

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

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. Teodonto
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. Pala
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

AMD: INDIRIZZI STRATEGICI PER GLI ANNI 2000

L'Associazione Medici Diabetologi è una Società Scientifica ben strutturata in campo nazionale tra le più dinamiche e innovative.

I compiti istituzionali "classici" delle Società Scientifiche sono rappresentati dallo stimolo alla crescita culturale mediante varie iniziative tra cui Convegni e Congressi di Aggiornamento Scientifico, tra cui assume particolare rilevanza il Congresso Biennale. E' inoltre riconosciuto alle Società scientifiche il diritto-dovere di promuovere la formazione degli operatori secondo modalità omogenee ed accreditate dalle autorità sanitarie regionali e nazionali. Infine, ma non certo di minore rilevanza, la "mission" sociale della Società Scientifica è quella di metter in atto tutte le possibili azioni volte a migliorare la qualità dell'assistenza.

La caratterizzazione dell'AMD fin dalla sua fondazione è sempre stata molto orientata alle problematiche clinico-assistenziali, come l'organizzazione e la tipologia delle prestazioni erogate, la qualificazione degli operatori, l'architettura del sistema sanitario e la ricerca clinica applicata alla realtà sanitaria del nostro Paese.

Nell'ultimo decennio, sotto la Direzione di Coscelli prima, di Noacco dopo e di Cucinotta adesso, l'AMD ha compiuto scelte strategiche relevantissime, con un coerente carattere di continuità e di innovazione. Mi sembra utile qui tentare di fare un sommario schematico delle linee di lavoro intraprese:

- 1) FORMAZIONE CONTINUA:** 1a) prima tra tutte le Società Italiane, l'AMD ha compreso l'importanza del Team Diabetologico ed ha programmato e portato a termine Corsi di Formazione residenziali per Équipes Multidisciplinari che hanno così appreso e poi esportato nelle loro realtà locali la capacità di lavoro integrato finalizzato al miglioramento delle prestazioni sanitarie; 1b) l'AMD ha compreso l'importanza di dotarsi di una "classe" di formatori professionisti che, attraverso l'apprendimento delle tecniche didattiche della formazione, possono essere poi utilizzati per la realizzazione di programmi formativi regionali e/o nazionali; 1c) nella stesura di programmi formativi l'AMD ha sempre privilegiato le funzioni specifiche del diabetologo impegnato nell'assistenza diretta al cittadino affetto da patologie metaboliche, quali l'Educazione Terapeutica, il Counseling, la conoscenza di tecniche cliniche e strumentali per la diagnosi precoce e la prevenzione secondaria delle complicanze; 1d) ha preso corpo in questi ultimi tempi l'Istituzione di un apposito Gruppo di Coordinamento Formativo, che assume la valenza di una vera e propria "Scuola di Formazione" interna alla Società, ma con ampi gradi di autonomia e competenza; 1e) infine, sono programmate, per quest'anno e per il prossimo, nuove e stimolanti esperienze, rappresentate dalla realizzazione di Corsi di Alfabetizzazione Telematica e dalla organizzazione di Corsi di Formazione di specialisti diversi (Cardiologi, MMG e Diabetologi) finalizzati alla creazione di Team non solo multiprofessionali, ma anche multidisciplinari, sempre più orientati alla gestione integrata della patologia metabolica. La scelta dei Cardiologi come interlocutori è motivata in gran parte dalla presa di coscienza della importanza che la patologia cardiovascolare ha nel corso della vita del diabetico, ed in secondo luogo dalla comunanza di idee e finalità riscontrata nella Società Scientifica dei Cardiologi Ospedalieri Italiani (ANMCO).
- 2) VRQ ED ACCREDITAMENTO:** 2a) anche in questo caso l'AMD, nel periodo di Presidenza di Claudio NOACCO, ha percorso i tempi, anticipando di gran lunga l'interesse che oggi si sta sviluppando su questi temi da parte di altre Società Scientifiche. L'intenzione iniziale era quella di dotare i Soci dell'AMD di uno specifico "Know How" sulle metodologie di Verifica e Revisione Continua della Qualità in sanità, in modo da

SOMMARIO

1. Editoriale
3. 60° Meeting dell'ADA
4. Assistenza diabetologica in Piemonte
7. Trattamento ipolipemizzante e diabete tipo 2
7. Attività delle Sezioni Regionali
8. Abbiamo letto per voi
9. Attività del Consiglio Direttivo (maggio 2000)
10. Attività della Scuola di formatori AMD
11. Corso residenziale di formazione in pedagogia
12. Assistenza diabetologica in Toscana

poter mettere in pratica nelle proprie realtà periferiche quotidiane un circuito virtuoso che ha la finalità ultima di fornire ai clienti la garanzia di un prodotto omogeneo e di elevata qualità. Lo sviluppo di questa strategia è passato da fasi di formazione ad altre di coinvolgimento diretto dei Servizi di Diabetologia attraverso la stesura di due successivi "Manuali", utilizzabili sia per l'autovalutazione della qualità resa, sia per la preparazione dei Servizi alle pratiche dell'accreditamento Professionale ed Istituzionale; 2b) per varie motivazioni, abbastanza ben riconoscibili e definibili, il progetto non ha totalmente raggiunto i suoi obiettivi: la progressiva riduzione di interesse da parte di molti Servizi di Diabetologia e Malattie del Metabolismo in relazione alla mancata applicazione di norme omogenee sull'accreditamento istituzionale da parte delle Regioni; l'istintiva diffidenza verso procedure obiettivamente appesantite da compiti apparentemente solo "burocratici", l'eterogeneità delle tipologie dei Centri o Servizi o Ambulatori, che spesso non si sono ritenuti all'altezza di affrontare un confronto, sentito più come esame che come "benchmarking", sono state le principali ragioni del mancato raggiungimento dei risultati attesi; 2c) resta comunque evidente che le difficoltà di evoluzione del Progetto non sono sufficienti a pensare di abbandonarlo, anzi, debbono casomai indurre la Società ad individuare i giusti correttivi per ripercorrere al meglio il processo di acculturazione dei Diabetologi Italiani su questi temi.

- 3) SPERIMENTAZIONI DI MODELLI ASSISTENZIALI:** 3a) proprio nell'ottica di una Società Scientifica fortemente interessata alla qualità dell'assistenza specialistica, ed altrettanto attenta ai bisogni espressi dagli assistiti, l'AMD ha dato vita ad un gruppo di sperimentazioni gestionali attingendo a piene mani dai modelli proposti da oltreoceano secondo le metodologie del "Disease Management". Ciò era anche la naturale continuazione del lavoro svolto sulla cultura e le metodiche della qualità in sanità, che ben si compenetrano con i sistemi di gestione integrata della patologia cronica; 3b) la strada dell'integrazione con altri operatori sanitari, quali i Medici di Medicina Generale, aveva già portato, nel periodo della Presidenza di Noacco, alla sigla di un protocollo con la SIMG, che purtroppo, alla prova dei fatti, non ha avuto in pratica l'applicazione attesa, se non in alcune isole locali dove la buona volontà dei contraenti ha creato condizioni favorevoli. Il difetto di fondo di quella iniziativa, con la logica della valutazione a posteriori, può essere stato quello di calare



dall'alto un documento precostituito, non preceduto da programmi di formazione comune tra i diversi attori, ma anzi lasciando alle due Società il compito autonomo di formare separatamente i propri associati; 3d) le difficoltà obiettive del processo di diffusione della VRQ hanno poi influito in modo negativo sullo sviluppo del lavoro relativo al modello gestionale del Disease Management: se si trovano ostacoli alla spontanea volontà di raggiungere standard accreditabili da parte dei Servizi, è impossibile pensare che questi stessi Servizi possano partecipare a programmi di Gestione Integrata della patologia metabolica, poiché questa perderebbe credibilità prima ancora di poter fornire risultati.

- 4) **RICERCA CLINICA APPLICATA:** 4a) gli studi di ricerca clinica applicata promossi dalla Società sono stati in verità inferiori alle attese, e soprattutto inferiori alle potenzialità che la rete dei Servizi di Diabetologia e Malattie Metaboliche presente nel nostro Paese potrebbe realizzare; 4b) la prova più evidente di ciò sta proprio nell'unico grande studio osservazionale epidemiologico a cui l'AMD prende parte insieme all'ISS ed al Dialnf, gruppo di studio peraltro autonomo e non legato in alcun modo alle strategie associative. Lo studio DAI, tuttora in corso, pur rilevando una serie di possibili debolezze del sistema, ha dimostrato come in breve tempo si possano ottenere dai Servizi di Diabetologia quantità impensabili di dati clinici ed epidemiologici, in grado di orientare anche le scelte strategiche di organizzazione sanitaria. Ci si attende un buon ritorno di risultati anche dallo studio DiaNeo, partito da poco tempo, che ha il grande pregio di utilizzare lo strumento telematico non solo come database di dati clinici, ma anche come circuito di informazione permanente tra i Servizi partecipanti; 4c) l'AMD ha a disposizione un "database" straordinario, sia per studi di osservazione che per studi di intervento: in una parola si potrebbe dire che l'AMD si trova oggi nella stessa situazione nella quale si sono trovati i Cardiologi alcuni anni fa con la rete delle UTIC, che ha loro permesso di lanciare e realizzare studi come i vari GISSI. Negli stessi database sono rintracciabili coorti di pazienti utilizzabili anche per ricerche di base, per le quali certamente i Servizi Ospedalieri o Ambulatoriali non sono attrezzati, ma che farebbero la felicità di molti nostri colleghi più vicini alla SID. Basti pensare ad uno studio, come quello proposto da Di Mario, sul LADA, o a qualsiasi altra ricerca di genetica familiare.

INDIRIZZI STRATEGICI PER GLI ANNI 2000

Fatte queste premesse, e le considerazioni ad esse correlate, è necessario passare oggi ad una fase di progettualità, che, senza abbandonare per nulla le spinte e le pulsioni di attività provenienti dalla base più attiva dei Soci, individui delle linee "politiche" generali, ed indirizzi i momenti decisionali della Associazione in modo univoco e coerente. Nulla di ciò che è stato fatto deve andare perduto: tutte le esperienze fatte e soprattutto tutte le competenze acquisite da alcuni singoli soci fanno parte del patrimonio dell'Associazione, e vanno giustamente valorizzate ed utilizzate. La differenza dovrà consistere nel fatto che mentre in precedenza le varie aree di lavoro tendevano a procedere per linee parallele, solo raramente intercomunicanti, da oggi tutte le filiere di attività dovranno riconoscere obiettivi e finalità comuni, in un disegno complessivo che conduca l'AMD alla "produzione" di risultati scientificamente inoppugnabili e travalicanti i confini nazionali.

