

AemMeDi

Vol. 3

Periodico di informazione, dibattito e confronto

N. 1 Gennaio-Marzo 2000

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

REDAZIONE
P. Crupi, B. Oliviero

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
V. Borzi D. Mannino
C. Coscelli N. Musacchio
S. Di Pietro M. Velussi
Segretario: A. Di Benedetto
Tesoriere: C. Teodonio
Sede Legale: Viale C. Felice, 27
Tel.: 06/7000499 00185 ROMA
Fax 06/77201195
C.C. postale: 96304001

PRESIDENZA E SEGRETERIA

Dipartimento di Medicina Interna
Policlinico Universitario
Via C. Valeria - 98100 Messina
Casella Postale 62 - 98100 Messina
Tel.: 090/2212390-2212430-2212353
Fax: 090/2921554-2935162
<http://www.columbus.it/amd/amd.htm>

PRESIDENTI SEZIONI REGIONALI

Abruzzo-Molise-Umbria: P. di Bernardino
Calabria: G. Perrone
Campania: S. Turco
Emilia-Romagna: D. Giorgi P.
Friuli-Venezia Giulia: G. Maraglino
Lazio: F. Chiaromonte
Liguria: A. Cattaneo
Lombardia: G. Marelli
Marche: P. Compagnucci
Piemonte, Valle D'Aosta: G. Allochis
Puglia: E. Losurdo
Sicilia: P. Pata
Sardegna: A. Gigante
Toscana: F. Galeone
Veneto: R. Mingardi

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

CARI SOCI LO VOGLIAMO VERAMENTE QUESTO GIORNALE?

Cari amici, avrete notato che l'ultimo numero del 1999 del nostro giornalino esce con notevole ritardo rispetto al solito appuntamento. Me ne duole e spero che dispiaccia anche a voi. Sento però il dovere di precisare che il giornale non è di coloro che lo producono o che tengono i rapporti spesso quotidiani con gli autori dei pezzi, con la casa editrice, con i compositori di stampa o che stanno dietro agli spedizionieri o alle bozze fresche di stampa (spesso imperfette, ma gestite in modo del tutto volontaristico!). Il giornale è di tutti. In ogni suo numero esiste uno spazio destinato alle comunicazioni o agli articoli che chiunque - anche senza essere stimolato - può e deve mandare in redazione, se sente l'esigenza di comunicare un'esperienza personale, un cambiamento nella politica sanitaria della propria area o regione o quant'altro gli sembri interessante da proporre agli altri soci. Tutto questo accade molto di rado, spesso dietro stimolazioni ripetute, scritte o telefoniche, che il sottoscritto invia a quanti più soci riesce a contattare. Non rammarichiamoci se poi il giornale non esce con la cadenza voluta! Eppure sono convinto che **cose notevoli** avvengono sia sotto il profilo normativo sia scientifico. Pensate alla nuova legge regionale del Piemonte (che attendo a breve), alle iniziative culturali che si svolgono in ogni punto del nostro paese (basta sentire cosa l'industria farmaceutica lascia trapeolare qua e là), agli atti delle riunioni regionali, che puntualmente non mi vengono mandati. Potrei fare molti esempi ancora, ma mi limito a commentare solo il fatto che spesso nemmeno l'informativa periodica delle attività delle sezioni regionali viene comunicata. Non posso pensare che non vi siano iniziative o manifestazioni culturali in nessuna delle sezioni regionali per mesi e mesi! È evidente che manca il tempo (spero non la sensibilità) di comunicare tutto questo alla famiglia più allargata dei soci AMD delle altre regioni.

Vi ricordo che sulla testata del giornale sotto il nome **AemMeDi** compare la frase fortemente voluta dai soci fondatori: *Periodico di informazione, dibattito, confronto*. Fino ad oggi vi è stata solo informazione (quasi sempre sollecitata). Dibattito e confronto mai! Vi ricordo ancora che in ogni numero del giornale compare un riquadro utilizzabile da parte di tutti coloro che hanno qualche

SOMMARIO

1. Editoriale
2. Notizie in breve.
3. Indagine conoscitiva su quanto l'AMD offre o potrebbe offrire ai propri soci.
5. Congresso Nazionale D.E.I. - 2000.
6. Documento di consenso: approccio semplificato alla diagnosi ed al trattamento della disfunzione erettile nel soggetto con diabete mellito.
9. La posta dei lettori.
9. Censimento delle strutture diabetologiche italiane (a cura dell'AMD).
10. Attività del Consiglio Direttivo Nazionale (maggio 2000).
10. Attività delle Sezioni Regionali.
11. Criteri generali di istituzione e funzionamento della Scuola di Formazione Permanente di AMD.
12. Documento di consenso sui nuovi criteri di diagnosi del diabete mellito.

commento da fare, qualche esperienza da comunicare o qualche risposta da dare a chi ha pubblicato precedenti articoli. E da ultimo vorrei ricordare che sempre sulla prima pagina del giornale compare l'elenco delle sezioni regionali AMD - attraverso i loro Presidenti - che mai prima della nascita di questo giornalino erano state incluse stabilmente in precedenti periodici AMD. La ragione di questa scelta sta nel fatto che il Consiglio Direttivo che ha dato vita al giornalino ha voluto riconoscere con un atto formale l'importanza delle sezioni regionali ed ha inoltre voluto istituzionalizzare periodiche riunioni dei Presidenti Regionali con il C.D. nazionale. Allora, se la squadra esiste, se lo spirito d'appartenenza esiste, se ci crediamo tutti nella vitalità e nella capacità di produrre cose buone (vedi le offerte formative AMD per il prossimo biennio) rimbocchiamoci un po' più le maniche e diamo più linfa e vigore al nostro giornalino contribuendo di più alla sua costruzione ed evitando di esprimerci in forma privata, magari perché qualcuno se ne sente escluso, ma per propria scelta!

In bocca al lupo e buon lavoro a tutti.

Sandro Gentile
Sandro.Gentile@UNINA2.it



NOTIZIE IN BREVE

- **PROGETTO DAI.** Prosegue lo studio DAI con rilievi della fase di follow-up annuali e non più semestrali, come è stato illustrato nel corso di riunioni regionali, molte delle quali già tenute. Dovrà essere fornita copia dei tracciati elettrocardiografici dei casi arruolati, specie se patologici. Poiché questa modalità operativa, benché banale, risulta di difficile realizzazione per molti centri, si sta studiando una differente maniera di non perdere informazioni preziose e, contemporaneamente, di non appesantire il lavoro già gravoso di molte strutture diabetologiche. A breve verranno diffuse le modalità operative.
- **PROGETTO DIANEIO.** Si è tenuta a Roma il 13.04.2000 la riunione dei partecipanti al progetto DIANEIO. Al fine di una buona navigazione in Internet «NATIQUETTE» si richiede a tutti i partecipanti di inviare alla Servier Italia la fotocopia del Documento di riconoscimento. Tutti i dati pervenuti verranno trattati esclusivamente per il collegamento al sito

Internet www.dianeio.it nell'ambito del progetto dell'AMD DIANEIO ed in ottemperanza alla legge sulla privacy 657/96 e DPR n° 318.

SPEDIZIONE TRIMESTRALE DEI DATI DHL NUMERO VERDE 800.345.345 - Codice Servier Italia 104571796 - Progetto DIANEIO

- **PROGETTO 100 DRG IN DIABETOLOGIA:** monitoraggio dei DRG in Diabetologia. È stato presentato al Consiglio Direttivo AMD dalla Società QUBI-sosft, finanziata dalla Parke-Davis, un progetto indirizzato al calcolo automatizzato e monitoraggio dei DRG in un gruppo il più possibile ampio e rappresentativo di U.O. Diabetologiche italiane per la Rilevazione dei DRG tramite un software appositamente sviluppato, Raccolta dei dati (via Internet) in un Database ed Analisi ed Elaborazione statistica per la costruzione di una banca dati nazionale, riservata, scientificamente controllata da AMD per la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri, su frequenza e distribuzione territo-

riale delle diagnosi e sulla complessità della casistica trattata. Questo progetto consentirebbe - nel rispetto della normativa della privacy e della riservatezza delle strutture partecipanti - una valutazione sulla omogeneità dei DRG, proponendo l'AMD come interlocutore privilegiato del MINISTERO DELLA SANITÀ per la determinazione e validità degli indicatori che caratterizzano i DRG per la propria area terapeutica.

Chiunque sia interessato a questo progetto contatti la Segreteria Amministrativa a Roma o la Segreteria della Presidenza AMD a Messina.

