

Organo Ufficiale dell' Associazione Medici Diabetologi

ANNO 2000: COME CAMBIA LA TERAPIA INSULINICA

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. ComaschiConsiglieri: S. Gentile
A. Arcangeli C. Giorda
V. Borzi D. Mannino
C. Coscelli N. Musacchio
S. Di Pietro M. VelussiSegretario: A. Di Benedetto
Tesoriere: C. TeodonioSede Legale: Viale C. Felice, 77
Tel.: 06/7000499 00185 ROMA
Fax 06/77201195
C.C. postale: 96304001

PRESIDENZA E SEGRETERIA

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

PRESIDENTI SEZIONI REGIONALI

Abruzzo-Molise-Umbria: P. di Bernardino
Calabria: 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: F. Losurdo
Sicilia: P. Pata
Sardegna: A. Gigante
Toscana: F. Galeone
Veneto: R. MingardiRegistrazione del Tribunale di Napoli
n. 4982 del 17/7/98Abbonamento £ 28.000
1 copia separata £ 7.000
Arretrato £ 14.000

La recente introduzione in commercio dell'insulina aspart, che si affianca all'ormai ben collaudata insulina lispro, contribuirà certamente ad incrementare nella pratica quotidiana l'uso degli analoghi ad azione rapida e quindi dei regimi insulinici che utilizzano questi farmaci. Tutto ciò avrà conseguenze rilevanti sulle modalità con cui fino ad ora veniva attuata la terapia insulinica, costringendoci a modificare alcune convinzioni che sembrano invece solidamente radicate.

Già con l'uso dell'insulina lispro infatti è emerso con tutta evidenza quello che, con termine irrituale, può essere definito «effetto coperta»; la maggiore rapidità si accompagna ad una minore durata d'azione dell'analogo rispetto all'insulina regolare, il che lascia scoperto (cioè privo di insulinizzazione esogena) un arco di tempo compreso tra le 3-4 ore dall'iniezione dell'analogo e la successiva somministrazione, e che corrisponde grosso modo al periodo che precede il pranzo e soprattutto la cena. Questo fenomeno, che si verifica inevitabilmente nei diabetici di tipo 1 (tranne che in quelli di nuova diagnosi, dove è ancora presente una residua secrezione endogena) ma che si può osservare anche in pazienti di tipo 2 insulinotrattati, mette in crisi l'ormai consolidata abitudine agli schemi «basal-bolus». Infatti con l'uso dell'analogo lispro e verosimilmente anche con l'aspart (le modeste differenze farmacocinetiche osservate in condizioni sperimentali non sembrano essere clinicamente rilevanti) non è più possibile somministrare solo boli di insulina pronta prima dei pasti e 1 (o talora 2) iniezione giornaliera di insulina basale (per lo più NPH) prima di andare a letto ma, come chiaramente dimostrato soprattutto dal gruppo di Perugia, occorrerà somministrare con l'analogo rapido anche piccole quantità di insulina NPH, proprio per coprire il periodo che precede il pasto successivo o la iniezione di NPH notturna. Da un punto di vista pratico questo significa passare dalle 3-4 iniezioni giornaliere degli attuali schemi di terapia intensiva ad un massimo di 7 iniezioni (3 di analogo + 3 di NPH ai pasti e 1 di NPH bed-time).

Se questo non è un problema per chi usa ancora la siringa ed è in grado di miscelare correttamente l'insulina rapida con l'NPH, lo può diventare per tutti coloro che usano le penne e che non sono capaci di gestire bene le miscele estemporanee. La prossima disponibilità di miscele preconstituite di NPH a base di analogo + lispro o aspart in differenti rapporti (al momento attuale sono previsti i rapporti 25:75 e 50:50, ma stranamente non è prevista la commercializzazione del rapporto inverso, cioè 75% analogo e 25% NPH), potrebbe rappresentare una soluzione per i pazienti di tipo 2 insulinotrattati; nei pazienti di tipo 1 invece, almeno a giudicare dai primi dati pubblicati, il problema del compenso glicemico non viene risolto con l'uso di queste premiscelate e rimane la necessità di ricorrere ad un numero elevato di iniezioni giornaliere.

Come conciliare questa esigenza con quella, altrettanto importante, di assicurare ai nostri pazienti una buona qualità di vita? Si può anzitutto obiettare che non necessariamente l'aumento del numero di iniezioni compromette la qualità di vita, anche se l'esperienza quotidiana e il buon senso farebbero pensare il contrario. Certamente un aiuto importante è fornito dai continui miglioramenti della qualità e delle prestazioni dei dispositivi per somministrare l'insulina, che da semplici siringhe camuffate da penne stanno diventando apparecchi sempre più efficienti, sicuri e

SOMMARIO

1. Editoriale
2. Artimino: da Villa de' Medici a ... scuola dei medici ... diabetologi
2. Le impressioni di un fuggito
3. Indirizzi funzionali ed organizzativi per la prevenzione e la cura del diabete mellito della regione Lombardia
8. Vancouver e Sydney. Autocontrollo, consapevolezza e terapia intelligente, ecco gli ingredienti per vincere nello sport e nella vita
9. Torino 2001: XIII Congresso Nazionale AMD
10. Trasmissione dell'epatite B e glicemia capillare
10. Corso di Management per i dirigenti di diabetologia
11. 14 novembre 2000: giornata mondiale del diabete
11. Un'AMD rinnovata e propositiva si presenta all'industria farmaceutica
12. Attività delle Sezioni Regionali

apprezzati dai pazienti. Le aspettative principali però sono riposte nella futura disponibilità degli analoghi ad azione lenta, in grado di creare una valida insulinizzazione basale con una sola iniezione giornaliera e quindi di consentire di tornare allo schema «basal-bolus» (1 analogo lento + 3 analoghi rapidi). Due sono le vie percorse per produrre questi analoghi lenti: lo spostamento del pH del farmaco al di sotto del punto isoelettrico, che consente di ottenere un prodotto solubile e limpido nella soluzione acida del flacone ma che precipita una volta iniettato sottocute e quindi viene assorbito lentamente (insulina glargine) e l'aggiunta di un acido grasso alla molecola insulinica, che ne permette il legame con l'albumina plasmatica e quindi una lenta dimissione (insulina detemir).

L'insulina glargine è ormai in fase avanzata di sperimentazione clinica e con risultati positivi che, almeno negli studi di farmacocinetica e in quelli clinici a breve termine, ne dimostrano la validità come insulina basale, somministrabile una sola volta al giorno. In realtà la sua introduzione in commercio in Italia non è prossima e questo tutto sommato non è un male, perché consentirà di acquisire migliori informazioni sul suo uso clinico, specie in combinazione con gli analoghi ad azione rapida (informazioni che oggi mancano) e di chiarire alcune preoccupazioni su un suo eccessivo legame con il recettore del fattore di crescita IGF-1.

È evidente dunque che nel 2000 (e probabilmente anche dopo) le insuline NPH e lenta non andranno in pensione, come era stato pronosticato, ma resteranno (specie l'NPH) il mezzo di gran lunga più usato per l'insulinizzazione basale nella terapia sostitutiva. Sta a noi saperle consigliare correttamente e saper mettere i nostri pazienti nelle condizioni di usarle al meglio, minimizzandone gli inconvenienti e i limiti.

Domenico Cucinotta

ARTIMINO: DA VILLA DE' MEDICI A ... SCUOLA DEI MEDICI ... DIABETOLOGI

Il 16 aprile sono partito da Lucca per Artimino, ove si trova la splendida Villa de' Medici, per partecipare alla Scuola per Formatori dell'AMD. Non avevo ben chiaro quale fosse il contenuto, o meglio sapevo di dover fare parte del secondo ed esclusivo corso formatori, quello dedicato ai presidenti e ai vicepresidenti delle sezioni regionali. Entrando nella sala riunioni sono stato subito colpito da tanti tabelloni con all'interno tanti disegni stilizzati: c'era una grossa margherita, tante frecce colorate e perciò scorse spontanea una esclamazione: **questa non è una scuola, è un ASILO!** Continuo a guardarmi intorno e trovo tanti volti noti, ma anche qualcuno sconosciuto. Vedo la Nicoletta Musacchio e l'Umberto Valentini: la loro presenza mi fa subito riavere e acquisisco la certezza che il contenuto sarà invece serio ed importante. Non avevo sbagliato!

Si comincia: in seduta plenaria, alla presenza di tutti i partecipanti, il GRANDE TEAM, la Sandra Casagrande, che sarà la nostra GUIDA SUPREMA, ci richiama alla realtà. Ci annuncia che questa sarà una settimana di vero e duro lavoro. E così sarà. Era la settimana che precedeva la Pasqua, si annunciava una settimana di passione. Ci dividiamo spontaneamente in quattro sottogruppi. Mi ritrovo nel green team, che ha la grossa fortuna di avere come conduttore l'Umberto Valentini. Gli altri saranno tutelati dalla

Nicoletta, dalla Sandra e da Alessandro Sergi. Quest'ultimo, avrà anche il compito di rielaborare tutto quello che produrremo.

A questo punto vi chiederete cosa abbiamo fatto. Ora mi è abbastanza chiaro e mi provo a spiegarlo. La nostra Associazione ci aveva dato come mandato tre punti:

1. conoscere il processo di sviluppo del gruppo
2. apprendere le tecniche di conduzione del gruppo
3. integrare il metodo praticato e appreso alla propria professionalità.

Gli strumenti che ci sono stati messi a disposizione sono stati di due tipi:

1. di **gestione del team** (progettazione del corso, realizzazione delle attività progettate, valutazione dei risultati e valutazione dei processi);
2. di **gestione del lavoro del team** (di *problem solving* e di *project management*)

Il metodo utilizzato comprendeva a sua volta altri punti:

- il coinvolgimento attivo di tutti i partecipanti;
- la visione dell'intervento di sviluppo, che prevede fasi, attività e strumenti diversi a seconda della situazione di lavoro;
- l'apprendimento continuo e costante per lo sviluppo di competenze individuali, di team e organizzative, attraverso il raggiungimento di risultati tangibili;

- la gestione e la valorizzazione delle diverse competenze in tutte le fasi del processo;
- la gestione del clima d'aula e delle relazioni di lavoro; pianificazione e monitoraggio del lavoro dei team;
- la costruzione del processo di lavoro con tutti i professionisti che vi partecipano.

Come già accennato, è stata molto dura. Alcuni di noi sono andati in crisi: le aspettative che avevano espresso nella prima giornata sembravano lontane ed irraggiungibili. Ma come l'araba fenice, tutto si è risolto, grazie anche ai nostri conduttori, alla fine della settimana, con una rinascita a nuova vita.

A questo punto posso proprio dire che sono nati altri 24 FORMATORI AMD, che si affiancheranno agli altri dello scorso anno, iscritti nell'apposito Albo. Sono altri 24 soci che potranno far ancora crescere la nostra Associazione perché sono accomunati, a questo punto, anche da uno stesso traguardo da raggiungere, utilizzando lo stesso percorso. Siamo però anche uniti da un altro legame: è vero, lo ho anche declamato nell'ultima seduta del GRANDE TEAM: pensavo di essere capitato in un asilo ed invece ho frequentato una Scuola Superiore di Formazione.

Francesco Galeone

LE IMPRESSIONI DI UN FUGGITO

Avendo raggiunto nell'agosto del 1999 i sospirati 40 anni di contribuzione previdenziale, ho scelto la libertà assistita, dato che questo traguardo mi permetteva di decidere se, dopo tante battaglie e tanto sacrificio all'interno della struttura pubblica, fosse forse venuta l'ora di guardarmi intorno e di scegliere se tirare i remi in barca o se continuare, pur su un fronte diverso, la battaglia.

Così ho deciso di mettere ancora a disposizione dei miei pazienti affezionati la lunga esperienza maturata, nella convinzione che le moderne vedute del pareggio di bilancio a breve termine ed a tutti i costi mal si conciliano con le patologie croniche, diabete e malattie del metabolismo in particolare.