La condizione estremamente favorevole rappresentata da una rete di più di 650 Servizi Diabetologici Italiani sensibili alle istanze della nostra Società, mi spinge a dire che i nostri compiti per gli anni 2000 sono già ben definiti:

a) Atti volti al rafforzamento istituzionale dei Servizi:

- Definitiva definizione dell'autonomia non solo di fatto, ma anche di diritto. In tal senso la nostra posizione al cospetto del Consiglio Superiore di Sanità è stata oltremodo coerente: la diabetologia ai Diabetologi, con la ferrea difesa dagli attacchi portati soprattutto dagli Endocrinologi del mondo Universitario.
- Realizzazione quindi di una classe di "Dirigenti" della Diabetologia Italiana.
- Omogeneizzazione del ruolo funzionale dei Servizi all'interno di un Sistema Sanitario; è relativamente poco importante che il modello di Sistema sia quello totalmente pubblico, da noi sempre preferito, o quello misto pubblico privato, votato alla competitività. L'importante è la definizione di un ruolo, di un compito non eludibile, rappresentato sostanzialmente dall'essere "ponte" tra la fase di prevenzione primaria e la "Primary Care", e quello di diagnosi e cura ad elevata tecnologia, da sempre patrimonio delle funzioni specialistiche della "Secondary Care".
- In tal senso le procedure dell'accreditamento debbono assumere fortissime valenze di accreditamento "professionale", e curarsi poco o nulla dell'accreditamento istituzionale, che sarà erogato, quando lo sarà, su parametri generici e non specifici della disciplina. Va da sé che un accreditamento a forte valenza professionale necessita di una notevole sburocratizzazione rispetto ai modelli attualmente proposti: sarà bene ridurre fortemente l'impegno richiesto ai soci nella ricerca affannosa o nella produzione di documenti cartacei, per volgere maggiormente le attenzioni sulla chiara definizione di indicatori di processo e risultato, sui quali basare il livello di accreditamento da parte della Società.
- Appare consequenziale il fatto che si debba avviare da parte della Direzione Centrale della Associazione un processo di stimolo forte al "benchmarking", cioè a quel processo di emulazione competitiva positiva che oggi è riconosciuto a tutti i livelli come uno degli strumenti per l'evoluzione dei sistemi.

b) Strategia politica

- L'AMD ha iniziato da tempo un dialogo serrato con altre Società Scientifiche, sia per la ricerca di sistemi organizzativi sanitari più efficienti e più efficaci nella prevenzione e cura della malattia diabetica, sia per lo sviluppo di attività collaborative in campo scientifico. La SIMG, organo culturale dei MMG, appare un interlocutore indispensabile, con il quale percorrere sperimentazioni sia di tipo formativo, sia di tipo applicativo di modelli di assistenza. E' assolutamente necessario che tale concetto venga ben compreso dai nostri Soci: dialogare con i MMG, collaborare con loro nella cura dei nostri pazienti non significa "perdere" nessuna specificità; anzi, significa portare sempre più pazienti all'osservazione specialistica, e trasferire la cultura del lavoro in Team anche su colleghi da sempre abituati all'isolazionismo anarchico. E' un compito che dobbiamo svolgere con la necessaria umiltà, senza sentirci superiori in modo aprioristico, ma consci del fatto che i diabetici italiani hanno bisogno di un livello assistenziale migliore anche nell'erogazione della prestazione di base. I MMG ci sono poi indispensabili, se vorremo, come auspicio, farci portatori della filosofia della sperimentazione clinica e della osservazione epidemiologica reale del territorio. Un proficuo dialogo si sta poi sviluppando con l'ANMCO, che rappresenta nel campo cardiologico una Società molto simile alla nostra per interessi culturali e per dinamicità di iniziative: come per noi, anche per i Cardiologi dell'ANMCO l'organizzazione dell'assistenza sanitaria e la dignità professionale sono i punti cardine delle attività societarie. La presa di coscienza di dover fronteggiare problemi comuni e di avere enormi potenzialità di ricerca clinica ci spinge a coltivare con estrema attenzione il dialo-

go aperto con l'ANMCO già con i Corsi di Formazione congiunti.

- I rapporti con la SID non possono che essere assolutamente trasparenti ed improntati alla massima collaborazione, sia scientifica che "politica". L'alto grado di professionalità dei Colleghi che sono preposti alla guida della SID è una garanzia per tutti noi, che abbiamo fatto del miglioramento dell'assistenza diabetologica italiana il nostro obiettivo fondamentale: credo sinceramente che la Dirigenza della SID guardi alla nostra Società con rispetto e con volontà di proficua collaborazione in tutti i campi che riguardano la Diabetologia e le Malattie del Metabolismo.
- La storia dei rapporti con le Associazioni dei pazienti (FAND;FDG;ADG) fa parte della nostra storia, e fino ad ora non ci sono stati momenti di incomprensione: loro rappresentano il giusto richiamo alle nostre responsabilità di Medici, di Ricercatori, di partners politici nel panorama della Sanità Nazionale e Regionale.
- c) Acquisizione ed uso di metodologie rigorose per la programmazione e l'esecuzione di studi
- Attraverso i processi espressi in precedenza, tra i quali importantissimo quello relativo all'accreditamento di Società erogatrice di crediti formativi, l'AMD dovrà quindi potersi avvalere di Servizi Accreditati, diretti da Diabetologi e Metabolisti nella pienezza della loro dignità professionale, ad alta affidabilità per l'esecuzione di studi clinici controllati. Tale nucleo non va assolutamente considerato come un castello inaccessibile o chiuso a nuove iscrizioni; anzi, il vero ruolo del primo nucleo deve essere proprio quello di "facilitatore" all'ingresso di nuovi Servizi, che desiderino partecipare, in modo affidabile e certificato, alle più importanti attività della Società, magari richiedendo accreditamenti parziali, relativi a particolari procedure che svolgono in eccellenza a fronte di difficoltà ambientali e logistiche per altre attività diabetologiche.
- Questi strumenti permetteranno all'AMD di proporre o di associarsi a proposte di ricerca clinica, di sperimentazione di modelli di gestione dell'assistenza sul territorio, di stilare protocolli per studi osservazionali ed anche di intervento da svolgersi su popolazioni ben identificate.

Queste poche linee tracciate si configurano come un processo di grande continuità con il passato, ma al contempo cercano di delineare un futuro da protagonista per l'AMD nel consesso scientifico internazionale; tutti i Soci sono chiamati ad esprimere pareri, dissensi, consensi o distinguo; le Sezioni Regionali della nostra Società hanno il diritto ed il dovere di raccogliere le istanze che giungono dalla nostra base e di farle pervenire al Direttivo Nazionale, per realizzare ancora una volta quel difficile, ma efficace processo di democrazia che è sempre stato l'ispiratore dell'AMD.

Marco Comaschi

NOTIZIE AMD VIA INTERNET

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



60° MEETING DELL'AMERICAN DIABETES ASSOCIATION

San Antonio, Texas, 9-13 giugno 2000

Dal 9 al 13 giugno 2000 si è tenuto a San Antonio, in Texas, il 60° Meeting ADA. Oltre 4000 delegati vi hanno preso parte da tutto il mondo. I contributi scientifici sono stati molto numerosi e dedicati a tutti gli aspetti della diabetologia clinica e sperimentale. In questa rassegna vengono riportati i titoli delle comunicazioni e dei poster più interessanti, selezionati tra gli oltre 1400 pubblicati sugli atti congressuali. Per ciascuno di essi viene riportato il numero progressivo di accettazione, il titolo, il primo degli Autori e la sede dello studio. Chi volesse avere il testo dell'abstract può contattare l'indirizzo di posta elettronica dell'American Diabetes Association (Diabetes@regenstrief.iupui.edu).

308-PP Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Inhaled Versus Subcutaneous Insulin in Subjects with Type 1 Diabetes—A Glucose Clamp Study

G. A. BRUNNER, Graz, Austria; A/S, Denmark; Hayward, CA.

310-PP Pharmacodynamic Properties of Insulin in Patients with and without Diabetic Nephropathy. K. M. RAVE, Neuss; Düsseldorf, Germany

315-PP Newly Developed Diabetes Education Program (DEP) for the Elderly Is Effective to Improve Glycemic Control in the Elderly with Diabetes Mellitus

T. NAKANO, Tokyo, Japan

317-PP Prevalence and Risk Factors for Congestive Heart Failure in Type 2 Diabetes

A. NICHOLS, Portland, OR

319-PP Who Is at Risk for Erectile Dysfunction in the UKPDS?

A. I. ADLER, Oxford, United Kingdom

321-PP Low Cardiorespiratory Fitness and Physical Inactivity as Predictors of Mortality in Subjects with Type 2 Diabetes

M. WEL, Dallas, TX

348-PP The Role of Diabetes and SES in Smoking Cessation

L. A. WRAY, Ann Arbor, MI

354-P Sildenafil Citrate for Treatment of Erectile Dysfunction Is Similarly Effective in Men with Type 1 and 2 Diabetes Mellitus

L. BLONDE, New Orleans, LA; Los Angeles, CA; New York, NY

363-P Safety and Tolerability of Sildenafil Citrate for Treatment of Erectile Dysfunction in Men with Type 1 and Type 2 Diabetes Mellitus

T. GUAY, Peabody, MA; New Orleans, LA; New York, NY

385-P Psychosocial Factors and Glycemic Control

R. S. WEINSTOK, Syracuse, NY

390-P Insulin Lispro (LP) Versus Humulin 70/30 Following Secondary Oral Agent Failure in Primary Care

E. J. BASTYR III, Indianapolis, IN

393-P Continuous Glucose Monitoring Facilitates Sustainable Improvements in Glycemic Control

B. W. BODE, Atlanta, GA

404-P Improved Patient Satisfaction with Inhaled Insulin in Subjects with Type 2 Diabetes Mellitus: Results from a Multicenter Randomized Controlled Trial

J. C. CAPPELLERI, New York City, NY

408-P Differential Effects of Metformin and Troglitazone on Cardiovascular Risk Factors in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus

N. V. CHU, San Diego, CA

415-P Effect of Metformin/Glyburide Tablets on Fasting Plasma Glucose in Type 2 Diabetes

D. DONOVAN, Princeton, NJ

420-P Detection of Hypoglycemia and Hyperglycemia Using the Gluco Watch Biographer

S. EDELMAN, Redwood City; San Diego, CA

433-P Retrospective Analysis of Insulin Dosing Decisions Based on Results from the Gluco Watch Biographer

S. K. GARG, Redwood City, CA; Denver, CO

435-P Quality of Life in Diabetic Men with Erectile Dysfunction: Sildenafil Versus Alprostadil

S. GENTILE, Naples, Italy

438-P Short-Term Use of the MiniMed Continuous Monitoring System to Determine Patterns of Glycemia in Pediatric Patients with Type 1 DM

