

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. Pipicelli M. Velussi

Segretario: A. Di Benedetto
Tesoriere: C. Teodonio

Sede Legale: Viale C. Felice, 77
Tel.: 06/7000499 00185 ROMA
Fax 06/77201195
C.C. postale: 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 Berardino
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: F. Losundo
Sicilia: P. Pata
Sardegna: E. Secchi
Toscana: F. 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

VERSO IL NUOVO STATUTO

Si è ormai praticamente concluso il lavoro di preparazione della proposta di nuovo statuto AMD che, dopo essere stata inviata a tutti i soci, verrà sottoposta all'approvazione dell'assemblea il prossimo 27 maggio a Chia Laguna di Cagliari, in occasione del 12° Congresso Nazionale.

Si è trattato di un lavoro non agevole perché, a differenza delle modifiche parziali apportate in occasione di precedenti assemblee, questa volta lo statuto è stato totalmente riscritto per adeguarlo sia alle necessità di legge sia soprattutto al bisogno di chiarezza e di trasparenza nel funzionamento della nostra Associazione, da tutti auspicate. Per lo stesso motivo è stato deciso di coinvolgere nella stesura e nella discussione delle modifiche proposte non solo il consiglio direttivo ma anche le sezioni regionali, da cui sono giunte numerosi e importanti suggerimenti. Infatti il percorso che ha condotto alla proposta finale, che sarà spedita ad ogni socio assieme alla convocazione d'assemblea, è iniziato di fatto con il congresso di Montecatini, nel quale vennero approvate alcune modifiche già adottate dal precedente consiglio con procedura d'urgenza e, soprattutto, vennero indicate le linee orientative per le future, sostanziali modifiche. L'attuale consiglio direttivo sin dal suo insediamento ha dato mandato al presidente di stilare una proposta che recepisce le indicazioni dell'assemblea, ovviamente avvalendosi della consulenza di esperti del ramo. Veniva così elaborata una bozza di statuto, ampiamente discussa nelle riunioni del consiglio direttivo durante tutto il 1998 e quindi sottoposta al parere dei presidenti e dei consigli direttivi regionali, per essere definitivamente approvata nella riunione congiunta del consiglio direttivo nazionale con i presidenti regionali, tenutasi a Roma lo scorso 22 gennaio.

Quali sono i punti più salienti di questa proposta? Anzitutto l'individuazione delle malattie metaboliche, oltre ovviamente al diabete mellito, come campo di applicazione dei compiti istituzionali dell'Associazione, in piena sintonia con le recenti disposizioni legislative in tema di sanità ospedaliera; poi l'istituzione di due nuovi organi associativi,

SOMMARIO

1. Verso il nuovo statuto
2. In esclusiva per i soci AMD: Diabetes Care e le linee-guida IDF, in edizione italiana
3. L'atelier AMD a Chia Laguna
4. Miglioramento continuo della qualità professionale o standardizzazione del rapporto? Opinioni a confronto
5. Il ricorrente problema della patente ai cittadini diabetici
6. Tavola rotonda "Il diabetologo e la gestione del rischio cardiovascolare" - Chia Laguna
7. III Corso su Day Hospital e strutture diabetologiche: il questionario di valutazione
8. Accreditemento professionale dei servizi di diabetologia: la prima visita di revisione tra pari
9. La prima visita di revisione tra pari al servizio di Treviso
10. Progetto disease management e diabete
11. Attività del consiglio direttivo nazionale (aprile 1999)
12. Attività delle Sezioni Regionali
13. Dalla letteratura diabetologica

e cioè il collegio dei revisori dei conti e quello dei probiviri, e la definizione dei compiti dell'assemblea, dei meccanismi di rinnovo del consiglio direttivo e delle modalità di funzionamento delle sezioni regionali. Infine viene modificata la durata in carica del presidente (da 4 a 2 anni) e soprattutto viene individuato nella figura del vicepresidente (anch'egli di durata biennale) chi subentra nella carica di presidente. Come si può intuire, si tratta di modifiche importanti, che renderanno più agile e trasparente il funzionamento dell'AMD e che, garantendo un più rapido turnover dei vertici associativi sia nazionali che regionali, consentiranno anche una più ampia partecipazione dei soci a tali vertici.

Domenico Cucinotta

IN ESCLUSIVA PER I SOCI AMD: Diabetes Care e le linee-guida IDF, in edizione italiana

Due grandi iniziative AMD in campo editoriale sono giunte a destinazione: in esclusiva per il nostro paese, la realizzazione delle edizioni italiane di *Diabetes Care* e delle linee-guida IDF per la gestione del diabete mellito. Si tratta di veri e propri "scoop", frutto della tenacia e dell'impegno del consiglio direttivo e del presidente; in particolare l'edizione italiana di quella che certamente è la più prestigiosa rivista di diabetologia clinica, e cioè *Diabetes Care*, consentirà a tutti i soci AMD di ricevere

gratuitamente, ogni tre mesi, il volume contenente la traduzione italiana degli articoli più importanti comparsi su tre numeri della edizione originale americana. L'operazione rappresenta un impegno notevole, anche dal punto di vista finanziario, che l'AMD ha deciso di accollarsi per fornire ai propri soci un ulteriore servizio all'insegna della qualità.

In occasione del congresso nazionale di Chia Laguna sarà disponibile il numero zero della rivista che conterrà una vera e pro-

pria "chicca" e cioè le ben note "Clinical Practice Recommendations 1999" dell'American Diabetes Association.

Nella stessa occasione sarà distribuita la edizione italiana dell'ultima versione (1998) delle linee-guida dell'International Diabetes Federation per la gestione del diabete di tipo 1, anche queste in esclusiva italiana per i soci AMD. Seguiranno presto, non appena sarà disponibile la versione definitiva dell'IDF, anche le linee-guida per il diabete di tipo 2.

L'ATELIER AMD A CHIA LAGUNA

L'AMD ritiene di possedere un profondo senso della sua missione di associazione professionale, di conoscere la realtà diabetologica italiana, di esser in grado di offrire dei servizi di tipo avanzato ai suoi associati e di poter fornire gli strumenti per affrontare il cambiamento che il contesto sanitario odierno richiede. Per il Congresso Nazionale di Chia Laguna l'AMD si è posta l'obiettivo di mettere in comune le esperienze di questi ultimi 2 anni.

La diabetologia italiana soffre di due mali: la mancata e diffusa dimostrazione

delle utilità dei suoi interventi e una "immagine" non consona sia alla diffusione e gravità della malattia di cui si occupa, che ai risultati organizzativi ottenuti.

L'analisi dei problemi che l'AMD ha effettuato negli scorsi anni ha permesso di definire alcune ipotesi di soluzione, di realizzare alcuni progetti, di sperimentarne i relativi programmi di attuazione e, infine, di proporli alla attenzione di tutti coloro che hanno un qualche interesse nel miglioramento della qualità della assistenza diabetologica italiana.

L'Atelier di Chia Laguna vuole farvi vedere quello che abbiamo progettato e realizzato e quali siano gli obiettivi dell'AMD nei prossimi 2 anni.

Abbiamo immaginato l'attività compiuta dall'AMD come metafora di un viaggio e l'abbiamo realizzata perché ognuno, entrando nell'Atelier, possa farsi una idea degli itinerari possibili, di cosa mettere in valigia, di come partecipare, di quali siano i vantaggi che si possono ottenere.

Walter de Bigontina

MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITÀ PROFESSIONALE O STANDARDIZZAZIONE DEL RAPPORTO? OPINIONI A CONFRONTO

Pubblichiamo una esperienza di certificazione a norma UNI EN ISO 9002/94 e le considerazioni che scaturiscono dal Gruppo di Studio VRQ e Accredimento professionale che da anni lavora al progetto di implementazione nazionale. Poiché gli articoli sono necessariamente "tecnici", i lettori possono contattare direttamente gli Autori dei due articoli che seguono per ulteriori informazioni.

CERTIFICAZIONE A NORMA UNI EN ISO 9002/94 DI UN SERVIZIO DI DIABETOLOGIA

La necessità di assicurare la Qualità delle prestazioni sanitarie, propugnata fra l'altro dal movimento della Carta dei Servizi, ha fatto nascere all'interno della ASL 10 di Pinerolo (TO) l'esigenza di dotarsi di un Sistema Qualità. Per Sistema Qualità si intende l'insieme di struttura organizzativa, responsabilità, procedure, processi e risorse necessari ad attuare la gestione per la Qualità. Per volontà della

Direzione Generale è nato quindi un progetto (che è stato finanziato dal Ministero della Sanità) finalizzato alla costruzione e alla certificazione del Sistema di Qualità dell'Azienda in toto e di quattro sue Unità Operative. Per la realizzazione del progetto sono state scelte le raccomandazioni delle norme ISO serie 9000; nel dicembre dello scorso anno il Sistema Qualità dell'Azienda e quelli di Centro Unificato di Prenotazione, Ufficio Relazioni per il Pubblico, Unità Operativa di Nefrologia e Servizio di Malattie Metaboliche e Diabetologia sono stati certificati secondo Norma UNI EN ISO 9002/94.

La costruzione del Sistema Qualità del Servizio di Malattie Metaboliche e Diabetologia ha comportato:

- La descrizione della struttura organizzativa, con la definizione delle funzioni, delle responsabilità e delle autorità relative alla Assicurazione della Qualità e alla erogazione delle prestazioni.
- La definizione e l'analisi dei processi sanitari chiave.

