

AemMedi

Vol. 4

Periodico di informazione, dibattito e confronto

N. 2 aprile-giugno 2001

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

REDAZIONE
C. M. Gnocchi - 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: M. Comaschi
Vice-Presidente: G. Vespasiani
Consiglieri: V. Borzi
P. Di Bernardino S. Di Pietro
F. Galeone S. Lostia
L. Mange D. Mannino
R. Mingardi N. Musacchio
Segretario: A. De Micheli
Tesoriere: C. Teodonio

PRESIDENZA, SEGRETERIA E SEDE LEGALE
Via Carlo Felice, 77 - 00185 Roma
Tel. 06.700.05.99 - Fax 06.700.04.99
E-mail: amdass@tiscalinet.it
Home page Internet:
<http://www.aemmedi.it>
C.C. Postale AMD, n. 96304001
P. IVA 05045491007

PRESIDENTI SEZIONI REGIONALI

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

Registrazione del Tribunale di Napoli
n. 4982 del 17/7/98

Abbonamento £ 28.000
1 copia separata £ 7.000
Arretrato £ 14.000

Organo Ufficiale dell' Associazione Medici Diabetologi

LETTERA APERTA DEL PRESIDENTE AI SOCI



Genova,
domenica 3 giugno 2001

Cari amici,
ho deciso di scrivere questo breve editoriale che mi ha richiesto il Direttore del nostro Bollettino. Sandro Gentile, sotto forma di lettera aperta: mi piace pensare che il Presidente dell'AMD sia il «pencil friend» di tutti i soci, come direbbe il vecchio Charlie Brown, che tanto ha accompagnato i sorrisi e le malinconie della mia generazione.

Bene, come state? Che cosa avete in programma di fare quest'anno? Per quel che mi riguarda il calendario di questo e del prossimo anno è già fitto, pieno di impegni, di incontri, di confronti, di idee. Non è uno scherzo trovarsi al vertice di una Società Scientifica come la nostra, specialmente dopo quattro anni della direzione di un «mostro» di bravura come Mimmo Cucinotta. Volete sapere quale è stato il più grande pregio che io personalmente ho ammirato in Mimmo? Bene, è stata la sua capacità, in questi ultimi due anni, di «insegnarmi» pazientemente a fare il Presidente; mi ha coinvolto, con tutto il Direttivo Nazionale, in ogni iniziativa di AMD, moderando spesso i miei entusiasmi e le mie arrabbiate, stimolando talvolta invece una naturale irruenza caratteriale, sempre comunque nel totale rispetto di tutte le opinioni, senza mai prevaricazioni, senza mai dirighismi, senza mai autorità immotivata. Un grandissimo Presidente. Mi manca già: nel formulare i primi ordini del giorno delle nostre riunioni, mi è venuto naturale sentire la sua opinione. È un grande pregio di AMD: non ci sono conflittualità preconcepite, non ci sono personalismi esasperati, tutto ciò che si tenta di fare è, in buona fede, per la crescita culturale di ogni socio, per lo sviluppo di una cultura scientifica della nostra disciplina, che si deve obbligatoriamente tradurre, e tutti ne siamo convinti, in un miglioramento dell'assistenza ai nostri pazienti. Siamo pronti sempre a metterci in gioco, abbiamo definitivamente abbandonato i narcisismi dell'autoreferenzialità; le prediche ormai plurienali che i nostri esperti della VRQ, in primis Claudio Noacco, Gualtiero De Bigontina e Danilo Orlandini, ci somministrano quotidianamente, hanno avuto il loro effetto. Non diciamoci mai come siamo bravi: dimostriamolo in modo oggettivo, andiamo a vedere i nostri «standard», facciamolo decidere a un terzo osservatore: in una parola, accreditiamo il nostro lavoro. Già: la VRQ e l'accREDITAMENTO. Una scommessa di AMD, un'attività senza pause di alcuni di noi, della quale molti altri di noi hanno avuto timore, ma che continua a essere una scommessa vincente. Oggi il «bollino blu» di AMD conta molto; se AMD ritiene di poter «certificare» un Servizio di Diabetologia e Malattie del Metabolismo, tutti sanno che quel Servizio è veramente garante di ciò che fa; ed il Team responsabile di quel Servizio sa che AMD lo terrà sempre presente per tutte le attività che la Società Scientifica deciderà di mettere in atto, proponendolo come modello a tutti gli altri. Gli economisti chiamano questa cosa «benchmarking» e, come tutti sapete, oggi i medici debbono conoscere qualche concetto di Economia se non vogliono essere emarginati in un ruolo secondario di puri esecutori. Che è proprio il contrario di ciò che si propone ora AMD: protagonisti sempre, ma con le carte in regola.

Bene, amici di penna: è veramente arrivato il momento di saltare la staccionata. L'accREDITAMENTO dei Servizi deve diventare il «bollino blu» che AMD rilascia a chi garantisce le proprie procedure assistenziali, cliniche, educative, di ricerca. Come i cerchi nell'acqua di un sasso lanciato dall'alto questi concetti debbono potersi allargare a tutti i nostri soci, e più in generale a tutti quelli che si riconoscono nel desiderio di sviluppo della dignità e della cultura della Diabetologia italiana.

Vi sembrerà strano che io voglia spendere tante parole per l'accREDITAMENTO: non è strano, ma strategico. Senza un oggettivo accREDITAMENTO professionale delle Strutture Sanitarie nelle quali quotidianamente operiamo tra mille difficoltà, tutte le altre iniziative di AMD sono a rischio: abbiamo in mente studi osservazionali e di intervento che ci potrebbero porre all'avanguardia mondiale nella ricerca clinica; abbiamo in mente la creazione di reti informative che ci consentano di avere sempre a disposizione dati epidemiologici sicuri e controllabili; abbiamo in mente di proporci per un confronto-incontro con le Società Scientifiche Europee del settore; abbiamo in mente di migliorare sempre la nostra capacità di aggiornamento e formazione dei Teams diabetologici; abbiamo in mente di proseguire o di aprire collaborazioni scientifiche e culturali con le principali Società Italiane (ANMCO, SIC, SIMG, SIMI, FADOL, SIE, SID, SISO) che hanno interessi nel campo del Diabete e delle sue complicanze.

SOMMARIO

1. Lettera aperta del Presidente ai soci
2. I limiti e le prospettive del modello italiano di assistenza al diabete
3. Il XIII Congresso Nazionale AMD
4. Consegnati i primi sei certificati d'accREDITAMENTO AMD
5. Un'esperienza di accREDITAMENTO passo dopo passo
5. Incontro con l'esperto su VRQ-A al XIII Congresso Nazionale AMD
6. La qualità in diabetologia: cronaca di una visita voluta, sofferta e conclusa felicemente
6. L'accREDITAMENTO del direttivo AMD Lombardia
7. AccREDITAMENTO professionale per migliorare l'adeguatezza delle strutture sanitarie
9. Modifiche di statuto AMD approvate al XIII Congresso Nazionale di Torino
9. Tavola rotonda: Bioetica e Diabetologia
10. Eventi congressuali salienti a Torino 2001
10. Corso per infermieri di Diabetologia
11. Relazione di Veronesi sullo stato sanitario del paese

Come cavolo potremmo farlo solo su una base di autoreferenzialità?

Abbiamo ideato, ed in alcuni casi dato vita e gambe, strutture fondamentali per la crescita di AMD: la Scuola ne è l'esempio più evidente; tantissimo ci aspettiamo dal Centro Studi e Ricerche, che deve rappresentare il vertice scientifico, il garante assoluto della nostra serietà. Scuola e CSR sono le strutture di servizio portanti dell'AMD, trasversali ad ogni altra attività disciplinare, in grado di dare quel valore aggiunto metodologico che altre Società Scientifiche Italiane non si sono mai preoccupate di avere. Tutti i nostri gruppi di Lavoro, e sottolineo di lavoro ancor prima che di studio, possono realizzare i loro mandati grazie al sostegno della Scuola, del CSR, ed al costante supporto strategico del Direttivo Nazionale, il quale peraltro ha autorevolezza solo se sostenuto dalla base, solo se apre bene le orecchie per ascoltare ciò che ogni singolo socio può suggerire. Ed ecco perché, in totale comunanza di idee con Mimmo Cucinotta, abbiamo sottoposto all'Assemblea dei Soci la realizzazione statutaria della Consulta dei Presidenti Regionali, che potrà essere un'efficacissima «Camera delle Regioni». In tempi di federalismo e devolution, siamo stati precorrittori. C'è, in verità, anche un altro motivo che ci ha spinto alla formulazione di questa proposta: AMD è cresciuta ad un punto tale che si sente la necessità di un preciso «Codice deontologico» relativamente ai rapporti con i nostri «Soci sostenitori», o partner, o sponsors, come li si voglia chiamare. Le Aziende Commerciali del settore assumono ormai una rilevanza enorme per la realizzazione dei nostri progetti di lavoro: è necessaria ed indilazionabile una sorta di codice di comportamento comune, che nasca da una comunicazione serrata tra centro e periferia. La trasparenza e l'onestà dei nostri rapporti con le Aziende deve far parte dei criteri indispensabili per essere accREDITATI: mai si deve poter dire di AMD che è «furb»; sempre si deve sentir dire che è «onesta» e soprattutto «produttiva».

Bene, amici di matita, credo di aver toccato quasi tutti gli argomenti che oggi stanno a cuore a chi siede nel Direttivo Nazionale, e, spero, anche ad ognuno di Voi. La differenza tra me e Charlie Brown sta solo nel fatto che non ho scritto con la matita, ma che riesco a permettermi un PC, ed una vetrina prestigiosa come quella del nostro glorioso Bollettino. Per il resto rimango un «bambino buffo con la testa rotonda». Vi ringrazio dell'attenzione. Sarò felice se anche uno solo di Voi si prenderà la briga di rispondermi direttamente o a mezzo Bollettino. Auguri, soprattutto a me.

Marco Comaschi



I LIMITI E LE PROSPETTIVE DEL MODELLO ITALIANO DI ASSISTENZA AL DIABETE



Riprendere il tema della qualità dell'assistenza diabetologica erogata oggi in Italia, che è stato affrontato di recente a Torino in occasione del nostro congresso, può essere utile per richiamare alcuni punti che forse sono rimasti oscuri o per sottolinearne altri.

Va anzitutto premesso che la discussione su questo tema non è un semplice esercizio culturale ma ha evidenti implicazioni pratiche: la distribuzione delle sempre più esigue risorse disponibili per la sanità dipende anche dalla nostra capacità di documentare che il modello assistenziale che utilizziamo soddisfa i 3 criteri fondamentali di un buon modello: efficacia e appropriatezza delle cure, equilibrio economico, soddisfazione e qualità di vita del paziente/utente. Qual'è la realtà assistenziale diabetologica italiana e quali risultati raggiunge, soprattutto nei confronti dei modelli ottimali che vengono suggeriti e di quanto realizzato altrove?

