

AemMedi

Vol. 2

Periodico di informazione, dibattito e confronto

N. 3 Luglio-Settembre '99

Organo Ufficiale dell' Associazione Medici Diabetologi

L'AMD OGGI: PUNTI DI FORZA, PUNTI DI DEBOLEZZA, SPAZI DI CRESCITA

La scarsa affluenza all'assemblea dei soci, che si è tenuta a Chia Laguna in occasione del recente congresso nazionale, era un fatto ampiamente prevedibile e, per molti versi, comprensibile, che però ha impedito alla maggior parte dei soci di essere aggiornata sullo stato dell'AMD, sui suoi problemi e sulle sue prospettive di crescita. Approfitto dunque di questo spazio per fornire a chi fosse interessato una sintesi della mia relazione sul biennio appena trascorso, con i punti che possono maggiormente interessare i nostri iscritti.

Da un punto di vista strettamente organizzativo, la forza dell'AMD oggi consiste nell'essersi dotata di un nuovo statuto, aggiornato, chiaro ed in linea con le attuali disposizioni di legge e nell'avere un migliore aspetto operativo, grazie ad una segreteria amministrativa ormai ben roduta ed efficiente. Per converso, in termini strettamente numerici l'AMD si è ridimensionata poiché è passata dai 1758 soci ufficiali al 30.5.97 (cioè dopo Montecatini) ai 1368 attuali: a fronte di 102 nuovi soci, infatti, ben 492 sono stati quelli cancellati perché morosi da oltre 4 anni, nonostante ripetuti solleciti. Questa cura dimagrante è stata dolorosa ma inevitabile ed ha consentito probabilmente di avere una composizione societaria più aderente alla realtà di chi è veramente interessato ai nostri problemi. Il nostro compito adesso è di lavorare in due direzioni: da un lato stimolare una fase di crescita numerica, con il reclutamento soprattutto dei giovani che si avvicinano alla nostra specialità, dall'altro migliorare la qualità del rapporto con i soci e dei servizi che vengono loro forniti. A questo scopo in particolare mira l'indagine conoscitiva sulle aspettative dei nostri soci, che è stata condotta durante il congresso e i cui risultati saranno pubblicati a breve su questo bollettino.

L'attività che ha visto maggiormente impegnata l'AMD a tutti i livelli è stata quella, tradizionale, dell'organizzazione dei corsi di aggiornamento su DH e strutture diabetologiche, sul lavoro in equipe e sui rapporti con i medici di medicina generale, corsi che, al di là di inevitabili e ben delimitate disfunzioni, hanno riscosso un elevato gradimento. Uno di questi corsi in particolare, cioè quello di formazione degli animatori per lavori di gruppo, è sulla buona strada per essere trasformato in una scuola permanente, nella quale potranno confluire le iniziative di formazione dell'AMD.

L'altro fiore all'occhiello della nostra Associazione è rappresentato dai progetti di lavoro avviati o ulteriormente sviluppati in questi 2 anni, in particolare quello relativo a VRQ, Accredittamento e Disease Management, che vede impegnati molti soci in una scommessa sicuramente vincente. Non bisogna peraltro dimenticare altri progetti in corso, come lo studio DAI e lo studio Record, in cui IAMD collabora con altri soggetti pubblici e privati e dai quali ci attendiamo importanti informazioni cliniche e ricadute socio-sanitarie.

Un terzo momento di grande impegno societario è stato quello editoriale che, nel breve arco di questi due anni, ha visto la nascita e la crescita di tante iniziative: anzitutto questa "newsletter", poi il sito Internet, infine la edizione italiana di *Diabetes Care*, cui si aggiungeranno presto le linee-guida IDF per la gestione del diabete, un annuario dei soci AMD ed un censimento dettagliato ed aggiornato delle strut-

SOMMARIO

1. Editoriale
2. Fissato al 1° marzo 2000 il D-DAY per la conversione dell'insulina U-40 in U-100
3. L'autocontrollo nel diabete: il cardine di una terapia ragionevole e ragionata
4. L'atelier AMD al XII Congresso Nazionale di Chia Laguna
5. Dall'Accreditamento alla VRQ; ma manca qualcosa... Qualcosa è cambiato, ma manca qualcosa... dall'accREDITamento alla TQM... a realizzare il cambiamento può essere un'emozione!
6. Un modello di comportamento nei rapporti tra diabetologi e medici di medicina generale: un'esperienza della Regione Abruzzo
7. Corso sull'organizzazione delle strutture di malattie metaboliche e sul Day Hospital per Lombardia, Liguria, Piemonte svoltosi a Marentino (TO) il 17-18-19 marzo 1999
8. Da Montecatini a Chia Laguna l'intensa attività delle sezioni regionali AMD
9. Proposta di revisione della nota 13 per i diabetici
10. Attività delle sezioni regionali
11. Attività del consiglio direttivo nazionale
12. La Mission AMD rappresentata a Chia Laguna
13. La riforma (decreto Bindi) valorizza il ruolo dell'accREDITamento professionale
14. La riforma sanitaria ter: il decreto legislativo del ministro Bindi
15. Dalla letteratura diabetologica

ture diabetologiche italiane. È facile capire come anche in questo campo stiamo facendo un grande sforzo, con l'obiettivo di fornire un ventaglio di prodotti diversificati, ma sempre utili e qualificati.

Ma accanto alle proprie iniziative, la nostra Associazione ha anche curato il rapporto con le altre società e con gli organismi istituzionali. In questo ambito abbiamo raggiunto eccellenti risultati ed importanti successi, come il tanto atteso ingresso nella International Diabetes Federation ma anche quello nella consulta permanente FNOMCeO-Società Scientifiche e la proficua collaborazione con la SID e con altre società scientifiche, ma abbiamo anche registrato evidenti cadute di interesse e di convergenze, in particolare la Società dei Medici di Medicina Generale. Più complesso è il discorso dei rapporti con il Ministero della Sanità: accanto ad iniziative sino ad oggi poco produttive (come quella della definizione della specifica attività professionale per l'accesso al secondo livello della dirigenza ospedaliera o quella relativa alla stesura delle linee-guida diagnostico-terapeutiche, che non si sa che fine abbiano fatto) ve ne sono altre che, pur faticosamente, sono partite e oggi procedono speditamente. Mi riferisco in particolare al gruppo intersocietario che sta lavorando alla conversione dell'insulina da U40 ad U100 e che ha il delicatissimo compito di fare in modo che ciò avvenga senza inconvenienti per la data stabilita cioè l'1.3.2000. A questo gruppo gli auguri per l'impegnativo compito che lo attende nei prossimi mesi; a tutti coloro che sostengono le nostre iniziative o vi partecipano, spesso con sacrifici personali, un sincero ringraziamento.

Domenico Cucinotta

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: M. Comaschi

Consiglieri: S. Gentile
A. Arcangeli C. Giorda
B. Borzi D. Mannino
C. Coscelli N. Musacchio
S. Di Pietro 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.: 090/2212390-2212430-2212553
Fax: 090/2921554-2935162
<http://www.columbus.it/amd/amd.htm>

PRESIDENTI SEZIONI REGIONALI

Abruzzo-Molise-Umbria: P. di Berardino
Calabria:
Campania: S. Turco
Emilia-Romagna: D. Giorgi P.
Friuli-Venezia Giulia: M.A. Pellegrini
Lazio: F. Chiaromonte
Liguria: M. Comaschi
Lombardia: C. Fossati
Marche: P. Compagnucci
Piemonte, Valle D'Aosta: G. Bargerò
Puglia: E. Losurdo
Sicilia: P. Pata
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

FISSATO AL 1° MARZO 2000 IL D-DAY PER LA CONVERSIONE DELL'INSULINA U-40 IN U-100

Comunicato del Ministero della Sanità del 5 maggio 1999

Oggetto: **Conversione dell'insulina U40 in U100**

Nella maggior parte dei paesi della Comunità Europea e negli USA, l'insulina in flaconi è commercializzata in specialità medicinali contenenti 100 U/ml.

L'International Diabetes Federation, coinvolgendo la Commissione Europea, l'OMS ed i produttori di insulina, ha invitato tutte le nazioni a standardizzare le concentrazioni di insulina a 100U, al fine di evitare i rischi derivan-

ti dalla presenza in commercio di due differenti concentrazioni.

Lo scrivente Ministero, in accordo con le richieste delle associazioni nazionali dei diabetici e dei diabetologi, ha programmato di standardizzare a 100U tutte le confezioni di insulina attualmente in commercio in Italia. La data di conversione è stata fissata per il 1 marzo 2000.

Dopo tale data non potrà essere commercializzata né l'insulina U40 né le siringhe nella versione U40.

Data la complessità e la delicatezza del processo di conversione ed essendo il paziente diabetico il principale interlocutore, si rende

necessaria una campagna informativa ampia e scaglionata nel tempo, con il coinvolgimento di tutti i gruppi interessati. A tal fine, si invitano tutti i riceventi della presente a farsi parte attiva nella diffusione del primo comunicato, che si allega in copia, utilizzando i rispettivi mezzi comunicazionali.

Si confida nella massima collaborazione onde fornire tutte le informazioni necessarie alla sicurezza dei pazienti diabetici.

Roma 5 maggio 1999

IL DIRIGENTE GENERALE
Dr. Fabrizio Oleari

IL DIRIGENTE GENERALE
Dr. Nello Martini

L'AUTOCONTROLLO NEL DIABETE: IL CARDINE DI UNA TERAPIA RAGIONEVOLE E RAGIONATA

Nel diabete una autogestione consapevole della terapia, nel rispetto di un buon controllo metabolico, garantisce un benessere fisico e psicologico che sono alla base di un trattamento efficace. Ben sappiamo quanto l'efficacia del nostro intervento passi attraverso una sorta di "alleanza terapeutica" con il paziente tale da consentire una buona conoscenza della malattia ed un addestramento efficace, ma soprattutto la condivisione della responsabilità del proprio stato di salute. In questa ottica l'autocontrollo rappresenta un'arma strategica per la terapia perché permette al paziente ed al medico il raggiungimento, la verifica e la conferma di molti degli obiettivi sia clinici che educativi che rendono vincente una strategia di cura.

Infatti, nella cronicità il medico impara a controllare la malattia attraverso il paziente ed un corretto autocontrollo permette di perseguire **obiettivi clinici** quali:

- la valutazione immediata del compenso (entro in contatto, mi rendo conto del problema, identifico lo "scenario" nel quale devo agire).

- l'impostazione di una terapia personalizzata (identifico e correggo problemi specifici, individuo per rispettare necessità particolari, suggerisco possibili soluzioni).
- una migliore gestione della prestazione clinica (terapia mirata).
- una migliore gestione del tempo dedicato (minore spreco).

