

Organo Ufficiale dell'Associazione Medici Diabetologi

AMD + X x ECM = CIDEM

La formula del titolo, lo confesso, è una trovata ad effetto ma rappresenta bene una realtà di cui il Direttore del nostro giornale mi ha chiesto di scrivere.

Cominciamo dalla fine: CIDEM. Questa sigla sta per Consorzio Intersocietario di Diabetologia, Endocrinologia e Metabolismo, che è un organo di coordinamento tra le principali società dell'area endocrinometabolica, essenzialmente finalizzato alla realizzazione dei programmi di educazione continua in medicina (ECM), secondo le direttive del Ministero della Salute.

Come tutti sanno, dopo la fase sperimentale il progetto ECM è diventato realtà, almeno per quanto riguarda la formazione residenziale e ognuno di noi ha acquisito nel corso del 2002 i suoi primi crediti, partecipando ad eventi (corsi, convegni, congressi, ecc) per l'appunto "accreditati". Da quest'anno il progetto ECM presenterà alcune novità: intanto dovrebbe partire la formazione a distanza (tramite riviste e soprattutto on-line) e poi verranno individuati meglio i *providers*, cioè coloro che possono organizzare eventi formativi accreditati e quindi accreditanti. E' molto probabile che, oltre a Regioni, Università ed Aziende Sanitarie, questo ruolo potrà essere svolto solo dalle società scientifiche purchè possiedano determinati requisiti, tra cui vi sarà certamente quello del numero elevato di soci (nell'ordine di diverse migliaia) e dell'ampia rappresentatività dell'area culturale e sanitaria di riferimento.

Queste premesse spiegano perché l'AMD, la Società Italiana di Andrologia Medica (SIAM), la Società Italiana di Diabetologia (SID), la Società Italiana di Endocrinologia (SIE) e la Società Italiana per l'Obesità (SIO) già all'inizio del 2001 avevano concordato sull'opportunità di unire le forze in questo campo, creando appunto un consorzio per il quale, alla fine dello stesso anno, approvavano un regolamento costitutivo e decidevano di utilizzare una unica società di servizi per la gestione dei processi di accreditamento.

Il regolamento sottolinea anzitutto le finalità del consorzio, che sono appunto quelle di "coordinare e concordare l'attività didattica, di aggiornamento e di formazione delle società aderenti, con particolare riguardo all'ECM". Scopo del consorzio è anche quello di "promuovere iniziative relative alla valorizzazione degli interessi culturali, scientifici e professionali dell'area di endocrinologia, diabetologia, obesità, andrologia e malattie metaboliche".

È naturalmente previsto (ed auspicabile) che "altre società possano entrare a far parte del consorzio, purchè posseggano i requisiti della rappresentatività nazionale e della affinità culturale e siano accettate da almeno i 3/4 delle società aderenti".

Sul piano pratico, il consorzio opera attraverso "un comitato di coordinamento, formato da 2 componenti per ogni società e cioè il presidente o un suo delegato e un altro rappresentante con esperienza specifica nel settore, che dura in carica 3 anni. Esso si riunisce almeno 2 volte l'anno ed indica le linee strategiche ed i percorsi adeguati alla realizzazione degli scopi istitutivi, con particolare riguardo alla individuazione dei settori meritevoli di sviluppo, al coordinamento delle iniziative delle singole società e alla proposizione di iniziative intersocietarie per quanto riguarda aspetti di legislazione, rappresentatività e promozione dell'area culturale di endocrinologia,