Il modello assistenziale di riferimento rimane quello proposto nel 1991 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che propone uno standard ottimale di assistenza a 3 livelli, che per la *primary care* è rappresentato dal *Diabetes Team* (formato da un medico, anche di medicina generale ma con competenza specifica nel settore e da un educatore professionale, fortemente radicati nel territorio), per la *secondary care* dalla *Diabetes Unit* (uno specialista diabetologo o endocrinologo o internista, un educatore professionale ed almeno altre tre figure sanitarie, tra cui il podiatra, il dietista, il nefrologo) e per il terzo livello dal *Diabetes Centre*, cioè una struttura ospedaliera autonoma, con elevati livelli organizzativi e assistenziali. Il paese che più ha tentato di realizzare questo modello è il Regno Unito, dove sono infatti previsti tre livelli assistenziali: la *primary care*, affidata ai medici di famiglia, però opportunamente addestrati e organizzati, una *secondary care* gestita da specialisti (*consultant physicians with specialist training in diabetes*) in ambito distrettuale e una *tertiary care* che è erogata da un centinaio di centri di diabetologia, a collocazione per lo più ospedaliera. Negli altri paesi europei e negli Stati Uniti, invece, pur con tutte le differenze che esistono non solo nell'ambito specifico ma più in generale nelle scelte di politica sanitaria, appare evidente uno scollamento tra l'assistenza generalistica, che gestisce in maniera pressoché esclusiva la stragrande maggioranza dei pazienti non insulinizzati e quella specialistica, riservata in genere a questi ultimi. Appare anche evidente, dai dati ufficiali della letteratura, che ciò comporta uno scadimento della qualità della cura e degli esiti della malattia nei pazienti assistiti esclusivamente dai generalisti. Allo stesso tempo però è evidente che quando la cura è affidata esclusivamente agli specialisti, essa è più costosa e crea inevitabilmente una selezione tra i pazienti.

Rispetto allo scenario internazionale, il nostro è un paese apparentemente in controtendenza. L'Italia infatti dispone a tutt'oggi di una fitta rete di strutture di diabetologia, anche se distribuite ed organizzate in maniera disomogenea sul territorio nazionale. Questa rete assistenziale, che è nata negli anni 60 in virtù del forte interesse culturale verso la malattia diabetica della scuola medica italiana, è rimasta sostanzialmente invariata anche nell'ultimo decennio, pur in presenza di quel trend internazionale appena descritto. Infatti il censimento condotto dall'AMD nel 1999 ha individuato in Italia 679 strutture, cui se ne sono poi aggiunte altre 19 per un totale di 698 «centri», cifra che è quasi identica a quella fra AMD e SID nel 1992 (707 centri). Inoltre la maggior parte di questi centri negli ultimi anni non ha subito variazioni delle risorse messe a disposizione, sia umane che materiali o, quando le ha subite, esse sono andate nel senso di un aumento.

La stessa indagine dimostra però quali sono i veri problemi dell'assistenza diabetologica in Italia: la distribuzione disomogenea delle strutture sul territorio, con una tendenza alla concentrazione nei centri urbani e negli ospedali e, soprattutto, la mancanza di criteri di uniformità nell'organizzazione lavorativa. Si passa infatti da strutture totalmente autonome, cioè divisioni ospedaliere con posti letto e personale dedicato, a mini-ambulatori solo con un medico, per di più a *part-time*; tra questi 2 estremi vi sono le varie soluzioni intermedie che la «inventiva» tutta italiana ha saputo creare. Questa organizzazione (o disorganizzazione) si accompagna poi a uno scarso interesse verso i processi di verifica della qualità o di accreditamento professionale della struttura, nonostante oggi l'offerta perché ciò avvenga non manchi e la stessa AMD batta insistentemente su questo tasto. Ne consegue che le prestazioni offerte e i risultati ottenuti non sempre sono in linea con le evidenze scientifiche e gli standard raccomandati.

Nel complesso, comunque, la percentuale dei pazienti gestiti pressoché esclusivamente dai centri in Italia rimane bassa, rispetto alla disponibilità di strutture e si attesta sul 50%, anche se con differenze marcate tra nord (circa 70%) e sud (circa 40%). Questo significa che la metà circa dei pazienti diabetici in Italia (cioè oltre un milione di persone) non è mai stata vista dallo specialista ed è seguita esclusivamente dal proprio medico di famiglia. Il dato inconfutabile che la medicina generale in Italia, salvo sporadici e volenterosi tentativi, non è organizzata in maniera idonea alla gestione dei pazienti con patologie croniche, come invece avviene altrove, consente di temere fortemente per la qualità dell'assistenza fornita a questi pazienti. Ad essi va poi aggiunto il sommerso del pianeta diabetico, cioè quel gran numero di persone (probabilmente un altro milione circa) che sono diabetiche ma non lo sanno e quindi non vengono assistite. Esiste dunque un ampio margine di crescita e di intervento.

Una peculiarità che contribuisce a distinguere ulteriormente il modello italiano da quello di altri paesi, che costituisce un filo conduttore anche attraverso realtà assistenziali molto diverse tra di loro, è rappresentata dal fatto che spesso il tipo di assistenza fornita comprende anche la *primary care*, cioè il diabetologo rappresenta per il paziente il terminale sanitario di riferimento anche per problemi non strettamente inerenti alla patologia. In questi casi dunque egli assume anche competenze della medicina generale, pur continuando a fare lo

specialista ed è oggetto, da parte del paziente, di quel rapporto fiduciario che invece spetterebbe al medico di famiglia.

Purtroppo non esistono studi di validazione del modello assistenziale diabetologico italiano; una delle poche informazioni disponibili, di riferimento nazionale, è quella dello studio SIEMTIC, condotto pochi anni orsono sui pazienti insulinizzati afferenti ai centri. In questi pazienti gli standard assistenziali (numero delle visite, valutazione del compenso e delle complicanze, ecc.) appaiono sufficientemente rispettati, ma un controllo glicemico accettabile è raggiunto solo in una minoranza di casi. Esistono invece diverse valutazioni di realtà locali, alcune delle quali confrontano anche la assistenza generalista con quella specialistica: quest'ultima in generale fornisce un livello assistenziale di qualità superiore e con esiti migliori anche in termini di eventi importanti, come chiaramente dimostrato dallo studio di Verona.

Una valutazione corretta della validità di un modello assistenziale non può però oggi, come detto in premessa, prescindere dalla considerazione di quanto esso costa. In questo campo purtroppo i dati disponibili per il nostro paese sono assai scarsi; lo studio Record, condotto però su pochissimi centri, ha stimato in L.60.500 il costo medio di una visita ambulatoriale di diabetologia (a fronte di un rimborso da parte del SSN pari circa alla metà di tale cifra) e in L. 327.400 quello di un accesso in day-hospital (anche in questo caso superiore al rimborso medio per tale prestazione). Se questi dati verranno confermati, ciò significa che le strutture diabetologiche rischiano di lavorare in perdita, a meno che non aumentino di molto il numero delle prestazioni (con evidente rischio di scadimento della qualità) o non si orientino verso prestazioni più qualificate e più remunerative della semplice visita. Molto più interessanti, ai fini della valutazione dei costi dell'assistenza diabetologica, sono i dati dello studio CODE-2 che, essendo stato condotto in vari paesi europei, consente anche un raffronto con altre realtà e modelli assistenziali. I costi diretti del diabete di tipo 2 in Italia sono pari a poco meno di L.6 milioni per paziente/anno, ma con enormi differenze tra pazienti non complicati (circa 2,3 milioni) e pazienti con complicanze (fino a quasi 11 milioni). Le spese per l'assistenza ambulatoriale sono solo 1/4 delle spese totali; un altro 25% è rappresentato dalla spesa farmaceutica, mentre quasi il 50% delle risorse (con punte fino al 65% in presenza di complicanze) è assorbito dai ricoveri ospedalieri. Il confronto con gli altri paesi europei mostra anzitutto che in Italia le complicanze cardiovascolari (prima causa di morbilità e mortalità in questi pazienti) sono nettamente meno frequenti (30% nel campione esaminato) che in Francia (51%) e in Germania (40%), mentre i costi ambulatoriali (525 euro) sono in linea con la media europea (519 euro).

Pur con tutti i limiti e le contraddizioni di un sistema con ampi margini di miglioramento, sulla base di quanto esaminato appare evidente che il modello assistenziale diabetologico italiano ha caratteristiche di originalità che lo differenziano da quello di altri paesi europei ed è un modello valido, perché in grado di ottenere risultati migliori rispetto ad altri modelli assistenziali, sia interni che esterni, a costi non superiori a quelli registrati altrove.

È peraltro evidente che questo modello, sopravvissuto ai tentativi di ridimensionamento e di snaturamento degli anni '90, ha la necessità di eliminare una serie non trascurabile di difetti, che ne possono



fortemente inclinare la validità e la credibilità. Questi difetti possono essere così riassunti: distribuzione non omogenea sul territorio nazionale delle strutture, scarsa definizione delle competenze della singola struttura e mancanza di raccordo con i livelli di cura superiori e inferiori, carente adeguamento agli standard assistenziali raccomandati ed esiti non ottimali nella valutazione a breve e a medio termine, assenza di meccanismi di verifica interni ed esterni, costi di gestione spesso superiori ai ricavi.

Per tentare di eliminare questi difetti e giungere finalmente ad una compiuta realizzazione degli obiettivi della vecchia ma non obsoleta legge 115 del 1987, un percorso valido può essere quello indicato nel Progetto per l'Organizzazione dell'Assistenza Diabetologica in Italia, avanzato con encomiabile sforzo collettivo dalle società scientifiche nel 1998. In particolare occorre rafforzare la presenza sul territorio delle strutture di secondo livello, organizzate sul modello della *Diabetes Unit* dell'OMS, che dovrebbero essere operative in ogni ambito distrettuale e cioè ogni 100.000 abitanti circa, con un fabbisogno nazionale dunque di almeno 500 strutture a fronte di una disponibilità attuale (dati del censimento AMD 1999) di circa 450. L'assistenza di terzo livello (*Diabetes Centre* dell'OMS) dovrebbe essere presente in ogni azienda ospedaliera o territoriale e ad essa dovrebbero far fronte i circa 150 centri autonomi individuati

dal censimento AMD; entrambi i livelli assistenziali però devono essere meglio distribuiti e adeguatamente potenziati, per rispondere ai requisiti previsti a livello nazionale e internazionale. Rimane aperto il problema dell'assistenza di primo livello, che deve essere erogata dai medici di medicina generale, ai quali è però richiesto un grande sforzo collettivo per raggiungere lo standard ottimale previsto dal *Diabetes Team* dell'OMS. Questo significa una diversa organizzazione del loro lavoro, sul modello delle *mini-clinics* inglesi e l'impegno ad acquisire e a mantenere aggiornato un livello culturale specifico; in questo sforzo la disponibilità e il contributo della diabetologia italiana non sono mai mancati e non mancheranno certamente in futuro. Occorre infine creare un circuito efficace di collegamento e di informazione tra i 3 livelli assistenziali, nell'ambito di un più ampio progetto di *disease management*.

La razionalizzazione e il potenziamento delle strutture diabetologiche però non risolvono certamente tutti i difetti segnalati: occorre individuare metodi di lavoro e obiettivi condivisi ma differenziati per i vari livelli, secondo linee-guida e standard di cura accettati in ambito scientifico; ciò consentirà di migliorare la qualità delle prestazioni offerte e gli esiti a lungo termine della malattia, attualmente non soddisfacenti e renderà anche produttive le strutture, soprattutto se si eviteranno

sprechi di risorse quali quelli legati ad un incongruo uso di prescrizioni e prestazioni. Occorre poi che tutte le strutture attuino meccanismi interni di verifica della qualità e si sottopongano alla valutazione esterna tra pari, secondo un modello ormai ampiamente sperimentato che l'AMD mette da tempo a disposizione di tutti gli interessati. Occorre infine che questo patrimonio di strutture assistenziali, che è probabilmente unico al mondo, venga utilizzato per produrre dati di qualità sull'epidemiologia e sulla storia naturale della malattia e sugli interventi atti a modificarla; nello stesso tempo occorre che esso si proietti all'esterno e incida sul mondo civile e sulla società attraverso iniziative di informazione e di sensibilizzazione dell'opinione pubblica, molto più concrete ed efficaci di quanto non si sia fatto sinora.