Sono quindi nella posizione ideale di osservatore, anche se non neutrale, delle due realtà e devo dire, purtroppo contro tutte le convinzioni che mi hanno sostenuto nel mio lavoro nel settore pubblico per tanti anni, che la situazione si presenta completamente diversa fra i due fronti, pubblico e privato.

Da una parte, quella pubblica, esistono sempre maggiori limitazioni dell'attività e sempre maggiori restrizioni nella disponibilità di attrezzature e di personale, dall'altra ho avuto il piacere di trovare una disponibilità totale, grande interesse per l'attività, so-

stegno di attrezzature e di personale, e, in confronto al settore pubblico, motivazioni molto sentite nel personale e nel settore direttivo.

Questo atteggiamento si configura in minori attese, maggior tempo efficacemente impiegato a favore del paziente, presenze per controllo più rarefatte nel tempo, ma con prestazioni più complete e maggiormente mirate all'obiettivo e conseguente maggior soddisfazione dell'utente, maggior rispetto della professionalità a tutti i livelli e, strano ma vero, costi minori della gestione generale e del risultato gestionale per l'assistenza erogata in confronto con il settore pubblico.

Questo nuovo aspetto dell'assistenza erogata in regime libero professionale viene particolarmente apprezzato da chi, essendo in attività lavorativa, non ha tempo per le lunghe attese delle prestazioni specialistiche dilazionate e frazionate, ma può accedere ad un percorso completo plurispecialistico in poche ore nello spazio di una mattinata, ricevendone un report completo ed esaustivo delle sue condizioni, particolarmente nel riguardo alle complicità possibilmente esistenti.

Con questo profilo organizzativo anche la spesa diventa accettabile e la gestione in

proprio viene favorevolmente accettata. Il paziente si sente nuovamente una persona, intorno alla quale ruotano gli specialisti delle varie branche senza per questo trasformare la sua individualità in un numero, anzi permettendo al diabetologo di conoscere in breve tempo la panoramica delle situazioni di rischio del paziente, con la possibilità di intervento diretto e mirato, senza dover attendere a volte anche dei mesi per il recupero dei risultati delle varie visite specialistiche di cui il paziente diabetico necessita sia nell'inquadramento diagnostico iniziale che nei follow-up successivi. È un esempio che sto vivendo e che mi meraviglia ogni giorno quando a fine mattinata riesco ad orientarmi bene sulle necessità di un paziente e lo rimetto in corsa nella sua vita senza avergli sottratto del tempo utile alla sua attività. Da questa mia testimonianza non voglio e non posso trarre conclusioni, si tratta solamente di una esposizione di fatti concreti e valutabili che possono servire a tutti noi per pensare come certe situazioni lavorative quotidiane delle nostre specialità possano forse essere modificate e migliorate alla luce dell'evidenza.

Mario Velussi



INDIRIZZI FUNZIONALI ED ORGANIZZATIVI PER LA PREVENZIONE E LA CURA DEL DIABETE MELLITO DELLA REGIONE LOMBARDIA

Nella seduta del 21 febbraio 2000 sono stati approvati le linee guida operative e l'uso del Disease Management come strumenti fondamentali della diabetologia regionale. Vi proponiamo integralmente il testo dei 2 allegati, qui di seguito riportati (n.d.r.).

LINEE GUIDA DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE PER LA PREVENZIONE E CURA DELLA MALATTIA DIABETICA

Le linee guida qui indicate sono state elaborate in un'ottica generale di riduzione ed ottimizzazione dei costi, di controllo di qualità applicato all'Azienda Sanitaria, di modifica della formazione del medico e dell'organizzazione sanitaria e pertanto del management della malattia, con l'obiettivo di garantire al cittadino diabetico lombardo la "giusta cura" della sua malattia, con un "giusto percorso" diagnostico-terapeutico, e l'omogeneizzazione delle prestazioni su tutto il territorio regionale. Queste linee guida per i vari livelli assistenziali (in regime di ricovero ordinario, in regime di day hospital, in regime ambulatoriale) ripropongono, con qualche adattamento, quelle elaborate dalle Società scientifiche AMD (Associazione medici diabetologi) e SID (Società italiana di diabetologia) a livello nazionale, in collaborazione col settore programmazione del Ministero della sanità, recentemente pubblicate sugli organi ufficiali.

In questo documento sono proposte prestazioni, che nel tempo hanno dimostrato chiara validità ed efficacia a costi minimi. Le prestazioni sono state suddivise in: indicazioni diagnostiche, indicazioni di monitoraggio, indicazioni terapeutiche, indicazioni di continuità e di ricerca.

Per quanto concerne l'allocatione delle prestazioni nei vari livelli assistenziali si è fatto riferimento a criteri di appropriatezza, e al principio che devono essere gestiti in regime di ricovero ordinario solo quei pazienti che non possono essere correttamente gestiti in day hospital, e in regime di day hospital quei pazienti che non possono essere efficacemente gestiti in regime ambulatoriale.

LINEE GUIDA PER IL REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO ORDINARIO

Si ritiene appropriato il ricovero ordinario nelle sottoidicate situazioni.

A) diabete tipo I e II in fase di grave scompenso metabolico:

1. complicanze metaboliche acute con rischio per la vita:

a) chetoacidosi grave
glicemia > 250 mg/dl, pH arterioso < 7.35, pH venoso < 7.30, o livello di bicarbonato serico < 15 mEq/l e chetonuria e/o chetonemia.

b) iperosmolarità non chetotica
compromissione dello stato mentale ed elevata osmolarità plasmatica (>315 mOsm/kg).

In pazienti con iperglicemia severa (>400 mg/dl).

c) ipoglicemia grave con neuroglicopenia
glicemia < 50 mg/dl senza risoluzione della compromissione del sensorio col trattamento.

coma o altre compromissioni, come disorientamento, instabilità nella coordinazione motoria, atassia, disfasia, dovute a documentata o sospetta ipoglicemia.

ipoglicemia determinata dalla terapia con solfamide e/o insulina ad attività protratta.

2. scompenso metabolico cronico:

(glicemia persistentemente superiore a 300 mg/dl e/o HbA1c > 200% del valore normale) con necessità di monitoraggio del paziente in ambiente ospedaliero per la ricerca delle cause e l'attuazione di modifiche terapeutiche.

B) diabete di tipo I all'esordio (a qualunque età, in gravidanza).

C) diabete scompensato in donna gravida.

D) avvio di terapia con microinfusore.

E) piede diabetico in caso di gangrena di origine vascolare o di ulcera trofica infetta di origine neuropatica.

F) esecuzione di procedure diagnostico-terapeutiche invasive (ad es. arteriografia, biopsia epatica).

G) valutazione di paziente con diabete di tipo I candidato a trapianto di pancreas.

H) sindromi ipoglicemiche.

Indicazioni

a) diagnostiche: Anamnesi ed esame obiettivo completo. Controllo del peso corporeo (BMI). Esami di routine (glicemia, creatinemia, elettroliti, osmolarità, esame delle urine, urinocoltura. Dosaggio della emoglobina glicata (HbA1c). Radiografia del torace.

b) di monitoraggio: profilo glicemico: monitoraggio della glicemia ogni 2-4 ore a seconda della gravità del caso. Ricerca dei corpi chetonici nelle urine almeno ogni 4 ore. Dosaggio degli elettroliti ematici (Na e K) ogni 4-6 ore in fase di chetoacidosi, quotidianamente fino alla normalizzazione dei valori. Emogasanalisi con prelievo arterioso da ripetere ogni 6 ore fino alla normalizzazione dell'esame. Elettrocardiogramma (ECG), da ripetere se presenti squilibri elettrolitici di Na e K.

c) terapeutiche: Terapia insulinica di emergenza con correzione della disidratazione e degli squilibri elettrolitici. Per la ipoglicemia grave e il coma ipoglicemico: terapia infusiva con soluzioni glucosate fino al ripristino della normoglicemia. Terapia con glucagone (opzionale).

d) di continuità: Valutazione delle abitudini alimentari ed impostazione del programma dietetico. Avvio del programma educativo e di addestramento all'autocontrollo della malattia. Impostazione della terapia insulinica.

e) completamento diagnostico e valutazione del rischio familiare (opzionale):

Ricerca degli anticorpi (ICA, AGA, EMA). Determinazione HLA.

Dosaggi ormonali per la valutazione di patologie associate, limitatamente a tiroide e surrene.

Dosaggio del peptide-C a digiuno e dopo stimolo con glucagone.

Valutazione della funzionalità renale: dosaggio della microalbuminuria in assenza di proteinuria macroscopica, dopo 5 anni dalla comparsa del diabete nei bambini e adolescenti, in tutti i tipo II.

Urinocoltura, se il sedimento è anormale o vi sono sintomi. Valutazione della funzione epatica: dosaggio delle transaminasi, gammaGT, bilirubinemia ai fini della terapia farmacologica. Profilo lipidico: colesterolo totale, HDL colesterolo, trigliceridi, LDL colesterolo.

f) screening delle complicanze: può e deve essere demandato al DH di supporto.

g) elegibilità al trapianto di pancreas (in aggiunta alle procedure sopraindicate):

Prova da sforzo. Ecocardiogramma. Eco-doppler TSA. Eco-doppler aorta. Prove respiratorie.

Ecografia addome. Mammografia (se età > 35 anni). RX torace. Visita odontoiatrica.

Screening per retinopatia e neuropatia. Valutazione anestesiológica.

Esami in aggiunta a quelli di routine: emocromo completo, creatinina clearance, colinesterasi, TGFA, lattato deidrogenasi, amilasi, proteine totali, albumina, fosforo, magnesio, calcio, bicarbonati; VDRL-TPHA, ricerca anticorpi anti CMV, EBV, HZV,HSV,HCV, HIV, toxoplasma; HBsAg, PSA; PAP test (nelle donne), urinocoltura; emogruppo sanguigno, tipizzazione HLA.

LINEE GUIDA PER IL REGIME DI DAY-HOSPITAL

In un percorso assistenziale per la malattia cronica, il day-hospital (DH) rappresenta la centralità dell'assistenza. Il diabete trova soluzioni ottimali in questo tipo di assistenza, in quanto presenta una domanda assistenziale multiforme, cui non può essere data una risposta in separate prestazioni ambulatoriali. Il DH si identifica proprio come una sommatoria di molteplici prestazioni ospedaliere, caratterizzate da procedure differenziate per il monitoraggio del compenso metabolico del diabete e delle sue complicanze. E' un'attività di ospedalizzazione diurna che deve essere programmata per ricoveri o cicli di ricovero, ciascuno inferiore a una giornata, con erogazioni di prestazioni multidisciplinari e plurispecialistiche. Elemento peculiare del DH diabetologico è l'intervento educativo, da considerarsi un vero e proprio intervento terapeutico, che deve trovare spazio nelle varie tipologie di DH.

Si ritiene appropriato il ricovero in DH nelle sottoidicate situazioni.

A) diagnosi e tipizzazione del diabete all'esordio. Pazienti con diabete di tipo I o 2 all'esordio, che non necessitano di ricovero ordinario, per i quali risulta indispensabile un inquadramento clinico sollecito, allo scopo di impostare la migliore terapia e che devono effettuare accertamenti diagnostici multispecialistici di particolare complessità.

B) follow-up della malattia.

B1 - diabete mellito di tipo 1 o 2 caratterizzato da instabilità metabolica.

B2 - pazienti con diabete di tipo 1 o 2 con situazione di scompenso glicometabolico perdurante da diverso tempo, nei quali si ravvisa la necessità di non procrastinare ulteriormente accertamenti diagnostici multispecialistici.

B3 - pazienti con situazione di scompenso glicometabolico nei quali ci sia il sospetto di una patologia concomitante (neoplastica e non) e che devono effettuare accertamenti diagnostici multispecialistici.

C) follow-up della malattia e delle sue complicanze.