Nella cronicità, inoltre, il paziente deve assumere e condividere la responsabilità della terapia e della sua salute ed un ben gestito autocontrollo permette il raggiungimento di **obiettivi educativi** quali:

- il paziente capisce perché sta male (prende coscienza di una reale alterazione, identifica nella glicemia il vero nemico, è libero di scegliere il problema da risolvere).
- il paziente si rende conto di come va il controllo (la cura è efficace, identifica le situazioni a rischio, può scegliere obiettivi semplici ed accessibili, può migliorare sbagliando).
- il paziente impara ad "aggiustare il tiro" (può patteggiare tra i suoi bisogni e quelli

della malattia, sperimenta soluzioni alternative).

- il paziente si sente libero di agire (integra la malattia in un suo nuovo progetto di vita, riconosce ed accetta un diverso livello di salute).

Infine, vorrei ricordare un valore aggiunto che l'autocontrollo può rappresentare nel permettere e facilitare una efficace relazione terapeutica.

Nell'immaginario collettivo quando qualcuno sta male appare forte la figura del medico che per prenderti in cura ti visita, cioè, ispeziona, ausculta, palpa. In qualche modo prende "possesso" del sintomo, lo analizza, sceglie una strategia e guarisce.

Nel diabete, la malattia del silenzio, l'autocontrollo diventa la possibilità di contatto, di misurazione, di interpretazione, di intimità che danno voce ad un atto terapeutico destinato, altrimenti, anch'esso al silenzio.

Nicoletta Musacchio
Servizio di diabetologia - Cinisello Balsamo

L'ATELIER AMD AL XII CONGRESSO NAZIONALE DI CHIA LAGUNA

È stata certamente una novità per i soci trovare al Congresso di Chia Laguna uno stand tutto AMD in cui erano raccolte in forma gradevole ed anticonvenzionale tutte le attività promosse dal Consiglio Direttivo negli ultimi due anni.

Dall'interpretazione di questo bisogno di comunicare a tutti i soci il senso dell'impegno del CD, dalla volontà di stabilire con tutti un legame forte e di cercare un coinvolgimento sempre più stretto e sempre più continuo è nata l'idea della rappresentazione e di un nuovo modo di diffondere l'immagine della Società presso i soci, per raccogliermene le idee, i suggerimenti e le critiche costruttive.

La visione metaforica del viaggio verso la qualità totale grazie ad un triennio mosso da una locomotiva d'epoca ma potente e romantica, lenta ma continua nel suo procedere verso la meta e su cui tutti possono salire a bordo, rappresenta un invito a partecipare attivamente e sempre di più alle attività dell'AMD.

La realizzazione di questa idea è stata curata da una scenografa che per la prima volta ha

fatto l'esperienza di interpretare il bisogno di comunicazione di una società scientifica. Pubblichiamo qui di seguito le sue impressioni.

Roma, 7 giugno 1999

Quando ha avuto l'incarico di inventare uno stand per il congresso AMD a Chia Laguna, mi sono trovata a dover fare i conti con uno stile visivo che nulla aveva a che fare con il mio mondo di scenografa di opere liriche, ma ho poi capito che si trattava di presentare un prodotto totalmente diverso da quelli tradizionali nel campo scientifico, un programma rivoluzionario sotto molti aspetti, e che quindi richiedeva un linguaggio che uscisse dai canoni usuali.

Non più quindi l'immagine della pura attualità scientifica del prodotto, espressione di avanzate tecnologie, rassicuranti nella loro modernità, ma qualcosa che coinvolgesse la sensibilità del pubblico e comunicasse un messaggio attraverso canali diversi.

È per questo che ho usato un linguaggio visivo pittorico, che creasse uno spazio caldo,

accogliente, e nello stesso tempo fosse chiaro, leggibile ed efficace. Quindi il tema del viaggio, rappresentato attraverso un vagone di un treno immaginario, poteva colpire la fantasia delle persone sottolineando l'anti-convenzionalità del messaggio.

Nell'elaborare questo progetto ho trovato un grande aiuto e una piena disponibilità in tutti i membri dell'AMD e in modo particolare nel Dott. Walter de Bigontina, che è stato il mio più diretto interlocutore.

Il risultato, di cui sono molto soddisfatta, è stato senza dubbio di notevole impatto sull'opinione del pubblico presente al Congresso, e a me ha fatto venire in mente un disegno dell'illustratore Mordillo, in cui si vede una città fatta di case tutte uguali, grigie e un omni sulla scala, che dipinge la sua casetta di tanti colori.

Ringrazio quindi tutti i membri dell'AMD che mi hanno accordato fiducia e hanno reso possibile questa esperienza.

Susanna Rossi Jost



DALL'ACCREDITAMENTO ALLA VRQ; MA MANCA QUALCOSA... QUALCOSA È CAMBIATO, MA MANCA QUALCOSA... DALL'ACCREDITAMENTO ALLA TQM... A REALIZZARE IL CAMBIAMENTO PUÒ ESSERE UN'EMOZIONE!

"Se la qualità non è elevata a sistema e non è pensata, voluta, organizzata dal top management è destinata a restare qualcosa di estemporaneo, non duraturo e in ultima analisi estraneo all'organizzazione".

Mario Zanetti

Dopo Sarteano 2 e Chia, si impone una pausa di riflessione sui bisogni impliciti ed espliciti degli operatori per assolvere la mission che AMD ha fatto propria: "...migliorare l'organizzazione dell'assistenza diabetologica...".

La riflessione nasce dall'osservazione sul fatto, non casuale, che in un'unica tavola rotonda siano stati presentati: il disease management, l'autovalutazione e l'accreditamento tra pari e, a sintesi, il treno AMD nella brillante e appassionata relazione di Mariano Agrusta.

Gli aggettivi non sono per adulare ma per evidenziare il valore aggiunto di questa relazione che sta nell'entusiasmo per lo spirito di appartenenza "dei ragazzi di Sarteano".

Sembra opportunistica questa osservazione ma se guardiamo i fatti, è appropriata.

Ci sono stati mostrati i risultati preliminari dell'autovalutazione (diagnosi situazione corrente, circa 200 CS-centri specialistici) e delle prime visite tra pari (circa 20), ci è stato detto che a ottobre si terrà il secondo corso per formare i valutatori per implementare le visite tra pari (ogni valutatore dovrà assolvere a 2-3 visite/anno, tempo previsto per ognuna 2-3 mesi - Orlandini) ...certo un bell'impegno, ma a che scopo?

Tutto ciò servirà a introdurre verifiche e controlli finalizzati a migliorare la qualità delle prestazioni nei CS, prima di tutto per rispondere a un'esigenza professionale e poi anche istituzionale, ma su livelli che nella mia regione e penso in molte altre, saranno molto inferiori.

Ma come si potrà, realizzare questo cambiamento, gli operatori coinvolti hanno gli strumenti necessari per attuarlo?

Ho detto operatori, perché sottintendo i vari profili professionali che lavorano in ogni U.O.D.: il medico diabetologo, l'infermiere professionale diabetologo, il tecnico dietista e per chi ha più fortuna, l'amministrativo, il podiatra, altri medici specialisti, il medico di medicina generale, tutti a formare un "gruppo" di professionisti, sicuramente capaci ciascuno con la propria esperienza e conoscenza, che dovranno lavorare insieme per un obiettivo comune.

L'elemento critico della catena è proprio il saper lavorare insieme e guarda caso questo è, anche secondo tutti quelli che teorizzano e operano nel sistema qualità, l'elemento imprescindibile, poiché la qualità non si impone dall'esterno ma deve essere una scelta dall'interno di un gruppo che sa diventare team, cioè soggetto collettivo.

La qualità si apprende e per far sì che diventi un sistema automatantesi deve essere appresa da tutti, dalla leadership in primo luogo ma anche da tutti coloro che sono coinvolti nell'organizzazione e nella produzione di un bene o servizio.

AMD ha progettato e pianificato questo percorso di avvicinamento a tappe, ha costruito il treno; ogni carrozza ha il suo preciso scopo, ma in questa fase mi sembra più appropriato come simbolo quello di una squadra di ciclisti che corrono insieme e dove ognuno si alterna al comando a "tirare" per gli altri per fare il tempo migliore in assoluto, si ma soprattutto per esprimere quello che quella squadra con le sue peculiari capacità individuali può esprimere rispetto al record, a un valore di riferimento.

La fase più delicata sarà proprio quella successiva, il miglioramento attraverso l'analisi dello scostamento, la prioritizzazione degli interventi, la scelta delle azioni collettive, la progettazione degli interventi, la realizzazione e la verifica dei risultati, per declinare il "teorema di Deming": Plan, Do, Check, Act.

Tutti sappiamo quanto sia importante misurare, ad esempio la glicemia o la glicata dei nostri pazienti.

L'educazione terapeutica, ce ne ha parlato Hassal, è strumento tanto convincente da far nascere l'esigenza di una scuola di formazione professionale, per i medici, gli infermieri.

Nel percorso verso la qualità io penso ci sia la stessa esigenza, deve passare in testa alla squadra, a tirare, il *corridore* "formazione professionale". C'è stato Sarteano, i primi partecipanti hanno verificato la fattibilità del progetto; funziona perché un gruppo di diabetologi ha imparato a diventare team, ha appreso l'uso di strumenti che possono essere usati nel quotidiano per costruire risultati realizzabili, utilizzando un metodo che permette una coerente pianificazione e progettazione dei medesimi in base ai bisogni e alle risorse disponibili, presuppone la misurazione dei risultati stessi e il tutto coniugato con l'assegnazione dei ruoli e la negoziazione delle risorse per permettere una reale condivisione delle responsabilità.

È questa la strada, è questo il bisogno che va analizzato e la risposta è il metodo Sarteano che va esportato in ogni realtà diabetologica perché permetterà di raggiungere il traguardo desiderato, perché esso realizza quello spirito di appartenenza, citato da Mariano, che è un'emozione ed è vitale per il trasferimento nella pratica quotidiana di una filosofia, quella del miglioramento continuo della qualità che può sopravvivere solo se diventa una tensione di ogni operatore che possiede consapevolmente gli strumenti necessari per renderla reale.

"senti un'emozione e ... nascerà un pensiero... semina un pensiero e riceverai un'azione semina un'azione e riceverai un'abitudine semina un'abitudine e riceverai un carattere semina un carattere e riceverai un destino"

Alessandro Ozzello

U.O. Diabetologia - Ospedale Oftalmico ASL 1 - Torino

DISPONIBILE PER I SOCI IL NUMERO ZERO DI DIABETES CARE

I soci AMD, che non hanno avuto modo di ritirare il numero zero di *Diabetes Care* - edizione italiana in occasione del recente congresso di Chia Laguna, possono richiederlo alla segreteria amministrativa (Viale Carlo Felice, 77 - 00185 Roma - Tel. 06-7000499 - fax 06-77201195). Il numero, che contiene la traduzione in italiano delle "Clinical Practice Recommendations 1999", sarà inviato gratuitamente ai soci in regola con le quote associative, che ne faranno richiesta.