SOMMARIO

1. AMD + X x ECM = CIDEM. *D. Cucinotta*
2. DRG e LEA: accostamento inappropriato per giudicare l'inappropriatezza. Il caso del diabete. *M. Veglio*
3. La consulta dei Presidenti Regionali. *G. Vespasiani*
4. Attività della Consulta dei Presidenti regionali 2002. *P. Pipicelli*
5. Il counting dei carboidrati: uno strumento in più per il trattamento nutrizionale del diabetico di tipo I. *G. Marelli*
6. Attività delle Sezioni Regionali
7. Il percorso dell'accreditamento professionale delle strutture diabetologiche. *L. Losta*
8. Ancora sulla patente di guida
9. 11° Meeting Internazionale su Diabete Mellito ed Attività Fisica
10. Dove va la diabetologia? *C. Giorda*
11. 1° convegno nazionale del Centro Studi e Ricerche AMD

diabetologia, obesità, andrologia e malattie metaboliche". Il comitato di coordinamento nomina al suo interno un coordinatore, che è in atto il sottoscritto.

Nel corso dell'ultima riunione del comitato, tenutasi a Roma il 22 gennaio u.s., si è deciso di procedere alla formalizzazione con atto notarile del consorzio e di realizzare un pacchetto di offerte formative accreditate CIDEM per il 2003, mettendo assieme le iniziative già previste dalle singole società e eventuali iniziative comuni.

In estrema sintesi l'obiettivo, ambizioso ma realizzabile, di questo organismo intersocietario è quello di realizzare una offerta formativa che copra ampiamente l'interesse culturale dell'area endocrino-metabolica (anche in ambito sanitario non medico), che sia rispondente ai bisogni reali degli operatori e che eviti repliche inutili, mantenendo nel contempo il rispetto delle singole identità societarie

Braccio operativo del CIDEM è la DGMP di Pisa, agenzia di servizi che per conto di tutte le società del consorzio cura la registrazione degli eventi presso il sito ministeriale per l'ottenimento dei crediti (che in futuro saranno attribuiti direttamente dai *providers*), la verifica della partecipazione agli eventi, l'attribuzione dei crediti al partecipante e la gestione di una banca-dati cui ognuno può rivolgersi per conoscere in qualsiasi momento lo stato dei crediti accumulati.

Mi fa piacere approfittare di questa occasione per comunicare che nel corso del 2002, cioè nel primo anno (peraltro sperimentale) di funzionamento del CIDEM, i crediti complessivi certificati dalla DGMP per eventi organizzati dall'AMD sono stati ben 21.900, su un totale di 51.500 crediti.

Mi pare di avere detto tutto o quasi tutto e probabilmente non c'è bisogno di tornare sulla fantasiosa (ma non troppo!) formula del titolo, se non per spiegare l'ultimo mistero: la X sta per le altre società che con AMD stanno facendo questa esperienza e quindi esprime un numero che tutti auspichiamo essere destinato a crescere, per rendere più forte l'iniziativa.

Domenico Cucinotta

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

COORDINATORE
F. Galeone

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
Sandro Gentile

Associazione Medici Diabetologi

CONSIGLIO DIRETTIVO

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

PRESIDENZA, SEGRETERIA E SEDE LEGALE
Viale 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:	D. Pascucci
Emilia-Romagna:	C. Coscelli
Friuli-Venezia Giulia:	G. Maraglino
Lazio:	S. Leotta
Liguria:	A. Corsi
Lombardia:	G. Marelli
Marche:	P. Compagnucci
Piemonte, Valle D'Aosta:	G. Allochis
Puglia:	A. Bellomo D'Amato
Sicilia:	P. Pata
Sardegna:	A. Corda
Toscana:	C. Baggione
Veneto:	G. De Bigontina

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

Abbonamento € 14,46
1 copia separata € 3,62
Arretrato € 7,23

DRG E LEA: ACCOSTAMENTO INAPPROPRIATO PER GIUDICARE L'INAPPROPRIATEZZA: IL CASO DEL DIABETE

Nella politica di razionalizzazione della spesa sanitaria si inserisce il decreto ministeriale sui LEA (1) che, all'allegato 2C, contiene un elenco di Disease Related Groups (DRG) giudicati "potenzialmente inappropriati" per una gestione in regime di ricovero ordinario. Il decreto demanda alle singole Regioni la responsabilità di stabilire una "soglia di ammissibilità" che, per la Regione Piemonte, è stata fissata al 50% (2).