L. C. GIBSON, Los Angeles, CA

440-P Continuous Glucose Monitoring in Previously Unstudied Population Subgroups

T. M. GROSS, Sylmar, CA

446-P A Comparison of the Basal Insulin Analog, Insulin Detemir (NN304), with NPH Insulin in the Management of Type 1 Diabetic Patients

K. HERMANSEN, Copenhagen, Denmark

450-P Possible Prevention of Type 2 Diabetes with Acarbose or Metformin

R. R. HOLMAN, Oxford, UK

459-P Glycemic Effect of Troglitazone Versus Metformin in Poorly Controlled Type 2 Diabetes Mellitus Patients

D. D. KIM, San Diego, CA

467-P CAIAPPO Improves Insulin Sensitivity and Glucose Tolerance in Type-2 Diabetic Patients

B. LUDVIK, Vienna, Austria

473-P Effect of Troglitazone Treatment on Glucose and Lipid Metabolism in Relation to Abdominal Fat Distribution in Type 2 Diabetic Patients

H. MARUYAMA, Tokyo, Japan

477-P Drug Interaction between Troglitazone (TZ) and Dexametasone (DXM)

H. MORITA, Hamamatsu, Japan

484-P A Web-Based Internet System of Diabetes Management

S. K. OBER, Cleveland, OH

491-P Repaglinide Effectiveness for a High Carbohydrate Meal

D. J. PETTIT, Santa Barbara, CA

496-P The Antidiabetic Effects of CI-1037/CS011, a New Thiazolidinedione

J. T. PULASKI, Ann Arbor, MI

500-P Pioglitazone Liver Enzyme Profile Is Similar to Placebo in U.S. Controlled Clinical Trials

C. J. RUBIN, Princeton, NJ

505-P The Evaluation of Baseline Blood Glucose Levels on Glycemic Control in Pioglitazone-Treated Patients with Type 2 Diabetes

R. L. SCHNEIDER, Princeton, NJ

508-P The Effect of Pioglitazone on the Lipid Profile in Patients with Type 2 Diabetes

S. SHAFFER, Princeton, NJ

509-P Glucose Sensor Control of an Implantable Insulin Pump

R. SHAH, Sylmar, CA

513-P «Triple Therapy» in Type 2 Diabetes: The Effect of the Combination of Insulin Plus Metformin and Troglitazone

S. M. STROWIG, Dallas, TX

515-P Improved Glycemic Control with Insulin Aspart Compared to Human Insulin Using Algorithm-Driven Dose Optimization

G. TAMAS, Bagsvaerd, Denmark

521-P Reduced Risk of Delayed Hypoglycemia with Nateglinide Compared to Repaglinide

Y. H. WALTER, Rochester, NY

528-P Humalog Mix25™ Improves Postprandial Glucose Response in Type 1 and Type 2 Diabetes

H. YANG, Indianapolis, IN 530-P

Insulin Resistance in Heart and Skeletal Muscle Metabolism Can Be Improved by Troglitazone in Patients with Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus

I. YOKOYAMA, Tokyo, Japan

549-P Improved Glycemic Control with Troglitazone Reduces Blood Thrombogenicity

J. CRANDALL, New York, NY

558-P Fibrinogen Is a Strong Predictor of Mortality in Diabetes: 8 yr Prospective Follow-Up

O. P. GANDA, Boston, MA

578-P Lipoprotein(a) as a Risk Factor for Carotid Atherosclerosis in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus

H. K. KIM, Chungbuk, Korea

587-P Associations Between Coronary Artery Disease and Periodontal Disease in Type 1 Diabetic Adults

P. MOORE, Pittsburgh, PA

596-P Risk Factors for Macrovascular Complications and Mortality in Persons with Type 2 Diabetes

K. L. PEDULA, Portland, OR

608-P Abdominal Fat as a Predictor of Insulin Resistance Syndrome and Early Carotid Atherosclerosis

R. TAKAMI, Gifu, Japan

622-P Coronary Microvascular Dysfunction Plays a Key Role in Impairment of Contractile Reserve in Type 2 Diabetes

O. YONAHARA, Nagoya, Japan

639-P Troglitazone Modulates Type 2 Renal Na/Pi Cotransport Protein in Zucker Diabetic Fatty Rats

N. HALAIHEL, Dallas, TX

648-P Low Prevalence of Diabetic Nephropathy in Type 1 Diabetes from Central Italy

G. PUGLIESE, Florence, IT

669-P Evidence for Spinal Cord Involvement in Diabetic Peripheral Neuropathy

S. E. M. EATON, Sheffield, United Kingdom

678-P Treating Painful Diabetic Neuropathy with Venlafaxine Extended Release

N. R. KUNZ, Durham, NC

680-P Does Vascular Dysfunction Predict Diabetic Neuropathy?

R. A. MALIK, *Manchester, United Kingdom*

685-P The Feasibility of Using Monofilaments in Clinical Trials for Diabetic Neuropathy

M. A. PFEIFER, *Greenville, NC*

718-P Detailed Data from a Continuous Glucose Monitoring System (CGMS) Facilitates Comprehensive Diabetes Management Recommendations

H. SABBAH, *Atlanta, GA*

726-P General Knowledge, Quality of Life, Anxiety and Depression in Type 1 and Type 2 Diabetes Mellitus Previous to Any Educational Intervention

E. MATTEUCCI, *Pisa, Italy*

745-P Comparison of ADA and WHO Diagnostic Criteria for Predicting Risk for Diabetes: The Strong Heart Study

D. HU, *Rapid City, SD*

768-P Brachial Artery Endothelium-Mediated Vasodilation in Persons with and without Type 2 Diabetes

L. E. WAGENKNECHT, *Oakland, CA*

770-P Comparison of ADA and WHO Diagnostic Criteria for Predicting CHD Risk: The Strong Heart Study

D. HU, *Rapid City, SD*

777-P Association between Glycemic Control and Multiple Diabetic Complications

K. G. SCHELLHASE, *Seattle, WA*

782-P The Contribution of Diabetes to the Prevalence of Gallbladder Disease in the US Population

R. VALDEZ, *Atlanta, GA*

795-P Peripheral Nerve Dysfunction and Lower Extremity Physical Function in Old Age

H. E. RESNICK, *Bethesda, MD*

803-P Increase in Insulin Receptor Function with Exercise Training Correlates with Improved Muscle Oxidative Capacity

J. F. YOUNGREN, *Greenville, NC*

804-P A Foot Care Program for Diabetic Unilateral Lower Limb Amputees

C. A. ABBOT, *Manchester, United Kingdom*

889-P Is Telephone Care an Effective Tool for Management of Children with Type 1 Diabetes?

H. F. ALLEN, *Springfield, Amherst, MA*

892-P Estimating the Excess Costs of Health Care to Type 2 Diabetes in the UK

A. BAGUST, *Greenford, United Kingdom*

904-P Standard of Diabetes Care in General Medicine Clinic and Diabetes Clinic at a Large Metropolitan Teaching Hospital

I. GAZEROGLU, *Miami, FL*

917-P Use of NovoPen 3® in a Homeless Population: Efficacy, Preference and Biosafety

P. F. MORA MORA, *Dallas TX*

918-P The Impact of Physicians' Attitudes on Metabolic Control in Type 2 Diabetes

A. NICOLUCCI, *S. Maria Imbaro (CH), Italy*

927-P The Impact of a Diabetes Electronic Management System (DEMS) on the Process of Diabetes Care in general Practice

S. A. SMITH, *Rochester, MN*

931-P Evaluation of Patients' Preference for an Alternate Site Glucose Testing System

K. L. TIESZEN, *Salford, United Kingdom*

NUOVE NORME PER L'ATTUAZIONE DELL'ASSISTENZA DIABETOLOGICA IN PIEMONTE

Nel febbraio 2000 il Consiglio regionale del Piemonte ha approvato una legge sulla assistenza diabetologica che contiene alcuni principi basilari per l'evoluzione in senso moderno delle malattie metaboliche e diabetologica.

In sintesi, viene istituita un'unità operativa autonoma nella disciplina in ogni ASL o ASO, viene istituita una commissione regionale di controllo per l'applicazione della legge, vengono normati i campi scuola e la gestione del diabete in gravidanza, vengono definite linee di applicazione della terapia educativa e viene affrontato il problema dell'inserimento nel mondo lavorativo.

Riporteremo impressioni e commenti a fine testo

Carlo Giorda

Legge regionale 7 aprile 2000, n. 34. Nuove norme per l'attuazione dell'assistenza diabetologica.

Il Consiglio regionale ha approvato.
Il Commissario del Governo ha apposto il visto.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

promulga

la seguente legge:

Art. 1. (Finalità)

1. Ad integrazione della legge regionale 10 luglio 1989, n. 40 (Predisposizione della rete dei servizi per la prevenzione e la cura del diabete mellito nella Regione Piemonte in attuazione della legge 16 marzo 1987, n. 115), per l'attuazione operativa della rete dei Servizi specialistici di diabe-

tologia ivi previsti, in conformità a quanto disposto dalla legge regionale 12 dicembre 1997, n. 6) (Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario regionale per il triennio 1997-1999), la Regione, con la presente legge, assumendo come prioritari gli obiettivi enunciati all'articolo 1, comma 2, della legge 16 marzo 1987, n. 115 (Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito, definisce gli standard operativi e le normative di intervento finalizzate al miglioramento della cura e tutela delle persone affette da diabete mellito, secondo criteri che tengano conto della cronicità della patologia, riconosciuta malattia sociale.

Art. 2

(Configurazione territoriale della rete dei Servizi specialistici di Malattie metaboliche e Diabetologia)

1. In tutte le Aziende sanitarie locali (ASL) è istituita una Unità operativa specialistica di Malattie metaboliche e Diabetologia, a collocazione ospedaliera in ambito dipartimentale, dotata di personale dedicato e con autonomia funzionale. Dette Unità operative si configurano di norma quali strutture semplici ai sensi del decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229 (Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419). Nelle ASL dotate di più presidi ospedalieri viene istituita un'unica Unità operativa che articola la propria attività nei diversi presidi.

2. Dette Unità operative, definite di primo livello svolgono, così come previsto all'articolo 3, anche attività in sede extraospedaliera sul territorio a livello distrettuale in stretto collegamento ed integrazione con le attività definite dal distretto e per quanto

possibile in una logica interprofessionale di day-service con una distribuzione che tenga conto delle caratteristiche geomorfologiche dei luoghi e della prevalenza locale della malattia.

3. La rete dei servizi verrà realizzata entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge. Transitoriamente nelle more della completa attivazione delle Unità operative specialistiche di primo livello, le funzioni di competenza possono essere espletate anche da Unità operative di Medicina interna, laddove queste risultino già attualmente operative.