Questo forte processo di revisione, che deve partire dall'interno della diabetologia italiana e delle sue espressioni migliori, possibilmente coordinate con strumenti più efficaci di quelli oggi disponibili, è la premessa indispensabile per una crescita sia qualitativa che quantitativa di un modello assistenziale che potrà garantire, nel prossimo futuro, cure migliori a quel milione di italiani con diabete che è già assistito dal network diabetologico e accesso a cure di qualità a quell'altro milione di individui che ancora non godono di questo diritto

Domenico Cucinotta

IL XIII CONGRESSO NAZIONALE AMD

Dal 9 al 12 maggio scorso si è svolto il nostro XIII congresso che ha visto la partecipazione di circa 1300 congressisti, 120 relatori, di cui 13 stranieri, 100 infermieri professionali e 300 operatori delle aziende farmaceutiche. La struttura del Lingotto, efficiente e modulare, ha accolto in modo funzionale l'elevato numero di partecipanti, permettendo una gestione fluida e sequenziale del fitto programma scientifico. Non si sono avvertite pause impreviste dovute a difficoltà organizzative, non si sono verificati disguidi tecnici gravi tali da compromettere la riuscita di momenti congressuali. Possiamo dunque fare un bilancio positivo e confermare che la scelta sofferta dell'AMD di abbandonare la tradizione di privilegiare piccole località turistiche, poco attrezzate, a favore della città con struttura adeguata, si è rivelata vincente. La manifestazione è risultata raccolta e non dispersiva, i contatti tra i congressisti, che sono uno dei punti di forza delle manifestazioni di questo genere, sono stati frequenti e intensi.

La partecipazione delle aziende del settore è stata elevata, forse la maggiore mai verificatasi a un congresso AMD, e i simposi di aziende hanno raggiunto il numero di 12, un vero record di tutti i tempi per i congressi di diabetologia.

Grazie a un ufficio stampa molto attivo, il nostro congresso ha avuto una diffusione mediatica senza precedenti. Sono comparsi servizi e interviste su tutti i canali televisivi della RAI, su Stream, sui canali Radio dei principali network e articoli di dimensioni non trascurabili sono stati pubblicati su *La Repubblica*, *La Stampa*, *Il Giornale*, *Il Corriere della Sera*. Se crediamo nell'importanza della diffusione del messaggio che il diabete è un problema sanitario non meno importante di altri, è facile capire quanto questa eco sia utile al nostro settore. Anche qui, a posteriori, la scelta dibattuta se affidarsi o meno a professionisti della comunicazione si è rivelata positiva e può essere lasciata in eredità per chi si impegnerà nell'organizzazione di future manifestazioni.

La considerazione che si può fare è che le dimensioni e il numero di contatti quali quelle raggiunti dai congressi nazionali di diabetologia richiedono un impegno e una professionalità che mettono

a dura prova lo spirito dilettantistico con cui sono stati organizzati sino ad ora.

Anche la scelta di abolire le comunicazioni orali e di organizzare un'unica sessione poster con discussione itinerante si è rivelata efficace in quanto ha permesso di rendere più attiva e partecipata la presentazione dei lavori, dando all'evento la giusta rilevanza ma, allo stesso tempo, di risparmiare tempo da destinare ad altri eventi scientifici.

Alcune originalità di questo congresso:

- L'inaugurazione, con un film appositamente progettato per l'occasione, dove abbiamo assistito alla storia dell'uomo scorrere al fianco di quella del problema diabete.
- La serata di gala, incentrata su uno spettacolo musicale anziché sulla classica cena sociale.
- La possibilità di partecipare a una manifestazione sportiva (camminata non agonistica nel Parco del Valentino), a supporto della diffusione del messaggio diabete.
- La presentazione di uno studio a più voci, con tutti i ricercatori di un lavoro che espongono in successione a turno attingendo dallo stesso file di diapositive. È avvenuto per lo studio DAI.
- L'incontro con Direttori generali e sanitari, tentativo di far uscire il problema del diabete dalla cerchia dei soliti noti. La partecipazione non è stata quella sperata, ma i temi toccati e la discussione sono stati di sicuro interesse.
- Sedute dedicate all'interdisciplinarietà con cardiologi, endocrinologi, ginecologi e medici di medicina generale.



Il modello italiano di assistenza al diabete esiste, ha sostenuto il Presidente uscente Cucinotta nella lettura inaugurale e pare dare risultati buoni, almeno in termini di indicatori di controllo glicemico. Rispetto all'assistenza devoluta interamente ai medici di Medicina Generale potrà costare forse di più, ma i risultati sono migliori. I maggiori difetti del sistema italiano? La sua eterogeneità in termini di risorse e organizzazione. È comunque un patrimonio culturale unico da difendere e potenziare.



Un interesse particolare ha suscitato la sessione destinata ai problemi metabolici della donna, in particolare la lettura del Prof. Moses sul diabete gestazionale. La relazione ha messo ha fuoco le difficoltà tuttora esistenti sulla diagnosi precisa dell'entità diabete gestazionale ma ha sottolineato 2 punti fermi: la mortalità perinatale nei parti di donne con diabete gestazionale è sicuramente aumentata, soprattutto in quelle che a posteriori svilupperanno il diabete di tipo 2 e i figli di madri con diabete gestazionale hanno essi stessi una elevata probabilità di sviluppare il diabete di tipo 2 in età adulta. Difficilmente vi saranno mai studi di intervento sul diabete gestazionale, dovremo elaborare linee guida su soli studi osservazionali.

Particolare rilevanza ha avuto la sessione sulla formazione. La realtà della scuola AMD, che nel 98 ha creato un albo di formatori e continua a promuove

vere la sua attività seguendo un metodo ben delineato, è emersa come in anticipo sui tempi, lasciando intravedere un futuro di crescita in linea con i programmi ministeriali di formazione continua. Jean Philippe Assal ha dato un tocco di classe all'evento con la proiezione di un bellissimo filmato sulla formazione.

Il Presidente AMD entrante Marco Comaschi ha presentato Klas Malmberg, ospite d'onore di nella mattinata dedicata ai problemi cardiovascolari. Malmberg ha fatto il punto sulle peculiarità del trattamento della cardiopatia ischemica nel diabetico insistendo sull'efficacia a lungo termine di un trattamento insulinico ottimale attuato dal momento dell'infarto. Malmberg si è definito un cardiologo con l'hobby del diabete. Nella stessa sessione, dal Prof. Poli, abbiamo appreso che l'alcol a piccole dosi ha effetti benefici sul rischio di sviluppare l'aterosclerosi.

Sulla manifestazione sportiva riportiamo un commento di Luca Monge che ne è stato l'organizzatore:

... «Quattro passi nel Valentino» è stata la prima manifestazione sportiva inserita in modo organico nel nostro Congresso Nazionale!

Una nuova esigenza nata dalla consapevolezza che l'attività fisica, intesa come regolare esercizio fisico aerobico, abbia un inequivocabile effetto po-

sitivo sulla nostra salute e che la diffusione di questo messaggio non debba essere limitata a singole categorie di pazienti, come i soggetti diabetici, ma debba essere allargata alla popolazione generale e a tutte le fasce di età.

Alla corsa, che si è snodata per un suggestivo percorso di circa sei Km nel parco del Valentino lungo il Po in una magnifica mattina di sole, hanno, infatti, partecipato medici e pazienti, adulti e bambini ... al motto «ognuno con il suo passo»!

Un messaggio convincente per una sanità sempre più legata alla promozione della salute; uno spazio nei nostri congressi, che speriamo diventi sempre più momento alternativo ed ecologico di aggregazione.



I numeri del congresso:

- 1307 congressisti
- 119 relatori e moderatori
- 13 relatori esteri
- 350 operatori delle aziende
- 115 infermieri professionali
- 12 tutors
- 13 membri del Comitato Scientifico
- 32 diabetologi nello staff organizzatore
- 2412 e-mail gestite dal Presidente del C.O.L.
- 200 telefonate al giorno nell'ultimo mese
- 15789 lettere di mailing
- 9 patrocinii e patronati
- 1798 borse distribuite
- 956 pagine di atti
- 41 aziende farmaceutiche coinvolte
- 9 sale congressuali
- 1100 metri quadri di stand
- 1411 presenze al concerto di Lucio Dalla
- 290 contributi scientifici
- 825 autori di abstracts
- 9 tavole rotonde
- 5 letture
- 12 simposi di aziende
- 4 convegni pre e post congressuali
- 1800 camere d'albergo prenotate

CONSEGNATI I PRIMI SEI CERTIFICATI D'ACCREDITAMENTO AMD

Durante l'assemblea dei soci AMD sono stati consegnati i primi sei certificati di accreditamento ad altrettante strutture diabetologiche italiane.

La cerimonia è avvenuta alla presenza del Presidente di AMD prof. Domenico Cucinotta, del responsabile della Eli Lilly dott. Gian Piero Reverberi, di Danilo Orlandini e Gualtiero de Bigontina del gruppo tecnico per l'accREDITAMENTO di AMD.

Sono stati consegnati i certificati di accREDITAMENTO a:

Dr. Pasqualino Calatola, responsabile dell'UO di Salerno-I (Foto 1)

Dr Daniele Barbaro UO Diabetologia, Livorno
Dr Luigi Sciangua, UO Diabetologia, Mariano Comense (Foto 2)

Dr Dino Giorgi Pierfranceschi, Piacenza (Foto 3)

Dr Ezio Bosi, Guastalla (RE) (Foto 4)

Dr Gerardo Corigliano, UO Diabetologia AID, Avellino (Foto 5)



Foto 1

Sono colleghi a cui va la nostra ammirazione per aver scelto di intraprendere la faticosa strada della dimostrazione e del miglioramento della qualità del loro intervento professionale a favore dei diabetici, del personale che opera nei rispettivi team, della società civile.

Il loro lavoro dimostra che il percorso della qualità può essere intrapreso, che il modello AMD di riferimento è leggibile, che una valutazione tra pari può essere realizzata.



Foto 2



Foto 3

L'azione di valutazione che si realizza durante l'incontro è in realtà un momento durante il quale le parti si confrontano con un ricchissimo scambio. È una fortuna poterne fare parte.

Gualtiero de Bigontina
Servizio di Diabetologia
Ospedale del Cadore



Foto 4



Foto 5

UNITÀ DI DIABETOLOGIA CHE HANNO RICEVUTO LA VISITA TRA PARI

Di seguito sono riportate le Unità di Diabetologia che hanno ricevuto la visita tra pari, i nomi dei responsabili e la denominazione delle strutture, la data delle visite ed infine i nomi dei visitatori.



Si ricorda a tutti i Colleghi che il programma di accreditamento professionale è condotto in partnership tra AMD ed Eli Lilly, la quale si è impegnata a sostenere i costi anche delle prossime visite. Nessuna preoccupazione quindi perché nessun onere è a carico dei richiedenti.

