indagine clinica, criteri di diagnosi e terapia, anche in armonia con i suggerimenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità;

VISTA la legge 28/8/88 n. 400 art. 12, alleg. 1-2 e i successivi atti di intesa Stato-Regioni;

VISTA la legge Regionale n. 9 del 03/04/95 e l'azione programmata - lettera I - del Piano Sanitario Regionale;

VISTI gli artt. 69-70-71-72-73-74 del

D.P.R. 484 22/7/96 che lasciano ampio potere decisionale alle Regioni nell'individuare, favorire e fornire indirizzi programmatici alle Aziende Sanitarie Locali per la promozione e l'incentivazione di modelli (anche sperimentali) di assistenza sul territorio;

VISTO il "Protocollo d'intesa per gli aspetti attuativi dell'accordo Nazionale di Medicina Generale e Contrattazione Regionale" fissato con Delibera di G.R. n. 38 del 19/1/98, dalla Regione Calabria, in applicazione dei suindicati artt. 69-70-71-72-73-74 dello stesso DPR 484/96;

RITENENDO

che ai fini di una corretta ed ottimale gestione della malattia diabetica, deve essere recuperata, necessariamente ed in forma estensiva, la figura del M.M.G., (indispensabile nelle fasi di prevenzione-educazione, diagnosi e terapia) il quale deve mantenere un rapporto di continua collaborazione con le strutture specialistiche ai diversi livelli di intervento;

PRESO ATTO

Che il Gruppo operativo interdipartimentale permanente per il diabete mellito, istituito dall'ASL n. 7 con delibera n. 2852 del 24.09.97, in collaborazione con la Società Scientifica Italiana di Medicina Generale (S.I.M.G.) adottando specifiche metodologie professionali tradotte in algoritmi decisionali e linee guida diagnostico-terapeutiche, ha presentato un progetto di "Gestione integrata del paziente diabetico nell'ambulatorio del medico di medicina generale";

VERIFICATO

Che il suddetto progetto, in corrispondenza agli obiettivi aziendali, relativamente alla patologia sociale DIABETE, ne definisce criteri, standard di spesa, indicatori di veri-

fica, risorse da destinare, modalità di incentivazione ecc.

TUTTO CIÒ PREMESSO E RITENUTO

Visto il parere favorevole espresso:
Dal Direttore Sanitario proponente, in ordine alla sola regolarità tecnica;
Dal Direttore Amm.vo;
Dal Consiglio dei Sanitari;
Su conforme proposta del Servizio competente;

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa che qui si intendono integralmente ripetuti e confermati, di approvare, rendendolo parte integrante della presente delibera l'accluso progetto di "GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE DIABETICO NELL'AMBULATORIO DEL MEDICO DI M.G." elaborato dal G.O.I.P., e proposto da Direttore del Dip. Sanità Terr.le.

di avvalersi della collaborazione della Società Italiana di Medicina Generale, sezione di Catanzaro, per l'organizzazione dei corsi preliminari, con il contributo attivo delle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative;

Far gravare gli oneri derivanti sui fondi finalizzati, stanziati all'uopo dalla Regione Calabria (in applicazione dell'accordo collettivo nazionale per la Medicina Generale - D.P.R. n. 484/96) per come previsto nella Delibera di G.R. n. 38 del 19/1/98 "Protocollo d'intesa per gli aspetti attuativi dell'accordo Nazionale di Medicina Generale e Contrattazione Regionale";

Relativamente alla concreta prospettiva del contenimento delle spese e della economicità assistenziale dei pazienti diabetici, di contrattare con le Organizzazioni Sindacali le modalità di utilizzo delle risorse recuperate e documentate, sulla base dell'attuazione del progetto.

IN PREPARAZIONE IL NUOVO STATUTO AMD

La tipologia dello statuto che deve caratterizzare le finalità e la gestione delle Società Scientifiche non lucrative è stata finalmente definita in sede legislativa con l'emanazione della legge del 04.12.1997. In realtà l'Associazione Medici Diabetologi già in occasione del Congresso Nazionale di Montecatini aveva avvertito la necessità di apportare modifiche ad uno statuto che poteva apparire non più completamente rispondente alle sue accresciute dimensioni ed al mutato scenario complessivo rispetto a quando era stato formulato.

Varie proposte di modifica erano state avanzate in quella sede tra cui turnazione e assetto complessivo delle cariche sociali, nonché assetto legislativo e contabile della società, ma solo le modifiche con carattere di urgenza erano state approvate dai soci, rimandando ad una più ampia diffusione degli argomenti maggiormente sentiti e con minore carattere di urgenza.

Ora, con la forte spinta data dal legislatore e dopo le sollecitazioni dell'Assem-

blea, il Consiglio Direttivo si è già attivato per attuare questa esigenza di cambiamento ed adeguare lo statuto vigente, per poi portarlo alla discussione dell'Assemblea Generale che si terrà nel prossimo Congresso Nazionale 1999.

Il nuovo statuto dovrà definire meglio gli Organi dell'Associazione, precisandone compiti e limiti. La sopra citata legge peraltro impone con massima sollecitudine le seguenti modifiche di ordine tecnico-amministrativo (in larga parte già approvate con carattere di urgenza a Montecatini):

- la previsione di obblighi contabili più precisi mediante la tenuta di una contabilità puntuale ed analitica;
- l'adeguamento dello statuto che deve contenere le seguenti clausole:
 - a) Divieto di distribuzione di utili, avanzi, fondi, riserve o capitali;
 - b) Obbligo di devoluzione del patrimonio in caso di scioglimento;

- c) Disciplina uniforme del rapporto associativo, esclusione di rapporti temporanei, attribuzione a tutti i soci del diritto di voto.

Tali modifiche sono già state recepite nello Statuto attuale, come previsto dalla legge, con provvedimento urgente del Consiglio Direttivo e ratificato dal Notaio Ermini di Roma. Per quanto riguarda invece le modifiche statutarie proposte dall'Assemblea di Montecatini ed altre individuate dal Consiglio Direttivo, queste sono contenute nella bozza di nuovo Statuto già all'esame preliminare dello stesso Consiglio Direttivo e che verrà presto inviato a tutti i Presidenti Regionali per un'ampia diffusione locale e che verrà pubblicato in uno dei prossimi numeri di questo Bollettino. Come detto, tutto ciò rappresenta un atto dovuto nei confronti dei soci.

Carlo Teodonio
Tesoriere AMD

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*