I numeri successivi verranno invece inviati per posta a tutti i soci; inoltre al numero 1, in distribuzione per ottobre, verranno allegate le linee-guida IDF per la gestione del diabete di tipo 1, anche queste in edizione italiana esclusiva per i soci AMD.

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 Pipicelli
tel. e fax: 0967/522087



UN MODELLO DI COMPORTAMENTO NEI RAPPORTI TRA DIABETOLOGI E MEDICI DI MEDICINA GENERALE: UN'ESPERIENZA DELLA REGIONE ABRUZZO

Pubblichiamo le linee guida concordate in Abruzzo già nel 1995 tra diabetologi e Medici di Medicina Generale a cura del Prof. Fabio Capani docente dell'Università G. D'Annunzio di Chieti.

IL RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE NELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE DIABETICO

In un'era di notevole e tumultuoso progresso il ruolo del medico di medicina generale (MMG) è divenuto sempre più complesso ed articolato e non sono pochi i colleghi che, sopraffatti dalle numerose novità che emergono quotidianamente dalla letteratura oltre ad innumerevoli e sempre crescenti incombenze burocratiche, sentono oggi tutto il peso di una gestione dei problemi della salute pubblica sempre più pesante ed insopportabile.

Oggi si sente più che mai la necessità di un dialogo permanente con gli specialisti dei vari settori, non solo per un continuo aggiornamento, ma soprattutto per una gestione integrata dei problemi, che miri all'efficienza e che riduca al minimo le inevitabili incomprensioni dovute alla diversa interpretazione della complessità e dalla poliedricità dei fenomeni patologici.

Non c'è dubbio che soltanto una definizione concordata dei ruoli e dei compiti del MMG e dello specialista, ben architettata da un gruppo di studio nazionale, accettata e rispettata sia dal generalista che dallo specialista, può tentare di risolvere gli attuali problemi. In questa sede si cercherà di tracciare una bozza di linee-guida di assistenza al paziente diabetico, concordare fra il medico di medicina generale e il diabetologo, improntate soprattutto alla semplicità ed all'efficienza, che delimitano i ruoli ed i compiti delle due figure istituzionali. Per amore di chiarezza è necessario tracciare un modello di comportamento nelle varie situazioni, entrando quanto possibile nei dettagli, per non ingenerare difficoltà di interpretazione.

CONCETTI GENERALI

Recenti studi epidemiologici hanno reso evidente l'importante ruolo del controllo metabolico sullo sviluppo delle complicanze. D'altra parte è ben noto che non esistono diabetici altamente instabili, essendo stato ormai ben dimostrato che questa condizione era solo legata alla nostra ignoranza. Queste due moderne osservazioni conducono ad una profonda riflessione: sviluppo delle complicanze, al-

meno a livello invalidante, oggi può essere evitato!

Trasmettere queste certezze è oggi, per ogni medico, un preciso dovere, come lo è quello di studiare un intervento operativo integrato. Una delle più importanti conquiste della moderna diabetologia è rappresentata dal dosaggio dell'emoglobina glicosilata che, eseguito ogni 2 mesi, fornisce il controllo metabolico dei due mesi precedenti. I valori di tranquillità sono quelli che non superano il 7%. Questo valore rappresenta il traguardo di ogni diabetico.

LINEE-GUIDA

DIAGNOSI PRECOCE DELLE COMPLICANZE

Il settore più trascurato, ma senza dubbio il più importante, è quello della diagnosi precoce delle complicanze. L'esperienza dimostra che le complicanze, trattate all'insorgenza con un più accurato controllo metabolico, possono arrestarsi e rimanere in fase subclinica. Viceversa una diagnosi tardiva rende pressoché nulla l'efficacia del controllo metabolico. Ogni diabetico seguito dal MMG dovrebbe essere inviato almeno una volta all'anno dallo specialista per lo screening delle complicanze.

Queste prevedono:

Retinopatia: Fundus oculi ogni anno se negativo (inutile nei primi 5 anni nel diabete tipo 1); se positivo: a giudizio dell'oculista.

Nefropatia: dosaggio della microalbuminuria (dovrebbe eseguirsi su raccolta delle urine delle 24 ore, ma, in considerazione della difficoltà della raccolta, è sufficiente eseguirla su campione nella notte, raccolto al mattino). Se negativo (meno di 20 mg/Litro), dosaggio una volta l'anno. Se positivo: ogni 4 mesi: (inutile nei primi 5 anni di diabete di tipo 1).

Neuropatia: esame dei riflessi, pallestesia; una volta all'anno. Se positivi integrare con EMG e prove della cardiopatia vegetativa.

Cardiovascolopatia: ECG ogni anno, dai 40 anni in poi. Esame fisico dei polsi arteriosi ogni anno. Se positivo (o presenza di sintomi sentinella di vasculopatia) eco-doppler. Dosaggio del colesterolo totale, HDL e trigliceridi ogni anno.

1) DIABETE DI TIPO 1

In linea generale, per la sua complessità nella gestione, è bene che sia seguito dallo specialista, al quale dovrebbe essere inviato al momento della diagnosi. Ma un valore di emog-

lobina glicosilata inferiore al 7%, eseguito ogni 2 mesi, può evitare visite frequenti dallo specialista. Esso interverrà comunque almeno una volta all'anno per la diagnosi precoce delle complicanze.

2) DIABETE DI TIPO 2

In linea generale dovrebbe essere seguito dal medico di medicina generale. Lo specialista dovrebbe avere il compito di eseguire lo screening annuale per la diagnosi precoce delle complicanze. L'esperienza però insegna che questo paziente presenta complessi problemi di gestione. È quasi sempre in sovrappeso, riluttante al regime ipocalorico e costituisce un vero e proprio problema di salute pubblica (al pari del fumatore e del drogato, nel senso che, rimanendo in sovrappeso, è corresponsabile del suo cattivo controllo glicemico, o del suo stato di aumentata resistenza insulinica, noto fattore di rischio cardiovascolare). La gestione di questo tipo di paziente, che va incontro alle complicanze con la stessa frequenza del tipo 1, deve avvalersi di entrambe le figure, che devono coalizzarsi, uniformando i modelli del settore, ma è possibile tracciare le seguenti linee-guida, sulle quali vi è d'accordo. In dettaglio:

a) se, in assenza di terapia, l'emoglobina glicosilata è inferiore a 7%, è sufficiente tranquillizzare il paziente, ripetendo il dosaggio ogni 4 mesi e consigliando di non aumentare di peso;

b) se, in assenza di terapia, l'emoglobina glicosilata è compresa fra 7 e 9%, è necessario valutare il grado di sovrappeso (calcolato del body mass index, cioè del BMI: dividere i kg di peso per l'altezza in metri al quadrato, se per es. un soggetto è alto m. 1,70 e pesa Kg 80, BMI = $80/1,70^2$ al quadrato = $80/2,89 = 27,7$).

b1) Un valore maggiore di 25 (molto frequente) indicherà che è ancora possibile evitare il trattamento farmacologico; un regime ipocalorico capace di portare il BMI ad un valore inferiore a 25 potrà diminuire l'emoglobina glicosilata al di sotto del 7%; (da dosare ogni 2 mesi).

b2) Un valore minore di 25 (piuttosto raro) indicherà la necessità di iniziare subito un trattamento farmacologico con sulfoniluree. (Molti di questi pazienti diverranno ben presto insulino-dipendenti).

c) se, in assenza di terapia, l'emoglobina gli-



cosilata è superiore a 9%;

- c1) un BMI minore di 25 indicherà la necessità di instaurare, oltre ad un regime ipocalorico, un trattamento farmacologico. L'indicazione più pertinente è quella dell'associazione sulfonilurea+biguanide.
- c2) un BMI minore di 25 dovrà far eseguire d'urgenza il dosaggio della chetoniuria, la cui positività costituirà indicazione ad iniziare un trattamento insulinico (in assenza di condizioni intercorrenti (es. influenza), questi pazienti sono in realtà "tipo 1 a lenta insorgenza"). Se la chetoniuria è negativa, si darà la preferenza ad un trattamento con sulfonilurea;
- d) se il paziente è in trattamento con sulfonilurea e/o biguanide e l'emoglobina glicosilata è minore del 7%;
 - d1) se il BMI è minore di 25, si potrà sospendere il trattamento farmacologico, prescrivendo al contempo un regime ipocalorico, per ottenere lo stesso risultato senza trattamento. Questo intervento permette di ridurre lo stato di resistenza insulinica legato al sovrappeso, e diminuire quindi il rischio cardiovascolare;
 - d2) se il BMI è minore di 25, lasciare la stessa terapia, ma chiedere al paziente se vi sono sintomi da ipoglicemia (in caso affermativo, ridurre la dose del farmaco);
- e) se il paziente è in trattamento con sulfonilurea e/o biguanide e l'emoglobina glicosilata è compresa fra 7 e 9%
 - e1) se il BMI è maggiore di 25 si può ridurre il dosaggio del farmaco e comportarsi come in d1).
 - e2) se il BMI è minore di 25 è indicata la terapia combinata ipoglicemizzanti orali/insulina, iniziando da una insulina lenta alla sera, prima di coricarsi, iniziando da dosi di 0,1 U/kg di peso e non superando il dosaggio di 0,2 U/kg;
- f) se il paziente è in trattamento con sulfonilurea e/o biguanide e l'emoglobina glicosilata è compresa fra 7 e 9%;
- g) se il paziente è insulino-trattato è bene che sia seguito dallo specialista per la difficoltà della gestione.

Il traguardo da raggiungere è un valore di emoglobina glicosilata inferiore a 7%. Se il MMG non riesce a raggiungere tale traguardo in un periodo di tempo ragionevole (3-6 mesi), è opportuno il ricorso allo specialista.

Regime dietetico

È uno degli aspetti più difficili dal punto di vista non solo della strutturazione del regi-

me, ma anche e soprattutto della *compliance* del paziente. Lo specialista è certamente più attrezzato (disponendo in genere del supporto del dietista). Il MMG può comportarsi come crede, gestendo in proprio l'aspetto dietetico all'inizio, se ritiene di averne la competenza, o inviando subito il paziente dallo specialista. Il ruolo di supporto e di incoraggiamento svolto dalle due figure è di fondamentale importanza, in considerazione dell'aumentato rischio vascolare cui va incontro il paziente in sovrappeso, anche con emoglobina glicosilata inferiore al 7%.