L'elenco dei DRG comprende alcuni tra i raggruppamenti cui vengono attribuiti i ricoveri dei pazienti diabetici ricoverati per alterazioni metaboliche (294 e 295) o per complicanze croniche della malattia (19).

L'accostamento di un giudizio di appropriatezza ai raggruppamenti per patologia (DRG) è concettualmente scorretto e potrebbe determinare diffuse scelte aziendali che escludono alcuni pazienti complessi dalla possibilità di accedere al Servizio Sanitario Nazionale.

In particolare, mentre è ragionevole pensare che la maggior parte dei pazienti diabetici possa essere assistita in regime ambulatoriale o di assistenza a ciclo diurno (day hospital), una frazione di essi potrebbe necessitare di assistenza in regime di ricovero ordinario ma non trovare risposta se le aziende ospedaliere rispettassero rigorosamente le indicazioni ministeriali che giudicano comunque inappropriato il ricovero di pazienti che venissero attribuiti ad uno dei DRG citati.

CLASSIFICAZIONE DELLA CASISTICA OSPEDALIERA, SISTEMA DEI DRG

Il sistema dei DRG è una classificazione *isorisorse* elaborata negli anni '60 negli USA sulla base del calcolo dei costi di erogazione dell'assistenza per patologie mediche e chirurgiche in regime di ricovero (3); le patologie e gli interventi furono associati in modo da ottenere una classificazione applicabile, cioè un compromesso tra una classificazione molto dettagliata informativa sui singoli pazienti ed una utilizzabile allo scopo di descrivere la casistica di un ospedale o di un sistema sanitario.

Gli estensori della classificazione considerano i costi di singoli ricoveri di una casistica di più di un milione di pazienti nel Maryland, USA. Il raggruppamento avvenne sulla base di una preliminare e generica suddivisione nosografica per apparato o tipo di patologia (per esempio malattie del cuore o del tratto gastroenterico, malattie infettive o neoplastiche) ed una successiva suddivisione in base all'assorbimento di risorse. Per operare il raggruppamento fu elaborato un software (DRG Grouper) che utilizza i codici di patologia ed interventi raccolti nella Classificazione Internazionale delle Malattie, attualmente giunta alla 9a edizione (ICD9-CM).

Al termine del percorso di raggruppamento ai DRG risultarono attribuiti pazienti affetti da patologie o sottoposti ad interventi chirurgici relativi ad uno stesso apparato ma talvolta anche sostanzialmente diversi tra di loro da un punto di vista clinico. Ciò che li accomunava (e

ne aveva quindi permesso il raggruppamento) era la valutazione di un simile assorbimento di risorse per la gestione all'interno di un ricovero ospedaliero (3) considerati grandi numeri di pazienti ed il confronto con altri DRG. Ad esempio nel DRG 294 sono raggruppati tutti i diabetici per i quali è stato scelto di non segnalare nella diagnosi principale una complicanza cronica ma solo un evento metabolico o la presenza di malattia senza alcuna complicanza: sono quindi inseriti nel medesimo DRG diabetici senza alcuna complicazione, diabetici con ipoglicemia e coma iperosmolare.

La classificazione per DRG ha portato alla suddivisione della casistica ospedaliera in poco meno di 500 gruppi di pazienti. Tale cifra è riduttiva rispetto al fatto che i diabetici senza alcuna complicanza sono certamente diversi dai diabetici con coma iperosmolare ed ancor più rispetto all'unicità di ognuno delle centinaia di migliaia di pazienti ricoverati ogni anno in Italia o dei circa 10000 codici di patologia o interventi contenuti, ad esempio nella classificazione ICD9-CM: tuttavia è da sottolineare da una parte che prima dell'applicazione dei DRG la casistica era indistinta, descritta in modo tale che un paziente affetto da influenza aveva la medesima rilevanza di uno affetto da leucemia acuta. Dall'altra, sarebbe stato impossibile ottenere informazioni sull'attività degli ospedali se ogni gruppo fosse stato composto da poche unità o decine di casi.

