

Organo Ufficiale dell' Associazione Medici Diabetologi**IL CENTRO STUDI E RICERCHE AMD E IL PRIMO INCONTRO NAZIONALE**

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

Associazione Medici Diabetologi

CONSIGLIO DIRETTIVO

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

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

PRESIDENTI SEZIONI REGIONALI

Abruzzo-Molise-Umbria: 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. Baggiore
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

Le modifiche approvate dall'assemblea dei soci AMD a Torino rappresentano il completamento di un lungo lavoro di adeguamento dello statuto della nostra Associazione agli standard ottimali di una moderna società scientifica, lavoro che era iniziato sin dal congresso di Montecatini ed aveva segnato una tappa fondamentale in quello di Chia Laguna.

Tre sono le novità principali approvate a Torino: l'istituzione di un Coordinamento Permanente dei Presidenti Regionali, che è a tutti gli effetti un organo societario autonomo e il mandato conferito al consiglio direttivo (una sorta di legge-delega) per dotarsi di 2 organi che invece sono consultivi: la Scuola di Formazione e il Centro Studi e Ricerche (art.3, comma F del nuovo statuto). In realtà, come tutti sanno, la Scuola di Formazione è già da tempo attiva e operante e la modifica di statuto ne ha consentito la ufficializzazione. La vera novità invece è rappresentata dal Centro Studi e Ricerche (CSR), la cui istituzione realizza una esigenza avvertita negli ultimi tempi a tutti i livelli. È innegabile infatti che la crescita, per certi versi tumultuosa, della capacità propositiva dell'AMD in termini di iniziative e di progetti nei vari ambiti della diabetologia clinica andava in qualche modo organizzata e coordinata, liberando nel contempo il consiglio direttivo da una serie di compiti non strettamente attinenti ai suoi scopi istituzionali, che sono quelli di tracciare la strada per così dire "politica" delle attività societarie e di deliberare in merito.

Dunque il CSR, come la Scuola di Formazione, è uno strumento del consiglio direttivo che elabora proposte proprie o recepisce proposte che vengono dallo stesso direttivo o da altri ambiti societari e le trasforma in progetti compiuti che poi rimette allo stesso direttivo, cui spetta sempre ogni decisione finale. In particolare, secondo il regolamento approvato dal direttivo, gli scopi del CSR sono quelli di "... *coordinare le iniziative AMD nell'ambito degli studi e delle ricerche applicate alla diabetologia clinica e alle malattie metaboliche, con particolare riguardo alla epidemiologia, alla clinica, alla terapia, ai modelli assistenziali, alle analisi economiche e alle problematiche socio-sanitarie*". Altri compiti conferiti al CSR dal consiglio direttivo sono il coordinamento delle iniziative editoriali e la elaborazione di proposte sui contenuti scientifici degli eventi congressuali nazionali dell'AMD.

A norma di regolamento "... *fanno parte di diritto del CSR gli ultimi 3 ex-presidenti in ordine cronologico, il presidente e il vice-presidente in carica dell'AMD. Ad essi può aggiungersi un componente nominato dal CD in relazione a progetti specifici, il cui mandato dura fino alla realizzazione di tali progetti e comunque non può superare i 2 anni. L'ultimo ex-presidente assume il compito di coordinatore del CSR*". Questa composizione non è, come qualche buontempone potrebbe sostenere, un cimitero degli elefanti o un pensionato per ex-presidenti, ma realmente rappresenta un logico impiego delle risorse costituite dal know-how, dalla capacità e, perché no, dal prestigio che queste figure hanno maturato nel periodo della loro presidenza. La presenza anche del presidente e del vice-presidente in carica assicura la continuità di intenti e la sinergia di lavoro con il consiglio direttivo, mentre quella di un esperto per i singoli progetti garantisce anche le competenze specifiche. Sulla base di tale composizione oggi del CSR fanno parte in maniera stabile Marco Comaschi, Carlo Coscelli, Mimmo Cucinotta (con il compito di coordinatore), Claudio Noacco e Giacomo Vespasiani

SOMMARIO

1. Il centro studi e ricerche AMD e il primo incontro nazionale
2. Educazione terapeutica e diabete: la formazione dei formatori. Un progetto per la regione Lombardia
3. Vascular Endothelial Growth Factor (VEGF) e rimodellamento ventricolare in pazienti con diabete di tipo 2 e ipertensione arteriosa
4. L'assistenza domiciliare ai pazienti non autosufficienti. Interazione combinata medico-infermiere
5. Campi scuola per pazienti diabetici: un efficace approccio educativo
6. Notizie in breve
7. Attività delle Sezioni Regionali
8. Il Calderone
9. Star food

L'impegno in questo momento più rilevante del CSR è rappresentato dalla stesura di un progetto nazionale per lo screening e la individuazione dei soggetti a rischio di diabete di tipo 2, che dovrebbe preludere ad un altro impegno ancora più ambizioso e cioè la attuazione di strategie di prevenzione della malattia. Il progetto è coordinato da Carlo Coscelli e vede il coinvolgimento della Società Italiana di Medicina Generale e la consulenza dell'Istituto Mario Negri Sud.

Il CSR, nelle riunioni sin qui tenute, ha anche fatto il punto sullo stato di avanzamento di alcuni progetti di ricerca che l'AMD porta avanti ormai da anni e in particolare il DAI, il DIANE0 e lo SFIDA, tutti strettamente attinenti al diabete di tipo 2 e le problematiche cardiovascolari connesse a questa malattia, che rappresentano oggi il principale campo di impegno di AMD nella ricerca clinica.

Un'altra esigenza avvertita da più parti e dal consiglio direttivo in particolare, anch'essa conseguenza della grande crescita in termini di iniziative della nostra Associazione, è quella di coordinare al meglio l'attività editoriale, oggi ricca di offerte ma a rischio di sovrapposizioni. L'AMD pubblica infatti, da sola o in collaborazione con altri, il bollettino (Aemmedi), l'edizione italiana di Diabetes Care, MeDia (rivolta soprattutto ai medici di medicina generale) e il Corso di Formazione e Valutazione, diretto ai propri soci. Una riunione con i responsabili di queste iniziative ha già consentito di stabilire i

La proposta del CSR, approvata dal direttivo AMD, è quella di tenere questo incontro a Taormina dal 28 al 30 novembre 2002 (segnatevi queste date!) e di articolarlo in quattro grandi sessioni in cui si farà il punto su: i cambiamenti dello scenario sanitario nazionale e il ruolo del diabetologo, le problematiche connesse al rischio cardiovascolare nel diabete e il contributo degli studi AMD, le grandi aspettative suscitate dai recenti trials di prevenzione del diabete di tipo 2 e le iniziative AMD in merito, l'informatica a supporto dell'attività del diabetologo.

L'augurio è di poterci incontrare numerosi e di lavorare proficuamente su questi problemi, che sono poi il motivo stesso del nostro impegno nell'Associazione Medici Diabetologi

Domenico Cucinotta

EDUCAZIONE TERAPEUTICA E DIABETE: LA FORMAZIONE DEI FORMATORI. UN PROGETTO PER LA REGIONE LOMBARDIA

INTRODUZIONE

Nella pratica clinica circa l'80% dei pazienti soffre di una patologia cronica: diabete, asma, artrosi, neoplasie, epilessia, Parkinson, malattie cardiovascolari, malattie intestinali ecc.

Sebbene la ricerca clinica abbia raggiunto risultati sorprendenti e la potenzialità di un buon controllo nel tempo di queste patologie, più del 50% dei pazienti cronici non riesce a seguire correttamente la terapia consigliata vanificando l'effetto del farmaco più sofisticato ed efficace (1,2).

Questa situazione è dovuta alle caratteristiche della malattia cronica, al trattamento che prevede e quindi all'impatto che determinano sul paziente e sul medico (tabb. I,II).

L'incontro quindi con una patologia cronica determina sempre una sensazione di progressiva perdita di salute e integrità che spesso induce nel paziente l'idea di diversità e solitudine. In realtà tutte le malattie croniche potrebbero essere descritte come diverse condizioni di salute con l'incombente rischio di incontrare eventi acuti di malattia e la possibilità di sviluppare delle complicanze.

Tab. I. - La malattia cronica.

- non guarisce
- è silenziosa, non dà sintomi, al di fuori degli episodi acuti
- se provoca dolore, questo è difficile da eliminare
- spesso vi è poca correlazione tra sintomi e danni biologici
- ha un'evoluzione incerta
- può essere influenzata dallo stile di vita

Tab. II. - Il malato.

- non può guarire, ma può controllare la malattia
- deve gestire la cura
- la malattia, al di fuori degli episodi acuti, è spesso asintomatica
- non appena abbassa la guardia, la malattia riprende vigore
- deve essere formato per agire rapidamente in caso di crisi
- deve accettare una perdita della sua integrità

Solo la consapevolezza che davvero ci si stia muovendo nell'ambito di una nuova condizione di salute e quindi di futuro accettabile, rende il paziente disponibile alle modifiche dello stile di vita richieste dalla terapia. La conquista di un nuovo e diverso livello di salute deve così rappresentare un obiettivo prioritario nella cura di un paziente affetto da una patologia cronica. La formazione del paziente a un'autogestione consapevole della malattia, diventa quindi parte integrante della terapia. Nella malattia cronica, al contrario di quella acuta, il paziente assume un ruolo attivo: anche la terapia più costosa ed efficace non dà risultati se il paziente non riesce a seguirla correttamente. Tuttavia la formazione attuale degli operatori sanitari non è adeguata, in quanto è centrata sulla malattia acuta, quindi sulla diagnosi e la terapia, condizione in cui il paziente ha un ruolo passivo.

La cura del paziente diabetico, paradigma delle malattie croniche, riconosce nella terapia educativa l'elemento indispensabile per una cura realmente efficace (1,2,4,7,8,13,16).

Un corretto percorso educativo permette di:

- coinvolgere il paziente nella gestione della sua malattia;
- raggiungere e mantenere nel tempo un buon controllo metabolico evitando e/o riducendo le complicanze croniche (5);
- riconquistare il benessere, ridisegnando un suo nuovo modello di integrità fisica e psichica (3).

Solo quando una strategia terapeutica è progressivamente condivisa con la propria équipe curante ed è consapevolmente gestita dal paziente, si creano le condizioni per una cura realmente efficace ed efficiente, riducendo le complicanze acute e croniche della malattia (5). In questo processo l'unità paziente-medico delinea e precisa obiettivi clinici realistici e stabilisce le priorità e i tempi di intervento (7,13).

Diviene quindi indispensabile per gli operatori sanitari impegnati nella cura del paziente diabetico acquisire abilità nell'ambito della formazione clinico-pedagogica.