- **Servizio di Diabetologia dell'Ospedale di Guastalla della Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia**
Ezio Bosi
Attività ambulatoriali di assistenza e di educazione, servizi diagnostici e ricovero in regime di day-hospital
01-12-2000
Gualtiero de Bigontina
Rosa Maria Meniconi
Italo Tanganelli
- **Centro Diabetologico «Ave Gratia Plena» della Azienda Sanitaria Locale di Salerno 2**
Pasqualino Calatola
Attività ambulatoriali di assistenza e di educazione, servizi diagnostici
23-04-2001
Danilo Orlandini

Andrea Corsi
Luigi Sciangula
Clara Di Giuseppe

- **Servizio di Diabetologia della Struttura Ospedaliera di Mariano Comense del Presidio Ospedaliero di Cantù-Mariano Comense dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Como**
Luigi Sciangula
Attività ambulatoriali di assistenza e di educazione, servizi diagnostici e ricovero in regime di day-hospital
23-04-2001
Gualtiero de Bigontina
Maria Antonietta Pellegrini
Luisa De Gaspari
- **Centro Antidiabetico A.I.D. Irpino s.r.l. di Torrette di Mercogliano (Avellino)**
Gerardo Corigliano
Attività ambulatoriali di assistenza e di educazione e servizi diagnostici
30-04-2001
Danilo Orlandini
Mario Parenti

Maurizio Di Mauro
Liliana Rabitti

- **Sezione Malattie Endocrine e Metaboliche della Azienda Unità Sanitaria Locale 6 di Livorno**
Daniele Barbaro
Attività ambulatoriali di assistenza e di educazione servizi diagnostici e ricovero in regime di day-hospital
02-05-2001
Danilo Orlandini
Sandro Gentile
Carla Rossi
- **Unità Operativa di Diabetologia dell'Ospedale di Piacenza della Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza**
Dino Giorgi Pierfranceschi
Attività di ricovero in regime di day-hospital
07-05-2001
Gualtiero de Bigontina
Rosa Maria Meniconi
Italo Tanganelli
Alessandra Silvestri.

UN'ESPERIENZA DI ACCREDITAMENTO PASSO DOPO PASSO

Quando nel 1998 vidi per la prima volta il manuale a cura dell'AMD per l'accreditamento inter pares provai un certo sgomento. La prima «prova» della check list ebbe un risultato disarmante sotto tutti gli aspetti, compreso quello della comprensione.

Una recente modifica all'interno della ASL di mia appartenenza aveva appena creato una sezione di malattie endocrine metaboliche con un filone principale diabetologico e due ambulatori molto avviati di endocrinologia e di malattie metaboliche tra cui principalmente l'obesità. Dunque bisognava riorganizzare un pò tutto e meglio sarebbe stato se ciò veniva fatto in accordo al manuale che però come già sperimentato appariva critico e dogmatico. Però era anche l'occasione giusta.

Per mia fortuna essendo in attesa di nuovi locali misi parzialmente da parte il manuale, ma solo parzialmente perché comunque il tarlo si era insinuato.

Quando al congresso a Chia Laguna fu presentato il nuovo manuale fui entusiasta perché in qualche modo vi erano spiegazioni di termini del tutto nuovi e la check list era solo una parte del manuale mentre la prima parte era dedicata alla spiegazione e alla descrizione dei criteri di autovalutazione. In tutta sincerità l'entusiasmo si spense un pò poiché in realtà comunque risultava difficile penetrare a fondo il manuale. Ogni volta partivo con le migliori intenzioni e poi mi arenevo su qualcosa che sembrava insormontabile. Bisognava comunque partire per capire realmente le difficoltà e le cose più semplici dei vari criteri furono attivate e messe in pratica in modo da capire anche come il personale avrebbe recepito il messaggio.

Comunque, nel frattempo, il servizio era molto cresciuto, avevamo nuovi locali e già era messo in ipotesi un ulteriore miglioramento con un trasloco in locali più spaziosi, ero riuscito almeno parzialmente a scegliere i miei collaboratori medici e i miei collaboratori infermieri. Eravamo sempre pochi per la mole di lavoro con oltre 8000 diabetici arruolati e quasi altrettanti fra pazienti metabolici ed endocrini ma avevamo voglia di fare bene. Ad esempio riunirsi periodicamente per discutere dei problemi, per mettere a punto gli obiettivi e per scambiarsi le informazioni era sì sottrarre tempo alla trincea della clinica ma ci accorgevamo che era indispensabile. Il manuale AMD fu distribuito a tutti gli operatori in modo che ognuno si rendesse conto di quello che dovevamo fare e che liberamente decidesse di aderire alla eventuale stesura del materiale cartaceo.

Quello che ci fece capire che ce l'avremmo fatta è che ad ogni lettura del manuale venivano sempre meglio compresi i vari termini e che dopo la risoluzione cresceva l'entusiasmo e ognuno si occupava di buon grado di qualcosa anche se piccola. Quello che all'inizio sembrava un obbligo per avere l'accreditamento stava diventando un modo di ragionare diverso.

La verifica della qualità del lavoro fatto e la ricerca dell'evidenza che ogni problema potesse essere recepito e che eventualmente generasse azioni correttive era realmente sentito e grande fonte di stimolo.

Sono state necessarie molte letture del manuale da solo e insieme ai miei collaboratori e da ultimo l'ansia era che nonostante l'impegno non fossimo riusciti ad interpretare bene alcuni punti dei vari criteri.

Il giorno della visita questo motivo di tensione era quello dominante ma per fortuna non era così. Un grazie di cuore a Danilo Orlandini, Sandro Gentile e alla sig.ra Carla Rossi che hanno reso il giorno della visita un ulteriore momento di apprendimento e verifica.

Un grazie di cuore ai miei collaboratori tutti (Dr. C. Pasquini, P. Orsini, S. Pallini, F. Piazza, I.P. A. Righini, C. Cionini, P. Veracini, C. Sannino, S. Marconi, E. Grasso).

Un grazie alla ASL 6 che ha dato l'attuale collocazione del servizio

L'ultimo consiglio a chi intende accingersi a questa splendida esperienza: partire e non scoraggiarsi!

Daniele Barbaro

Servizio di Diabetologia ASL 6 Livorno

INCONTRO CON L'ESPERTO SU VRQ-A AL XIII CONGRESSO AMD

Nel corso del XIII Congresso Nazionale AMD di Torino è stato allestito presso la stand Lilly un punto di incontro tra i soci ed i componenti del Gruppo Tecnico Accreditamento (nella foto). Numerosi soci lo hanno visitato su temi specifici chiedendo, in particolare, come articolare la parte documentale e dove trovare riferimenti già pronti. Diversi Colleghi hanno annunciato la imminente richiesta di visita tra pari e ben 400 copie di un nuovo questionario di autovalutazione, costruito sulla seconda edizione del Manuale AMD di Accreditamento, sono state distribuite.

Nella speranza di semplificare il cammino verso la qualità di tanti soci desiderosi di intraprenderlo ma costretti a rinviarlo per carenza di riferimenti, il questionario sarà presto inserito nel sito AMD insieme al manuale di accreditamento breve prodotto da Pasqualino Calatola (www.aemmedi.it).



**GRUPPO TECNICO
ACCREDITAMENTO**
Accreditamento tra pari in Diabetologia
Con la collaborazione e il contributo
dell'Istituto Superiore di Sanità
AMD e Lilly in partnership





LA QUALITÀ IN DIABETOLOGIA: CRONACA DI UNA VISITA VOLUTA, SOFFERTA E CONCLUSA FELICEMENTE

Alcuni anni fa ricevetti, come molti di voi, la prima versione del Manuale di Accreditamento delle strutture diabetologiche e, come spesso capita, lo sfogliai quasi distrattamente per riporlo in borsa pressato come ero dalla attività clinica quotidiana.

Alcuni giorni dopo, durante un trasferimento in treno, ritrovai quel Manuale in borsa e, rallegrandomi di aver trovato qualcosa da fare durante quel noioso viaggio, presi a leggerlo attentamente: mi resi ben presto conto che, benché nel mio CAD molte attività e procedure fossero per larghi tratti assimilabili a quanto previsto nel manuale, nulla o quasi era codificato per iscritto mentre altre attività o servizi erano praticamente inesistenti.

Potei in quel momento cogliere quanto queste inadeguatezze rispetto al Manuale potevano influire sulla qualità del lavoro, sulla riproducibilità di ogni atto medico e sul suo esito finale. ... E dire che ritenevo, un po' superbiamente e un po' fondandomi sull'esperienza organizzativa ereditata dal prof. D'Agostino che il CAD avesse già un elevato standard di qualità!

Al ritorno dal quel viaggio parlai del Manuale con il mio gruppo di lavoro e decidemmo di fare l'Auto-valutazione per capire almeno a che punto eravamo; il punteggio che ci auto-assegnammo non era poi tanto male. Si decise di comune accordo di mettere da quel momento per iscritto tutte le procedure che già praticavamo, codificandole, rispettandone l'i-

ter e individuando di volta in volta un responsabile operativo.

Cominciava in quel momento un lungo cammino, denso di difficoltà ma anche di soddisfazioni, che ci avrebbe portato, confrontandoci periodicamente e criticamente con il Manuale, che nel frattempo era arrivato alla seconda edizione, dopo circa due anni e chiedere la visita di Accredimento Professionale Volontario tra pari della AMD.

Durante questi due anni si è innescato un circolo virtuoso fra tutti noi operatori del CAD per cui ognuno si è sentito coinvolto nel dare il suo contributo al miglioramento della Qualità e gratificato per questo dai suoi stessi colleghi.

Dopo i colloqui preliminari con Danilo Orlandini, l'invio del materiale richiestoci ed un primo rinvio, la visita di Accredimento fu fissata per l'11 aprile 2001.

Devo dire che negli ultimi giorni cominciai a serpeggiare tra di noi una certa ansia per l'esito della visita di cui nessuno aveva una esperienza precedente, benché avessimo cercato di prepararci al meglio. L'ansia era anche legata all'incognita di quale potesse essere l'atteggiamento del gruppo degli esaminatori verso un CAD a gestione privatistica come il nostro che, a quanto ci risultava, era l'unica struttura non pubblica ad aver chiesto la visita.

Naturalmente, le nostre ansie erano del tutto infondate! La professionalità e la «neutralità» degli esaminatori apparve subito evidente

così come la loro semplicità e affidabilità non disgiunta però da una puntigliosa verifica documentale e sostanziale di quanto da noi dichiarato.

La visita stessa ci apparve come un esempio di procedura codificata tendente alla qualità poiché l'agenda e i relativi tempi inviatici preventivamente furono perfettamente rispettati.

Alla fine di circa otto ore fu stilato il verbale di visita che conteneva oltre ad alcune carenze, per le quali ci siamo dati dei tempi per colmarle, la constatazione che la maggior parte delle attività e procedure erano totalmente o parzialmente coerenti con il Manuale di Accredimento.

Poi le strette di mano, un saluto cordiale ... la segreta speranza di «avercela fatta» ed infine, pochi giorni prima del Congresso di Torino una e-mail che annunciava la premiazione ufficiale in seduta plenaria nella stessa sede congressuale: una soddisfazione grandissima che accresce ancora di più la nostra motivazione di lavorare nella Qualità.

Sul palco dell'auditorium Giovanni Agnelli, quel giovedì, voi non li avete visti, ma accanto a me c'erano Edgardo De Antonellis, Francesco Fiodelisi, Aurora Tarantino, Angela Rauzzino, Annamaria Guerriero e Tina Di Vito a cui va il mio affettuoso ringraziamento per questo piccolo miracolo del Sud (e della volontà).

Gerardo Corigliano
CAD A.I.D. Irpino, Avellino

L'ACCREDITAMENTO DEL DIRETTIVO AMD LOMBARDIA

Il 22 aprile 1994, da un'idea di Claudio Noacco, Presidente Nazionale AMD, cominciano i primi passi verso l'accREDITAMENTO professionale delle strutture diabetologiche; presso l'Ospedale di Udine si svolge un incontro tra i responsabili AMD del Friuli, Veneto ed Emilia Romagna con esperti della SIVRQ. A quest'incontro, nell'ottobre dello stesso anno, farà seguito la definizione di una prima lista di criteri di buona qualità per i servizi di Diabetologia. L'anno successivo, settembre 1995, l'AMD progetta e realizza un corso avanzato in VRQ e nel febbraio 1996 avviene la prima revisione dei criteri di accREDITAMENTO. Durante il 1996 l'AMD nazionale si fa promotrice di numerose iniziative per diffondere la cultura della qualità: gennaio e marzo a Roma, aprile a Sorrento, ottobre a San Felice del Benaco (BS). Nel novembre 1996 viene stampato il primo Manuale di Accredimento dei Servizi di Diabetologia. Durante il 1998 e il 1999 l'AMD impegna le proprie risorse per l'effettuazione di corsi avanzati per formatori/facilitatori/visitatori. Nel maggio 1999 viene pubblicato il secondo Manuale di Accredimento dei Servizi di Diabetologia e nello stesso anno vengono effettuate le prime visite di Accredimento Professionale sperimentali. Nel 2000 e nel 2001 iniziano le «vere» visite di Accredimento Professionale

con certificazione a firma del Presidente Nazionale AMD.