- **PROGETTO QuEd - CONSORZIO MARIO NEGRI SUD:** Prosegue il progetto QuEd, oramai iniziato da 2 anni. Molte strutture stentano a proseguire lo studio per vari motivi, tra cui il tempo, il fisiologico turnover dei pazienti. È indispensabile che i Centri aderenti continuino a fornire anche solo i dati dei pazienti, anche se questi rifiutano di compilare ed inviare i questionari.

ANCORA NOVITÀ SULLA PATENTE DI GUIDA AI DIABETICI

Nel dicembre 1999 è uscita una nuova disposizione sul rilascio/rinnovo della patente di guida ai pazienti diabetici. L'impostazione del provvedimento è assolutamente innovativa, in quanto conferisce al diabetologo una responsabilità di tipo medico-legale. Secondo i primi pareri sentiti in giro questo conferimento sarebbe per certi versi eccessivo. Riportiamo il parere del Prof. G.M. Ferraris, coordinatore regionale FAND, che da anni si occupa del problema in stretto contatto con il Servizio Medico Legale della regione Piemonte. N.d.R.

MODIFICHE ALLE NORME SUL RILASCIO-RINNOVO DELLA PATENTE AI DIABETICI

Sulla Gazzetta Ufficiale del 6.12.99 è comparsa l'ennesima modifica alle norme che regolano il conseguimento, la revisione o la conferma della patente di guida ai diabetici.

Queste modifiche consistono nella introduzione di 2 nuovi commi (2-bis e d-bis) all'articolo 119, e di 1 (4-bis), all'Art. 126 del D.L. 285 del 30.4.92.

Queste modifiche sono state accolte con soddisfazione dalla F.A.N.D. e con qualche perplessità dai diabetologi.

In questa nota, superando il lieve stato confusionale che mi assale alla lettura di queste norme di legge, proverò a semplificarle e verificare se soddisfazione e perplessità sono giustificate.

Il nuovo comma 2-bis prescrive: «L'accertamento dei requisiti psichici e fisici nei

confronti dei soggetti affetti da diabete per il conseguimento, la revisione o la conferma delle patenti di categoria A, B, BE o sottocategorie, è effettuato dai medici specialistici dell'unità sanitaria locale che indicheranno l'eventuale scadenza entro la quale effettuare il successivo controllo medico cui è subordinata la conferma o la revisione della patente di guida».

Praticamente, il diabetologo con patente di categoria A, B, BE, (in pratica le comuni autovetture) si recherà dal diabetologo di riferimento, il quale certificherà l'idoneità del richiedente e quando effettuare il successivo controllo, indipendentemente dalla terapia in atto, sia essa dietologica, con ipoglicemizzanti orali, od iniettiva con insulina. È verosimile che il certificato rilasciato dal medico diabetologo riguarderà essenzialmente il compenso metabolico e sarebbe opportuna in tal senso una precisazione ministeriale.

Ottenuto il certificato il diabetologo si recherà dal medico della stessa A.S.L. cui so-

no attribuite funzioni medico-legali, o da una delle altre figure sanitarie previste dall'Art. 119 della legge già citata. Pertanto, il diabetologo, anche se in trattamento insulinico e con qualche complicanza in atto (purché giudicata compatibile con la sicurezza della guida) non dovrà recarsi presso la Commissione Medica Provinciale, semplificando le procedure necessarie al conseguimento e al rinnovo della patente.

Per quanto riguarda il diabetologo mi sembra che la sua responsabilità venga rafforzata in modo incisivo, anche se il rilascio del certificato di idoneità era già previsto nelle linee guida indicate dal Ministero della Sanità con la nota del 18.12.97.

Il comma d-bis prescrive che nel caso delle patenti C, D, CE, DE (in pratica autotaxi ed autobus), i diabetici devono sottoporsi a visita presso la Commissione Medica Provinciale, e che: «in tal caso la Commissione Medica è integrata da un medico specialista diabetologo, sia ai fini degli accertamenti relativi alla specifica patologia sia ai fini dell'espressione del giudizio finale».

Viene così istituzionalizzata la presenza attiva del diabetologo.

L'ultimo comma introdotto, il 4-bis che completa l'Art. 126 (Durata e conferma della validità della patente di guida) è in prati-



ca complementare del d-bis precedentemente illustrato.

Esso prescrive: «Per i soggetti affetti da diabete trattati con insulina gli accertamenti di cui all'Art. 119, comma 4, lettera d-bis, sono effettuati ogni anno, salvo i periodi più brevi indicati sul certificato di idoneità».

Per effetto di queste norme il diabetico che aspira ad una patente C, D, CE, DE, ed è in trattamento dietetico e/o con ipoglicemizzanti orali, potrà ottenere, a descrizione della Commissione Medica Provinciale, un periodo di validità della patente superiore a quello precedentemente previsto dalle linee guida del Ministero della Sanità (2 anni), ma il diabetico in trattamento con insulina dovrà sottoporsi ogni anno (o anche meno) agli accertamenti di legge, anche se non sono presenti complicanze.

Questo sembra francamente eccessivo.

Per quanto attiene alla presenza del diabetologo nella Commissione Medica Provinciale essa comporta un nuovo ruolo e nuove responsabilità, alle quali i diabetologi sapranno certamente far fronte.

Un aspetto non secondario di questa lunga vicenda è quello economico. È auspicabile che il diabetico possa usufruire della gratuità degli accertamenti diabetologici (per altro prevista dal D.M. 229 del 28.5.99), anche nel caso di quelli relativi alla «patente», ma rimangono pur sempre delle tasse non indifferenti e ripetitive che sarebbe opportuno abolire.

Per quanto riguarda il diabetologo non si parla di eventuali compensi; è di cattivo gusto accennare anche a questi problemi?

Le associazioni dei diabetici hanno accolto con soddisfazione queste modifiche legislative; evidentemente la presenza del diabetologo viene considerata in modo molto positivo, il che è gratificante. A mio parere sono sempre penalizzati i diabetici che aspirano o sono in possesso delle patenti C.D.CE.DE., che saranno anche una minoranza ma che necessitano della patente per lavorare.

Un'ultima annotazione: è comprensibile che qualche diabetico preferisca evitare tut-

te queste tribolazioni e tenga nascosta la malattia.

Attenzione, in caso di incidenti si potrebbe trovare in seri guai con le compagnie di assicurazione!

NOTIZIE AMD VIA INTERNET

ATTIVATO IL SITO UFFICIALE DELL'AMD
net www.aemmedi.it
E-mail: amd@aemmedi.it

Nel sito sono attualmente presenti:
Consiglio Direttivo, Sezioni Regionali, Statuto, Domanda di ammissione, News, Calendario Congressi, Notizie dalle Sezioni Regionali, Link utili (collegamenti con ADA, IDF, EASD, MEDLINE, ANAEO, ASSOMED, ecc.)

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

INDAGINE CONOSCITIVA SU QUANTO L'AMD OFFRE O POTREBBE OFFRIRE AI PROPRI SOCI

Molti di voi che erano presenti al Congresso di Chia Laguna nel maggio 1999 ricercheranno che furono distribuiti dei questionari a risposta multipla presso un desk non molto distante dall'Atelier AMD. A differenza di quanto di solito accade in occasioni congressuali, il questionario era commissionato direttamente da AMD ad una Società di Servizi indipendente come Artenia, gestita dalla dottoressa Sara Scillitani, che in passato è stata molto vicina e buona conoscitrice della diabetologia italiana. Lo scopo di tale iniziativa era quello di conoscere il meglio possibile i desideri dei Soci AMD, interrogandoli su quali siano le esigenze prioritarie che la nostra società scientifica deve soddisfare. Le aree di interesse individuate riguardavano:

- l'aggiornamento scientifico e la formazione professionale
- le modalità di divulgazione dell'informazione
- la qualità dell'informazione sulle terapie farmacologiche
- il rapporto con: colleghi, specialisti di altre branche, Medici di MG, personale sanitario non medico, pazienti e loro familiari
- l'accreditamento delle strutture diabetologiche.