È importante inoltre comprendere che il sistema dei DRG si basa sul concetto di assorbimento medio di risorse dei pazienti attribuiti ad un determinato gruppo. Ad ogni DRG è assegnato un peso: il peso di un DRG rappresenta l'assorbimento di risorse medio dei pazienti attribuiti a quel DRG, relativo all'assorbimento medio dell'intera casistica di un sistema. Il peso originario era stato assegnato sulla base della valutazione dei costi per l'assistenza della casistica del Maryland in occasione della formulazione della classificazione DRG. Successivamente all'introduzione dei DRG in Italia il peso italiano è stato rideterminato tenendo conto dei pesi americani unitamente ad alcuni dati di costo di assistenza locale.

Ad ogni peso è stata infine associata una tariffa di rimborso, cioè una stima finanziaria dell'assorbimento di risorse per ogni DRG. Le tariffe sono variabili da Regione a Regione e sono state modificate nel corso degli anni: in Piemonte le tariffe fissate nel 1997 sono state solo

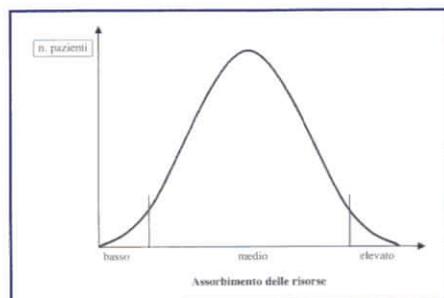


Grafico 1 - Profilo di assorbimento di risorse dei pazienti attribuiti ad un DRG tipo.

recentemente riviste ma non sono ancora applicate ai ricoveri di tutti gli ospedali (4).

Il peso e le tariffe sono proporzionali fra loro ed all'originaria misura dell'assorbimento di risorse di ogni DRG.

All'interno di ogni DRG i pazienti si distribuiscono, in termini di assorbimento di risorse, secondo una curva gaussiana per la quale la maggior parte dei pazienti assorbe risorse pari o molto vicine alla stima dell'assorbimento medio del DRG: alcuni pazienti si raccolgono invece in due "code" che rappresentano un assorbimento minore o superiore a quello medio del DRG (grafico 1). Per tornare all'esempio dei diabetici nel DRG 294 i pazienti senza alcuna complicanza sono sicuramente rappresentati nella coda sinistra dell'area sotto la curva, mentre i pazienti con coma iperosmolare sono compresi nella coda di destra.

Ne risulta come conseguenza che è scorretto valutare l'adeguatezza di un peso o di una tariffa misurandola sul singolo paziente, poiché si potrebbe ricavare l'impressione che il peso o la tariffa siano insufficienti o eccessivi in relazione alla complessità del paziente in esame (e quindi al suo assorbimento di risorse): in altre parole, peso e tariffa di un DRG potranno sembrare insufficienti per un paziente posizionato nella coda di destra (DRG 294, coma iperosmolare) ed al contrario eccessivi per un paziente posizionato nella coda di sinistra (DRG 294, diabete senza complicanze).

Il sistema di classificazione dei DRG ed il meccanismo di finanziamento a tariffe ad esso collegato costituiscono in definitiva un sistema di classificazione e di finanziamento degli ospedali, non dei singoli pazienti o delle Unità Operative, poiché solo sui grandi gruppi il difetto e l'eccesso delle tariffe si compensano fino a rendere le stime del peso (e delle tariffe) di ogni DRG più vicine alla realtà dell'assorbimento di risorse del gruppo. In sostanza alla fine dell'anno un ospedale avrà ricoverato pochi pazienti diabetici con coma iperosmolare per i quali avrà ricevuto un rimborso insufficiente, pochi diabetici senza complicanze per i quali avrà ricevuto un rimborso eccessivo e la maggior parte dei pazienti con scompenso metabolico senza coma per i quali il rimborso era equivalente all'assorbimento di risorse.