- L'insegnamento agli operatori sanitari che si occupano di diabete e che hanno il compito di realizzare e gestire una terapia educativa, deve prevedere una preparazione adeguata a garantire una formazione che comprenda le *savoir theorique*-la teoria;
- le *savoir traiter*-la cura;
- le *savoir suivre*-la gestione della cronicità (2); ma anche la capacità di lavorare in gruppo e quindi essere in grado di creare e gestire un team.

«L'educazione del paziente diabetico quindi e più in generale del paziente cronico non può essere improvvisata, ma deve nascere da una formazione specifica, metodologicamente corretta, che corrisponda ai bisogni di questi malati, bisogni che superano la dimensione puramente biomedica» (1,2,8,12,13,15).

Scopo di questo lavoro è descrivere la progettazione, la realizzazione e i risultati di un progetto di formazione per operatori sanitari all'educazione del paziente diabetico.

Il progetto della Regione Lombardia

Queste considerazioni hanno reso possibile la progettazione e la realizzazione di un percorso di formazione, per operatori sanitari, sull'educazione del diabetico. Le risorse economiche necessarie sono state allocate dall'Assessorato alla Sanità della Regione Lombardia che ha utilizzato i fondi garantiti dalla legge regionale «Prevenzione e cura della malattia diabetica» (1992).

Gli obiettivi principali del progetto erano:

- realizzare una formazione metodologicamente corretta all'educazione terapeutica del diabetico e più in generale del paziente cronico;

- porre le premesse per creare una rete il più capillare possibile di operatori sanitari (specialisti o no) formati all'educazione terapeutica.

La realizzazione del progetto è stata affidata a un gruppo di progettazione misto: diabetologi, me-

dici di medicina generale e formatori dell'Istituto Regionale per la Formazione (IREF), Istituto a cui è stata affidata la segreteria organizzativa. Tale progetto ha ottenuto il patrocinio delle società scientifiche diabetologiche regionali (AMD SID) e dell'OMS. Il prof. Assal, responsabile del settore Educazione Terapeutica dell'OMS, ha curato la supervisione di tutte le fasi del progetto e partecipato alla realizzazione dell'intero percorso formativo.

MATERIALI E METODI

Metodologia della progettazione

Il gruppo di lavoro

La fase di progettazione ha previsto la costituzione di un gruppo di lavoro formato dai due Diabetologi responsabili del progetto, un medico nutrizionista, un medico di medicina generale, due formatori dell'IREF (psicologi) allo scopo di identificare i problemi concreti nell'educazione del paziente diabetico che si incontrano nella pratica quotidiana e quindi orientare il percorso formativo alla loro soluzione (6,14,15). Il gruppo ha lavorato per circa sei mesi, con riunioni periodiche di una giornata (totale 15 giornate); gli incontri utilizzavano tecniche e metodi di tipo interattivo (brainstorming, scelta dei problemi, definizione delle priorità). La supervisione del prof. Assal avveniva periodicamente: una giornata ogni 2 mesi presso l'Ospedale Cantonale di Ginevra; inoltre il materiale prodotto dal gruppo veniva regolarmente inviato per la supervisione. L'IREF ha garantito il supporto organizzativo, la sede per il corso, il materiale didattico. I tempi per la realizzazione si possono così riassumere. Sei mesi per gli atti amministrativi; 6 per la progettazione; 8 per la realizzazione. La metodologia usata per la progettazione e la realizzazione del progetto sono riportati nella tabella III.

Tab. III. - La metodologia

Fase di progettazione:

- raccolta e analisi dei bisogni formativi
- definizione degli obiettivi
- pianificazione del corso

Fase di realizzazione:

- brevi relazioni introduttive: 20 min
- lavoro in piccoli gruppi: 60 min (metaplan, esercitazioni pratiche, gioco dei ruoli, ecc.)
- gradimento del corso (questionari)
- rapporto docenti/discenti: 1 a 8

Fase di verifica:

- presentazione dei progetti realizzati a un anno dal corso

Il Progetto

Sono stati così definiti gli obiettivi generali dell'intero progetto:

- il lavoro interdisciplinare;
- le peculiarità della malattia cronica;
- la gestione e il follow-up del paziente cronico;



- la terapia educativa dei pazienti;
- la formazione di altri operatori sanitaria (effetto a cascata);

Il progetto è stato strutturato in modo da garantire la specificità dell'intervento e nel contempo raggiungere tutti gli interpreti dell'assistenza diabetologica. Sono stati così ideati percorsi distinti per rispondere alle diverse esigenze professionali, dando ampi spazi alla formazione in campo educativo (per es. la comunicazione, la motivazione, la pedagogia clinica ecc.) e utilizzando l'aspetto tradizionale biomedico (la terapia insulinica, la cura del piede diabetico ecc.) come «palestra», esempi pratici in cui applicare la formazione ricevuta (fig. 1).

I percorsi del progetto

Il percorso ha portato alla definizione dei seguenti percorsi:



Fig. 1 - Il progetto.

- la medicina non specialistica;
- la medicina specialistica.

La medicina non specialistica

I destinatari

Il percorso è stato realizzato per gli operatori non specialisti, operanti nel territorio; la scelta dei partecipanti a ogni corso è stata effettuata con lo scopo di garantire la gestione interdisciplinare del diabetico; ogni gruppo è stato quindi formato da medici, infermieri, dietisti così che insieme potessero:

- prendere coscienza dei diversi ruoli e competenze;
- mettere in comune le diverse esperienze professionali;
- sperimentare l'interazione tra i diversi ruoli. Inoltre i partecipanti sono stati scelti tra coloro che già rivestivano, all'interno di Ospedali e/o ASL, un ruolo istituzionale di formatore per poter garantire la capillarizzazione della formazione all'educazione terapeutica del paziente diabetico e più in generale cronico (effetto a cascata).

Sono stati realizzati tre corsi, ognuno della durata di 8 giorni e suddiviso in 4 moduli di 2 giornate, a cadenza bisettimanale con 20 partecipanti (un totale di 60 per i 3 corsi).

A un anno è stata realizzata una giornata di verifica.

Gli obiettivi del percorso

- Identificare le peculiarità della malattia cronica, utilizzando il diabete come modello.
- Acquisire competenze metodologicamente corrette per l'educazione terapeutica del paziente cronico.
- Acquisire competenze per la formazione di altri colleghi.
- Prendere coscienza che l'approccio educativo deve integrarsi con quello tecnico scientifico nella cura e prevenzione delle complicanze croniche.

- Aggiornare sulla diagnosi e terapia delle principali complicanze croniche del diabete.

Il programma del percorso

Gli obiettivi del percorso sono rappresentati dalla figura 2; il programma nella tabella III; ogni modulo prevede risultati didattici che si legano al modulo successivo.

La medicina specialistica

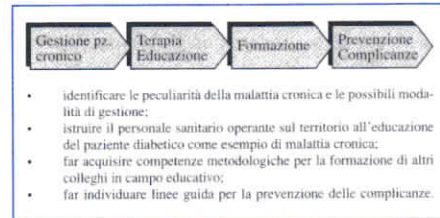


Fig. 2 - Percorso A: medicina non specialistica - obiettivi.

I destinatari

Questo percorso è stato dedicato agli operatori sanitari che lavorano in strutture specialistiche diabetologiche; hanno partecipato medico, infermiere e dove presente dietista, di 22 strutture diabetologiche, per un totale di 60 partecipanti. Il requisito per la partecipazione era la presenza di almeno due figure professionali. Sono stati realizzati 3 corsi di 6 giorni, divisi in 3 moduli di 3 giorni.

Gli obiettivi

- Approfondire la preparazione nel campo dell'educazione e formazione del paziente diabetico (pedagogia clinica).
- Apprendere e applicare le diverse metodologie pedagogico formative.
- Apprendere l'importanza del lavoro interdisciplinare nella terapia educativa.
- Sperimentare le difficoltà legate alle complicanze croniche, all'autogestione della malattia.

Il programma del percorso

Gli obiettivi del percorso sono descritti nella figura 3; il programma nella tabella IV.

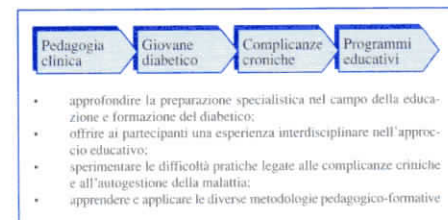


Fig. 3 - Percorso B: medicina specialistica - obiettivi

RISULTATI

Realizzazione del progetto

Ogni corso, formato da 20 partecipanti, è stato organizzato come gruppo di lavoro centra-

to su di un compito prefissato, rappresentato dagli obiettivi specifici (scientifici ed educativi) esplicitati per ogni singolo modulo.

Questo metodo di lavoro ha permesso di agire su tre livelli:

- la produzione del lavoro (il razionale);
- l'interazione (le relazioni interpersonali);
- le esperienze (il vissuto di ogni partecipante).

Tab. IV. - Programma del percorso «la medicina non specialistica»

Primo modulo: la malattia cronica

Raccolta delle aspettative dei partecipanti; contratto d'aula

«La gestione della malattia cronica» (relazione-discussione)

Lavoro in piccoli gruppi: incontro con il paziente cronico

Lavoro in piccoli gruppi: vivere con la cronicità
Lavoro in piccoli gruppi: la motivazione, come modificare uno stile di vita

«Il diabete: quale problema»

Lavoro in piccoli gruppi: (relazione-discussione)

Secondo modulo: le difficoltà per il paziente a mettere in pratica la terapia

«La terapia: alimentazione e attività fisica» (relazione-discussione)

Lavoro in piccoli gruppi: tra il dire e il fare c'è di mezzo il mare ...

«Educazione/pedagogia clinica: reale presidio terapeutico» (relazione-discussione)

Lavoro in piccoli gruppi: in 5 min oggi parliamo di ...

Lavoro in piccoli gruppi: oggi a mensa mangerò ... (esercizio pratico)

«Dieta e attività fisica» (relazione-discussione)

Lavoro in piccoli gruppi: le false credenze
«Un'alimentazione coatta o ragionata?» (relazione-discussione)

Lavoro in piccoli gruppi: pianifichiamo un pasto in 5 min

Terzo modulo: la pedagogia clinica

«La pedagogia clinica» (relazione-discussione)

Lavoro in piccoli gruppi: il telefono senza fili
Lavoro in piccoli gruppi: la dinamica della comunicazione

«Approccio educativo: le strategie» (relazione-discussione)

Lavoro in piccoli gruppi: il kit della sopravvivenza

«Strumenti per la Formazione Formatori» (relazione-discussione)

Lavoro in piccoli gruppi: i metodi e gli strumenti

Quarto modulo: le complicanze croniche

Lavoro in piccoli gruppi: sperimentare un handicap fisico

«Le complicanze croniche» (relazione-discussione)

Lavoro in piccoli gruppi: esercitazione pratica
«Il piede diabetico» (relazione-discussione)

Lavoro in piccoli gruppi: prevenzione del piede: una lezione di 5 min

«Le complicanze acute» (relazione-discussione)

Lavoro in piccoli gruppi: l'ipoglicemia
Lavoro in piccoli gruppi: le malattie intercorrenti

Lavoro in piccoli gruppi: cosa fare nella mia pratica clinica. Prepariamo un progetto

Conclusione e valutazione del corso

La verifica

Presentazione dei progetti realizzati a un anno

Il gruppo di lavoro ha prodotto un modo operativo dinamico che tiene conto dell'individuo, sia da un punto di vista emotivo che intel-



lettuale, facilitando ogni processo di comunicazione e di apprendimento. Nel gruppo di lavoro, infatti, si verificano e si acquisiscono capacità di ascolto, di confronto e di sperimentazione diretta che si formano facendo esperienza (13,14).