- La predisposizione di un sistema documentale, atto a descrivere le modalità di pianificazione, gestione della documentazione, gestione e controllo delle attività.
- La predisposizione e l'organizzazione di registrazioni delle Qualità, in grado di dare evidenza delle modalità di svolgimento delle attività, della rispondenza agli standard dichiarati, dell'efficacia degli interventi.

Nell'ambito del sistema documentale sono stati predisposti:

- Il Documento di Descrizione del Sistema Qualità, che specifica le modalità con cui il Servizio e le prestazioni erogate rispondono, in accordo con il Sistema Qualità dell'Azienda, ai requisiti richiesti dalla Norma UNI EN ISO 9002/94 per l'assicurazione della Qualità.
- Le Procedure Specifiche relative ai processi chiave identificati.

- Una serie di Istruzioni Operative, che dettagliano in modo analitico come devono essere eseguite alcune attività specifiche.
- Una serie di Linee Guida e Protocolli Clinici, che contengono rispettivamente i presupposti scientifici delle attività di prevenzione, diagnosi e cura del diabete, delle sue complicanze e dei fattori di rischio cardiovascolare e le modalità operative con cui queste vengono attuate presso il Servizio.
- La modulistica del Sistema Qualità del Servizio.
- Il Piano Qualità del Servizio, che dettaglia gli obiettivi e i progetti di miglioramento pianificati.
- Il Piano di Formazione degli operatori del Servizio.
- Il Manuale di Orientamento, finalizzato ad una prima presa di contatto col Servizio da parte degli operatori di nuovo inserimento.
- Il Piano di Qualificazione degli operatori di nuovo inserimento presso il Servizio, che indica i requisiti minimi richiesti, le modalità di formazione/addestramento, le modalità di verifica e qualificazione.
- La Carta dei Servizi specifica del Servizio.

Il Sistema Qualità secondo Norma ISO 9000 realizza i tre principi fondamentali per la focalizzazione al cliente dettati dalla "Gestione Totale per la Qualità": 1. La realizzazione di fatti concreti, risultato finale di processi ordinati e coordinati fra loro, ognuno in grado di produrre una ben determinata componente del servizio atteso; 2. Il miglioramento continuo e l'innovazione, frutto di una accurata progettazione, della definizione di standard, di controllo dell'efficacia dei risultati, di garanzia dell'efficienza; 3. Il coinvolgimento di tutto il personale nella progettazione, nella erogazione e nel controllo delle attività.

In gergo ospedaliero siamo riusciti ad ottenere il "bollino blu" della Certificazione, ma il successo del progetto non risiede ovviamente nell'aver ottenuto la Certificazione, ma nell'aver dimostrato (per quanto ne so per la prima volta in una struttura diabetologica in Italia) che è possibile anche nella sanità pubblica ridefinire e controllare i processi di erogazione dei servizi rispondendo a norme riconosciute di corretto funzionamento di una organizzazione.

La costruzione di un Sistema Qualità e la Certificazione secondo Norma ISO 9000 non sono in contrasto con il processo di Accredimento di Eccellenza proposto per le strutture diabetologiche e non ne

costituiscono una alternativa; i due processi si integrano contribuendo, ciascuno per le sue caratteristiche, al miglioramento continuo della Qualità dell'assistenza: il Sistema Qualità costituisce infatti il quadro di riferimento metodologico entro cui è possibile realizzare gli standard proposti dell'Accredimento di Eccellenza.

Roberto Sivieri

ASL 10 - Pinerolo

Servizio di Malattie Metaboliche e Diabetologia

LA QUALITÀ TRA ACCREDITAMENTO PROFESSIONALE E ISO 9000

La ricerca del miglioramento continuo delle prestazioni sanitarie ha portato allo sviluppo di un modello di assicurazione della qualità che nel nostro paese ha preso il nome di accredimento, mutuando la definizione che è stata data nei paesi anglosassoni ad analoghe procedure.

La sola considerazione che, sia in campo internazionale che in Italia (addirittura per legge), si stia cercando di costruire un modello di assicurazione della qualità specifico per la sanità, potrebbe essere sufficiente a dimostrare che i modelli utilizzati per le industrie manifatturiere, ed in particolare le ISO 9000, non sono o sufficienti, o completamente applicabili.

È altrettanto evidente che il sistema delle ISO 9000 non può essere ignorato: le norme ISO 9000 sono accettate a livello internazionale come riferimento della assicurazione della qualità del prodotto, e contengono prescrizioni collaudate, che è certamente più opportuno utilizzare che cercare di riscrivere.

Le ISO 9000 descrivono gli elementi che i sistemi qualità dovrebbero comprendere, ma non come una particolare organizzazione li attiva: le norme per la certificazione (9001-9002-9003) del fornitore sono focalizzate sul prodotto e sulle attività che il fornitore ritiene necessarie per la produzione; il modello di accredimento è riferito all'organizzazione ed è focalizzato sul miglioramento della qualità delle prestazioni secondo le prescrizioni di un soggetto esterno e competente (Regione, AMD).

Anche la ISO 9004 (norma che non serve per la certificazione) è una guida per il miglioramento della qualità, ma si ferma all'organizzazione, facendo riferimento alla stessa per la definizione dei criteri tecnici, ed al cliente per la misura "definitiva" della qualità: non prevede il soggetto esterno competente.

Se tutto questo è valido per l'accrédimento istituzionale, che è normato per legge, e col quale prima o poi tutti gli operatori pubblici e privati si dovranno confrontare, le differenze sono ancora maggiori con l'accrédimento, o revisione tra pari "professionale", proposto dalla società scientifica.

La qualità di una prestazione sanitaria presenta vari aspetti, il primo e più importante dei quali è l'intrinseco valore scientifico, che però si deve manifestare in un contesto che tenga conto della soddisfazione dell'utente; ma un sistema sanitario non può essere indirizzato solamente dal giudizio e dalla percezione degli utenti (o delle associazioni dei consumatori), anche se il ruolo che essi ricoprono è molto importante: esistono un contesto organizzativo, uno professionale, ed uno relazionale in cui si muovono i diversi soggetti interessati alla assicurazione della qualità, e tutti devono avere pari dignità.

Il sistema ISO 9000 individua bene i diversi soggetti interessati alla assicurazione della qualità: il cliente per la qualità del prodotto, i dipendenti per la soddisfazione nel lavoro, i proprietari per i risultati dell'investimento, i subfornitori per le continue opportunità di lavoro, la collettività per il comportamento responsabile; ma subito dopo specifica chiaramente che le norme ISO 9000 sono rivolte alla soddisfazione del cliente.

Il modello di accredimento professionale cerca di tenere conto delle aspettative di tutte le parti interessate, con definizioni in parte diverse da quelle utilizzate dalle ISO, e propone un sistema qualità che si possa adattare alla realtà dei diversi servizi, con riferimenti certi ai criteri fissati dalla società scientifica, che diventano obiettivi obbligati per il singolo servizio.

Le principali aspettative del professionista sono l'efficacia pratica (effectiveness) delle prestazioni.

Il modello di accredimento permette di creare nell'utente un'aspettativa compatibile con le risorse a disposizione (di non sprecare risorse), e fornisce le indicazioni affinché, soprattutto mediante la medicina basata sull'evidenza, il livello di efficacia dell'esito possa sempre migliorare.

La società scientifica (e nel caso specifico l'Associazione Medici Diabetologi) è l'ambito più appropriato per sviluppare l'accrédimento professionale e per dare contenuto di qualità tecnica e di competenza ad un'organizzazione che cerca di assicurare la qualità totale delle proprie prestazioni.

Daniilo Orlandini

Gruppo di studio VRQ e Accredimento

IL RICORRENTE PROBLEMA DELLA PATENTE AI CITTADINI DIABETICI

UN ULTERIORE CONTRIBUTO ALLA CONFUSIONE SULLA PATENTE AI DIABETICI: IL DECRETO 16/10/98 DEL MINISTERO DEI TRASPORTI E DELLA NAVIGAZIONE

Al momento in cui si dà alle stampe questo notiziario è probabilmente ormai noto a tutti che nel novembre 1998 è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale un decreto Ministeriale che, apparentemente, apporta modifiche a quelli che fino ad allora erano i criteri per rilasciare la patente di cittadini diabetici.

Ad una prima lettura se ne ricava un concetto nuovo e allo stesso tempo assurdo: i diabetici in trattamento insulinico non possono ottenere il rilascio della patente salvo casi eccezionali (vedi ultimo paragrafo).

Inutile dire che tale interpretazione ha creato sconcerto e incertezza tra pazienti, medici e operatori sanitari.

In realtà, dopo aver raccolto insieme alla FAND pareri competenti di medici legali e funzionari ministeriali, siamo in grado di affermare che non è cambiato nulla e che tutto l'equivoco nasce dalla non corretta espressione della frase "...di questo gruppo..." che nel testo del decreto da luogo a confusioni interpretative.

Per meglio chiarire il problema riportiamo il parere del Prof. Gian Maria Ferraris, Past President dell'AMD Piemonte e Valle D'Aosta, il quale nella sua attuale veste di coordinatore FAND, ha avuto il modo di approfondire e chiarire questa delicata questione.

Dott. Carlo Giorda

U.O. M. Metaboliche e Diabetologia - ASL 8 - Chieri (To)

MINISTERO DEI TRASPORTI E DELLA NAVIGAZIONE

DECRETO 16 ottobre 1998

Modificazione al decreto ministeriale 28 giugno 1996 circa i requisiti psicofisici richiesti per il conseguimento, la revisione e la conferma di validità della patente di guida per i veicoli a motore.