Dalle considerazioni sopra esposte risulta evidente che la classificazione per DRG ha quindi permesso di ottenere importanti informazioni sulla casistica ospedaliera trattata: non è invece corretto, ed è anzi fuorviante nelle indicazioni che se ne ricavano, utilizzare la classificazione DRG relativamente a gruppi limitati di pazienti o a singoli pazienti allo scopo di valutare l'assorbimento di risorse o la complessità.

VALUTAZIONE DI APPROPRIATEZZA

Più recentemente è stato approfondito un sistema di analisi della casistica ospedaliera allo scopo di comprendere se i pazienti ricoverati negli ospedali per acuti sono trattati in modo appropriato.



La comunità scientifica sta tentando di migliorare l'appropriatezza clinica impostando la scelta degli accertamenti diagnostici e degli interventi terapeutici sulla base di prove di efficacia (Evidence Based Medicine, EBM) e non (solo) dell'esperienza personale del singolo operatore: in tale modo dovrebbero essere limitati gli atti inutili ed ottenuti maggiori risultati con aumento conseguente sia dell'efficacia che dell'efficienza.

Si sta inoltre diffondendo anche alla Sanità l'applicazione dei Sistemi Qualità che applica principi dell'EBM alla costruzione ed al controllo dei percorsi diagnostico-terapeutici che descrivono i percorsi di cura dei pazienti integrando l'assistenza territoriale ed ospedaliera e vincolando gli operatori a scelte operative valutate a priori sulla base delle conoscenze scientifiche, delle possibili peculiarità cliniche, delle diverse realtà assistenziali e delle possibilità operative.

Gli organi istituzionali hanno parallelamente sviluppato strumenti di analisi dell'appropriatezza gestionale dei pazienti, valutando in particolare il corretto utilizzo dell'Ospedale per acuti, che rappresenta una parte considerevole della spesa sanitaria pubblica. Uno degli strumenti più validati e diffusamente utilizzati è il PRUO (Protocollo di Revisione dell'Utilizzo dell'Ospedale, 5), traduzione ed adattamento italiano di analogo strumento nord-americano (AEP, Appropriateness Evaluation Protocol, 6): il PRUO valuta per ogni giornata di degenza l'esistenza o meno di criteri clinici ed assistenziali che rendano giustificabile la presenza di un singolo paziente nell'Ospedale per acuti nella giornata indice. Il protocollo è applicabile indipendentemente dalle patologie e l'elevato numero e le ampie tipologie di parametri utilizzati rendono altamente specifico l'eventuale giudizio di inappropriatezza di una giornata di degenza.

Le valutazioni di appropriatezza si riferiscono ad una dimensione INDIVIDUALE perché scendono nel dettaglio dell'analisi dei singoli pazienti, dei singoli episodi di ricovero, delle singole giornate di degenza o dei singoli atti medici. Il giudizio di appropriatezza dell'attività di un'Unità Operativa o di un Ospedale deriva poi dalla somma degli esiti delle indagini sui singoli pazienti che compongono quella casistica.

Ad esempio per un ricovero di un diabetico la singola giornata di degenza sarà considerata appropriata se sono documentati per quella giornata parametri elettrolitici o clinici al di fuori di determinati limiti, la necessità di frequenti controlli medici o infermieristici o l'impostazione di terapia infusionale continua. Tali parametri sono i medesimi che vengono considerati per altri tipi di patologia.