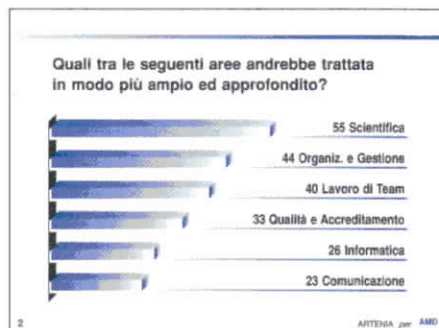
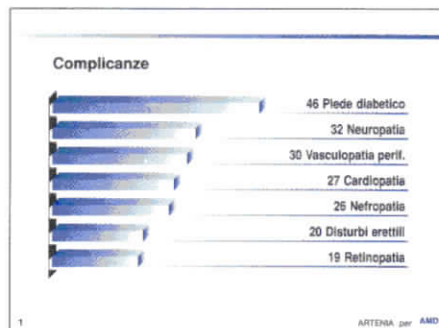
Tuttavia, come può accadere nel corso di riunioni Congressuali nazionali, hanno risposto al questionario circa 300 diabetologi, diversi dei quali non soci AMD. Ciò non costituisce un problema in assoluto, ma il Consi-

glio Direttivo ritiene prioritario soddisfare soprattutto le esigenze dei Soci AMD. Per tale motivo è stata commissionata una seconda inchiesta – questa volta basata su interviste telefoniche ben strutturate e nel rispetto dell'anonimato – indirizzata in modo randomizzato solo a Soci AMD, in modo da coprire l'intero territorio nazionale (42% nord, 22% centro e 36% sud e isole). La prima sorpresa è stata che gli intervistati hanno risposto il più delle volte con interesse alla richiesta di partecipare all'indagine, dando sovente risposte del tipo «se è per l'AM, allora mi interessa». L'80% degli intervistati era inserito in ambiente ospedaliero. L'età era distribuita come segue: <40 anni 8%; tra 40 e 55 anni 77%; >55 anni: 15%.

I temi dell'inchiesta son stati suddivisi per aree:

1. Aggiornamento scientifico e formazione

L'aggiornamento scientifico attraverso congressi nazionali e locali è ancora la forma ritenuta più gradita ai soci. Le riviste in lingua italiana – tanto di tipo monotematico che di interesse generale – sono preferite a quelle in lingua inglese, specie se corredate da commento. Il tema delle complicanze viene indicato dal 62% degli intervistati, con particolare predilezione per il piede diabetico (Grafico 1). Le preferenze per i temi generali dell'aggiornamento sono espresse dal grafico 2. Approfondendo l'analisi delle risposte per fasce di età, emerge che i diabetologi con oltre 55 anni prediligono



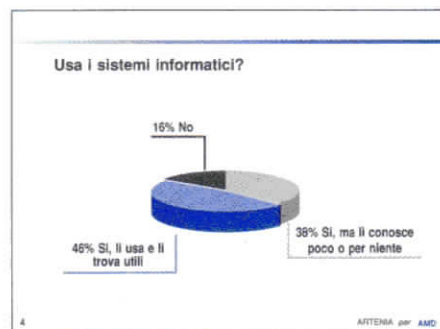
l'informatica, quelli tra 40 e 55 anni preferiscono temi legati all'organizzazione e gestione, mentre i più giovani si orientano sul lavoro in team. Circa le modalità con cui realizzare l'aggiornamento, i corsi integrati (lezioni tradizionali + lavoro di gruppo) sono i più graditi. Con il crescere dell'età tende a diminuire la

preferenza per i corsi integrati e cresce quella per il lavoro di gruppo, specie di tipo *full immersion* (Grafico 3).



2. Modalità di divulgazione dell'informazione

Il primo posto spetta ai mezzi cartacei (100%), seguiti dalla consultazione online via Internet; tuttavia, una percentuale rilevante di intervistati usa poco e male tali sistemi (Grafico 4). La correlazione tra uso di Personal Computer ed età indica che circa la metà dei diabetologi tra 40 e 55 anni ne fa abitualmente uso, mentre la metà dei medici più giovani dichiara di farne uso, ma di non essere in grado di sfruttarne a pieno tutte le potenzialità.



3. Terapie farmacologiche

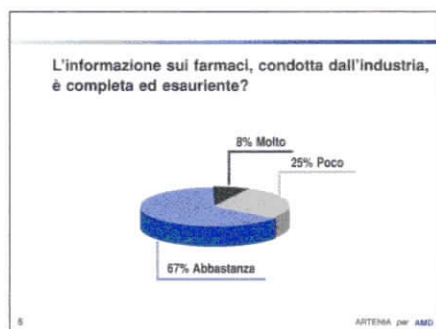
Il diabetologo reputa abbastanza positivamente l'informazione fornita dalle industrie del settore strettamente diabetologico, ma avverte fortemente (nell'85% dei casi) l'esigenza di informazione su campi di interesse più generale (antibiotici, antidepressivi, ecc) e di tipo indipendente dalle industrie (Grafico 5)

4. Temi da approfondire

Emergono dall'indagine una serie di temi che il diabetologo italiano avverte l'esigenza di approfondire (Grafico 6). Come è evidente dall'analisi del grafico le percentuali dei richiedenti sono tutte abbastanza elevate e toccano temi di forte attualità come la farmacoeconomia, il marketing sanitario, gli aspetti tecnico-gestionali e di bilancio. Sono in altre parole indicativi delle più recenti esigenze derivanti dal cambiamento della politica sanitaria del nostro paese.

5. Relazioni con altre figure sanitarie

Come era prevedibile viene avvertita in modo più o meno forte l'esigenza di collegarsi



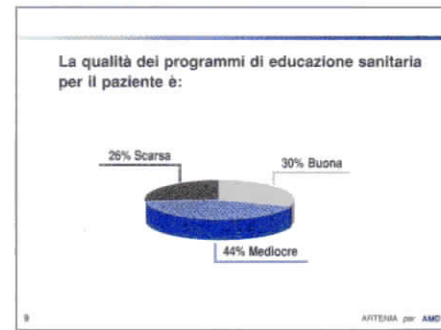
con altre figure mediche specialistiche (Grafico 7) ed anche con i Medici di Medicina Generale (Grafico 8) e questo indipendentemente dall'a-



rea geografica considerata. Tuttavia, nonostante che 8 diabetologi su 10 reputino importante la collaborazione con il Medico di MG, solo il 15% valuta tale collaborazione soddisfacente, mentre il 37% la considera inadeguata. Circa la metà degli intervistati ritiene che il Medico di MG dovrebbe impegnarsi maggiormente nella diagnosi precoce per poi indirizzare il neo-paziente alle strutture specialistiche; il 70% dei diabetologi intervistati auspica un più significativo coinvolgimento del M di MG nella gestione globale del paziente.

Il livello di formazione del personale sanitario non medico è ritenuto mediamente buono (58%), ma con differenze tra nord (71%) e sud (36%). Sono preferiti Corsi di formazione interni alla stessa struttura, piuttosto che affidati ad organizzazioni esterne (ma con un 30% di preferenze per un'organizzazione mista)

I programmi di formazione per pazienti e familiari non sono giudicati pienamente soddisfacenti (Grafico 9) ma sono suscettibili di miglioramento.



6. Autovalutazione ed accreditamento

Il consenso personale ad applicare le procedure stabilite per l'accreditamento delle strutture è certamente elevato (94%), ma se ci si sposta sulla valutazione della qualità dei servizi offerti dalla propria struttura la percentuale di risposte favorevoli scende all'88%. Questi dati sembrano sovrastimare la reale entità della condivisione delle procedure, specie se si conduce un'analisi nei sottogruppi per età: sotto i 55 anni i diabetologi intervistati sono meno propensi ad applicare processi di valutazione dei servizi offerti dalle strutture in cui operano e meno favorevoli ai processi finalizzati all'accreditamento.

A TUTTI I SOCI AMD

Lo scopo delle Rubriche del giornale è quello di stimolare lo scambio di opinioni tra i soci AMD. Tutti sono invitati a contribuirvi. I testi - preferibilmente contenenti tra le 300 e le 600 parole - potranno essere inviati via fax a Sandro Gentile al numero 081.5666734, oppure mediante posta elettronica ad uno dei seguenti indirizzi:

*Sandro.Gentile@UNINA2.it
oppure
idelgno@tin.it*



CONGRESSO NAZIONALE D.E.I. - 2000

Diabete, Epidemiologia, Informatica

1-3 giugno, Tanka Village, Villasimius, Cagliari

Il Diabete è una malattia di eccezionale importanza sociale, vuoi per l'elevato numero di persone colpite (3% di diabetici noti + 3% di diabetici non noti) in ogni fascia d'età ed in costante aumento, vuoi per gli elevati costi sociali, oltre che personali, connessi con la cura della malattia e soprattutto delle complicanze ad essa legate.

È stato valutato che la condizione di diabetico moltiplica da due a tre volte la spesa sanitaria rispetto ad un soggetto di pari età ma esente da Diabete.

Anche in questa ottica di spesa sanitaria risulta di fondamentale importanza monitorare l'incidenza e la prevalenza della malattia e delle sue complicanze nella popolazione, anche in ordine alle diverse realtà sociali ed ambientali, ai diversi approcci terapeutici ed acquisire dati epidemiologici su cui costruire nuovi modelli d'intervento assistenziale.

