

AemMedi

Vol. 4

Periodico di informazione, dibattito e confronto

N. 4 ottobre-dicembre 2001

Organo Ufficiale dell'Associazione Medici Diabetologi

LETTERA DEL PRESIDENTE AI SOCI

Venerdì 30 novembre 2001

Caro collega e socio,

alla fine dell'anno solare 2001, che coincide con i primi sei mesi della mia presidenza di AMD, colgo l'occasione dell'invio degli auguri natalizi per informarTi sulle attività presenti e future della nostra Società Scientifica. Nessun bilancio, che sarebbe fuori luogo fare bilanci come fanno i governi dopo i «primi cento giorni», ma solo alcune riflessioni e soprattutto una doverosa informazione con ricerca di dialogo continuo con tutti i soci impegnati nella vita societaria e più in generale nella quotidiana attività professionale diabetologica.

Cercherò sinteticamente di farTi conoscere le attività svolte e quelle programmate e previste nei vari campi di interesse che AMD in questi anni ha cercato di coltivare.

La formazione professionale

Come ben sai questo è uno dei campi in cui l'impegno di AMD è sempre stato storicamente più forte: già molto tempo prima che il Ministero della Sanità (o Salute) lanciasse il programma di ECM, AMD aveva strutturato ogni anno Corsi specifici finalizzati alla formazione ed all'aggiornamento del Team Diabetologico, fino ad arrivare, nel periodo intermedio della Presidenza di Mimmo Cucinotta, a ufficializzare l'Istituzione della **Scuola di Formazione AMD**, che in questi anni ha fatto passi da gigante: non solo la definitiva creazione di un Albo di Formatori esperti, ormai realtà che comprende più di 50 colleghi diabetologi di tutte le Regioni Italiane, ma anche, se non soprattutto, la definizione puntuale della metodologia formativa applicabile ad ogni corso, con i riscontri di feedback sul gradimento e sull'apprendimento. Abbiamo avuto la grande soddisfazione di vedere i nostri metodi presi a modello dallo stesso Ministero, che ha riconosciuto in AMD un sicuro provider di ECM. Un particolare ringraziamento va per questo a **Nicoletta MUSACCHIO e Umberto VALENTINI**, ideatori ed animatori instancabili dell'iniziativa, che ha visto entusiasti partecipanti altri Colleghi, come **Sergio Di Pietro, Andrea Corsi, Adriana Richini, Luciano Carboni e tanti altri**. L'avventura della Formazione a distanza con strumenti tradizionali (rivista) e innovativi (via web) è appena iniziata, con il contratto che la Scuola ha stipulato con una delle più prestigiose Case Editrici del settore, il **Centro Scientifico Editore di Torino**, ed è nostra intenzione farla crescere nel migliore dei modi, con alti contenuti scientifici e innovative tecniche di aggiornamento.

Nel corso del 2001 si sono svolti alcuni Corsi Formativi: alcuni hanno tradizionalmente ripreso le caratteristiche care ad AMD, ovvero quelle che vedono nell'interesse del Team di lavoro in Diabetologia il «target» dell'impegno formativo, finalizzato a costruire sempre di più una squadra interdisciplinare e soprattutto multiprofessionale intorno ai problemi globali del paziente affetto da diabete mellito seguito dai nostri Servizi. Altri Corsi invece sono stati un po' una novità ed una scommessa: abbiamo voluto provare a far confrontare il Diabetologo con il Cardiologo non in una sterile discussione congressuale, ma in un vero e proprio Corso interattivo, incentrato sulle tematiche di interesse comune, finalizzato a cominciare a creare una metodologia di attività omogenee. I risultati di questi primi corsi (ne sono stati svolti quattro in varie Regioni Italiane, grazie alla partnership congiunta con **Novo Nordisk e Merck Sharp & Dohme**) sono stati contrastanti: da una parte hanno svelato alcuni errori programmatori (corsi troppo

SOMMARIO

1. Lettera del Presidente ai Soci
2. Nasce Intranet per i soci AMD
3. Ancora sulla patente di guida
4. La posizione del Direttivo Nazionale AMD sulla patente
5. Il diabetico nel mondo del lavoro: problematiche connesse all'attività lavorativa
6. Problematiche di integrazione sociale del paziente con diabete mellito tipo 1: dal bambino al giovane adulto
7. Ritiro dal commercio della Cerivastatina
8. Notizie in breve
9. Attività delle Sezioni Regionali

lungi), dall'altra tuttavia hanno evidenziato come le due mentalità diverse (quella dei Diabetologi più portata al rapporto interpersonale con il paziente nella sua totalità, quella dei Cardiologi ancora molto spesso ancorata alla «malattia dell'organo») abbiano moltissimi punti di contatto e di possibilità di sviluppo. Non a caso dopo tali Corsi un numero considerevole di Colleghi sia dell'una che dell'altra disciplina si sono incontrati per stilare protocolli comuni, per identificare percorsi privilegiati per il paziente diabetico con complicanze cardiovascolari. Valga per tutti l'esempio di Asti, dove **Luigi GENTILE** si è fatto promotore di un bellissimo progetto di integrazione, che comincia a dare i suoi primi frutti. Questa comunione di intenti con l'ANMCO è stata ed è foriera di importanti iniziative anche di ricerca clinica, ed AMD ha la ferma intenzione di mantenere uno stretto contatto con quella importante Società Scientifica. In occasione del Congresso Nazionale dell'ANMCO che si svolgerà a maggio 2002 è prevista una sessione congiunta delle due Società; inoltre l'ANMCO ci ha chiesto il permesso di invitare i Diabetologi alle loro iniziative, ed AMD ricambierà naturalmente per quanto di nostra competenza. I Corsi congiunti con ANMCO sono stati anche un po' la prova del fuoco per il rodaggio della ECM. La Commissione Ministeriale ci ha voluto gratificare, grazie alla solidità del metodo strutturale del Corso mediata dai sistemi della Scuola AMD: infatti i Corsi AMD ANMCO sono stati riconosciuti validi per addirittura 24 crediti formativi, che rappresenterebbero, a regime, la metà di tutti i Crediti richiesti a ciascuno di noi per ogni anno solare.

Sempre nel corso dell'anno 2001 si è iniziato il percorso del **Progetto DiabCore**, in partnership con la **Bayer Farmaceutici**, che ha visto un primo incontro a Rapallo (GE), e che ne prevede un altro a Taormina a metà del prossimo mese. Anche in questo caso la tematica di fondo è rappresentata dalle patologie cardiovascolari nel diabetico: tuttavia l'esperienza di Rapallo è stata molto stimolante. Infatti tutta la parte interattiva di lavoro in gruppo è stata dedicata alla valutazione dell'ansia del diabetologo ed allo stress professionale nel suo rapporto con questo tipo di paziente. Tematiche nuove e sorprendentemente gradite ai partecipanti.

La Scuola AMD ha concluso sempre grazie ad un sostegno della Bayer, con i **Master di Artimino e poi di Torgiano la «Formazione dei Formatori»**, che ad oggi rappresentano una risorsa importantissima per AMD: li aspetta un lavoro quasi «titano» nei prossimi mesi ed anni.

Da un punto di vista organizzativo per l'ECM ministeriale, AMD è entrata a far parte, con SID, SIE,

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@fiscalnet.it
Home page Internet:
<http://www.aemmedi.it>
C.C. Postale: AMD, n. 96304001
P. IVA 05045491007

PRESIDENTI SEZIONI REGIONALI

Abruzzo-Molise-Umbria: R. Iannarelli
Calabria: G. Pipicelli
Campania: S. Turco
Emilia-Romagna: C. Coscelli
Friuli-Venezia Giulia: G. Maraglino
Lazio: F. Chiaromonte
Liguria: A. Corsi
Lombardia: G. Marelli
Marche: P. Compagnucci
Piemonte, Valle D'Aosta: G. Allochis
Puglia: E. Losurdo
Sicilia: P. Pata
Sardegna: A. Gigante
Toscana: C. Baggione
Veneto: G. De Bigontina

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

Abbonamento £ 28.000
1 copia separata £ 7.000
Arretrato £ 14.000

SIAM, e SIO, di un «Consorzio di Società Scientifiche dell'Area Endocrino Metabolica finalizzato all'ECM». Questo accorpamento ci ha consentito di stipulare un contratto comune con un'Agenzia specializzata, la DGMP INCOR di Pisa, che d'ora in poi si occuperà di tutte le incombenze burocratiche relative alla registrazione ed accreditamento degli eventi formativi, ed alla attribuzione dei crediti ai singoli soci, grazie all'emissione di una *tessera personale magnetica* che registrerà per ognuno di noi la partecipazione certificata agli eventi. Nei prossimi mesi dell'anno prossimo le tessere saranno in distribuzione ai soci che ne faranno richiesta con un costo contenuto (circa 20.000 lire, pari a meno di 11 euro).

I programmi futuri. Ti anticipo subito che sono ambiziosi e di grande impegno, ma assolutamente in linea con la strategia di AMD. Innanzi tutto bisogna premettere che da quest'anno abbiamo assunto una nuova metodologia di rapporto con le Aziende partner. Fino ad oggi le Aziende assumevano direttamente gli oneri organizzativi dei Corsi, ed ad AMD spettava solo la strutturazione degli eventi dal punto di vista dei contenuti. Ciò poteva portare, ed in qualche caso è avvenuto, a performances isolate, slegate da altri contesti, e soprattutto non era chiaro l'impegno economico erogato. Dal 2002 invece abbiamo deciso un'altra condotta: AMD prepara dei progetti a medio o lungo termine, confezionati «chiavi in mano», e li propone all'attenzione delle Aziende, chiedendone il sostegno economico «a budget», sulla base di obiettivi condivisi e verificabili nel tempo. Questa metodologia, che ha il grande pregio di essere trasparente, più etica, è stata accettata con entusiasmo dalle principali Aziende del Settore. Per AMD rappresenta una garanzia di finanziamento su progetti «propri» e non inquinati da eccessivi interessi di mercato, per le Aziende una sicurezza di scientificità e qualità, di riconoscimento dei Crediti, senza alcuna perdita di visibilità presso i diabetologi.

I «contratti» già stiliti per i prossimi anni sono ricchi di contenuti: parlerò in un secondo momento della VRQ e dell'accreditamento professionale, in partnership con Eli Lilly Italia, che pure riguarda anche la fase della formazione ECM; con **Guidotti** abbiamo concordato un vasto programma di incontri rivolti a piccoli gruppi di specialisti sulle tematiche del diabete e dell'arteriosclerosi, svolti con l'originale sistema dell'interattività informatica. Il programma è biennale e dovrebbe raggiungere tutti i diabetologi italiani. **Menarini Diagnostici** ha accettato con entusiasmo il contratto di partnership in un'iniziativa formativa fortemente qualificante e specifica per il team diabetologico, nata da un'esperienza della Sezione Regionale della Lombardia. Si tratterà di 5 Corsi all'anno per due anni sul tema della alimentazione nel diabetico in trattamento insulinico, rivolto a tutto il Team Diabetologico multiprofessionale. **Novo Nordisk** e **Lifescan**, in maniera assolutamente paritaria, hanno stipulato un contratto triennale con AMD su una delle iniziative che, non ho remore a dirlo, più mi stanno particolarmente a cuore: la creazione di strumenti editoriali ideati secondo la logica della qualità continua, atti ad indirizzare l'equipe diabetologica a organizzare in modo strutturato all'interno delle loro routine cliniche dei corsi fissi di educazione terapeutica per i propri pazienti. Naturalmente questa è un'iniziativa condivisa ed approvata dal **GISED**, che come sai è un gruppo di lavoro intersocietario con SID. Il percorso previsto va dalla vera e propria creazione di tali strumenti alla presentazione degli stessi ai Formatori AMD, allo svolgimento di incontri formativi periferici rivolti alle équipes, fino alla definitiva strutturazione della attività educativa all'interno dei Servizi di Diabetologia italiani.