I due sistemi di analisi e classificazione delle casistiche (DRG ed appropriatezza) si basano quindi su principi e parametri fondamentalmente diversi e non paragonabili: in un gruppo di pazienti attribuibili al medesimo DRG sulla base di valutazioni di assorbimento medio di risorse sarà più probabile giudicare inappropriato un ricovero di un singolo paziente meno complesso (minor assorbimento di risorse, coda sinistra) ed al contrario identificare come appropriato un ricovero di un paziente più complesso (maggiore assorbimento di risorse, coda destra). È quindi concettualmente scorretto ipotizzare o definire (come fa il decreto sui LEA) che un dato DRG sia "inappropriato" se portato in ambito di ricovero ospedaliero ordinario poiché le due definizioni si riferiscono a dimensioni non confrontabili (gruppo per i DRG, individuale per l'appropriatezza).

CONTROLLO ESTERNO, CONTROLLO INTERNO

La valutazione di appropriatezza è generalmente trasversale rispetto alla classificazione delle patologie per DRG, che, come è stato descritto nei paragrafi precedenti, si riferisce a gruppi di pazienti ed a valori medi ad essi attribuibili.

Occorre considerare che le analisi di appropriatezza gestionale sono state utilizzate come metodo di controllo esterno da parte degli enti erogatori delle risorse finanziarie e che alcune Regioni hanno anche applicato meccanismi incentivanti o disincentivanti collegati ai risultati delle analisi. Inoltre, molte Aziende Sanitarie hanno identificato le analisi di appropriatezza gestionale come strumento di controllo interno, cioè di autovalutazione costruttiva, spesso condotta in collaborazione con gli operatori sanitari.

Le Aziende che hanno rispettato le indicazioni di questi controlli esterni ed interni hanno, negli ultimi anni, operato rilevanti variazioni organizzative e delle scelte operative nei confronti dei pazienti: sono stati costruiti percorsi di cura che hanno limitato il ricorso al ricovero ospedaliero ordinario ai pazienti più complessi, di gravità clinica superiore e quindi con verosimile maggior assorbimento di risorse. Se, per esempio, si è scelto di limitare il ricovero di pazienti diabetici alle situazioni di scompenso metabolico grave con coma o di complicanza cronica non trattabile a domicilio, i diabetici dei DRG rispettivi sono solo quelli compresi nella coda di destra, più complessi in termini di assorbimento di risorse ma sempre del medesimo DRG.

Giudicare genericamente "inappropriato" un DRG risulterebbe, oltre che metodologicamente scorretto, disincentivante soprattutto per quelle Aziende Sanitarie che più sistematicamente hanno operato una selezione della casistica sulla base delle indicazioni di appropriatezza gestionale. Infatti, ogni DRG di queste aziende è oggi costituito prevalentemente dai pazienti più complessi (coda destra) con assorbimento di risorse medio reale superiore a quello stimato all'epoca dell'introduzione del sistema di classificazione.

Le Aziende sopra citate dovrebbero assistere in regime di ricovero ordinario pazienti più complessi a fronte di tariffe stimate sulla base di analisi di gruppi più eterogenei e comprendenti anche (forse soprattutto) pazienti meno complessi. Le tariffe di rimborso, come detto, sono sostanzialmente rimaste invariate nel tempo, mentre i costi di erogazione del servizio sono progressivamente aumentati, se non altro per l'aggiornamento tecnologico e per gli adeguamenti contrattuali della remunerazione del personale.

Un'ulteriore riduzione del rimborso sulla base di un giudizio di globale, presunta inappropriatezza del gruppo di attribuzione di un paziente clinicamente complesso aumenterebbe il rischio di esclusione di tali pazienti dalla possibilità di assistenza da parte del Servizio Sanitario Nazionale.

Un paziente in coma iperosmolare assorbe molte risorse rispetto ad un paziente diabetico non complicato: la tariffa di rimborso è la medesima perché vengono attribuiti al medesimo DRG. Se in un'azienda vengono ricoverati solo pazienti con coma iperosmolare e il rimborso complessivo viene ulteriormente ridotto perché i ricoveri del DRG relativo sono considerati "inappropriati" si potrebbe essere indotti a tro-

vare il modo di non ricoverare pazienti che non possono essere assistiti in modo diverso.