Vista la direttiva 91/439/CEE del Consiglio del 29 luglio 1991 concernente la patente di guida che ha stabilito nell'allegato III: "Norme minime concernenti l'idoneità fisica e mentale per la guida di un veicolo a motore":

Visti i decreti del Ministero dei trasporti e della navigazione 8 agosto 1994 di recepimento della direttiva 91/439/CEE e 28 giugno 1996 di specificazione delle norme dell'ordinamento interno circa i "Requisiti psicofisici richiesti per il conseguimento, la revisione o la conferma di validità della patente di guida per i veicoli a motore";

Visti l'art. 119 del decreto legislativo

30 aprile 1992, n. 285 e l'art. 320 - appendice II, del decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495;

Visto l'art. 229 del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285;

Vista la nota n. 400.7/L.D. 1.6/D.M. 88/94/1939 del 18 dicembre 1997 diramata dal Ministero della sanità, concernente "Rilascio e rinnovo delle patenti di guida. Soggetti affetti da diabete", che trasmette agli organi interessati il documento: "Linee guida per l'applicazione della normativa inerente il rilascio ed il rinnovo della patente di guida a candidati o conducenti colpiti da diabete" approvato dal C.S.S. nella seduta del 30 settembre 1997;

Considerato opportuno, conseguentemente, modificare il sopracitato decreto del Ministero dei trasporti e della navigazione 28 giugno 1996, confermando per i candidati al rilascio della patente di guida o conducenti colpiti da diabete, il recepimento della normativa di cui ai punti 10 e 10.1 dell'allegato III della direttiva 91/439/CEE;

Decreta:

Art. 1

A parziale modifica del decreto del Ministro dei trasporti e della navigazione del 28 giugno 1996, il punto B "Diabete" dell'appendice II, art. 320 del decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, e successive modificazioni ed integrazioni, in attuazione dei punti 10 e 10.1 dell'allegato III della direttiva 91/439/CEE del Consiglio del 29 luglio 1991, è sostituito dal seguente:

"La patente di guida può essere rilasciata o rinnovata al candidato o conducente colpito da diabete mellito, con parere di un medico autorizzato e regolare controllo medico specifico per ogni caso.

La patente di guida non deve essere né rilasciata né rinnovata al candidato o conducente di questo gruppo colpito da diabete mellito che necessiti di un trattamento con insulina, salvo casi eccezionali debitamente giustificati dal parere di un medico autorizzato e con controllo medico regolare".

Roma, 16 ottobre 1998

Il ministro BURLANDO

98A10242

Un recente decreto del Ministero dei Trasporti, pubblicato sulla G.U. del 30.11.98, ha suscitato allarme e perplessità tra i cittadini diabetici e tra i medici diabetologi.

Il testo di questo decreto è il seguente: "La patente di guida non deve essere rilasciata né rinnovata al candidato di questo

gruppo colpito da diabete mellito che necessiti di un trattamento con insulina, salvo casi eccezionali, debitamente giustificati dal parere di un medico autorizzato e con controllo medico regolare".

Ad una prima lettura è facile arrivare alla conclusione che l'applicazione rigorosa di questo decreto priverebbe della patente automobilistica alcune centinaia di migliaia di cittadini diabetici.

Secondo noi una più pacata interpretazione del decreto conduce a conclusioni molto meno drammatiche.

Innanzitutto facciamo notare che i funzionari del Ministero dei Trasporti, che purtroppo condivide, con quello della Sanità, la gestione delle norme che regolano la concessione della patente ai cittadini diabetici, si sono limitati a recepire, parola per parola, una direttiva della C.E.E. che risale al 1991!

Questa direttiva è stata modificata, nel luglio 1996, su proposta di parlamentari italiani, ed il nuovo testo è il seguente: "La patente di guida deve essere rilasciata o rinnovata al candidato o conducente diabetico che non presenti complicanze in atto o la cui entità sia tale da non pregiudicare la sicurezza della circolazione, previa acquisizione del giudizio di un medico specialista".

Purtroppo il nuovo testo non è ancora stato recepito dal Ministero dei Trasporti e probabilmente passeranno anni prima che ciò avvenga.

Tuttavia, secondo noi, la direttiva C.E.E. recepita dal Ministero dei Trasporti, ha la giusta interpretazione in una diversa lettura: "La patente di guida non deve essere né rilasciata né rinnovata al candidato o conducente DI QUESTO GRUPPO ...", ove per QUESTO GRUPPO, si devono intendere le PATENTI MAGGIORI, quelle cioè che abilitano alla guida di camion ed autobus.

Tale parere è condiviso dal Responsabile della Medicina Legale della A.S.L. 8 del Piemonte.

In altre parole le Commissioni Provinciali continueranno ad attenersi alle norme precedenti, che non consentivano, (tranne casi eccezionali), il rilascio o la conferma delle patenti di categoria C.D.E., a conducenti diabetici in trattamento insulinico.

Si ricorda che in quasi tutto il Piemonte è ormai operativo un accordo secondo il quale le Unità Operative di Diabetologia forniscono gratuitamente ai cittadini diabetici una "Scheda Diabetologica" con l'indicazione di diversi parametri clinici e di laboratorio, da presentare alla Commissione Medica patenti, per una obbiettiva valutazione della situazione del cittadino diabetico.

L'impegno della F.A.N.D. è attualmente rivolto ad ottenere il recepimento dell'ultima, già citata, direttiva C.E.E.

Prof. Gian Maria Ferraris

TAVOLA ROTONDA

“Il diabetologo e la gestione del rischio cardiovascolare” - Chia Laguna 27/05/1999

Nell'agenda del Congresso è inserita questa tavola rotonda in cui viene affrontato estesamente uno dei temi più attuali della diabetologia, ovvero la prevenzione delle complicanze macroangiopatiche. In tutta la comunità scientifica internazionale, l'interesse per tale problema è elevato in quanto è la prima causa di mortalità nella popolazione diabetica.

Il primo intervento, curato dalla Dottoressa Vaccaro di Napoli, metterà a fuoco quanto di nuovo si è appreso ultimamente sui fattori di rischio classici. Un'attenzione particolare sarà data ai grandi trials, che hanno dimostrato come contrastare i fattori di rischio classici abbia effetti positivi sulla mortalità cardiovascolare.

La Professoressa Trovati nel secondo intervento, affronterà il tema dell'endotelio e dei fattori emato-coagulativi come attori del danno aterosclerotico. Sarà anche preso in esame il metabolismo dell'emocisteina, il più interessante dei nuovi fattori di rischio emergenti.

Il Dott. Ceriello, terzo relatore, esporrà il ruolo del metabolismo post-prandiale, delle lipoproteine in particolare, nella genesi del danno vascolare, aprendo nuovi orizzonti di diagnosi e terapia.

Il quarto intervento sarà del Prof. Carlo Campagnoli, esperto in problemi endocrini ginecologici, cui è stato dato il compito di fare il punto sul ruolo degli estrogeni e della terapia sostitutiva nella prevenzione del rischio cardiovascolare nella donna, altro argomento più che mai attuale.

Alcuni aspetti inconsueti, ma fondamentali, del rapporto tra diabete e cuore, quali il decorso acuto dell'infarto e la rivascolarizzazione miocardica, saranno trattati nella quinta relazione da Marco Comaschi, Presidente della Sezione AMD Liguria.

A conclusione della tavola rotonda saranno presentati dati nuovi, di sicuro interesse, alla cui raccolta l'AMD ha contribuito con uno sforzo organizzativo senza precedenti.

Si tratta dei dati preliminari del primo periodo (fase osservazionale o di prevalenza) dello studio DAI (acronimo di Gruppo di Studio DIAINF, Associazione Medici Diabetologi e Istituto Superiore di Sanità) che ha raccolto, con data di inizio fra il 14 ed il 30 settembre e data di fine raccolta fra il 19 ed il 31 dicembre 1999, con criterio random rigidamente stabilito dall'Istituto Superiore di Sanità, una coorte di più di 25.000 soggetti diabetici tipo 2, reclutati fra i soggetti che quotidianamente frequentano le strutture diabetologiche del nostro Paese.

Si tratta di una raccolta multicentrica tra le maggiori mai eseguite sino ad ora, con una numerosità di Pazienti elevata. Dalla raccolta dati su questo campione di popolazione si otterranno informazioni su dati clinici, sulla morbilità e mortalità, sulla frequenza di complicanze croniche sulle terapie seguite. Gli eventi in studio, ovvero gli eventi cardio e cerebrovascolari, devono essere certificati da un ricovero o da una visita specialistica.

Le strutture che hanno aderito sono state più di 160, uniformemente distribuite sul territorio nazionale, composte in percentuali quasi identiche fra soci DIAINF, soci AMD e diabetologi interessati non appartenenti a nessuna delle due associazioni. L'assenso a partecipare all'indagine epidemiologica è stato dato in occasione delle riunioni regionali organizzate nel periodo maggio-giugno 1998 per esporre il rationale e le modalità operative della ricerca epidemiologica.

I dati che sono stati raccolti, e che saranno presentati nel corso della tavola rotonda dai consiglieri AMD Giorda e Velussi e dal dott. Raschetti dell'Istituto Superiore di Sanità, riguardano il compenso metabolico (HbA1c e ligemia), la familiarità per malattie cardiovascolari, per ipertensione arteriosa e per dislipidemia, la pressione arteriosa sistolica e diastolica trattata o non trattata, l'età, il sesso, il BMI, la circonferenza vita e fianchi, la terapia diabetologica prescritta già in atto o modificata nel corso della visita di arruolamento, la presenza di infarto, angioplastica, bypass o ischemia cardiaca certificata da specialisti cardiologi, la presenza di retinopatia, la presenza di ulcere in atto o pregresse e di amputazioni degli arti inferiori, la presenza di proteinuria o di microalbuminuria certificate da dati di laboratorio, il tipo di terapia antiipertensiva, l'assetto lipidico e l'eventuale terapia ipolipemizzante e altri dati minori, ma di sicuro interesse per una panoramica di così vasta portata.