I Gruppi di Lavoro

La strategia di AMD, come ho avuto occasione di scrivere nell'editoriale comparso qualche mese fa sul nostro bollettino, è quella di seguire alcuni filoni specifici di lavoro scientifico tra loro tuttavia fortemente interconnessi ed integrati, tutti volti alla crescita culturale professionale ed organizzativa del Diabetologo. In quest'ottica la creazione di gruppi di lavoro non è fine a se stessa, ma gli obiettivi di ciascun gruppo sono funzionali al lavoro degli altri. Il Gruppo sulla VRQ e l'Accreditamento Professionale rappresenta forse il miglior esempio di tale politica. Ai «vecchi» esperti **ORLANDINI** e **DE BIGONTINA**, si sono affiancati **Luigi SCIANGULA**, **Pasquale CALATOLA**, e, in forte rappresentanza dell'interesse del Direttivo, **Stanislao LOSTIA**. La progressione della cultura della qualità tra i diabetologi dei nostri Servizi e l'avvicinamento alle procedure dell'accreditamento sono propedeutici poi alla partecipazione attiva a tutte le attività della Società, dalla ricerca clinico-scientifica, alla costituzione di punti di eccellenza, al riconoscimento ufficiale del proprio ruolo nell'ambito del SSN. AMD in questi ultimi mesi ha ridato un forte impulso al Gruppo VRQ ed Accredimento, con un forte mandato da parte del Direttivo Nazionale. Con **Eli Lilly** si è stipulato un «contratto»: a fronte di un ben definito programma di azioni, con obiettivi condivisi e valutabili per «steps», l'Azienda si è impegnata a sostenere a budget le iniziative sull'accreditamento. Abbiamo deciso di avviare un certo numero di nostri Soci ad una Scuola ufficialmente riconosciuta (CERMET), da dove, dopo un corso full immersion con esame finale, usciranno con la qualifica di «certificatori dell'accreditamento». Essi saranno impegnati, a spese di AMD, ad aiutare i Responsabili dei Servizi Diabetologici ad approntare le corrette procedure per accedere all'accreditamento professionale. Tale attività si configura anche come formazione ECM, con crediti ministeriali. L'obiettivo è quello di portare «per mano» almeno 30-40 Servizi all'accreditamento AMD entro l'anno 2002, ed altrettanti nel 2003. Si creerà così un primo vasto «club» di Servizi, sui quali AMD potrà contare per le principali attività di ricerca e formazione. L'accreditamento potrà essere «standard», «elevato» o «di eccellenza» per specifiche attività. Nel solco dell'eccellenza il Gruppo VRQ sta già lavorando sul progetto delle «teaching clinics» del Piede Diabetico. Alcune strutture specificamente dedicate a questa importante complicanza del diabete hanno accettato di sottoporsi alle procedure di accreditamento AMD, al fine di essere poi riconosciute dalla Società come sedi di insegnamento per i nostri Soci, a spese della Società stessa, con un particolare riguardo alla parte di collegamento telematico ed informatico già previsto con tali Centri.

Strettamente connesso con il gruppo della VRQ, è quello dei cosiddetti «Modelli Assistenziali». Il gruppo, coordinato da **ARCANGELI**, con la presenza per il Direttivo di **Roberto MINGARDI**, sta lavorando alla definizione di un certo numero di modelli organizzativi, da poter applicare, «tailored», nel contesto del singolo Servizio di Diabetologia, secondo la principale tipologia riscontrata. L'obiettivo è quello della produzione di un Manuale, che metta il diabetologo nelle condizioni di riconoscere con chiarezza la tipologia del Suo Servizio, e di applicare pertanto il miglior modello possibile per la sua realtà. Anche per questo il contratto con **Eli Lilly** configura una vera partnership, in cui la responsabilità del raggiungimento degli obiettivi è tutta di AMD e dei soci del gruppo, sostenuti in modo budgettario dall'Azienda.

Il Gruppo di lavoro sull'informatica **G.I.D.I.** è nato in maniera un po' atipica rispetto agli altri, per motivazioni oggettive di contesto. Il Direttivo Nazionale ha dato un'iniziale ampia delega al Vice Presidente **Giacomo VESPASIANI**, allo scopo di formulare proposte operative. Di questo gruppo fanno parte **Fabio ROMAGNOLI**, **Walter DE BIGONTINA**, **Giuseppe PIPICELLI**, **Luca MONGE** e **Ilidio MELONCELLI**. La competenza ed il grande entusiasmo di Giacomo e la fattiva collaborazione degli altri membri del gruppo hanno prodotto un progetto veramente affascinante,

che oggi è già in avanzato stato di attività. È già operante da ieri il primo dei risultati: l'Intranet di AMD, per la quale ogni socio dispone di una casella di E-Mail all'interno del **SITO AEMMEDI** contrassegnata dal suo COGNOME NOME. Con questo sistema si potrà comunicare tra soci senza conoscere l'indirizzo privato di posta elettronica dell'altro. Il successivo passo sarà quello, entro pochi mesi, della sperimentazione di una rete tra alcuni Centri con le cliniche del Piede. Nel frattempo il nostro Sito Web sta mettendo le ali: grazie anche all'opera di **Pino PIPICELLI**, fresco Presidente Regionale della Calabria e della Basilicata, e alle intuizioni di **Luca MONGE** sta nascendo «**Thesaurus**», una sorta di biblioteca informatica aggiornatissima in link continuo, redatta da un gruppo di colleghi che hanno lo specifico compito di recuperare sul web tutte le news sul Diabete e le sue complicanze. La grande aspettativa, poi, è quella della epidemiologia: la definizione di un «file dati AMD» costruito sulla base della logica della qualità, e quindi attraverso gli indicatori di processo e di risultato adeguati all'accreditamento, emesso in output definito, qualunque sia il software che ha generato i dati. Si comprende come questo sia finalmente il superamento delle competizioni tra cartelle varie e tra software più o meno commerciali oggi presenti nel nostro mondo. L'aspirazione, ambiziosa, ma certamente alla nostra portata, è quella di avere entro la fine del 2003 quasi tutti i Centri italiani in rete telematica virtuale proprietaria e sicura tramite ADSL.

Tra pochi giorni, infine, il Direttivo costituirà probabilmente un Gruppo altamente qualificato con il compito di elaborare proposte concrete per la difesa della professionalità e della carriera del Diabetologo nel SSN. AMD non dimentica la sua origine anche «sindacale», e grazie allo stimolo intelligente di alcuni Consiglieri, tra i quali principalmente **Domenico MANNINO**, ha ritenuto opportuno di doversi occupare stabilmente di problematiche complesse e difficili, che stanno molto a cuore a tutti i nostri soci.

Istituzione di Organi Statutari

Dopo le modifiche statutarie decise a Torino, il Direttivo ha formalizzato l'istituzione dei due nuovi organi societari: la **Consulta dei Presidenti Regionali**, che si è riunita una prima volta a Roma in Luglio, e che deve ora eleggere al suo interno il Coordinatore, che parteciperà ai lavori del Direttivo Nazionale, ed il **Centro Studi e Ricerche**, che, sotto il coordinamento del Past President **Mimmo CUCI-NOTTA**, ha già preso importanti iniziative.

Rapporti con le altre Società Scientifiche

Ho già accennato in precedenza al legame che si è venuto a creare con **ANMCO**. La Società Cardiologica Ospedaliera, che peraltro confluisce nella Federazione Italiana Cardiologia, è sicuramente una delle realtà scientifiche più dinamiche nel nostro Paese. L'incontro con AMD appariva quindi inevitabile: esiste ed è operante una commissione permanente mista delle due società, con il compito di elaborare proposte di collaborazione. **Carlo GIORDA** e **Mario VELUSSI** sono i due colleghi di alta competenza che stanno portando avanti tale lavoro, che in buona parte è fortemente collegato con lo sviluppo dello Studio DAI, che rappresenta una delle più importanti realizzazioni scientifiche che AMD ha promosso in questi ultimi anni.

Un'altra Società Scientifica che sta fortemente collaborando in modo attivo con AMD è **SIMG**. La realizzazione, insieme con SID, del Documento di Linee Guida per la cura condivisa dei pazienti diabetici con i MMG ha richiesto un enorme impegno da parte di tutti: tuttavia nessuno considera finito il compito. Sia noi che SIMG stiamo progettando e svolgendo attenti monitoraggi delle attività congiunte realizzate sul territorio, e stimoliamo i nostri soci a produrre esperienze positive nel campo della collaborazione con la Medicina Generale. La «joint venture» con SIMG ci ha anche portato alla complicità di una rivista scien-



tifica con finalità formative nei confronti del MMG, **Me&Dia**, che ognuno dei nostri soci riceve, contemporaneamente a circa 30.000 medici di medicina generale. La rivista ha avuto finora solo apprezzamenti, ed è intenzione di AMD proseguire su questa strada, per aumentare le conoscenze culturali del MMG nel campo delle malattie metaboliche.

Del tutto recentemente si sono allacciati rapporti interessanti con **FADOI**, la giovane Società Scientifica degli Internisti Ospedalieri. I colleghi di FADOI sono molto attivi nella ricerca clinica. Un loro studio sui ricoveri nelle Unità Operative Internistiche italiane ha potuto rilevare come più di un quarto dei degenti abbiano tra le diagnosi di dimissione il diabete. Ci è sembrato molto promettente istituire una Commissione di collaborazione che potesse valutare le possibili iniziative comuni; **Vito BORZÌ** ne è il coordinatore, coadiuvato da **Rosa Maria MENI-CONI** e dal collega **ALBANO**.

I nostri rapporti con i cugini della **SID** sono oggi improntati ad una sempre più forte collaborazione, nel rispetto delle diverse specificità. A fronte di un costante confronto sulle attività formative, scientifiche e «politiche», abbiamo alcuni progetti assolutamente comuni, che abbiamo già cominciato a realizzare, almeno nelle loro fasi iniziali. Il primo banco di prova di rilevanza notevole è stato quello della organizzazione della **Giornata Mondiale del Diabete**. In occasione di questa ricorrenza lanciata dall'**IDF** e dall'**OMS**, le due Società hanno raccolto la sfida di affrontare il mondo dei media, trovando metodi e collaborazioni finalizzate ad incrementare nell'opinione pubblica la percezione del problema del diabete e dell'assistenza al diabetico nel nostro Paese. In tal senso, attraverso l'adesione delle nostre Sezioni Regionali, abbiamo lanciato l'idea della settimana dello screening preventivo sulle piazze, culminato nella giornata del 18 novembre in tre piazze romane. In tal senso abbiamo organizzato una Conferenza Stampa ed un Convegno in Campidoglio, con il Patrocinio della Presidenza della Repubblica, della Presidenza del Consiglio e del Comune di Roma, alla presenza attiva di tutte le sigle rappresentative del mondo del volontariato in diabetologia. L'impatto sui mezzi di comunicazione di massa è stato molto soddisfacente: la rassegna stampa riporta più di 50 articoli comparsi sui principali giornali italiani, e la citazione degli eventi sulle reti televisive nazionali. È stata la prova generale del ben noto «Progetto Italia Diabete» fortemente stimolato dal **Presidente della SID Michele MUGGEO**, e da noi condiviso. Il felice successo della manifestazione teatrale a Roma la sera del 19 novembre ci ha dato il polso di ciò che potremo fare mantenendo il più possibile l'unità di intenti anche

tra le Associazioni dei Pazienti. L'anno 2002 vedrà la progettazione e la realizzazione di iniziative volte all'ulteriore «awareness» dell'opinione pubblica e delle autorità politiche del problema «diabete», sia attraverso azioni di «lobbying», sia attraverso attività di raccolta di fondi per l'assistenza e la ricerca. Con **SID** il canale di dialogo continuo resta costantemente aperto, sia a livello delle Sezioni Regionali, che sempre più spesso organizzano eventi in modo congiunto, sia a livello dei vertici nazionali, dove il confronto delle idee è assolutamente paritario.

Attività di ricerca clinica ed attività editoriali

Ho già citato il **DAI**, fiore all'occhiello di AMD in questi anni, grazie alla collaborazione con **DiaInf** e con l'**ISS**. Non vanno dimenticati gli altri progetti in corso e in previsione: lo studio **SFIDA** (Survey of risk Factors in Italian Diabetics by AMD), dal quale ci aspettiamo una valutazione molto precisa di prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolare nei pazienti diabetici seguiti dai nostri Servizi. Lo studio è stato reso possibile grazie alla collaborazione non condizionata di **Neopharmed**. Il **DiaNeo**, di cui è responsabile nazionale **Sergio DI PIETRO**, che sta portando un'interessantissima messe di dati sui diabetici neodiagnostici. **Diabete In...forma**, da un'iniziativa della Sezione Regionale Siciliana, in collaborazione con **Federfarma** e con l'**ANCI Sanità**.

Per la parte editoriale ho già citato il contratto con **CSE** e la realizzazione con **SIMG** di **Me&Dia**; il nostro **Bollettino** condotto con entusiasmo e competenza da **Sandro GENTILE** rappresenta a tutt'oggi il miglior mezzo di comunicazione tra i soci; infine, e non certo per importanza, l'edizione italiana di **Diabetes Care**, molto gradita, che ci accingiamo, con un ulteriore sforzo finanziario, a far diventare anche «on line» sul nostro sito web.

Tutte queste iniziative sono ora di assoluta competenza del Centro Studi e Ricerche, che ha il compito di monitorarne la correttezza metodologica ed il rigore scientifico. Dal **CSR** parte ora la proposta di un grande studio di prevenzione del diabete di tipo 2, in collaborazione con la Medicina Generale, che ci dovrebbe portare come primo endpoint alla conoscenza della prevalenza dei soggetti con **IFG** ed **IGT** in Italia. Da questo primo endpoint potrebbero nascere studi di coorte prospettici di intervento, per la valutazione delle migliori metodiche di prevenzione del diabete di tipo 2 e delle complicanze cardiovascolari. Il progetto di questa ricerca è stato presentato da **Carlo COSCELLI** all'Workshop dell'**IDF** di Utrecht in ottobre, ricevendo lusinghieri apprezzamenti.