Da queste convinzioni nasce l'esigenza di promuovere un Congresso Nazionale di Diabetologia che privilegi gli aspetti epidemiologici del Diabete, spesso trascurati, e contemporaneamente lo strumento informatico ormai insostituibile per la registrazione dei dati e l'osservazione dei fenomeni con metodologia scientifica.

Il Congresso Nazionale D.E.I. 2000, vuole offrire un'occasione d'incontro, di scambio di esperienze e di progettazione comune a quanti condividono interessi epidemiologici nell'approccio all'*Universo Diabete* ed inoltre promuovere gli strumenti, le metodologie e le risorse indirizzandole verso la conoscenza delle vere dimensioni della malattia diabetica e delle sue complicanze nella speranza che una migliore conoscenza della malattia, sia il pre-

supposto sufficiente per un intervento assistenziale più appropriato ed efficace in linea con gli scenari dei prossimi anni che danno in crescita esponenziale la patologia diabetica soprattutto nei Paesi a più alto tasso di sviluppo.

Per il Comitato Organizzatore
Dott. Angelo Corda

Programma

Giovedì 1 Giugno

I TRIALS CLINICI E GLI STUDI EPIDEMIOLOGICI IN DIABETOLOGIA

- Analisi critica dello UK Prospective Diabetes Study
A. D. Wright (Birmingham, UK)
I risultati su lipidi e ipertensione: applicazione nella pratica clinica
A. Gray (Oxford, UK)
Aspetti farmaco economici nei trials clinici e negli studi epidemiologici
- Analisi critica del Framingham Offspring Study
J.B. Meigs (Harvard, USA)
Il cluster dei fattori di rischio nella sindrome Plurimetabolica
- Analisi critica dello Studio DAI (DIAINF-AMD-ISS)
R. Raschetti (Roma)
Il protocollo
M. Velussi (Monfalcone)
I risultati di prevalenza
- Simposio / Workshop

Venerdì 2 Giugno

DALL'EPIDEMIOLOGIA ALLE LINEE GUIDA IN ITALIA

- L'epidemiologia in Italia
P. Garancini, A. Gallus (Milano)
Lo screening del diabete
O. Vaccaro, G. Riccardi (Napoli)
Lo screening delle complicanze
G. Bruno, G. Pagano (Torino)
La riduzione della mortalità come obiettivo della terapia del diabete
E. Bonora, M. Muggeo (Verona)
I modelli assistenziali

- Le linee guida
M. Muggeo (Verona)
Definizione e metodologia
M. Comaschi (Genova)
Dalle linee guida ai percorsi diagnostici e terapeutici
- Il ruolo delle Società Scientifiche nella formulazione e applicazione delle linee guida
D. Fedele (Padova)
Il punto di vista della SID
C. Giorda (Chieri)
Il punto di vista della AMD
- Simposio / Workshop

Sabato 3 Giugno

LA PALESTRA DEI FATTI E DELLE IDEE

- Comunicazioni libere sul tema «Diabete - Epidemiologia - Informatica»
 - Atelier per la presentazione di strumenti informatici in diabetologia
 - Simposio / Workshop
-
- Presidenti
Marco Comaschi, Genova
Michele Muggeo, Verona
 - Comitato scientifico
Domenico Cucinotta, Messina
Riccardo Giorgino, Bari
Sergio Muntoni, Cagliari
Gianfranco Pagano, Monfalcone
 - Comitato Organizzatore
Luciano Carboni, Cagliari
Rocco Cirillo, Cagliari
Angelo Corda, Cagliari
Stanislao Lostia, Cagliari
 - Segreteria Scientifica
Edoardo Mannucci, Firenze
Ist. Mal. Metaboliche e del Ricambio Sez. Endocrinologia
Dip. di Fisiopatologia Clinica Università di Firenze
50134 Firenze - Via Pieraccini, 6
Tel. 055/4279960 - Fax 055/243313
 - Segreteria organizzativa
Corsi & Congressi s.a.s.
Via Ghibli a - 09126 Cagliari
Tel. 070/383702
Email: corsieco@tin.it
Internet: http://w.w.corsiecongressi.com



DOCUMENTO DI CONSENSO: APPROCCIO SEMPLIFICATO ALLA DIAGNOSI ED AL TRATTAMENTO DELLA DISFUNZIONE ERETTILE NEL SOGGETTO CON DIABETE MELLITO

La recente possibilità di una terapia orale efficace e la notevole semplificazione delle procedure diagnostiche (1) della Disfunzione Erettile (DE) hanno riaperto l'interesse per questa patologia, anche alla luce della concreta possibilità che la gestione della DE sia ampliata ad un numero sempre maggiore di medici, specialisti e non. Ciò al fine di consentire a quanti più soggetti possibile di correggere la propria disfunzione.

Secondo il NIH (1) il numero di cittadini americani affetti da DE è pari a 10- 20 milioni; nel mondo tale numero supera i 140 milioni. Tali dati tuttavia sono molto verosimilmente sottostimati e potrebbero rappresentare solo la punta dell'iceberg, in considerazione del fatto che ancora oggi solo una minoranza dei soggetti affetti da DE si rivolge alle strutture sanitarie per correggere il proprio disturbo. Il Massachusetts Male Aging Study (MMAS) ha riportato una qualche DE in ben il 52% dei 1290 soggetti esaminati, DE che risultava completa in circa il 10% degli intervistati (2). Uno studio italiano di popolazione, in corso di pubblicazione, ha confermato un simile tasso anche nel nostro paese, riportando una prevalenza del 12.8% nei 2010 maschi esaminati (3).

La DE si osserva con una frequenza tre volte superiore nei soggetti affetti da diabete mellito. Infatti un recente studio, condotto nel nostro paese su oltre 10.000 diabetici di età compresa tra 20 e 70 anni ed afferenti a ben 180 servizi di diabetologia (4), segnala una prevalenza media di circa il 36%, prevalenza che aumenta con l'età passando dal 4.6% nei soggetti con età 20-29 anni al 45.5% nei soggetti con età >60 anni. In relazione al tipo di diabete questo studio ha documentato, dopo correzione per il fattore età, una frequenza di DE più elevata nel diabete tipo 1 rispetto al tipo 2 (OR per DE nel diabete di tipo 2 = 0.7 rispetto ai soggetti con diabete di tipo 1). Inoltre il rischio di DE è risultato strettamente correlato, oltre che all'età, ad alcuni altri fattori di rischio quali il fumo di sigarette, la durata del diabete, il trattamento con insulina, il precario equilibrio glicemico, la presenza delle altre complicanze croniche diabetiche, in particolare neuropatia e vasculopatia, o di altre patologie concomitanti, e l'uso di determinati farmaci. Infine è molto importante sottolineare il fatto che oltre il 90% dei diabetici intervistati ha dichiarato il proprio desiderio e la propria disponibilità ad affrontare e risolvere il problema, il che mette il diabetologo nella delicata

situazione di dover adeguatamente rispondere a tale importante richiesta assistenziale.

Da queste premesse scaturisce la necessità di rivedere in modo complessivo le varie problematiche, in particolare i protocolli diagnostici e le procedure terapeutiche, legate alla DE, patologia che nel nostro paese interesserebbe più di 250.000 maschi diabetici; diabetici, bisogna ricordare, che nel 60-70% dei casi, per la gestione del proprio diabete e delle sue complicanze croniche, fanno riferimento a strutture ben organizzate dal punto di vista assistenziale quali i Servizi di Diabetologia.

Per tali motivi un comitato scientifico, formato dai Proff. D. Cucinotta, U. Di Mario, R. Giorgino, R. Lauro, G. Menzinger e A. Tiengo, ha ritenuto opportuno istituire un gruppo interdisciplinare di esperti per affrontare il problema e proporre le soluzioni più semplici ed opportune per la diagnosi ed il trattamento della DE nei diabetici.

Gli esperti, Proff. C. Coscelli, D. Fedele (coordinatore), C. Noacco e F. Santeusano (Diabetologi), E. Belgrano (Urologo), G. Forti (Andrologo) e L. Dell'Osso (Psichiatra), dopo aver esaminato criticamente le numerose evidenze scientifiche disponibili ed aver acquisito le opinioni prevalenti nella comunità clinica e scientifica rispetto al problema, hanno proposto alla discussione ed alla approvazione di un «panel» di cinquanta Diabetologi, in rappresentanza della comunità diabetologica nazionale, riuniti in convegno, i seguenti cinque punti riguardanti gli aspetti di maggior rilievo clinico-pratico in merito al problema.