Ogni corso è stato tenuto da un formatore (psicologo) e da uno dei medici specialisti che hanno fatto parte del gruppo di progetto. Per ogni argomento scientifico è stato scelto un esperto del settore per tenere brevi lezioni introduttive (circa 20 min), seguite da lavori in gruppo (due gruppi di 10, ognuno con 1 tutor). L'integrazione tra docenti e formatori (medico e psicologo) ha permesso di gestire e sviluppare coerentemente i lavori di gruppo.

Tutte le giornate sono state ideate prevedendo momenti di aggiornamento (*lezioni*), addestramento (*esercitazioni pratiche*) e formazione (*acquisizione e sperimentazione di metodi e strumenti per il lavoro interattivo e in gruppo*) così da ottenere una piena integrazione tra gli aspetti scientifici e relazionali necessari a sviluppare le capacità professionali richieste (10,11,15).

Il prodotto di ogni lavoro di gruppo è stato raccolto e discusso in plenaria. Più dei 2/3 del tempo è stato utilizzato per i lavori di gruppo (discussioni guidate, role playing, simulazioni, esercizi pratici).

L'articolazione del corso in moduli distanziati tra loro, ha inoltre permesso: ai docenti di adeguare progressivamente gli interventi alle esigenze maturate durante i diversi moduli; ai partecipanti di provare a «casa» quanto appreso e riportare nel modulo successivo le impressioni maturate e le difficoltà incontrate (6,12,15).

La verifica del processo formativo

Sono stati previsti due momenti di verifica: la prima alla fine del corso sulla metodologia utilizzata; la seconda a distanza di un anno sui prodotti nati dal corso e sull'utilizzo dei metodi e strumenti acquisiti. Alla fine di ogni percorso è stato somministrato un questionario di autoanalisi, con un range di valutazione da 0 a 5, per rilevare l'immediata percezione di efficacia e utilità da parte dei partecipanti. Le aree indagate, su cui è stato chiesto di esprimere una valutazione sono state le seguenti:

- grado di raggiungimento degli obiettivi formativi;
- percezione dell'utilità e trasferibilità dei contenuti proposti;
- efficacia della metodologia didattica rispetto al processo di apprendimento;
- clima d'aula e livello di ascolto;
- valutazioni generali esprimibili attraverso domande aperte sull'andamento del percorso formativo.

L'analisi del questionario ha mostrato un alto indice di gradimento in tutte le aree esplorate e in particolare è stato apprezzato:

- la concretezza del programma che, partendo dai problemi della pratica clinica quotidiana ha orientato il percorso formativo alla loro soluzione, rispondendo così alle aspettative dei partecipanti;
- il lavoro in gruppi misti, che ha reso evidente ai partecipanti la possibile integrazione tra i diversi ruoli che ha determinato la crescita della reciproca competenza professionale;
- l'uso di metodologie interattive.

Questo risultato dimostra l'efficacia della metodologia applicata alla progettazione e alla realizzazione del progetto.

Solo 9/120 partecipanti hanno interrotto la partecipazione al corso, indicando l'elevato gra-

dimento per i contenuti e la metodologia; questo risultato è ancor più incoraggiante se si considera la durata: 8 giorni, divisi in 4 moduli di 2 giorni, distribuiti in 3 mesi.

A distanza di circa un anno dalla fine del corso è stata realizzata una giornata di verifica, riguardante per la medicina non specialistica:

- le attività realizzate con i pazienti;
- gli interventi formativi di altri colleghi (effetto a cascata);
- la progettazione di interventi educativi per altre patologie croniche.

All'incontro si sono presentati 42/60 partecipanti; durante la giornata è stata effettuata la presentazione e la discussione delle esperienze nate e maturate durante l'anno. La maggior parte dei presenti (30/42) utilizzava nell'approccio educativo al paziente diabetico e/o cronico l'ascolto attivo, la verifica dei messaggi, la riformulazione delle domande, l'uso delle metafore. Otto medici di medicina generale, formatori istituzionalmente riconosciuti dalle ASL, erano impegnati in programmi di formazione di altri di altri colleghi (circa 600 nella Regione) e nella progettazione degli incontri avevano introdotto l'approccio educativo come reale presidio terapeutico del paziente diabetico e più in generale del paziente cronico.

Sono stati presentati 11 progetti di educazione terapeutica, di cui 5 riguardavano altre malattie croniche (asma, cardiopatia ischemica, obesità, gravidanza a rischio ecc.). Questo risultato dimostra che è possibile utilizzare la malattia diabetica come modello per l'educazione terapeutica di altre patologie croniche.

A distanza di circa un anno dalla fine del corso è stata realizzata una giornata di verifica, riguardante per la medicina specialistica

- la realizzazione di interventi educativi al paziente diabetico;
- l'utilizzo di metodi e strumenti pedagogici;
- il lavoro in équipe.

All'incontro si sono presentate 18/22 delle équipe partecipanti.

In tutte le strutture specialistiche l'educazione terapeutica è entrata a far parte dell'attività clinica «routinaria» a dimostrare che i partecipanti l'hanno considerata parte integrante della propria professione, *conditio sine qua non* per svolgere l'attività specialistica diabetologica. Gli interventi educativi sono stati progettati e realizzati utilizzando i metodi e le tecniche pedagogiche appresi durante il corso formativo (l'ascolto attivo, l'uso di metafore, le esercitazioni pratiche, la verifica ecc.). Infine l'esperienza formativa ha permesso di migliorare il lavoro in équipe, rendendo i partecipanti consapevoli dell'importanza dell'integrazione dei ruoli nella gestione del paziente diabetico. L'analisi dei lavori presentati nelle giornate di verifica ha dimostrato che i partecipanti di entrambi i percorsi sono diventati consapevoli della propria inadeguata formazione in campo educativo e che hanno, inoltre, preso coscienza della reale efficacia delle tecniche interattive come strumenti di lavoro essenziali per educare e formare (tabb. V-VIII).

TAB. V. - Programma del percorso «la medicina specialistica»

Primo modulo: la pedagogia clinica

Raccolta delle aspettative dei partecipanti; contratto d'aula

«La gestione della malattia cronica» (relazione-discussione)

Lavoro in piccoli gruppi: incontro con il paziente cronico

Lavoro in piccoli gruppi: vivere con la cronicità

Lavoro in piccoli gruppi: la motivazione, come modificare uno stile di vita

«I messaggi che curano: l'educazione terapeutica» (relazione-discussione)

Lavoro in piccoli gruppi: simuliamo un intervento educativo a due

«Le strategie dell'approccio educativo: colloquiare a due» (relazione-discussione)

Lavoro in piccoli gruppi: gioco dei ruoli (simulazione)

«Le strategie dell'approccio educativo: le potenzialità del gruppo» (relazione-discussione)

Lavoro in piccoli gruppi: progettiamo una lezione interattiva 1

«L'architettura di un intervento educativo» (relazione-discussione)

Lavoro in piccoli gruppi: progettiamo una lezione interattiva 2

«Le problematiche dell'adolescente diabetico» (relazione-discussione)

Lavoro in piccoli gruppi: le fasi di accettazione della malattia

«Famiglia, bambino, e diabete: un «triangolo» da gestire (relazione-discussione)

Lavoro in piccoli gruppi: quali difficoltà e quale soluzione nell'educare un adolescente

Secondo modulo: le complicanze croniche

«La lenta evoluzione delle complicanze croniche: le difficoltà e le differenze negli approcci di prevenzione» (relazione-discussione)

Lavoro in piccoli gruppi: sperimentare un handicap fisico (esercizio pratico)

Lavoro in piccoli gruppi: progettare e simulare un intervento educativo (esercizio pratico)

Lavoro in piccoli gruppi: come educare? 1

«Un esempio di programmazione: il «Survival Kit» (relazione-discussione)

Lavoro in piccoli gruppi: come educare? 2

Lavoro in piccoli gruppi: cosa fare nella propria pratica clinica (lavoro dell'équipe partecipanti)

Conclusione e valutazione del corso

La verifica a un anno

Presentazione dei progetti realizzati

TAB. VI. - Percorso medicina non specialistica. Risultati I

- 42/60 partecipanti hanno completato tutto il percorso (verifica a 8 mesi);
- sono stati presentati 18 progetti di formazione all'educazione terapeutica realizzati sul territorio dai diversi partecipanti (7 dei quali riguardavano patologie croniche diverse dal diabete);
- 12 Medici di Medicina Generale, nelle diverse ASL, hanno progettato e realizzato interventi di formazione all'educazione terapeutica delle malattie croniche.

In particolare i partecipanti al percorso della medicina non specialistica hanno sottolineato una nuova consapevolezza delle reali differenze e delle peculiarità che contraddistinguono i pazienti affetti da patologia cronica (10-12).

I partecipanti al percorso della medicina specialistica, hanno invece evidenziato l'importanza del lavoro interdisciplinare, non più inteso come gruppo di persone che opera in modo rigido e piramidale, ma inteso come équipe rispettosa dei ruoli dei diversi operatori, che lavora per un obiettivo comune: il nuovo livello di salute del paziente (13,14,16).