Pazienti con diabete di tipo 1 o 2 che devono effettuare accertamenti diagnostici multispecialistici, di particolare complessità e che richiedono particolare cautela sia per cause sociali (anziani che vivono soli, impossibilità a recarsi più volte in ambulatorio), cliniche (condizioni generali compromesse), lavorative e/o scolastiche.

D) studio della residua secrezione insulinica.
Pazienti con diabete di tipo 2 in trattamento con ipoglicemizzanti orali, in fase di scompenso glicometabolico da almeno 6 mesi (fallimento secondario) e che non presentano patologie concomitanti.

E) diabete in gravidanza.

E1 - diabete gestazionale in fase di scompenso glicometabolico con necessità di iniziare terapia insulinica.

E2 - paziente con diabete di tipo 1 o 2 che inizia una gravidanza e che necessita di sollecito inquadramento clinico per poter iniziare la terapia corretta.

E3 - diabete mellito di tipo 1 o 2 in gravidanza caratterizzato da instabilità metabolica. E4 - diabete mellito di tipo 1 o 2 in gravidanza con necessità di inquadramento clinico e/o controllo del compenso glicometabolico, nei casi ove non sussistano le condizioni ottimali per una gestione corretta della gravidanza.

F) studio e cura del piede diabetico.

F1 - pazienti con diabete di tipo 1 o 2 con lesioni agli arti inferiori che necessitano con urgenza di essere inquadrati clinicamente e devono eseguire accertamenti diagnostici multispecialistici, per poter impostare una idonea terapia e che, a causa delle condizioni generali compromesse, avrebbero difficoltà ad eseguirli ambulatoriamente.

F2 - pazienti con diabete di tipo 1 o 2 con lesioni agli arti inferiori che necessitano di pulizia chirurgica e/o trattamento con infusione endovenosa di farmaci con azione vasoattiva.

G) deospedalizzazione precoce e protetta.

Pazienti in regime di ricovero ordinario che, ai fini di una dimissione anticipata, necessitano di ulteriori accertamenti diagnostici e di monitoraggio del compenso glicometabolico a breve distanza dal ritorno al proprio domicilio.

H) pre-operatorio.

Pazienti con diabete di tipo 1 o 2 con una indicazione ad intervento chirurgico, che necessitano di accertamenti diagnostici multispecialistici, di monitoraggio del compenso glicometabolico e/o aggiustamenti della terapia farmacologica in tempi brevi.

I) integrativo.

Pazienti di tipo 2 già noti, in dietoterapia o in trattamento con ipoglicemizzanti orali, in carico al medico di medicina generale, che devono eseguire accertamenti multispecialistici all'interno del progetto di gestione integrata.

Indicazioni

a) diagnostiche: Esame obiettivo completo. Valutazione del peso corporeo (BMI). Esami di routine (glicemia, creatinemia, emocromo completo, VES, elettroliti limitatamente a Na e K, esame completo urine). Dosaggio del peptide-C a digiuno e dopo test da stimolo.

b) di monitoraggio: Profilo glicemico: dosaggio della glicemia a digiuno e 2 ore dopo i pasti; in caso di chetoacidosi e di ipoglicemia il dosaggio può essere ripetuto ogni 2-4 ore. Dosaggio dell'emoglobina glicata (HbA1c).

Dosaggio delle urine parziali (glicosuria, chetonuria), ripetuto in caso di chetoacidosi fino alla normalizzazione. ECG da ripetere in caso di alterazioni del Na e K. Screening delle complicanze.

c) terapeutiche: Terapia insulinica di emergenza ed eventuale terapia infusiva in caso di chetoacidosi e ipoglicemia.

Valutazione delle abitudini alimentari ed impostazione della terapia dietetica.

Valutazione della terapia farmacologica, adattamento e variazione della stessa.

Impostazione della terapia insulinica.

Educazione programmata all'autocontrollo e autogestione della malattia.

Educazione programmata per la cura e la prevenzione delle complicanze.

d) completamento diagnostico e prevenzione familiare (opzionale): come per il ricovero ordinario.

LINEE GUIDA PER IL REGIME AMBULATORIALE

In regime ambulatoriale possono essere appropriatamente eseguite tutte le prestazioni sottoindicate, suddivise per tipologia dei pazienti.

A) DIABETE TIPO I

1ª visita.

Indicazioni diagnostiche: anamnesi ed esame obiettivo completo; controllo peso corporeo (BMI); profilo glicemico; dosaggio HbA1c; esame urine parziale (glicosuria, chetonuria), peptide-C basale e dopo stimolo con glucagone (opzionale).

Indicazioni terapeutiche: valutazione delle abitudini alimentari ed impostazione del programma dietetico; avvio del programma educativo e di addestramento; impostazione della terapia insulinica.

Controlli periodici routinari (ogni 1-3 mesi)*

Esecuzione di glicemia a digiuno e/o postprandiale; valutazione dei profili glicemici domiciliari; valutazione dei profili glicosuria/chetonuria; valutazione auxologica (sotto i 18 anni); valutazione psicologica.

Esame delle sedi di iniezione insulinica. Valutazione della pressione arteriosa. Esame dei piedi (oltre i 30 anni o dopo 10 anni di malattia). Eventuale modifica della terapia.

Verifica ed ulteriore addestramento su dieta, emergenze iper/ipoglicemiche, attività fisica, terapia farmacologica.

* in presenza di scompenso o di instabilità glicometabolica, la frequenza dei controlli può essere incrementata.

Indicazioni di monitoraggio:

Dosaggio di HbA1c ogni 2-3 mesi; dosaggio della fruttosamina in alternativa all'HbA1c; dosaggio del profilo lipidico (colesterolo totale e HDL, trigliceridi): ogni anno o più frequentemente se alterato.

Screening e follow-up delle complicanze (renali, oculari, neurologiche**, vascolari, cardiologiche**): ogni anno o più frequentemente in caso di loro presenza.

** in caso di normalità delle valutazioni alla diagnosi, si effettuano dopo i 30 anni di età o dopo 10 anni di durata del diabete.

B) DIABETE TIPO II

Indicazioni diagnostiche:

Anamnesi ed esame obiettivo completo (con particolare rilievo all'identificazione dei fattori di rischio per malattie cardiovascolari).

Curva da carico orale di glucosio (nei casi in cui la glicemia a digiuno non è diagnostica o in corso di gravidanza o in caso di pregressa diagnosi di ridotta tolleranza ai carboidrati).

Profilo glicemico (2-4 determinazioni). Dosaggio HbA1c. Esame urine parziale (glicosuria, chetonuria).

Dosaggio peptide-C basale e dopo stimolo con glucagone, nei casi di dubbio sull'indirizzo terapeutico.

Valutazione della funzionalità epatica e renale per l'impostazione del programma terapeutico.

Indicazioni di monitoraggio:

Valutazione del peso corporeo (BMI); avvio del programma educativo e di addestramento. Valu-

tazione delle abitudini alimentari ed impostazione del programma dietetico.

Impostazione della terapia farmacologica.

Screening delle complicanze.

Controlli periodici routinari (ogni 2-4 mesi)*

Esecuzione della glicemia a digiuno e/o postprandiale; valutazione dei profili glicemici domiciliari; valutazioni profili glicosuria/chetonuria; valutazione del peso corporeo (BMI). Plicometria, impedenziometria. Valutazione della pressione arteriosa. Esame di eventuali lesioni cutanee, se emergenti dall'anamnesi.

Verifica ed ulteriore addestramento su dieta, emergenze iper/ipoglicemiche, attività fisica, terapia farmacologica.

Eventuale modifica della terapia farmacologica.

* in presenza di scompenso o instabilità glicometabolica, la frequenza dei controlli può essere incrementata.

Ulteriori controlli metabolici periodici:

Dosaggio di HbA1c (ogni 3-6 mesi); dosaggio della fruttosamina, in alternativa all'HbA1c.

Dosaggio del profilo lipidico: ogni anno, o più frequentemente se alterato.

Dosaggio di uricemia, transaminasi, bilirubina, emocromo: ogni anno, o più frequentemente se alterati.

Screening e follow-up delle complicanze (oculari, renali, neurologiche, vascolari, cardiologiche, delle estremità inferiori): ogni anno o più frequentemente in caso di complicanze presenti.

Deroghe a tale protocollo possono essere giustificate nei casi di età avanzata o per tipologie e manifestazioni particolari della malattia.

STANDARD NAZIONALI PER UN PROGRAMMA EDUCATIVO NEL DIABETE MELLITO

Il diabete è una condizione cronica che richiede obbligatoriamente ai pazienti capacità di autogestione e modifiche allo stile di vita per adattarsi al deragliamento metabolico e per evitare o ritardare le complicanze associate a questa malattia. Il training all'autogestione e l'educazione sanitaria sono quindi una parte integrante della terapia.

L'educazione nel diabete è frutto del lavoro in team multidisciplinare ed è programmato fin dall'inizio della diagnosi. I programmi di educazione sanitaria nel diabete devono prevedere la possibilità di terapia intensiva per ottenere il miglior controllo metabolico possibile, tenendo conto delle necessità individuali di ogni singolo paziente e devono comprendere i seguenti obiettivi:

- autocontrollo frequente della glicemia,
 - attenzione alla programmazione alimentare,
 - esercizio fisico svolto regolarmente,
 - regimi di terapia insulinica fisiologica (schemi ad iniezioni multiple, microinfusori, terapia mista),
 - regimi meno complessi anche a base di ipoglicemizzanti orali nel diabete tipo II,
 - prevenzione dell'ipoglicemia ed altre complicanze acute,
 - verifica dei risultati raggiunti.
- Un corso completo di educazione sanitaria deve essere condotto dal Team diabetologico per non meno di 10 ore all'esordio della malattia e non meno di 6 ore nel primo anno di follow-up e deve offrire istruzioni nelle seguenti aree:
- che cos'è il diabete,
 - stress e adattamento psicosociale alla diagnosi,
 - coinvolgimento familiare e sociale,
 - nutrizione,



- esercizio e attività fisica,
- farmaci,
- monitoraggio del diabete e utilizzo dei risultati,
- rapporto tra alimentazione, esercizio fisico, terapia e glicemia,
- prevenzione e terapia delle complicanze acute,
- prevenzione, diagnosi precoce e terapia delle complicanze croniche,
- cura dei piedi e della pelle, igiene del cavo orale,
- obiettivi nella terapia, modifiche comportamentali e soluzione dei problemi più comuni,
- vantaggi nella intensificazione della terapia per ottenere un miglior controllo metabolico, contraccezione, programmazione della gravidanza per le donne in età fertile,
- reperibilità e uso delle risorse disponibili,
- consigli sul reinserimento nelle attività lavorative, scuola, ecc.

Fondamentale è la messa a punto di strumenti di verifica dei risultati raggiunti sia in termini di conoscenza che in termini di qualità di vita, controllo metabolico, prevenzione delle complicanze croniche.

Il programma educativo deve essere sviluppato sia a livello individuale - durante i ricoveri in regime ordinario e di DH e durante i controlli ambulatoriali - che in incontri di gruppo, appositamente progettati per diverse tipologie di pazienti su argomenti specifici, anche per utilizzare la forza di messaggi positivi provenienti da pazienti che hanno vissuto e risolto problemi comuni.

STANDARDS PER LO SCREENING ED IL MONITORAGGIO DELLE COMPLICANZE CRONICHE

RENALI

Esame delle urine: se albuminuria positiva eseguire urinocoltura; se albuminuria negativa dosare microalbuminuria*.

*microalbuminuria: ogni anno se valori inferiori a 20 mg/min; ogni 3-4 mesi se superiori; il Test può essere eseguito più frequentemente in presenza di ipertensione arteriosa.

Creatinemia (eventuale clearance se la creatinina è risultata alterata).

GFR se albuminuria positiva in associazione con ipertensione arteriosa (opzionale).

Ecografia renale.

OCULARI

Esame oftalmoscopico (FOO) in midriasi (o fotografia del fondo oculare). Valutazione dell'acuità visiva. Valutazione del campo visivo. Tonometria.