1) Qual è il razionale di uno screening della DE nei servizi di Diabetologia? (Relatore: prof. Fausto Santeusano, Perugia)

La prevalenza in Italia della DE è di circa tre volte superiore nel diabetico (2) rispetto al non diabetico (4).

- La DE nel soggetto diabetico è da considerare alla stessa stregua delle altre complicanze croniche della malattia, essendo legata soprattutto alla neuropatia e/o vasculopatia.
- Le conseguenze della DE per il paziente diabetico, già logorato e preoccupato per la gestione della malattia diabetica e delle sue complicanze sono inevitabili problemi di coppia e deterioramento della qualità di

vita; per tali motivi si rendono necessari sia una sua precoce identificazione che il trattamento, possibilmente da parte dello specialista diabetologo.

2) È possibile, per tutte le strutture di diabetologia, affrontare la DE in maniera semplice ed efficace? (Relatore: dott. Claudio Noacco, Udine)

- Il principale motivo per cui la DE è stata finora sottovalutata è stato la mancanza di strumenti diagnostici semplici, in grado di consentire uno screening sistematico e di misure terapeutiche efficaci e facili da utilizzare.
 - Il diabetologo può attualmente integrare e migliorare il processo diagnostico, che fino ad ora è stato applicato solo in alcuni centri altamente qualificati, con una metodologia sia diagnostica che terapeutica (Sildenafil) molto semplice, sicura ma ugualmente efficace, che gli consente di affrontare e gestire in modo autonomo il problema della DE.
 - Il diabetologo, più di altre figure sanitarie, ha il compito e la possibilità di affrontare adeguatamente la DE, in virtù del suo ruolo di sintesi dei problemi medici e di coordinatore dei procedimenti diagnostici relativi al diabete mellito in tutti i suoi aspetti clinici e ad esso dovrebbero fare riferimento in prima istanza i soggetti diabetici con DE.
- ### 3) Come affrontare lo screening e la diagnosi della DE? (Relatore: prof. Domenico Fedele, Padova)

Si suggerisce lo screening una volta l'anno in tutti i diabetici potenzialmente in grado di avere una vita sessuale, mediante una o più domande chiare, semplici ed in grado di fare emergere il problema.

Nella eventualità che il problema esista, l'ulteriore approccio diagnostico andrà condotto in ambiente idoneo e prevede (Tab. 1) una anamnesi mirata rivolta in particolare alle possibili (con)cause di DE quali i problemi relazionali e psicologici, gli eventi patologici, i traumi pregressi, gli interventi chirurgici, la terapia radiante in zona pelvica, e l'uso di farmaci.

La tappa successiva (All. 1) prevede la somministrazione, da parte di un medico, di una versione semplificata del questionario IIEF-5 (International Index of Erectile



Function; items 1-5,15) che indaghi specificamente la funzione erettile e permetta di quantizzare l'entità del problema (5). A ciascuna risposta alle sei domande si assegna uno score da 0 a 5, per un massimo complessivo di 30 punti. Ciò consente anche di valutare la gravità della DE: < 10 = grave, 11-16 = moderata, 17-25 = lieve, > 25 = assente.

Nei soggetti che riferiscono problemi nella attività sessuale si suggerisce di proseguire con due ulteriori domande, in grado di far sospettare l'origine psicogena e/o anatomica della DE (All. 2).

Successivamente va eseguito un esame obiettivo mirato in particolare agli aspetti endocrini, neurologici (ROT, sensibilità), urologici (genitali esterni) e vascolari (polso e soffi). Gli esami di laboratorio saranno rivolti alla valutazione metabolica (HbA1c, colesterolo, trigliceridi, HDL), endocrina (testosterone, prolattina, TSH), urologica (PSA) e della funzione epatica e renale. Opportuna inoltre la valutazione dei test autonomici cardiovascolari (Deep Breathing, Lying-to-Standing, Ipotensione Ortostatica) che possono in buona parte dei casi aiutare a predire la risposta al trattamento per os con Sildenafil (maggiore compromissione = minore possibilità di risposta).

Si può, quindi, procedere alla somministrazione di Sildenafil. La dose raccomandata è 50 mg, da assumere circa un'ora prima di un rapporto sessuale. In caso di risposta dubbia o insoddisfacente, la prova va ripetuta, eventualmente con dosaggio raddoppiato. Nei soggetti non-responders l'iter diagnostico va approfondito con le indagini di funzionalità vascolari e neurologiche più appropriate; inoltre in tali soggetti è indicato il test intracavernoso con prostaglandine (PGE1: 10-20 µg).

4) Qual è il razionale terapeutico nella DE? (Relatore: prof. Emanuele Belgrano, Trieste)

● La somministrazione per via orale e la scarsità di effetti indesiderati fanno del Sildenafil il farmaco di prima scelta nella terapia della disfunzione erettile anche nel diabetico. La dose raccomandata è 50 mg al bisogno, da assumere circa un'ora prima dell'attività sessuale. In base all'efficacia ed alla tollerabilità, la dose può essere aumentata a 100 mg oppure ridotta a 25 mg, preferibilmente non dopo un pasto abbondante. La dose massima raccomandata è di 100 mg. Nel caso di risposta non soddisfacente si consiglia, come terapia di seconda scelta, la somministrazione intracavernosa di prostaglandine (PGE1 10-20 µg). In caso di ri-

sposta inadeguata ulteriori interventi terapeutici potranno essere valutati in strutture dedicate.

5) Quali sono le misure cautelative nei confronti dell'impiego del Sildenafil? (Relatore: prof. Carlo Coscelli, Parma)

- **Controindicazioni:** uso concomitante di nitrati (6)
- **Cautela in (6):**
 - a) pazienti con ischemia coronarica attiva che non assumono nitrati (per es. con prova da sforzo positiva per ischemia)
 - b) pazienti con insufficienza cardiaca congestizia e segni di bassa portata (valori-borderline/bassi di pressione arteriosa e volemia borderline/bassa);
 - c) pazienti sottoposti a terapia antiipertensiva complessa e multipla (7);
 - d) pazienti che assumono farmaci che possono prolungare la emivita del Sildenafil (6)

Il documento, stilato dal gruppo di esperti, dopo ampia discussione, è stato approvato durante un convegno svoltosi a New York il 15 e 16 Dicembre 1999.

Comitato di esperti:

E. Belgrano, C. Coscelli, L. Dell'Osso,

D. Fedele (coordinatore),
G. Forti, C. Noacco, F. Santeusano

Comitato scientifico:

D. Cucinotta, U. Di Mario, R. Giorgino,
R. Lauro,
G. Menzinger, A. Tiengo

Panel di partecipanti:

Benedetti Piergiorgio *Modena*
Beltramello Giampietro
Bassano del Grappa
Bolli Geremia *Perugia*
Botta Amodio *Avellino*
Cataldi Luigi *Genova*
Ciancagliani Roberto *Pescara*
Comaschi A. Marco *Genova*
Cordera Renzo *Genova*
Corigliano Gerardo *Napoli*
Del Prato Stefano *Padova*
De Mattia Giancarlo *Roma*
De Matteo Antonio *Napoli*
Di Berardino Paolo *Atri*
Fallucca Francesco *Roma*
Fonzo Domenico *Torino*
Frontoni Simona *Roma*
Fumelli Paolo *Ancona*
Gambardella Sergio *Roma*
Giorgi-Pierfranceschi Dino *Piacenza*
Lunetta Michele *Catania*