TAB. VII. - Percorso medicina non specialistica. Risultati 2

Questionario di verifica del Gradimento del corso; punteggio da 0 a 5

Conseguimento degli obiettivi

- Descrivere le peculiarità della malattia cronica: punteggio medio 4,6



- Identificare e utilizzare modalità di gestione del paziente cronico: punteggio medio 3,8
- Essere consapevoli delle difficoltà del «vivere la dieta»: punteggio medio 4,8
- Acquisire strumenti per realizzare un intervento educativo: punteggio medio 3,2

Utilità dei contenuti acquisiti

- Utilizzare i contenuti acquisiti nel proprio ruolo professionale: punteggio medio 4
- Trasferire ad altri colleghi i contenuti acquisiti: punteggio medio 4

Metodologia didattica

- Valutazione dell'efficacia della metodologia didattica: punteggio medio 4,1
- Valutazione dei lavori di gruppo: punteggio medio 4,2

Clima d'aula

- La mia opinione è stata presa in considerazione dai docenti: punteggio medio 4,7
- La mia opinione è stata presa in considerazione dai partecipanti: punteggio medio 4,3

Tab. VIII. - Percorso medicina specialistica. Risultati 1

- 18/22 équipe hanno completato l'intero percorso formativo, compresa la giornata di verifica
- Nelle strutture specialistiche coinvolte sono stati realizzati interventi educativi strutturati e metodologicamente corretti (22/22); i partecipanti hanno portato le procedure scritte alla giornata di verifica
- In tutte le strutture specialistiche l'educazione terapeutica è entrata nella routine clinica (22/22), con spazi e modalità diversi, relativi alle diverse realtà assistenziali
- 18/22 équipe hanno completato tutto il percorso (verifica a 8 mesi)

Tab. IX. Percorso medicina specialistica. Risultati 2

Questionario di verifica del gradimento del corso; punteggio da 0 a 5

Conseguimento degli obiettivi

- Approfondire competenze in tema di pedagogia clinica: punteggio medio 4,5
- Riflettere sulla dinamica della comunicazione interpersonale: punteggio medio 4,6
- Identificare strumenti per la prevenzione delle complicanze croniche: punteggio medio 4,1
- Sperimentare l'handicap: punteggio medio 3,6

Utilità dei contenuti acquisiti

- Utilizzare i contenuti acquisiti nel proprio ruolo professionale: punteggio medio 4,2

Metodologia didattica

- Valutazione dell'efficacia della metodologia didattica: punteggio medio 4,4
- Valutazione dei lavori di gruppo: punteggio medio 4,0

Clima d'aula

- La mia opinione è stata presa in considerazione dai docenti: punteggio medio 4,5
- La mia opinione è stata presa in considerazione dai partecipanti: punteggio medio 4,3

Questi risultati ci permettono di definire questo lavoro un esempio di intervento di politica sanitaria a basso costo e ad alto impatto avendo tenuto conto fin dalle prime fasi della progettazione la necessità di rendere capillare

l'intervento, di innescare un effetto a «cascata» dell'esperienza formativa, di facilitare e potenziare l'integrazione tra le diverse competenze esistenti e già attive sul territorio.

DISCUSSIONE - CONCLUSIONI

Originalità

Il finanziamento della Regione Lombardia (legge n. 8 del 1992) di fatto riconosce l'importanza dell'educazione nella cura del diabetico e più in generale del paziente cronico, considerandola vera e propria terapia indispensabile nei progetti di politica sanitaria (10). Il progetto si propone, attraverso i 2 percorsi integrati che coinvolgono i 2 livelli assistenziali nell'educazione del diabetico, di superare i «compartimenti stagni», senza comunque creare inutili sovrapposizioni.

Nel percorso della medicina non specialistica la formazione di formatori istituzionalmente riconosciuti, impegnati nella formazione dei colleghi, garantisce un effetto a cascata, come è stato dimostrato dagli interventi realizzati. Infine la progettazione è stata condotta tenendo conto delle reali esigenze dei partecipanti, e quindi il programma realizzato è stato orientato alla soluzione dei problemi che si incontrano nella pratica clinica.

L'originalità degli obiettivi prefissati e la loro complessità rendono indispensabile nella formazione dei formatori un'accurata progettazione iniziale che deve quindi prevedere:

1. *Momenti diversi di intervento con obiettivi diversi, ma all'interno di un unico progetto formativo:*

- identificazione degli obiettivi e della realtà dei partecipanti;
- l'analisi dei problemi con i partecipanti (sensibilizzazione e identificazione delle risorse disponibili);
- realizzazione degli strumenti e allenamento nelle tecniche (verifica del saper fare).

2. *Diversi tempi di azione che permettano tra una fase e l'altra di lavoro, un periodo di riflessione e di analisi critica che sempre faciliti l'apprendimento.*

La nostra esperienza ha reso evidente il gap culturale e tecnico presente tra la formazione attuale degli operatori, centrata alla cura della malattia acuta, e le necessità della malattia cronica. Nella cronicità il medico può davvero controllare la malattia attraverso il paziente, ma solo con la sua complicità. Il paziente deve andare incontro a un apprendimento attivo della propria malattia e quindi dovrà essere correttamente informato, dovrà imparare a «saper fare» nei confronti della patologia, dovrà essere aiutato a modificare il proprio stile di vita secondo le sue nuove necessità, dovrà integrare nel suo quotidiano nuovi comportamenti, diverse abitudini (11-13). Tutto ciò rende necessario che il medico impari a spiegare, ascoltare, riformulare, verificare l'apprendimento, adattare e personalizzare la terapia, ma anche impari a mercanteggiare i bisogni della malattia con quelli del paziente (12).

Queste sono le tappe che caratterizzano la pedagogia clinica che questa nuova era della medicina ci richiede di apprendere.

I corsi di formazione professionale in questo ambito devono perciò garantire non solo apprendimento e addestramento, ma soprattutto facilitare i cambiamenti del comportamento dei curanti e permettere loro di diventare abili a motivare e coinvolgere i pazienti in una sorta di alleanza terapeutica che è obiettivo prioritario nella cura della cronicità (12,13).

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano per il contributo dato alla progettazione e realizzazione del progetto: la dott.ssa Anna Roberti, responsabile IREF; la dott.ssa Marina Cassoni, docente IREF; il dott. Marco Passamonti, medico di medicina generale; il prof. Jean Philippe Assal, direttore del Centro per l'Educazione Terapeutica per le malattie croniche, Policlinico di Ginevra, Centro collaboratore OMS.

BIBLIOGRAFIA

1. ASSAL J.P., *Traitement des maladies de longue durée: de la phase aigue au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge*, Encycl Méd Chir (Elsevier Paris), Thérapeutique 25-005-A-10, 1996
2. RUFFINO G., ASSAL J.P., *Motivation: a reciprocal engagement between doctor and patient*, in ASSAL J.P., BERGER M., GAY N., CANIVET J. (Eds), *Diabetes Education how to improve patient education*, Excerpta Medica, Amsterdam-Oxford-Princeton, 1983, p. 249-260
3. ASSAL J.P., MÜHLHAUSER I., PENAT A., GFELLER R., JORGENSEN V., BERGER M., *Patient education as the basis for diabetic care in clinical practice*, *Diabetologia* 28, 602-610, 1985
4. BRADLEY C., BREWIN C.R., GAMSUN D., MOSES G.L., *Development of scales to measure perceived control of diabetes mellitus and diabetes related health beliefs*, DM. John Wiley and Son Ltd, 1984
5. DAY J.L., ASSAL J.P., *Education of the Diabetic Patient*, in ALBERTI K.G.M.M., DEFONZO R.A., KEEN H., ZIMMET P. (Eds) *International Textbook of Diabetes Mellitus*, ed. J. Wiley & Sons Ltd, Chichester, 1992, p. 923-947
6. *The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus*, *N Engl J Med* 329, 683-689, 1993
7. CORRADINE ERLE H., *Metodologia dell'educazione sanitaria e sociologia della salute*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 1990
8. MUSACCHIO N., *Education of diabetics*, in *14 Alps-Adria Workshop on Diabetes Mellitus*, Rogaska Slatina, 1994, p. 22-28
9. NOACCO C., *L'educazione del paziente diabetico*, *Il Diabete* 1, 4, 77-89, 1989
10. WORKING GROUP ON THERAPEUTIC PATIENT EDUCATION, *Therapeutic patient education: educational considerations*, in Report of WHO Working Group (Eds), *Therapeutic patient education*, WHO, Regional Office for Europe, Geneva, 1998, p. 1-15
11. DAVIS H., FALLOWFIELD, *Counseling and communication in health care*, John Wiley (Eds), New York, 1991, p. 257-294
12. BUTLER G., Mc MANUS F., *Cosa entra nella mente? La percezione*, in BUTLER G., Mc MANUS F. (Eds), *Psicologia*, Casa Editrice Einaudi, Torino, 1998, p. 17-28
13. MUSACCHIO N., *L'educazione terapeutica nel diabete*, in WICHTING (Eds), *La malattia diabetica*, Milano, 1999, p. 55-61
14. CASAGRANDE S., CASTELLANO A., *Costruire gruppi di lavoro*, in QUAGLINO G.P., CASAGRANDE S., CASTELLANO A. (Eds), *Gruppo di lavoro-lavoro di gruppo*, R Cortina Editore, Milano, 1992, p. 73-83
15. GUILBERT J., *Priority health problems and educational objectives*, in GUILBERT J. (Eds), *Educational Handbook for health personnel*, WHO, Geneva, 1992, p. 101-155
16. VALENTINI U., *La gestione della malattia diabetica: il punto di vista del medico e del paziente*, in *L'educazione terapeutica del paziente diabetico: attualità e prospettive*, *Giornale Italiano di Diabetologia* 19 (suppl), 67-69, 1999

N. Musacchio, U. Valentini*

Azienda Ospedaliera S. Gerardo, Monza;

*Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia, Brescia



VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR (VEGF) E RIMODELLAMENTO VENTRICOLARE IN PAZIENTI CON DIABETE DI TIPO 2 E IPERTENSIONE ARTERIOSA

Viene completata in questo numero di AemMeDi la pubblicazione dei risultati delle ricerche vincitrici dei premi Guidotti-AMD

PREMESSA

Negli ultimi anni sono apparse sempre più evidenti le correlazioni esistenti, in corso di diabete, tra complicanze macro- e microvascolari e fattori di crescita, tuttavia, l'esatto meccanismo d'azione ed il differente ruolo di questi ultimi nella patogenesi del danno vascolare non sono stati completamente chiariti. Il Vascular Endothelial Growth Factor (VEGF) comprende una famiglia di citochine con azione specifica sull'endotelio vascolare. Studi *in vivo* hanno dimostrato che il VEGF induce angiogenesi, vasodilatazione ed aumento della permeabilità nel microcircolo. Esso determina, inoltre, mitosi, migrazione, formazione di fibre da stress e marcato aumento della permeabilità in colture di cellule endoteliali. Il VEGF, inoltre, possiede azione regolatrice sulla funzione endoteliale e inibitoria sulla proliferazione delle cellule muscolari lisce e sulla formazione di trombi. L'iperglicemia e l'ipossia tissutale inducono la sintesi di VEGF. L'azione del VEGF sembra differente a livello dei vari organi bersaglio delle complicanze del diabete: sarebbe in grado di determinare una "angiogenesi terapeutica" a livello del microcircolo miocardico, mentre l'azione angiogenica avrebbe effetti negativi in altri distretti. Infatti l'aumentata espressione del VEGF a livello della retina sembra essere indice di progressione della retinopatia diabetica verso la forma proliferante e l'abbondante produzione di VEGF da parte dei podociti del glomerulo renale, in corso di diabete, sembra associarsi all'insorgenza della nefropatia diabetica. Al contrario, la formazione di neovasi e lo sviluppo di circoli collaterali indotti dal VEGF in risposta all'ischemia miocardica cronica ed acuta potrebbero essere in grado di ridurre i danni tessutali indotti dall'ipossia e svolgere quindi un ruolo protettivo a livello del miocardio. Le alterazioni della geometria e della morfologia del ventricolo sinistro, successive ad eventi ischemici, potrebbero determinare un aumento del VEGF che a sua volta inducendo la neoformazione di vasi contrasterebbe gli effetti di un alterato rimodellamento ventricolare (aumento dello spessore e del numero delle fibre miocardiche) indotto dall'ipossia. Il rimodellamento ventricolare è quel meccanismo adattativo del ventricolo sinistro che si sviluppa nel post-infarto, nella ischemia cronica e nell'ipertensione: la camera ventricolare sinistra modifica la sua conformazione per compensare la necrosi o l'ipocinesia parietale o il sovraccarico pressorio. La dilatazione e l'ipertrofia sono le manifestazioni principali del rimodellamento ventricolare sinistro. I farmaci più utilizzati nel tentativo

di ridurre lo sviluppo di un rimodellamento patologico sono gli ACE-inibitori ed i Ca-antagonisti. Poiché l'iperglicemia e l'ipertensione inducono aumento della sintesi del VEGF, pazienti con diabete associato ad ipertensione rappresentano un valido modello clinico per valutare le possibili correlazioni tra VEGF e parametri cardiaci morfofunzionali.