4. In ogni Quadrante è istituita almeno una Unità operativa specialistica autonoma di Malattie metaboliche e Diabetologia con dotazione di posti letto denominata di secondo livello. Nell'area metropolitana di Torino sono previste più Unità operative specialistiche autonome di secondo livello identificate con le procedure di programmazione del Quadrante. Le Unità operative di Malattie metaboliche e Diabetologia delle Aziende ospedaliere (ASO) si collegano funzionalmente a quelle delle ASL del territorio del Quadrante di riferimento attraverso appositi protocolli d'intesa.

5. Presso l'ASO «O.I.R.M. - Sant'Anna» di Torino, presso l'ASO «SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo» di Alessandria, presso l'ASO «S. Croce. Carle» di Cuneo, presso l'ASO «Maggiore della Carità» di Novara sono istituite, quali strutture di riferimento dei rispettivi Quadranti, le Unità operative autonome di Diabetologia pediatrica. Tali Unità operative autonome si collegano con le Unità operative pediatriche della regione attraverso protocolli d'intesa per il coordinamento dell'attività di assistenza ai pazienti affetti da diabete infantile-giovanile.



Art. 3.

(Funzioni delle Unità operative di Malattie metaboliche e Diabetologia)

1. Sono funzioni delle Unità operative specialistiche di Malattie metaboliche e Diabetologia di primo e secondo livello:

a) l'accertamento della patologia e l'impostazione del piano complessivo di trattamento con accordo di reciproco impegno tra utente e struttura sanitaria erogante la prestazione ed in connessione con il medico di famiglia ed i medici specialisti pediatri di libera scelta;

b) la raccolta e l'aggiornamento dei dati per il Registro regionale correlato alla tessera dei cittadini diabetici;

c) lo screening delle complicanze del diabete mellito, in collegamento con altre Unità operative specialistiche, per la definizione diagnostica ed il trattamento di dette complicanze;

d) l'attività ambulatoriale, organizzata come assistenza multidisciplinare e multidirezionale, con accesso continuativo diurno e disponibilità e prestazioni di urgenza relativa;

e) l'attività di consulenza negli interventi di cura domiciliari;

f) l'attività di degenza in regime di Day-Hospital.

2. Le Unità operative di Malattie metaboliche e Diabetologia di secondo livello e le Unità di Diabetologia pediatrica svolgono attività di degenza ordinaria e assicurano l'assistenza specialistica diretta nei casi che richiedano un trattamento intensivo e sub-intensivo in collegamento con il Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA).

3. Presso le Unità operative di secondo livello di Malattie metaboliche e Diabetologia viene attuata la sperimentazione di ricovero in Night-Hospital.

4. Le funzioni di assistenza diabetologica svolte presso poliambulatori ad opera di medici specialisti convenzionati si raccordano con l'Unità operativa specialistica della stessa ASL e con i medici di famiglia, i medici specialisti pediatri di libera scelta nell'ambito delle attività coordinate dal distretto.

Art. 4.

(Risorse delle Unità operative di Malattie metaboliche e Diabetologia)

1. La dotazione di personale delle Unità operative di Malattie metaboliche e Diabetologica, tiene conto delle dimensioni del bacino d'utenza, delle caratteristiche del territorio e del presidio, assicurando continuità di intervento. In specie, operando in regime ambulatoriale e di degenza ordinaria e di Day-Hospital e in altre eventuali sedi, risponde alle esigenze di assistenza, di trattamento, di terapia educativa, di consulenza multidisciplinare, di screening e diagnosi delle complicanze acute e croniche.

Art. 5.

(Interventi per diabete infantile-giovanile)

1. La Regione, tenuto conto dei criteri e delle metodologie stabilite con atto di indirizzo e di coordinamento dello Stato e sentito il parere della Commissione diabetologica regionale di cui all'articolo 9, organizza proce-

dure per l'individuazione dei soggetti a rischio e per la diagnosi precoce della malattia diabetica, favorendo ogni strategia preventiva.

2. La terapia educativa viene prioritariamente attuata nel corso degli accessi alle Unità operative di Diabetologia pediatrica ed è potenziata mediante iniziative esterne alla struttura ossia presso il domicilio, le strutture scolastiche e sportive, anche avvalendosi delle associazioni dei pazienti diabetici.

3. Alle Unità operative autonome di Diabetologia pediatrica individuate all'articolo 2 compete altresì l'educazione dei giovani pazienti all'autogestione della patologia mediante l'organizzazione in ambito regionale di appositi campi scuola.

4. La Giunta regionale, con apposito atto, definisce la modalità di attuazione e finanziamento dei campi scuola entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge.

Art. 6.

(Interventi e standard assistenziali per le donne in stato di gravidanza affette da diabete mellito)

1. Presso ogni ASL, sede di Unità operativa di Malattie metaboliche e Diabetologia viene formalizzato un protocollo operativo per l'assistenza alla donna diabetica in gravidanza, assicurando una gestione interdisciplinare che coinvolga specialisti diabetologi, ginecologi, ostetrici, pediatri e neonatologi.

2. In tutto il territorio regionale per le donne in stato di gravidanza è garantito lo screening del diabete gestazionale.

3. A tal fine tutte le ASL, anche attraverso protocolli di intesa, organizzano programmi di intervento che coinvolgano le Unità operative di Malattie metaboliche e Diabetologia, i Consultori ostetrico-ginecologici, i medici di famiglia e tengano conto dei criteri stabiliti dalla Commissione diabetologica regionale di cui all'articolo 9.

Art. 7.

(Interventi per l'attuazione della terapia educativa e per l'attività di informazione e di aggiornamento del personale sanitario)

1. Sono funzioni di tutte le Unità operative di Malattie metaboliche e Diabetologia:

a) l'attuazione della terapia educativa con continuità sistematica ed in stretta connessione con le altre terapie diabetologiche;

b) l'informazione dei familiari degli assistiti nonché la partecipazione ad iniziative per l'educazione alla salute e di prevenzione relative alla malattia diabetica e alle altre malattie metaboliche, rivolte a tutta la popolazione;

c) l'incontro periodico con i medici di famiglia ed i medici specialisti pediatri di libera scelta allo scopo di favorire l'aggiornamento e la formazione professionale, terapie e riabilitazione sul territorio nonché per il monitoraggio e l'epidemiologia del diabete e delle altre malattie metaboliche.

2. Tali compiti istituzionali vengono considerati nella definizione delle risorse di ogni Unità operativa di Malattie metaboliche e Diabetologia.

3. Per la formazione del personale sanitario delle Unità operative specialistiche e

dei distretti impegnati nell'attività diabetologica ed in particolare per quanto attiene alla terapia educativa, la Regione, anche sulla base delle iniziative promosse in materia della Commissione regionale di coordinamento di cui all'articolo 9, promuove ed attua specifici interventi in collaborazione con le aree di formazione delle ASL e le competenti strutture universitarie.

Art. 8.

(Agevolazioni dell'inserimento nelle attività lavorative)

1. La Regione, nell'ambito di quanto previsto dall'articolo 1, comma 2, lettera d) della l. 115/1987, attraverso specifici atti e provvedimenti di propri organi, favorisce l'inserimento dei giovani diabetici nel mondo del lavoro:

a) conferendo alla Commissione diabetologica regionale di cui all'articolo 8 la funzione di organi di tutela a cui esporre eventuali inadempienze o variazioni all'articolo 8, comma 1 della l. 115/1987;

b) promuovendo l'informazione presso le organizzazioni sindacali ed imprenditoriali, le istituzioni scolastiche e sportive, sulla legislazione vigente relativa alla patologia del diabete mellito;

c) sensibilizzando gli enti pubblici e privati circa le necessità terapeutiche dei dipendenti affetti da diabete mellito e dei dipendenti con figli minori affetti da diabete infantile-giovanile anche con l'eventuale inserimento di specifiche clausole contrattuali nei rispettivi contratti aziendali o di categoria;

d) favorendo l'attivazione di specifici contratti di formazione.

Art. 9.

(Commissione diabetologica regionale)

1. Al fine di verificare in tutto il territorio regionale il rispetto dei principi e delle disposizioni normative vigenti, nonché per garantire interventi omogenei e qualificati e per il coordinamento delle attività per la prevenzione e cura del diabete mellito, viene istituita, presso l'Assessorato regionale alla Sanità, una apposita Commissione regionale per l'assistenza diabetologica.

2. La composizione della Commissione viene definita con apposito atto deliberativo della Giunta regionale, informata la Commissione consiliare competente ed assicurando la rappresentatività delle componenti assistenziali e scientifiche, delle associazioni di volontariato e delle strutture regionali coinvolte nella attività assistenziale.

3. La Commissione resta in carica due anni e fornisce annualmente una relazione sull'attività svolta.

Art. 10.

(Competenze della Commissione diabetologica regionale)

1. La Commissione regionale:

a) rappresenta organo di tutela per le persone affette da diabete mellito, le quali possono segnalare inadempienze od omissioni nei loro confronti per fatti che ledono i diritti riconosciuti dalle vigenti disposizioni di legge;

b) elabora protocolli diagnostici terapeutici e linee guida per la malattia diabeti-

ca in conformità con atti nazionali ed internazionali;

c) vigila e verifica sullo stato di attuazione delle normative di legge riguardanti l'assistenza diabetologica;

d) promuove iniziative di aggiornamento del personale sanitario da inserire nei programmi di formazione permanente del personale del ruolo sanitario regionale;

e) sviluppa procedure di indagine epidemiologica e di valutazione degli effetti di diversi schemi di trattamento;

f) ha funzione consultiva per ogni problematica relativa alla patologia diabete mellito, ivi comprese le strutture e le attività coinvolte nell'assistenza diabetologica.

2. La Commissione si riunisce almeno ogni tre mesi in seduta ordinaria od in seduta straordinaria su richiesta di almeno la metà dei suoi membri.

La presente legge regionale sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione.

È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione Piemonte.

Data a Torino, addì 7 aprile 2000

Enzo Ghigo

Commento

La legge Regionale 34/2000

Dopo l'approvazione all'unanimità da parte del Consiglio Regionale il 7 aprile 2000 con il n° 34 sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, è stata pubblicata una legge dal titolo «Nuove norme per l'attuazione dell'assistenza diabetologica». L'articolo di detta legge non comporta particolari difficoltà interpretative e le brevi note che seguono hanno semplicemente lo scopo di richiamare l'attenzione su alcuni aspetti particolarmente significativi. La nuova legge è stata concepita quale attuazione della L. 115/87 (della quale viene riconfermata la piena validità) e del Piano Sanitario Regionale vigente per il mi-

glioramento della cura e la tutela delle persone affette da diabete mellito. Viene prevista una carta dei servizi, correttamente denominati di Malattie Metaboliche e Diabetologia (M.M.D.), i quali, entro due anni, devono essere attivati in ogni Azienda Sanitaria Locale, quale funzione specialistica. Le attività di Diabetologia svolte dalle Unità Operative (U.O.) di Medicina Interna sono da considerare a termine ed entro un biennio dovranno essere sostituite da U.O. specialistiche.