Fuorangiografia (FAG) della retina dopo 5 anni dalla diagnosi, con periodicità non superiore a 4 anni se negativa, e in tutti i casi di sospetta lesione ischemica o in previsione di trattamento.

Laserterapia.

NEUROLOGICHE

Questionari specifici. Esame dei riflessi, delle sensibilità e della forza muscolare. Valutazione della sensibilità vibratoria (diapason o biotesiometria). Tests cardiovascolari di neuropatia autonoma. Elettromiografia (EMG) e/o velocità di conduzione motoria (VCM) e sensitiva (VCS): in caso di dubbi diagnostici o periodicamente per il monitoraggio dell'evoluzione in caso di accertata patologia.

CARDIOLOGICHE

ECG. Sono consigliabili approfondimenti diagnostici in soggetti con più di 2 fattori di rischio maggiori per cardiovasculopatia (età > 50 anni; dislipidemia; ipertensione; fumo; ereditarietà).

schio maggiori per cardiovasculopatia (età > 50 anni; dislipidemia; ipertensione; fumo; ereditarietà).

Valutazione della pressione arteriosa (PA) ed eventuale suo monitoraggio continuo.

VASCOLARI

Esame dei polsi periferici. Misurazione delle pressioni distali. Doppler arterioso arti inferiori con indice di Winsor.

Eco-doppler arterioso arti inferiori (periodicamente in caso di positività degli esami precedenti).

Eco-color-doppler dei tronchi sovraaortici (TSA).

Laser-doppler e capillaroscopia (facoltativi). Ossimetria transcutanea.

DIABETE E GRAVIDANZA

Si deve distinguere tra gravidanza in diabetica (diabete pregestazionale) e diabete che insorge durante la gravidanza (diabete gestazionale).

I. DIABETE PREGESTAZIONALE

La programmazione della gravidanza nelle diabetiche è indispensabile per prevenire le complicanze neonatali e la morte del feto, complicanze che si verificano nel 4% delle gravidanze diabetiche contro l'1% di quelle non diabetiche. Tale prevenzione si ottiene programmando il concepimento in presenza di valori di HbA1c ottimali (< 7%).

A) PRIMA DELLA GRAVIDANZA

Indicazioni diagnostiche e del rischio gravidico:

Valutazione del compenso glicemico: glicemie pre e post-prandiali, HbA1c, glicosuria, chetonuria.

Valutazione del profilo lipidico: colesterolo totale e HDL, trigliceridi.

Valutazione delle complicanze d'organo:

- nefropatia: esame urine, creatinemia, microalbuminuria, urinocoltura.
- retinopatia: fondo oculare.
- neuropatia: biotesiometria (o diapason), test cardiovascolari per la disautonomia, VCN su 2 nervi.
- cardiovasculopatia: ECG.

Indicazioni di monitoraggio:

Valutazione delle glicemie a digiuno e 2 ore dopo i pasti.

Dosaggio della glicosuria e della chetonuria.

Dosaggio dell'HbA1c o della fruttosamina (in caso di fattori interferenti).

Indicazioni terapeutiche:

Educazione all'autocontrollo domiciliare (6-7 glicemie ogni giorno) e all'autogestione.

Educazione alimentare.

Terapia insulinica intensificata per l'ottimizzazione del controllo metabolico.

B) DURANTE LA GRAVIDANZA

(visite di controllo ogni 2 settimane; in caso di scompenso anche più frequentemente)

Indicazioni diagnostiche e valutazione del rischio gravidico:

Valutazione del compenso glicemico, del profilo lipidico e delle complicanze d'organo come prima della gravidanza.

Indicazioni di monitoraggio:

Valutazione delle glicemie a digiuno e 2 ore dopo i pasti ogni 2 settimane.

Dosaggio della glicosuria e della chetonuria ogni 2 settimane.

Dosaggio dell'HbA1c ogni mese e della fruttosamina ogni 2 settimane.

Creatinina, es. urine, urinocoltura e microalbuminuria ogni 3 mesi.

Colesterolo totale e HDL, trigliceridi ogni 3 mesi.

Esame del fondo oculare ogni 3 mesi.

ECG all'inizio e alla fine della gravidanza.

VCN in 2 nervi, biotesiometria e test cardiovascolari per la disautonomia all'inizio e alla fine della gravidanza.

Indicazioni terapeutiche:

Autocontrollo, autogestione, educazione alimentare, terapia insulinica ottimizzata: come prima della gravidanza.

C) DURANTE IL PARTO

Indicazioni di monitoraggio:

Monitoraggio della glicemia ogni ora.

Monitoraggio di Na e K.

Indicazioni terapeutiche:

Infusione di glucosata al 5-10% con eventuale aggiunta di insulina pronta (1-2 unità/ora).

2. DIABETE GESTAZIONALE

Indicazioni diagnostiche:

Minicarico orale con 50 g di glucosio (OGCT: oral glucose challenge test) e determinazione della glicemia basale e dopo 1 ora, da eseguire su tutte le gravide tra la 24a e la 28a settimana di gestazione. L'OGCT va anticipato alla 14a-16a settimana in presenza di fattori di rischio: età > 35 anni; familiarità diabetica di 1° grado; pregresso diabete gestazionale; macrosomia fetale; mortalità perinatale; obesità (BMI > 28).

Se OGCT positivo (glicemia dopo 1 ora: > 140 mg/dl) si deve eseguire un test di carico orale con 100 g di glucosio (OGTT: oral glucose tolerance test) e determinazione della glicemia basale e ogni 30 minuti dopo il carico di glucosio fino alla 2a ora.

A) DURANTE LA GRAVIDANZA

(visite di controllo ogni 2 settimane; in caso di scompenso anche più frequentemente)

Indicazioni di monitoraggio:

Valutazione delle glicemie - a digiuno e 2 ore dopo i pasti - ogni 2 settimane.

Valutazione della funzionalità renale alla diagnosi e alla fine della gravidanza.

Valutazione dei valori pressori ogni 2 settimane.

ECG alla diagnosi e alla fine della gravidanza.

Indicazioni terapeutiche:

Educazione all'autocontrollo e all'autogestione.

Educazione alimentare.

Terapia dietetica e, se necessaria, insulinica.

B) DURANTE IL PARTO

(come per il diabete pre-gestazionale)

C) DOPO IL PARTO

Indicazioni diagnostiche e di monitoraggio:

OGTT con 75 g di glucosio alla fine del periodo di allattamento (per una ridefinizione diagnostica).

Valutazione della glicemia a digiuno almeno una volta all'anno, e, se necessario, ripetizione dell'OGTT.

Indicazioni terapeutiche:

Educazione alimentare.

Attività fisica.

IL PIEDE DIABETICO

IN REGIME AMBULATORIALE

A) Pazienti a rischio senza lesioni in atto (controlli periodici ogni 6 mesi)

Indicazioni diagnostiche:
Anamnesi con particolare riferimento ai fattori di rischio
Esame obiettivo generale e locale
Esplorazione dei polsi arteriosi
Valutazione dei riflessi osteotendinei
Valutazione della sensibilità tattile (filamento)
Valutazione della sensibilità vibratoria (diapason, biometria)
Misurazione della PA in clino e ortostatismo per la valutazione dell'ipertensione ortostatica.
Indicazioni terapeutiche:
Abolizione del fumo
Controllo glicometabolico, della dislipidemia, dell'ipertensione
Antiaggreganti piastrinici, vasoattivi, emoreologici
Calzature per prevenzione primaria
Programma educativo.

B) Pazienti con rischio elevato (controlli periodici ogni 6 mesi)
Indicazioni diagnostiche:
Esame doppler con misura dell'indice di Winsor
Valutazione dell'appoggio plantare
RX dei piedi a confronto.
Indicazioni terapeutiche:
Come per i pazienti a rischio senza lesioni in atto (a)
Calzature con plantari personalizzati.

C) Pazienti con lesione trofica vascolare (monitoraggio giornaliero del paziente)
Indicazioni diagnostiche:
Esame doppler con indice di Winsor a riposo e dopo sforzo
Esame ecodoppler
RX piedi a confronto
Esame culturale con antibiogramma.
Indicazioni terapeutiche:
Farmaci antiaggreganti, emoreologici, vasoattivi
Antibiotici
Pulizia chirurgica
Calzature personalizzate.

D) Pazienti con lesione trofica neuropatica (monitoraggio bisettimanale del paziente)
Indicazioni diagnostiche:
RX dei piedi a confronto
Esame culturale ed antibiogramma.
Indicazioni terapeutiche:
Terapia antibiotica
Pulizia chirurgica estesa
Gambaletti gessati
Plantari personalizzati.

IN REGIME DI DAY HOSPITAL

a) Pazienti con rischio elevato
Indicazioni diagnostiche e terapeutiche come in regime ambulatoriale (b)
b) Pazienti con lesione trofica vascolare (monitoraggio giornaliero del paziente)
Indicazioni diagnostiche:
Esame doppler con indice di Winsor a riposo e dopo sforzo
Esame ecodoppler
RX dei piedi a confronto
Esame culturale con antibiogramma
Arteriografia
Valutazione della tensione di ossigeno (ossimetria).
Indicazioni terapeutiche:
Farmaci antiaggreganti, emoreologici, vasoattivi
Antibiotici

Pulizia chirurgica estesa
Disarticolazione
Calzature personalizzate.

c) Pazienti con lesione trofica neuropatica (monitoraggio bisettimanale del paziente)
Indicazioni diagnostiche:
RX dei piedi a confronto
Esame culturale e antibiogramma.
Indicazioni terapeutiche:
Terapia antibiotica
Pulizia chirurgica estesa
Gambaletti gessati
Plantari personalizzati.

IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

a) Pazienti con gangrena di origine vascolare.
b) Pazienti con ulcera trofica infetta di origine neuropatica.

IL DISTURBO ERETTILE (IMPOTENTIA COEUNDI)

DEFINIZIONE – PER DISTURBO ERETTILE (DE) SI INTENDE L'IMPOSSIBILITÀ DI OTTENERE UN'EREZIONE CHE CONSENTA UN RAPPORTO SESSUALE SODDISFACENTE.

EPIDEMIOLOGIA – IL DE COLPISCE IL 35% DEI DIABETICI DI ETÀ COMPRESA TRA I 20 E I 70 ANNI CON UN RANGE COMPRESO TRA IL 5% DEI SOGGETTI CON ETÀ TRA I 20 E I 24 ANNI, ED OLTRE IL 50% DEI SOGGETTI CON ETÀ TRA I 65 E 69 ANNI (STUDIO EPIDEMIOLOGICO ITALIANO SU 10.000 DIABETICI DI 178 CENTRI DIABETOLOGICI).

FATTORI DI RISCHIO
– TIPO DI MALATTIA,
– DURATA DELLA MALATTIA,
– QUALITÀ DEL CONTROLLO METABOLICO,
– ETÀ,
– FUMO,
– FARMACI ASSOCIATI,
– FORME MORBOSE IN ASSOCIAZIONE, IN PARTICOLARE: IPERTENSIONE ARTERIOSA, DEPRESSIONE, ANSIA, IPERCOLESTEROLEMIA, CARDIOPATIA.

N.B. LO SCREENING DEL PAZIENTE DIABETICO CON DE DEVE ESSERE DEMANDATO AL DH DIABETOLOGICO.

Indicazioni diagnostiche:
Esami di laboratorio: dosaggi ormonali, limitatamente a prolattina e testosterone.
Consulenze specialistiche:
– visita urologica,
– ECG e visita cardiologica.
Esami strumentali: iniezione intracavernosa di 5-10 microgrammi di PGE 1 (da ripetersi a dosi superiori se risultasse negativa).
Approfondimenti diagnostici:
– valutazione della tumescenza peniena notturna,
– neurologici:
– test cardiovascolari per la valutazione della disautonomia,
– soglia di percezione vibratoria peniena,
– VCM e VCS in almeno 2 segmenti.
– vascolari:
– doppler (indice peno-brachiale),
– eco-color-doppler periferico,
– pletismografia.