Per ridurre le contraddizioni tra classificazione di pazienti e giudizio di inappropriatezza e per evitare di escludere dall'assistenza proprio i pazienti più complessi occorre utilizzare strumenti alternativi di analisi.

I ricoveri potrebbero ad esempio essere valutati con strumenti come le classificazioni miste che valutano sia l'assorbimento di risorse (classificazioni iso-risorse) che la gravità clinica (classificazioni iso-gravità) come il *Disease Staging* e l'*APR-DRG*: l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali ha in realtà applicato la classificazione Disease Staging ai 43 DRG individuati nell'alegato 2C del DM sui LEA evidenziando che il 68,76% dei ricoveri risultano di gravità clinica minima, quindi inappropriatamente gestiti in regime di ricovero ordinario (9). La stessa analisi evidenzia peraltro che alcuni ricoveri della casistica analizzata (fino oltre il 35% per alcuni DRG) presentano gravità clinica tale per cui non è giudicabile a priori inappropriata una gestione in regime di ricovero ordinario. Tale percentuale è destinata, come visto, ad aumentare in quelle Aziende Sanitarie che mettano in atto provvedimenti di restrizione del ricovero ordinario a casistiche clinicamente più complesse.

Per i ricoveri chirurgici potrebbe essere poi identificata un'ideale ripartizione percentuale dei pazienti da sottoporre a un determinato intervento tra ricoveri ordinari, a ciclo diurno ed interventi ambulatoriali sulla base dell'esperienza di centri italiani ed internazionali all'avanguardia per il trattamento chirurgico non in regime ordinario.

Un ulteriore livello di analisi potrebbe infine consistere nell'applicazione di strumenti come il PRUO a gruppi di pazienti a più elevato rischio di inappropriatezza come i pazienti a minore complessità ("staging" inferiore) in ogni gruppo. Un'analisi preliminare dei pazienti attribuiti al DRG 294 presso l'Ospedale Evangelico Valdese di Torino ha, ad esempio, rivelato un'appropriatezza al PRUO molto vicina al 100% che rende "inappropriato" il giudizio di "inappropriatezza" del decreto LEA.

Referenze bibliografiche

- 1) DPCM 29/11/02 "Livelli Essenziali di Assistenza"
- 2) DGR 57-5740 del 3/4/02 "Recepimento DPCM sui LEA. Individuazione interventi conseguenti."
- 3) Fetter RB; Brend AB; Gamache D. DRGs. Their design and development. Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, 1991.
- 4) DGR 36-5380 del 25/2/02. Rideterminazione tariffe ricoveri ospedalieri.
- 5) Gruppo di lavoro PRUO; Liberati A; Apollone G; Fellin G; Meregalli G; Crespi V; Lanzi E; Bevilacqua L; Minelli C. "La valutazione dell'uso dell'ospedale: quadro di riferimento, strumenti di misurazione ed esperienze italiane". Ricerca & Pratica, n. 58 1994, p. 99-126.
- 6) Restuccia J.D.; Gertman P.M. & al.: The Appropriateness of Hospital Use. Datawatch, Health Affairs; 1984: 130-138
- 7) ASSR. "Ricoveri impropri, salta il Banco". Il Sole 24-Ore Sanità, 23-29 aprile 2002, pag 1, 4-5.

Massimo Veglio



LA CONSULTA DEI PRESIDENTI REGIONALI

Nel Convegno Nazionale AMD del 2001 a Torino è stata effettuata un'importante variazione statutaria: è stata introdotta la Consulta dei Presidenti Regionali.

Si è trattato di una decisione di particolare importanza che ha voluto istituzionalizzare e facilitare il rapporto di collaborazione tra il Consiglio Direttivo e le Regioni stesse.

Questo organo permanente, formato da tutti i Presidenti in carica delle Sezioni Regionali, elegge un suo rappresentante che partecipa ai Consigli Direttivi Nazionali.