Le U.O. di M.M.D. hanno tutte autonomia funzionale, personale dedicato, collocazione ospedaliera con apertura nel territorio a livello distrettuale. Si configurano quali U.O. di primo e secondo livello. Quelle di secondo livello hanno dotazione di posti letto per degenza ordinaria, tutte svolgono attività di Day-Hospital. Le U.O. di primo livello di norma si configurano quali «strutture semplici», ma nulla vieta che, rispettando le procedure di programmazione di Quadrante (raggruppamenti di più Province, esclusa Torino), possano essere identificate quali strutture complesse, di secondo livello. Le U.O. attivate presso le Aziende Sanitarie Ospedaliere (A.S.O.) dovranno collegarsi con protocolli d'intesa con le U.O. delle A.S.L. per evitare conflitti di competenze e in debito aggravamento della spesa delle A.S.L. per mobilità passiva, per agevolare una distribuzione capillare dei servizi a livello distrettuale.

Sempre nell'ottica di un'equa distribuzione dei servizi sul territorio vengono previste quattro U.O. autonome di diabetologia pediatrica. La definizione delle funzioni dell'U.O. di M.M.D. sancisce norme di carattere innovativo e puntualizzazioni precise: l'accertamento diagnostico della patologia diabete mellito e la definizione del piano di trattamento è un compito ufficiale del servizio specialistico. Il concetto è ribadito dall'immissione dei dati del registro epidemiologico regionale, il trattamento del paziente avviene con una presa in carico del paziente da parte del servizio specialistico che con lui stipula un «contratto terapeutico» le attività territoriali vengono potenziate con distribuzione a livello distrettuale: intervento multi-

disciplinare, accesso continuativo diurno, intervento in casi d'urgenza relativa, supporto di Day-Hospital

– è ufficializzato un rapporto con i DEA

– è prevista una sperimentazione di Night-Hospital

– deve esistere un raccordo continuo tra U.O. specialistica, medici specialisti diabetologi convenzionati e medici di medicina generale. Le risorse umane per sviluppare quanto sopra esposto non vengono quantificate nei particolari, perché questo compito è proprio delle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie, ma vengono precisamente elencate le attività da svolgere. Tra queste viene significativamente elencata la terapia educativa che trova in uno specifico articolo di legge precisazioni particolareggiate.

Il problema del diabete infanto-giovanile è oggetto di specifiche direttive:

– sono previste procedure per l'individuazione dei soggetti a rischio viene stressata l'importanza della terapia educativa

– viene prevista l'organizzazione ed il finanziamento dei campi scuola.

Per l'assistenza della donna diabetica in gravidanza in ogni A.S.L. deve essere formalizzato un protocollo operativo multidisciplinare. Tutte le donne in gravidanza hanno il diritto di accedere allo screening del diabete gestazionale.

L'attività lavorativa delle persone affette da diabete mellito, in particolare se in età giovanile, viene posta all'attenzione degli organismi istituzionali e degli enti pubblici e privati.

Viene prevista l'istituzione di una commissione Diabetologica Regionale ove siano rappresentate varie componenti coinvolte nell'assistenza diabetologica. Di tale commissione vengono elencate le competenze. I compiti non sono solamente tecnico-consulativi, ma prevedono anche una funzione di tutela per le persone affette da diabete mellito, le quali possono evidenziare inadempienze od omissioni attinenti all'applicazione di questa legge.

Torino - 1 giugno 2000.

Quirico Carta.

(infoAMD@alma.it).

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



TRATTAMENTO IPOLIPEMIZZANTE E DIABETE TIPO 2

Dai dati ormai consolidati e resi disponibili dello Studio DA1, risulta che nella pratica comune della operatività delle diabetologie italiane, la terapia ipolipemizzante in generale (il diabetico tipo 2 è di per sé un soggetto a rischio e quasi sempre presenta valori di colesterolo LDL superiori a 130 mg/dl) risulta applicata in modo estremamente scarso, per ovvi e comprensibili motivi di spesa a carico del paziente stesso.

Esiste tuttavia un altro rilievo sconcertante: nel file consolidato dello studio DA1 risulta che fra i pazienti infartuati o sottoposti ad angioplastica e/o a bypass che noi vediamo correntemente, uno solo ogni 4 pazienti viene trattato in ossequio alle disposizioni ministeriali con un trattamento ipolipemizzante.

È un rilievo che viene tenuto in grande conto da parte dell'Istituto Superiore di Sanità, che attende i dati del primo follow up ad un anno per verificare se la situazione sia in fase di mutamento o richieda invece un deciso intervento su chi dovrebbe preoccuparsi di questo sconcertante fenomeno.

Per dare a tutti i Soci una notizia in più di quanto già noto derivante dalla coorte dei diabetici dello studio 4S, mi permetto di presentare l'abstract di un lavoro che ho pubblicato su *Diabetes Nutrition and Metabolism* 12; 407-412, 1999 dal titolo «Atorvastatina nel management di pazienti diabetici di tipo 2. Esperienza di trattamento a medio termine (9 mesi).

È noto che la dislipidemia, specialmente nella forma caratterizzata dall'aumento dei trigliceridi e

dalla diminuzione del colesterolo HDL, rappresenta un importante fattore di rischio nel determinismo delle complicanze cardiovascolari del diabete tipo 2. Scopo dello studio è stata la valutazione dell'efficacia del trattamento con atorvastatina in un gruppo di soggetti diabetici di tipo 2 selezionati in base a fattori di rischio di particolare importanza: presenza di lesioni miocardiche o coronariche (Gruppo 1), ipercolesterolemia familiare (Gruppo B) e situazioni consolidate di rischio cardiovascolare (Gruppo C). L'età media del gruppo è risultata di 64±7 anni, la durata nota di malattia di 9,5±3 anni, l'indice di massa corporea medio di 27,7±1,3 Kg/m², l'HbA1c media di 8±0,6%, il colesterolo totale di 256±24 mg/dl nel gruppo A, 298±30 nel gruppo B e 244±31 nel gruppo C (p<0,05 B vs. A e vs. C), il colesterolo HDL medio 45±7 e la diastolica 84±8 mmHg, il fibrinogeno medio 333±30 mg/dl e la microalbuminuria media 58±9 mg/litro. Nel corso del trattamento a dosi personalizzate di atorvastatina (nella maggioranza dei casi 10 mg/die) si è avuto un significativo miglioramento dell'assetto lipidico: si sono osservati una riduzione del colesterolo totale, dei trigliceridi, del colesterolo LDL (p<0,01) ed un aumento del colesterolo HDL. Parimenti il trattamento con atorvastatina ha prodotto riduzioni significative della microalbuminuria e del fibrinogeno (p<0,01). Inoltre nel sottogruppo dei pazienti ipertesi, si è ottenuta una riduzione della pressione arteriosa diastolica senza modificare il trattamento antiipertensivo. Questo studio preliminare suggerisce la terapia con atorvastatina nei soggetti di tipo

2, può essere considerata efficace nella prevenzione primaria e secondaria delle complicanze croniche del diabete.

I risultati ottenuti, che si stanno ulteriormente consolidando nella continuazione dello studio in oggetto, ci devono far pensare che non possiamo più poterci considerare dei metabolisti, se poi alla prova dei fatti non ci impadroniamo di un terreno, quello della prevenzione secondaria dei grandi eventi cardiaci dei nostri pazienti, che risulta essere un terreno deserto che nessuno, al momento attuale, ha pensato di dissodare e dove invece la nostra preparazione e la nostra conoscenza di specialisti dei fenomeni collegati alla macrovasculopatia dei diabetici di tipo 2 potrebbe permetterci in poco tempo (basta trattare 4 soggetti per prevenire un evento, come suggerite dalla sottoanalisi dei risultati del 4S) di avere in mano dei dati formidabili per poter presentare i nostri risultati e colloquiare con cognizione di causa e con la forza dei risultati con chi non pensa ad altro che a inventare dove poterci sottrarre delle risorse che sono dimostratamente indispensabili alla nostra operatività.

Mi auguro che queste note possano essere l'apertura di un forum sull'argomento e che la discussione, nel rispetto delle idee e della preparazione scientifica di ognuno di noi, possa produrre delle decisioni operative chiare e condivise per riparare quanto prima possibile a questa manifesta carenza dell'atteggiamento terapeutico verso i nostri pazienti.

Mario Velussi

ATTIVITÀ DELLE SEZIONI REGIONALI

Sezione Veneto

presidente: Roberto Mingardi, *vicepresidente* Walter de Bigontina, *consiglieri:* Calcoterra, Conforti, De Blasi, Zenari, Zolli.

● Iniziative Congressuali e Corsi di aggiornamento

– Padova 22-01-2000: Incontro di accreditamento. Relatori: A. Boscolo B, W. de Bigontina, D. Orlandini, P. Lavezzo, M. Muggeo.

– 8 febbraio: il dr. Scaldaferrì informa della pubblicazione della legge n. 472 del 7 dicembre 1999 «Interventi sui trasporti» che prevede la presenza di un diabetologo nelle commissioni per patenti. La legge è, a nostro avviso, vaga e imprecisa. È stato contattato un Sottosegretario del governo che ci darà delle spiegazioni.

– 11 febbraio: il dr. Conforti ha incontrato il dr. Lusiani (coordinatore GIUV della nostra regione). C'è la possibilità per due o più diabetologi di partecipare a **CORSI DI DIAGNOSTICA VASCOLARE NON INVASIVA** – inizio corsi novembre 2000. Ottima collaborazione tra due società scientifiche!!! Per informazioni contattare direttamente il dr. Conforti a Castelfranco (tel. e fax 0423/732774)

– 14 febbraio: si riunisce il direttivo AMD del Friuli. Viene proposto di collaborare su un progetto di assistenza diabetologica nelle case di riposo (vedi notiziario AMD ultimo numero 1999). Il ns. direttivo è favorevole. Vi terremo informati.

Sezione Toscana

presidente: E. Galeone

● Iniziative Congressuali e Corsi di aggiornamento

– Pisa 15-1-00: Diabete potente, incontro per Diabetologi, Medici di M.G. e Medici Legali.

– Livorno 16-6-00: Modelli educativi e Percorsi Assistenziali nell'esperienza toscana. Corso per Equipages diabetologiche e Medici di M.G.

● Aspetti normativi, protocolli e progetti

– Progetto S.Qu.O.L.A. destinato a diabetologi ed indirizzato alla valorizzazione della qualità della vita del diabetico.