La completezza delle schede, raccolte per via informatica o su schede cartacee, è stata curata con fasi di revisione e controllo del comitato scientifico dello studio (composto di due soci AMD, Carlo Giorda e Mario Velussi, di due soci DIAINF Angelo Avogaro e Salvatore Turco e da un epidemiologo dell'ISS, Roberto Raschetti). Al termine della prima fase non si può non lodare lo sforzo compiuto da ognuno dei partecipanti per rimanere nel gruppo senza che si verificassero dropout per le note situazioni contingenti che rendono difficile l'attività quotidiana delle strutture diabetologiche italiane.

La mole e la completezza dei dati raccolti sono di buon auspicio per la seconda fase dello studio (fase di incidenza o prospettica) che seguirà, nella quale tutti i pazienti saranno seguiti con follow up distanziati di sei mesi in sei mesi, strutturati in modo da poter raccogliere alternativamente poche notizie sul compenso, sulla terapia e sull'insorgenza di eventi cardio o cerebrovascolari. Nel controllo annuale è prevista la raccolta di dati anamnestici più completi, anche strumentali e biomorali, diversi dal compenso glucidico.

La raccolta dei dati è stata e sarà centralizzata presso DIAINF, che garantirà anche l'accuratezza della raccolta e dell'imputazione dei dati cartacei, ed i file di volta in volta ottenuti saranno depositati presso l'Istituto Superiore di Sanità che ne curerà l'elaborazione statistica e il possibile utilizzo per indagini di farmacoepidemiologia, di valutazioni di cambiamento di orientamenti terapeutici e per fornire alle Autorità Ministeriali competenti responsabili della politica sanitaria dati nazionali, che in precedenza non era stato mai possibile raccogliere in così gran numero.

Il grande sforzo attuato sino ad ora ha messo in moto una raccolta dati unica per il nostro Paese, ma non è sufficiente. Esso è solo l'inizio di una lunga avventura: infatti uno sforzo ancora maggiore dovrà essere attuato per seguire correttamente nel tempo la coorte di pazienti arruolati, superando quei momenti di crisi oggettiva, che tutti conosciamo, nei quali rischia di venire meno la determinazione a proseguire qualcosa che non sia la routine giornaliera.

È infatti una regola basilare dell'epidemiologia che la qualità degli studi longitudinali si misura nel numero di pazienti che rimangono in osservazione per un periodo di tempo ragionevolmente lungo.

Carlo Giorda
Mario Velussi

NOTIZIE AMD VIA INTERNET

La pagina web dell'AMD si è trasformata in sito.
L'indirizzo è: www.aemmedi.it

La casella di posta elettronica mantiene lo stesso indirizzo:
amd@columbus.it

I soci che avessero variato la propria e-mail sono pregati di comunicarlo.

Si richiede a tutti i soci di inviare il proprio indirizzo di posta elettronica per costruire una mailing list AMD

III CORSO SU DAY HOSPITAL E STRUTTURE DIABETOLOGICHE IL QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE

Civitavecchia 4 marzo 1999

L'AMD Lazio ha avuto il piacere di ospitare il III corso sulla organizzazione delle Strutture e del Day Hospital: impegno importante che ha coinvolto le Marche, la Toscana ed alcuni ospiti dell'Umbria e dell'Abruzzo. Una forte brezza di mare che spirava fin dal primo giorno non faceva presagire nulla di buono e si accompagnava allo stato influenzale di alcuni tutors fondamentali per capacità organizzative. Con queste premesse, forti preoccupazioni da vigilia teatrale accomunavano gli animatori chiamati per l'occasione, i consulenti suggeriti dallo sponsor e quanti di buona volontà avevano trascorso gli ultimi giorni al telefono per cercare dei sostituti per i malati. Come sempre, se le prove sono difficili, la serata della prima è più facile. Con la paura dell'insuccesso tutti davano il meglio di sé memori dei corsi precedenti, riuscivano ad organizzare 5 gruppi di otto persone con un esperto ed un animatore per ogni gruppo. I passaggi dall'aula plenaria alle stanze blu, gialla, verde, rossa e bianca erano difficili ma fluidi ed ognuno si sentiva parte di un team molto attivo. Qualche difficoltà nel lavoro di gruppo era mitigata dalla prepa-

razione dei docenti e dalla disinvoltura dei moderatori. Le riunioni "critiche" di dopo cena ci aiutavano a far meglio per il giorno successivo. In fondo si lavorava molto ma con divertimento (questa mi sembra una caratteristica dei corsi AMD!).

Malgrado le nostre impressioni positive abbiamo voluto esaminare obiettivamente il nostro impegno facendoci preparare un "questionario tecnico di valutazione" che potesse far emergere le critiche utili per noi e per i corsi futuri. L'anonimato e le nostre esortazioni spero abbiano aiutato la spontaneità dei giudizi.

Il questionario era distinto in quattro parti: una di giudizio complessivo, ma sul raggiungimento degli obiettivi, una con domande sulla qualità delle lezioni, l'ultima sulle possibili ricadute nel proprio quotidiano lavorativo. Raccolto nella tarda mattinata di sabato, è stato compilato in maniera attendibile da 27 discenti. È emerso in maniera incontrovertibile che sono stati raggiunti gli obiettivi prefissati sia per gli obiettivi specifici che in generale che per la trasferibilità sul proprio lavoro: 25 giudizi positivi, due dubbi ed uno solo negativo per ambedue i parametri (sullo stesso questionario). Ottimo è stato il giudizio sull'organizzazione (giudizi possibi-

li: ottima, buona, sufficiente, insufficiente; risultati: 24 tra ottima e buona) e la preparazione dei docenti (25 tra ottima e buona) in particolare per le lezioni teoriche; 21 tra ottima e buona è stata giudicata l'efficacia dei lavori di gruppo. A questo proposito è stato giudicato insufficiente il tempo per il lavoro di gruppo sui costi malgrado a questo argomento fosse dedicato il pomeriggio più lungo. Un giudizio incerto è emerso sull'immediatezza della ricaduta di quanto appreso sul proprio lavoro (per 22 è buona, mentre solo per 4 è ottima) e questo può rappresentare uno stimolo per rendere ancora più "locali" i nostri lavori e le nostre discussioni.

Alcune riflessioni finali: in generale l'esperienza è stata altamente positiva; c'è maggiore abitudine alla lezione dalla cattedra che al lavoro di gruppo; sarà utile avere un gruppo di esperti AMD sulla gestione del lavoro di gruppo: tra diabetologi di buona volontà si riesce sempre a fare un buon lavoro anche con una iniziale...forte brezza di mare.

Grazie a tutti i presenti per il loro impegno ed un saluto dispiaciuto a quanti non sono riusciti a raggiungerci.

Sergio Di Pietro
IRCCS - INRCA Roma, Diabetologia

ACCREDITAMENTO PROFESSIONALE DEI SERVIZI DI DIABETOLOGIA LA PRIMA VISITA DI REVISIONE TRA PARI Gruppo AMD per la qualità e l'accreditamento

I primi risultati del progetto verranno ufficialmente presentati alla comunità diabetologica durante il prossimo Congresso Nazionale AMD di Chia Laguna, ma il livello del consenso ottenuto, l'effettuazione della prima visita sperimentale di revisione tra pari alla Struttura operativa Diabetologica di Treviso ci inducono a questa breve comunicazione.

LO STATO DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO (G. de Bigontina)

Il programma (1998 - maggio 1999). È stato redatto nel febbraio 1998 a Firenze, occasione, in cui il progetto è stato illustrato, condiviso, acquistato dai Presidenti Regionali AMD. Sono state designate per ogni sezione regionale 2-3 persone con l'incarico di definire i progetti di implementazione regionale del programma di accreditamento. Essi hanno partecipato nel maggio '98 ad un corso master sulla qualità a Riccione ed han-

no avviato la fase di autovalutazione nelle loro sezioni che termina nel marzo '99. In questi primi mesi del '99 stanno avvenendo alcune visite sperimentali di accreditamento professionale.

Autovalutazione. Attività per cui una Organizzazione volontariamente valuta al proprio interno il grado di conformità ad un modello, al fine da un lato di verificare che l'organizzazione sia efficace e funzioni come previsto, in conformità ad un modello e a un corrispondente corpo di regole, dall'altro di pianificare una attività di miglioramento. Alla fine di febbraio 1999 sono pervenuti al Garante di terza parte, il dott. C. Favaretti componente del Direttivo Nazionale Soc. Ita. di VRQ, numerosi documenti di autovalutazione così ripartiti per Sezioni: Piemonte 20, Liguria 2, Lombardia 3, Emilia Romagna 9, Triveneto 45, Toscana 4, Marche 4, Lazio 14, Abruzzo 1, Campania 17, Puglia 1, Sicilia 16. Totale 136.