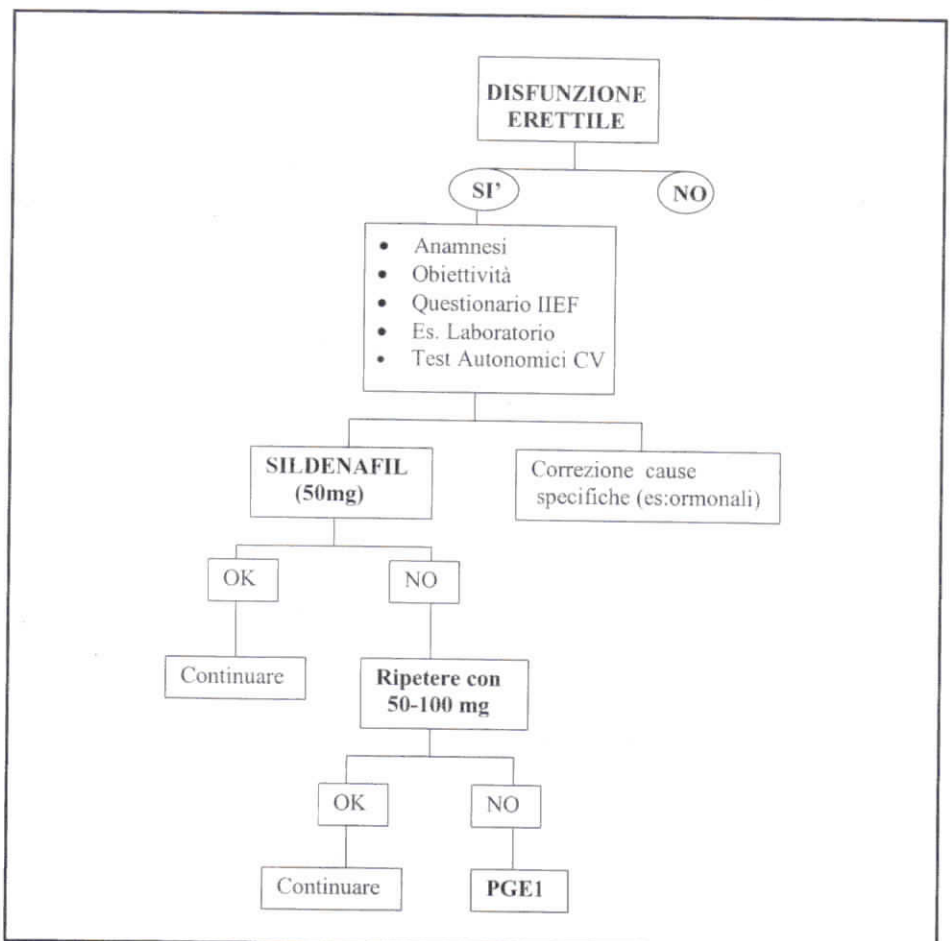


Tabella 1 - Flow-chart per la diagnosi ed il trattamento della disfunzione erettile nel diabetico



Marsili Alberto *Firenze*
 Mascetti Paolo *Como*
 Melchionda Nazario *Bologna*
 Minuto Francesco *Genova*
 Miselli Valerio *Scandiano*
 Orio Francesco *Salerno*
 Parenti Mario *Rimini*
 Pagano Alberto *Roma*
 Pata Pietro *Messina*
 Provenzano Carlo Alberto *Catanzaro*
 Scardapane Riccardo *Bari*
 Sinisi Antonio Agostino *Napoli*
 Solerte Bruno *Pavia*
 Virgili Flavio *Venezia*
 Savina Maria Antonietta *Roma*
 Zizzo Giuseppe *Roma*

Si ringrazia la Pfizer Italia per aver supportato l'iniziativa.

BIBLIOGRAFIA

- 1) NIH Consensus Conference, Impotence: Consensus Development Panel on Impotence. JAMA 270,83-90,1993.
- 2) Feldman HA, Goldstein I, Hatzchristou DG, Krane RJ, McKinlay JB: Impotence and its medical and psychological correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study: J Urol 151, 54-61,1994.
- 3) Parazzini F, Menchini-Fabris F, Bortolotti A, et al.: Frequency and determinants of erectile dysfunction in Italy. Eur J Urol, in press.
- 4) Fedele D, Coscelli C, Santeusano F, Bortolotti A, Chatenoud L, Colli E, Landoni M, Parazzini F on behalf of Gruppo Italiano studio Deficit Erettile nei Dia-

- betici: Erectile Dysfunction in Diabetic Subjects in Italy. DiabetesCare 21,1973-77,1998.
- 5) Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A: The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for the assessment of erectile dysfunction. Urology 49,822-30,1997.
- 6) AAC/AHA Expert Consensus Document: use of Sildenafil (Viagra) in patients with cardiovascular disease. Circulation 99,168-77,1999.
- 7) Webb DJ, Freestone S, Allen MJ, et al: Sildenafil citrate and blood pressure lowering drugs: results of drug interaction studies with an organic nitrate and calcium antagonist. Am J Cardiol 83 (5A),21C-28C,1999.

ALLEGATO 1: IIEF Funzione erettile (1-5,15)

1) Quanto spesso è stato capace di avere una erezione durante l'attività sessuale?

| | | | | | |
|--|--------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Non ho avuto alcuna attività sessuale 0 | Quasi mai/mai 1 | Poche volte (meno della metà) 2 | Qualche volta (metà delle volte) 3 | La maggioranza delle volte 4 | Sempre o quasi 5 |
|--|--------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------|

2) Dopo lo stimolo sessuale ha raggiunto una erezione sufficiente per la penetrazione?

| | | | | | |
|--|--------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Non ho avuto alcuna attività sessuale 0 | Quasi mai/mai 1 | Poche volte (meno della metà) 2 | Qualche volta (metà delle volte) 3 | La maggioranza delle volte 4 | Sempre o quasi 5 |
|--|--------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------|

3) Quando ha tentato un approccio sessuale quanto spesso è stato capace di penetrare la sua partner?

| | | | | | |
|---|--------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Non ho mai tentato alcun approccio 0 | Quasi mai/mai 1 | Poche volte (meno della metà) 2 | Qualche volta (metà delle volte) 3 | La maggioranza delle volte 4 | Sempre o quasi 5 |
|---|--------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------|

4) Durante il rapporto sessuale quanto spesso è stato capace di mantenere l'erezione dopo che ha penetrato la partner?

| | | | | | |
|---|--------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Non ho mai tentato alcun approccio 0 | Quasi mai/mai 1 | Poche volte (meno della metà) 2 | Qualche volta (metà delle volte) 3 | La maggioranza delle volte 4 | Sempre o quasi 5 |
|---|--------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------|

5) Durante il rapporto sessuale quanto difficile è stato mantenere l'erezione fino alla fine del rapporto?

| | | | | | |
|---|-----------------------------|----------------------|----------------|-----------------------|--------------------|
| Non ho mai tentato alcun approccio 0 | Estremamente difficile 1 | Molto difficile 2 | Difficile 3 | Un po' difficile 4 | Non difficile 5 |
|---|-----------------------------|----------------------|----------------|-----------------------|--------------------|

6) Come valuterebbe il suo livello di fiducia nel poter raggiungere e mantenere una erezione?

| | | | | |
|------------------|------------|--------------|-----------|-----------------|
| Molto bassa 1 | Bassa 2 | Modesta 3 | Alta 4 | Molto alta 5 |
|------------------|------------|--------------|-----------|-----------------|

ALLEGATO 2: Domande aggiuntive

- 1) Ha erezioni spontanee notturne o al risveglio? (problemi psicologici)
- 2) Ha osservato noduli o parti indurite toccando il pene; l'erezione si accompagna a dolore o incurvamento (M. di La Peyronie)



LA POSTA DEI LETTORI

Da questo numero del giornale viene istituita una nuova Rubrica dedicata **alla Posta dei lettori**. Questo spazio sul giornale è destinato a commenti, richieste di approfondimento o di più dettagliate informazioni sui temi trattati o suggerimenti relativi a temi da trattare in futuro. La Redazione ha deciso di

fornire questa ulteriore opportunità di scambio tra i Soci AMD con l'intento di favorire la comunicazione aperta a tutti i lettori o anche alle istanze dei loro pazienti o, ancora, a quelle delle Associazioni dei Pazienti. Tutti gli interessati possono liberamente scrivere alla Redazione, che si farà carico di fornire

risposte adeguate attraverso le pagine del giornale.

Inviare la corrispondenza a Sandro Gentile **La Posta dei Lettori** - fax 081.5666734, oppure mediante posta elettronica ad uno dei seguenti indirizzi: Sandro.Gentile@UNINA2.it oppure idel-gno@tin.it.

CENSIMENTO DELLE STRUTTURE DIABETOLOGICHE ITALIANE A cura dell'AMD

All'inizio del 1999 il Consiglio Direttivo della nostra Società ha deciso di svolgere una revisione della situazione delle strutture diabetologiche in Italia. Gli scopi della iniziativa, che a qualcuno forse potrebbe sembrare inutile, erano molteplici: quello di avere una fotografia aggiornata di una situazione che sta evolvendo rapidamente con il continuo mutare delle situazioni sanitarie locali, quello di mettere i soci in grado di avere a disposizione una serie di dati utili (telefoni, fax, indirizzi) e, ancor più, quello di verificare se, a livello nazionale, fossero in corso revisioni importanti della situazione delle strutture diabetologiche, con riduzione delle risorse allocate (personale, spazi, attrezzature).

I partners di questa iniziativa sono stati Link Italia, che molti di voi ricorderanno come supporto organizzativo ed informatico in altre iniziative della AMD (indagine epidemiologica sulla prevalenza della neuropatia diabetica e della disfunzione erettile) per la conduzione del censimento e Roche Italia che ha curato la stampa del report finale.