– *Diabete e Giubileo* per diabetologi con l'obiettivo di organizzare reti di assistenza ai pellegrini diabetici per l'anno 2000.

– *Diabete e attività fisica.* Convegno regionale destinato alla preparazione di protocolli per la prevenzione cardiovascolare del diabetico con il contributo di Diabetologi, Cardiologi e Medici dello sport.

Sezione Campania

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

● Iniziative Congressuali e Corsi di aggiornamento

– Caserta, Palazzo Reale, 14-10-00 Riunione annuale congiunta AMD-SID.

Sezione Marche

Presidente: Pietro Compagnucci (Camerino); *vicepresidente:* Pierluigi Sarichetti (AN); *consiglieri:* Mario Vasta, (Urbino), Silvana Manfrini (Senigallia), Adriano Spalluto (Pesaro), Massimo Boemi (AN).

Consiglieri uscenti: Giacomo Untasionic, Paolo Figlieri; *segreteria:* Silvana Mantini.

● Attività congressuali

– Senigallia 8-9 giugno 2000: Congresso regionale AMD. Assemblea dei soci e rinnovo delle cariche.



ABBIAMO LETTO PER VOI

Diabetologi si nasce (... non si diventa)

di *Gabriele Allochis e Antonio De Vita*. Edizione fuori commercio supportata dalla Novo Nordisk. Novembre 1999, Edigraph s.n.c.

È una scanzonata, simpatica, ironica rivisitazione del diabetologo e del suo habitat naturale vista da protagonisti esperti e sensibili. Si legge tutto d'un fiato, una volta tanto con leggerezza. Ve ne proponiamo prefazione ed introduzione (n.d.r.)



Prefazione

L'idea nasce all'inizio degli anni novanta ma per motivi di ordine organizzativo, di tempo, di difficoltà logistiche ecc. riesce a maturare, fattivamente, all'inizio del 1998 grazie alla collaborazione del grafico De Vita che riesce a rendere i personaggi in maniera straordinariamente aderente all'immaginario.

Ci sembra un'occasione unica per «disegnare» le nostre immaginazioni che, tuttavia, nascono dalla quotidianità. L'immaginario, quindi, lascia spazio al «realismo» o forse al «verismo» quasi come due figure si sovrappongono sfuocandosi l'una per lasciare spazio all'altra.

Le strisce potrebbero essere viste nell'ambito di un fumetto «verista» dove tuttavia, come sempre, le situazioni paradossali vengono descritte al limite per cui il lettore, che non conosce i «meandri» della realtà, può anche non riuscire ad intuire cosa succeda realmente.

Gli «ingredienti» che si mischiano variamente nelle storie sono i soliti: l'umorismo, l'ironia, la caricatura, la satira, la critica sociale e, perché no, un pizzico di erotismo che non guasta mai.

Le pagine nascono dall'esigenza di far coincidere il momento educativo con un «momento di sdrammatizzazione» che, se saggiamente dosato, può partecipare, come forza inerziale, alla continua fase educativa che è riscontrabile in tutto il lavoro.

Ma al fine di sottolineare l'intima connessione tra sdrammatizzazione e fase educativa gli Autori hanno voluto far conoscere ai pazienti quali sono le difficoltà, le ansie, i momenti negativi o positivi, lo stato d'animo cioè che pervade tutti coloro che operano in questo settore; questo stato

d'animo di fatto opera da «collante» per unire inesorabilmente il destino dei pazienti e dei loro terapeuti ove i successi (i piccoli successi quotidiani) esaltano «la coppia» paziente-terapeuta.

Le storie leggibili da un pubblico adulto così come da un pubblico infantile vivono, nelle loro immagini, di un molteplice o quantomeno duplice livello di «lettura»: la lettura esclusivamente comica o la lettura «educativa».

I dialoghi, volutamente essenziali, vogliono lasciar posto alla grafica che, come sempre, colpisce subito nel segno arrivando al «cuore» del problema senza lasciar spazio alla possibile «culturalizzazione» dei personaggi che, in quanto tali, sono cittadini del «villaggio globale». Il «filtro culturale» che ogni lettore pone inconsapevolmente viene sostituito, in questo modo da un «filtro esperienziale» che diviene, per tale motivo, del tutto personale e frutto del «proprio essere».

L'uomo si può «leggere» anche al di fuori dello scenografico «ospedaliero» ove le storie si raccontano: i momenti di vita narrati appartengono all'umanità, non solo ai soggetti affetti da Diabete Mellito. I giochi sono sempre quelli che ci appartengono da quando l'uomo è nato, con i suoi difetti e le sue virtù; i sentimenti e gli stati d'animo sono sempre i soliti: l'amore, l'invidia, la speranza, la ricerca del potere, ecc.

Certamente si può riconoscere, all'interno delle storie, una profonda o «vissuta» conoscenza della «scenografia» in cui vivono i personaggi; questo rende possibile usare toni che potrebbero essere giudicati, a giusta ragione, fuori luogo se solo fossero voluti da un «regista esterno» che non ha mai vissuto in prima persona la scenografia ricostruita. È proprio questo, forse, il segreto delle storie: la scenografia è una specie di realizzazione, volutamente semplice, di una realtà vissuta dall'interno e non creata da un improvvisato Autore che crede di entrare in un mondo e sezionarlo. La vivisezione del «mondo diabete» trova inizio dal suo interno ed è per questo che si può permettere di far rivivere, malgrado tutto, momenti allegri in un mondo che altrimenti dovrebbe essere dipinto solo in toni di grigio.

Solo una completa e profonda conoscenza delle problematiche che pervadono

l'«essere» paziente e l'«essere» terapeuta riesce a ristabilire una sorta di equilibrio che si rompe nel momento in cui ci si ritrova, nostro malgrado, dall'altra parte della «barricata».

Tra le «storie» ritroviamo tantissimi messaggi educativi subliminali che verranno colti solo da un lettore (paziente e terapeuta) che sia, oltre che attento, anche dotato della virtù di esaltare la propria autoironia esattamente come gli Autori fanno con se stessi.

Introduzione

Dottor Book, Primario dell'U.O. di Diabetologia: veste in pieno i panni che vengono assegnati da questo ruolo. Grasso, alto e maestoso, è burbero e un po' dispotico; tuttavia dietro questa sua «maschera» è nascosta una capacità di capire il paziente e di «ascoltare» le sue esigenze. Tale prerogativa non sembra un «dono di natura» ma sembra il frutto di un continuo dialogo con i pazienti, di una continua riddiscussione «introiettata» del proprio io. Sebbene qualche volta sia rifuggito sia dai pazienti che dai propri collaboratori, rimane la linea di partenza e, nello stesso tempo di arrivo, di ogni proposta od iniziativa. Questi momenti non sono «visibili» ma nessuno giurerebbe che tra una striscia ed un'altra, tra una sua apparizione ed un'altra il nostro Book non riesamini il proprio operato. «Vittime» predilette, quasi predestinate, della sua autorità sono i collaboratori meno «navigati» o i pazienti che hanno i suoi stessi vizi come il fumo, la buona forchetta, ecc.

Dottor Kind: esatto contrapposto del suo primario, piccolo e indifeso: tanto volenteroso quanto insicuro e timoroso; il suo impegno con i pazienti è assoluto ma spesso diviene anche vittima degli stessi che tentano di sfuggire all'autorità del Dottor Book attraverso lo scudo che lui rappresenta.

La sua figura è insostituibile e già dalla prima striscia in cui appare si presenta in tutta la sua essenza che non si smentisce mai neanche quando ci si aspetterebbe un guizzo di ribellione. È il buono vero delle nostre strisce, pronto a farsi in quattro per il proprio lavoro. Non bisogna pensare, tuttavia, che la dedizione al lavoro e la sua apparente sottomissione siano pura passività: la sua ricerca continua è quella della migliore assistenza possibile sia dal lato scientifico che, soprattutto, dal lato umano; per questa sua esigenza primaria è disposto a tutto, anche a sacrificare le altre esigenze che, automaticamente, divengono secondarie. Il suo tempo, ricchezza o risorsa che ognuno di noi sente come propria, diviene, automaticamente, proprietà dei colleghi o



dei pazienti; tutto ciò, ovviamente, porta a momenti di sconforto o di demotivazione che, fortunatamente, rientrano velocemente. Kind trova nelle piccole quotidianità i momenti di «reset» e le spinte a ridonarsi. Al lettore, come sempre, il giudizio sulla sua figura, di vincente o di «cronico» perdente.

Dottor Spack: figura di medico un po' «dedito all'arrivismo»; le sue apparizioni sono spesso legate al possibile configurarsi di occasioni per emergere o per ottenere favori; contrariamente al povero Dottor Kind il poter aiutare i pazienti o solo il poter lavorare serenamente rimane ai margini della sua visione del lavoro (o se vogliamo della sua visione del mondo). Il fare è camaleontico, così come i suoi pensieri si adattano alle situazioni con l'unico obiettivo di poter lavorare il meno possibile; forse in lui non esiste neanche il tarlo del profitto ma solo quello di emergere, comunque, ad ogni costo anche con la consapevolezza di non meritare ciò che lo circonda. La sicurezza ostentata, del tutto «sua» e legata a proprie convinzioni, traballa, quando non crolla, di fronte ad eventi intercorrenti che riescano a mettere in discussione quelle pseudo-cerchezze create a proprio uso e consumo. Anche il linguaggio del corpo ostenta una sorta di non celata arroganza. Il personaggio, di fondo negativo, riesce a farsi rileggere in chiave positiva nei momenti in cui, quasi ad invi-

diarlo, cerca di scimmiettare le movenze del Dottor Kind ritrovandosi nei panni di una sorta di ridicolo quanto imbarazzato «imperatore senza vestiti». Delle volte il suo cercare una nuova dimensione, quasi a redimersi, crea nel lettore un sentimento di «perdono» quando non un pietismo o una vera e propria pietà.

Infermiera Brigit: collaboratrice del «Centro» oramai da tempo, purtroppo per lei, immemorabile. Conosce tutti i «segreti del mestiere» ma soprattutto conosce tutti i pazienti, il loro nome, la loro età, i loro difetti, le loro debolezze, le loro paure, il loro «privato». È ovviamente, per tutti questi motivi, il punto di riferimento dell'Unità Operativa: proprio per questo suo ruolo, a lei i pazienti confidano e propongono i propri problemi spesso non pertinenti e proprio per questo, forse suo malgrado, si è venuto delineando questo suo ruolo. La sua capacità professionale è indiscussa così come le sue capacità di relazionarsi con i pazienti. La sua figura, non bella, ma estremamente «umana» e simpatica, è vissuta con estrema intelligenza; la ricchezza di autoironia che la pervade e la sicurezza che le viene dalla consapevolezza del suo ruolo, la rendono in grado di competere in senso positivo e collaborativo, senza screzi con la sua collega Francie per la quale, forse, si sente come una sorella maggiore. Il personaggio non ha «scheletri nell'arma-

dio»; la sua «lettura» non ha «chiavi» particolari, è lineare, facile, così come lineari risultano i suoi pensieri e i suoi dialoghi.