SCOPO DELLO STUDIO

- Valutare la concentrazione plasmatica di VEGF in una popolazione di pazienti diabetici tipo 2 con ipertensione arteriosa in trattamento con ACE-inibitori e Ca-antagonisti,
- individuare la eventuale correlazione tra livelli plasmatici di VEGF e parametri cardiaci morfofunzionali.

PAZIENTI E METODI

Sono stati selezionati 29 soggetti (11 femmine, 18 maschi) di età media 61.7 ± 1.5 anni, con durata media di diabete di 8 ± 7.3 anni. Tutti i pazienti presentavano un buon controllo della pressione arteriosa ($< 140/85$ mmHg) dopo trattamento con ACE-inibitori ($n=15$) o con Ca-antagonisti ($n=14$). Essi sono stati sottoposti a prelievo venoso a digiuno per la valutazione di emoglobina glicosilata (HbA_{1c}), con HPLC, e di VEGF plasmatico, con metodo ELISA, ed ad ecocardiogramma per il calcolo dei seguenti parametri morfofunzionali: massa ventricolare sinistra (MVS), MVS indicizzata (MVS_i), spessore relativo di parete (RWT) per la geometria ventricolare sinistra; frazione di accorciamento (FA) e frazione di eiezione (FE), come indici di funzione sistolica; il rapporto E/A ed il tempo di rilasciamento isovolumetrico (IRT), come indici di funzione diastolica.

RISULTATI

I livelli di VEGF non sono risultati significativamente differenti (100 ± 62 vs 65 ± 61 pg/ml) nei pazienti trattati con ACE-inibitori ed in quelli in terapia con Ca-antagonisti. Inoltre non sono emerse differenze statisticamente significative nei parametri ecocardiografici tra i due gruppi di pazienti.

Successivamente i pazienti sono stati suddivisi in due gruppi in base al valore del VEGF: VEGF > 100 pg/ml ($n=14$) e VEGF < 100 pg/ml ($n=15$). Nel gruppo con livelli di VEGF > 100 pg/ml (149.07 ± 19.10 pg/ml) lo spessore relativo di parete (RWT) risultava maggiore (0.42 ± 0.06 vs 0.37 ± 0.04 ; $p = 0.05$)

rispetto al gruppo di pazienti con livelli di VEGF < 100 pg/ml (31.53 ± 22.81 pg/ml). Suddividendo ulteriormente i pazienti per sesso, abbiamo riscontrato valori maggiori di VEGF nelle donne rispetto agli uomini (113.27 ± 68 pg/ml vs 73 ± 36.25 pg/ml); le donne presentavano inoltre migliori indici di funzione sistolica rispetto agli uomini (FA 42.36 ± 4.3 % vs 38.11 ± 7.9 %; FE 64.21 ± 4.9 % vs 58.3 ± 6.3 %; $p = 0.05$ per entrambi). I due gruppi di pazienti non mostravano differenze significative di MVS, MVS_i, E/A, IRT.

CONCLUSIONI

L'ipertensione ed il diabete determinano una modificazione della geometria ventricolare sinistra. I nostri dati evidenziano una correlazione tra elevati livelli di VEGF ed alterato rimodellamento ventricolare. Ciò suggerisce che la modificata morfologia cardiaca, conseguenza dell'ispessimento e della cronica ipossia delle fibre miocardiche, si associa ad un aumento compensatorio del VEGF. Inoltre nel nostro studio, elevati livelli di VEGF si accompagnano ad una migliore performance cardiaca, confermando il possibile ruolo protettivo del VEGF sul miocardio.

Bibliografia

1. Duh E, Aiello LP Vascular endothelial growth factor and diabetes: the agonist versus antagonist paradox. *Diabetes* 1999 Oct;48(10):1899-906
2. Williams B A potential role for angiotensin II-induced vascular endothelial growth factor expression in the pathogenesis of diabetic nephropathy? *Miner Electrolyte Metab* 1998;24(6):400-5
3. Chiarelli F, Spagnoli A, Basciani F, Tumini S, Mezzetti A, Cipollone F, Cucurullo F, Morgese G, Verrotti A Vascular endothelial growth factor (VEGF) in children, adolescents and young adults with Type 1 diabetes mellitus: relation to glycaemic control and microvascular complications. *Diabet Med* 2000 Sep;17(9):650-6
4. Cha DR, Kim NH, Yoon JW, Jo SK, Cho WY, Kim HK, Won NH Role of vascular endothelial growth factor in diabetic nephropathy. *Kidney Int* 2000 Sep;58 Suppl 77:S104-12
5. Kvanta A Vascular endothelial growth factor. A vascular growth factor of high specificity *Lakartidningen* 1995 Apr 26;92(17):1765-6
6. Zachary I, Mathur A, Yla-Herttuala S, Martin J Vascular protection: A novel nonangiogenic cardiovascular role for vascular endothelial growth factor. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2000 Jun;20(6):1512-20
7. Bates DO, Lodwick D, Williams B Vascular endothelial growth factor and microvascular permeability. *Microcirculation* 1999 Jun;6(2):83-96

Susanna Morano, M.D.



L'ASSISTENZA DOMICILIARE AI PAZIENTI NON AUTOSUFFICIENTI INTERAZIONE COMBINATA MEDICO-INFERMIERE

Il Servizio di Diabetologia Territoriale dell'ASL n. 7 nasce nel 1996 da una precisa volontà dell'ASL n. 7 di Catanzaro di avvicinare la struttura sanitaria all'utenza senza costringere i diabetici a lunghi viaggi per avere dei controlli continui e periodici sulla loro malattia. Dopo 2 anni di attività sono stati aperti, in maniera molto capillare, 13 ambulatori dislocati su tutto il territorio dell'ASL n. 7 di Catanzaro.

Tra gli obiettivi e gli indicatori è stata posta l'assistenza domiciliare ai diabetici che, per motivi sia sanitari che sociali, non potevano recarsi presso il Servizio stesso.

In tale ottica ed in collaborazione con l'ADI (assistenza domiciliare integrata) gli infermieri del servizio hanno iniziato una campagna di conoscenza e di verifica delle varie situazioni.

Le fonti erano:

- 1 - Registri ASL per le invalidità civili;
- 2 - Medici di famiglia;
- 3 - Registri ADI;
- 4 - Assessorati ai Servizi Sociali dei Comuni;
- 5 - Informazioni da altri pazienti, parenti, amici.

Dopo una lettera iniziale dal Responsabile del Servizio agli uffici competenti e ai medici di famiglia gli infermieri si recavano ove prescritto per compilare una scheda molto semplice ma esaustiva per poter avviare l'assistenza domiciliare.

Tale scheda prevedeva:

- 1 - Dati anagrafici del paziente;
- 2 - Dati sanitari del paziente;
- 3 - Situazione economica e sociale;
- 4 - Patologie e terapie in atto;
- 5 - Dati dei ricoveri degli ultimi due anni.

Alla fine della scheda vi era uno spazio per note complessive da parte dell'infermiere del servizio. Da questa prima indagine emergeva una significativa percentuale di ricoveri impropri dovuti ai seguenti motivi:

- 1 - Carenza di assistenza sanitaria adeguata;
- 2 - Carenza di un supporto familiare che potesse assistere il paziente a casa;
- 3 - Condizioni socioeconomiche che inducevano al ricovero.

Dalle note degli infermieri si evidenziava anche come, con una corretta organizzazione, si poteva venire incontro ad alcune necessità degli utenti senza ricorrere a ricoveri.

Per l'assistenza domiciliare abbiamo utilizzato le stesse cartelle dell'ambulatorio con una pagina aggiunta per descrivere eventuali necessità legate alle condizioni dell'assistito.

Copia delle schede è stata inviata al Responsabile ADI. Inoltre, per valutare l'efficacia dell'intervento, sono stati richiesti all'ASL i dati sul numero delle giornate di degenza per diabetici melliti nel primo semestre 1997.

L'attività dell'assistenza domiciliare ai diabetici è iniziata con il 2-2-1998.

ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA

L'assistenza ai pazienti diabetici si svolge con la seguente metodologia:

Nel giorno dell'ambulatorio, all'inizio della malattia, l'infermiere va a domicilio dell'assistito, esegue i prelievi e riferisce al medico che, alla fine dell'ambulatorio stesso, si reca a domicilio del paziente con l'infermiere.

Negli altri giorni viene attivata, secondo una programmazione definita prima anche con i familiari del paziente un'assistenza infermieristica con prelievi, controlli parametri vitali, medicazioni.

Di ciò viene reso edotto ed informato il medico di medicina generale dell'assistito.

Eventuali altre problematiche vengono riferite al Responsabile ADI ed ai Servizi Sociali.

Dopo un anno di assistenza domiciliare abbiamo ottenuto i seguenti risultati:

- Pazienti assistiti 148
- Maschi 59
- Femmine 89
- Età da 65 a 84 anni con media di 76,5 anni di età
- Pazienti insulino-trattati 58
- Pazienti con esiti di ictus 88
- Pazienti con vasculopatie arti inferiori 12
- Pazienti con patologie cardiovascolari 49
- Pazienti con difficoltà sociali a recarsi in ambulatorio 54.

I dati sulle giornate di ricovero (primo semestre 1997 - primo semestre 1998) dimostravano una riduzione percentuale del 30,6%.

CONCLUSIONI

L'attività del Servizio di diabetologia in favore di pazienti costretti, a vario titolo, a domicilio ha prodotto, a breve termine, significativi risultati sulla riduzione delle giornate di ricovero.