Visite di Revisione tra Pari (o accreditamento professionale). Accreditamento processo con il quale un soggetto abilitato (AMD) valuta una organizzazione, un gruppo o un programma e ne attesta la corrispondenza rispetto a requisiti quali criteri. Revisione tra pari processo di adesione volontaria ad una valutazione di Gruppo tra pari, al fine di migliorare continuamente l'organizzazione o l'erogazione dei servizi, secondo criteri espliciti e pubblici, coordinato da una organizzazione imparziale, indipendente. Il 26.02.1999 è stata eseguita la prima visita tra pari del programma al Servizio di Treviso. Sono State fissate le date di effettuazione delle visite ad altri 6 servizi.

LA VISITA DI REVISIONE TRA PARI ALLA STRUTTURA DI TREVISO (G. de Bigontina)

La visita fa parte del programma di Accreditamento professionale concordato

nel Nord Est dai Direttivi delle 2 sezioni regionali Veneto Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia, il programma, dopo la autovalutazione di 45 strutture, prevede una fase di sperimentazione di visite di accreditamento ristretta a 8 servizi.

Schema della visita a Treviso

Fase preliminare: 1) richiesta di visita da parte del responsabile dr. E. Scaldaferrì al Presidente regionale AMD e alla Direzione Medica del suo ospedale, 2) designazione dei componenti il Gruppo di Visitatori (GdV), 3) invio del documento di autovalutazione al GdV, 4) riunione dei GdV per la valutazione del documento e la redazione di una lista di verifica che specifica in modo dettagliato per ogni criterio se esso viene verificato, cosa viene chiesto per verificarlo, a chi ciò viene chiesto, 5) distribuzione dei compiti all'interno del GdV (capogruppo G. de Bigontina, R. Gelisto, L. De Gaspari valutatori, D. Orlandini tutor), verifica documenti formali di autorizzazione alla visita, 6) invio della lista di verifica al responsabile del servizio con la data di effettuazione della visita, **Fase Visita:** 7) Presentazione della visita al responsabile (medico e capo sala) e agli operatori, 8) presentazione della struttura GdV da parte del responsabile, 9) verifica della documentazione, 10) visita alla struttura, 11) riunione riservata del GdV per definire i giudizi (punteggi, ma anche consigli, ipotesi di miglioramento) sul grado di adesione ai criteri, 12) riunione finale con tutti per la lettura dei giudizi. **Fase successiva** (non svolta in questo caso): 13) preparazione, riesame relazione

finale. 14) invio della relazione ai coordinatori del programma. 15) giudizio dei coordinatori sul grado di accreditamento della struttura. 16) invio relazione ai responsabili.

LA VISITA ALLA STRUTTURA OPERATIVA DIABETOLOGICA DI TREVISO: il commento del tutor Danilo Orlandini

L'obiettivo della visita a Treviso, come di tutte quelle che si effettueranno fino al Congresso di Chia, è quello di valutare l'applicabilità del metodo, non di dare un giudizio di accreditamento. La visita ha riguardato la verifica del sistema qualità descritto nel manuale e della sua comprensione da parte della struttura, cioè la verifica della conformità del sistema organizzativo-professionale, strutturale-professionale e documentale ai criteri di accreditamento della struttura diabetologica. Il Dr. Scaldaferrì aveva invitato ad assistere alla visita in qualità di osservatori i presidenti Regionali A. Pellegrini e A. Boscolo Bariga e alcuni diabetologi e infermieri coinvolti nel programma Nord-Est; inoltre, erano presenti due rappresentanti della Direzione Medica dell'Ospedale. All'audit ha partecipato il personale del servizio il Dr. G. Bodo-li, la capo sala Sig. R. Santantonio, la dietista, alcune infermiere. L'atteggiamento delle parti era il seguente: gli operatori erano preoccupati di mettersi in giuoco, di essere giudicati da estranei, anche in presenza di Rappresentanti aziendali, i visitatori erano preoccupati di calarsi nel ruolo in modo corretto, senza essere eccessivamente formali. La tensio-

ne iniziale si è sciolta durante la presentazione della struttura di E. Scaldaferrì, nel corso della quale i visitatori sono riusciti a chiarire ai visitati e agli osservatori le caratteristiche ed i limiti che avrebbe avuto la visita di revisione tra pari. La struttura di Treviso si è presentata con una documentazione molto ben classificata e ordinata, ciò ha facilitato il lavoro ed accorciato i tempi della visita, che però è pur sempre durata oltre 6 ore. Gli operatori del servizio hanno sofferto alcuni momenti di disagio che si sono manifestati con alcune discussioni su documenti che non erano giudicati completamente idonei. Tali discussioni sono necessariamente brevi e devono servire ai valutatori per capire se l'evidenza del documento e non le intenzioni di chi l'ha scritto è tale da soddisfare il criterio. Come sempre questo è uno dei momenti critici dell'audit, perché è in tali circostanze che i valutatori corrono il rischio di avere un atteggiamento ispettivo e di apparire più attenti alla forma che al contenuto (burocratici). La seconda parte della visita è servita per prendere visione diretta del grado di adesione ad alcuni specifici criteri, in questa fase il GdV si è diviso ed ha valutato le caratteristiche strutturali ed organizzative anche con brevi interviste agli operatori.

Al termine il capo gruppo ha letto agli operatori il giudizio dato al grado di adesione ai criteri, per alcuni di questi ha lasciato anche alcuni consigli o ipotesi di miglioramento utili a rafforzare il grado di adesione. Non verrà espresso un giudizio sul grado di accreditamento, perché ciò non è l'obiettivo di questa fase del programma. In futuro invece, sarà necessario che tale giudizio venga espresso.

LA PRIMA VISITA DI REVISIONE TRA PARI AL SERVIZIO DI TREVISO

Biblioteca del Servizio di Diabetologia dell'Ospedale Civile di Treviso, in gennaio 1999.

C'è una certa confusione, tutti parliamo, ci salutiamo ancora, quasi prendiamo tempo prima di iniziare veramente il lavoro. In realtà nascondiamo tutti, con il nostro modo di fare apparentemente facceto, una certa tensione.

Gli occhiali calati sul naso, guardando sopra di essi, Orlandini, il Tutor, seduto in mezzo al Gruppo dei Valutatori, dà il via: "Gli Osservatori debbono tacere, dovranno astenersi da qualsiasi commento; alla fine potranno chiedere spiegazioni".

Il tono è perentorio, non più quello confidenziale dei saluti di poc'anzi.

Ancora in piedi, con accanto i componenti del Servizio, ad un lato dell'ampio tavolo sul cui centro sono le varie cartelle contenenti la documentazione, mi volto a guardare in giro, un po' smarrito: i numerosi "Osservatori", distribuiti alla destra e di fronte, sono ammutoliti, i Valutatori, investiti dal loro ruolo, sono già immersi nelle carte. "Allora fanno sul serio - mi dico - eppure ci conosciamo tutti, legati da stima ed affetto, ma guarda che facce, che bisogno c'è ...!"

Ed invece ce n'è bisogno, ora ne sono convinto: al Centro di Treviso sta prendendo le mosse la prima Visita di Valutazione tra Pari ufficialmente a nome e per conto della AMD Nazionale; seppure è una prova, stiamo avviando una cosa

veramente importante, che conclude un lungo iter preparatorio e ne apre un altro. Non si può scherzare sebbene ci conosciamo tutti; affetto ed amicizia ora debbono coagularsi per lavorare meglio verso quell'obiettivo comune che avvertiamo di avere.

de Bigontina prende la parola e, come se mi avesse letto nel pensiero, interpreta il nostro stato d'animo, saluta e ringrazia con rigorosa ufficialità, spiega il lavoro della giornata e dà ben poco spazio ai complimenti. Guardo anche lui, il mio carissimo amico con cui ho condiviso le fatiche di questi anni di preparazione, così

(continua)

serio e distaccato ora, mentre mi prega di porgere il saluto da parte del Servizio.

Beh, sono decisamente emozionato, spiaccio qualche parola (e si che non è certo la prima volta che parlo in pubblico!) e mi libero subito, invitando i rappresentanti della nostra Direzione Sanitaria a dire brevemente la loro.

Bene, avverto sempre più che stiamo per fare una cosa seria, importante ed impegnativa, ed il clima non può essere che questo.

Cominciamo. Analisi del primo gruppo di criteri, uno per uno, con documenti relativi; eccoli qua, li porgiamo, li esaminano con accuratezza, secondo gruppo..., ah, manca qualcosa, eppure c'era, Rosy la Caposala si agita, corre verso un armadio, indica ad una Professionale di cercare altrove .. trionfanti ritornano, eccoli, tutto a posto! "Ma non è proprio quello che ci vorrebbe...", dice uno dei Valutatori.

Mi è subito chiaro che questa è la prima fase, che non abbiamo trovato ancora il metro giusto; così ci giustifichiamo, commentiamo e, perché no, a arrampichiamo un po' poiché difatti ci stiamo difendendo. Il clima è piuttosto teso, ma Orlandini, il Tutor, forte della sua esperienza, capisce e provvede ad alleggerirlo: "sì, va bene possiamo accettarlo, in fondo si vede che...", de Bigontina e Gelisio colgono l'occasione per suggerire, proporre, aprire la discussione. L'argomento si allarga.

Ecco, è la seconda fase, ora si che lavoriamo; i timori sono fuggiti, scambiamo

idee, confrontiamo quello che altrove viene fatto e come viene fatto, non abbiamo più paura delle nostre manchevolezze poiché ci stiamo consultando su come risolvere quel problema!

La tensione svanisce, le difese cadono e diventa addirittura bello: l'ovvia ostilità iniziale – in fondo, diciamo, degli estranei sono "a casa nostra" per curiosare su quello che facciamo – è sostituita dalla sensazione, ora netta, che stiamo collaborando per valutare alla pari se quello che mostriamo è sufficiente, se e dove la nostra Organizzazione vada migliorata. E non è quello che ci eravamo prefissati?