Nei primi mesi del 2000 Domenico Cucinotta ed il Direttivo Nazionale invitano i Direttivi Regionali a costruire un sistema Qualità che dia trasparenza e garanzia alle attività svolte. L'invito viene accolto dai Direttivi del Veneto-Trentino Alto Adige e della Lombardia.

L'AMD Lombardia già da tempo ha colto il forte segnale verso la qualità che giungeva dal Direttivo nazionale, e dal 1996 al 2001 ha sviluppato e portato avanti un progetto Qualità con l'effettuazione di numerosi corsi di formazione che hanno visto la partecipazione di più di 50 strutture diabetologiche. Durante questo periodo 38 strutture diabetologiche si sono sottoposte all'autovalutazione tenendo come riferimento la griglia contenuta nel primo Manuale di Accredimento dei Servizi di Diabetologia. Il 13 maggio 1999 una struttura della Lombardia, Mariano Comense (CO), riceveva la visita di Accredimento Professionale sperimentale ottenendo ottimi risultati, riconfermati poi il 30-31 marzo 2001 quando ha ricevuto la seconda e «ufficiale» visita di Accredimento.

Nel 2001 il Direttivo AMD Lombardia costruisce il proprio sistema Qualità. Viene individuato un Responsabile dell'area Qualità incaricato di preparare una bozza del Manuale Qualità. La bozza è stata poi visionata, corretta e

condivisa con tutti i componenti del Direttivo giungendo quindi alla stesura finale con tutte le procedure ed i protocolli allegati. Il passo successivo sarà quello di ricevere la visita di accREDITAMENTO ed ottenere il certificato relativo entro ottobre 2001.

L'accREDITAMENTO del Direttivo AMD serve a dare una migliore organizzazione della sezione e, conseguentemente, una maggiore visibilità delle varie attività, garantendo sempre più qualificati interventi nei riguardi degli associati e ottenendo una forte credibilità da parte del Direttivo Nazionale e dalle istituzioni della Regione.

Il compito delle sezioni regionali è quello di implementare e realizzare in periferia la missione e gli obiettivi generali e specifici del Direttivo Nazionale. Questa azione è demandata al direttivo regionale che deve, di conseguenza, pianificare la propria attività garantendo una trasparenza di azioni e una qualità di risultati. Tutto questo è realizzabile con la stesura di un «Manuale Qualità».

Il Direttivo AMD Lombardia con queste azioni intende dimostrare di applicare una politica per la gestione della qualità della Società scientifica in modo da stimolare con l'esempio tutte le strutture diabetologiche lombarde ad aderire al progetto di accREDITAMENTO professionale.

Luigi Scianguola



ACCREDITAMENTO PROFESSIONALE PER MIGLIORARE L'ADEGUATEZZA DELLE STRUTTURE SANITARIE

INTRODUZIONE ALLA QUALITÀ TOTALE

In veste di Accrediatore-Facilitatore professionale a livello nazionale della Società Scientifica di Diabetologia e Malattie Metaboliche (Associazione Medici Diabetologi, AMD), con il presente e successivi articoli mi prefiggo il compito di sensibilizzare l'ambiente sanitario medico-infermieristico della Azienda di mia appartenenza alla conoscenza e comprensione della Verifica Revisione Qualità (VRQ), ostico argomento, che ha invero la caratteristica di essere un potente strumento in mano ai professionisti per il miglioramento dell'assistenza, per garantire cure più efficaci, per favorire lo sviluppo delle capacità organizzative e dell'integrazione delle figure professionali per assicurare efficienza.

Conoscere le dinamiche della VRQ ci fa autovalutare, ci indica il cammino da percorrere alla ricerca del «meglio» nella nostra performance.

Parlare di qualità induce reazioni diverse in relazione alle attitudini al cambiamento di ciascuno.

Aderire alla qualità richiede una trasformazione del modo di pensare e di fare il proprio lavoro. Per molti «...non è ancora il momento di fare Accrediatamento», «... ma chi me lo fa fare, richiede tempo dedicato ...», «... non lo fa nessuno ...», «... è burocrazia», «... non è un problema mio».

Avedis Donabedian negli anni 60 per primo ha contribuito in modo determinante ad introdurre e sviluppare sistemi di verifica e revisione della Qualità dell'assistenza sanitaria, avendo come obiettivo primario la soddisfazione di due elementi fondamentali:

- garantire un'assistenza adeguata
- ad un costo contenuto.

Il metodo più diretto per valutare la qualità dell'assistenza sanitaria è di procedere alla sua esplorazione.

Devo premettere che la nostra Azienda sta lavorando da tempo in questo settore e molte strutture sono state e sono coinvolte in processi di Accrediatamento.

Il tipo di Accrediatamento aziendale è quello ISTITUZIONALE. Il mio ambito di interesse è quello volontario dei Professionisti.

CHE COSA SIGNIFICA VRQ, nelle varie fasi di progettazione, operatività e revisione?

V = VERIFICA

La qualità deve poter essere misurata. Misurare permette di saggiare una condizione lavorativa. Costringe ad avere dati. La differenza tra una «dichiarata» disposizione verso la qualità delle cure e la VRQ consiste nella «raccolta e pesatura» dei dati relativi all'assistenza prestata. Il riferimento è rappresentato «dalla buona pratica clinica» variamente intesa e definita (pareri autorevoli, linee guida, gruppi di consenso, Medicina basata sull'evidenza ...).

V = VERIFICA

È un percorso ciclico di revisione che per passi successivi permette il continuo innalzamento del livello qualitativo di una prestazione.

Questa operazione viene fatta tramite un'analisi delle cause di scostamento, la scelta e la realizzazione di intervento migliorativo, la rivalutazione dei dati così ottenuti.

Q = QUALITÀ

È la capacità di migliorare lo stato di salute, lo stato di soddisfazione del cliente (accettabilità, accessibilità), di ottenere dei risultati con la tecnologia a disposizione (appropriatezza), di fornire prestazioni congrue con le risorse disponibili (efficienza).

Anche il settore sanitario ha sentito la necessità di conseguire risultati di economicità e qualità. Il tema è stato affrontato a vari livelli.

DIVERSI TIPI DI QUALITÀ QUALITÀ PROFESSIONALE

È il livello tecnico sanitario. È il livello basilare.

QUALITÀ GESTIONALE

È il livello tecnico-amministrativo. Riguarda gli aspetti del management aziendale. All'interno di una struttura occorre che vi sia una precisa definizione dei ruoli delle persone interessate e coinvolte in un'attività, con la precisazione delle relative modalità di comunicazione ed interazione.

Una caratteristica delle nostre realtà sanitarie è l'incertezza sulle responsabilità. L'assegnazione delle responsabilità è una necessità che prevede la descrizione dei processi di erogazione delle prestazioni. L'individuazione delle responsabilità è indispensabile per l'intervento migliorativo. In tal modo si migliora l'efficienza e la cooperazione di tutti gli operatori, riducendo gli sprechi ed i disservizi e, ciò che più conta, dando agli utenti un miglior servizio.

QUALITÀ PERCEPITA

Si tratta del livello di soddisfazione del cliente. Riguarda il vissuto e la percezione dell'utente/cittadino che utilizza i nostri servizi.

La qualità di un Servizio Sanitario deve prendere in considerazione:

LE STRUTTURE

Intese non solo come strutture edilizie, ma anche come strumentazioni, personale (professionalità e organizzazione).

IL PROCESSO

Inteso come insieme di attività svolte da una o più funzioni aziendali e finalizzato a soddisfare i bisogni dell'utente.

Il processo diagnostico-terapeutico e/o chirurgico in genere ha attività diversificate:

- accettazione
- anamnesi
- visita medica
- attività strumentale
- gestione farmaci
- igiene ambientale
- attività chirurgica ...

e svolte da numerose funzioni aziendali:

- dipartimento di chirurgia
- di medicina ...
- dipartimenti di coordinamento tecnico ecc.

I COSTI DI PRODUZIONE E DI EROGAZIONE

Non sono secondari nel condizionare l'accessibilità alle strutture da parte degli utenti/clienti.

GLI ESITI

Sono il risultato del processo/servizio erogato. Quando il servizio/prodotto erogato (output) ha valenza qualitativa si parla di esito (outcome).

LA SODDISFAZIONE DELLE ESIGENZE DEI CLIENTI

Chi sono gli utenti? I pazienti/fruitori del servizio erogato, i medici di medicina generale, l'operatore sanitario, che utilizza altri servizi di supporto per realizzare l'erogazione del servizio.

Il presupposto fondamentale per la qualità del Servizio Sanitario è la CENTRALITÀ della persona, utente e cliente, in primo piano come oggetto diretto del servizio

CHE COSA SI INTENDE PER SISTEMA QUALITÀ?

- Viene definito come il complesso di:
- struttura organizzativa
 - procedure
 - processi
 - risorse necessarie per attuare la gestione della qualità.

SISTEMA QUALITÀ

Si articola normalmente su 4 livelli.

1. Manuale della Qualità: comprende la definizione della Politica e le Linee Guida della Direzione
2. Procedure Organizzative: comprendono gli Organigrammi, le Procedure Generali, i Rapporti interfunzionali
3. Procedure Operative: comprendono i Protocolli, le Modalità Operative, le Istruzioni di Lavoro
4. Rapporti e Documentazioni: comprendono le Registrazioni dei Risultati, le Cartelle Cliniche, i Verbali di Riunioni.

IMPLEMENTAZIONE DEL SISTEMA QUALITÀ

Significa rendere operante un programma a partire dal progetto, formalizzare la soluzione, codificare un linguaggio, eseguire, verificare. (Riferimento importante UNI-EN-ISO 9001).

È necessario che vi sia ampia diffusione dei nuovi metodi di lavoro. La qualità non la può perseguire solo il Responsabile/Direttore di una struttura. C'è da mettere in conto che in ogni équipe vi è qualche operatore che è ingessato nell'immobilismo di metodi lavorativi ormai vetusti ed occorre gestire queste situazioni che hanno minori ripercussioni nelle Strutture con organico più consistente, perché le performance meno adeguate si diluiscono nell'insieme e non fanno fallire i progetti.

ESPLORAZIONE DELLA QUALITÀ TOTALE

- Coinvolge e motiva le persone (grande attenzione all'uomo).
- Porta alla luce i problemi e tenta di risolverli (risolve la funzione meramente burocratica delle attività operative).
- Razionalizza l'uso delle risorse investite.
- Consente agli operatori di conoscere i risultati del proprio lavoro.
- Migliora i rapporti con i pazienti.
- Razionalizza i miglioramenti con le risorse esistenti.
- È un forte agente di cambiamento culturale.
- Fa sentire orgogliosi e soddisfatti del proprio lavoro.
- Stimola e sviluppa le capacità delle persone (consente di utilizzare meglio il personale).
- Qualifica ed addestra gli operatori.
- Consente di superare i compartimenti tra le funzioni.