La base di partenza è stato un elenco di oltre 700 strutture individuate in una serie di database in possesso di AMD, di alcune industrie farmaceutiche e di associazioni di pazienti. Link Italia ha «ripulito» questo elenco togliendo i doppi che apparivano sotto indirizzi diversi ed alla fine ne è risultato un file di 679 strutture, complete di nome del responsabile, indirizzo, telefono e fax. Nella primavera 1999 tutti i centri sono stati contattati via fax o per via telefonica, prima per una verifica dei dati in nostro possesso e poi, mediante un sofisticato sistema informatico di assemblamento, verifica ed analisi dei dati, con la richiesta di rispondere a un questionario. Alla fine si so-

no rese disponibili 654 strutture le cui risposte sono state analizzate in modo del tutto anonimo ed elaborate suddividendo i centri in due livelli (funzionalmente autonomi o funzionalmente aggregati ad altra struttura) ed in tre raggruppamenti regionali (Nord, Centro, Sud ed isole). La elaborazione dei dati in forma aggregata e quindi anonima è stata presentata al Congresso di Chia Laguna ed all'incontro dei gruppi di studio SID a Rimini e, in forma definitiva, è contenuta nel numero 3/1999 de Il Giornale Italiano di Diabetologia apparso in questi giorni.

Allegato allo stesso numero vi è pure un elenco delle strutture diabetologiche che hanno risposto all'invito ed hanno fornito i dati richiesti. La scheda relativa ad ogni centro contiene indirizzo e numeri di telefono e fax; tutte le schede sono state ordinate per provincia e regione di appartenenza.

Pur avendo sottoposto per la «validazione» gli elenchi delle strutture ai Presidenti delle sezioni regionali AMD, siamo ben consci che vi possono essere errori e/o omissioni delle quali fin d'ora ci scusiamo con i lettori. A questi errori sarà possibile porre rimedio nell'arco dell'anno in corso in quanto la AMD ha previsto un aggiornamento annuo degli elenchi, probabilmente su supporto informatico corredandoli anche di un piccolo programma gestionale che permetta di utilizzarli ad es. per fare mailing lists ad uso dei Presidenti delle Sezioni regionali. Chi è interessato può utilizzare l'inserito di questo numero, che può rendersi utile anche per segnalare cambiamenti di indirizzo o di numero telefonico/fax, per trasmettere i dati riveduti e corretti a Link Italia.

C. Coscelli, A. Arcangeli
Referenti del progetto

| Dati attualmente contenuti nella scheda | | Modifiche da apportare | |
|---|----------------------|------------------------|----------------------|
| Regione | <input type="text"/> | Regione | <input type="text"/> |
| Provincia | <input type="text"/> | Provincia | <input type="text"/> |
| Denominazione | <input type="text"/> | Denominazione | <input type="text"/> |
| Sede | <input type="text"/> | Sede | <input type="text"/> |
| Indirizzo | <input type="text"/> | Indirizzo | <input type="text"/> |
| CAP + località | <input type="text"/> | CAP + località | <input type="text"/> |
| Telefono | <input type="text"/> | Telefono | <input type="text"/> |
| Fax | <input type="text"/> | Fax | <input type="text"/> |
| e-mail | <input type="text"/> | e-mail | <input type="text"/> |



ATTIVITÀ DEL CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE (MAGGIO 2000)

- Avviati i corsi di aggiornamento e per il biennio 2000-2001. I corsi di alfabetizzazione telematica saranno i primi a essere effettuati: a Roseto in Abruzzo il 26 e 27 maggio e ad Acireale in Sicilia il 7 e 8 luglio. In autunno partiranno tutti gli altri.
- Sono in corso di valutazione da parte di apposite commissioni le domande pervenute per le 5 borse di studio da 6 milioni per soggiorni di una settimana presso la scuola di formazione del Prof. Assal in Svizzera e per i finanziamenti da 15 milioni per progetti di applicazione pratica del Disease Management presso aziende sanitarie locali o ospedaliere.
- Con il nuovo corso per formatori di Artimino è ripresa l'attività della Scuola di Formazione AMD. È stato definito un regolamento che ne disciplina l'attività ed il rapporto con il Consiglio Direttivo nazionale.

zionale. Pubblichiamo il regolamento a pagina 11 di questo numero.

- Il progetto Diane, studio coordinato per l'AMD da Sergio Di Pietro e che ha come obiettivo le caratteristiche cliniche e assistenziali del diabete di tipo 2 all'esordio, è stato presentato il 17 aprile a Roma a circa 80 servizi italiani che saranno collegati in via telematica con il centro raccolta. L'indagine epidemiologica permetterà di avere interessanti informazioni anche sull'assorbimento di risorse che comporta il diabete all'esordio.
- L'AMD è stata invitata come consulente della ditta Qubisoft di Padova nella progettazione di un Software che analizzerà per almeno 6 mesi i DRG di ricovero, di Day Hospital, i ribaltamenti e le prestazioni ambulatoriali delle strutture diabetologiche italiane. Si tratta di un progetto originale da cui possono scaturire informazioni vitali sulla collocazione delle

malattie e diabetologia nella realtà ospedaliera italiana.

- Lo studio DAI entra nel vivo della fase di incidenza con il rilievo del follow-up annuale. I dati descrittivi di prevalenza e alcune osservazioni di farmacoepidemiologia hanno suscitato un vivo interesse al Congresso Sid di Bari, al Fadoi di Genova e all'ANMCO di Firenze. È stato istituito un writing committee per la pubblicazione coordinata delle osservazioni.
- Esce il secondo volume del Manuale del Diabetologo Italiano pubblicato dalla Hippocrates di Milano e distribuito dalla Novo Nordisk. Alla stesura dei testi, coordinati dai Presidenti, hanno partecipato buona parte dei consiglieri nazionali AMD e SID. La pubblicazione vuole mettere a fuoco tutti gli aspetti culturali professionali e amministrativi del Diabetologo.

Carlo Giorda

ATTIVITÀ DELLE SEZIONI REGIONALI

Sezione Liguria

presidente: A. Cattaneo, presidente eletto: A. Corsi, consiglieri: Ruffino, Melga, Rizzi

- *Iniziative Congressuali e Corsi di Aggiornamento*
 - Genova, 26 febbraio 2000: Aggiornamento in diabetologia: novità in tema di organizzazione sanitaria e di terapia del diabete. Indirizzato a diabetologi, Medici di Medicina Generale e Farmacisti
 - Arenzano, 24-25 marzo 2000: Corso di aggiornamento professionale per équipes infermieristiche. Indirizzato ad infermieri
- *Iniziative in programma*
 - Arenzano (Ge), 17 giugno 2000: Tavola Rotonda AMD Inter-Regionale Liguria-Piemonte-Lombardia su Cardiopatia e Diabete. Diabetologi soci AMD

Sezione Sicilia

presidente: P. Pata, presidente eletto: S. Biondo, consiglieri: P. Sanna, I. Lorenti, F. Raimondo, C. Sipione, S. Verga

- *Iniziative Congressuali e Corsi di Aggiornamento*
 - Caltanissetta 29-30 ottobre 1999:

Corso di diabetologia per Infermieri Professionali

- Agrigento 19 novembre 1999: L'educazione con il paziente diabetico: Indirizzato a Diabetologi e Medici di Medicina generale
- *Aspetti Normativi, Protocolli, Progetti*
 - Diabete In.....Forma. Destinato ai pazienti diabetici con la collaborazione della Federfarma, mediante la distribuzione di volantini informativi in tutte le farmacie della Sicilia
 - Corso di Management per Dirigenti di Diabetologia, della durata di due anni

Sezione Abruzzo-Molise-Umbria

presidente: P. Di Bernardino, presidente eletto: R. Iannarelli, consiglieri: E. Antonacci, G. La Penne, P. Pomante, M. Tagliaferri, C. Vitale

- *Iniziative Congressuali e Corsi di Aggiornamento*
 - Casoli, 12.2.2000: Aspetti diagnostico-terapeutici nel management del diabete. Indirizzato a Equipes diabetologiche e Medici di Medicina Generale
 - S. Maria Imbaro-Consortio Mario Negri Sud, 15.4.2000: In Cucina con il Diabete, 6ª edizione. Indirizzato a

Diabetologi, Infermieri, Medici di Medicina Generale, Ristoratori

● Iniziative in programma

- 6.5.2000, VRQ ed Accreditamento: Stato dell'Arte dell'accREDITAMENTO nella nostra regione

Sezione Campania

presidente, S. Turco; presidente eletto U. Amelia, consiglieri P. Calatola, L. Improta, P. Mattei, L. Pappalardo, segretario A. Perelli

- *Iniziative Congressuali e Corsi di Aggiornamento*
 - Napoli 20.2.2000, XXVIII Convegno di Educazione Sanitaria dell'Associazione Italiana Diabete in collaborazione con l'AMD Campania, Associazione Campana di Aiuto Diabetici, Associazione Giovanile Diabete Campania. Indirizzata a Diabetologi, Diabetici, Medici di Medicina Generale
 - Napoli 26.2.2000. Complicanze Vascolari nel diabete mellito tipo 2. Indirizzato a Diabetologi e Medici di Medicina Generale
 - Napoli 18 marzo 2000. Diabete Mellito: problematiche medico-sociali e medico-legali. Indirizzato a Diabetologi, Infermieri, Diabetici, Medici di Medicina Generale, Medici del Lavoro e Medici Legali



CRITERI GENERALI DI ISTITUZIONE E FUNZIONAMENTO DELLA SCUOLA DI FORMAZIONE PERMANENTE DI AMD

Approvato nella riunione del Consiglio Direttivo Nazionale AMD del 19.05.2000

Denominazione e scopi

La Scuola di Formazione Permanente AMD (**scuola AMD**) nasce per mandato ed agisce come braccio operativo del Consiglio Direttivo AMD, da cui dipende per visione politica e gestione economica.