Attività economico-finanziarie

Come sai, la nostra Società è classificata come **ONLUS** (Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale); tale status giuridico ci consente alcune agevolazioni fiscali a fronte dell'impegno dell'utilizzo dei nostri fondi per finalità sociali e comunque istituzionali. I nostri introiti istituzionali sono rappresentati dalle quote di iscrizione dei singoli soci e da quelle di iscrizione delle Aziende. A partire da quest'anno la quota sociale per i diabetologi è di 50 Euro, e quella delle Aziende di 7800 Euro. A parte invece va considerata la quota di introito commerciale, che incassiamo in occasione di Congressi, Convegni, o manifestazioni di varia natura. Tale quota va mantenuta al disotto dei due terzi del totale di quella istituzionale. Sulla base di tali considerazioni, grazie ai preziosi ed insostituibili consigli professionali della sig.ra **Fiorella MASCIOTTA**, che nel frattempo è anche diventata la nostra padrona di casa, avendoci affittato la nuova sede di Viale Carlo Felice a Roma, AMD sta programmando una serie di investimenti per l'anno 2002, che vanno dall'impegno di fondi per borse di lavoro a fronte di progetti, al finanziamento in proprio della prima parte sperimentale del progetto telematico, al pagamento per collaborazioni professionali da parte dei colleghi che lavoreranno nell'accreditamento, al parziale autofinanziamento dei progetti di ricerca. La nostra affiliazione all'**IDF** non è formale: l'intenzione di ampliare il raggio dell'attività di AMD a livello europeo è forte e sentita in modo unanime dai Consiglieri. Un'importante iniziativa sarà probabilmente quella di ospitare presso Servizi Italiani colleghi di altri Paesi per stages di studio.

Finalmente siamo giunti alla definizione dell'annoso contenzioso con **Tecomproject** relativo ancora ai residui economici del Congresso di Montecatini: proprio alcuni giorni fa il Tribunale ci ha dato ragione ed abbiamo potuto recuperare in parte le somme dovute. Anch'esse serviranno a migliorare il lavoro del diabetologo.

All'inizio di questa mia lettera pensavo di riuscire a concludere il tutto in un paio di pagine. Man mano che scrivevo mi sono reso conto che le attività messe in piedi da AMD in questi anni sono tante e di così grande impegno, che non potevo non citarne qualcuna. Nel rinnovarVi gli auguri di buon Natale e felice nuovo anno, Vi esorto a collaborare sempre di più all'interno della nostra Società a tutti i livelli, per far arrivare a chi ha il compito di governare i processi, le voci di chi quotidianamente lavora con impegno per la crescita della diabetologia italiana. Un caro saluto

Marco A. Comaschi

NASCE INTRANET PER I SOCI AMD

Cari Amici,

dopo un intenso lavoro di progettazione, iniziano ad arrivare i primi risultati tangibili nell'ambito dei numerosi ed ambiziosi targets che il gruppo sull'informatica si è prefissato. Il gruppo **GIDI** sull'informatica della AMD (Luca Monge, Pino Picicelli, Fabio Romagnoli, Walter De Bigontina e Ildio Meloncelli), che ho il piacere di coordinare, vi propone **INTRANET AMD**.

Si tratta di un sistema di posta elettronica riservato ai soci AMD realizzato gratuitamente per AMD dalla ditta di telefonia **FULLCOM** di Ancona, alla quale va la nostra riconoscenza.

Il sistema di posta elettronica **Intranet AMD** serve a facilitare la comunicazione tra i soci della nostra associazione potendo scrivere a qualunque socio conoscendo solamente il suo cognome e nome. Questo sistema supera il problema dei continui cambiamenti degli indirizzi di posta elettronica personale e/o della riservatezza che questi spesso hanno.

Si accede al servizio **Intranet AMD** tramite **Login** e **Password** che saranno assegnati e comunicati a ciascun socio. Una volta entrati all'interno del servizio è possibile scrivere un testo e spedirlo ad uno dei soci semplicemente digitando il Cognome e Nome (separati solo da uno spazio, es. Rossi Mario) nella apposita casella.

Il servizio **intranet** è messo a disposizione di ciascun socio, ma per essere attivo il socio deve connettersi almeno una volta per registrarsi. Se non farà questa registrazione il suo nome non sarà attivo nell'**Intranet AMD**.

La lista dei soci che si siano attivati è visibile cliccando sulla scritta "lista degli indirizzi"

Ciascun utente può farsi reindirizzare la posta ricevuta tramite **Intranet AMD** al suo usuale gestore di posta elettronica indicando il suo indirizzo all'interno della home page.

L'e-mail reindirizzata riporterà nell'oggetto il nome della persona che l'ha scritta. Il ricevente,

per rispondere questo tipo di comunicazione, deve utilizzare **Intranet AMD** e non l'indirizzo di posta **AMD IT** che funge solo da smistatore assicurando in questo modo anche la riservatezza dell'indirizzo di posta elettronica personale.

Il sistema **Intranet AMD** non è accessibile a non soci AMD ed è volutamente molto semplice avendo lo scopo di avviare tutti alla posta elettronica e di permettere il contatto tra soci senza conoscere l'indirizzo di posta elettronica dell'altro.

Questa realizzazione è la prima delle tappe che il gruppo **GIDI** ha programmato di raggiungere e che vede nella facilità di comunicazione il filo conduttore. Scambiarsi informazioni per collaborare ed aiutarsi nella pratica clinica e nella ricerca. La meta è quella di realizzare un Dipartimento Diabetologico Virtuale.

Spero che il sistema possa essere utilizzato al meglio e sia da voi apprezzato.

Giacomo Vespasiani



ANCORA SULLA PATENTE DI GUIDA

La concessione ed il rinnovo della patente di guida costituiscono certamente un problema di non secondaria importanza sia dal punto di vista delle responsabilità certificate, sia per quanto riguarda il rispetto delle libertà personali.

Già altre volte sulle pagine di questa rivista sono apparsi contributi sullo stesso argomento, a testimonianza della rilevanza del tema.

Gli articoli che seguono non rappresentano «statements» societari, ma contributi personali che richiamano circolari e leggi fornite nel tentativo di fare chiarezza su questo importante argomento.

Chiunque sente di poter contribuire ulteriormente ad arricchire il tema può indirizzare il proprio contributo alla redazione.

1) I DIABETICI E LA PATENTE DI GUIDA: UNA STORIA INFINITA?

Per rispondere alla domanda occorre rivedere le disposizioni ministeriali e le Leggi degli ultimi anni.

Il DPR del 16 dicembre 1992 n. 495 «Regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo codice della strada» all'articolo 319 (art. 119 Codice della strada) «requisiti fisici per il conseguimento, la revisione e la conferma della validità della patente di guida» al 4° comma definisce che nei casi dubbi, o quando sia espressamente previsto il giudizio di idoneità viene demandato alla competenza della Commissione Medica Locale che deve indicare anche l'eventuale scadenza entro quando effettuare il successivo controllo.

All'articolo 320 «malattie invalidanti» viene inserito il Diabete mellito con le seguenti caratteristiche:

«La patente di guida non deve essere rilasciata, né confermata ai candidati o conducenti diabetici colpiti da complicazioni oculari, nervose o cardiovascolari o da acidosi non compensata, di entità tale da pregiudicare la sicurezza della guida.

A giudizio della commissione medica locale e con sua espressa certificazione, a seguito dell'esito di accertamenti specialistici eseguiti presso strutture pubbliche, la patente di guida può essere rilasciata o confermata ai candidati o conducenti diabetici che non siano colpiti da nessuna delle complicazioni summenzionate o con complicazioni la cui entità sia tale da non pregiudicare la sicurezza della circolazione. La patente di guida delle categorie C, D, E non deve essere né rilasciata né confermata ai candidati o conducenti diabetici che abbiano bisogno di trattamento con insulina».

All'articolo 330 viene definita la composizione della Commissione Medica locale: il Presidente, che deve essere il Responsabile dell'Ufficio Medico Legale, due membri effettivi e due supplenti scelti tra i medici compresi nell'articolo 119, comma 2 del Codice della strada, cioè: da un medico responsabile dei servizi di base del distretto sanitario ovvero da un medico delle Ferrovie dello Stato o da un medico militare in servizio permanente effettivo o da un medico del ruolo professionale dei sanitari della Polizia di Stato o da un medico del ruolo sanitario del Corpo nazionale dei vigili del fuoco o da un ispettore medico del Ministero del lavoro e della previdenza sociale.

Il Ministero dei Trasporti e della Navigazione decreta in data 8 agosto 1994 il «recepimento della direttiva del Consiglio n. 91/439/CEE del 29 luglio

1991 concernente le patenti di guida». Nel Decreto per quanto riguarda i diabetici si dispone:

«10. La patente di guida non deve essere né rilasciata né rinnovata al candidato o conducente di questo gruppo colpito da diabete mellito che necessiti di un trattamento con insulina, salvo casi eccezionali debitamente giustificati dal parere di un medico autorizzato e con controllo medico regolare».

Nel 1997 viene costituito un gruppo di lavoro composto da rappresentanti dei Ministeri della Sanità e dei Trasporti, della Federazione Italiana Diabete e della Federazione Italiana Diabete Giovanile che elabora un documento su «linee guida per l'applicazione della normativa inerente il rilascio ed il rinnovo della patente di guida ai candidati o conducenti colpiti da diabete». In questo documento si comincia a parlare di un certificato del Diabetologo da esibire alla Commissione Medica Locale; inoltre ha il pregio di dettare dei periodi di durata della patente chiari e sostanzialmente superiori a quelli vigenti. Purtroppo queste linee guida sono state molto spesso disattese poiché non sono state oggetto di una nuova disposizione di Legge, ma solo di una comunicazione del Dipartimento di Prevenzione del Ministero della Sanità.

Il 16 ottobre 1998 il Ministero dei Trasporti e della Navigazione emette un decreto che recita: «la patente di guida può essere rilasciata o rinnovata al candidato o conducente colpito da diabete mellito, con parere di un medico autorizzato e regolare controllo medico specifico per ogni caso. La patente di guida non deve essere né rilasciata né rinnovata al candidato o conducente di questo gruppo colpito da diabete mellito che necessiti di un trattamento con insulina, salvo casi eccezionali debitamente giustificati dal parere di un medico autorizzato e con controllo medico regolare». Questo nuovo decreto introduce delle importanti limitazioni per cui dopo sollecitazioni delle Associazioni dei Diabetici, viene emanata una circolare esplicativa da parte del Ministero dei Trasporti che precisa che per quanto riguarda il punto sui soggetti in trattamento con insulina «si applica esclusivamente alle patenti di guida del gruppo 2, ossia alle categorie C, D, superiori (C, C1, D, D1, E.)».

Il 7 dicembre 1999 viene approvata una Legge, la numero 472, denominata «interventi nel settore dei trasporti» che all'articolo 32 apporta importanti modifiche:

«(Modifiche agli articoli 119 e 126 del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285)

1. All'articolo 119 del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) dopo il comma 2 è inserito il seguente:

«2-bis. L'accertamento dei requisiti psichici e fisici nei confronti dei soggetti affetti da diabete per il conseguimento, la revisione o la conferma delle patenti di categoria A, B, BE e sottocategorie, è effettuato dai medici specialisti dell'unità sanitaria locale che indicheranno l'eventuale scadenza entro la quale effettuare il successivo controllo medico cui è subordinata la conferma o la revisione della patente di guida»;

b) al comma 4, dopo la lettera d) è aggiunta la seguente:

«d-bis) dei soggetti affetti da diabete per il conseguimento, la revisione o la conferma delle patenti C, D, CE, DE e sottocategorie. In tal caso la commissione medica e integrata da un medico specialista diabetologo, sia ai fini degli accertamenti relativi alla specifica patologia sia ai fini dell'espressione del giudizio finale».

2. Dopo il comma 4 dell'articolo 126 del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e successive modificazioni, è inserito il seguente:

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

In sostanza viene definito che il Medico Diabetologo deve partecipare alla Commissione per il conseguimento o la conferma della patente di guida superiore e che i soggetti in trattamento con insulina che necessitano di queste patenti devono sottoporsi alla valutazione per periodi non superiori all'anno. Viene definito che per le patenti A e B il soggetto con diabete non deve andare in commissione, ma deve essere valutato da medici specialisti dell'unità sanitaria locale che indicheranno l'eventuale durata della patente: purtroppo non si capiva chi era lo specialista che avrebbe la valutazione.

Da rilevare che nella 8ª Commissione Parlamentare (Lavori Pubblici) nella seduta del 12 novembre 99 si proponeva di fare specificare che nella Legge «Interventi nel settore dei trasporti» all'art. 32 si identificasse quale medico specialista il Diabetologo.

Il 7/2/00 il Dipartimento dei Trasporti Terrestri del Ministero dei Trasporti diffonde una circolare in cui specifica rispetto all'articolo 32 della Legge 7 dicembre 1999 che: «La disposizione di cui trattasi, quindi, individua una nuova categoria di organo medico monocratico, oltre quelle già indicate nel comma 2 dell'art. 119 cit. avente competenza esclusiva (ma limitata al rilascio o alla conferma delle patenti di categoria A, B, BE) all'accertamento dei requisiti psicofisici nei confronti dei soggetti affetti da diabete, anche se in trattamento insulinico, dato che la norma non opera distinzioni».

Purtroppo non viene ancora indicato chi è «il Medico specialista dell'Unità Sanitaria Locale», la cui identificazione viene demandata al Ministero della Sanità.

La circolare del Ministero della Sanità, Dipartimento della Prevenzione, del 24 gennaio del 2001 definisce che l'accertamento venga effettuato da medici specialisti che prestano servizio presso «l'Ufficio della Unità Sanitaria Locale territorialmente competente cui sono attribuite funzioni in materia medico-legale». Viene anche definito che il «richiedente si presenterà alla visita con una attestazione rilasciata dal proprio medico di base o dal centro diabetologico pubblico o privato che lo ha in cura. Tale attestazione conterrà notizie sullo stato di compenso metabolico, sulla terapia praticata e sulle eventuali complicanze d'organo presenti nonché l'indicazione se il paziente è sottoposto a regolari controlli medici.