PRINCIPALI FASI OPERATIVE

- Identificare e prioritizzare i problemi.
- Definire criteri e standard di buona qualità.
- Definire il protocollo di ricerca valutativa, descrivere le attività e verificare i risultati.
- Misurare la qualità dell'assistenza per il problema specifico
- Individuare i motivi di qualità inferiore
- Scegliere gli strumenti più adatti per migliorare la qualità.
- Realizzare i possibili interventi migliorativi.

Ogni operatore sanitario può:

- Identificare il lavoro che fa
- Identificare per chi lo fa
- Di che cosa ha bisogno e da chi per svolgerlo
- Fare una mappa del processo
- Trovare gli errori nel processo ed eliminarli
- Stabilire misure dei cicli e della qualità e gli obiettivi di miglioramento

TUTTA LA QUALITÀ È BASATA SU UN RAFFRONTO

Se ho uno scostamento, si può migliorare, adeguare.

STRUMENTO BASE PER L'APPROCCIO ALLA QUALITÀ: CICLO DI PDCA

Significa Pianificazione-Esecuzione-Controllo-Azione.

PLAN: pianificare a fondo prima di agire, identificando il problema, caratterizzandolo, analizzando la causa principale e individuando le possibili soluzioni.

DO: mettere in atto le azioni programmate, provando le soluzioni.

CHECK: verificare qual è l'esito delle azioni.

ACT: Standardizzare la soluzione o ripetere il processo PDCA se l'esito non è stato positivo.

L'applicazione del PDCA prevede:

- analizzare i dati e parlare con i fatti,
- concentrarsi su poche priorità fondamentali,
- ricercare le cause e le cause delle cause,
- applicare le statistiche a tutti i problemi,
- orientarsi alla prevenzione e non al rimedio,
- enfatizzare la preparazione/impostazione e non il rimedio,
- focalizzare sul processo e non sul suo output.

APPROCCIO AI PROBLEMI

«Non possiamo risolvere i problemi con gli stessi schemi mentali con cui li abbiamo creati», così sentenzia Einstein e questa massima ci deve guidare.

Secondo questo concetto ogni singolo problema che abbiamo deciso di risolvere va:

- identificato,
- definito nei singoli aspetti,
- analizzato nelle sue componenti,
- individuato nelle possibili soluzioni (pertinenza, fattibilità, quota parte di soluzione, temporizzazione ...).

PROCESSO DI IDENTIFICAZIONE DEL PROBLEMA

Bisogna porsi le seguenti domande:

- Chi (soggetto)
- Che cosa (azione)
- Come (modalità d'azione)
- Quando (quantificazione precisa ed in percentuale)
- Dove (localizzazione, in quale contesto)
- Quando (tempi dell'azione).

FUOCO SUI FATTI: la base è sui fatti, non sulle opinioni. Bisogna descrivere i fatti, supportandoli con dati.

FUOCO SUI PROCESSI, NON SUI RISULTATI: i risultati sono gli EFFETTI e bisogna focalizzarsi sulle azioni che li creano come conseguenze.

FUOCO SULLE RADICI DELLE CAUSE: non sulle soluzioni.

Nella corretta descrizione di un problema, bisogna descrivere i fatti concreti della situazione che si osserva, senza dare giudizi a priori, non perdersi in descrizioni troppo dettagliate, non utilizzare un linguaggio troppo astratto, non esprimere le cause, non dare soluzioni.

La soluzione deriverà dall'analisi dei fatti e da discussioni corali, con metodologia di cui si parlerà in occasione di successivi articoli in materia.

I problemi non devono essere considerati ostacoli, ma opportunità. Non bisogna temere di evidenziare i punti deboli, ma questi devono diventare un punto di forza per il miglioramento.

Non sempre inoltre è necessario un miglioramento, spesso si tratta solo di adeguamento.

Ci sono problemi «motori» e problemi «conseguiti». Bisogna iniziare sempre dai problemi motori.

COME SI MANIFESTA UNO SCOSTAMENTO

I cinque mali sono:

1. **DIFETTI:** scostamenti rilevabili nel prodotto/servizio finale o intermedio.
2. **RITARDI:** scostamento temporale, rispetto ai tempi che ho promesso ed ho realizzato.
3. **ERRORI:** scostamento rispetto ad una prestazione standard.
4. **SPRECHI:** scostamento rispetto alle risorse utilizzate.
5. **INCIDENTE:** scostamento imponderabile, imprevedibile.

È molto importante dare priorità ai problemi, iniziando da quelli più facili.

È più facile pensare di risolvere un problema, che scovare il problema reale, evidenziarlo, farlo condividere, riuscire a coinvolgere le persone interessate, attivare le risorse per risolverlo o ridurlo. Un Responsabile/Direttore di struttura non deve mai perdersi d'animo nella gestione dei problemi. Inoltre, acquisita la metodologia, anche i componenti di un'équipe possono utilizzare il metodo in ogni singola azione che necessariamente non coinvolga tutto il team.

CONCETTI FONDAMENTALI DA ACQUISIRE

La risorsa umana è ricca di potenzialità e risorse che desidera sviluppare ed esprimere

La qualità deve essere tradotta in azioni quotidiane, concrete e visibili

Tutto il personale deve essere abituato ad analizzare i fatti e ad usare i dati

Tutto il personale deve orientare il controllo non solo sui risultati, ma soprattutto sulle varie fasi del processo, per prevenire i difetti ricorrenti

È necessario salire a monte per scoprire i fattori che influenzano il processo e tenerli sotto controllo.

Concludo questo primo schematico articolo con una serie di massime che fanno dei flash sul panorama Qualità Totale, che invero è molto vasto e complesso.

QUALITÀ È

- Etica
- Cambiamento
- Lavoro talora difficile
- Gruppo
- Fare
- Progetto e programmi

QUALITÀ È

- Dire quello che si fa
- Fare quello che si è detto
- Dimostrare quello che si è fatto
- Pensare come migliorarlo

QUALITÀ È

- La struttura ha un pacchetto di regole
- La struttura applica costantemente le regole
- Le azioni sono in regola con la programmazione
- La struttura verifica le regole

ATTESE DEL CLIENTE

- Tempo
- Cortesia
- Informazioni
- Affidabilità
- Ambienti
- Semplicità di percorso

- Personalizzazione
- Completezza
- Esaustività

ATTESE DEL PROFESSIONISTA

- Efficacia/precisione
- Sicurezza attrezzature
- Sviluppo professionale
- Coerenza con i bisogni reali
- Apprezzamento del cliente
- Tranquillità lavorativa
- ...ci ascoltano gli Amministratori?

ATTESE DELL'AZIENDA

- coerenza con il bisogno (distinzione tra bisogni reali e bisogni indotti)
- costo unitario
- precisione nell'esecuzione
- rispetto dei tempi
- continuità
- immagine
- trasparenza

DIMENSIONE DELLA QUALITÀ

- qualità tecnica (cosa offriamo)
- qualità relazionale (come)
- qualità ambientale (dove)
- qualità immagine (da chi)
- qualità economica (quanto costa)
- qualità organizzativa (con cosa)

PERCORSO DI QUALITÀ

È necessario avere una bussola:

- perché (missione),
- per chi (paziente),
- dove (contesto).

È necessario stabilire le mete:

- prodotti del servizio,
- livelli di qualità accettabili.

È necessario stabilire i percorsi:

- i processi di lavoro,
- le relazioni organizzative.

Ogni azione ha bisogno del contributo di più professionisti.

Ognuno degli attori porta il contributo.

Ogni contributo aggiunge valore al prodotto.

In relazione alla «finalizzazione» il contributo può essere positivo o negativo.

La «responsabilità» del contributo è di chi lo dà.

Siamo interdipendenti professionalmente ed organizzativamente. Il contributo che ogni professionista dà va pensato dentro un sistema di relazioni.

Promuovere la scelta di qualità è responsabilità del management: «bisogna interpretare il cambiamento, se possibile, per cambiarlo, perché la Sanità non cambi senza di noi».

Se gli operatori sanitari non si convinceranno che l'autovalutazione è parte integrante del lavoro, altri lo faranno al loro posto, loro malgrado...!

È necessario acquisire una nuova mentalità, non temere il confronto, non avere timore di essere valutati/giudicati, non avere paura di essere inadeguati.

Il momento di presa di coscienza della problematica Qualità Totale è un importante momento professionale e culturale anteposto al momento istituzionale che prima o poi sarà obbligato per tutti.

Non più: «Non è che non vedano la soluzione: è che non vedono il problema»

G.K.Chesteron.

Rosa Maria Meniconi
Resp. Diabetologia e Malattie
Metaboliche



MODIFICHE DI STATUTO AMD APPROVATE AL XIII CONGRESSO NAZIONALE DI TORINO

Riportiamo gli articoli dello statuto AMD con le relative modifiche (in corsivo) proposte ed approvate dall'assemblea dei Soci durante il XIII Congresso Nazionale AMD svoltosi a Torino dal 9 al 12 maggio 2001

Articolo 3

L'associazione, costituita come organizzazione non lucrativa di utilità sociale - ONLUS, non ha finalità di lucro ed i suoi scopi sono:

a) promuovere la diffusione di strutture idonee per la prevenzione, diagnosi e cura del diabete mellito e delle malattie metaboliche in tutto il territorio nazionale;

b) promuovere la qualificazione e l'aggiornamento del personale sanitario operante nelle suddette strutture e curare la formazione nel campo della diabetologia e delle malattie metaboliche di tutti gli operatori del sistema sanitario, anche allo scopo di attuare quanto previsto dai programmi di educazione continua in medicina (ECM);

c) adoperarsi per l'autonomia della diabetologia e delle malattie metaboliche in campo assistenziale, oltre che didattico e scientifico;

d) incentivare la ricerca nel campo della epidemiologia, della clinica, della gestione e della terapia del diabete mellito e delle malattie metaboliche, anche attraverso borse di studio o altre modalità individuate dal consiglio direttivo;

e) collaborare con altre istituzioni nazionali

ed internazionali che hanno comuni interessi e finalità in campo sociale, assistenziale e di ricerca;

f) svolgere in genere tutte le attività che si riconoscono utili per il raggiungimento dei fini che l'associazione si propone, ivi compresa l'organizzazione di convegni e congressi.

A tale scopo l'Associazione si può avvalere di organi tecnici quali una scuola di formazione o un centro studi e ricerche, che vengono istituiti dal consiglio direttivo ed operano secondo un regolamento emanato dallo stesso direttivo.

L'associazione potrà prestare la sua collaborazione ad altri enti per lo sviluppo di iniziative che si inquadrino nei suoi fini. Essa dovrà tuttavia mantenere sempre la più completa indipendenza nei confronti degli organi di governo, delle aziende pubbliche e private, delle organizzazioni sindacali.

Articolo 12

Il consiglio direttivo è composto da 11 membri, ivi compresi il presidente ed il vice presidente. Alle sue riunioni partecipano, altresì, il tesoriere ed il segretario, senza diritto di voto se non appartenenti al consiglio direttivo. *Allo stesso titolo vi partecipa il coordinatore della consulta dei presidenti regionali.*

Articolo 24

Su richiesta di un significativo numero di soci o là dove si dimostri necessario, può essere

costituita dal consiglio direttivo nazionale una sezione periferica. L'ambito territoriale è la regione o, ove opportuno, più regioni contigue.

L'assemblea dei soci di tali sezioni è formata dai soci residenti ed opererà in armonia con quanto previsto dagli artt. 8, 9 e 10 del presente statuto. L'assemblea provvederà ad eleggere un consiglio direttivo regionale composto da cinque o sette consiglieri e quest'ultimo organo provvederà, a sua volta, ad eleggere un presidente, un vice presidente ed un segretario. Le modalità elettive, le funzioni e la durata di tali cariche devono rispettare quelle previste per gli equivalenti organismi nazionali dal presente statuto. Le sezioni regionali non hanno autonomia finanziaria.