Indicazioni terapeutiche:
Terapia intracavernosa e/o endouretrale di PGE 1.

Educazione all'autoinoculazione di terapia per via intracavernosa.
Terapia orale con Sildenafil (Viagra).

USO DEL DISEASE MANAGEMENT

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

Il Diabete Mellito è una patologia in cui l'applicazione del DisMan può risultare di grande utilità: è infatti ad elevata prevalenza (il 3% della popolazione è affetto da diabete noto, il 2% non noto) e di lunga durata, costosa per la morbilità e mortalità dovute alle gravi complicanze croniche. Infine, la cura del paziente diabetico è complessa: ad essa concorrono diverse figure e strutture sanitarie spesso non integrate fra di loro.

La valutazione dei risultati è un elemento centrale dei programmi di DisMan. I risultati sono generalmente suddivisi in categorie cliniche, economiche e qualitative (soddisfazione dei pazienti, qualità della vita).

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

Gli ambiti di lavoro del processo di DisMan applicato alla diabetologia sono 3:

- A) PAZIENTI:
– soddisfazione dell'assistenza ricevuta;
– adesione ai trattamenti;
– qualità della vita.
B) CATEGORIE CLINICHE:
– modalità/qualità dell'assistenza;
– rispetto dei protocolli diagnostico/terapeutici;
– efficacia clinica.
C) CATEGORIE ECONOMICHE:
– costi per presidi;
– costi per visite, esami, accertamenti;
– costi per farmaci;
– costi per ricoveri, trattamento dialitico.

I risultati attesi sono suddivisi in tre categorie:

CATEGORIE QUALITATIVE, all'interno delle quali perseguire il miglioramento della soddisfazione dell'assistenza sanitaria, l'adesione al trattamento, la qualità della vita;



- rilevare gli ambiti di disagio dell'utenza
- ridurre tempi di attesa per la visita
- ridurre le liste di attesa
- migliorare l'informazione sui percorsi sanitari
- educare il paziente ad una migliore conoscenza della malattia.

Gli indicatori di tale ambito derivano dagli scores di questionari.

I. CATEGORIE CLINICHE

- identificare e trattare i pazienti in scadente controllo metabolico
- effettuare una diagnosi precoce delle complicanze croniche
- effettuare una diagnosi tempestiva di diabete
- educare i pazienti all'autogestione della malattia (educazione terapeutica).

Gli indicatori sono: HbA1c, numero e tipologia dei pazienti con complicanze croniche, applicazione protocolli diagnostico/terapeutici.

C) CATEGORIE ECONOMICHE

- razionalizzazione delle risorse.
- Gli indicatori sono: analisi erogazione presidi per diabetici, analisi dei ricoveri (DRG), analisi della prescrizione farmaceutica.

La realizzazione di un processo di Disease Management richiede la creazione di una Banca Dati, con cui monitorare il rispetto dei protocolli diagnostici e terapeutici, l'efficacia clinica ed i costi. In tale prospettiva, sono numerosi gli archivi informativi, che, variamente incrociati tra di loro, permettono non solo di fotografare lo stato dell'assistenza diabetologica, con i relativi costi, ma anche di poter valutare gli effetti di vari interventi.

ARCHIVI UTILIZZATI

Cartella Clinica Informatizzata Strutture Diabetologiche: come previsto dalla Legge Regionale n. 8 del 2.3.1992, sia le Unità Operative Diabetologiche, che i Servizi Diabetologici sono stati forniti da parte della Regione della cartella clinica informatizzata "Dialogo", realizzata da Lombardia Informatica. Secondo un ultimo censimento realizzato nel 1996, la cartella è correttamente utilizzata da almeno dieci centri. Inoltre sono numerosi altri centri che utilizzano "Diaini", un altro programma informatizzato dedicato alla diabetologia.

Cartelle Cliniche Informatizzate Medici di Medicina Generale: sono sempre più numerosi i Medici di Medicina Generale, che utilizzano un sistema informatico per la gestione dei propri assistiti. La raccolta dei dati clinici è spesso incompleta, ma un campione significativo di tali archivi, debitamente incrociati con altri, può fornire importanti informazioni cliniche ed economiche sull'assistenza territoriale dei pazienti diabetici.

Archivi Aziende Ospedaliere: per poter valutare i costi derivanti dal personale dedicato alla Diabetologia ed i ricavi derivanti dai DRG dei ricoveri e dalle prestazioni ambulatoriali.

Archivio Regionale (e/o delle singole Aziende Sanitarie Locali) dei ricoveri per i DRG correlati al diabete ed alle sue complicanze.

Archivio Regionale (e/o delle singole Aziende Sanitarie Locali) delle prestazioni ambulatoriali (visite specialistiche, esami ematochimici e strumentali).

Archivio Regionale (e/o delle singole Aziende Sanitarie Locali) della spesa farmaceutica, limitatamente ai farmaci dedicati alla cura del diabete e delle sue complicanze.

Archivio Regionale (e/o delle singole Aziende Sanitarie Locali) della assistenza protesica e di invalidità.

I dati contenuti in tali archivi potranno essere incrociati sia a livello centrale, che periferico, utilizzando come chiave unica di lettura il Codice Regionale Assistito.

In un programma di DisMan si dovrà sostanzialmente rispondere a tre domande:

1. Come sono seguiti i pazienti;
2. Quanto costa la loro assistenza;
3. Come è percepita l'assistenza da parte dei pazienti.

I dati presenti in questi archivi, opportunamente elaborati, evidenziando la tipologia dei pazienti, l'aderenza al protocollo di cura, il risultato clinico ottenuto ed i relativi costi, permetteranno di rispondere alla prima ed alla seconda domanda. Per far questo innanzitutto andranno considerate varie fasce di pazienti su cui portare avanti l'elaborazione.

Per i pazienti delle Unità Operative e dei Servizi Diabetologici:

1. Tutti i pazienti.
2. I pazienti Attivi (almeno una visita nell'ultimo anno e non deceduti).
3. I pazienti Deceduti.
4. I pazienti non più venuti (non deceduti, ma non visite nell'ultimo anno).

Per i pazienti dei M.di M.G.:

Per tutte le popolazioni, e nei relativi sottogruppi, andranno valutati:

1. Età (media, fasce).
2. Età alla diagnosi.
3. Durata della malattia (età, età della diagnosi).
4. Tipo di diabete.
5. Terapia per il diabete (dieta, ipoglicemizzanti, insulina, mista).
6. Altre terapie.
7. Comune di residenza.
8. ASL di appartenenza.
9. N. visite per anno (rispetto alla prima od ultima).
10. BMI (primo, ultimo, medio).
11. Pressione arteriosa (prima, ultima, media).
12. Glicemia (prima, ultima, media).
13. N. HbA1c per anno (rispetto alla prima od ultima).
14. HbA1c (prima, ultima, media).
15. N. microalbuminuria per anno (rispetto alla prima od ultima).
16. Microalbuminuria (prima, ultima, media).
17. N. colesterolo per anno (rispetto al primo od ultimo).
18. Colesterolo (primo, ultimo, medio).
19. N. trigliceridi per anno (rispetto al primo od ultimo).
20. Trigliceridi (primo, ultimo, medio).
21. N. fondo oculare per anno (rispetto al primo od ultimo).
22. N. fluorangiografie per anno (rispetto al primo od ultimo).
23. N. E.C.G. per anno (rispetto al primo od ultimo).
24. N. ecocardiogrammi per anno (rispetto al primo od ultimo).
25. Complicanze (retinopatia, nefropatia, cardiopatia) presenza/assenza, e prima ed ultima per tipo di complicanza.
26. Presenza/assenza ipertensione arteriosa.

Dall'esame di questi dati nei singoli sottogruppi si potranno avere informazioni relativamente a:

- Appropriata trattamento pazienti seguiti dalle Unità Operative e dai Servizi diabetologici e dai Medici di Medicina Generale:
- 1. Valutare quanti pazienti affetti da diabete di tipo 2 di età superiore ai 65 - 70 anni, senza complicanze, in trattamento dietetico e/o con ipoglicemizzanti orali, con ultima (o media) HbA1c < 7,5% che abbiano fatto più di una visita anno, sono seguiti presso il CAD. La ricerca andrà fatta su tutto l'archivio, nei pa-

zienti in carico, nei non più venuti (appropriata rinvio).

2. Valutare nell'archivio dei M.di M.G. quanti pazienti diabetici di età < 55 anni, o in trattamento insulinico, o con glicemia > 200 mg/dl, o con HbA1c superiore a 8%, non sono mai stati inviati al CAD.
- Aderenza ai Protocolli:
3. Valutare in tutti i gruppi di pazienti seguiti presso il CAD il numero di visite per anno, il numero di HbA1c, il numero di microalbuminuria, il numero di colesterolo, il numero di fondo oculare, il numero di E.C.G.
4. Valutare i fattori che determinano un numero di visite < a 2/anno: età, tipo di terapia, tipo di diabete, domicilio, ASL, presenza/assenza complicanze, controllo metabolico (media HbA1c). Nell'estrazione occorrerà fare attenzione ad escludere i pazienti presi in carico negli ultimi 3 - 6 mesi (prime visite).
5. La stessa valutazione andrà fatta su N. HbA1c < 2, su microalbuminuria, fondo oculare ed E.C.G. < a 1.

L'analisi di questi dati dovrebbe permettere di valutare in che percentuale e in che tipo di paziente sia eseguito correttamente il follow-up, e quali motivi influenzano la sua corretta esecuzione.

- EFFICACIA CLINICA:

1. Il parametro che sarà da seguire è l'HbA1c e i valori di controllo potranno essere: ottimo < 6,5%, buono 6,5 - 7%, sufficiente 7 - 7,8%, insufficiente 7,8 - 8,8%, cattivo > 8,8%.

Si potrà valutare l'efficacia valutando l'ultima HbA1c, la media delle HbA1c, lo scarto tra la media o l'ultima HbA1c e la prima.

2. Il grado di controllo metabolico andrà considerato valutando, in tutti i gruppi, numerose variabili:

- Età
- Tipo di diabete
- Tipo di terapia
- Numero visite
- Presenza/assenza complicanze
- 3. Valutare come altri fattori il rischio di colesterolo (pazienti con valori di colesterolo > 250 mg/dl, nelle varie variabili proposte per l'HbA1c, considerando anche la terapia ipolipemizzante), ed il BMI (ultimo, differenza media/ultimo - primo, anche in questo caso tenendo presenti le varie variabili).

- EFFETTO SU COMPLICANZE:

Di difficile valutazione nella fase iniziale, diventerà un dato fondamentale nel lungo periodo, quanto potranno essere misurati l'effetto del rispetto dei protocolli e del risultato clinico sulla comparsa o sulla evoluzione della retinopatia, della nefropatia, degli eventi cardio-vascolari.

- COSTI:

Si possono acquisire informazioni sui costi connessi a:

- Assistenza: spesa per personale, visite specialistiche ambulatoriali, esami ematochimici e strumentali, presidi, protesi.
- Farmaci. Spesa per terapia del diabete e delle sue complicanze.
- Ricoveri. Ricoveri effettuati presso le Aziende ospedaliere e Centri Privati, limitatamente ai DRG, correlati al diabete ed alle sue complicanze.

Questo sistema una volta realizzato potrà divenire un valido modello per la gestione di altre patologie croniche.



In Lombardia una nuova delibera per l'assistenza al paziente diabetico

Il 21/2/2000 è stata approvata dalla Giunta della Regione Lombardia la delibera n° 48301 riguardante gli "Indirizzi funzionali ed organizzativi per la prevenzione e la cura del diabete mellito.

Questa nuova delibera rappresenta un buon punto di partenza per permettere di far ripartire in tutta la Regione la rete specialistica dell'assistenza al paziente diabetico e la sua integrazione con il territorio dopo il parziale fallimento della completa realizzazione ed organizzazione della rete diabetologica che era stata prevista dalla legge regionale n° 8 del 1992, che aveva fatto seguito alla legge nazionale n. 115 dell'87.