Quando iniziare il trattamento insulinico nel soggetto che non riesce a rientrare nel peso ideale (BMI<25) e che presenta emoglobina glicosilata superiore a 7%?

È una condizione di frequente riscontro, che non ha ancora subito una codifica di com-

portamento. La difficoltà consiste nella difficile quantificazione delle due condizioni di rischio: cattivo controllo metabolico e resistenza insulinica. Questi soggetti dovrebbero essere gestiti dallo specialista.

3) DIABETE IN GRAVIDANZA

Il trattamento della diabetica in gravidanza presuppone sempre un trattamento insulinico, per cui deve essere inviata allo specialista.

4) DIABETE GESTAZIONALE

Ogni donna in gravidanza dovrebbe essere sottoposta, alla 16^{ma} e 28^{ma} settimana, a curva da carico (100 gr e dosaggi ogni ora per 3 ore) per l'identificazione dello stato di diabete gestazionale, responsabile di aborti, macrosomie fetali (peso alla nascita superiore a 4 Kg), morti perinatali.

Linee-guida per la gestione del diabetico di tipo 2 (non insulino-dipendente)

Obiettivo: Emoglobina glicata minore di 7%

PAZIENTE SENZA TERAPIA (IPOGLICEMIZZANTI ORALI)

- | | |
|--|--|
| A) Emoglobina glicata (HbA1c) minore di 7% | Tranquillizzare il paziente. Controllo HbA1c ogni 4 mesi. <i>Se BMI maggiore di 25:</i> Dieta ipocalorica. |
| B) Emoglobina glicata (HbA1c) compresa fra 7% e 9% | B1) <i>Se BMI maggiore di 25:</i> Dieta ipocalorica e controllo HbA1c e peso ogni 2 mesi fino ad HbA1c minore di 7%, quindi HbA1c ogni 4 mesi.
B2) <i>Se BMI minore di 25:</i> Iniziare con sulfoniluree. (Questi pazienti spesso divengono insulino-dipendenti). |
| C) Emoglobina glicata (HbA1c) superiore a 9% | C1) <i>Se BMI maggiore di 25:</i> Dieta ipocalorica con sulfoniluree e biguanidi.
C2) <i>Se BMI minore di 25:</i> Dosare la chetoniuria:
Se negativa: Sulfoniluree; Se positiva: Insulina. |

PAZIENTE GIÀ IN TERAPIA (IPOGLICEMIZZANTI ORALI)

- | | |
|--|---|
| D) Emoglobina glicata (HbA1c) minore di 7% | D1) <i>Se BMI maggiore di 25:</i> Dieta ipocalorica e riduzione o sospensione terapia.
D2) <i>Se BMI minore di 25:</i> Continuare stessa terapia. |
| E) Emoglobina glicata (HbA1c) compresa fra 7% e 9% | E1) <i>Se BMI maggiore di 25:</i> Dieta ipocalorica ed eventualmente riduzione della terapia.
E2) <i>Se BMI minore di 25:</i> Aggiungere agli ipoglicemizzanti orali insulina lenta prima di coricarsi (0,1-0,2 unità pro Kg). |
| F) Emoglobina glicata (HbA1c) superiore a 9% | F1) <i>Se BMI maggiore di 25:</i> Dieta ipocalorica e attendere la riduzione ponderale.
F2) <i>Se BMI minore di 25:</i> Terapia insulinica. |
| G) Se insulino-trattato: | Inviarlo allo specialista |

Dosaggio emoglobina glicata: Ogni 2 mesi se maggiore di 7%
Ogni 4 mesi se minore di 7%

$$\text{BMI} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altezza (m)}^2} \quad \text{Esempio: peso} = \text{Kg } 80; \text{ altezza} = \text{m } 1,70; \text{ BMI} = \frac{80}{1,70^2} = 27,7$$



CORSO SULL'ORGANIZZAZIONE DELLE STRUTTURE DI MALATTIE METABOLICHE E SUL DAY HOSPITAL PER LOMBARDIA, LIGURIA E PIEMONTE, SVOLTOSI A MARENTINO (TO) IL 17-18-19 MARZO 1999

Riassunto sintetico, per punti, di alcune problematiche e relative proposte di soluzione emerse dai 3 giorni di lavoro.

Organizzazione delle strutture e degli Ambulatori per patologia

- **Problema:** I rapporti con il Medico di Medicina Generale, con le Direzioni Sanitarie e con gli altri specialisti sono fonte quotidiana di attriti e di problemi.
- **Possibile soluzione:** Cercare di attuare un ciclo di controllo della malattia in cui siano coinvolti i MdMG (risposta specialistica ai loro problemi), le Direzioni Sanitarie (controllo dei ricoveri inappropriati), gli specialisti per le complicanze (dialogo e visione unitaria del malato) e il servizio di diabetologia, che non può che essere il fulcro di tale sistema. Tale iniziativa è definita *Disease Management* e ha già avuto conferme pratiche di fattibilità ed efficacia (Brescia).
- **Problema:** Il diabetologo soffre di scarsa visibilità in un sistema che privilegia il ricovero e "paga" la malattia anziché la prevenzione della malattia. Sono poco note le cifre impressionanti del costo del diabete.
- **Possibile soluzione:** Cercare di migliorare la raccolta dati anche nella propria realtà, sforzarsi di produrle, mandare periodici report delle proprie casistiche alle Direzioni Sanitarie e Direzioni Generali. Le associazioni di pazienti e le Società Scientifiche devono promuovere raccolte dati credibili per migliorare la visibilità della Diabetologia presso amministratori e politici.
- **Problema:** I rapporti interni all'equipe sono difficili, si è sempre di corsa, i pazienti spesso non capiscono.
- **Possibile soluzione:** Anche se manca il tempo, sforzarsi di fare una riunione di equipe con cadenza mensile. Piuttosto rinunciare a una mattina di visite, il tempo

va assolutamente trovato. Il ritorno in termini di miglioramento e di rendimento è elevato. Cercare di migliorare la comprensione dei pazienti organizzando incontri anche con le associazioni di malati.

Day Hospital

- **Problema:** Il DH in diabetologia in alcune regioni italiane è stato contestato, vi sono state verifiche da parte di nuclei di controllo regionali con giudizi negativi. Mancano direttive chiare regionali e nazionali.
- **Possibile soluzione:** Darsi subito delle linee guida interne, concordandole con la propria Direzione Sanitaria. Attenersi al concetto di prestazione articolata e polispecialistica, prevista dalla legge istitutiva dei DH. Considerare la terapia educativa una terapia a tutti gli effetti. Linee guida interne di questo genere esistono già e solo consultabili. (PRUO Ospedale Niguarda Milano, ASO di Brescia).

Ma attenzione:

- La differenza tra Ambulatorio e Day Hospital è che nel primo il paziente si adegua alla struttura, nel secondo è il **paziente che è a centro dell'organizzazione, la quale si modifica in relazione alle sue necessità.**
- Stare attenti che il DH non diventi un *escamotage* per fatturare un giorno di ricovero in più o per non far pagare i ticket al malato. In Piemonte si sta studiando il Day Service, prestazione multispecialistica simile al DH in cui il paziente paga il ticket dovuto e la struttura vede fatturare tutte le prestazioni effettuate.

Contabilità, costi e ricavi

I costi generali del diabete e delle sue complicanze ammontano al 7-10% della spesa sanitaria. Un diabetico costa 3 volte in più rispetto a un non diabetico.

Il costo dell'assistenza sanitaria ai diabetici in Italia è circa il 25% minore che negli Stati Uniti

- **Problema:** Cosa deve sapere un dirigente di M. Metaboliche e Diabetologia per poter gestire la propria struttura?
 - Che per legge si è passati da una contabilità finanziaria (dove si decidono centralmente le spese per settori) a una contabilità economica (ovvero si analizzano i costi e i ricavi di una struttura, analogamente a quello che si farebbe nell'industria o nel commercio).
 - Che la maggior parte delle strutture diabetologiche è un Centro di costo, ovvero ha le sue entrate (tariffe regionali, DRG, ribalamenti da altre strutture) e le sue uscite (personale, farmaci, laboratorio, spese generali ecc.), ha un suo bilancio annuale, può stabilire l'effettivo costo delle sue presentazioni. I dipartimenti o le divisioni ospedaliere sono invece Centri di responsabilità.
 - Che il budget non è un preventivo di spesa, come si è portati a credere, ma una programmazione annuale in cui: si fa un progetto clinico-sanitario, si richiedono le risorse per attuarlo, si individuano indicatori di percorso per verificarne l'attuazione e si attua un resoconto, in itinere e alla fine, per riferirne l'andamento alla direzione. È un momento di negoziazione con l'Amministrazione.
 - **Problema:** Quali definizioni e terminologie sono necessarie a un dirigente di M. Metaboliche e Diabetologia per poter trattare con l'Amministrazione?
- Definizione di spesa, costo diretto e indiretto, di ricavo, di ribaltamento.
Corretta conoscenza dei DRG (per attribuirlo conta la patologia che determina il maggior impegno di risorse) e delle tariffe regionali.

Carlo Giorda

Unità Operativa M. Metaboliche e Diabetologia
ASL 8 Chieri (TO).

I PREMI NEL CORSO DEL CONGRESSO NAZIONALE DI CHIA LAGUNA

Sono stati assegnati, nel corso del 12° Congresso Nazionale tenutosi a Chia Laguna, i fondi per la ricerca messi a disposizione di giovani soci AMD dai Laboratori Guidotti. La giuria, composta dai Consiglieri dott.ri Arcangeli, Gentile, Giorda, Velussi e dal tesoriere dr. Teodonio, all'unanimità ha premiato i seguenti progetti di ricerca:

1. "Valutazione genetica, metabolica e clinica del rischio cardiovascolare nel diabete mellito di tipo 2", presentato dalla dott.ssa Giuseppina Russo;
2. "Ruolo del fattore di crescita dell'endotelio vascolare nella nefropatia diabetica", presentato dalla dott.ssa Susanna Morano;
3. "Diagnosi precoce della neuropatia diabetica mediante biopsia cutanea" presentato dal dott. Matteo Giorgi.

Inoltre il Consiglio Direttivo ha deciso di assegnare il premio istituito alla memoria del prof. Ugo Butturini, destinato alla migliore comunicazione presentata al Congresso, al lavoro "Il trapianto isolato di pancreas nel trattamento dell'IDDM" di G. Bollerio, C.V. Sansalone, P. Aseni, C. Fossati, O. Disoteco, G. Civati e D. Forti, dell'Ospedale di Niguarda - Milano. Tale lavoro infatti, nella selezione anonima operata sugli abstracts pervenuta da 3 revisori, ha conseguito il punteggio più alto.