Allo scopo di favorire la collaborazione tra le diverse sezioni regionali e tra queste e il consiglio direttivo nazionale, è istituita la consulta dei presidenti regionali. Essa è formata da tutti i presidenti regionali ed elegge un coordinatore tra i suoi componenti in carica da non più di un anno. La durata del mandato del coordinatore corrisponde al suo periodo residuo di permanenza nella carica di presidente regionale. La consulta si riunisce almeno 2 volte l'anno ed elabora proposte finalizzate alla realizzazione dei compiti istituzionali dell'AMD, che vengono sottoposte alla valutazione e all'approvazione del Consiglio Direttivo. Le sezioni regionali e la consulta operano secondo un regolamento emanato dal Consiglio Direttivo.

TORINO 10/5/2001 - TAVOLA ROTONDA: BIOETICA E DIABETOLOGIA.

«AUTONOMIA DEL PAZIENTE E QUALITÀ DI CURA, IL MEDICO: OSSERVATORE, GIUDICE O ALLEATO?»

Moderatori: Prof. Vitelli, Dr.ssa Chiambretti.

Introduzione: Prof. Cucinotta.

Relatori: *Il punto di vista del paziente* - Prof. Russo, Presidentessa Associazione Pazienti Diabetologi, Napoli; *Il punto di vista del diabetologo* - Prof. Maldonato; *Il punto di vista del bioeticista* - Prof. Viano, Cattedratico di Storia della Filosofia, Torino.

Possiamo chiamare etica (guida alla condotta «giusta») biomedica qualsiasi teoria etica applicata al campo medico o biologico, sia essa originata da una prospettiva laica o da una tradizione religiosa. Il liberalismo occidentale ha prodotto un'etica laica definita, con un neologismo coniato nel 1970 dall'oncologo americano Potter, etica della vita o Bioetica, termine oggi utilizzato per identificare tutti gli approcci etici alle questioni biomediche anche quando diversissimi tra loro. Come ha ricordato il prof. Vitelli, «la Bioetica fa riferimento a quattro principi, beneficalità, non-maleficitalità, giustizia-equità, autonomia della persona, e a un valore centrale, la qualità della vita». Propone un linguaggio morale comune che permetta di trovare accordi anche quando si diverge nelle «premesse», da cui ciascun individuo, nel rispetto reciproco, possa trovare la soluzione specifica sulla base delle proprie convinzioni morali, politiche, filosofiche e religiose. Parla di tolleranza, rispetto, possibilità di diverse opzioni morali, unicità dell'individuo e della sua (e di nessun altro) vita. I medici e i bioeticisti (ancorché per questa Bioetica chiunque si occupi di questioni etiche è un bioeticista) si sono confrontati negli ultimi trent'anni principalmente sui confini estremi della vita e del-

la morte e, più recentemente, sulla genetica. Meno ampio è stato il dibattito su ciò che nel campo della salute accade quotidianamente ai più e manca nei riguardi del trattamento delle malattie croniche. Un confronto tra Bioetica e Diabetologia rappresenta una novità in ambedue i campi.

Come ha detto il Prof. Cucinotta «è una scelta importante, che può allargare i nostri orizzonti, non dimenticando che tocca comunque solo alla medicina definire cosa è giusto dal punto di vista scientifico».

In relazione all'argomento proposto, per la Prof.ssa Russo «il medico deve essere osservatore degli eventi, giudice dell'aspetto scientifico, alleato della persona, ricordando che educare deriva da educo; traggo fuori da un individuo ciò che è». Il Prof. Maldonato ha messo in luce come la cura del diabete non si riduca a pratiche circoscritte, ma miri ad educare il paziente a capire la propria situazione, ad accettarla, ma anche a ricavarne da essa tutte le potenzialità che contiene; come sia da evitare una «tirannia» della salute, e come tutti noi dovremmo occuparci anche di creare linee guida comportamentali. Il Prof. Viano ha detto che «nella malattia cronica» il concetto di malattia tende a sfumare in quello di «condizione»; il medico oltre a curare (principio di beneficio - non-maleficitalità) si occupa anche dello stile di vita, non solo quindi di pratiche terapeutiche ma anche di una visione delle cose da fare; da osservatore o antagonista della malattia, può diventare, enunciando limitazioni e restrizioni e sorvegliando sulla loro osservanza, il giudice del piano di vita del paziente, ma può anche proporsi come alleato che permette di riformulare finalità e

prospettive e lo aiuta ad essere più libero (autonomia)».

Nel mondo occidentale il trattamento delle malattie croniche rappresenta la dimensione più frequente della cura, riguarda un numero enorme di persone e contiene il rischio di una grande «invasività» nella vita del paziente (basti pensare che il cardine della terapia di molte di esse è il cambiamento dello stile di vita) se dimentica che tocca solo a lui definire cos'è «una buona vita». Confrontarsi con temi come libertà dell'individuo, autonomia del paziente e del medico, qualità di vita e qualità di cura, essere disponibili a «ripensare» delle cose (anche alcuni degli assunti etici delle nostre professioni) e ad accettare scelte diverse dalle nostre, avendo come fine oltre all'eccellenza l'uomo, può essere non solo stimolante ma indispensabile. Inoltre se pensiamo che apprendo in questi giorni qualunque quotidiano troviamo continui riferimenti alla sanità, solo dal punto di vista del suo costo (o del suo deficit), e a come scelte etiche di alcuni dovrebbero essere valide per tutti (revisione di progetti di legge sulla fecondazione artificiale, revisione della 194, etc.), possiamo concludere che il confronto con la Bioetica riguarda tutti noi come medici, ma prima ancora come persone.



Anna Chiambretti

EVENTI CONGRESSUALI SALIENTI A TORINO 2001

● *Rinnovo del Consiglio direttivo nazionale*

Durante il XIII Congresso Nazionale di Torino 2001 hanno terminato il mandato in seno al Consiglio Direttivo nazionale i colleghi Domenico Cucinotta, Adolfo Arcangeli, Carlo Giorda, Mario Velussi e Sandro Gentile. I nuovi eletti sono stati nell'ordine: Giacomo Vespasiani, Luca Monge, Stanislao Lostia, Paolo Di Bernardino e Roberto Mingardi. Un affettuoso saluto e ringraziamento agli uscenti per quanto hanno dato all'AMD in questi anni ed un caloroso augurio di proficuo lavoro ai nuovi eletti!

● *Premiati i migliori lavori in campo di educazione-formazione*

Al termine della tavola rotonda sulla Formazione, organizzata da Nicoletta Musacchio e Umberto Valentini ed aperta dal Prof. Assal con una straordinaria lettura magistrale, sono stati premiati i migliori contributi nel campo dell'educazione-formazione presentati dai colleghi Pier Maria Minniusi (Gorizia), Paola Gabriella Maida (Caserta),

Vincenzo Provegano (Palermo) e Loredana Retta (Cava dei Tirreni, SA). Il premio è stato la partecipazione ad uno dei corsi full-immersion di pedagogia medica organizzati dallo stesso Prof. Assal a Ginevra.

● *La storia dell'AMD attraverso i suoi congressi*

È stato presentato a Torino il volume «Storia dell'AMD attraverso i suoi congressi 1974-2001» che vuol essere come un viaggio nella memoria e nello stesso tempo uno strumento perché tutti, e in particolare i più giovani, possano apprendere o ricordare un pezzo importante di storia della diabetologia italiana. Un quarto di secolo di attività fervente in cui molti possono ritrovarsi o constatare i progressi delle conoscenze, dei modelli assistenziali e ritrovare alcuni spunti ancora oggi attualissimi.

Chi non è stato a Torino o non ha ritirato il volume può richiederlo gratuitamente alla Segreteria Amministrativa di Roma (indirizzo in copertina).

● *L'atelier AMD al Congresso di Torino*

È diventata quasi una tradizione che i soci trovino nel Congresso Nazionale uno spazio dedicato solo alle attività AMD che alcuni di noi hanno pensato come il luogo della memoria storica, del percorso culturale-formativo, della crescita professionale e del senso di riconoscimento, insomma del cuore AMD che, forse pretenziosamente o forse no, abbiamo voluto chiamare Atelier AMD. Anche quest'anno lo abbiamo trovato a Torino, silenzioso e meno importante di quello visto a Chia Laguna, ma altrettanto suggestivo, simbolico e coinvolgente. Il treno che simboleggia il percorso di crescita AMD su cui tutti possono salire è diventato questa volta un vascello che veleggia intrepido verso nuovi orizzonti, richiamando tra l'altro la trireme di Giardini Naxos. Un ringraziamento per la realizzazione dell'atelier è d'obbligo al Consiglio Direttivo ed al Comitato Organizzatore Locale e, soprattutto, a Walter de Bigontina senza il cui contributo non ne sarebbe stata possibile la realizzazione.



CORSO PER INFERMIERI DI DIABETOLOGIA A TORINO 2001

Come consuetudine si è svolto, durante il XIII Congresso AMD, il Corso di Aggiornamento per Infermieri Diabetologi che ha visto la partecipazione di oltre 110 iscritti! Gli I. P. presenti divisi in 10 gruppi di lavoro hanno «metabolizzato» il metodo AMD coordinati da 12 «tutors» della Scuola di Formazione AMD e con la supervisione del Dr. Ruffino G. che ha introdotto il tema con un intervento dal titolo «...dall'intenzione all'obiettivo» per sottolineare la differenza tra ciò che pensiamo di dare ai pazienti e ciò che diamo. I lavori si sono articolati attorno a 3 letture (Ozzello, Allochis, Comoglio) che avevano il compito di suggerire «una dimensione reale in cui progettare un risultato nell'ottica del «miglioriamo assieme...». I gruppi hanno familiarizzato con gli strumenti peculiari del metodo AMD, somministrati real time dai tutors, per favorire l'apprendimento di dinamiche di progettazione che sono esportabili nell'attività quotidiana di ogni team diabetologico. I risultati dell'elaborazione dei tests di valutazione del risultato atteso e costruito durante il Corso, elaborati in tempo reale e presentati alla conclusione del

lavoro, hanno confermato che gli obiettivi dichiarati sono stati raggiunti. I partecipanti hanno potuto anche vivere un momento di contatto col Congresso, durante la tavola rotonda della Scuola di Formazione e ascoltare la lettura del Prof. Assal J.P. e gli interventi dei rappresentanti del Direttivo Scuola, e anche con la città di Torino che si presentava particolarmente attraente. L'iniziativa è piaciuta e pare abbia dimostrato particolare interesse il tema proposto, visto il numero delle domande di

iscrizione che non hanno potuto essere soddisfatte e, forse, potrebbe essere ripetuta per tutti gli assenti.

Abbiamo imparato che un risultato (obiettivo) è solo un risultato... può essere valutato (buono... o no) solo se misurabile e misurato e in tal modo reso leggibile anche dagli «altri», pazienti, gestori e colleghi, che così potranno valutare se e quanto di buono facciamo.

Alessandro Ozzello





4 MAGGIO 2001:

RELAZIONE DI VERONESI SULLO STATO SANITARIO DEL PAESE

Testo del capitolo *Diabete* contenuto nella *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese*, presentato il 4 maggio scorso dal Ministro Veronesi al Consiglio dei Ministri.

Copia della pubblicazione, che vuole essere una fotografia delle principali patologie e problematiche sanitarie del paese nell'anno 2000, è stata inviata a tutti i parlamentari, agli assessorati alla sanità, a tutti i Direttori generali e ai principali responsabili dell'assistenza sanitaria.