Da quanto è stato esposto risulta evidente che la situazione è molto complessa anche se le ultime disposizioni chiariscono alcuni aspetti.

In pratica allo stato attuale il cittadino con diabete mellito che deve ottenere o confermare la patente A, B, BE deve sottoporsi a visita presso i Medici Legali della USL, previa esibizione di un certificato, redatto dal Medico curante o dal Centro Diabetologico pubblico o privato che lo ha in cura, in cui si definisce lo stato di compenso metabolico, lo stato di compenso metabolico, la terapia praticata, le eventuali complicanze, l'indicazione se il paziente è sottoposto a regolari controlli medici.

Per le patenti di categoria superiore la valutazione può essere fatta solo dalla Commissione medica, integrata dallo specialista diabetologo.

Si può considerare che esistono ancora dei grossi problemi irrisolti, che si possono sintetizzare nel modo seguente:



- Non c'è uniformità di valutazione su tutto il territorio nazionale e non esiste una durata prestabilita della patente in base al tipo di diabete e alla presenza di complicanze. Il problema è ben evidente anche perché il cittadino può sottoporsi all'accertamento presso il Medico curante e presso qualunque centro diabetologico pubblico o privato. Se venisse elaborata una griglia concordata dalle Società Scientifiche Diabetologiche e di Medicina Legale il problema potrebbe essere risolto.
- Tra i punti da prendere in considerazione citati dall'ultima circolare del Ministero della Sanità manca completamente l'indicazione su quale livello di conoscenza ha il paziente della patologia, delle complicanze acute e croniche. In pratica non è indicato se il soggetto è stato sottoposto a cicli di educazione sanitaria che gli permettano di riconoscere i sintomi di scompenso metabolico ed i mezzi per la loro correzione (ad es. Sintomi di ipoglicemia - quantità di zucchero da assumere).
- Esiste il rischio che i diabetici si debbano sottoporre ad una doppia valutazione, in quanto il medico monocratico può decidere di inviare il soggetto alla valutazione della Commissione qualora ritenesse che la malattia presenti delle complicazioni o sia associata ad altre patologie (es.: diabete e cardiopatia ischemica) tali per cui la decisione della durata della patente non possa più spettare al singolo medico.

G. Doveri, A. Lanièce, M. Pesenti Campagnoni
USL Valle d'Aosta.

2) IL DIABETICO E LA PATENTE DI GUIDA

Il diritto alla guida di autoveicoli è sempre più reclamato nella società moderna, essendo aumentata la necessità di doversi spostare, non solo per diporto ma spesso per lavoro. Poiché però il godimento di un diritto non deve ledere altri diritti, quale, nel caso specifico, il diritto sociale della sicurezza del traffico, si impone una regolamentazione per la concessione della patente di guida che tenga conto di questi aspetti. I regolamenti riguardanti il rilascio o il rinnovo della patente di guida ai soggetti affetti da diabete mellito hanno subito, nel corso degli anni, in Italia ed all'estero, dei cambiamenti e delle revisioni. Le norme attualmente vigenti in Italia verranno esaminate di seguito. Prima mi sembra importante cercare di dare una risposta, basata sull'esigenza, alla domanda se il diabete mellito aumenta realmente il rischio di incidenti sulla strada. Ho preso in considerazione, mediante ricerca con MedLine, gli studi più controllati degli ultimi 15 anni. Gli studi sono stati condotti per la maggior parte mediante indagini retrospettive, utilizzando questionari ideati specificamente (1,2). Nessun studio ha evidenziato un aumento significativo del rischio totale di incidenti automobilistici per i soggetti diabetici, sia di tipo 1 che di tipo 2. Lo studio di Songer et al. (3) ha però evidenziato, per ragioni poco chiare, un aumento significativo ($p < 0.05$) del rischio di incidenti automobilistici per le donne studiate con diabete insulinodipendente rispetto alle donne non diabetiche. La causa più frequente di incidente è risultata essere l'ipoglicemia (5.2%), molte volte con neuroglucopenia apparentemente asintomatica (4). Comunque il rischio aggiuntivo derivante dall'insulinoterapia sembra rientrare nella soglia di rischio attualmente accettata (sonnolenza, cardiopatia, uso di farmaci, alcolismo, abuso di sostanze, guida ai sedicenni, pericolosità delle strade) (5). I risultati dei

vari studi hanno così portato Borsh-Johnsen ad affermare, in un suo recente lavoro (6), che i diabetici non dovrebbero subire delle maggiorazioni sui premi assicurativi sui rischi di incidenti automobilistici. D'altra parte, in un recente studio di Cox et al. (7), usando un simulatore di guida sofisticato ed inducendo l'ipoglicemia in 37 diabetici di tipo 1, è stata documentata una riduzione dell'abilità di guida già per glicemie di 60-70 mg/dl ed una consapevolezza dell'evento solamente in circa il 20% dei soggetti. Ne consegue che è importante e doveroso per il diabetologo valutare la frequenza delle ipoglicemie e la sensibilità alle stesse, nel momento in cui rilascia una certificazione per il rilascio o il rinnovo della patente di guida. Altresì importante e doveroso per il diabetologo è educare il diabetico a riconoscere i possibili sintomi precoci dell'ipoglicemia e a gestire correttamente le ipoglicemie soprattutto quando è al volante. Nello studio di Vaneiman (4) è dimostrato infatti che usando un programma di educazione, il BGAT (blood glucose awareness training), introdotto da Cox et al. (8), la percentuale di rischio di incidente risulta notevolmente ridotta. Passo ora ad esaminare le normative vigenti in Italia inerenti la patente di guida, ricordando, per inciso, che fino al 1988, in Italia, per qualsiasi tipo di patente, la patologia diabetica era inesistente, cosicché per decenni molti diabetici hanno guidato automobili, camion, autobus senza particolari problemi.

La legge n. 472 del 7 dicembre 1999 (Interventi nel settore dei trasporti), all'art. 32, prevede le seguenti modifiche agli articoli 119 e 126 del D.Lgs 30 aprile 1992, n. 285, riguardanti i requisiti fisici e psichici per il conseguimento della patente di guida (art. 119) e la durata e conferma della validità della patente di guida (art. 126): 1. All'art. 119, a) dopo il comma 2 è inserito il seguente «2-bis: l'accertamento dei requisiti psichici e fisici nei confronti dei soggetti affetti da diabete per il conseguimento, la revisione o la conferma delle patenti A, B, BE e sottocategorie, è effettuato dai medici specialisti dell'Unità Sanitaria locale che indicheranno l'eventuale scadenza entro la quale effettuare il successivo controllo medico cui è subordinata la conferma o la revisione della patente di guida», b) al comma 4, dopo la lettera d) è aggiunta la seguente: «d-bis: l'accertamento dei requisiti fisici e psichici è effettuato da commissioni mediche locali costituite in ogni provincia presso le Unità Sanitarie locali del capoluogo di provincia, nei riguardi dei soggetti affetti da diabete per il conseguimento, la revisione o la conferma delle patenti C, D, CE, DE e sottocategorie. In tal caso la commissione medica è integrata da un medico specialista diabetologo, sia ai fini degli accertamenti relativi alla specifica patologia, sia ai fini dell'espressione del giudizio finale». 2. Dopo il comma 4 dell'articolo 126 è inserito il seguente: «4-bis: Per i soggetti affetti da diabete trattati con insulina gli accertamenti di cui all'articolo 119, comma 4, lettera d-bis) sono effettuati ogni anno, salvo i periodi più brevi indicati sul certificato di idoneità». Mentre per il conseguimento, la revisione e la conferma delle patenti C, D, CE, DE la legge n. 472 prevede chiaramente la presenza dello specialista diabetologo, nella Commissione locale Patenti di Guida, e chiaramente indica, per i diabetici insulinotratati il limite massimo di un anno per gli accertamenti, per le patenti di categoria A, B, BE e sottocategorie la stessa legge non identifica il «medico monocratico», specialista dell'Unità Sanitaria locale. La circolare del 24 gennaio 2001 del Ministero della Sanità (Dip. Prevenzione Uff. VII) precisa che il medico specialista previsto deve prestare servizio presso «l'ufficio della unità sanitaria locale territorialmente competente cui sono attribuite funzioni in materia medico-legale». La circolare

aggiunge che: «In considerazione dell'espressione clinica della malattia diabetica e della possibile esistenza di manifestazioni d'organo rilevanti al fine dell'accertamento e non facilmente obiettivamente, al fine di facilitare la formazione del giudizio e l'indicazione della scadenza alla quale effettuare il successivo controllo medico, su conforme parere del Consiglio Superiore di Sanità, il richiedente si presenterà alla visita con una attestazione rilasciata dal proprio medico di base o dal centro diabetologico pubblico o privato che lo ha in cura.

Tale attestazione conterrà notizie sullo stato di compenso metabolico, sulla terapia praticata e sulle eventuali complicanze d'organo presenti nonché l'indicazione se il paziente è sottoposto a regolari controlli medici. Ove gli specialisti che effettuano l'accertamento dovessero indicare una scadenza, entro la quale effettuare il successivo controllo, anticipata rispetto a quella ordinaria appare opportuno che nelle annotazioni della comunicazione di cui al modello IV. 4 venga segnalato che l'accertamento è stato effettuato a norma dell'articolo 32 della legge 7 dicembre 1999 n. 472».

Pierdomenico Bertello
Cuorgnè (TO)

3) LA PATENTE DI GUIDA, UNA STORIA INFINITA

Recenti novità per i diabetici e per i diabetologi

Il rilascio ed il rinnovo della patente di guida hanno da sempre rappresentato un notevole problema per i diabetici, e ciò sia per le frequenti diverse interpretazioni da parte delle varie commissioni a ciò delegate, sia soprattutto per il continuo sovrapporsi di disposizioni e decreti legge da parte dei Ministeri della Sanità e dei Trasporti.

Alcuni anni or sono un intervento delle Assicurazioni nazionali dei diabetologi e dei diabetici sul Consiglio Superiore della Sanità era riuscito a far accettare alcune linee di comportamento, che pur non avendo valore «di legge», vincolavano ugualmente le Commissioni locali al rilascio o al rinnovo per 5 anni delle patenti A, B e BE, a tutti i diabetici, sia tipo 1 che tipo 2, senza problemi di complicanze, in base a quanto certificato dal medico diabetologo curante.

Purtroppo la legge n. 472 del 7/12/00 «Interventi nel settore dei trasporti», apportando delle modifiche sostanziali agli articoli 119 e 126 del DL 30/4/92 n. 285, riportava alla ribalta vecchi e numerosi problemi. Il primo importante problema era rappresentato proprio dalle figure abilitate dal decreto al rilascio o al rinnovo della patente di guida. Ciò perché il comma 2-bis, aggiunto all'art. 119/92 testualmente recitava: «l'accertamento dei requisiti psichici e fisici nei confronti dei soggetti affetti da diabete per il conseguimento, la revisione o la conferma delle patenti di categoria A, B, BE sottocategorie è effettuato da medici specialisti dell'USL che indicheranno l'eventuale scadenza entro la quale effettuare il successivo controllo medico cui è subordinata la conferma o la revisione della patente di guida».

Un'altra novità era rappresentata dall'aggiunta al comma 4 (d-bis) della decisione, per le patenti C, D, DE, di integrare la commissione medica con «un medico specialista diabetologo, sia ai fini dell'espressione del giudizio finale».

Infine, l'aggiunta all'art. 126 di un comma, il 4-bis, destinato a riaccendere giuste polemiche e proteste, che sentenziava: «per i soggetti affetti da



diabete trattati con insulina gli accertamenti di cui all'art. 119, comma 4, lettera d-bis, sono effettuati ogni anno, salvo periodi più brevi indicati sul certificato di idoneità». Decisione questa, tanto incomprensibile quanto ingiusta, che di fatto obbligava tutti i diabetici trattati con insulina, indipendentemente dalla durata e tipo del diabete e, soprattutto, dalla presenza o meno di complicanze in grado di incidere sostanzialmente sulla abilità di guida, a sottoporsi ogni 6-12 mesi al giudizio della commissione medica per rinnovare la propria patente.

La generica affermazione del comma 2-bis che l'accertamento per le patenti A, B, BE, ... doveva essere effettuato da «medici specialisti dell'USSL 16» non poteva non scatenare dubbi ed incertezze che si sono trasformate in immediate richieste di una corretta interpretazione al Ministero della Sanità. In data 24/1/01 il Ministero, nella persona del dirigente generale dr Oleari, così precisava:

– i medici specialisti sono i «medici che prestano servizio presso l'ufficio della USSL territorialmente competente cui sono attribuite funzioni in materia medico-legale», incaricati del rilascio della certificazione medico-legale;

– i suddetti medici specialisti, ai fini del rilascio del certificato, riceveranno dal paziente una attestazione rilasciata dal Medico di base del paziente o dal Centro diabetologico pubblico o privato che lo ha in cura, che deve «comenere notizie sullo stato di compenso metabolico, sulla terapia e sulle eventuali complicanze d'organo presenti nonché l'indicazione se il paziente è sottoposto a regolari controlli medici».