DA MONTECATINI A CHIA LAGUNA L'INTENSA ATTIVITÀ DELLE SEZIONI REGIONALI AMD

Una delle attrazioni più apprezzate del recente congresso nazionale di Chia Laguna è stato senza dubbio l'atelier dell'AMD cioè quello spazio che l'AMD si è ritagliato all'interno dell'area espositiva per illustrare le iniziative promosse e realizzate nell'ultimo biennio. Brillante l'idea di utilizzare la metafora di un viaggio in treno, e non un viaggio su un TGV o su un pendolino, ma un treno a vapore, quindi su un mezzo di locomozione più umano, dai ritmi più accettabili, su cui possono salire per raggiungere con calma, ma con sicurezza, stazione dopo stazione, mete lontane.

Chi ha visitato l'atelier ha potuto rendersi conto della vitalità della nostra associazione, della modernità dei suoi traguardi della vastità dei suoi orizzonti, ma nel contempo dell'attenzione e del rispetto portati alle situazioni particolari, alle realtà locali. La sensazione di una marcia decisa ma con la preoccupazione di non perdere per strada nessun diabetologo di buona volontà.

Uno spazio dell'atelier era riservato alle iniziative che le singole sezioni regionali avevano realizzato dal precedente con-

gresso di Montecatini. Le iniziative dovevano essere sintetizzate in un massimo di due diapositive per regione: questo vincolo scientemente imposto ha costretto a una estrema sintesi che, nulla togliendo alla completezza dell'informazione, ha consentito di fornire un quadro del fervore che anima le periferie dell'AMD particolarmente incisivo e istruttivo. Il testo delle diapositive era riportato anche su un manifesto che aveva come sfondo la nostra penisola e come titolo: "Da Montecatini a Chia Laguna: l'intensa attività delle sezioni regionali AMD". Chi si è soffermato a visionare le slides nella carrozza dell'atelier o a leggere il manifesto si è reso conto come gli obiettivi e le strategie, le parole d'ordine e le metodologie elaborate e proposte dal direttivo nazionale si siano diffuse a macchia d'olio, siano state recepite a livello regionale e siano calate nelle realtà locali. L'AMD è radicata sul territorio, la sua rete funziona, le sue peculiarità sono riconoscibili.

Idee forza come il *progetto VRQ e Accreditamento* - per il quale raggiunto il

traguardo dell'autovalutazione si è dato inizio alla versione tra pari - la creazione di équipes diabetologiche, di collegamenti e collaborazioni con altri specialisti, con i medici di medicina generale, con le associazioni dei diabetici, con la SID. L'impegno per educare i diabetici all'autogestione - l'educazione intesa come atto terapeutico - l'elaborazione di modelli organizzativi efficaci ed efficienti, l'aggiornamento professionale costante ed organico per migliorare le performances, la comunicazione tra i soci attraverso i tradizionali *bollettini* o il più moderno approdo su Internet con dei siti regionali, queste idee forza hanno valicato mari e monti, si son fatti strada nelle aree metropolitane, nelle città di provincia e nei centri più sperduti. L'Italia diabetologica è "una" dalle Alpi alle ... Piramidi, grazie all'AMD.

Per motivi di spazio, le iniziative delle Sezioni Regionali sono sintetizzate nella apposita sezione. Buona lettura e ...buon viaggio!

Carlo Fossati & Vito Borzi

PROPOSTA DI REVISIONE DELLA NOTA 13 PER I DIABETICI

Documento relativo a proposta di revisione della nota 13 per i soggetti diabetici, consegnati al dr. M. Bobbio, in qualità di competente della CUF, in occasione del recente Congresso della Società Italiana di Farmacia Ospedaliera "La revisione delle note CUF e i controlli previsti dalla legge 425/96: luci e ombre" svoltosi a Torino il 17 Giugno 99.

Alla commissione Unica del Farmaco, per realizzare compiutamente quanto previsto del nuovo Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 nei confronti della prevenzione delle malattie cardiovascolari, come specialisti di malattie metaboliche e diabetologia riteniamo opportuno sottolineare alcune evidenze della ricerca scientifica internazionale in relazione al trattamento dell'ipercolesterolemia nei soggetti affetti da diabete mellito, soggetti nei quali la malattia cardiovascolare rappresenta la principale causa di morte (>50% sia nel Tipo 1 che nel Tipo 2).

Ipercolesterolemia e iperglicemia sono, infatti, fattori di rischio indipendente di cardiopatia ischemica. Dati epidemiologici dimostrano elevata frequenza di ipercolesterolemia nei soggetti diabetici: dal 32.2 al 46.6% a seconda delle casistiche e dell'età dei pazienti, percentuali sicuramente più elevate rispetto alla popolazione generale.

Il ruolo nefasto dell'ipercolesterolemia sul rischio cardiovascolare è più evidente nei soggetti diabetici rispetto ai non diabetici, è noto infatti, che il diabete si associa con rilevante incremento (da due a quattro volte) del rischio di malattia coronarica (Multiple Risk Factor Intervention Trial-Diabetes Care 1993, 16: 434-444). Il recente studio di Haffner (N Engl J Med 1998, 339: 229-234) ha dimostrato che i soggetti diabetici senza storia clinica di IMA hanno un rischio di IMA paragonabile a quello dei soggetti non diabetici con pregresso IMA. Gli studi di prevenzione primaria con statine, West of Scotland Coronary Prevention Study Group (N Engl J Med 1995, 333: 1301-1307) e Afcaps/texCaps (JAMA 1998, 27: 1615-1622), hanno dimostrato nella popolazione generale, oltre all'efficacia della terapia nel ridurre gli endpoint cardiovascolari, un favorevole rapporto costo/beneficio (Pharmacoeconomics 1999, 27: 1999, 15: 47-74). Inoltre l'analisi del sottogruppo dei soggetti diabetici dello studio 4S ha evidenziato che gli effetti benefici della riduzione del colesterolo possono essere non solo analoghi, ma addirittura superiori, nei pazienti con CHD rispetto a quelli non diabetici (Diabetes Care 20: 614-620, 1997).

Uno studio europeo dimostra comunque che solo il 32% dei soggetti dislipidemici viene trattato (EuroASPIRE Study Group -

Eur Heart J 1997, 19: 356-357). Dati preliminari dello Studio DAI (DiaInf, AMD, Istituto Superiore di Sanità), su una popolazione di circa 16.000 diabetici seguiti dai servizi di diabetologia italiani, rilevano che il 54% del totale dei pazienti ha un colesterolo LDL >130 mg/dl e che 81% dei soggetti che ha già avuto un evento cardiovascolare ha un colesterolo LDL >100 mg/dl. Questi dati suggeriscono la necessità di interventi di sensibilizzazione sulla classe medica, ma evidenziano altresì l'oggettiva difficoltà a prescrivere una terapia ipolipemizzante in prevenzione primaria, ove il carico della spesa (circa 1 milione/anno ad esempio per simvastatina o pravastatina) è totalmente sostenuto dal paziente.

Pertanto riteniamo che esistano sufficienti evidenze dirette e indirette per proporre alla Commissione Unica del Farmaco di prendere in considerazione l'estensione della nota 13 ai pazienti diabetici in prevenzione primaria, così come è già avvenuto per i pazienti affetti da malattia coronarica (età <75 aa con colesterolemia >210 mg/dl o colesterolo LDL >130 mg/dl) in prevenzione secondaria.

Torino 15.6.99

Il Consiglio Regionale Piemonte e Valle d'Aosta dell'Associazione Medici Diabetologi

ATTIVITÀ DELLE SEZIONI REGIONALI

Sezione Interregionale Abruzzo-Molise-Umbria

Consiglio direttivo

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

- Santa Maria Imbaro - Istituto Mario Negri Sud 23-24 aprile 1999

In cucina con il diabete

Incontro con gli operatori della ristorazione, dietologia, Organizzazione aziendale dei Servizi dietologici, Terapia dietetica del diabete mellito.

Presentazione della quinta edizione del volume: *In cucina con il diabete e le malattie del metabolismo* a cura di Mario Pupillo, Sergio Di Giulio, Rita Rapino.

- 16 Ottobre 1999 a Campobasso si terrà il convegno "Diabete e dislipidemie".
- 23 Ottobre 1999 a Penne si terrà il IX Congresso Interregionale SID-AMD che avrà come tema principale l'obesità, nei suoi vari aspetti, da quello fisiopatologico a quello terapeutico.
- In data ancora da definire si svolgerà un ulteriore incontro di aggiornamento su VRQ e Accreditamento.

Sezione Campania

Consiglio direttivo

presidente: S. Turco (NA), e-mail tursal-diab@ics-vdc.it
vice-presidente: U. Amelia (SA),
consiglieri: P. Catatola (NA), L. Improta (NA), P. Mattei (NA), L. Pappalardo (NA).
segretario: A. Perrelli

Attività Congressuali

- Nello stupendo scenario del golfo di Salerno, presso l'Hotel Lloyd's Baia di Vietri sul mare, il giorno 8 Maggio si è tenuta la Riunione Congiunta Regionale delle Sezioni Campane di AMD e SID. La manifestazione scientifica si è articolata intorno a due lettere Magistrali, una tenuta dal prof. Stefano Del Prato che ha relazionato sul ruolo del fegato nel controllo metabolico del diabete mellito e l'altra svolta dal prof. Claudio Noacco che ha parlato di terapia educazionale nel diabete mellito; a tali letture hanno fatto seguito numerose comunicazioni tenute dai soci di entrambe le società scientifiche. Nel corso della riunione il prof. Saverio Sgambato ha premiato con targa i proff. Andrea W. D'Agostino, Felice D'onofrio, Mario Mancini e, alla memoria, Giampiero Stoppoloni, quali pionieri della diabetologia in Campania. Durante l'assemblea dei soci, convocata per l'occasione, Gerardo Corigliano, presidente regionale AMD, come annunciato in precedenza ha rassegnato le dimissioni in ossequio alle nuove norme statutarie approvate a Chia Laguna.

Iniziativa culturali

- Il nuovo consiglio ha programmato per il prossimo ottobre la realizzazione di un workshop sull'*Educazione* aperto anche ai Medici di Medicina Generale ed personale parasanitario.

- Verrà realizzato anche in Campania il progetto *Diabete in ...forma* già promossa dalla sezione AMD Siciliana.