L'alta percentuale dimostra, comunque, un frequente ricorso al ricovero ospedaliero per motivi sociali più che sanitari.

Il gradimento dei pazienti e dei loro familiari è stato generalmente alto.

È ancora presto per poter fornire dati sulla efficacia del metodo sulla evoluzione delle complicanze croniche (altro indicatore della validità del servizio insieme alla riduzione dei ricoveri) ma daremo anche questo dato quando saremo in possesso di risultati statisticamente significativi.

G. Pipicelli, G. Angotzi,
T. Colosimo, R. Guarnieri, A. Parrottino, I.
Pinto, G. Caselli, T. Codamo,
S. Fittante, F. Grillone

LA STRATEGIA EDUCATIVA PER IL TRATTAMENTO NUTRIZIONALE DEL DIABETE TIPO 1

L'AMD Nazionale sta portando avanti un progetto di formazione - di cui io sono il coordinatore del board scientifico - per équipe diabetologiche denominato «**Il cutting dei carboidrati: una strategia educativa per il trattamento nutrizionale del diabetico di tipo 1**» che prevede la realizzazione di un corso di formazione in 10 regioni italiane nel biennio 2002-2003.

Il corso verrà realizzato con la metodica formativa della Scuola AMD e prevede lavori a piccoli gruppi che richiedono la presenza di 3 formatori AMD per ogni corso.

Nel 2002 le regioni in cui i corsi verranno effettuati saranno:

Veneto e Sicilia: 26/28 settembre - Campania: 14-16 novembre - Lazio: 17-19 ottobre.

Tutti voi siete stati scelti dal board scientifico sulla base della regione di appartenenza.

Una delle cose originali di questi corsi sarà un **corso preliminare di sperimentazione** che prevede la partecipazione dei tutors e che ha il duplice obiettivo di mettere tutti insieme a punto i lavori di gruppo e di omogeneizzare le metodiche che verranno usate. Questo corso di sperimentazione si terrà a Roma il 18 e 19 aprile 2002.

Vi chiedo la vostra disponibilità a partecipare in qualità di tutors a questi corsi, naturalmente per la regione di competenza o perlomeno in alcuni casi viciniore.

Per ragioni organizzative ho bisogno della vostra risposta nel più breve tempo possibile. Sono comunque a disposizione per ulteriori chiarimenti.

Giuseppe Marelli
giuseppemarelli@libero.it



CAMPI SCUOLA PER PAZIENTI DIABETICI: UN EFFICACE APPROCCIO EDUCATIVO

Nell'ambito dei programmi educativi e formativi della malattia diabetica, i campi scuola possono essere considerati uno dei momenti più importanti per l'educazione «in profondità» del paziente diabetico; possono essere definiti come soggiorni residenziali, di durata variabile (da alcuni giorni a due settimane), caratterizzati da momenti di informazione, addestramento pratico e verifica dell'attività educativa in generale. I campi scuola consentono al diabetico di perseguire obiettivi per conoscenze, comportamento ed atteggiamenti ai fini di una migliore e più efficace autogestione, tale da permettere di vivere in modo più sereno con il diabete.

Nei campi scuola ciascun partecipante beneficia non solo dell'insegnamento e dei consigli forniti dagli operatori sanitari, ma anche dall'esperienza di altri membri del gruppo in un reciproco scambio altamente stimolante.

I primi campi scuola ad essere segnalati in letteratura risalgono agli anni 40, soprattutto per

bambini ed adolescenti diabetici; successivamente sono state riportate anche esperienze di campi per diabetici adulti ed anziani.

Nella fase di organizzazione di un campo scuola, dovrebbero essere presi in considerazione i seguenti criteri:

- Priorità per pazienti diabetici tipo 1 o quanto meno reclutare pazienti omogenei per diagnosi o terapia
- Esclusione di pazienti con gravi complicanze
- Rilievo dei bisogni al momento della selezione dei pazienti
- Possibilità eventuale del coinvolgimento dei familiari
- Rapporto ottimale operatori sanitari-pazienti 1:3 o 1:4.

La metodologia da adottare durante questi soggiorni residenziali comprende attualmente le nuove moderne tecniche educative in particolare lavori di gruppo, metaplan, simulazioni, gioco

dei ruoli ed esercitazioni pratiche. Inoltre è importante associare anche un approccio di tipo psicologico da parte del team diabetologico allo scopo di analizzare le implicazioni psicologiche dei pazienti derivanti dalla convivenza con una malattia cronica; ciò permette di far acquisire una maggiore autoconsapevolezza indispensabile per un'accettazione attiva della malattia.

In conclusione le finalità e gli obiettivi che il campo scuola può perseguire sono:

- miglioramento educativo attraverso un ampliamento, un aggiornamento delle conoscenze e un confronto delle proprie esperienze
- valutazione osservazionale dello stato psicologico del paziente
- miglioramento della compliance terapeutica e del controllo metabolico.

Paolo Di Bernardino

NOTIZIE IN BREVE

IRCCS *Giannina Gaslini*, Genova
Il *Clinica Pediatrica*
Università degli Studi di Genova
IRCCS *Policlinico San Matteo*, Pavia
Dipartimento di Scienze Pediatriche
Università degli Studi di Pavia

2° Incontro Congiunto Genova-Pavia DIABETE MELLITO IN ETÀ PEDIATRICA

Genova - Sabato 18 maggio 2002
Starhotel President

PROGRAMMA

- 9:00 Registrazione
9:45 Apertura dei lavori
10:00 Moderatori: *G.F. Bottazzo* (Roma)
M.T. Tenconi (Pavia)
EPIDEMIOLOGIA E DISTRIBUZIONE GEOGRAFICA DEL DIABETE TIPO 1 IN SARDEGNA
Epidemiology and geographical distribution of type 1 diabetes in Sardinia
M. Songini (Cagliari)
INTERVENTI PREORDINATI
G. d'Annunzio (Pavia)
L. Minicucci (Genova)
10:45 Discussione
11:15 Coffee-break
11:45 Moderatori: *S. Salardi* (Bologna)
E. Bosi (Milano)
FIGLI DI GENITORI CON DIABETE TIPO 1

- Offsprings of parents with type 1 diabetes
A. Ziegler (Munich)
12:15 Discussione
13:00 Buffet
14:00 Moderatori: *F. Cerutti* (Torino)
R. Cordera (Genova)
DIABETE TIPO 2
Type 2 diabetes
D. Becker (Pittsburgh)
14:30 Discussione
15:00 Moderatori: *P. Pozzilli* (Roma)
J. Ludvigsson (Linköping)
TRAPIANTO DI ISOLE E PROSPETTIVE DI TERAPIA GENICA NEL DIABETE TIPO 1
Islet transplantation and prospects for gene therapy of type 1 diabetes
L. Falqui (Milano)
15:30 Discussione
16:00 CONCLUSIONI
G. Chiumello (Milano)

Segreteria Scientifica
Il *Clinica Pediatrica*, Università di Genova
IRCCS *Giannina Gaslini*
Largo *G. Gaslini*, 5 - 16147 Genova
Tel. 010-5636.528/654 fax 010/3773210
e-mail: diabetologia@ospedale-gaslini.ge.it
Segreteria Organizzativa
M. Caterina Cogorno, *Claudia Olcese*,
Giovanna Bianchi
Direzione Scientifica, Istituto *Giannina Gaslini*
Largo *G. Gaslini*, 5 - 16147 Genova
tel 010-5636.461/554 - fax 010-3776590
e-mail: sisp@ospedale-gaslini.ge.it

Informazioni

Sede:
Starhotel President
Corte *Lambruschini*, 4 - 16129 Genova
Tel. 010-5727 - fax 010-5531820
Lingue ufficiali: italiano e inglese.
È previsto un servizio di traduzione simultanea.
Presidenti Onorari: *C. Romano* (Genova) - *F. Severi* (Pavia)
Presidenti: *R. Lorini* (Genova) - *G. Rondini* (Pavia)
Segreteria Scientifica: *M. Cotellessa* (Genova) - *G. d'Annunzio* (Pavia) - *L. Minicucci* (Genova)
Per l'iniziativa è stato chiesto il Patrocinio di:
Società Italiana di Pediatria (SIP)
Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia
Pediatria (SIEDP)
Società Italiana di Diabetologia (SID)
Associazione Medici Diabetologi (AMD)

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.

Responsabili del sito è **Giuseppe Picicelli**
tel. e fax: 0967.522087



ATTIVITÀ DELLE SEZIONI REGIONALI

SEZIONE CALABRIA-BASILICATA

IL Consiglio Direttivo AMD Calabria e Basilicata ha confermato i gruppi di lavoro già presenti e ne ha istituito alcuni nuovi.

Compito di questi gruppi è quello di promuovere iniziative atte ad aggiornare i diabetologi su temi specifici.

I Gruppi di lavoro AMD sono i seguenti:

- **Discipline e diabete**
Coordinatore Agostino Gnasso
- **Diabete ed ipertensione**
Coordinatore Domenico Galasso
- **Piede diabetico**
Coordinatore Giovanni Grossi
- **Diabete e complicanze vascolari**
Coordinatore Giuseppe Armentano
- **Diabete e celiachia**
Coordinatore Roberto Romano
- **Diabete e obesità**
Coordinatore Maria Antonella Ferraro

COMMISSIONI INTERASSOCIATIVE

Commissione Protocollo AMD SID SIMG
Resp. *Giovanni Perrone*
Commissione AMD ADI
Resp. *Giuseppe Pipicelli*
Commissione AMD OSDI
Resp. *Giuseppe Pipicelli*

Inoltre il dott. Angelo Venezia di Matera è stato nominato referente per la Basilicata.

SEZIONE VENETO

- 1) Il Veneto ha organizzato per il 4-5 aprile 2002 un incontro per 15 team diabetologi. Per ragioni di opportunità, l'invito è stato allargato ad alcuni centri dell'antico territorio lombardo veneto. Titolo «Come fai, come faccio, come dovremmo prescrivere l'autocontrollo glicemico nel diabetico di tipo 2». Metodologia della Scuola AMD. Formatori tratti dall'albo. Vogliamo, riguardo un tema per il quale esiste ancora una certezza, confrontare l'atteggiamento prescrittivo di un gruppo di centri diabetologi con i dati provenienti dall'EBM al fine di, se è il caso, raggiungere un consenso per cercare di modificarlo.
- 2) Entro i prossimi due mesi sarà convocata l'assemblea sociale per il rinnovo delle cariche. Sono in scadenza le nomine di quattro su sette consiglieri.

SEZIONE LOMBARDIA

Il 7-8/2002 si è svolto il secondo corso sul Piede diabetico ed il 13/2 il corso di Verifica sull'accREDITAMENTO professionale

Corso di formazione: «L'assistenza al paziente diabetico: dalla gestione integrata al management della malattia».