Mi guardo intorno. Le facce sono distese, la Caposala non si agita più, le altre infermiere sono pronte ad intervenire, gli Osservatori ... mantengono il mandato, tacciono, ma si intuisce che ne avrebbero da dire! Tre ore filate di lavoro, sempre più entusiasmante, coinvolgente, con la voglia già di dichiarare ad alta voce che il metodo e la strada sono quelli giusti, di invitare tutti a tornare, perché, vedrete, la prossima volta faremo meglio!

L'esame dei documenti è finito Break, finalmente. Tartine, pasticcini, caffè e l'immancabile prosecco. Siamo euforici, gli Osservatori possono sfogarsi infine!

Si riprende: giro del servizio, stanza per stanza, le toilette (sono adatte ai portatori di handicap?), la segreteria, gli studi, l'archivio, la sala d'aspetto, la cucinetta (ahi! quel fornello: sì, però ecco la lettera all'Ufficio Tecnico e per la Sicurezza, e, non ci credereste, sono già venuti a con-

trollare!); l'esame dalle cartelle e degli altri presidi. Il giro è terminato, hanno guardato proprio tutto, i nostri amici.

Ultima parte. I Valutatori e gli Osservatori si chiudono in biblioteca. Noi del servizio fuori ad attendere: una ora e mezza (ma che hanno fatto?). Ci chiamano. Riesame di tutto, ma il clima è disteso ed accogliente con la sensazione del gran lavoro fatto che comincia a gratificarci.

de Bigontina relaziona (ad essere emozionato stavolta è lui): è andato tutto bene, i complimenti sono espliciti e sentiti, la nostra autovalutazione era corretta, anzi ... abbiamo guadagnato in punteggio. Il servizio esulta, ci abbracciamo con aria che ora è festosa.

No, no, Colleghi, non è il guadagno nel punteggio, o non solo, a farci gioire: il fatto chiave è che abbiamo accettato di aprirci, di uscire dal guscio del nostro piccolo mondo del lavoro quotidiano svolto in questo piccolo Centro, uno dei tanti, uno come tanti, ed abbiamo detto: "venite a dirci se lavoriamo sufficientemente bene, venite a ragionare con noi su che cosa possiamo cambiare".

Abbiamo accettato con modestia un confronto, siamo stati ripagati da consigli. Abbiamo qualche carta in più per migliorare.

Ve lo assicuro, Colleghi, è entusiasmante: provateci

Ennio Scaldaferrì
Dirig. Referente CAD

Coordinatore Gruppo Nazionale URQ-A

PROGETTO DISEASE MANAGEMENT E DIABETE

Il Disease Management (DM) è una metodologia basata su un approccio integrato alla malattia cronica, teso al *miglioramento dei risultati clinici e della qualità dei servizi offerti al paziente, nell'ottica di una razionalizzazione delle spese*. Il DM si basa sull'analisi di dati clinici ed economici e, quindi, sulla creazione di un modello dell'intero iter diagnostico-terapeutico legato alla patologia considerata finalizzato all'individuazione di interventi atti a migliorare i servizi offerti al paziente, nonché ad ottimizzare i costi complessivi. I vantaggi si hanno soprattutto nella gestione delle malattie croniche dove, per la complessità, il numero di interventi e gli alti costi economici diretti ed indiretti, è difficile avere una visione globale. In tale ambito il DM permette di "fotografare" le diverse fasi del processo assistenziale in

un unico quadro e quindi di realizzare interventi di miglioramento che influenzino l'intero percorso. Il Diabete Mellito è una patologia in cui l'applicazione del DM può risultare di grande utilità: è infatti ad elevata prevalenza (il 3% della popolazione è affetto da diabete noto, il 2% non noto) e di lunga durata, costosa per la morbilità e mortalità dovute alle gravi complicanze croniche (il 5% della spesa sanitaria nazionale è imputabile ai costi diretti della malattia diabetica). Infine, la cura del paziente diabetico è complessa: ad essa concorrono diverse figure e strutture sanitarie spesso non integrate fra di loro.

La *valutazione dei risultati* è un'elemento centrale dei programmi di DM. I risultati sono generalmente suddivisi in *categorie cliniche, economiche e qualitative (soddisfazione dei pazienti, qualità*

della vita) (vedi tabella 1). Nella realizzazione di programmi di DM è importante costruire una base di dati di partenza in modo da poter misurare i risultati attesi nel tempo (vedi tabella 2), durante e dopo l'applicazione delle linee guida proposte con il DM. Uno degli elementi critici è come misurare i risultati del programma di DM. Considerando inoltre che il ruolo dei pazienti nella corretta implementazione delle linee guida proposte è cruciale, particolare importanza riveste la raccolta dei dati presso gli stessi pazienti circa i risultati e la soddisfazione dell'assistenza sanitaria ricevuta. Per quanto riguarda le categorie cliniche ed economiche è altrettanto importante possedere delle fonti e degli indicatori la cui bontà e correttezza è garanzia della qualità del processo di DM.

Tabella 1. *Ambiti di lavoro del processo di DM applicato alla diabetologia:*

A) PAZIENTI

Soddisfazione dell'assistenza ricevuta
Adesione ai trattamenti
Qualità della vita

B) CATEGORIE CLINICHE

Modalità/qualità dell'assistenza
Rispetto dei protocolli, diagnostico/terapeutici
Efficacia clinica

C) CATEGORIE ECONOMICHE

Costi per presidi
Costi per visite, esami, accertamenti
Costi per farmaci

Costi per ricoveri, trattamento dialitico

Tabella 2. *Risultati attesi (Obiettivi prioritari).*

A) PAZIENTI

Miglioramento della soddisfazione dell'assistenza sanitaria, adesione al trattamento, qualità della vita.
• rilevare gli ambiti di disagio dell'utenza
• ridurre tempi di attesa per la visita
• ridurre le lista di attesa
• migliorare l'informazione sui percorsi sanitari
• educare il paziente ad una migliore conoscenza della malattia
Gli *indicatori* di tale ambito derivano dagli scores di questionari

B) AMBITO CLINICO

• identificare e trattare i pazienti in scadente controllo metabolico
• effettuare una diagnosi precoce delle complicanze croniche
• effettuare una diagnosi tempestiva di diabete
• educare i pazienti all'autogestione della malattia (educazione terapeutica)
Gli *indicatori* sono: HAlc, numero e tipologia dei pazienti con complicanze croniche, applicazione protocolli diagnostico/terapeutici.

C) CATEGORIE ECONOMICHE

• razionalizzazione delle risorse
Gli *indicatori* sono: analisi erogazione presidi per diabetici, analisi dei ricoveri

BENEFICI PER

SISTEMA SANITARIO

- risultati migliori
- una miglior pratica clinica
- risultati misurabili
- razionalizzazione delle risorse
- miglioramento globale del sistema
- una cura senza compartimenti stagni
- una miglior integrazione tra i diversi operatori sanitari
- maggior equilibrio tra costi/efficacia/qualità della vita
- definizione del trattamento

MEDICI

- aumento della professionalità
- opportunità per lavorare in modo efficace
- integrazione/relazione con altre figure professionali più stabile e migliore
- buon accesso alle informazioni

PAZIENTI

- migliori risultati clinici
- più coinvolgimento
- miglior qualità della vita
- più informazioni
- un sistema centrato sul paziente
- un trattamento preventivo (meno costoso)
- può rendere più rapido ed accessibile il trattamento
- può influenzare le linee guida e i risultati clinici (educazione terapeutica)

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

Sandro Gentile, Via Nicolardi P.co Arcadia, 4 - 80131 Napoli - Fax: 081-5866734 - tel. 0338-7192098

SVANTAGGI PER

SISTEMA SANITARIO

- la cura può costare di più
- impegna tempo e risorse (investimento)
- può provocare confusione, scompiglio quando viene avviato
- si incontrano difficoltà e ostacoli nel cambiamento
- può essere considerato una moda passeggera
- può essere interpretato come uno strumento rigido, che blocca i cambiamenti

MEDICI

- può minacciare la libertà del clinico (linee guida)
- diminuzione dell'immagine professionale
- ambito stretto e controllato dalla supervisione dell'amministratore
- conflitti tra le richieste del paziente e i protocolli
- cambiamenti nei rapporti con il paziente

PAZIENTI

- restrizioni del trattamento
- aumenta la responsabilità e il ruolo: da passivo ad attore
- può percepire alcuni trattamenti come non utili

Il DH, metodologia che porta ad una attività di miglioramento continuo è fattibile in campo diabetologico e si sviluppa, consensualmente con l'accreditamento professionale e con MCQ (Miglior Controllo Qualità).

Come Proseguire?

La formazione è certamente indispensabile per intraprendere percorsi AMD: per tale motivo l'AMD, ha programmato corsi formativi alla progettazione e alla realizzazione del D.M. che intende ripetere in futuro.

Questa iniziativa permetterà al diabetologo di assumere un ruolo importante e irrinunciabile nella gestione della cura del paziente diabetico, attraverso l'assunzione di funzioni epidemiologiche, economiche, formative di altri operatori sanitari.