In pratica il Ministero della Sanità decretava che, per le patenti A, B, BE, i diabetici potevano rivolgersi a qualsiasi medico abilitato a rilasciare certificazioni medico-legali, al quale però dovevano presentare una attestazione riguardante la propria situazione clinica-diabetologica e la regolarità dei controlli medici. La novità era rappresentata dal fatto che tale attestato poteva essere rilasciato non solo dal diabetologo, ma anche dal proprio medico di medicina generale.

Abbiamo usato volutamente il passato per descrivere queste norme in quanto un altro recentissimo decreto legge ha di fatto nuovamente modifica-

to le direttive per il rilascio o il rinnovo della patente di guida ai soggetti affetti da diabete, introducendo delle interessanti novità.

Infatti la legge n. 85 del 22 Marzo 2001 «delega al governo per la revisione del nuovo codice della strada», riprendendo il vecchio comma 2-bis dell'art. 119 del DL n. 472 del 7/12/99 lo ha così modificato: «l'accertamento dei requisiti psichici e fisici nei confronti dei soggetti affetti da diabete per il conseguimento, la revisione o la conferma delle patenti di categoria A, B, BE e sottocategorie, è effettuato dai medici specialisti nell'area della diabetologia e malattia del ricambio dell'unità sanitaria locale che indicheranno l'eventuale scadenza entro la quale effettuare il successivo controllo medico cui è subordinata la conferma o la revisione della patente di guida». Il che significa che il rilascio o il rinnovo, ai diabetici, delle patenti A, B, BE e sottocategorie, deve essere eseguito direttamente dai medici diabetologi curanti, che si dovranno anche assumere la responsabilità di indicare il termine entro il quale il soggetto dovrà procedere al successivo rinnovo. In tal caso ovviamente non c'è bisogno dell'attestato del medico di base. Nulla inoltre è detto per le patenti C, D, DE e sottocategorie, per le quali pertanto resta in vigore la lettera d-bis del comma 4 dell'art. 32 del DL n. 472 del 7/12/99, che rimanda alla commissione medica integrata da un medico specialista diabetologo.

Tornando alle patenti A, B, BE, non c'è dubbio alcuno che il nuovo DL del 22/3/01, individuando nel diabetologo la figura incaricata del rilascio e del rinnovo della patente di guida dei diabetici, pone nuove problematiche e alcuni interrogativi. Le problematiche sono connesse al fatto che gli specialisti diabetologi se da un lato conoscono bene le condizioni metaboliche dei propri pazienti e pertanto sono perfettamente in grado di esprimere un giudizio circa il rinnovo, dall'altro non hanno le competenze medico-legali necessarie nel momento in cui la presenza di particolari quadri complicativi o di altre patologie impongono decisioni complesse. Gli interrogativi riguardano invece la possibilità concreta che gli specialisti gravati da molti altri impegni assistenziali e strutture spesso inadeguate possano assumersi compiti così impegnativi.

Nella nostra realtà cittadina, responsabili delle strutture diabetologiche, rappresentanti della FAND e direttore del Servizio di Igiene Pubblica, in qualità di responsabile della Commissione medica, onde venir incontro alle giuste esigenze sia dei pazienti che dei diabetologi, hanno concordato una linea di comportamento che si cercherà di attuare nei prossimi mesi.

L'accordo prevede che il medico diabetologo rilascerà la certificazione per il rilascio o il rinnovo della patente A, B, BE e sottocategorie a tutti i diabetici, sia tipo 1 che tipo 2, normoudenti, esenti da complicanze o patologie tali da pregiudicare la guida. La durata del rinnovo sarà, a giudizio del medico, di 5 anni o meno se l'età supera i 70 anni.

Per il rilascio della certificazione il diabetologo deve presentare al diabetologo, oltre ai dati relativi al compenso metabolico e alla presenza o meno di complicanze croniche:

1. documentazione attestante la acuità visiva e le eventuali lenti (che andrà riportata sulla certificazione);
2. campo visivo nel caso di pregressa laserterapia;
3. autocertificazione sul proprio stato di salute;
4. ricevute attestanti i versamenti di L. 10.000 al Ministero dei Trasporti e di L. 30.000 alla USSL per la visita.

Il diabetologo, presa visione della documentazione, compilerà l'allegato 2, che andrà inviato, sia per fax che per posta, entro massimo 5 giorni, alla motorizzazione civile che dovrebbe prevedere al successivo invio all'interessato del «bollino» attestante il rinnovo.

Inoltre il diabetologo deve predisporre un archivio nel quale conservare copia dei vari documenti presentati dal diabetico e a lui rilasciati, cioè: certificazione, allegato 2, autocertificazione, ricevute dei versamenti; e ciò per eventuali controlli o contestazioni.

Tutti i soggetti che presentano problemi che potrebbero influenzare negativamente la guida vanno invece avviati alla Commissione Medica con la attestazione del diabetologo sulle loro condizioni metaboliche.

Domenico Fedele
Padova

LA POSIZIONE DEL DIRETTIVO NAZIONALE AMD SULLA PATENTE

Roma, 13 luglio 2001

Il Direttivo Nazionale dell'Associazione Medici Diabetologi, riunito oggi in sessione ordinaria a Roma Fiumicino, ha attentamente esaminato le problematiche sollevate dalla Legge sulla concessione ed il rinnovo della Patente di Guida tipo A e B ai cittadini italiani affetti da Diabete Mellito, che, come è ormai noto, individua nello specialista Diabetologo delle Aziende Sanitarie Locali l'organo «monocratico» decisionale per tale attività. Dopo ampia discussione il Direttivo AMD ritiene di esprimersi unanimemente nel seguente modo:

1. Lo specialista diabetologo ha piena competenza nella valutazione del controllo ed equilibrio metabolico della malattia diabetica e della presenza e grado di gravità di eventuali complicanze croniche evolutive correlate al diabete. Tali valutazioni sono possibili solo se il cittadino affetto da diabete mellito è correttamente seguito presso un Servizio di Diabetologia e Malattie Metaboliche di concerto con il Medico di Medicina Generale di

Sua fiducia, in un rapporto di gestione integrata della patologia.

2. È quindi indispensabile che il cittadino affetto da Diabete Mellito che si rivolge allo Specialista Diabetologo per la concessione o il rinnovo della Patente di Guida, qualora non noto allo stesso, venga correttamente inquadrato con una serie di valutazioni cliniche e strumentali concertate con il MMG che consentano la corretta diagnostica dello stato di compenso ed equilibrio metabolico e delle eventuali complicanze correlate al Diabete.

3. Lo specialista Diabetologo non ha competenza nella valutazione di elementi indispensabili per la concessione o il rinnovo della Patente che non siano correlati alla malattia diabetica, come l'esame dell'acuità visiva o del grado di funzione uditiva, che andranno quindi demandati ai Servizi competenti.

4. Le attuali risorse dei Servizi di Diabetologia e Malattie Metaboliche, ove presenti ed ufficialmente riconosciute nelle AASSLL, sono assolutamente insufficienti a far fronte alla specifica richiesta di prestazioni relative alla concessione o

rinnovo della Patente di Guida per i cittadini affetti da Diabete Mellito. È pertanto necessario che le Amministrazioni Regionali e le Aziende Sanitarie individuino, laddove i Servizi sono esistenti e riconosciuti, risorse aggiuntive in termini di ore-lavoro di Specialisti qualificati, e laddove non esistenti o non ufficialmente riconosciuti, provvedano all'Istituzione ufficiale degli stessi con la contestuale assegnazione di risorse adeguate.

5. L'Associazione Medici Diabetologi si riserva di valutare correttamente da un punto di vista giuridico la compatibilità deontologica tra la figura di un sanitario «curante» e un'attività fiscale propria della Medicina Legale

L'associazione Medici Diabetologi è ovviamente disponibile a collaborare con le Amministrazioni dello Stato, delle Regioni e delle Aziende Sanitarie Locali al fine di regolamentare in modo uniforme lo svolgimento delle incombenze in oggetto.

Marco A. Comaschi



IL DIABETICO NEL MONDO DEL LAVORO: PROBLEMATICHE CONNESSE ALL'ATTIVITÀ LAVORATIVA.

Successivamente alla Legge 115 del 1987, vi è stato un proliferare di congressi, convegni e pubblicazioni relativi ai problemi posti dal diabetico nel rapporto con il mondo del lavoro.

In tal senso uno dei temi portanti del 55° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale, tenutosi a Torino nel 1992, era «Il diabetico al lavoro».

Numerose sono state le relazioni e comunicazioni presentate sull'argomento con particolare attenzione ai problemi del rapporto tra diabete ed ambiente di lavoro, sia nell'ottica dell'eventuale presenza di noxae lavorative diabetogene, sia nell'ottica della definizione dei criteri per un corretto impiego del lavoratore diabetico.

Per quanto riguarda il primo aspetto, i dati di letteratura erano concordi, in considerazione del notevole miglioramento delle condizioni di lavoro, nel sostenere quanto mai improbabile la possibilità di identificare noxae lavorative direttamente diabetogene mentre evidenziavano l'aumento di una serie di situazioni lavorative (lavoro a turni, lavori ripetitivi, ecc.) che potevano in qualche modo interagire con il decorso della malattia diabetica.

Dal 1992 l'interesse in ambito medico lavorativo è andato in parte scemando con una notevole riduzione delle pubblicazioni sull'argomento. Questo atteggiamento può essere conseguenza del ridotto numero di soggetti diabetici che richiedono un accertamento di idoneità lavorativa. In una nostra precedente indagine, la malattia diabetica risultava essere la causa di richiesta di visita di idoneità nell'1,4% dei casi osservati. Tale fatto può derivare o dalla tendenza del soggetto diabetico a non volersi considerare portatore di un handicap in grado di interferire con le normali situazioni di impiego o dal timore di venire discriminato con conseguente possibile perdita del posto di lavoro.

Ciò nondimeno il problema dell'idoneità lavorativa nel paziente diabetico permane di estremo interesse.

L'articolo 17 del D.Lgs. 626/94 attribuisce al medico competente il compito fondamentale della formulazione del giudizio di idoneità specifica alla mansione con l'obiettivo di garantire il collocamento del lavoratore nelle attività lavorative più confacenti alle sue attitudini, intese come «le capacità e le condizioni degli stessi (ndr: lavoratori) in rapporto alla loro salute e alla sicurezza» (art. 4, comma 5, lettera c, D.Lgs. 626/94).

Se, da un lato, è chiaro che il giudizio di idoneità lavorativa ha lo scopo di evitare che situazioni cliniche, congenite o acquisite, professionali e non, possano essere aggravate dai rischi propri della mansione cui il lavoratore deve essere è già adibito, dall'altro è oggetto di discussione se il medico competente/medico del lavoro debba considerare, nella formulazione dell'idoneità specifica, i pericoli che il lavoratore può rappresentare nei confronti di terzi.

A nostro parere ed in accordo con altri autori il legislatore attribuisce al datore di lavoro l'obbligo di collocare il lavoratore non solo considerando la tutela della sua salute ma anche tenendo conto di una più generale gestione della sicurezza che prevede, nell'assegnazione dei compiti lavorativi, anche il rischio che il lavoratore può rappresentare verso terzi.

Su quest'ultimo specifico aspetto l'articolo 8 della Legge 16/03/87 n° 115 recita: «la malattia diabetica, priva di complicanze invalidanti, non costituisce motivo ostativo al rilascio di certificato di

idoneità fisica per l'iscrizione nelle scuole di ogni ordine e grado, per lo svolgimento di attività sportiva a carattere non agonistico, e per l'accesso ai posti di lavoro pubblico e privato salvo i casi per i quali si richiedono specifici, particolari requisiti attitudinali».

A tutt'oggi non ci risulta che siano stati esplicitati da specifica normativa i casi di cui sopra.

Fa eccezione il problema della guida professionale per la quale le indicazioni derivano da quanto previsto dalla normativa vigente in tema di rilascio e conferma della patente di guida.

Non sussistono pertanto, ad oggi chiare codificate indicazioni per il medico competente che deve valutare in sede preventiva l'idoneità del lavoratore diabetico.

A nostro parere, utili indicazioni si possono trarre da quanto raccomandato per materia specifica in altri Paesi; ad esempio, appaiono importanti alcune indicazioni presenti nel documento denominato «Carta del lavoratore diabetico» utilizzato negli Stati Uniti.

Tale documento si sviluppa in 8 punti ed alcuni di essi sono di specifico interesse per il medico del lavoro:

- 1 I diabetici sono nelle condizioni fisiche e psichiche di praticare qualsiasi lavoro; soltanto i diabetici che praticano notevoli dosi di insulina devono essere assegnati a lavori per i quali eventuali crisi ipoglicemiche non possano risultare pericolose.
- 2 I diabetici devono sempre lavorare per lo stesso numero di ore a rotazione fissa e, per essi, vanno evitati gli orari di lavoro da mezzanotte alle 8 del mattino.

La «Carta del lavoratore diabetico» precisa le caratteristiche orarie del turno di lavoro cui deve essere adibito il soggetto diabetico ma rimane anche essa vaga rispetto ai lavori pericolosi.

Più preciso, in tal senso, è un documento prodotto dal Comitato Medico Sociale della Società tedesca per il diabete che identifica da un lato le mansioni compatibili con lo stato di malattia diabetica (professioni sanitarie, didattiche, amministrative, tecniche) dall'altro definisce una serie di attività a cui il diabetico non deve essere adibito per la sicurezza di terzi (macchinista di locomotiva, pilota di aereo, camionista, casellante) e per la propria incolumità.