Premessa: Una delle esigenze prioritarie per rispondere ai cambiamenti che stanno avvenendo nel sistema sanitario è quello di poter realizzare dei modelli assistenziali articolati su più livelli in grado di integrare al meglio le competenze e le risorse dall'assistenza di base con quella della medicina specialistica allo scopo di razionalizzare al meglio le risorse disponibili.

Questa organizzazione appare indispensabile per la cura dei pazienti affetti da malattie croniche, come il diabete e porterebbe degli indubbi vantaggi alle strutture specialistiche. Infatti esse attualmente seguono solo il 40-50% dei pazienti diabetici, spesso con numerosi pazienti affetti da diabete di tipo 2, anziani, metabolicamente stabili, che distolgono tempo e risorse ai pazienti diabetici insulino-dipendenti, o affetti da complicanze croniche o ad elevato rischio di svilupparle.

Inoltre questa organizzazione permetterebbe alle strutture diabetologiche di acquisire, accanto a quella clinica, delle funzioni formative, epidemiologiche, economiche che ne renderebbero unica l'attività.

Partendo da queste considerazioni l'AMD ha intrapreso da anni una collaborazione con la SIMG per migliorare e razionalizzare la cura del Diabete di tipo 2 attraverso l'integrazione tra strutture diabetologiche e Medici di medicina generale.

Questo tipo di collaborazione ha però trovato, anche nella nostra regione, sulla sua strada numerosi ostacoli di tipo burocratico, amministrativo e, purtroppo, anche culturale.

Obiettivo generale: Sensibilizzare le conoscenze necessarie per avviare sperimentazioni di gestione integrata.

Obiettivi specifici:

1. Fornire ai diabetologi le conoscenze necessarie per avviare sperimentazioni di gestione integrata.
2. Condividere le sperimentazioni in corso nelle singole aree.
3. Coinvolgere in queste tematiche i dirigenti della ASL, Aziende Ospedaliere, Strutture private.
4. Creare il contesto per realizzare una Banca dati delle esperienze di Gestione Integrata in corso in Lombardia.

Dott. A. Cimino

Presidente AMD Sezione Lombardia

Como, 6/6/2001

Relatori:

Dott. L. Sciangula, Dirigente Medico Ospedale Mariano Comense - Como
Dott. G. Orsenico, Dirigente Medico Ospedale Valduce - Como
Dott. G. Marelli, Dirigente Medico Ospedale di Desio

Dott. G.P. Testatori, Dirigente Medico Ospedale Fatebenefratelli - Milano

Milano, 16/5/2002

Relatori:

Dott. G.L. Pizzi, Dirigente Medico Ospedale Niguarda - Milano
Dott. G.P. Testatori, Dirigente Medico Ospedale Fatebenefratelli - Milano
Dott. G. Marelli, Dirigente Medico Ospedale di Desio
Dott. A. Cimino, Dirigente Medico Spedali Civili di Brescia

Cremona, 9/5/2002

Dott. A. Cimino, Dirigente Medico Spedali Civili di Brescia
Dott. P. Zucchi, Dirigente Medico Ospedale di Asola
Dott. F. Leone, Dirigente Medico Spedali Civili di Brescia
Dott. A. Cappellini, Dirigente Medico Ospedale di Cremona

Programma:

- La scelta AMD
- Il cammino della Regione Lombardia
- Discussione
- Tre esperienze di gestione integrata
- Break
- Lavoro di Gruppo [2 lavori di gruppo (Vantaggi gestione integrata; Difficoltà gestione integrata)]
- Plenaria
- Conclusioni
- Cena

SEZIONE EMILIA ROMAGNA

Il 23/2/2002 si terrà a Cesena il Congresso Regionale Congiunto AMD-SID: «L'assistenza al Diabete nella Regione Romagna. È ancora possibile non perdere la leadership nazionale?».

A Piacenza La Diabetologia Ospedaliera in collaborazione con l'Associazione Autonoma Diabetici Piacentini parteciperà alla giornata del 3/3/2002 Placentia Marathon for Unicef eseguendo non la maratona ma una marcia non competitiva (5-10 km) a testimonianza dell'importanza dell'attività fisica nella cura del DM.

Il 2/3/2002 il Dr. Gerardo Corigliano sarà a Piacenza per sottolineare con la sua esperienza il valore fisico quale cura del DM.

SEZIONE LIGURIA

Negli ultimi 3 mesi, abbiamo organizzato in comunione con la SID regionale un convegno dal titolo «Autocontrollo glicemico, razionale e controllo della spesa», che si è tenuto a Genova il 14/2/2002. I relatori



PRIMO ANNUNCIO

XIV CONGRESSO NAZIONALE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI

Catania, 21-24 maggio 2003

Presidente del Comitato Organizzatore

Dr. Vito Borzì

Tel. 095.7435216 - e-mail: vitorborzi@iterfree.it

inviati sono stati Fabio Capani, che ha esposto i contenuti dell'Evidence Based Medicine sull'argomento, e Roberto Sivieri che ha discusso, l'esperienza piemontese sul tema e una proposta di regolamentazione da presentare alla Regione Piemonte. Alla tavola rotonda finale sono stati invitati anche rappresentanti di FIMG, SIMG, OSDI e della Farmacia Ospedaliera della ASL Genovese. I timori di incongrue restrizioni nelle forniture di presidi sono state espresse dai rappresentanti delle Associazioni dei pazienti, ma l'opinione prevalente è stata che la razionalizzazione della spesa vada operata innanzi tutto con l'abolizione degli sprechi e poi verificando che l'autocontrollo sia correttamente inserito in un progetto più generale di educazione terapeutica. È cruciale quindi che, sia da parte dello Specialista Diabetologo, sia da parte del Medico di Medicina Generale inserito in un percorso di gestione integrata, venga tenuta documentazione accurata del progetto educativo a giustificazione della congruità della prescrizione dei presidi di autocontrollo.

SEZIONE LAZIO

1. IV Congresso Congiunto AMD-SID Lazio 2002 che si terrà a Bracciano (RM) nei giorni 15 e 16 marzo 2002 rivolto ai Diabetologi;
2. «Corso Educazionale per la corretta esecuzione della terapia insulinica» che si terrà a Bracciano (RM) il 15 marzo 2002, rivolto agli Operatori Sanitari;
3. Incontro Interregionale (Sezioni AMD Lazio, Abruzzo ed Umbria) sui «Farmaci insulinosensibilizzanti» che si terrà il 5 aprile a Roma, rivolto ai Diabetologi.

SEZIONE PUGLIA

Sabato 24 novembre 2001
Convegno «Diabete, obesità ed ipertensione: insidie nell'ombra»
Hotel Svevo - Gioia del Colle (Ba)
Sabato 17 novembre 2001

Convegno «Cuore e diabete una sfida da vincere»

Ex Convento dei Domenicani - Cavallino (Le).

SEZIONE ABRUZZO-MOLISE-UMBRIA

15 dicembre 2001: XI Congresso Interregionale di Diabetologia SID-AMD, tenutosi ad Atri (Te), sul tema «Diabete tipo 2 e rischio cardiovascolare», con il coinvolgimento dell'ANMCO. Nella stessa sede, rinnovo delle cariche sociali.

Programmi primo semestre 2002

13 aprile 2002: VIII Edizione di «In cucina con il diabete», organizzato dal Servizio di Diabetologia di Lanciano a S. Maria Imbaro, con il patrocinio AMD.

Aprile 2002: Il incontro sul tema «DRG in Diabetologia» che si terrà a Sulmona (Aq).

2 giugno 2002: «4^a Stracittadina Diabete e Vita» che si terrà ad Avezzano (Aq), con il patrocinio AMD.

ANNUNCIO

Nota una nuova sezione del sito AMD:
NOTIZIE AMD VIA INTRANET
NUOVA SEZIONE - THESAURUS

Il primo argomento on-line è:

«LE COMPLICANZE OCULARI»
<http://www.columbus.it/amd/thesaurus>

Responsabile di Redazione
Luca Monge
amd-to.monge@alma.it



IL CALDERONE

*Zuppa di curiosità, consommé di notizie, estratto per brodo di saggezza...
Divagando dalla Degustazione all'Alimentazione, e non solo...*

Da un sondaggio del National Health Council americano emerge che le fonti di informazione per la salute sono la televisione (40%), i medici (36%), le riviste e i settimanali (35%), i giornali quotidiani (16%); i mass-media, maestri nel catturare l'attenzione del pubblico e divulgare informazioni, «educano» quotidianamente all'«alimentazione dietetica», alla «vita sana», all'«organismo bello e in forma», e subdolamente inducono all'acquisto di prodotti «dietetici», «sani» e «salutari», usando come rinforzo giochi, animaletti da collezionare, raccolte punti, sorprese... quindi suggeriscono «sane abitudini di vita» e consigliano l'acquisto di «palestre domestiche» o la partecipazione a Vacanze Salutari e l'iscrizione a Centri Benessere per «migliorare» lo stile di vita dell'individuo... tutto naturalmente un po' costoso ma un ottimo investimento se si considera che la Salute è un Bene Prezioso, che per la Civiltà dell'Immagine Benessere significa Bellezza e Successo, e che il bilancio dell'azien-

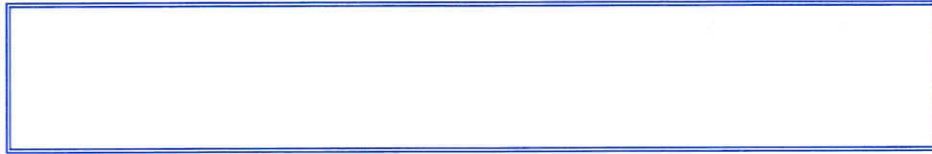
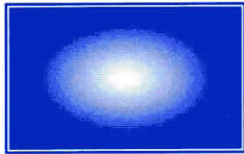
da committente l'«informazione» migliora conseguentemente! I media si preoccupano anche di organizzare «spettacoli di informazione scientifica», veri e propri Scoop che puntualmente hanno un alto indice di ascolto ma non sempre rispondono ai cinque quesiti: «Chi?», «Come?», «Dove?», «Quando?», «Perché?».

La medicina, chiusa in una torre d'avorio e con linguaggio per iniziati, non può essere competitiva con questi maestri della comunicazione; il medico può usare le stesse strategie ottimizzate dai media per fornire al paziente informazioni corrette, adeguate e soddisfacenti, ma dovrà riporre i sacri testi nel suo bagaglio culturale, motivare ed incuriosire il paziente ed usare un linguaggio comprensibile più che scientifico.

Ricordiamo dunque che il Polizzano sostiene l'importanza delle favolette che «possono essere talvolta non pure principio ma anche strumento di filosofia», che i classici greci devono oggi la loro divulgazione anche all'ironica traduzione in lin-

gua italo-partenopea che ne ha fatto Luciano De Crescenzo e che, come afferma Erikson, «non è decisivo quello che dite voi, quello che fate voi; è decisivo invece quello che capisce il paziente, quello che fa il paziente»!