Umberto Valentini

ATTIVITÀ DEL CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE (APRILE 1999)

- La conversione dell'insulina da U40 a U100 pare finalmente arrivata in dirittura d'arrivo. Sono state risolte le ultime difficoltà organizzative e si è trovata un accordo tra Ministero della Sanità e industria farmaceutica. È stato dato incarico a un'agenzia pubblicitaria di preparare posters informativi-esplicativi da distribuire nelle farmacie e nelle dovute sedi di attività sanitaria. Nell'ultima riunione con il Ministero è stata fissata la data in cui avverrà la conversione: 1° Marzo del 2000. L'evento sarà contemporaneo alla Francia che deve risolvere il nostro stesso problema.
- È in piena attività la fase organizzativa finale del XII congresso AMD di Chia Laguna. Tra le novità più interessanti vi è la creazione di uno spazio AMD, dove saranno esposte tutte le attività più importanti effettuate dalla nostra associazione negli ultimi due anni. È intenzione del Consiglio Direttivo portare a conoscenza di tutti, soci e non soci, dettagliatamente, tutte le numerose iniziative che, originate da quella una fucina di idee che è l'AMD, sono state realizzate in questi ultimi tempi. Per quanto riguarda l'attività scientifica, sono arrivati al comitato scientifico 253 abstracts di cui 77 sono stati accettati come comunicazione orale,

143 come posters. 33 non sono stati accettati. È stata data una priorità clinica ai criteri di valutazione.

- Da Gennaio e Maggio di quest'anno si completa il ciclo di corsi di aggiornamento 1998-99. Si sono svolti i corsi di equipes diabetologiche per il Nord a Sestri Levante, i corsi sul DH e sulle strutture diabetologiche per il Centro a Civitavecchia, per il Nord-Ovest a Marentino. In tutti vi sono state una partecipazione attenta e il gradimento è stato alto. Chiuderanno il ciclo il Corso sul DH e sulle strutture per le regioni del Nord-Est, che si terrà ad Arborea, e il corso per equipes per il sud che si terrà ad Avellino a Maggio. In questi ultimi corsi per la prima volta, è stato chiamato a contribuire chi aveva partecipato al primo corso per formatori AMD di Sarteano.
- Lo studio DAI, collaborazione tra AMD, DIAINF e Istituto Superiore di Sanità, prosegue la raccolta di dati Epidemiologici sulla macroangiopatia nel diabete di tipo 2. La partecipazione all'iniziativa è stata eccezionale sono stati coinvolti più di 190 centri italiani con arruolamento di una coorte di 25.000 pazienti. Si tratta certamente della più grande coorte clinica di diabetici in studio del mondo. A marzo, do-

po una serie di incontri su tutti il territorio nazionale, è iniziata la fase di raccolta dati prospettici che avviene con cadenza semestrale. Il disegno dello studio e i primi dati descrittivi saranno presentati a Chia Laguna nella tavola rotonda sul rischio cardiovascolare.

- Vi sono contatti tra Diabetes Care e l'AMD per una versione italiana della prestigiosa rivista. Le trattative sono a buon punto, anticipiamo questa notizia riservandoci di dire qualcosa di più sul prossimo notiziario.
- Le pagine web dell'AMD verranno trasformate in sito su internet. Avremo un www.aemmedi.it. Anche su questo saremo più precisi appena possibile.
- La scuola per formatori AMD prosegue la sua attività. Ad aprile, nella ormai mitica sede di Sarteano, verrà effettuata la seconda fase di formazione per i diabetologi che avevano partecipato al corso dell'ottobre scorso. La scuola verrà ufficializzata e diverrà permanente; coloro che la frequentano dovranno poi rendersi disponibili, come già è avvenuto negli ultimi Corsi sul Day Hospital, al duro lavoro di tutor in corsi AMD.

Carlo Giorda
U.O. M. Malattie Metaboliche e Diabetologia,
ASL 8 - Chieri (To)

ATTIVITÀ DELLE SEZIONI REGIONALI

Sezione Toscana

Il 6 giugno 1998, a Montecatini Terme, si è tenuta la Riunione Regionale per la presentazione del Protocollo di Studio Diabete mellito tipo 2 e Macroangiopatia, curato da AMD, Istituto Superiore di Sanità e DIAINF.

Il 18 giugno 1998 sono state sottoscritte le Linee guida sulla gestione integrata del paziente diabetico da parte dei medici di medicina generale e degli specialisti diabetologi della Regione Toscana. Per la stesura di tale documento era stata formata sotto l'egida della Federazione Regionale Toscana degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, una Commissione di esperti dell'AMD, SID, FIMMG e SIMG. Per l'AMD hanno partecipato il dr. Francesco Galeone e il Dr. Adolfo Arcangeli.

Il 19 settembre 1998 si è svolto a Montecatini Terme un incontro tra i Responsabili dei Servizi di Diabetologia e i

due accreditatori toscani (Dr.ssa Rosa Maria Meniconi e Prof. Italo Tanganelli) per l'implementazione a livello regionale del progetto di VRQ e Accreditamento. Tutti hanno mostrato interesse ed hanno manifestato la volontà di partecipare al progetto volontario.

Il 10 ottobre 1998 a Riva dei Sole (Castiglione della Pescaia - Grosseto) si è tenuto un convegno interregionale, organizzato dalla nostra Sezione, sul tema "Le sindromi ipoglicemiche".

Dopo la presentazione da parte del Presidente (Dr. Francesco Galeone) e dell'ospite locale (Dr. Mauro Rossi), si sono succedute, con la moderazione dei Proff. Giorgio Gragnoli e Ugo Bisacchi, varie relazioni che hanno messo a fuoco gli aspetti fondamentali delle ipoglicemie, grazie anche al livello qualitativo degli oratori.

Gli argomenti trattati sono stati: le ipoglicemie organiche (Prof. Geremia Bolli), le ipoglicemie funzionali Prof. Guido Tamburrano), le ipoglicemie iatrogene (Dr.

Adolfo Arcangeli), le ipoglicemie neonatali e dell'infanzia (Dr. Marco Martinucci), la valutazione diagnostica delle ipoglicemie (Prof. Carlo M. Rotella) e la terapia delle sindromi ipoglicemiche (Prof. Italo Tanganelli).

Il 31 Ottobre 1998 si è svolto a Montecatini Terme il secondo corso pratico di metodologie applicate alle complicanze del diabete. Il tema di quest'anno è stato "La metodica doppler nel paziente diabetico".

Prossimamente è previsto un Convegno dal tema "Diabete e Sport", che sarà organizzato dal Dr. Adolfo Arcangeli: Il presidente dell'AMD Toscana (Dr. Francesco Galeone), il Consigliere Nazionale Dr. Adolfo Arcangeli e la Dr.ssa Rosa Maria Meniconi, Consigliere Regionale, hanno partecipato attivamente alla stesura dell'Azione Programmata di Diabetologia, che sarà inserita nel prossimo Piano Sanitario 1999-2001 della Regione Toscana.

DALLA LETTERATURA DIABETOLOGICA

Siamo giunti al terzo numero della rubrica dedicata alla ricerca Italiana in Diabetologia. Piccole novità sono i riferimenti d'Istituto, ove disponibili nel rispetto della volontà di privacy dei ricercatori, e l'indirizzo e-mail del primo autore. È un tentativo di migliorare la conoscenza dei centri di ricerca anche da parte di chi segue meno assiduamente alcune riviste internazionali.

In questo numero sono citate tutti gli articoli on line dopo il novembre 1998 e fino al 5 aprile 1999 (quindi non i 3 mesi temporali ma i 90 giorni medline) per alcune riviste questo periodo comprende anche il mese di aprile, per altre solo fino a dicembre 1998. Da adesso in poi ci atterremo ai "tempi Internet" e quindi dal prossimo numero vi saranno solo gli articoli degli ultimi 3 mesi di "rete". Anche i riferimenti bibliografici seguono gli schemi della *National Library of Medicine (NLM)* ormai accettati a livello internazionale e di più semplice lettura.

Si ha l'impressione di una crescita del numero e della qualità (impact factors) delle pubblicazioni.

Nel prossimo numero, quarto trimestre, potremo valutare meglio questa impressione. s.dipietro@melink.it

Sergio Di Pietro I.R.C.C.S.-I.N.R.C.A. Roma, Diabetologia.

• DIABETES

Diabetes 1999 Apr, 48(4): 865-9.

Is diabetic nephropathy inherited? Studies of glomerular structure in type 1 diabetic sibling pairs.

Fioretto P, Steffes MW, Barbosa J, Rich SS, Miller ME, Mauer M

Department of Internal Medicine, University of Padova Medical School, Padua, Italy

Diabetes 1999 Apr, 48(4): 801-12.

Islet transplantation restores normal levels of insulin receptor and substrate tyrosine phosphorylation and phosphatidylinositol 3-kinase activity in skeletal muscle and myocardium of streptozocin-induced diabetic rats.

Giorgino F, Logoluso F, Davalli AM, Napoli R, Laviola L, Hirshman MF, Horton ES, Weir GC, Smith RJ

Istituto di Clinica Medica, Endocrinologia e Malattie Metaboliche, University of Bari School of Medicine, Italy. giorgin@tin.it

Diabetes 1999 Jan, 48(1): 99-105

Restoration of early rise in plasma insulin

levels improves the glucose tolerance of type 2 diabetic patients.

Brutomesso D, Pianta A, Mari A, Valerio A, Marescotti MC, Avogaro A, Tiengo A, Del Prato S

Cattedra di Malattie del Metabolismo, University of Padova, National Research Council, Italy

Diabetes 1999 Jan, 48(1): 59-65.

Pituitary cotransplantation significantly improves the performance, insulin content, and vascularization of renal subcapsular islet grafts.