In tal senso la scuola AMD intende svolgere un ruolo di servizio e guida professionale attraverso l'individuazione delle proprie caratteristiche e pertanto:

- 1 - enuncia i propri obiettivi
- 2 - individua le attività attraverso cui realizzarli
- 3 - definisce il ruolo dei propri componenti

Coordinamento della Scuola AMD

Il Coordinamento della Scuola AMD è costituito da:

- 7 componenti nominati dal C.D. AMD di cui almeno uno facente parte dello stesso CD
- 1 segretario nominato dal gruppo, anche al suo interno, che svolge le funzioni previste dall'art. 20 dello statuto AMD.

Ai componenti del coordinamento si possono affiancare uno o più esperti riconosciuti nel campo della formazione con

funzione di indirizzo e guida nella metodologia di lavoro.

I componenti del Coordinamento eleggono al loro interno un Responsabile.

Le riunioni di lavoro della Scuola AMD vengono convocate, in plenaria, almeno 5 volte all'anno dal responsabile secondo le modalità enunciate nell'art. 14 dello Statuto AMD. Scopo delle riunioni plenarie è di organizzare, raccogliere e pianificare il lavoro svolto; una volta definiti gli obiettivi, risultati attesi e ruoli, le attività troveranno realizzazione nel periodo intercorrente tra le riunioni.

Le decisioni del coordinamento vengono prese secondo le modalità previste dallo stesso articolo dello statuto AMD. La Scuola AMD presenta al C.D. AMD la programmazione annuale delle attività, i risultati attesi congiuntamente al bilancio preventivo. Le decisioni della scuola AMD, devono essere verbalizzate dal segretario, inviate in copia alla presidenza AMD e ratificate dal C.D. AMD. Ogni variazione della programmazione annuale dovrà essere sottoposta a ratifica del C.D. AMD.

Durata del mandato

La durata del mandato è di 4 anni nella prima circostanza. Il C.D. AMD per garan-

tire continuità al lavoro del coordinamento rinnoverà, per altri 2 anni, il mandato per 4 componenti del consiglio scuola AMD uscente.

Sede e logistica

La scuola AMD in fase iniziale non è dotata di sede propria. Organizza le riunioni di lavoro in sedi concordate di volta in volta.

Finanziamento

La Scuola AMD nasce per mandato ed agisce come braccio operativo del Consiglio Direttivo AMD, da cui dipende per visione politica e gestione economica. Il gruppo si impegna a presentare una propria strategia economica al C.D. AMD mediante la quale farà fluire alla segreteria amministrativa AMD i contributi destinati al finanziamento delle proprie attività. Il C.D. AMD provvederà al reperimento delle risorse e si impegnerà a finanziare le attività della scuola intese come riunioni plenarie, riunioni di lavoro in gruppi ristretti, materiali di supporto e logistica generale inerente.

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



DOCUMENTO DI CONSENSO SUI NUOVI CRITERI DI DIAGNOSI DEL DIABETE MELLITO

Pubblichiamo il documento integrale di consenso sui criteri diagnostici del diabete mellito discussi a Mantova da un panel di esperti nella Consensus del 23-25 marzo u.s. e recepito dal CD e dai Presidenti regionali dell'AMD.

1. Il riscontro di una glicemia a digiuno uguale o superiore a 126 mg/dl configura la presenza di **diabete mellito**.

Il dato necessita di una conferma in una seconda occasione.

Il limite è valido anche per il diabete gestazionale.

Una glicemia causale >200 mg/dl in presenza di sintomi tipici di diabete è sufficiente per la diagnosi.

2. Il riscontro di una glicemia uguale o superiore a 200 mg/dl 2 ore dopo un carico orale di glucosio di 75 g (OGTT), configura la presenza di **diabete mellito** anche in presenza di una glicemia a digiuno <126 mg/dl.

Il dato necessita di una conferma in una seconda occasione. La diagnosi di diabete in un soggetto asintomatico non dovrebbe essere mai fatta sulla base di un singolo valore glicemico anormale a digiuno o dopo glucosio orale.

3. Il riscontro di una glicemia compresa fra 140 e 199 mg/dl 2 ore dopo un OGTT configura una condizione di **ridotta tolleranza glucidica**.

Il dato necessita di una conferma in una seconda occasione.

4. Il riscontro di una glicemia a digiuno compresa fra 110 e 125 mg/dl configura la presenza di **alterata glicemia a digiuno**.

Il dato necessita di una conferma in una seconda occasione.

5. L'identificazione dei soggetti con glicemia dopo OGTT >200 mg/dl ma glicemia a digiuno <126 mg/dl è fortemente raccomandata in quanto essi sono a

tutti gli effetti diabetici poiché sviluppano complicanze croniche microangiopatiche in maniera non diversa da quanto accade nei soggetti con glicemia a digiuno ≥ 126 mg/dl.

6. L'identificazione della **ridotta tolleranza glucidica** (glicemia 140-199 mg/dl 2 ore dopo OGTT) è raccomandata in quanto tale condizione si traduce in un aumentato rischio di diabete mellito e di malattie cardiovascolari.

Nei soggetti con ridotta tolleranza glucidica è raccomandata l'esecuzione annuale di un OGTT per svelare la progressione a diabete mellito.

7. L'identificazione dell'**alterata glicemia a digiuno** (glicemia a digiuno 110-125 mg/dl) è raccomandata in quanto tale condizione si traduce in un aumentato rischio di diabete mellito e di malattie cardiovascolari.

Tale condizione, tuttavia, va tenuta distinta dalla ridotta tolleranza glucidica in quanto, se associata a normale tolleranza glucidica (glicemia 2 ore dopo OGTT <140 mg/dl), presenta un rischio di diabete e di malattie cardiovascolari inferiore a quello dei soggetti con ridotta tolleranza glucidica. Per tale motivo nei soggetti con glicemia a digiuno 110-125 mg/dl è raccomandata l'esecuzione dell'OGTT e la ripetizione annuale di detto esame.

8. Una misurazione della glicemia a digiuno è raccomandata ad intervalli di tempo non superiori a 3 anni in tutti i soggetti di età superiore a 45 anni, indipenden-

temente dal valore glicemico riscontrato.

9. Una misurazione più frequente della glicemia a digiuno (intervalli inferiori a 3 anni) e l'esecuzione periodica dell'OGTT è raccomandata, anche prima dei 45 anni di età, negli individui a rischio di alterazioni dell'omeostasi glucidica: familiari di I grado di diabetici, soggetti con BMI >25, ipertesi, dislipidemici, donne con pregresso diabete gestazionale, donne che hanno partorito un figlio di peso superiore a 4 Kg.

10. Per la diagnosi della ridotta tolleranza glucidica e del diabete mediante OGTT è sufficiente misurare la glicemia 2 ore dopo l'assunzione di 75 gr. di glucosio per via orale.

Per quanto attiene alla **classificazione del diabete mellito**, si è confermata la suddivisione in diabete tipo 1 (nelle varianti autoimmune e idiopatico), diabete tipo 2, diabete gestazionale e altri tipi di diabete (da difetti genetici nella funzione betacellulare, da difetti genetici nell'azione insulinica, da malattie del pancreas esocrino, da malattie endocrine, da infezioni, da tossici o farmaci, da sindromi genetiche complesse).

NOTIZIE AMD VIA INTERNET

Un altro sito per
l'AMD
www.diane.it