Dalla convinzione che il ragazzo diabetico deve acquisire le conoscenze necessarie per poter autogestire la propria patologia in collaborazione con il Team curante, e che, anche se ci sono già libri a sufficienza per insegnare tutto ciò, è molto più facile motivare un ragazzo a giocare che invitarlo a studiare un libro di nozioni e regole, non avendo notizie di un Luna-Park con Labirinto Alimentare, Montagne Russe che simulano le Curve Glicemiche e Autoscontro Nutrizionale per organizzare un'Escursione Didattica, è stato ideato STAR-FOOD (Viaggio Interplanetario nell'Universo Alimentare), un gioco didattico da tavolo che si articola come un Viaggio a bordo di una Navicella Spaziale attraverso l'Universo Alimentare per raggiungere la Stella Euglicemos.



VIAGGIO INTERPLANETARIO NELL'UNIVERSO ALIMENTARE

GIOCO DIDATTICO DI EDUCAZIONE ALIMENTARE PER GIOVANI DIABETICI

OBIETTIVO DEL GIOCO:



Raggiungere al più presto e nelle migliori condizioni glicometaboliche La Stella EUGLICEMOS.

Il gioco insegna a distinguere i Nutrienti, a capire le Associazioni Alimentari, l'importanza dell'Autocontrollo e dell'Attività Fisica, e a gestire Alimentazione Attività Fisica e Terapia per un Buon Compensamento Metabolico; inoltre può costituire un piacevole mezzo di interazione con i genitori e l'èquipe medica e di socializzazione con i coetanei.

SCOPO DEL GIOCO

Fornire ai ragazzi uno strumento didattico utile per arricchire «giocando» le conoscenze alimentari inserite nel contesto terapeutico e di autogestione che va ad accrescere il patrimonio già esistente di altri strumenti didattici.

REGOLE DEL GIOCO

Si procede sul percorso in base al numero totalizzato con i dadi;

Vince chi per primo raggiunge la STELLA EUGLICEMOS.

Il Gioco si articola come un Viaggio a bordo di una Navicella Spaziale attraverso l'Universo Alimentare per raggiungere Velocemente e nelle Migliori Condizioni la Stella Euglicemos.

Alla Partenza, la «Navicella» viene messa in condizioni basali ottimali e le viene somministrata dell'«Insulina Spaziale» in dosaggio adatto a superare tutto il viaggio se non si affrontano «Imprevisti»; per affrontare gli eventuali «Imprevisti» del viaggio viene rifornita del «Kit Neutralizzante da Viaggio».

Ad ogni Stazione di Servizio Spaziale la Navicella potrà, presentando il Certificato attestante il tipo di Diabete, fermarsi per Pit-Stop.

Pianeti e Costellazioni rappresentano i Gruppi Alimentari, e i loro Abitanti forniscono Alimenti costituiti prevalentemente dal Nutriente Principale che caratterizza la «località».

I Pianeti che forniscono Alimenti costituiti prevalentemente da Grassi o Fibre non rientrano nel Percorso di Viaggio ma i loro abitanti lanciano Meteoriti che si legano ai vari Alimenti modificandone le «Caratteristiche di Carburazione».

Gli Alimenti particolarmente Ricchi di Carboidrati sono lanciati sul percorso da una Base Spaziale.

Le Bevande sono lanciate casualmente da un Missile Spaziale.

Il Team di Assistenti Spaziali dispone di Stazioni di Servizio Spaziali con Box per Autocontrollo Prevenzione e Terapia dislocati tra i vari pianeti e di una Base Spaziale dove è possibile praticare Attività Fisica raggiungibile con Teletransfer.

La Navicella «salta» da un'orbita all'altra passando per le Stazioni di Servizio Spaziale, dove può fermarsi ai Box per Pit-Stop, e per un dispositivo di «Teletransfer», che di volta in volta modifica automaticamente il «Sistema di Alimentazione» rendendolo adatto ad utilizzare gli Alimenti forniti dagli Abitanti del Pianeta che si sta per raggiungere.

La Stella Euglicemos rappresenta il Traguardo ed è abitata dagli Euglicosiani, Assistenti Spaziali che aiutano i viaggiatori in difficoltà.

Le Navicelle utilizzano come Carburante gli Alimenti forniti dagli Abitanti dei Pianeti che incontrano sul percorso, ma corrono il rischio di «Soste per Problemi di Carburazione e di Peso» quando utilizzano Alimenti molto ricchi di Zuccheri o Grassi o forniti da «invasori» del Pianeta Ospite; possono però effettuare «Pit-Stop» presso i Box di Servizio Spaziali dove un Team di Assistenti Spaziali Euglicosiani



provvede a prevenire e risolvere i problemi della Navicella.

Il Percorso è costituito da Caselle Numerate corrispondenti a tessere con Informazioni Nutrizionali e Indicazioni di Gioco; le Caselle del percorso rappresentano Alimenti o Preparazioni costituiti prevalentemente dal Nutriente fornito dagli Abitanti del Pianeta Corrispondente; si avanza tirando i dadi e seguendo le indicazioni delle Tessere. La Velocità e le Condizioni di Viaggio dipendono quindi dai Nutrienti che si utilizzano, dalla loro Combinazione negli Alimenti, dall'Associazione degli Alimenti nelle varie Preparazioni, dalle Condizioni Basali della Navicella e dai possibili Mezzi di Compenso di cui si dispone.

LUOGHI E PERSONAGGI DELL'UNIVERSO ALIMENTARE

NAVICELLA SPAZIALE pilotata dal Nostro Protagonista... la sua meta è Euglicemos!

È fornita di Teletransfer per saltare da una casella all'altra, utilizza come carburante gli Alimenti forniti dagli Abitanti dei vari Pianeti; come il Nostro organismo, utilizza gli Alimenti come fonte di Energia per il Movimento, per mantenere una Temperatura Ideale, per un Buon Funzionamento e per «sostituire con pezzi di ricambio» le parti soggette ad usura;

START: base di partenza del nostro viaggio dove la Navicella Spaziale viene messa in condizioni ottimali di partenza e rifornita del Kit Neutralizzante da Viaggio;

KARBOS: Pianeta abitato dai **Karbossiani** che forniscono Frumento Riso Mais Pane Pasta e Polenta, Alimenti ricchi di Carboidrati;

Karbos ha 2 Satelliti: Patakrok e Legumos

PATAKROK: Satellite di Karbos Abitato dai **Patatidi** (alle volte, cercano di Ostacolare il Viaggio) che forniscono Patate, Alimento ricco di Amidi.

LEGUMOS: Satellite di Karbos Abitato dai **Legumidi** (Alleati del Nostro Viaggiatore) che forniscono Legumi (Ceci Fagioli Lenticchie Piselli Fave Lupini Soia) Alimenti ricchi di Carboidrati Proteine e Fibre.

PROTENOS: Costellazione formata da 4 Pianeti. Latteusi, Karnek, Klovos, Ittikos. Gli abitanti di questa Costellazione forniscono Alimenti ricchi di Proteine.

LATTEUSI: Pianeta abitato dai **Lattusiani** (tra i migliori Alleati dei Lipossiani), che forniscono Latte, Latticini e Formaggi;

KARNEK: Pianeta abitato dai **Karnossiani** (alle volte si associano ai Lipossiani), che forniscono Carni;

KLOVOS: Pianeta abitato dai **Klovidi** (Alleati dei Lipossiani), che forniscono Uova;

ITTIKOS: Pianeta abitato dagli **Ittikossiani** (raramente Alleati dei Lipossiani), che forniscono Pesce;

FRUTTIKER: Pianeta abitato dai **Fruttidi** che forniscono Frutta, ricca di Fruttosio Fibre e Vitamine.

LIPOS: Pianeta abitato dai **Lipossiani** (Nemici del Nostro Viaggiatore) che forniscono Alimenti ricchi di Grassi; Lanciano Meteoriti Magnetici nello Spazio che si infiltrano in quasi tutti gli Alimenti e rendono le Navicelle Pesanti e Lente ostacolando il viaggio verso Euglicemos; Vengono Neutralizzati «facendo un salto» a Ginniker con i Teletransfer forniti dagli Assistenti Spaziali.

ORTIKER: Pianeta abitato dai **Verduridi** (Alleati del Nostro Viaggiatore) che forniscono Verdure, Alimenti ricchi di Acqua Fibre Vitamine e Sali Minerali; Lanciano Meteoriti nello Spazio che si legano a tutti gli Alimenti e rendono le Na-

vicelle Leggere e Veloci aiutandole a raggiungere Euglicemos.

DRINKER: Vola sul Mondo Alimentare Lasciando cadere Alimenti da Bere di Varia Natura su tutti i Pianeti.

BASE SPAZIALE GINNIKER: Base Spaziale dell'Attività Fisica dove è possibile fare un «salto» per «alleggerirsi» utilizzando i Teletransfer.

BASE SPAZIALE ZUKER: Abitata dagli **Zukidi**, (Ottimi Alleati dei Lipossiani) popolazione Guerriera e Ribelle originaria di Karbos che ha abbandonato il proprio Pianeta per impedire il raggiungimento di Euglicemos alle Navicelle. Attaccano con Armi Spaziali Ricche di Zuccheri che danneggiano le Navicelle costringendole a lunghe soste. Vengono Distrutti dal Kit da Viaggio Neutralizzante (Controllo Glicemico e Insulina) fornito dagli Assistenti Spaziali di Euglicemos.

TELETRANSFER: casella di passaggio tra i vari pianeti dove viene modificato il «Sistema di Alimentazione» della Navicella per renderlo adatto ad utilizzare come «Carburante» gli alimenti forniti dagli abitanti del Pianeta che si sta per raggiungere.

STAZIONE DI SERVIZIO SPAZIALE: create dagli Euglicemosiani per aiutare il viaggiatore in difficoltà; La Navicella può decidere di fermarsi ai Box delle Stazioni di Servizio Spaziali per Pit-Stop interrompendo il percorso stabilito dai dadi. All'Ultima Stazione di Servizio Spaziale prima del Traguardo il Pit-Stop è obbligatorio per Verificare che la Navicella sia in Condizioni Ottimali per poter raggiungere Euglicemos.

EUGLICEMOS: STELLA ABITATA DAGLI EUGLICEMOSIANI (Alleati dei Viaggiatori e Nemici di Zukidi e Lipossiani) ... meta del nostro viaggio!

Mariano Agneta
Loredana Retta

COMUNICAZIONE AI SOCI AMD

La nostra Associazione può operare grazie soprattutto alla quota associativa annuale di € 51,65. 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 il versamento della quota annuale 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. 06/700.05.99 - Fax 06/700.04.99 - E-mail: amdass@tiscalinet.it