Infermiera Francie: anche lei collaboratrice del Centro è molto più giovane, bella, procace. Il suo ruolo è quasi sempre, forse senza una volontà precisa, legato a questo suo «apparire» che peraltro sa «portare» senza «usarlo». Non si atteggia né può essere definita come un'oca; spesso le sue capacità professionali o umane sono quasi «sminuite» da questa sua figura, da questo suo «involucro» che non tende a condizionarla ma condiziona a sua volta l'immagine che gli altri si fanno di lei. Il suo apparire nella striscia scatena, nei personaggi della storia e, spesso, nel lettore, differenti stati d'animo o comportamenti come il timore, la vergogna, la curiosità, il «gallismo», ecc. che agiscono da «lente» o da «filtro» che guidano, come un binario, la storia stessa. Dei suoi rapporti con Brigit già si è detto e il tipo di «legame» e i reciproci ruoli sono riconosciuti da entrambe e da entrambe tacitamente condivisi.

Nelle storie si susseguono alcuni personaggi nel ruolo comune di «utente» del Servizio o familiare o altro. Non vogliamo qui descrivere né dipingere in maniera precisa i vari personaggi, ma lasciamo al lettore la possibilità di «rivivere» nella storia la caratterizzazione di una figura conosciuta quando non di se stesso.

ATTIVITÀ DEL CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE (MAGGIO 2000)

- Procede come da programma l'esecuzione dei corsi di aggiornamento per il biennio 2000-2001. Sono stati effettuati 3 corsi di alfabetizzazione telematica, a Roma in Abruzzo e ad Acireale. Quelli del nord-ovest e del nord-est sono previsti per novembre. A ottobre saranno effettuati i primi 3 moduli di quelli per équipes diabetologiche. I 3 corsi per la creazione del team allargato, diabetologi, cardiologi e medici di medicina generale, saranno avviati tra febbraio e aprile.
- 5 colleghi hanno potuto usufruire delle borse di studio per soggiorni di una settimana presso la scuola di formazione del Prof. Assal in Svizzera. Il giudizio unanime sull'esperienza è stato molto positivo. I finanziamenti da 15 milioni, per progetti di applicazione pratica del Disease Management presso le aziende sanitarie locali o ospedaliere, sono stati elevati a 4 e attribuiti pari merito a progetti provenienti dal Piemonte, dal Veneto, dalla Campania e dal Friuli.
- A seguito dell'interesse suscitato in ambito cardiologico dei dati di outcome research dello studio DAI è stata creata una com-

missione di lavoro congiunta tra l'ANMCO, l'associazione dei cardiologi ospedalieri, e l'AMD allo scopo di progettare analisi di database già esistenti o di individuare possibili linee di ricerca in comune. Per l'AMD vi partecipano Comaschi, Velussi e Giorda.

- Il progetto Diabscreen, in cui l'AMD è stata chiamata come consulente della ditta Quisof di Padova, ha come obiettivo l'analisi per almeno 6 mesi dei DRG di ricovero, di Day Hospital, i ribaltamenti e le prestazioni ambulatoriali delle strutture diabetologiche italiane. La prima versione del software ideato con la collaborazione di componenti del CD è già stata sperimentata ed è attualmente in fase di revisione. È previsto il suo utilizzo in almeno 100 strutture diabetologiche italiane nei prossimi mesi. Sarà così possibile avere una precisa fotografia delle prestazioni nel campo delle malattie metaboliche e diabetologiche nella realtà ospedaliera italiana da cui ricavare dati per un'opera di lobbying sugli amministratori.
- Il programma scientifico del XIII Congresso nazionale di Torino entra nel vi-

vo della fase di progettazione. È quasi sicura la partecipazione del massimo esperto mondiale di diabete gestazionale, l'australiano R. Moses, e del massimo esperto mondiale di omocisteina, J. Sehlub di Harvard. Queste saranno certamente 2 letture che susciteranno l'interesse di molti soci. Il Comitato scientifico ha già avviato la progettazione di alcune tavole rotonde: una su donna e diabete (referenti Mannino e Di Benedetto), una sulla formazione ed educazione (referenti Velussi e Di Pietro), una sulla VRQ (referenti Gentile e P. Bertello). È altresì stata avviata l'organizzazione parallela al congresso di un corso residenziale per infermieri di diabetologia che sarà collegato alla tavola rotonda su formazione ed educazione. I referenti sono i piemontesi Allochis e Ozzeola che si avvarranno della neonata Scuola di Formazione AMD. È infine previsto un convegno post-congressuale di analisi di modelli assistenziali con i medici di medicina generale organizzato da Luigi Gentile e L. Richiardi.

Carlo Giorda



ATTIVITÀ DELLA SCUOLA PER FORMATORI AMD

Milano, 20 luglio 2000

Cara ... **scuola amd**

Cogliendo l'occasione per augurare a tutti Voi delle serene vacanze, approfitterei di questo momento di relativa tranquillità per ripercorrere insieme il cammino fin qui fatto.

Il nostro Gruppo di Coordinamento Formativo AMD è nato per volere del consiglio direttivo nazionale che ne ha identificato i componenti, i ruoli, i compiti:

Mandato AMD

- Scegliere un metodo che permetta una formazione efficace ed omogenea valo-

rizzando competenze preesistenti e presidiando la professionalità.

- Identificare modalità operative che permettano di offrire servizi di qualità verificabile e quindi crediti formativi AMD riconosciuti.
- Identificare canali per l'aggiornamento continuo in ambito formativo-educativo utili per tutti i soci AMD.

Per prima cosa abbiamo deciso di riconfermare l'ipotesi Sarteano (metodo di formazione formatori basato sul lavoro centrato su un risultato atteso e sulla verifica step by step che tanto ci riporta alla nostra realtà di formatori di pazienti, educazione terapeutica, e tanto ci riporta alla nuova esigenza culturale di continue verifiche ed elasticità al cambiamento per garantire una reale qualità in linea con VRQ e DM).

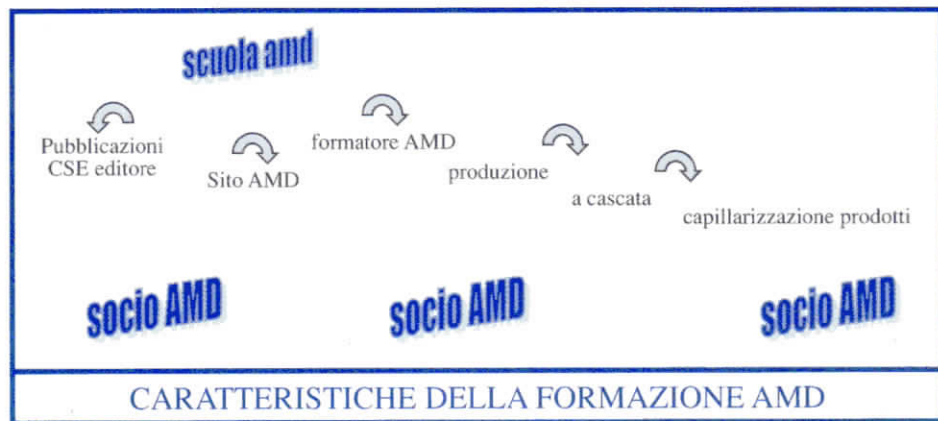
Quindi a (quasi) tutti noi fu chiaro che per dare forza e visibilità alla formazione

AMD che da sempre caratterizza la nostra Associazione, era necessario creare una struttura ufficialmente riconosciuta, **scuola amd**, per garantirne sviluppo e dignità.

Identificammo i criteri per la realizzazione della scuola: le norme di funzionamento (lo statuto), il programma della scuola, l'istituzione dell'albo dei formatori, come valutare la formazione (attribuzione dei crediti), il curriculum della scuola (l'archivio), le caratteristiche dei prodotti della scuola (elaborati e manuali dei corsi, vademecum del formatore), la capillarizzazione della formazione attraverso il supporto di un editore.

Il metodo di formazione scelto dalla scuola è basato su cinque principi.

- La formazione formatori è indirizzata a professionisti medici già impegnati nell'assistenza in campo diabetologico (approccio alla cronicità).
- Il metodo parte da competenze formative specifiche e già acquisite per il diabetologo: l'educazione terapeutica.
- L'applicazione di questo metodo rende consapevoli e migliora l'uso di tecniche e strumenti di formazione con i nostri pazienti.
- È in grado di generare un effetto a cascata: forma medici che formeranno i loro colleghi che a loro volta diverranno formatori della propria équipe e soprattutto dei propri pazienti
- Metodo fondato sul processo di lavoro mirato al risultato.
- Metodo fondato sulla verifica continua del processo (miglioramento continuo della qualità: VRQ).

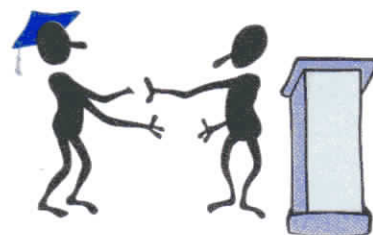


Come si diventa Formatore AMD

corso base
Sarteano
Artimino
il metodo



master



VRQ, Terapia Educativa

g i à f a t t o	Regolamento Scuola Formatori	scuola AMD	master realizzazione CSE editore giornata Torino 2001 club formatori	
	Corso base Sarteano con report			
	Corso base Artimino con report			
	Codice deontologico			
	Tariffario			
	Dote del formatore			
	Algoritmo crediti formativi			
	Sito AMD			
				da fare

Nicoletta Musacchio e Alessandro Sergi



CORSO RESIDENZIALE DI FORMAZIONE IN PEDAGOGIA CLINICA PER DIABETOLOGI

L'Associazione Medici Diabetologi ha finanziato n° 5 soci AMD per frequentare il Corso Residenziale di pedagogia clinica organizzato dal Prof. J.P. Assal dell'Unità di Educazione Terapeutica delle Malattie Croniche dell'Università di Ginevra, con il patrocinio del OMS. Il corso è tenuto dal 24 al 29 giugno presso Grimentz (Svizzera) ed ha per titolo: «**Routine, monotonie et répétition, ou suivi dynamique et intégré? Mieux gérer le suivi du patient souffrant d'une maladie chronique**» La lingua ufficiale è stato il Francese.

Obiettivi del corso sono stati:

- Analizzare le diverse componenti legate che rendono complesso un caso
- Sviluppare le strategie utili per le take care nella cronicità tenendo conto delle esigenze cliniche, psicologiche ed educative dei pazienti.
- Riconoscere le caratteristiche di un approccio ormai di routine e sviluppare le capacità per vincere la monotomia.