In quest'ultimo caso sono controindicati:

1. Lavori comportanti pericolo di caduta, quali spazzacamino, muratore, tirafili, pompiere, operaio di altiforni, ecc.
2. Attività che rendano difficile evitare errori dietetici quali confezione e preparazione di cibi, panettiere, pasticciere.
3. Occupazioni caratterizzate da irregolarità dei pasti (es.: rappresentante, artista, operaio turnista).

Le indicazioni fornite dagli americani e dai tedeschi corrispondono a grandi linee a quanto osservato nel nostro studio già precedentemente citato: le condizioni di disagio lavorativo riferite dai lavoratori diabetici riguardavano essenzialmente la rotazione su turni, la guida professionale ed i lavori ad altezza dal suolo.

Non veniva evidenziato, in assenza di complicanze cardiovascolari, il problema del dispendio energetico.

A nostro parere, anche alla luce delle esperienze acquisite negli ultimi anni presso l'Ambulatorio Interdivisionale di Medicina del Lavoro, tale aspet-

to va comunque considerato. In particolare, è preferibile un'attività lavorativa più gravosa con dispendio energetico costante o piuttosto un'attività lavorativa complessivamente più leggera ma con possibilità di sforzi fisici di breve durata ma molto intensi?

Riteniamo, salvo smentite degli specialisti diabetologi, più opportuna la prima ipotesi perché, verosimilmente, un lavoro siffatto permette un regolare consumo dei pasti, una più facile definizione della terapia farmacologica e, di conseguenza, un miglior controllo della glicemia.

Sempre nel nostro lavoro, si evidenziava una maggior attenzione nell'identificazione delle ridotte capacità di lavoro nei confronti dei diabetici insulino-dipendenti rispetto ai non insulino-dipendenti e, di conseguenza, risultavano maggiori le cautele adottate nei confronti dal primo gruppo di lavoratori diabetici.

Anche su quest'aspetto occorre, a nostro parere, modificare l'atteggiamento del medico del lavoro evitando una generica classificazione o suddivisione tra portatori di diabete mellito ID e NID ma valutando di volta in volta lo stato di compenso metabolico di ogni singolo lavoratore.

Su questo aspetto appare fondamentale la collaborazione tra medico del lavoro e specialista diabetologo.

È, infatti, al diabetologo curante che il medico del lavoro deve rivolgersi per ottenere tutte le informazioni necessarie per un corretto inquadramento del caso oggetto della valutazione e per una conseguente corretta definizione del profilo dell'idoneità lavorativa.

A nostro parere, infatti, alcune indicazioni di esclusione da determinate attività lavorative (es.: lavori ad altezza dal suolo, guida professionale) potrebbero risultare non vincolanti qualora lo specialista curante attesti il buon compenso metabolico, la compliance del paziente nei confronti della terapia prevista e l'assenza di episodi ipoglicemici importanti.

È ovvio, naturalmente, che la comparsa delle complicanze proprie del diabete mellito crei nuovi problemi e che il profilo di idoneità dovrà essere valutato non solo in considerazione della malattia dimetabolica di base ma anche delle complicanze stesse (retinopatia, cardiovasculopatie, neuropatia, nefropatia, ecc.).

Riteniamo infine, fondamentale che il medico del lavoro, oltre a garantire un razionale approccio al problema dell'idoneità lavorativa del soggetto diabetico, si faccia carico di una serie di interventi di sensibilizzazione nei confronti del datore di lavoro al fine di garantire un corretto inserimento lavorativo.

In un primo momento deve sottolineare come non sia corrispondente al vero la generica convinzione che i lavoratori diabetici abbiano un tasso di assenteismo elevato e che, pertanto, il loro inserimento lavorativo possa rappresentare un vantaggio reciproco (stante la spesso documentata capacità professionale del lavoratore diabetico) e non vada semplicemente considerato un pedaggio che l'azienda «deve pagare alla società».

In una seconda fase deve operare affinché siano, ove possibile, (in considerazione delle dimensioni dell'azienda) presenti servizi idonei ad assecondare le esigenze dei soggetti diabetici: in particolare i servizi mensa che dovranno prevedere specifici menù e le infermerie aziendali che dovranno garantire la presenza di idonei locali per la somministrazione della terapia insulinica ed essere

dotati di strumenti per la misura istantanea della glicemia.

Tale atteggiamento propositivo renderebbe il medico competente un punto di riferimento nella gestione della malattia diabetica all'interno dell'azienda in grado di gestire e non di discriminare l'eventuale necessità di rassegnazione del diabetico ad altro lavoro nel caso le sue condizioni fisiche cambiasse e non fossero più compatibili con le mansioni sino ad allora svolte.

Bibliografia

1) Legge 16 marzo 1987, n. 115, «Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito», Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana; Serie Generale n. 117.

- 2) Decreto Legislativo 12 novembre 1994, n. 626, «Attuazione delle Direttive 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 89/656/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE, 90/679/CEE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro», Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 265 del 12 novembre 1994.
- 3) COGGIOLA M. et al., *Una casistica di 1000 accertamenti di idoneità lavorativa specifica: analisi dell'incidenza della malattia diabetica e dei criteri di formulazione del giudizio*, Atti 55° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale; Torino, 30 settembre-3 ottobre 1992.
- 4) MOREN HYBBINETTE I. et al., *Diabetes mellitus and disability pension. A descriptive study of all subjects granted disability pension in Sweden in 1980*, Scand. J. Soc. Med., 1989; 17(2):193-201.

- 5) PERRELLI G., *Diabete e lavoro*, Giornale Italiano di Diabetologia, Vol. 12, pag. 281-284; 1992.
- 6) PERRELLI G., *Ambiente di lavoro e condizioni di lavoro quali fattori interferenti la malattia diabetica*, Atti 55° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale; Torino, 30 settembre - 3 ottobre 1992.
- 7) PETTINATI L., *Inquadramento generale dei problemi posti dal diabetico nel rapporto con il mondo del lavoro. Importanza della Legge 115/87*, Atti 55° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale; Torino, 30 settembre - 3 ottobre 1992.
- 8) ROBINSON et al., *Employer's attitudes to diabetes*, Diabetic Medicine, 1989; 6:692-696.

Maurizio Coggiola, Ferruccio Perrelli

PROBLEMATICHE DI INTEGRAZIONE SOCIALE DEL PAZIENTE CON DIABETE MELLITO TIPO 1: DAL BAMBINO AL GIOVANE ADULTO

Il Diabete Mellito tipo 1 rappresenta la più frequente endocrinopatia dell'età pediatrica.

Paradossalmente la peculiarità della gestione del diabete consiste nel presentare contemporaneamente le problematiche comuni ad altre malattie croniche e a poter essere quindi assunto, in tal senso, come paradigma.

Tale condizione, infatti, prevede contemporaneamente:

- 1) elevato grado di «medicalizzazione»
- 2) continua attenzione alla prevenzione delle complicanze acute (ipoglicemia e chetoacidosi ricorrente) e croniche (retinopatia, nefropatia e neuropatia)
- 3) notevole impatto sullo stile di vita.

La «medicalizzazione» della malattia non si limita ai controlli ambulatoriali o ai ricoveri in ambiente ospedaliero ma pervade, letteralmente, la vita del paziente.

La «medicalizzazione quotidiana» mira, infatti, al raggiungimento dell'autocontrollo della malattia da parte del paziente e/o dei genitori prevedendo ripetute somministrazioni di insulina sottocute, controlli della glicemia su prelievo di sangue capillare, controlli urinari ecc.

La «medicalizzazione» periodica, invece, consiste in un follow-up meticoloso fatto di continui contatti con l'équipe curante, dosaggio trimestrale dell'emoglobina glicosilata, day-hospital annuale per lo screening delle complicanze e delle eventuali patologie associate, necessità di periodiche consulenze anche non diabetologiche (oculista, nefrologo, podologo ecc.).

Il diabete, inoltre, al pari di molte altre croniche, ha un notevole impatto sullo stile di vita e sulla vita sociale. Ciò è dovuto alla necessità di coordinare continuamente il piano alimentare con la somministrazione di insulina e con tutte le attività di tipo scolastico, lavorativo e ludico. Inoltre, soprattutto in caso di cattivo controllo metabolico, la malattia e la sua terapia possono comportare l'insorgenza di complicanze acute sottoforma di vere e proprie emergenze cliniche, quali le crisi ipoglicemiche o la chetoacidosi ricorrente.

La stretta interrelazione tra vita quotidiana e malattia rappresenta quindi, in maniera emblematica e talvolta esasperata, l'insieme di tutte le problematiche dei bambini con malattia cronica. La necessità di accettazione e di rispetto delle regole che il diabete comporta giunge addirittura a rendere necessaria la elaborazione di «regole» che controllino la gestione quotidiana delle «eccezioni» e delle «trasgressioni», di fondamentale importanza per il controllo del benessere educativo e sociale dei giovani. Non si può, ad esempio, impedire ad un adolescente di

frequentare un pub o una discoteca né si può escludere un bambino da una festa di compleanno o da una gita scolastica.

Di fronte alla necessità di rispettare le regole, l'atteggiamento del paziente può oscillare tra un estremo fatalismo (fino al «menefreghismo» e alla negazione della malattia) e, al contrario, un approccio ansioso ed angosciato (mania della perfezione terapeutica) talvolta ancora più deleterio del fatalismo stesso. Tra questi due estremi si possono verificare tipi di approccio «intermedio» sicuramente più costruttivi e tesi al controllo della malattia ma accomunati tutti (come è ovvio) dalla ricerca della migliore qualità di vita possibile.

Attorno alla cura del diabete mellito tipo 1 in età pediatrica ruotano tre personaggi «principali» che sono il bambino (protagonista), i genitori (la madre e, più raramente, il padre) e il pediatra diabetologo. A questi si aggiungono altri personaggi che nel percorso educativo e nelle sempre nuove esperienze di vita possono avere importanza variabile e, talvolta, molto elevata: gli insegnanti, i fratelli, i parenti, gli amici, i/le fidanzati/e che con i loro interventi possono spesso modificare il tipo di atteggiamento dei giovani pazienti verso la malattia.

L'importanza di questi ultimi personaggi può essere accentuata dalla progressiva ricerca, che diventa fisiologica in età adolescenziale, di autonomia dai genitori.

Proveremo a tracciare, quindi, le caratteristiche ed il ruolo che ciascun personaggio assume nei confronti di tale patologia. Naturalmente il nostro discorso, per motivi esplicativi, si basa su stereotipi che rappresentano emblematicamente la maggioranza non, ovviamente, la totalità dei casi.

IL PAZIENTE IN ETÀ PEDIATRICA CON DIABETE

Naturalmente l'età del bambino con diabete modifica il suo atteggiamento nei confronti della malattia.

Il bambino di età inferiore a 6 anni è dipendente completamente dai genitori. È talvolta stupefacente osservare che, per questi bambini, il diabete può rappresentare la «normalità» al punto da ridurre o, addirittura, annullare la percezione di privazione. Nel corso della crescita la progressiva interiorizzazione del concetto di malattia può indurli ad acquisire abitudini che «riprodu-

cono» la malattia stessa (diagnosticare il diabete alle loro bambole, giocare con i fratellini o gli amici al «diabetologo e paziente» preferendo, spesso, interpretare il ruolo del diabetologo).

Nel bambino di età compresa tra i 6 anni e la pubertà si verifica normalmente un graduale aumento dell'autonomia dai genitori con estensione della vita di relazione fuori dall'ambiente familiare. È questa l'epoca nella quale aumenta il confronto con i coetanei non diabetici e, talora, inizia la coscienza delle proprie restrizioni.

Molto spesso in tale epoca si arriva a «sfruttare» la malattia a fini scolastici. Nella nostra esperienza abbiamo avuto modo di osservare spesso bambini che utilizzavano la «scusa del diabete» per ottenere dagli insegnanti l'autorizzazione a studiare di meno. Interessante notare che, in questa stessa epoca, così come nell'età appena successiva, anche i genitori talvolta «utilizzano» il diabete ma a fini proibitivi.

Per l'adolescente la pubertà è l'epoca in cui si ha normalmente un crescente processo di auto-affermazione che termina con il raggiungimento della propria identità psicofisica. La malattia può interferire, quindi, con la maturazione emotiva e cognitiva e con l'evoluzione della personalità comportando il rischio di deteriorare la propria immagine corporea (corruzione della fisicità). D'altra parte questa è l'epoca delle sfide e degli eroismi per cui è molto comune l'atteggiamento di negazione della malattia.

Terminata la fase adolescenziale inizia quella del «giovane adulto». È questa l'epoca nella quale i ragazzi cominciano seriamente a voler programmare il proprio futuro con il rischio di crisi soprattutto al momento di immaginare una propria famiglia.

Talvolta la malattia cronica comporta un tentativo di anticipare le tappe della vita adulta. Nella nostra esperienza, per esempio, è elevata la percentuale di ragazze con diabete che vanno incontro a gravidanze prematrimoniali.

A questo proposito abbiamo studiato recentemente le caratteristiche del rapporto di coppia dei ragazzi con diabete. In una prima fase del rapporto c'è molta reticenza nel rendere nota la diagnosi. Successivamente, quando il rapporto comincia a consolidarsi e si raggiunge una maggiore confidenza, inizia, spesso, un tentativo di condivisione della gestione della malattia diventando, quindi, i partner veri e propri «infermieri», molto protettivi ma, talora, anche un pò oppressivi!