Un commento veloce: sono cambiati i tempi e la sensibilità per il problema diabete è aumentata. Ricordiamo le fatiche e le pressioni sostenute per far introdurre nel piano sanitario del '98 un accenno al problema del diabete. Speriamo che questo si traduca in passi concreti per migliorare l'assistenza nel nostro settore.

Carlo Giorda

U.O.M. Metaboliche e Diabetologia - ASL 8 Regione Piemonte

Il diabete mellito, con le sue complicanze, è uno dei maggiori problemi sanitari dei paesi economicamente evoluti e, allo stesso tempo, una delle prime voci di spesa sanitaria.

Dall'analisi di dati internazionali, accreditati dall'OMS, emerge un aumento ubiquitario della malattia, tale da indurre a parlare di epidemia mondiale di diabete.

Un indicatore indiretto di tale fenomeno è rilevabile anche in Italia dove il consumo di farmaci per diabetici è in sensibile aumento. Il consumo di insulina nel periodo 1993-99 è aumentato del 6% mentre quello di farmaci ipoglicemizzanti orali del 6,9%. Tale fenomeno è spiegabile sia con un aumento reale della patologia, dovuto alle modificazioni dello stile di vita e all'invecchiamento medio della popolazione degli ultimi anni, sia con una maggiore intensità di trattamento derivante dalle nuove acquisizioni scientifiche.

Esistono 2 forme di diabete mellito:

- il diabete di tipo 1, prevalentemente (ma non esclusivamente) infantile-giovanile, il quale richiede il trattamento insulinico multiiniettivo sin dall'inizio e ha una genesi autoimmune derivante dall'interazione di una predisposizione genetica con cause ambientali non ancora chiare.
- Il diabete di tipo 2, caratteristico dell'età adulta-senile, tipicamente associato a sovrappeso, dislipidemia e ipertensione, il quale è controllabile per anni con dieta, esercizio fisico e/o ipoglicemizzanti orali. In tale forma il trattamento insulinico si rende necessario spesso, ma non sempre, dopo un certo numero anni di malattia.

La prevalenza del diabete di tipo 1 in Italia risulta essere tra lo 0,4 e l'1 per mille. L'incidenza è compresa tra i 6 e i 10 casi per 100.000 per anno nella fascia di età da 0 a 14 anni, dato confermato dai rilievi di vari registri regionali, mentre è stimata in 6,72 casi per 100.000 per anno nella fascia di età da 15 a 29 anni.

Fa assoluta eccezione a tale tendenza la Sardegna che ha un'incidenza e una prevalenza di diabete giovanile tra le più alte del mondo, in Europa seconda soltanto alla Finlandia. L'incidenza di diabete di tipo 1 in Sardegna, nella fascia di età 0-14 è di 34 casi per 100.000 per anno.

La prevalenza di diabete di tipo 2 pone problemi di rilevazione più complessi. La malattia nei primi anni è spesso asintomatica e non di rado la diagnosi viene posta in corso di accertamenti per altre patologie o in occasione di ricoveri per complicanze già in atto, soprattutto eventi coronarici o altre vasculopatie. Da questo discende che la prevalenza della malattia nota, desumibile da rilievi incrociati su consumo di siringhe e farmaci, dimissioni ospedaliere e centri di diabetologia è stimata intorno al 2,7-3%, mentre indagini di popolazione a tappeto con curva da carico di glucosio forniscono percentuali sensibilmente più elevate, 6-11%. Il fenomeno del diabete tipo 2 misconosciuto è pertanto presente anche nella realtà italiana.

Una precisa fotografia del diabete in Italia non può prescindere da una analisi delle complicanze croniche tardive della malattia che, in un'epoca in cui è ormai raro il decesso per cause acute, ne rappresentano il vero, principale, costo umano ed economico.

Retinopatia diabetica: la retinopatia è la complicanza del diabete che più risente di un corretto controllo glicemico. In rilevazioni epidemiologiche italiane essa si colloca come la prima causa di ipovisione o di cecità legale in età lavorativa essendo responsabile del 20% di tutti i casi di cecità tra i 20 e 69 anni nel periodo 1993-1995 in registri dell'Unione Italiana Ciechi. Casistiche su coorti di pazienti seguiti dai servizi di diabetologia italiani evidenziano una prevalenza di retinopatia del 20% e di cecità dello 0,5%.

Casistiche di minori dimensioni, ma più accurate in quanto a rilievo del dato, forniscono una prevalenza di retinopatia non proliferante tra il 23 e il 28% e di retinopatia proliferante e maculopatia tra il 6 e il 12%, con una maggiore frequenza di malattia nel diabete di tipo 1.

Nefropatia diabetica: In casistiche nord europee e statunitensi la nefropatia diabetica è la prima causa di insufficienza renale terminale con accesso alla dialisi. Nel registro italiano di dialisi e trapianti anno 1998 essa, con il 15%, si colloca al terzo posto di tutte le cause di ingresso in dialisi. I diabetici sono il 4,7% dei soggetti con rene trapiantato.

Per quanto riguarda le forme non terminali, casistiche italiane su coorti cliniche di diabetici seguite dai servizi di diabetologia riportano nel diabete di tipo 2 una prevalenza intorno al 22% di nefropatia incipiente e intorno al 7-8% di nefropatia conclamata.

Piede diabetico e amputazioni: come in altre casistiche mondiali il piede diabetico, ovvero quel quadro di lesioni neuropatiche e vascolari che porta a lesioni trofiche delle estremità inferiori, rappresenta anche in Italia una rilevante causa di morbidità e di ricovero per i pazienti diabetici. Casistiche locali sulle amputazioni degli arti inferiori indicherebbero che nel nostro Paese il diabete è la prima causa di amputazione degli arti inferiori nella popolazione, arrivando al 60% di tutte le cause di amputazione nel maschio. Casistiche su coorti cliniche di diabetici seguite dai servizi di diabetologia riportano nel diabete di tipo 2 una prevalenza di amputazioni dell'1% nei maschi e dello 0,4% nelle femmine.

Complicanze coronariche e cerebrovascolari: soprattutto nel diabete di tipo 2 esse rappresentano la prima causa di morte e la voce più costosa in termini di ricoveri ospedalieri per la popolazione diabetica. La mortalità per eventi cardiovascolari nel diabete in studi ad hoc risulta aumentata rispetto alla popolazione generale del 67% nel maschio e del 92% nella donna.

Allo sviluppo di tali complicanze concorrono le alterazioni lipidiche e l'ipertensione arteriosa che spesso si associano al dismetabolismo glucidico accelerando la formazione e l'evoluzione di placche aterosclerotiche. Il 25-30% dei pazienti ricoverati in unità di terapia intensiva coronarica italiane e diabetici. La prevalenza dettagliata di eventi coronarici maggiori e di tromboembolie cerebrali in una vasta casistica di diabetici seguita dai servizi italiani è riportata nella tabella 1.

Stime sul rischio globale di sviluppare eventi coronarici calcolati su dati rilevati in

Tabella 1. - Prevalenza di eventi coronarici e cerebrovascolari in diabetici di tipo 2

	Maschi	Femmine	Totale %
Infarto	9,1	3,3	6,2
Tromboembolia cerebrale	3,4	2,4	2,9
Cardiopatia ischemica	6,0	6,3	6,1
Angioplastica coronarica	1,2	0,5	0,8
By pass aorto coronarico	3,0	1,0	2,0



diabetici di tipo 2 italiani forniscono un rischio medio del 35-40% a 10 anni.

L'assistenza al diabete in Italia: grazie all'impulso della legge 115/87, legge che tuttora norma le linee generali dell'assistenza al cittadino diabetico, nel nostro Paese esiste una rete di strutture specialistiche che ha pochi confronti in altri paesi e che è stata oggetto di studi e riferimenti da parte di organizzazioni internazionali, inclusa l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Un recente censimento ha evidenziato 631 servizi in tutto il territorio nazionale. Tali servizi erogano un'assistenza di tipo specialistico che si fa carico di molti aspetti della gestione della malattia, in particolare, pur con le dovute differenze, dell'educazione del malato. Sono ormai un certo numero le segnalazioni in letteratura che dimostrano come questo tipo di assistenza, sensibilmente diversa da quella di altri paesi dove l'invio a un centro specialistico avviene soltanto in determinate occasioni, è particolarmente efficace nel prevenire le complicanze e a contenere i costi della patologia sul medio e lungo periodo.

I costi del diabete: una recente analisi dell'impatto economico che il diabete

ha nel nostro Paese stima in 10.011 miliardi di lire annui il costo totale di tale patologia, pari al 6,65% della spesa sanitaria nazionale complessiva. Il costo dell'assistenza sanitaria per un paziente diabetico aumenta da 3 a 4 volte se sussistono o solo complicanze cardiocerebrovascolari o solo microvascolari (rene, retina e sistema nervoso periferico) e di 5 volte se sono presenti ambedue. Di qui la considerazione che, alla luce delle evidenze scientifiche che hanno dimostrato l'efficacia delle cure in tale settore, il trattamento intensivo e preventivo della malattia, sin dall'esordio, permette non solo di migliorare la qualità della vita, la morbilità e la mortalità del malato ma è anche vantaggioso sul piano economico.

La Relazione sullo stato sanitario del paese è stata redatta dalla Direzione Generale Studi, Documentazione Sanitaria e Comunicazione ai Cittadini, che si è avvalsa della collaborazione di un:

Comitato Tecnico Consultivo, presieduto da Claudio Calvaruso, Dirigente Generale

della Direzione Studi, Documentazione Sanitaria e Comunicazione ai Cittadini e composto da:

Vittorino Andreoli, Luigi Bazzoli, Giuseppe Benagiano, Lamberto Briziarelli, Roberto Cardea, Gianluigi Cetto, Giuseppe Costa, Claudio De Giuli, Viviana Egidi, Carlo Favaretti, Fosco Foglietta, Alessandro Liberati, Maurizio Marceca, Antonio Mingione, Antonio Moccaldi, Gilberto Muraro, Emanuele Ranci Ortigosa, Anna Piccinini, Remo Siza, Tiziano Vecchiato.

Comitato di Redazione, presieduto da Roberto Cardea, Dirigente dell'Ufficio II del Servizio Studi e Documentazione e composto da:

Rosaria Boldrini, Vittoria Buratta, Alessandra Burgio, Dina Maria Caraffa, Roberto Cardea, Massimo Casciello, Francesco Cicogna, Manuela Cocchi, Susanna Conti, Roberta Crialesi, AnnaMaria De Martino, Paola Di Martino, Guido Vincenzo Ditta, Gino Farchi, Lidia Gargiulo, Gaetano Guglielmi, Lucia Guidarelli, Antonio Parisi, Franco Pennazza, Sabrina Prati, Anna Maria Rita Prete, Maria Randazzo, Linda Laura Sabbadini, Roberto Satolli, Stefano Signorini.

Nota per i lettori

- Sulla prima pagina di copertina di questo giornale vengono indicati insieme ai nomi dei componenti del Direttivo Nazionale anche quelli dei Presidenti regionali. A seguito delle elezioni del nuovo CD tenutesi al Congresso Nazionale di Torino sono cambiati o stanno per cambiare i nominativi di vari rappresentanti regionali. La tempestiva comunicazione delle variazioni alla redazione di Aem-MeDi da parte dalle segreterie regionali consentirà di procedere all'aggiornamento dei nominativi.
- Per analoghe ragioni, su questo numero del giornale non compaiono notizie delle iniziative regionali. Anche per questo punto la Redazione rivolge un invito alle segreterie regionali che desiderano dare diffusione alle iniziative locali inviandone comunicazione.

NOTIZIE AMD VIA INTERNET

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

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

Responsabile del sito è **Giuseppe Pipicelli**
tel. e fax: 0967.522087

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*