Sezione Friuli Venezia Giulia

presidente: M.A. Pellegrini,
vice-presidente: G. Maraglino,
consiglieri: M. Geat, M. Maschio, G. Zanette

Attività Congressuali

- "Corso residenziale sull'Assistenza al diabetico anziano istituzionalizzato" organizzato in collaborazione con l'OSDI a Piano d'Aorta (UD) dal 24 al 26 Giugno 1999 e destinato agli operatori sanitari delle case di riposo del Friuli Venezia Giulia.
- "Congresso regionale di diabetologia" organizzato in collaborazione con la SID ed in programma a Gemona (UD) il 23 Ottobre 1999.
- "Incontro di formazione della conversione dell'insulina da 40 a 100 U/ml", destinato a medici ospedalieri, medici di base e farmacisti, in data da destinarsi (autunno 1999).
- "Incontro di aggiornamento sul trattamento ortopedico del diabetico", in data da destinarsi (autunno 1999).

Sezione Marche

presidente: C. Pitro,
segretario: S. Manfrini
consiglieri: M. Boemi, P. Foglini, A. Spalluto, G. Vespasiani

Attività Congressuali

- Il 27 Novembre 1998 a San Benedetto del Tronto, si è tenuta la riunione regionale per il corso VRQ e Accreditamento professionale".
- Il 7 Maggio 1999 si è svolta a Jesi, alla riunione regionale, la conferenza su "Lo specialista diabetologico ed il medico di medicina generale per una gestione integrata del paziente diabetico".

Sezione Piemonte e Valle d'Aosta

Consiglio direttivo:

presidente: G. Bargerò,
vice-presidente: L. Monge,
consiglieri: G. Allochis, A. Chiambretti, G. Magro, S. Martelli, A. Ozzello,
segretario: A. Caramellino

Incontri e Convegni AMD

- 18 febbraio 1999 - Torino: "2ª Riunione del progetto di ricerca AMD-DiaInf (con il coinvolgimento dell'ISS): studio DAI sulla prevalenza della macroangiopatia nel diabete mellito di Tipo 2 in Italia" a cura del consigliere nazionale C. Giorda.
- 18-20 marzo 1999 - Marentino: "Corso sul Day Hospital e sulle strutture di malattie metaboliche e diabetologia per le regioni del Nord-Ovest". Docenti: M.A. Comaschi, A. Corsi, C. Fossati, R. Sivieri, M. Veglio. Tutori: A. Cimino, L. Leone, A. Ozzello, L. Richiardi, A. Rocca.
- 12 giugno 1999 - Baveno: "Diabete e iperlipidemie". Convegno Interregionale AMD Liguria - Lombardia - Piemonte. Relatori e Moderatori: G. Bargerò, MA. Comaschi, C. Fossati, R. Cordera, R. Griffo, C. Giorda, G. Anfossi, A. Corsini.

Iniziativa scientifiche e culturali

- Sviluppo e aggiornamento del sito regiona-

le su Internet a cura di L. Monge
<http://www.alma.it/amd-to/E-mail:AMD-TO.monge@alma.it>

- Nell'ambito del progetto d'accreditamento professionale, completata con il 31 dicembre 1998 la fase sperimentale d'autovalutazione da parte delle UOD, in corso l'elaborazione dei dati raccolti.
- Partecipazione al Convegno Annuale della SID - Sezione Piemonte e Valle d'Aosta - 13 febbraio 1999 - Torino.
- Partecipazione del Presidente G. Bargerò all'incontro indetto dalla IV Commissione del Consiglio regionale del Piemonte, relativo all'esame del DDL regionale n. 408 all'oggetto: "Nuove norme per l'attuazione dell'assistenza diabetologica", tenutosi a Torino il 28 aprile 1999.
- Partecipazione del consigliere A. Ozzello all'attività del Gruppo Operativo Regionale delle Società Scientifiche per l'Accreditamento Professionale (GORS-SAP) con intervento al convegno di studio: "L'accreditamento professionale in Piemonte. Le proposte delle Società Scientifiche", tenutosi a Torino il 10 giugno 1999.
- Intervento del consigliere L. Monge al convegno SIFO: "La revisione delle note CUF e i controlli previsti dalla legge 425/96: Luci e ombre, tenutosi a Torino il 17 giugno 1999, e consegna al rappresentante CUF M. Bobbio di un documento proponente l'ampliamento della nota 13 ai pazienti diabetici.

Iniziativa congiunte AMD-SID

- 30 gennaio 1999 - Elaborazione di un modello di relazione clinica applicabile per il rilascio/rinnovo della Patente Guida, ad uso delle competenti Commissioni Mediche locali.
- 13 febbraio 1999 - Costituzione del Gruppo SID-AMD Regione Piemonte e Valle d'Aosta per la "Gestione Integrata del paziente Diabetico" (GID). Presidente M. Trovati; Vicepresidente: A. Ozzello; Consiglieri S. Martelli, L. Monge, P. Passera, G. Rosti.
- 15 maggio 1999 - Novi Ligure: "Cosa cambia nella gestione del diabete di Tipo 2 e delle malattie metaboliche dopo l'UKPDS?". Convegno Interregionale Sezioni Piemonte - Valle d'Aosta e Liguria. Relatori e Moderatori: G. Bruno, GP. Carlesi, L. Cataldi, MA. Comaschi, E. Pisu, F. Cavalot.
- Pubblicazione, a cura della Lifescan, delle relazioni del Corso OSDI Piemonte e Valle d'Aosta "Cinque punti di forza dell'Assistenza in Diabetologia: l'automonitoraggio, le lesioni del piede, gli screening, il lavoro burocratico, la relazione con il paziente", svoltosi a Courmayeur 17-19 dicembre 1998.

Patrocinio AMD

- febbraio-aprile 1999 - Casale Monferrato: serie di nove incontri di Medicina Preventiva Metabolica - "Conoscere per prevenire". Tra i relatori, i soci AMD: G. Bargerò, A. Caramellino e A. Rosso.
- 27 marzo 1999 - Torino: "Nuove prospettive terapeutiche per la cura del piede diabetico". Tra i relatori, il socio AMD: F. Dani.
- 8 maggio 1999 - Casale Monferrato: Incontro rivolto ai medici ospedalieri e di medicina generale dell'ASL 21 - "Il diabete mellito nell'anziano". Tra i relatori, i soci



AMD: G. Bargerò, A. Caramellino, G. Ghezzi e A. Rosso.

- 11 giugno 1999 - Torino: "Le linee guida per la nefropatia diabetica". Riunione del Gruppo di studio sulla Nefropatia Diabetica della SID.

Aspetti normativi ed Assistenza Diabetologica

- La sezione regionale si è fatta parte attiva nelle sedi regionali per:
 - il rinnovo della tessera dei pazienti diabetici;
 - lo sviluppo della cartella regionale informatizzata (Progetto Diabe-sis).

Sezione Lombardia

presidente: C. Fossati,
vice-presidente: A. Girelli
segretario: M. Mantero
consiglieri: A. Bianchi, G. Chiumello, G. Marelli, F. Moratti

Attività Congressuali

- Implementazione del "progetto Lombardia: la qualità in Diabetologia". Il 5 marzo a Crema il 13 aprile a Desenzano si sono tenuti due incontri con il Dott. Danilo Orlandini per definire le procedure della "visita di accreditamento professionale".
- Il 24 aprile presso l'aula magna dell'Ospedale di Niguarda di Milano si è tenuto un incontro sul tema: "Il processo e le procedure". Relatori: Dott. A. Bianchi, Dott. M. Pincetti, Dott. C. Fossati.
- Il 13 maggio il Servizio di Diabetologia dell'Ospedale di Mariano Comense (Resp. Dott. Sciangola) è stato sottoposto a visita di revisione tra pari in attuazione del Progetto di Accreditamento Professionale dei Servizi di Diabetologia. Team di valutazione: Dr. W. de Bigontina, Dr. P. De Gasperi, Dr. D. Orlandini.
- Il 3 maggio si è svolta presso l'Hotel Splendid di Milano, una riunione organizzativa finalizzata ad elaborare una strategia per impegnare i responsabili della Giunta Regionale Lombarda a dare risposte concrete ai temi della "prevenzione e cura della

- malattia diabetica".
- L'8 maggio si è svolto presso l'Aula Magna dell'Ospedale di Niguarda un convegno sul tema "Diabete e chirurgia: la gestione perioperatoria del paziente diabetico". Relatori: Dott. A. Bianchi, Dott. Prof. F. De Lalla, Prof. F. Bobbio Pallavicini, Dott. C. Taboga, Prof. F. Contaldo, Dott.ssa L. Alfonsi. Moderatori: Dott. C. Fossati e Prof. D. Forti.
- Il 12 giugno si è svolto a Ravello un congresso interregionale promosso dall'AMD Piemonte - Lombardia - Liguria, sul tema: "Diabete e iperlipidemie". Relatori: Prof. R. Cordera, Dott. R. Griffo, Dott. C. Giorda, Dott. G. Anfossi, Prof. A. Corsini, Dott. C. Fossati. Moderatori Dott. Comaschi, Dott. Bargerò.

Sezione Lazio

presidente: F. Chiaramonte,
consiglieri: S. Frontoni, M.G. Pennafina, R. Pastorelli, G. Sacchetti, A. Mancini

Il Consiglio è per il momento privo del vicepresidente, in quanto alle dimissioni del Dr. Sergio Di Pietro, eletto nel CD nazionale AMD, ha assunto per statuto il ruolo di presidente il Prof. F. Chiaramonte. Sono stati contattati i primi due non eletti nelle precedenti elezioni regionali a copertura del posto resosi vacante. Qualora i primi due non eletti decidessero di non ricoprire cariche nell'attuale CD regionale, quest'ultimo verrà integrato nel corso delle prossime elezioni regionali, previste per novembre '99, per la copertura di 4 nuovi consiglieri (3 in scadenza) e quindi per l'elezione del presidente e del vicepresidente.

Iniziativa culturale

- Nel mese di novembre 1999, si terrà il secondo incontro regionale relativo al progetto VRQ e Accreditamento in cui verranno analizzati i dati regionali attinenti ai processi di autovalutazione.

Sezione Toscana

presidente: F. Galeone,
vice-presidente: C. Lazzeri,

segretario: G. Fiore
consiglieri: A. Arcangeli, D. Di Carlo, M. Lupi, R. Meniconi, I. Tanganelli

Attività Congressuali

- Il 26 giugno 1999 si terrà a Cinquale (MS) il Convegno Regionale su "La sindrome metabolica - Il ruolo dell'educazione".
- Progetto T.O.S.Ca.N.I.: Tuscany Observational Study on Cardiovascular risk in Non Insulin dependent (type 2) diabetes. Si tratta di uno studio della durata di tre anni che coinvolgerà tutti i servizi di diabetologia e malattie metaboliche della Regione Toscana. Si prefigge di individuare, oltre ai fattori di rischio cardiovascolari, anche gli eventuali cluster che tipizzano, probabilmente, varie tipologie all'interno del diabete di tipo 2. Il progetto che individua un solo centro per il dosaggio dei parametri da studiare, prevede una "banca sangue" per la conservazione dei vari campioni, disponibili nel tempo per altre eventuali indagini.