In questa delibera tre sono gli aspetti da sottolineare.

Innanzitutto la delibera regionale impegna tutte le strutture di ricovero accreditate, sia pubbliche che private, ad individuare al loro interno un "team diabetologico dedicato" alla assistenza del paziente diabetico, individuandone l'organico minimo. Questo rappresenta il riconoscimento implicito della necessità che in tutte le aziende ospedaliere venga svolta un'attività specialistica per i pazienti affetti da diabete mellito, che non può essere derogata ad altri. Essa non può e non deve essere svolta in modo casuale e di contorno ad altre attività assistenziali da un singolo medico, ma richiede la costituzione di team diabetologici, che prevedono accanto alla figura del medico specialista anche quella dell'infermiere e della dietista, che si dedicano a questo scopo.

Il secondo punto di estremo interesse è stata l'approvazione da parte della Giunta Regionale delle linee guida diagnostiche terapeutiche per la prevenzione e la cura della malattia diabetica, inserite come parte integrante della delibera, che indicano le appropriate modalità di intervento sanitario sia in regime di ricovero ordinario che in regime di day-hospital ed ambulatoriale. Queste linee guida sono state riprese, quasi in modo integrale, da quelle elaborate da gruppi di lavoro dell'AMD regionale nei quali hanno partecipato numerosi diabetologi lombardi. Esse oltre a stabilire i criteri di appropriatezza dei ricoveri in regime ordinario e delle prestazioni ambulatoriali, individuano nel day-hospital una soluzione ottimale per l'erogazione dell'assistenza al paziente diabetico e ne riconoscono l'appropriatezza in numerose situazioni, non solo terapeutiche, ma anche diagnostiche (diagnosi e tipizzazione del diabete all'esordio, follow-up della malattia e delle sue complicanze, diabete e gravidanza, studio e cura del piede diabetico, ecc.).

Ultima novità, non certo per importanza, da sottolineare riguarda il problema dell'integrazione con il territorio e con i medici di medicina generale. La delibera impegna le ASL affinché predispongano progetti di integrazione tra i medici di medicina generale, servizi sanitari del territorio e team diabetologici ospedalieri, per la definizione e l'applicazione di percorsi terapeutici e assistenziali comuni. Ma questa integrazione dovrà avvenire non attraverso l'emanazione di teoriche linee guida comuni, ma in un vero progetto di disease management, il cui modello gestionale fa parte integrante e sostanziale della delibera. Questo modello, di cui è in corso da alcuni anni una sperimentazione a

Brescia, ha lo scopo di valutare lo stato ed i risultati dell'assistenza erogata e i costi connessi, e per poter essere realizzato necessita della centralità della struttura diabetologica in grado di assumere quelle funzioni epidemiologiche, organizzative, economiche, che ne rendono unica ed indispensabile la loro attività.

Certamente questa delibera non risolverà tutti i problemi dell'assistenza diabetologica in Lombardia, e la nostra società dovrà continuare la sua opera di pressione sulla regione affinché venga nominato il previsto Gruppo di lavoro per l'attività diabetologica che avrà il compito di definire il flusso informativo sulla malattia diabetica, di proporre indicatori di appropriatezza ed efficacia degli interventi effettuati, di proporre sperimentazioni innovative per migliorare l'organizzazione, garantire interventi coordinati e qualificanti in favore dei pazienti diabetici.

In questo contesto la sezione regionale dell'AMD si farà carico dell'opera di rendere sempre più specifica e specialistica l'attività dei centri lombardi attraverso una serie di corsi rivolti ai team diabetologici riguardanti l'accreditamento tra pari, l'educazione terapeutica, l'organizzazione dell'assistenza ai pazienti con piede diabetico. Con queste iniziative ci auspichiamo che i diabetologi lombardi possano presentarsi alla propria dirigenza aziendale come moderne strutture specialistiche in grado di gestire una patologia cronica integrandosi con il territorio e fare in modo che anche questa delibera non venga dimenticata in qualche cassetto.

Giuseppe Marelli
Presidente AMD Lombardia

VANCOUVER E SYDNEY. AUTOCONTROLLO, CONSAPEVOLEZZA E TERAPIA INTELLIGENTE, ECCO GLI INGREDIENTI PER VINCERE NELLO SPORT E NELLA VITA

Nei mesi di luglio e settembre di quest'anno due importanti eventi sportivi hanno testimoniato la caduta di vecchi pregiudizi nei confronti di diabetici insulinodipendenti.

Infatti dal 13 al 16 luglio si è tenuto a Vancouver (Canada) il biennale congresso dell'I.D.A.A. (International Diabetes Athletes Association). Circa 350 fra atleti diabetici e diabetologi provenienti da 13 paesi di 3 continenti si sono riuniti nella splendida sede della British Columbia University per affrontare e discutere i più svariati aspetti del binomio Diabete e Sport in sessioni scientifiche e riunioni informali. Durante i lavori è stata presentata la prima ricerca italiana su Diabete e Sport denominata PAEMAD (Physical Activity Energy Expenditure Micro-macro Angiopathy Diabetes type 1) che ha finora arruolato 202 IDDM dimostrando che essi hanno uno stile di vite ed una spesa energetica non dissimile dai loro coetanei non diabetici. Una sessione era dedicata a quegli sportivi che volevano presentare la loro esperienza, le difficoltà incontrate, gli obiettivi raggiunti.

Il gruppo italiano organizzato dall'A.N.I.A.D., membro italiano dell'I.D.A.A., era costituito da 50 partecipanti fra cui 5 atleti diabetici (uno di essi è calciatore di serie C). Accanto alla attività congressuale vera e propria vi sono state manifestazioni sportive amatoriali, occasione forse unica per i diabetologi presenti di vedere all'opera gli atleti IDDM.

Durante una cena allo Science Planetarium sono stati premiati come atleti dell'anno David Pa-

nosky, argentino di madre friuliana, ideatore e responsabile di un progetto internazionale che prevede per i 14 IDDM selezionati la scalata dell'Accagua, la più alta vetta d'America (6600m) per attirare l'attenzione dei mass media sul fatto che tutte le risorse economiche per migliorare la salute dei diabetici vengano spese nel mondo occidentale mentre nel terzo mondo si continua a morire di diabete e Kathleen O'Neill IDDM dall'età di 14 anni ed ora, 29enne, Certified Diabetes Educator presso il reparto di diabetologia dell'ospedale di Portland (Oregon) Kathleen ha partecipato ad una byke race a tappe durata 5 gg. vincendola con grande classe. Abbiamo avuto il piacere di ospitare Kathleen a Napoli in ottobre, viaggio motivato dal suo grande desiderio di giocare a calcio in Italia e realizzatosi con l'ingaggio da parte di una squadra femminile di serie B.

Durante il suo soggiorno l'atleta americana, sotto pompa, ci ha svelato il suo metodo di cura: 12-15 stix al giorno e boli di insulina ad ogni portata in ragione di una unità/10 gr. di CHO con una straordinaria capacità di valutare ad occhio il contenuto di essi per ogni piatto: un esempio «estremo» di educazione terapeutica!

A Sydney, come molti dei lettori già sapranno, alcuni atleti diabetici presenti in rappresentanza di varie nazioni. Nessuno ha fatto mistero della propria condizione (a questo livello di efficienza fisica è forse il caso di non chiamarla malattia) e due di essi hanno raggiunto il podio più alto Steve Redgrave ad esempio è un vero mito della canoa avendo vinto la medaglia d'oro alla

quinta olimpiade consecutiva. Splendida è la vicenda umana dell'americano Gary Hall che ad Atlanta nel '96 vinse nel nuoto due ori e due bronzi. Divenuto IDDM nel 1999, egli è riuscito a superare l'attenzione del comprensibile sconcerto e le difficoltà connesse al diabete ed a ripetersi a Sydney dove ha vinto due medaglie d'oro, una d'argento e una di bronzo.

Anche un atleta dell'IDAA, Missy Foy, premiata l'anno scorso come miglior atleta diabetica dell'anno, ha partecipato alle Olimpiadi nella squadra Statunitense di maratona senza, però, salire sul podio.

Per completare il quadro vorrei segnalare il nome di Mamet Schols calciatore dell'Arsenal quello di Stephen Monley, Ironman nel triathlon Florida e quello dell'olandese Martin Mes, maratoneta, che, partito da Gerusalemme in occasione del recente congresso EASD correrà attraverso il medio Oriente la Grecia, l'Italia e l'Europa continentale per terminare in Olanda portando idealmente un messaggio di pace di cui tanto si ha bisogno specie in questi momenti.

Spero vivamente che ben presto anche un atleta diabetico italiano possa salire su di un podio olimpico facendo onore oltre che a sé stesso anche a tutta la comunità diabetologica italiana. Alcuni giorni dopo la chiusura delle Olimpiadi il magazine Panorama commentando i successi di un atleta non vedente e dei partecipanti diabetici titolava: «... E li chiamano handicappati!».

Gerardo Corigliano E-mail: macorgl@tin.it



XIII CONGRESSO NAZIONALE AMD - Torino 9-12 maggio 2001

Centro Congressi Lingotto - Secondo Annuncio

Temi per la preparazione degli abstracts:

- Epidemiologia, costi e risorse delle malattie metaboliche
- Educazione, formazione e aspetti psicopedagogici
- Gestione dei Servizi e Qualità dell'Assistenza
- Genetica e Immunologia
- Insulina e Resistenza Insulinica
- Lipidi, endotelio e coagulazione
- Nefropatia ed Ipertensione
- Neuropatia e Piede Diabetico
- Complicanze Macroangiopatiche
- Metabolismo
- Gravidanza
- Obesità
- Terapia

Programma Preliminare

Mercoledì 9 maggio

- Apertura Segreteria (14-17)
- Inaugurazione Ufficiale del XIII Congresso Nazionale AMD (ore 17)
- Introduzione del Presidente del Congresso
- Saluto del Presidente Nazione AMD
- Intervento delle Autorità
- Lettura Presidente AMD uscente (ore 18)
- Il Museo del diabete, presentazione storica multimediale (ore 19)
- Cocktail di Benvenuto (ore 19)

Giovedì 10 maggio

(inizio ore 8,30)

- Lettura «Gestational Diabetes Mellitus» - R. Moses (Australia)

- Tavola Rotonda «Donna, metabolismo e Diabete, parte II». *Moderatori:* Di Benedetto - Mannino
- Comunicazioni orali
- Colazione di Lavoro (Quick lunch) e Simposi di aziende (ore 13-15)
- Tavola Rotonda «Strumenti di management e cambiamento: l'accreditamento professionale». *Moderatori:* C. Noacco, M. Agrusta
- Tavola Rotonda «Telematica e Informatica» *Moderatori:* Di Pietro - Velussi (ore 16-18)
- Tavola Rotonda «La Bioetica in Diabetologia» *Moderatori:* Chiambretti - Vitelli (ore 17-18)
- Assemblea AMD (ore 18)

Venerdì 11 maggio

(inizio ore 8,30)

- Lettura «Homocystein and cardiovascular disease: an overview» J. Selhub (Boston, USA)
- Tavola Rotonda interattiva «Il trattamento acuto e subacuto del diabetico coronaropatico». *Moderatori:* Borzi - Comaschi
- Comunicazioni Orali
- Colazione di lavoro (Quick lunch) e Simposi di aziende (ore 13-15)
- Tavola Rotonda «Dalla educazione alla formazione». *Moderatori:* Arcangeli - Valentini
- Tavola Rotonda «Problematiche medico-sociali e medico-legali del paziente diabetico». *Moderatori:* Bertello - Gentile
- Lettura «Obesità: l'approccio della scuola di Ginevra» A. Golay, Ginevra

Sabato 12 maggio

(inizio ore 8,30)

- Tavola Rotonda SID-AMD
- Simposi di aziende

Attività parallele

Convegni pre e post congressuali

- Incontro tra diabetologi e cardiologi **La diagnostica dell'ischemia silente** *Moderatori:* Martelli, Magro, Travagliano (sabato ore 14-16)
- Incontro con Ginecologi ed Ostetrici **Donna, metabolismo e diabete** *Moderatori:* Boretta, Imperiale, Martin (mercoledì ore 11-16,30)
- **Corso Residenziale per Infermieri** Organizzato dalla Scuola AMD *Coordinatori:* Allochis, Ozzello durata 2 giorni
- Incontro con D. Generali e D. Sanitari **Diabete: Modello assistenziale di Malattia Cronica** *Moderatori:* Sivieri, Veglio (mercoledì ore 9-12)
- Incontro con i Pazienti, iniziativa FAND **Leggi regionali sull'assistenza diabetologica** *Moderatori:* Ferraris, Doveri.