Davalli AM, Scaglia L, Brevi M, Sanvito F, Freschi M, Cavallaro U, Parlow AF, Pontoroli AE

Unit of Metabolic Diseases, Istituto Scientifico San Raffaele, Milan, Italy, alberto.davalli@hsr.it

• DIABETOLOGIA

Diabetologia 1999 Mar, 42(3): 326-9

Protein metabolism in glucagonoma.

Barazzoni R, Zanetti M, Tiengo A, Tessari P
Division of Clinical and Experimental Medicine, University of Padova, Italy

Diabetologia 1999 Mar, 42(3): 297-301

Impact of glycaemic control, hypertension and insulin treatment on general and cause-specific mortality: an Italian population-based cohort of type II (non-insulin-dependent) diabetes mellitus

Bruno G, Merletti F, Boffetta P, Cavallo-Perrin P, Barger G, Gallone G, Pagano G
Department of Internal Medicine, University of Turin, Italy

Diabetologia 1999 Jan, 42(1): 118

Tetraploid cells and diabetic nephropathy
Zerbini G, Meregalli G, Comaghi L, Mangili R, Pozza G

Istituto Scientifico San Raffaele, Milan, Italy

Diabetologia 1998 Nov, 41(11): 1392-6

Reduction of oxidative stress by oral N-acetyl-L-cysteine treatment decreases plasma soluble vascular cell adhesion molecule-1 concentrations in non-obese, non-dyslipidaemic, normotensive, patients with non-insulin-dependent diabetes.

De Mattia G, Bravi MC, Laurenti O, Cassone-Faldetta M, Proietti A, De Luca O, Armiento A, Ferri C

Università la Sapienza, Fondazione Andrea Cesalpino, Roma, Italy

Diabetologia 1998 Nov, 41(11): 1270-3

Effect of intensive glycaemic control on fibrinogen plasma concentrations in patients with Type II diabetes mellitus. Relation with beta-fibrinogen genotype.

Ceriello A, Mercuri F, Fabbro D, Giacomello R, Stel G, Taboga C, Tonutti L, Motz E, Damante G

Department of Internal Medicine, University of Udine, Italy

Diabetologia 1998 Oct, 41(10): 1176-9

Mono-oligoclonal immunoglobulin abnormalities in diabetic patients after kidney transplantation: influence of simultaneous pancreas graft.

Bernardi M, La Rocca E, Castoldi R, Di Carlo V, Caldara R, Furiani S, Giudici D, Pozza G, Secchi A

Department of Internal Medicine, San Raffaele Scientific Institute, University of Milan, Italy

Diabetologia 1998 Oct, 41(10): 1127-32

Lowering fatty acids potentiates acute insulin response in first degree relatives of people with type II diabetes.

Paolisso G, Tagliamonte MR, Rizzo MR, Gualdiero P, Saccomanno F, Gambardella A, Giugliano D, D'Onofrio F, Howard BV
Department of Geriatric Medicine and Metabolic Diseases, IInd University of Naples, Italy

• DIABETES CARE

Diabetes Care 1999 Apr, 22(4): 652-3

Concordance between American Diabetes Association and World Health Organization criteria in a northwestern Italian population.
Flamengo P, Bruno A, Grassi G, Vineis P, Pagano G

Diabetes Care 1999 Apr, 22(4): 647

Blunted erythropoietin response to anemia in type 1 diabetic patients.

Ricerca BM, Todaro L, Caputo S, Cotroneo P, Damiani P, Manto A, Pitocco D, Storti S, Ghirlanda G
Università Cattolica del Sacro Cuore Roma

Diabetes Care 1999 Mar, 22(3): 468-77

Long-term intensive treatment of type 1 diabetes with the short-acting insulin analog lispro in variable combination with NPH insulin at mealtime.

Lalli C, Ciofetta M, Del Sindaco P, Torlone E, Pampanelli S, Compagnucci P, Giulia Cartechini M, Bartocci L, Brunetti P, Bolli GB
Dipartimento di Medicina Interna e Scienze Endocrine e Metaboliche. Università di Perugia, Italy.

Diabetes Care 1999 Mar, 22 Suppl 2: B43-52
How to ameliorate the problem of hypoglycaemia in intensive as well as nonintensive treatment of type 1 diabetes.

Bolli GB

Department of Internal Medicine, Endocrinology and Metabolism, University of Perugia, Italy. gbolli@dimisem.med.unipg.it

Diabetes Care 1998 Nov, 22(11): 1973-7
Erectile dysfunction in diabetic subjects in Italy. Gruppo Italiano Studio Deficit Erettile nei Diabetici

Fedele D, Coscelli C, Santeusano F, Bortolotti A, Chatenoud L, Colli E, Landoni M, Parazzini F

Cattedra Malattie Metaboliche, università di Padova, Italy

• DIABETES METABOLISM REVIEWS

Diabetes Metab Rev 1998 Dec; 14(4): 315-24
Actual perspectives in biohybrid artificial pancreas for the therapy of type 1, insulin-dependent diabetes mellitus.

Calafiore R

Department of Internal Medicine and Endocrine and Metabolic Sciences, University of Perugia, Italy

Diabetes Metab Rev 1998 Sep; 14(3): 260-1
IDDM preventive trials: what's new?

Pozzilli P

Università Campus Biomedico, CISD, Largo, Rome, Italy

Diabetes Metab Rev 1998 Sep; 14(3): 258-9
Gluten: is it also a determinant of islet autoimmunity?

Bonifacio E, Ziegler AG, Hummel M, Dittler J, Lampasona V, Pastore MR, Bosi E
Istituto Scientifico San Raffaele, University of Milan, Italy

Diabetes Metab Rev 1998 Sep; 14(3): 197-206
Fas and Fas ligand-mediated apoptosis and its role in autoimmune diabetes.

Signore A, Annovazzi A, Gradini R, Liddi R, Ruberti G

Clinica Medica II, University La Sapienza, Rome, Italy, a.signore@caspur.it

• DIABETIC MEDICINE

Diabetes Med 1998; 15 Suppl 4: 860-2
Accelerated complications in Type 2 diabetes mellitus: the need for greater awareness and earlier detection.

Muggeo M

Division of Endocrinology and Metabolic Diseases, University of Verona, Italy

Diabetes Med 1998; Dec, 15(12): 991-6
Spontaneous hypoglycaemia after pancreas transplantation in Type 1 diabetes mellitus.

Battezzati A, Bonfatti D, Benedini S, Calori G, Caldara R, Mazzaferro V, Elli A, Secchi A, Di Carlo V, Pozza G, Luzi L

Department of Medicine, Istituto Scientifico San Raffaele, University of Milan. Milano Italy. battezzati.albero@mail.hsr.it

Diabetes Med 1998; Oct, 15(10): 844-50
Parameters associated with residual insulin secretion during the first year of disease in children and adolescents with Type 1 diabetes mellitus.

Bonfatti R, Bazzigaluppi E, Calori G, Riva MC, Viscardi M, Bognetti E, Meschi F, Bosi E, Chiumello G, Bonifacio E

Department of Paediatrics, Scientific Institute H San Raffaele, University of Milan, Italy

• ACTA DIABETOLOGICA

Acta Diabetol 1998 Dec, 35(4): 220-3
Bioelectrical characteristics of type 2 diabetic subjects with reference to body water compartments.

Buscemi S, Blunda G, Maneri R, Verga S
Institute of Clinica Medica, University of Palermo, Policlinico P. Giaccone, Italy

Acta Diabetol 1998 Dec, 35(4): 207-14
Patient education and diabetes research: a failure! Going beyond the empirical approaches.

Albano MG, Jacquement S, Assal JP
Faculty of Medicine and Surgery, Univer-

sity of Bari, Centro Didattico Polifunzionale, Policlinico, Italy

Acta Diabetol 1998 Dec, 35(4): 183-93
Prevention and treatment of hypoglycaemia unawareness in type 1 diabetes mellitus.

Bolli GB

Di.M.I.S.E.M., University of Perugia, Italy

Acta Diabetol 1998 Oct, 35(3): 161-4
Electronegative low density lipoprotein subform (LDL-) is increased in type 2 (non-insulin-dependent) microalbuminuria diabetic patients and is closely associated with LDL susceptibility to oxidation.

Moro E, Zamboni C, Piantetti S, Cazzolato G, Pais M, Bittolo Bon G

Second Department of Internal Medicine and Metabolic Diseases, Regional General Hospital, Venice, Italy

Acta Diabetol 1998 Oct, 35(3): 158-60
Polymorphonuclear leukocyte membrane fluidity and cytosolic Ca²⁺ concentration in Diabetes mellitus.

Caimi G, Canino B, Montana M, Ventimiglia G, Catania A, Lo Presti R

Istituto di Clinica Medica e Malattie Cardiovascolari, Università degli Studi di Palermo, Italy

Acta Diabetol 1998 Oct, 35(3): 130-6
Duration of obesity is a risk factor non-insulin-dependent diabetes mellitus, not for arterial hypertension or for hyperlipidaemia.

Pontiroli AE, Galli L

Istituto Scientifico San Raffaele, Cattedra di Medicina Interna, Milano Italy.

• DIABETES RESEARCH AND CLINICAL PRACTICE

Diabetes Res Clin Pract 1998 Oct; 42(1): 41-8
The role of autonomic neuropathy as a risk factor of Helicobacter pylori infection in dyspeptic patients with type 2 diabetes mellitus.

Gentile S, Turco S, Oliviero B, Torella R

Department of Geriatrics and Metabolic Disease, 2nd University of Naples, II Policlinico, Italy

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).