Sezione Emilia Romagna

presidente: D. Giorgi Pierfranceschi,
vice-presidente: M. Dradi,
segretario: M. Giorgi Pierfranceschi
consiglieri: R. Cavani, M. Faggioli, V. Galuppi, D. Orlandini, M. Parenti

Sezione Puglia

Consiglio Direttivo
presidente: F. Losurdo
vice-presidente: A. Guastamacchia
consiglieri: M. Marcone, G. Giaculli, A. Trinchera, F. Sparaci
segreteria: A. Ciampolillo

Incontri e Convegni:

- 15-18 ottobre 98 - Castellaneta "Corso sul Day Hospital e sulle strutture di Malattie metaboliche e diabetologia.
- primavera 99: riunione congiunta AMD-SID sul VRQ ed Accreditamento.
- due riunioni sul progetto DAI nel corso del 1999.

ATTIVITÀ DEL CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE (luglio 1999)

Il Consiglio Direttivo, rinnovato dei 5 nuovi consiglieri eletti a Chia (Vito Borzi, Marco Comaschi, Sergio Di Pietro, Domenico Mannino e Nicoletta Musacchio), ha proceduto ad applicare il nuovo statuto eleggendo il Vice Presidente. All'unanimità la votazione ha espresso Marco Comaschi di Genova, in precedenza Presidente della sezione ligure.

È tempo di bilanci per il XII Congresso AMD di Chia Laguna. È opinione diffusa che la manifestazione sia pienamente riuscita e che il gradimento della comunità diabetologica nazionale sia stato elevato. Sono giunte al Consiglio Direttivo comunicazioni scritte e verbali che esprimono in massima parte apprezzamento e pareri positivi. Le critiche e i consigli saranno sicuramente presi in considerazione per le future manifestazioni.

Il XIII Congresso nazionale, nel 2001, si terrà a Torino e sarà organizzato con la collaborazione della sezione Piemonte e Valle D'Aosta. Il CD ha incaricato Carlo Giorda di

procedere alla formazione di un Comitato Organizzatore locale.

La commissione ministeriale per la conversione dell'insulina da U40 a U100, che ha definito con il 1° marzo 2000 la data dello storico passaggio e a cui, per l'AMD, partecipa Carlo Coscelli, affronta in questo periodo il problema delle siringhe da immettere sul mercato italiano. Sono allo studio alcune siringhe provenienti dall'estero da 0,3, 0,5 e 1 ml, ovvero da 30, 50 e 100 unità. Si vorrebbe adottare il modello che ha meno probabilità di indurre errori di dosaggio tra i pazienti, e allo scopo saranno effettuate delle sperimentazioni.

Con il corso per equipe diabetologiche del maggio 99 ad Avellino si è chiuso il ciclo di corsi di aggiornamento che il CD aveva programmato per gli anni 98-99. Ha quindi preso il via la progettazione di nuovi corsi per i prossimi 2 anni. Per la scelta degli argomenti si è tenuto conto delle indicazioni emerse dal questionario proposto ai partecipanti al

XII Congresso, di cui sono già disponibili le prime elaborazioni. In linea di massima saranno organizzati nuovi corsi sulla organizzazione e gestione finanziaria (DRG ecc.), sul lavoro in equipe ma con un taglio innovativo rispetto ai precedenti. La novità maggiore è costituita da corsi su elementi di informatica applicato alla diabetologia. Si privilegeranno sempre il taglio pratico e soprattutto, le modalità interattive di insegnamento.

È confermato che la nostra Associazione curerà e invierà gratuitamente ai soci l'edizione italiana di Diabetes care. A completamento di questa eccezionale iniziativa, l'AMD curerà anche l'edizione italiana delle linee guida dell'IDF.

Il sito Internet www.aemmedi.it è attivo. Tutti i diabetologi sono invitati a visitarlo.

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



LA MISSION AMD RAPPRESENTATA A CHIA LAGUNA

AMD a Chia Laguna, in modo non conforme rispetto alla tradizione delle società scientifiche, ha rappresentato:

1. il modo di intendere la relazione con i suoi iscritti,
2. l'impegno per migliorare la qualità dell'assistenza diabetologica,
3. lo sforzo fatto negli ultimi anni per offrire ai diabetologi strumenti di lavoro adatti a meglio affrontare il mutato contesto sanitario,
4. un riconoscimento di partnership alle Aziende che con lei stanno lavorando.

AMD intende giungere a realizzare una *comunità scientifica* ideale, regolativa, fatta di uomini uniti da un patto, quello di mettere insieme (*cum*), di farsi dono (*munus*) reciproco delle conoscenze acquisite nella pratica professionale. È conosciuto quanto sia parsimonioso il passaggio delle informazioni tra i professionisti, come, in mancanza di un patto, le intenzioni rimangano un desiderio, un'illusione, come infine, le dinamiche di gruppo, lo scarso senso di appartenenza, l'isolamento dell'io

professionale comportino comunicazioni difficili, convenzionalità, frammentazione, litigiosità.

AMD dà realisticamente per scontato che ogni diabetologo proceda con rigore scientifico e che ognuno ami la professione e ricerchi non solo soddisfazioni personali, ma anche piccole o grandi *scoperte*. AMD vuole che ogni diabetologo possa trovare nella comunità professionale l'occasione per far conoscere, fosse anche per una sola volta nella vita, d'aver visto un problema e di averlo affrontato.

Lo spirito con cui AMD è arrivata a Chia Laguna ed ha realizzato l'atelier è questo, stabilire all'interno della associazione un rapporto equilibrato tra la politica (il fine è l'interesse personale, da cui non si può prescindere) e la collaborazione (il fine è il bene comune). Perché AMD funzioni, cresca e sia produttiva occorre una sola cosa, la responsabilità individuale, la dedizione del professionista al suo lavoro e all'Associazione.

Gualtiero de Bigontina
Gruppo di Studio Accreditamento

DISEASE MANAGEMENT & ACCREDITAMENTO PROFESSIONALE

(in partnership con Eli Lilly SpA)

Due importanti strumenti manageriali in grado di permettere una diagnosi dei punti deboli e forti delle organizzazioni diabetologiche, anche di quelle più *povere*; di proporre soluzioni per avviare il ciclo del miglioramento; di valorizzare maggiormente quanto la diabetologia italiana ha realizzato; di proporre la diabetologia come paradigma di approccio all'assistenza delle malattie croniche in quanto modello che può contribuire alla soluzione dei numerosi problemi che esse comportano per i cittadini.

Il disease management per il diabete è stato sperimentato con successo ed ha prodotto vantaggi per la diabetologia. L'accreditamento professionale è stato provato da 203 Servizi di Diabetologia per l'autovalutazione e da 11 per la visita di revisione tra pari.

LA SCUOLA DI FORMAZIONE PERMANENTE

(in partnership con Bayer SpA)

La scenografia illustrata nel finestrino del vagone rappresenta l'occasione per un gruppo di professionisti di incontrarsi, di scambiare le loro esperienze professionali ed umane, utilizzando gli esperti, la dottrina, le tecnologie per progettare, realizzare, verificare un risultato, lasciando volare via gli uomini che si fondano su di un sapere non pratico.

A Sarteano è stato sperimentato con successo il "modello" di gestione dei lavori di gruppo e di progettazione, realizzazione, monitoraggio dei processi formativi in ambito diabetologico.

GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE DI TIPO 2

(in partnership con Roche Farmaceutici)

La collaborazione con il MDMG diventerà una imprescindibile esigenza, per ogni Centro Specialistico, sarà sempre più richiesta dalle Amministrazioni. È parte di ogni programma di gestione della malattia diabetica. La capacità di integrarsi con la Medicina Generale costituirà un valore aggiunto per il centro Specialistico.

La sperimentazione ha identificato le aree critiche da superare, strumenti di lavoro per l'integrazione con il territorio.

LA RIFORMA (decreto Bindi)

VALORIZZA IL RUOLO DELL'ACCREDITAMENTO PROFESSIONALE

Nel mese di giugno 1999 è stato approvato il decreto delegato di riforma della sanità dal titolo "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale" che contiene numerosi articoli in cui vengono affrontate le problematiche della qualità (dal capitolo 8-bis al capitolo 8-octies): le nuove norme in alcuni casi confermano e ribadiscono quanto contenuto nelle leggi uscite

negli ultimi anni (soprattutto il DPR 14/1/97), in altri inseriscono ulteriori e diverse prescrizioni.

In particolare il comma 3a dell'articolo 8-quater prevede un atto di indirizzo e coordinamento, da emanarsi entro 180 giorni, in cui si dovranno definire i criteri uniformi per determinare i requisiti ulteriori per l'esercizio delle attività sanitarie per conto del

Servizio Sanitario Nazionale, da parte delle strutture sanitarie e dei professionisti.

Sino ad ora i requisiti ulteriori erano sempre e solo stati riferiti alle strutture sanitarie (anche con il dubbio se l'applicazione potesse riguardare il livello di definizione di Unità Operativa o se si dovesse fermare ad un livello di definizione sovraordinario - es.: dipartimento -); con questo decreto il



professionista rientra in gioco nel determinare la propria accreditabilità e quella della struttura in cui opera.

Che sia questa una possibile chiave di lettura del ruolo del professionista nel sistema di accreditamento è ancora meglio evidente più avanti, quando al comma 4e il decreto prevede la partecipazione della struttura a programmi di accreditamento professionale tra pari.

Chi se non la Società Scientifica può proporsi per effettuare questo tipo di accreditamento?

La Società Scientifica deve però avere un programma.

L'Associazione Medici Diabetologi ha questo programma: non solo è un programma garantito da metodi formativi e da docenti certificati, ma è un programma documentato e sperimentato.

Il progetto per l'accreditamento e la revisione fra pari professionale dell'Associazione Medici Diabetologi ha le proprie radici nei sistemi di accreditamento

storici nordamericano e inglese, ed ha come riferimento le norme di legge che sono state emanate dal Parlamento Italiano in materia di accreditamento.

Il manuale di accreditamento delle Strutture Diabetologiche (modello), nella sua seconda edizione del maggio 1999, cerca di descrivere un sistema qualità che, pur tenendo conto della necessità di una organizzazione, sia soprattutto attento agli esiti ed all'efficacia delle prestazioni sanitarie.

In questo senso il modello garantisce la qualità di una struttura diabetologica non isolata e chiusa in sé stessa, ma in continuo rapporto con il mondo sanitario circostante e componente di quella rete dei servizi alla persona che è determinante per una corretta assistenza ad una malattia cronica (ed il diabete è un prototipo di malattia cronica).