Per quanto riguarda le scelte lavorative recentemente stiamo assistendo ad un nuovo fenomeno: molti pazienti, dopo l'esame di maturità, decidono di iscriversi a facoltà mediche o biologiche. Tale scelta è dettata dall'abitudine di frequentare strutture sanitarie, dalla volontà di fare personalmente ricerca clinica e di laboratorio, dal desiderio di «aiutare» gli altri o, come ci ha riferito recentemente un giovane collega ex paziente, da una sorta di gioco dei ruoli («passare dall'altra parte della scrivania!»). Nel nostro ambulatorio lavorano attualmente due ex pazienti: un biologo ed una assistente sociale specializzata in comunicazioni.

I GENITORI DEI BAMBINI E DEGLI ADOLESCENTI CON DIABETE

La gestione del diabete risulta alquanto differente in rapporto alle condizioni socioculturali dei genitori e alle modalità di impostazione del rapporto di coppia (indipendenza-dipendenza di un coniuge dall'altro, madre professionalmente impegnata o casalinga, zone rurali o urbane ecc.).

In genere la madre assume una funzione prevalente nella gestione del diabete. Ciò, non solo per la ovvia intensità del rapporto tra madre e bambino ma anche per la necessità di reimpostare le modalità in base alle quali il figlio va «cresciuto». «Subito dopo la diagnosi - ci diceva una volta una mamma - nel momento in cui sono tornata a casa ho avuto la stessa sensazione di inadeguatezza provata alla dimissione dalla clinica nella quale la bimba era nata. Una delle cose, all'inizio, più angosciante è proprio il rimanere improvvisamente soli con le proprie nuove responsabilità. È in quel momento che ci farebbe molto piacere avere «in tasca» uno dei pediatri diabetologi!».

La madre assume, in una prima fase, un comprensibile atteggiamento oppressivo ed «aff...liggente» causato dall'ansia e dal timore di nuocere. In tale periodo pretende, per esempio, una dieta fissa e rigida, pratica numerose glicemie (molte di più del necessario) senza mai variare la terapia, impone al figlio molte rinunce, modifica le abitudini dell'intera famiglia in base allo schema terapeutico.

Solo in un secondo momento, quando acquisisce una certa confidenza con la malattia e si tranquillizza, si trasforma in una madre «aff...ettuosa» che studia le composizioni di tutti i prodotti del commercio per inserirli nel piano alimentare, prepara ricette gustose, modifica la terapia insulinica in base allo stile di vita del bambino.

Il miglioramento dell'approccio materno alla malattia corrisponde anche ad una maggiore complicità familiare per cui si definiscono meglio i ruoli di padre e madre e l'intera famiglia mira soprattutto alla serenità ed alla qualità di vita del paziente.

Purtroppo, la presenza della malattia, come può accadere in tutte le patologie croniche, talvolta, al contrario, può scatenare conflittualità latenti di coppia, molto rischiose per l'unità familiare.

IL PEDIATRA DIABETOLOGO

La figura del pediatra diabetologo ha, secondo il nostro parere, delle caratteristiche assolutamente peculiari rispetto alle altre specializzazioni mediche. Fin dal primo giorno di malattia, è necessario che si instauri un rapporto di «educazione permanente» all'autogestione che presuppone confidenza, fiducia e stima. Il contiguo collegamento tra famiglia e pediatra diabetologo, quest'ultimo sempre molto disponibile al colloquio, comporta il rischio che il medico diventi «vittima» dei mezzi di comunicazione (telefono, cellulare, fax, Internet, ecc.).

Inoltre, come tutti i medici che curano patologie croniche, il pediatra diabetologo vive talora momenti di frustrazione legati al fatto che, in realtà, i risultati del suo intervento terapeutico si limitano al raggiungimento

del buon compenso metabolico e non possono giungere alla «guarigione» della malattia. Egli gode del successo terapeutico e della «guarigione» soprattutto al momento della diagnosi, quando il suo intervento risulta risolutore nei confronti di situazioni estremamente preoccupanti quali il coma diabetico o la grave chetoacidosi. Anche agli occhi dei pazienti è quello il momento in cui si raggiunge la massima riconoscenza e «mitizzazione». Successivamente, quando il paziente comincia a rendersi conto della cronicità della sua condizione, tende a modificare il suo rapporto con il medico verso un certo grado di dipendenza psicologica che comporta da un lato la «smitizzazione» e, dall'altro, l'acquisizione di confidenza e di amicizia:

D'altra parte, poiché la funzione del diabetologo spesso deve essere anche quella di verificare l'attinenza dello stile di vita seguito dal paziente con quello «ideale» imposto dalla malattia, la visita ambulatoriale può talvolta trasformarsi in un colloquio tra «Sherlock Holmes» e un indiziato del reato di «bluff» sul diario glicemico. Ciò accade per fortuna raramente. Più spesso, invece, il medico si immedesima nelle problematiche poste dal paziente e si «rimbecca le maniche» per cercare in tutti i modi di adeguare i limiti imposti dalla terapia insulinica allo stile di vita del paziente.

PERSONAGGI «COLLATERALI»

Anche i personaggi collaterali che ruotano attorno ai bambini con diabete possono avere un ruolo importante nella gestione della malattia.

Le dinamiche familiari, per esempio, possono essere seriamente turbate da fratellini sani che, a torto o a ragione, possono interpretare come «predilezione» le cure dei genitori al bambino con diabete.

Allo stesso modo l'approccio al problema diabete da parte degli insegnanti può modificare sostanzialmente le relazioni sociali del bambino. A questo proposito sono da scoraggiare sia l'iper-protezionismo, in genere dettato da una condizione di timore nei confronti della malattia, sia l'eccessivo autoritarismo che può interferire con alcune esigenze terapeutiche (impedire l'assunzione di spunzini e merende, impedire l'accesso alla toilette prima di una certa ora, impedire al bambino di praticare l'insulina e i controlli prima del pasto scolastico ecc.).

I parenti e gli amici di famiglia, non coinvolti nelle difficoltà gestionali quotidiane, sono sempre molto attenti alle vere o presunte «novità terapeutiche» riportate, talora con eccessiva enfasi, dai mezzi di comunicazione di massa e sono sempre pronti ad indicare in quello o quell'altro farmaco o tecnica innovativa (trapianti di beta-cellule, sensori di glicemia ecc.) la soluzione del problema. A tal proposito l'attuale globalizzazione delle informazioni, se mal gestita, può rivelarsi più deleteria che utile nel caso di tali malattie croniche. Molto spesso, infatti, si divulgano, senza alcun controllo, notizie spesso mis-interpretate da coloro che non hanno una specifica cultura sull'argomento.

LA TERAPIA DEL DIABETE E LE NUOVE TECNICHE DI EDUCAZIONE DEL PAZIENTE

L'educazione all'autogestione trova spesso ostacolo nei giovani nel rapporto «insegnante-alunno» che si verifica inevitabilmente durante i corsi di formazione tenuti dal team diabetologico. È da considerare, inoltre, che tali corsi, oltre ad addestrare tecnicamente i pazienti devono mirare a creare l'autonomia gestionale, scopo reale dell'educazione stessa. Può assumere, in tal senso, quindi, molta importanza l'utilizzazione di linguaggi adeguati alle abitudini attuali di comunicazione degli adolescenti o dei soggetti in fase immediatamente pre-pubere.

La fine del ventesimo e l'inizio del ventunesimo secolo sono stati caratterizzati da una grande rivoluzione

tecnologica: il completo rinnovamento dei sistemi di comunicazione. Tale rinnovamento va dall'introduzione della più grande rete di comunicazione a livello planetario che sia mai esistita: Internet, all'implementazione di sistemi di comunicazione interpersonali capillari: i cellulari.

Il diabete, d'altra parte, per quanto abbiamo detto è una malattia molto particolare per quel che riguarda le comunicazioni: è l'unica malattia nella quale fin dall'inizio è necessario insegnare al paziente a curarsi da solo!

Nell'ultimo anno e mezzo del nostro Servizio abbiamo voluto valutare se l'aggiunta della comunicazione on-line (chat-line) agli strumenti didattici usualmente impiegati nell'educazione del paziente diabetico in età pediatrica inducesse un aumento della compliance. Tale mezzo, che negli adulti si è solo «sovrapposto» agli altri mezzi di comunicazione, rappresenta invece, per l'ultima generazione, uno strumento in cui i ragazzi stanno primariamente sviluppando le loro modalità di rapporto sociale.

Abbiamo creato, quindi, con l'aiuto degli stessi giovani pazienti, un sito web dal titolo: «L'isola ... pancreatica che non c'è!» (<http://utenti.tripod.it/darioiafusco/index.html>) collegandosi con il quale coloro i quali sono seguiti presso il nostro Servizio, utilizzando il programma di comunicazione online ICQ, possono partecipare ad una «chat-line» settimanale nelle ore serali moderata dal sottoscritto.

La partecipazione avviene per pseudonimi e solo il sottoscritto (The Doc) conosce la vera identità dei partecipanti. Il non rivelare agli altri l'identità ha molto favorito la comunicazione. Infatti i partecipanti, per loro stessa ammissione, vivono una sorta di «realtà virtuale» durante la quale possono essere molto più sinceri ed aperti nell'impostare problemi legati o meno alla malattia e nel formulare le ipotesi di risoluzione degli stessi. Nel periodo di tempo di 18 mesi i partecipanti, spinti sia da un avviso posto in sala di attesa del Servizio che, soprattutto, dal «passaparola», sono passati da 10 a 82! È progressivamente cresciuta l'autosufficienza ed è migliorata la compliance alla terapia ed il controllo metabolico. Si è creato, insomma, un gruppo di «self-help» in cui la mutua solidarietà si traduce in sostegno per ciascuno dei membri e che tende rapidamente ad emanciparsi dalla figura «paterna» del moderatore, con un rapido percorso verso l'autonomia e, quindi, verso la «vera» educazione.

CONCLUSIONI

La terapia del diabete mellito tipo 1 per l'elevato grado di medicalizzazione quotidiana e periodica e per l'aspetto «totalizzante» che ha la malattia sullo stile di vita del paziente ha necessità di istituire complessi rapporti tra paziente, genitori, familiari e medici. Tali rapporti si modificano con l'età del paziente e con la durata della malattia e, di solito, migliorano con il tempo in maniera direttamente proporzionale alla riduzione dell'ansia.

È necessaria sicuramente la collaborazione di tutti affinché il paziente possa, accettando anche una serie di compromessi terapeutici utili a superare difficoltà contingenti, raggiungere quella serenità sufficiente che gli permetta, pur riconoscendo i nuovi limiti imposti dalla patologia, di ottenere una buona qualità di vita.

Bibliografia

- DARIO IAFUSCO, NICOLA INGENITO e FRANCESCO PRISCO, *The chat-line as a communication and educational tool in adolescents with Insulin Dependent Diabetes Mellitus. Preliminary observations*, Diabetes Care 23 (12): 1853:2000.
- DARIO IAFUSCO e FRANCESCO PRISCO, *Il Diabete Mellito in età pediatrica*, Corso di istruzione per neo-diagnosticati, Ed. Roche Diagnostics, 1999.
- G. BASILE, B.M. AMODEO, D. IAFUSCO, G. STOPPOLONI, C.O. MORO, *Prodotti alimentari - tabelle di composizione*, Ed. Liviana Medicina, Gruppo Idelson, 1993.

Dario Iafusco e Mariano Agrusta

RITIRO DAL COMMERCIO DELLA CERIVASTATINA

Nota Introduttiva

La valutazione che segue, richiesta dalla Direzione Sanitaria, è stata condotta sui dati estrapolati dall'archivio informatizzato delle cartelle cliniche dell'ambulatorio sulle dislipidemie rivolto a tutta la popolazione diabetica e non diabetica, anche sulla base di un'esperienza decennale nell'uso delle statine.

Organizzazione dell'ambulatorio

- I pazienti afferiscono all'ambulatorio per diagnosi, pianificazione dell'intervento terapeutico e follow-up fino alla soluzione del problema. Successivamente vengono riaffidati al Medico di Medicina Generale.
- Al primo accesso vengono raccolti i dati iniziali e viene deciso se applicare il «protocollo lipidi». Ai pazienti viene in questa fase spiegata la problematica, viene concordato l'iter successivo comprensivo di studio familiare, controllo dietetico, esami prima e dopo dieta, esami volti ad escludere forme secondarie (in sostanza esami di routine, eventuale OGTT, TSH, elettroforesi proteica, HDL, Col tot e TG).
- In sede di visita e controllo di laboratorio, dopo congruo periodo di dieta, viene stabilito se procedere con sola dieta (dimissione del paziente) oppure applicare un protocollo farmacologico. In questo ultimo caso, si assicurano alcuni controlli successivi.
- L'approccio strumentale iniziale viene limitato per lo più all'ecocolordoppler carotideo. Se necessario, altri esami vengono prescritti dopo la visita.

Com'è noto, fra le attività istituzionali del CAD è compreso un ambulatorio dedicato allo studio delle Dislipidemie.

Siamo pertanto particolarmente interessati al ritiro della *Cerivastatina*, ultima statina commercializzata in Italia.

Abbiamo ritenuto opportuno valutare rapidamente quanti pazienti abbiano ricevuto da parte nostra, come ultimo suggerimento terapeutico, l'indicazione all'uso di cerivastatina.