Dead-line Abstracts per Torino 2001

Il termine ultimo per l'invio di contributi al XIII Congresso Nazionale AMD che si terrà a Torino dal 16 al 19 maggio 2001 è fissato **10 febbraio 2001**. L'abstract può essere digitato ed inviato direttamente nel form elettronico al seguente indirizzo:

<http://www.yellowclick.net/AMD/contributi/>

Bando premi scuola AMD: formazione, educazione ed aspetti psicopedagogici

In occasione del XIII congresso nazionale che si terrà a Torino dal 9 al 12 maggio del 2001, l'AMD ha bandito n. 2 posti per il corso residenziale di pedagogia clinica organizzato dal prof. J. P. Assal dell'Unità di Educazione Terapeutica della Malattie Croniche dell'Università di Ginevra. Il corso si terrà approssimativamente nel giugno 2001 presso Grimentz (Svizzera); il programma verrà comunicato in seguito. La selezione dei vincitori avverrà tra gli autori degli abstracts, in tema di educazione e formazione, inviati al XIII congresso Nazionale AMD di Torino 2001. La consegna dei premi avverrà alla fine della tavola rotonda su «Formazione e educazione».

Assegnati i finanziamenti AMD per i Progetti sulla Qualità ed i Corsi di Pedagogia Clinica

La commissione incaricata dal Consiglio Direttivo nazionale AMD ha concluso la valutazione dei progetti presentati per il miglioramento continuo della qualità applicato all'attività di una struttura di diabetologia e malattie metodologiche che sono stati finanziati con i proventi del Congresso Nazionale di Chia Laguna. Sono stati riconosciuti meritevoli di finanziamento i seguenti progetti:

- «Diabetes Disease Management», presentato dal dott. Pasqualino Calatola - Centro Diabetologico, ASL SA 2, Salerno.
- «Il Disease Management presso l'U.O. di Malattie del Ricambio», presentato dal dott. Roberto Mingardi - Servizio di Diabetologia, ULSS 6, Vicenza.
- «Approccio integrato a una gravidanza sicura», presentato dal dott. Eliseo Imperiale, Unità Operativa di Malattie Metaboliche, Ospedale Maggiore, Chieri (To).
- «Miglioramento dell'assistenza diabetologica nelle strutture residenziali per anziani», presentato dalla dott.ssa Maria Antonietta Pellegrini, Ospedale S. Maria dei Battuti, Cividale del Friuli.

Hanno partecipato ai Corsi Residenziali di Pedagogia Clinica (24-29 giugno) organizzati dal Prof. J. P. Assal a Grimentz (Svizzera) con il patrocinio OMS e finanziati con i fondi AMD i colleghi: L. Richiardi, M. Cossu, D. Sofrà, G. Careddu e E. Matteucci.

Ulteriori fondi AMD verranno impiegati per finanziare il sottoprogetto «Omocisteina» dello studio DAI.

LA TRASMISSIONE DELL'EPATITE B E LA DETERMINAZIONE DELLA GLICEMIA DA SANGUE CAPILLARE

Il gesto apparentemente semplice di pungere un dito di un diabetico in un reparto o in un ambulatorio per determinare il valore della glicemia può essere molto rischioso a causa della possibilità di trasmettere malattie infettive, soprattutto epatite, ma anche altro.

Sono riportati in letteratura medica numerosi casi di trasmissione di epatite B durante il monitoraggio della glicemia mediante prelievo capillare dal dito ed uso di reflattometri, e l'andamento del contagio assume spesso l'aspetto di un'epidemia (sviluppo di numerosi casi di malattia in un ambito temporale e territoriale ben definito).

Al Veterans Affairs Medical Center di Brooklyn è riportata un'epidemia di quattro casi di epatite B nel 1996 e sono elencate alcune possibili cause di contagio: il personale che effettua l'esame, l'ago, il cappuccio, o la base riutilizzabile del pungidito; i guanti; la contaminazione del reflattometro; il lavaggio delle mani; la mescolanza di materiale nuovo con materiale già utilizzato.

Al Veterans Affairs Hospital di Fresno in California è riportata un'epidemia di 26 casi di epatite B nel 1990, le cause possibili sono: la piattaforma del pungidito; il personale; l'uso promiscuo del pungidito; i guanti; la superficie del reflattometro.

In una nursing home dell'Ohio sono riportati 4 casi di epatite B nel 1996 e le cause in-

dicare sono la somministrazione di insulina con flaconi multidose e il pungidito.

In un ospedale di New York City nel 1996 è riportata un'epidemia di 14 casi di epatite B e le cause indicate sono: il pungidito, il lavaggio delle mani; i guanti; la mescolanza di materiale nuovo e usato; la penna porta-ago divisa dall'ago ma non pulita.

Questi sono solo alcuni esempi ma l'elenco potrebbe continuare poiché le segnalazioni in letteratura sono numerose.

Negli ultimi anni sono pure comparse alcune pubblicazioni che hanno per argomento la trasmissione dell'HCV mediante presidi medico chirurgici utilizzati in setting diabetologico ed in altri ambiti.

Il rischio di contagio per i pazienti sottoposti al controllo capillare possono derivare soprattutto da:

1. Pungidito

1. a. lancetta: poiché viene a contatto con il sangue del paziente deve essere sostituita ad ogni esame.

1. b. piattaforma: può inquinarsi facilmente durante la puntura per la possibilità che microgocce di sangue escano dalla ferita, ad alta velocità, al momento dell'impatto dell'ago.

2. Reflattometro

Alcuni reflattometri non permettono di estrarre la striscia per applicarvi il sangue dopo che hanno effettuato la lettura del bianco, e pertanto sono facilmente inquinabili con il sangue

dei pazienti. Alcuni potenziometri non assorbono completamente il sangue e sono pertanto anch'essi fonte di possibile contaminazione.

Il problema è stato affrontato in modo esauriente da numerosi enti tra cui la FDA (Food and Drug Administration) - Center for Devices and Radiological Health; OSHA (Occupational Safety and Health Administration); il NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health); il CDC (Center for Disease Control), il CDC-MMWR (Morbidity and Mortality Weekly Report); l'International Health Care Worker Safety Center.

I documenti di queste organizzazioni sono tutti disponibili on line, e scaricabili gratuitamente. La letteratura diabetologica è ricca anche di articoli che definiscono con precisione i casi in cui la determinazione di una glicemia dal dito in ospedale o in ambulatorio è appropriata ed ha valore per il processo decisionale del singolo paziente.

La consapevolezza che l'esecuzione di una puntura del dito per un esame capillare non è mai un atto banale, dovrebbe consigliare a tutti i servizi di diabetologia a stabilirne l'appropriatezza d'uso, per non sottoporre il paziente ad esami inutili, ed a definire procedure per garantire la sicurezza del paziente e degli operatori.

Daniilo Orlandini

Unità per l'Appropriatezza ed il Governo Clinico AUSL di Reggio Emilia

Concluso con successo il CORSO DI MANAGEMENT PER DIRIGENTI DI DIABETOLOGIA

Due anni. Sembrava un'impresa che un Corso per medici potesse durare proprio due anni. Eppure il Consiglio Direttivo della Sezione Regionale Siciliana dell'AMD con a capo nel 1998 il collega Vito Borzi, oggi Consigliere Nazionale, ha sempre creduto all'esigenza di formare i dirigenti medici in vista dell'applicazione della normativa DPR 484 del 1997 sulle nuove modalità d'accesso al 2° livello dirigenziale.

In questo contesto si colloca il CORSO DI MANAGEMENT PER DIRIGENTI DI DIABETOLOGIA, nato dalla collaborazione tra il CEFPAS di Caltanissetta (Centro per la formazione permanente e l'aggiornamento del personale del servizio sanitario) e la Sezione regionale dell'AMD e realizzato grazie ad un co-finanziamento tra la Novo-Nordisk ed il CEFPAS stesso.

Il corso può essere definito come primo esperimento nazionale di un mini-master per dirigenti di diabetologia, su argomenti attinenti alla gestione aziendale, svolto in un Centro di Formazione sanitaria pubblico, il CEFPAS, struttura unica nel suo genere in Italia e certificata ISO 9001.

Lo scopo del corso è stato quello di far acquisire ai partecipanti competenze per una gestione delle Unità Operative diabetologiche adeguata alla continua evoluzione nel mondo sanitario, attraverso l'apprendimento di modelli d'analisi, tecniche d'intervento e di valutazione. Alla fine del corso, i partecipanti hanno dimostrato attraverso l'esame finale di verifica di essere in grado di migliorare le loro capacità di programmare e gestire le risorse umane, materiali ed economiche finanziarie; di elaborare modelli e sistemi di valutazione, monito-

raggio e miglioramento continuo della qualità in ambito socio-sanitario; di descrivere concetti d'azienda, controllo di gestione, costi e ricavi, tipi di bilancio; di valutare criticamente efficacia ed efficienza delle attività in campo diabetologico; di reperire e valutare informazioni provenienti dalla letteratura medica e di descrivere il significato dei DRG e le conseguenze della loro applicazione al sistema ospedaliero.

Il corso, diretto a 26 operatori dei servizi di diabetologia od operatori impegnati nell'ambito di Unità Operative di Medicina Generale, ha avuto la durata di due anni (novembre 1998 - giugno 2000) ed è stato suddiviso in otto moduli, per un totale di 140 ore.

I docenti, così come emerso dall'analisi delle valutazioni finali, hanno manifestato grande competenza e profonda conoscenza delle problematiche connesse alle aziende sanitarie con particolare riguardo alle Strutture Specialistiche di Diabetologia.

Il corso ha avuto la seguente articolazione:

1° modulo. Aziendalizzazione del SSN e miglioramento della qualità (Dr. Daniilo Orlandini)

2° modulo. Management delle risorse umane (Dr. Luigi Sardiello, D.ssa Pina Frazzica)

3° modulo. Analisi organizzativa dei servizi diabetologici (Dr. Claudio Noacco)

4° modulo. Pianificazione e programmazione (Dr. Luigi Sardiello)

5° modulo. Gestione delle risorse economico-finanziarie (D.ssa Elvira Benza) 6° modulo Tariffazione e DRG (Dr. Roberto Sivieri, Dr. Giammanco)

7° modulo. La gestione delle risorse materiali e degli acquisti. Sicurezza sul lavoro e

applicazione del D. Lgs. n. 626/92 (Dr. Francesco Garufi)

8° modulo. La medicina basata sulle prove d'efficacia e le banche dati (Dr. Antonio Nicolucci)

La metodologia utilizzata è stata di tipo interattivo, basata sull'apprendimento e non sull'insegnamento. Generalmente, ad una breve lezione introduttiva, sono seguiti gli interventi dei partecipanti e quindi un'esercitazione in piccoli gruppi con discussione in plenaria degli elaborati, durante la quale i corsisti hanno avuto l'opportunità di confrontarsi e di ricevere un adeguato feedback da parte dei docenti.

Le esercitazioni pratiche hanno in tal modo consentito ai partecipanti di applicare le conoscenze acquisite, verificarne l'apprendimento e l'effettiva utilità. I corsisti hanno anche appreso e sperimentato nuove tecniche didattiche come l'utilizzo dei lucidi ed il modo di prepararli o l'uso dei giochi di ruolo videoregistrati.