Il modello riguarda dunque l'accreditamento del professionista inteso come principale responsabile e garante del valore scientifico e dell'appropriatezza di una prestazione, come competente a decidere quale sia la risposta più

appropriata che il sistema deve dare per soddisfare le esigenze del singolo utente.

Il modello propone la revisione tra pari professionale come strumento per migliorare la propria performance (appropriatezza) mediante il confronto con altri professionisti, in modo che a tutti i livelli di erogazione (e quindi con le risorse a disposizione) venga offerta una prestazione di qualità.

Alla pubblicazione dell'atto di indirizzo e coordinamento, anche prima nelle regioni in cui sono già stati definiti requisiti ulteriori, le sezioni regionali AMD si devono proporre alla regione come strumento per l'accreditamento professionale delle strutture diabetologiche: questo permetterà di evidenziare il valore di una specialità medica che ha saputo pionieristicamente dotarsi degli strumenti culturali e operativi per garantire la qualità delle prestazioni, ed in definitiva permetterà di salvaguardare l'identità e l'individualità della diabetologia.

Daniilo Orlandini
Gruppo di Studio Accreditamento

LA RIFORMA SANITARIA TER: IL DECRETO LEGISLATIVO DEL MINISTRO BINDI.

Quali implicazioni per chi si occupa di Malattie Metaboliche e Diabetologia?

Il cosiddetto decreto Bindi sta per essere pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale nel momento in cui esce questo numero del notiziario. I dettagli sui contenuti sono stati esaurientemente riferiti dai vari mezzi di informazione.

Proviamo a sintetizzare i punti chiave che potrebbero avere una ricaduta pratica su diabetologi e metabolisti:

- vi sarà una gestione più centralizzata della spesa sanitaria, con meno autonomia per le Regioni: il Ministero dovrà stabilire aree di intervento sanitario e finanziarie ad hoc.
- vi sarà un solo livello di dirigenza ma con una gerarchia articolata per complessità della struttura. Qualsiasi incarico di direzione avrà una durata compresa tra i due e i sette anni. Il Direttore di Dipartimento assumerà ancora più importanza di quanta ne abbia ora, in quanto avrà potere decisionale sulla gestione delle risorse da attribuire alle strutture.
- i dirigenti saranno valutati annualmente in merito agli obiettivi assegnati. L'organo valutatore sarà un collegio tecnico presieduto dal Direttore di Dipartimento.
- vi sarà una forte penalizzazione, sia economica sia di carriera, per chi opta per l'attività libero professionale extra-moenia.

Quali potrebbero essere gli effetti di tali

disposizioni sulla attuale rete di reparti, servizi e ambulatori di Diabetologia nel nostro paese?

Innanzitutto dovremo impegnarci (non solo sperare) affinché negli obiettivi che il Ministero attribuirà alle regioni, e per i quali darà finanziamenti, vi sia il settore del Diabete e delle malattie metaboliche. Una gestione di tale genere, anche se è già oggetto di critiche per eccessivo statalismo, potrebbe contribuire a uniformare le modalità di assistenza ai diabetici in Italia, che a tutt'oggi sono quanto mai diverse da regione a regione.

È probabile che le Unità di Malattie Metaboliche di Diabetologia più frequenti da noi, ovvero quelle con attività prevalentemente ambulatoriale e eventualmente con Day Hospital, ma senza letti di ricovero, saranno inquadrare come strutture non complesse e potranno essere dirette da dirigenti in possesso della specialità, scelti dal Direttore Generale.

Per la direzione delle strutture definite complesse, sovrapponibili ai precedenti reparti o Direzioni di II livello, nel Decreto si ribadisce come siano necessari i criteri previsti dal DPR 484/97, ovvero saranno ancora richiesti i tanto contestati cinque anni di anzianità nella disciplina non sostituibili con l'anzianità in Medicina Generale. Per contro, il corso di formazione manageriale, precedentemente richiesto come re-

quisito di base per l'incarico, potrà essere conseguito entro un anno dalla data di conferimento.

Il Dipartimento e la sua direzione vengono ad avere un ruolo determinante, si consideri il giudizio annuale sull'operato dei dirigenti, la scelta degli obiettivi da raggiungere o la gestione delle risorse.

È evidente che più diabetologi arriveranno a dirigere un Dipartimento, maggiori saranno le possibilità di attuare scelte strategiche a favore dei nostri pazienti.

Non è chiaro in quale Dipartimento confluiranno i Servizi di Diabetologia. Possiamo solo fare delle ipotesi: in quelli di Medicina Interna?, o di Malattie a carattere invalidante, come suggerisce l'Organizzazione Mondiale della Sanità?, o di Discipline mediche specialistiche?, o in quello degli Ambulatori?

A questo proposito sarebbe interessante che su questo notiziario si aprisse un dibattito sui Dipartimenti della Diabetologia, con contributi e esperienze da varie parti di Italia. Questo inquadramento funzionale caratterizzerà in modo determinante le strutture di Malattie Metaboliche e Diabetologia, nei prossimi anni.

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

DALLA LETTERATURA DIABETOLOGICA

Continua l'elenco delle pubblicazioni della diabetologia italiana nel mondo. Anche questo mese le riviste recensite sono le otto con il più alto impact factor tra quelle espressamente orientate alla malattia diabetica. Alcuni articoli arrivano inespugnabilmente in ritardo "in rete" e possono quindi essere citati in un numero della rivista diverso da quello previsto. Sicuramente gli autori non me ne vorranno ma potrebbero cortesemente segnalarmi l'assenza di una pubblicazione recente. Non sono qui elencati i lavori che non riportino i singoli nominativi degli autori o quelli di semplice collaborazione con gruppi di studio stranieri.

DIABETES

Diabetes 1999 Feb;48(2):391-7

Effect of acute ketosis on the endothelial function of type 1 diabetic patients: the role of nitric oxide.

Avogaro A., Calo L., Piarulli F., Miola M., deKreutzenberg S., Maran A., Burlina A., Mingardi R., Tiengo A., Del Prato S.
Department of Clinical and Experimental Medicine, University of Padova, Italy.
avogaro@uxl.unipd.it

Diabetes 1999 May;48(5):958-66

Splanchnic and leg substrate exchange after ingestion of a natural mixed meal in humans.
Capaldo B., Gastaldelli A., Antonello S., Auletta M., Pardo F., Ciociaro D., Guida R., Ferrannini E., Sacca L.

Department of Internal Medicine, University Federico II, Naples, Italy.

Diabetes 1999 Jun;48(6):1258-63

Triglyceride-induced diabetes associated with familial lipoprotein lipase deficiency.
Mingrone G., Henriksen F.L., Greco A.V., Krogh L.N., Capristo E., Gastaldelli A., Castagneto M., Ferrannini E., Gasbarrini G., Beck-Nielsen H.

Department of Internal Medicine, Catholic University Rome, Italy.
mrccta@tin.it

Diabetes 1999 Jun;48(6):1316-22

Protein kinase C activity is acutely regulated

by plasma glucose concentration in human monocytes in vivo.

Celotto G., Gallo A., Miola M., Sartori M., Trevisan R., Del Prato S., Semplicini A., Avogaro A.

Department of Clinical and Experimental Medicine, University of Padova, Italy.
avogaro@uxl.unipd.it

DIABETOLOGIA

Diabetologia 1999 Jun;42(6):693-701

NMDA receptor subunits are modified transcriptionally and post-translationally in the brain of streptozotocin-diabetic rats.

Di Luca M., Ruts L., Gardoni F., Cattabeni F., Biessels G.J., Gispen W.H.
Institute of Pharmacological Sciences, University of Milan, Italy

Diabetologia 1999 Apr;42(6):435-42

Role of proline 193 in the insulin receptor post-translational processing

Maggi D., Barbetti F., Cordera R.
Department of Endocrinology and Metabolism, University of Genova, Italy

DIABETES CARE

Diabetes Care 1999 Jan;22(1):7-9

Effectiveness of a prevention program for diabetic ketoacidosis in children. An 8-year study in schools and private practices.

Vanelli M., Chiari G., Chizzoni L., Costi G., Giacalone T., Chiarelli F.
Department of Paediatrics, University of Parma, Italy, vanelli@ipruniv.cce.unipr.it

Diabetes Care 1999 Jan;22(1):176/7

Diabetic ketoacidosis associated with clozapine treatment.

Colli A., Cocciolo M., Francobandiera F., Rogatin F., Cattalini N.

Diabetes Care 1999 Jan;22(2):275-9

Capillary whole blood measurement of islet autoantibodies.

Bazzigaluppi E., Bonfanti R., Bingley P.J., Bosi E., Bonifacio E.
Department of Medicine, Istituto Scientifico San Raffaele, Milan, Italy

Diabetes Care 1999 May;22(5):756-61

Cause-specific mortality in type 2 diabetes. The Verona diabetes study.

De Marco R., Locatelli F., Zoppini G., Bonora E., Muggeo M.

Division of Medical Statistics, University of Verona, Medical School, Italy.
demarco@biometria.univr.it

Diabetes Care 1999 May;22(5):795-800

Contribution of post-prandial versus inter-prandial blood glucose to HbA1c in type 1 diabetes on physiologic intensive therapy with lispro insulin at mealtime.

Ciofetta M., Lalli C., Del Sindaco P., Torlone E., Pampanelli S., Mauro L., Chiara D.L., Brunetti P., Bolli G.B.

Dipartimento di Medicina Interna e Scienze Endocrine e Metaboliche, Università di Perugia, Italy

Diabetes Care 1999 May;22(5):861

Hypoglycemic urticaria revisited.

Sacerdote A.S.

DIABETES MATAB REV

Diabetes Metab Rev 1998 Dec; 14(4):325-7

Insulin expression in the thymus, tolerance, and type 1 diabetes.

Pugliese A.

DIABETIC MEDICINE

Diabetic Med 1999 Mar;16(3):228-32

Efficacy and safety of acarbose in the treatment of Type 1 diabetes mellitus: a placebo-controlled, double-blind, multicentre study.

Riccardi G., Giacco R., Parillo M., Turco S., Rivellese A.A., Ventura M.R., Contadini S., Marra G., Monteduro M., Santeusano F., Brunetti P., Librenti M.C., Pontiroli A.E., Vedani P., Pozza G., Bergamini L., Bianchi C.
Department of Clinical and Experimental Medicine, Medical School, University of Naples

ACTA DIABETOLOGICA

Acta Diabetol 1998 Dec;35(4):170-1

Is it worth treating diabetes? Lessons from the UKPDS. United Kingdom Prospective Diabetes Study.

Pontiroli A.E., Folli F.

Sergio Di Pietro

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

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