PROGRAMMA

Sabato 24 Giugno 17.00 iscrizione

Domenica 25 Giugno

Mattina Pedagogia clinica: nuovi concetti educativi

Pomeriggio Come seguire al meglio il pz.: l'integrazione tra le diverse dimensioni della persona

Lunedì 26 Giugno

Mattina Verifica e controllo: quali le dimensioni da analizzare

Pomeriggio Le specificità della cronicità: nozioni variabili secondo le epoche

Martedì 27 Giugno

Mattina I casi difficili nella cronicità

Pomeriggio Libero

Mercoledì 28 Giugno

Mattina Routine e pratica quotidiana: caratteristiche e conseguenze

Pomeriggio Riflessione e sviluppo di un Take soddisfacente per il medico e per il paziente

Giovedì 29 Giugno

La relazione terapeutica più utile per il paziente.

Viene di seguito riportato il commento e le impressioni di uno dei colleghi che ha partecipato al Corso indirizzato a Nicoletta Musacchio, responsabile della Scuola di Formazione AMD ed ispiratrice dell'iniziativa (n.d.r.).

Saluti Nicoletta!

Ho dato tempo al tempo, ma finalmente ho cercato di trasporre in parole le impressioni che l'esperienza a Grimentz mi ha lasciato.

La stupenda cornice che ci ha circondati durante il nostro soggiorno svizzero ritengo abbia contribuito (assieme al thai-ci) a preparare la mente e lo spirito a ben accogliere gli argomenti di cui saremmo andati ad occuparci.

Trovandomi io solo all'inizio della mia formazione professionale, ho considerato questo corso molto utile, in quanto mi ha messo bene in luce i punti fondamentali del rapporto medico-paziente che non dovrebbero mai essere persi di vista. Che mi troverò sempre ad avere davanti PERSONE che sono ANCHE pazienti, che hanno una loro storia ed una loro vita (passata, presente e futura). Inoltre, che è importante imparare dal paziente e con il paziente per potergli insegnare a meglio gestire la cura e la vita quotidiana allo scopo di prevenire le complicanze a lungo termine della malattia. E per poter fare ciò è indispensabile che vi sia una costante complicità d'azione tra le conoscenze mediche, pedagogiche e psicologiche, ponendo così l'accento sull'indispensabilità e l'utilità del lavoro d'équipe ... e credo che il modo di operare durante questo corso, coinvolgendo molto l'arte, in tutte le sue manifestazioni, e la natura, mi abbia ben fatto capire come questi «strumenti» debbano essere utilizzati; dal medico per meglio curare e dal paziente per meglio vivere.

Infine, un accento particolare è da porre sulla monotonia sottolineando bene che un rapporto a lungo termine, se pur ripetitivo, se ben gestito, non può essere mai monotono. E quale modo migliore per meglio capire che la ripetitività non è monotonia se non suonare le percussioni o ascoltare il Bolero di Ravel soltanto apparentemente ripetitivi ma in realtà ricchi di piccole differenti sfumature che molto lontane sono dalla monotonia?!!

Daniela Sofrà

LE LINEE ORGANIZZATIVE ED IL PERCORSO ASSISTENZIALE DELLA REGIONE TOSCANA

La Giunta Regionale della Regione Toscana ha approvato come delibera (n. 662 del 20.6.2000) il documento redatto da alcuni componenti della Commissione Regionale per le Attività Diabetologiche (e poi sottoscritto da tutti): «Linee organizzative dell'attività diabetologica e percorso assistenziale per il paziente con diabete».

L'elaborazione del suddetto percorso è stata la naturale conclusione di un iter che è nato come progetto originale a livello nazionale all'interno dell'Associazione dei Medici Diabetologi (AMD) nell'anno 1995. Uno dei promotori dell'iniziativa fu proprio un «noto» diabetologo toscano, il dr. Mauro Rossi di Grosseto, allora componente del Consiglio Direttivo Nazionale, che preparò per l'AMD la bozza dell'accordo nazionale con i Medici di Medicina Generale.

Nasceva quindi già da allora una importante innovazione di gestione «integrata», che negli anni successivi avrebbe visto qualche altro raro esempio

in altre specialità mediche, ma che l'Associazione dei Medici Diabetologi con molta lungimiranza aveva realizzato in maniera originale.

In seguito, come esempi pilota di gestione integrata, alcune USL toscane sancirono degli accordi ufficiali tra le Strutture Diabetologiche e le rappresentanze sindacali e scientifiche della medicina di base e su questo tema furono anche tenuti dei convegni in Versilia e ad Arezzo.

Nella metà di luglio del '98 fu concluso un lungo ed impegnativo lavoro di elaborazione di una bozza di linee guida per la gestione integrata del paziente diabetologico. Questo si era svolto sotto l'egida della Federazione regionale dell'Ordine dei medici della Toscana, nella sede dell'Ordine dei Medici di Firenze e sottoscrissero la bozza di linee guida:

- i rappresentanti dei MMG (F.I.M.M.G. e S.I.M.G.).
- i rappresentanti degli specialisti diabetologi (A.M.D. e S.I.D.).

Il documento approvato dalla Giunta Regionale Toscana non è altro che la rielaborazione e l'ufficializzazione di tale accordo.

Non si tratta di linee guida nel senso specifico del termine: gli indirizzi di adeguata *clinical practice* ci vengono forniti dalle Società Scientifiche e sono espressione di percorsi adeguati e validati di VQR.

Il documento stabilisce, invero, delle linee organizzative di attività diabetologica per snellire i percorsi assistenziali, per essere efficaci ed efficienti nella prestazione di assistenza, per agire secondo criteri di rispondenza ai reali bisogni dei fruitori delle prestazioni delle nostre prestazioni e di quelle del Medico di Medicina Generale secondo criteri di appropriatezza, rispondendo contemporaneamente anche ai criteri di economicità per l'ottimizzazione dei costi complessivi e di non ripetizione inutile di prestazioni.

In esso è quindi implicito un concetto di *disease management*, cioè un approccio totale alla ma-

lattia, con il concorso delle diverse figure professionali, e che tiene conto delle necessità complessive di salute del paziente. È ben evidente che in questo percorso tutti gli operatori sanitari rivestono pari dignità nel processo di condivisione delle cure, visto che vengono chiaramente ed armonicamente definiti i ruoli e le funzioni in cui quel *continguum* si articola.

Non si parla più di «gestione integrata», ma di percorso assistenziale condiviso, con il rispetto del concetto della «centralità» del paziente; diventa quasi obbligatoria una forte integrazione tra il settore ospedaliero e quello territoriale e diventa necessario favorire una reale integrazione, evitando conflittualità tra le varie aree.

La Legge Regionale Toscana del 30 settembre '98, n. 72 (co. I, lett. m), definisce il percorso assi-

stenziale come «... il risultato di modalità organizzative che assicura tempestivamente al cittadino in forme coordinate, integrate e programmate l'accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa dei servizi sanitari di zona e dei servizi ospedalieri in rete, in relazione agli accertati bisogni di educazione alla salute, di servizi preventivi, di assistenza sociale, di diagnosi, di cura e riabilitazione...».

Nella Regione Toscana il MMG ed il pediatra di libera scelta hanno sentito in maniera particolare la necessità di un dialogo con gli specialisti ospedalieri, per la definizione concordata dei ruoli e dei compiti di ciascuna delle figure istituzionali.

Nel documento viene anche tracciato un modello per ogni situazione, con definizione di dettagli onde evitare rischi di interpretazione.

Per ogni figura è prevista la dotazione di attrezzature specifiche, per facilitare il percorso diagnostico terapeutico.

Si ribadisce il ruolo importante della Struttura Diabetologica come riferimento del paziente diabetico.

Vi è anche nel documento tutto un settore dedicato al paziente con diabete in età evolutiva, che vede gli attori del percorso assistenziale nelle figure professionali del Pediatra di Libera Scelta e le Strutture Specialistiche Pediatriche, oltre che il Centro regionale di Riferimento.

L'intero documento può essere consultato e «scaricato» da Internet, collegandosi all'indirizzo www.infodiabete.it, il giornale pubblicato dall'AMD Toscana.

Francesco Galeone

Domanda di ammissione

Al Presidente della AMD

Data

—/—/—

Il sottoscritto Dr./Prof. _____

Nato a _____ il ___/___/___

residente a _____ C.A.P. _____

in via _____ n. _____

Tel. _____ Fax _____

Cellulare _____ E-mail _____

Chiede di essere ammesso quale socio Ordinario all'Associazione Medici Diabetologi. Dichiaro, sotto la propria responsabilità, di essersi laureato presso l'Università di _____ (anno _____),

specializzato in

Diabetologia

Endocrinologia*

Altro**

* Indirizzo malattie del ricambio ** Specificare

e di prestare attualmente attività presso la seguente struttura:

Indirizzo _____

Tel. _____ Fax _____

E-mail _____ per _____ ore

con le seguenti funzioni _____

Firma _____

Soci presentatori:

1° Socio _____ Firma _____

2° Socio _____ Firma _____

Allegare alla presente domanda un curriculum vitae (max 1 pagina con particolare riferimento alle attività svolte in campo diabetologico).

Inviare, anche via fax (06/7000499), a: **AMD, v.le Carlo Felice, 77 - 00185 ROMA.**

A norma di statuto le domande di ammissione verranno esaminate dal Consiglio Direttivo dell'AMD nella prima riunione dopo il ricevimento della domanda.

Riservato alla Commissione dei Soci

Accettato

Non accettato

Necessario acquistare ulteriori dati

www.aemmedi.it

Ai sensi dell'art. 10 della L. 675/96 (privacy) la informiamo che Noi tratteremo i suoi dati con liceità e correttezza nella piena tutela dei suoi diritti ed in particolare della sua riservatezza, che il trattamento dei suoi dati ha come scopo quello di procedere all'inserimento degli stessi nell'annuario dell'Associazione quale socio ordinario della AMD. Per l'effetto i suoi dati personali potranno essere comunicati al nostro archivio-banca dati ed utilizzati esclusivamente per i fini istituzionali dell'Associazione. Lei potrà, in ogni momento, chiedere quali sono i suoi dati personali conservati e come vengono utilizzati, potrà infine esercitare il diritto di correggerli, aggiornarli, cancellarli ed opporsi al loro trattamento (art. 13 L. 675/96). In ogni caso non utilizzeremo le informazioni in nostro possesso per scopi diversi da quelli di cui sopra. Titolare del trattamento dei suoi dati è l'AMD con sede in Roma v.le Carlo Felice, 77. Per espressa accettazione al trattamento dei propri dati, come sopra specificato.

Firma _____

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

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, ANA00, ASSOMED, ecc.)

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