Sono stati effettuati diversi tipi di valutazioni: in itinere e a fine modulo. L'esito finale del corso è stato valutato attraverso un esame colloquio individuale atto a verificare il grado di conoscenza degli argomenti oggetto del corso. L'esito dell'esame è stato, nel complesso, positivo. A tutti i partecipanti che hanno superato l'esame finale, è stato rilasciato un attestato di partecipazione di grande valenza per il proprio curriculum vitae.



14 NOVEMBRE 2000: GIORNATA MONDIALE DEL DIABETE

Il numero dei diabetici va rapidamente aumentando. Infatti se nel 1985 si calcolava che circa 30 milioni di persone erano affette da diabete, nel 1998 – dopo poco più di una decade – questo numero era salito a circa 143 milioni. L'aspettativa per l'anno 2025 è destinata ad aumentare ancora ad oltre 300 milioni di diabetici. Invecchiamento progressivo della popolazione mondiale, alimentazione incongrua, obesità ed aumento della sedentarietà sono alcuni dei fattori chiave di questa enorme e rapida crescita. La globalizzazione delle abitudini alimentari e dello stile di vita in gran parte del mondo hanno accresciuto enormemente il rischio della malattia diabetica e la gravità delle sue complicanze. Il senso della giornata mondiale del diabete che si celebra il 14 novembre è quello di promuovere azioni a tutti i livelli – associazioni mediche, infermieristiche, di volontariato – tese a diffondere la cultura della salute ed a ridur-

re il rischio di sviluppare il diabete. L'International Diabetes Federation invita ciascuno di noi a compiere anche piccoli passi al di fuori dell'attività strettamente professionale e rivolti alla propria famiglia, agli amici ed ai conoscenti al fine di portare ad una presa di coscienza su di un sano stile di vita.

Che cosa si intende per sano stile di vita? Esso si basa su 4 semplici ma basilari punti:

- dieta bilanciata, sana, appetitosa, variata
- attività fisica quotidiana
- controlli medici sistematici ed appropriati
- sana vita sociale

Esempi di come svolgere attività fisica anche quando si ritiene inconciliabile con la propria attività o condizione:

- cerca di camminare di più ogni giorno

- percorri le scale a piedi (anche in parte) invece di usare l'ascensore
- fai una piccola passeggiata dopo pranzo e dopo cena
- se usi l'autobus, scendi una fermata dopo la tua meta e torna a piedi
- se usi l'automobile parcheggiarla lontano dalla tua destinazione
- non usare il telecomando di televisore, stereo e simili ma serviti di quello manuale
- usa frequentemente la bicicletta o la cyclette
- organizza con amici o figli partite di football, volley, tennis o altro.

Metti in pratica questi consigli facendoli diventare parte integrante delle tue abitudini.

UN'AMD RINNOVATA E PROPOSITIVA SI PRESENTA ALL'INDUSTRIA FARMACEUTICA

Le aziende del settore metabolico e diabetologico sono interlocutori di primo piano per le società scientifiche come l'AMD. Molte iniziative utili per progredire secondo le linee della nostra mission ovvero «il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza alle persone diabetiche, la crescita delle competenze professionali per garantire l'efficacia delle cure e la crescita delle capacità organizzative e l'integrazione di tutte le figure professionali coinvolte per garantire l'efficienza delle cure» sono realizzabili soltanto con il contributo delle aziende.

È inutile arroccarsi su visioni idealizzate pensando che l'aggiornamento e la formazione delle equipe diabetologiche o i programmi di qualità possano essere finanziati dagli scarsi fondi del servizio sanitario. Bisogna accettare che certi obiettivi si raggiungono in partnership con le aziende, soprattutto quando queste escono da una logica commerciale a breve termine e sposano l'idea che, venendo incontro al serio miglioramento dell'assistenza metabolica e diabetologica, aumentano la propria visibilità e ne traggono anch'esse un beneficio sostanziale. In questa collaborazione le società scientifiche hanno un ruolo etico fondamentale che può essere esercitato appoggiando soltanto le iniziative di provata utilità scientifica che erano come ultima finalità il miglioramento dell'assistenza al paziente.

Partendo da questi presupposti il Presidente Cucinotta e il Consiglio Direttivo il 25/10/00 hanno convocato a Roma tutti i

rappresentanti dell'industria farmaceutica del settore per presentare la nostra Associazione in nuova veste. Alla riunione erano anche presenti tutti i Presidenti delle sezioni regionali. Dopo una doverosa azione di verifica, con cancellazione di soci non più interessati, l'AMD conta attualmente più di 1500 soci effettivi con un trend di crescita delle nuove iscrizioni sensibilmente in salita. La società ha dato il via ad iniziative che ne hanno aumentato notevolmente la visibilità in ambito nazionale, soprattutto nel campo della formazione e della qualità organizzativa e assistenziale. Il professor Cucinotta ha evidenziato i corsi di aggiornamento organizzati negli ultimi 4 anni e quelli in fase di definizione, ha presentato gli studi scientifici in corso, ha delineato i progetti di sviluppo del filone qualità e accreditamento.

La dottoressa Musacchio ha presentato la *Scuola di Formazione dell'AMD* che conta già 50 formatori certificati e che si propone di continuare a mantenere elevata la qualità del prodotto con un programma continuo di verifica dei formatori. La natura innata del diabetologo a formare, che deriva dal tipo di lavoro che effettua quotidianamente, è alla base dell'ottimo risultato che si ottiene con la maggior parte dei colleghi quando vengono forniti gli strumenti metodologici giusti per crescere. Alle aziende farmaceutiche viene data la possibilità di utilizzare questo patrimonio di risorse umane per programmi di aggiornamento scientifico, organizzativo e metodologico in partnership.

Il dottor Giorda ha poi presentato quanto

sino ad ora è stato definito del programma scientifico del XIII congresso AMD che si terrà a Torino dal 9 al 13 maggio 2001. Alle aziende, oltre al consolidato rapporto di sponsorizzazione che caratterizza questo tipo di eventi, è stata offerta una nuova possibilità di partnership che prevede di contribuire in modo incondizionato a eventi del Congresso liberamente organizzati dal Comitato Scientifico.

L'attenzione dei rappresentanti delle aziende è stata elevata per cui si è convenuto di ripetere annualmente l'incontro che, essendo di tipo informativo, non prevede la stesura di nessun accordo diretto particolare.

L'AMD del 2000 si è così presentata alle aziende cresciuta, sia nel numero degli iscritti sia nella capacità propositiva, offrendo una collaborazione seria ed etica a un attore fondamentale dell'assistenza al paziente diabetico.

Carlo Giorda

AMD E IDF EUROPEA

Il 28 ottobre 2000 si tiene a Londra un incontro tra i rappresentanti delle nazioni dell'area europea membri dell'IDF. Rappresentanti del Consiglio Direttivo AMD prendono parte all'incontro, il che sottolinea ancora una volta il rilevante ruolo che la nostra Associazione continua ad avere in campo diabetologico internazionale

ATTIVITÀ DELLE SEZIONI REGIONALI

Sezione Sicilia

presidente: P. Pata, vice-presidente: S. Biondo; consiglieri: P. Banna, I. Lorenti, F.C. Raimondo, C. Sipione, S. Verga; segretario: M. Di Mauro

Corsi di formazione e aggiornamento

- Giornate di educazione su «Fondazione su aspetti educativi nel Management del paziente diabetico (Trabia, PA, 22.01.2000)
- Corso di Management per Dirigenti di Diabetologia (Caltanissetta, 5-7 giugno 2000)
- Diabete ... in forma (riunioni divulgative nei Comuni di Messina, Siracusa, Lentini, Catania).

Attività Culturali

- Congresso regionale SID-AMD (Agrigento 17-18 marzo 2000)
- IDF Cottà del Messico 6-11 novembre 2000: accettazione del poster: Education od Diabetic Patients: «Diabete ... in forma» Project

Sezione Campania

presidente: S. Turco; vice-presidente: D. Pascucci; consiglieri: M. Rinaldi, A. Perelli, C. Lambiase, P. Mattei, L. Improta; segretario: O. Egione

Attività Culturali

- Congresso regionale congiunto SID-AMD, Palazzo Reale di Caserta, 14 ottobre 2000: Lettura di D. Cucinotta su Nuove strategie nella terapia insulinica; Lettura di P. Cavallo Perin su nuove ipoglicemizzanti orali; Memorial del prof. Pier Luigi Mattioli tenuto da U. Di Mario.

Sezione Sardegna

presidente: A. Gigante; vice-presidente: A.M. Sanna; consiglieri: P. Contini, A. Corda, G. Pala, V. Sica.

Corsi di formazione

- Sassari, 25 febbraio 2000
La retinopatia diabetica
Organizzato da AMD e ADMS
(Associazione Diabete Mellito Sardegna)
- Nuoro, Novembre 2000
Internet e Diabetologia in Sardegna
Corso di introduzione alla telematica per soci AMD della Sardegna

Assistenza diabetologica

- Lanusel, 18 marzo 2000
L'assistenza diabetologica in Ogliastra
Organizzato da AMD e ADIG

Attività culturali

- Cagliari, 3 maggio 2000
Costituzione gruppo di lavoro su «Progetto Mortalità e Diabete in Sardegna»
- Oristano, 6 giugno 2000
Riunione AMD-SID sul registro regionale del Diabete in Sardegna. L'argomento è stato trattato in un incontro con funzionari presso l'assessorato della Sanità
- Oristano, 3 settembre 2000
Incontro dibattito del gruppo di studio Diabete ed Attività Fisica
Il gruppo di studio è patrocinato da AMD, SID, OSDI, ANDID, ADMS
- Oristano, 14-16 dicembre 2000
Riunione integrata AMD-SID

Sezione Friuli-Venezia Giulia

presidente: G. Maraglino; vice-presidente: C. Noacco; consiglieri: M. Geat, M. Maschio, P.M. Miniussi; segretario: N. La Porta

Corsi di formazione e aggiornamento

- 21 ottobre 2000: Giornata di aggiornamento per Team Diabetologici a cura delle sezioni regionali SID-AMD, destinata a diabetologi ed operatori sanitari dei Servizi di dia-

betologia *Obiettivi del Corso*: pianificazione di un programma educativo adattabile alla propria realtà operativa ed indirizzato all'autocontrollo nel diabete tipo 2, articolato su una sola giornata.

Il Corso si è svolto con la metodologia della Scuola di Formazione AMD.

Contenuti del Corso

Razionale scientifico base del Corso: Lettura Magistrale di A. Ceriello su «Picco iperglicemico post-prandiale nel diabetico tipo 2»; Relazioni di A. Pellegrini su «Autocontrollo: oltre la glicemia», e di M. Agrusta su «La metodologia del lavoro di gruppo secondo la Scuola di Formazione AMD». Il lavoro è proseguito per il resto della giornata a piccoli gruppi coordinati da Tutor-Formatori AMD (Agrusta, Pellegrini, De Bigontina, Maraglino). La giornata si è conclusa con la presentazione dei lavori di ciascun gruppo e con discussione conclusiva.

- Pordenone, 28 ottobre 2000: Congresso Regionale AMD-SID 2000, sotto il patrocinio di:

- Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia
- Ordine dei Medici della Provincia di Pordenone
- Provincia di Pordenone
- Comune di Cordenons
- Azienda Ospedaliera «S. Maria degli Angeli» di Pordenone
- Azienda Servizi Sanitari n. 6 «Friuli Occidentale»

Dopo la Sessione Comunicazioni (ore 9,00-10,30) si è svolta una Tavola Rotonda su «Problemmatiche del diabetico ricoverato» moderata da G. Bittolo Bon, con la partecipazione di:

- C. Burelli (U.O. Cardiologia A.O. di Pordenone, A. Ceriello (Università di Udine);
- G. Liguori (Università di Trieste); W. Mercabte (U.O. Rianimazione A.O. Pordenone);
- C. Noacco (U.O. Diabetologia A. O. di Udine).

Parallelamente si è svolta la Sessione OSDI del

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