Il risultato dell'analisi, è riportato in tabella.

I Pazienti in terapia con Cerivastatina sono stati immediatamente contattati tramite lettera (posta celere), ed in qualche caso telefonicamente, in modo da provvedere ad adeguata sostituzione e ad un controllo clinico e laboratoristico in breve tempo.

Nello stesso tempo sono state attentamente valutate le cartelle cliniche: da queste è risultato quanto segue:

- ❖ Due pazienti erano in associazione con fibrati, di cui:

Ord.	Descrizione	Numero	%
Pz. totali che all'ultimo controllo al CAD hanno ricevuto indicazione all'uso di Statine(§)			
1	Atorvastatina	273	40,0
2	Simvastatina	258	37,8
3	Pravastatina	104	15,2
4	Cerivastatina	48 ^(°)	7,0

(§) l'analisi è riferita agli ultimi 2-3 anni.
(°) in realtà la metà di questi pazienti sono pervenuti alla nostra osservazione essendo già in terapia con cerivastatina

- uno venuto al CAD essendo da tempo in tale terapia, senza alcun disturbo,
- uno da noi seguito e ponderatamente messo in associazione.
- ❖ Due pazienti hanno accusato «debolezza muscolare», di cui:
 - uno ha avuto lo stesso disturbo con tutte le statine e pervenuto a noi per consiglio (non esami specifici),
 - uno, per il quale era già scattata la sospensione, con detti sintomi ed esami del tutto normali.

Restano da esaminare le cartelle di coloro che avevano seguito tale terapia per il passato e poi era stata sostituita.

Mi siano concesse alcune annotazioni:

- ❖ l'ordine, da 1 a 4, riportato in tabella, corrisponde alla percentuale di prescrizioni, ma, a nostro parere, anche, in realtà, alla intensità di azione delle varie statine: esso è inversamente proporzionale ai costi relativi per ottenere una certa entità di calo di colesterolo.
- ❖ In base a quanto detto sopra non riteniamo (dati di letteratura e nostra esperienza) giustificato l'uso della Cerivastatina né per efficacia, né per costi, né per effetti collaterali, del tutto sovrapponibili alle altre (da valutare se siano maggiori); l'ampia diffusione che essa ha è ingiustificata. E' probabile questa sia stata sostenuta da una certa comodità di prescrizione (confezioni di 28 cps) oltre che da una sfumata propaganda, erronea, tendente a sostenere un minor rischio di effetti collaterali.
- ❖ Al CAD applichiamo, nell'approccio al dislipidemico, un rigido protocollo volto alla *definizione diagnosticata del tipo di patologia* e ad individuare se un trattamento sia veramente necessario e, se sì, quale (studio familiare, controllo prima e dopo dieta, esclusione di forme secondarie, ecc.).
 - Quando poi si conclude per l'utilità di un trattamento con statine, ne vengono spiegati al paziente gli effetti collaterali (ad esempio alle donne in età fertile si sconsiglia una gravidanza in corso di terapia), viene invitato a presentarsi immediatamente al CAD - per rapida valutazione ed esami, anche di domenica - se dovesse comparire qualcuno dei distur-

bi in precedenza illustrati; si programmano comunque esami di controllo comprendenti i lipidi, le transaminasi ed il CPK a breve scadenza.

- ❖ I dati riportati in tabella si riferiscono agli ultimi 2-3 anni, da quando abbiamo la cartella computerizzata funzionante, non essendo certo possibile analizzare, in tempi stretti, il materiale cartaceo risalente oramai ad oltre 10 anni fa. Ad ogni modo siamo sicuri che sin dall'inizio dell'uso delle statine, pur avendo avuto talvolta qualche effetto collaterale, peraltro atteso, non si sono mai verificati incidenti di rilievo o incresciosi, probabilmente anche per l'atteggiamento cauto che abbiamo tenuto.

- ❖ I recenti eventi ci danno ragione per aver usato simile prudenza: le *Statine non sono affatto innocue*.

Pur avendo avuto varie occasioni di presentare ai MMG le problematiche connesse all'uso delle statine, in tutti i distretti, anche in collaborazione con il Serv. Farmaceutico, nondimeno concludo queste brevi note suggerendo un incontro con i Medici della nostra ULSS per affrontare serenamente il problema dell'uso di tali farmaci, anche cogliendo l'occasione della situazione «emozionale» creata dagli eventi: non dimentichiamo che la spesa per le statine nella nostra ULSS si valuta in vari miliardi.

Dott. E. Scaldaferrì

Dirig. Responsabile CAD, Treviso

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 Picicelli**
tel. e fax: 0967.522087



NOTIZE IN BREVE

X CONGRESSO DI STUDIO SULL'OBESITÀ - XI CONGRESSO NAZIONALE ADI

Si è svolto ad Orvieto il X Congresso di Studio sull'Obesità - XI Congresso Nazionale A.D.I. nei giorni 8-10 novembre 2001. Oltre alle numerose tavole rotonde, simposi e sessioni di comunicazioni libere sono stati presentati Casi clinici con modalità interattiva. Numerosi i soci AMD presenti. La nostra Società Scientifica è stata rappresentata nel programma scientifico da Sergio Di Pietro che ha presieduto la sessione interattiva ad un caso di diabete mellito associato ad obesità.

CALENDARIO DEI CONGRESSI DELL'AREA METABOLICO-NUTRIZIONALE 2002-2003

CORSO BASIC: «IL METODO SCULATI DI DIETETICA E NUTRIZIONE PER VOLUMI»

Roma, 9-10 febbraio 2002

Segreteria scientifica:

Dott. OLIVIERO SCULATI

Unità di Nutrizione ASL di Brescia

Tel. 030.3838695 / 7439834 / 7439819

Segreteria Organizzativa:

PROMEETING

Vico del Popolo I, 20

05018 Orvieto (TR)

Tel. 0763.344890

Fax 0763.344880

E-mail: info@prommeeting.it

CONGRESSO ALIMENTAZIONE E DIABETE: TRA TRADIZIONE E FUTURO

Abano, 14-16 febbraio 2002

Segreteria Scientifica:

Dr.ssa P. MAGNANINI (Padova)

Dr.ssa M. PATELLA (Padova)

U.O. di Diabetologia, Nutrizione Clinica e

Malattie del Metabolismo Università di Padova - USSL 16 - Ospedale Geriatrico

Via Vendramini, 7 - 35137 Padova

Tel. 049.8218216 - Fax 049.8216266

E-mail: domenico.fedele@unipd.it

Segreteria Organizzativa:

LC Congressi s.r.l.

Via Euganea, 45 - 35141 Padova

Tel. 049.8719922 - Fax 049.8710112

E-mail lc@lccongressi.it

1st ANNUAL NUTRITION WEEK CONVENTION A SCIENTIFIC AND CLINICAL FORUM

San Diego, CA, 23-27 febbraio 2002

www.nutritionweek.com

2002 AED INTERNATIONAL CONFERENCE ON EATING DISORDERS

Boston (USA), 27-28 aprile 2002

Per informazioni: aed@degnon.org

5th INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION WESTERN PACIFIC REGION CONGRESS

Beijing, China, 1 maggio 2002

Tel: +86 (10) 6527 8803

Fax +86 (10) 6512 3754

24th EUROPEAN CONFERENCE ON PSYCHOSOMATIC RESEARCH

Lisbona, 19-22 giugno 2002

Segreteria:

Memotur, Travessa da Memoria, 51 B

1300-402 LISBONA

«EATING BEHAVIOUR, OBESITY AND EATING DISORDERS, MANAGEMENT AND TREATMENT PERSPECTIVES» (FROM THEORY TO PRACTICE)

Crowne Plaza Panamerica Hotel

Buenos Aires, 21-22 agosto 2002

Tel / Fax +54 11 4901 3272

9th INTERNATIONAL CONGRESS ON OBESITY

San Paolo (Brasile), 24-29 agosto 2002

Per informazioni: <http://www.abeso.org.br>

E-mail: info@abeso.org.br

9th INTERNATIONAL CONGRESS ON OBESITY, SAN PAULO, BRAZIL

24-29 agosto 2002

Executive Office:

Cerne Consultorio de Frentos

Tel. +55 11 3812 4845 / 3813 9353

E-mail: cerne@uol.com.br

Scientific Office:

Tel. +55 11 3813 8896 / 3815 9003

Fax +55 11 3815 2285

E-mail: paradigma@uol.com.br

ICO 2002 SATELLITE SYMPOSIUM OBESITY, HORMONES AND THE METABOLIC SYNDROME

Rio de Janeiro, Brazil, 30-31 agosto

Tel. +55 21 459 6165 - Fax +55 21 511 2592

XV CONGRESSO NAZIONALE ADI

Siena, 24-26 ottobre 2002

Segreteria Scientifica:

Sezioni Regionali ADI

Toscana e Emilia Romagna

Prof. ROSALBA MATTEI

Tel. 0577.585682 - Fax 0577.233369

E-mail: mattei@unisi.it

Dott. MASSIMO VINCENZI

Tel. 0546.978911

Segreteria Organizzativa:

PROMEETING

Vico del Popolo I, 20

05018 Orvieto (TR)

Tel. 0763.344890 - Fax 0763.344880

E-mail: info@prommeeting.it

12th EUROPEAN CONGRESS ON OBESITY (ECO 2003)

Athens, Greece

Organized by HASO

Contact: Dr. PANATOPOULOS,

Presidente of HANO

Tel. +30 1 68 67 935

Fax +30 1 68 67 937

18th INTERNATIONAL CONGRESS OF NUTRITION

1-10 aprile 2003

18th INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION CONGRESS

Paris, France, 24-29 agosto

Contact: Executive Office, 1 rue Defacqz,

B-1000 Brussels, Belgium

Tel. +32 2 538 55 11

Fax +32 2 538 51 14

9th EUROPEAN NUTRITION CONFERENCE

Roma, 1-4 ottobre 2003

Scientific Secretariat:

SINU

Via Ardeatina, 546 - 00178 Roma

Tel. 06.5032421

Fax 06.5031592

E-mail: sinu@tin.it

Conference Organiser:

FA.SI Congress

Viale Gorizia, 24 - 00198 Roma

Tel. 06.8417001

Fax 06.8414495

10th INTERNATIONAL CONGRESS ON OBESITY (ICO 2006)

Sydney, Australia

For further information:

Dr. ADAMANDLA DIANNE KRIKETOS

Tel. +61 (0) 2 92958217

ATTIVITÀ DELLE SEZIONI REGIONALI

REGIONE LIGURIA

La AMD di concerto con SID, OSDI, SIMG, Federazione pazienti, ha organizzato:

1. conferenza stampa il 12/11/01 presso la sala riunioni del banco di Chiavari, in via garibaldi, 2 - Genova;
2. incontro dibattito con pubblico sul tema il 14/11/01 nello stesso luogo;
3. due giornate di screening e diffusione di informazioni sul diabete presso il maggiore centro commerciale genovese (ad opera specificamente del Dr. Alacevich, Responsabile del Servizio dell'Ospedale di Pontedecimo) il 15/11/01 presso il centro commerciale l'Aquilone e il 18/11/01 presso la Pubblica Assistenza Croce Verde di Pontedecimo;
4. alcune interviste dei presidenti su reti TV locali il 12/11/01 su RAI 3; il 14/11/01 su Telegenova.

REGIONE CALABRIA

Nuovo Consiglio Direttivo:

presidente: Giuseppe Pipicelli; *vice presidente,* Bonaventura Cretella; *consiglieri:* Maria Antonella Ferraro, Emira Dal Moro, Maria Pia Riccio, Salvatore Mazzuca, Raffaele Vero; *segretario:* Concetta Itrace.

REGIONE MARCHE

Celebrata la Giornata mondiale del Diabete, sabato 10 novembre 2001 presso il Centro Diabetologico dell'ASL 10 dove con l'associazione Tutela Diabetici di Camerino è stato organizzato un incontro cui hanno partecipato numerosi pazienti diabetici e loro familiari che hanno avuto modo di approfondire le loro conoscenze in un clima di amicizia e solidarietà. L'incontro è stato seguito da una cena organizzata dall'Associazione Tutela Diabetici di Camerino.

REGIONE CAMPANIA

Celebrata la Giornata mondiale del Diabete.

PROGRAMMA

I fase

Unità mobile (camper, autobus od altro) nei capoluoghi di regione, itinerante per le vie cittadine con sosta in punti strategici da definire ed unità stabili (gazebo o altro) nelle piazze principali dei centri più piccoli.

Tali unità saranno attrezzate per la rilevazione, a tutti i cittadini che lo richiederanno, di dati anamnestici, antropometrici ed ematochimici (glicemia, colesterolo totale, trigliceridi e col HDL).

A coloro che aderiscono sarà rilasciato, oltre al referto con i risultati degli esami effettuati da consegnare al Medico di Medicina Generale, un volantino informativo sui fattori di rischio cardiovascolare.

II fase

Incontro-dibattito tra operatori sanitari e membri della amministrazione regionale con il pubblico in strutture dislocate nei capoluoghi della regione:

- a Benevento il 10 novembre 2001
- ad Avellino l'11 novembre 2001
- a Caserta il 16 novembre 2001
- a Salerno il 18 novembre 2001.

*Auguri
dalla Redazione di AeMmeDi*

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