Come per tutte le istituzioni di nuova nascita, il primo periodo ha rappresentato una fase di rodaggio e d'assestamento.

Era necessario affidare le cariche interne, organizzare i primi incontri, far partecipare il nuovo presidente della consulta ai consigli nazionali... ed è stato fatto. Quello che ora bisogna immaginare, condividere e realizzare è il processo di produzione e scambio delle informazioni.

Le Sezioni Regionali per AMD hanno sempre rappresentato una risorsa sulla quale poter contare, un braccio operativo del Consiglio Direttivo Nazionale in grado di realizzare sul territorio le indicazioni e le progettualità individuate dal consiglio stesso.

La Giornata Mondiale del Diabete con il successo ormai consolidato dello screening diabetologico nelle piazze italiane, i corsi di formazione ETS che sono in via di realizzazione, ne rappresentano la dimostrazione più recente ed efficace.

Accanto a questa direttrice centrifuga che esiste e va rafforzata, si deve però realizzare un'altra direttrice ad andamento centripeto.

Ciascuna realtà regionale è stata in grado, nel corso degli anni, di realizzare iniziative di successo, che però quasi sempre sono rimaste solo locali, totalmente ignorate dal resto della comunità diabetologica nazionale.

Ora si vuole immaginare un sistema nel quale le associazioni regionali, nella loro auto-

nomia (limitata solamente dal codice deontologico AMD), possano fungere da laboratori periferici nei quali si elaborino e si sperimentino iniziative.

Queste iniziative, se di successo, potranno essere condivise a livello della Consulta dei Presidenti e tramite il Consiglio Direttivo estese a livello nazionale.

Così facendo si creerebbe un circuito virtuoso che vede le Sezioni Regionali come esecutori, ma anche ideatori di iniziative AMD.

Esiste poi un altro aspetto che va analizzato e sfruttato al meglio, quello dei convegni regionali AMD.

Ad oggi questi convegni regionali emulano, in piccolo, i convegni nazionali, lasciando ovviamente più spazio alla presentazione di esperienze e ricerche locali.

Nulla togliendo a questa strutturazione congressuale locale, credo che, all'interno di questi appuntamenti, dovrebbe trovare spazio un'informativa completa sulle attività svolte da AMD nazionale e l'attuazione di corsi, anche questi di origine nazionale.

Solo l'essere stato eletto vice presidente AMD, nonostante la mia lunga frequentazione dell'associazione, mi ha permesso di conoscere nella sua interezza la numerosità ed importanza degli interventi che AMD svolge tramite il suo Consiglio Direttivo. Come socio non avevo la percezione della quantità e qualità di impegno che AMD stava e sta approfondendo nel nostro campo professionale.

Per questa ragione è stato realizzato il Convegno del Centro Studi e Ricerche come la Convention di una grande azienda, dove l'informazione di quello che si fa, è messa a disposizione di tutti i collaboratori dell'azienda stessa.

Questo convegno ci ha permesso di comunicare a circa 300 soci tutte le iniziative in corso con grande soddisfazione di tutti; e gli altri 1200 soci come li raggiungiamo?

Solo gli interventi informativi di questo tipo, capillarizzati tramite i Convegni Regionali ci permetteranno di raggiungerli.

Ovviamente l'informativa su cosa fa AMD Nazionale dovrebbe essere più sintetica rispetto a quella ricevuta durante il Convegno Centro Studi e Ricerche, ma essendo omogenea e diffusa permetterebbe ugualmente il raggiungimento ed il coinvolgimento di molte persone.

L'altro aspetto è quello di sfruttare, magari prolungando di mezza giornata il convegno, i carnet di iniziative che AMD Nazionale mette a disposizione dei soci.

Al Presidente Regionale sarebbero quindi offerte, da AMD centrale, una lista di corsi ed iniziative omogenee a livello nazionale. Così facendo ci sarebbe il vantaggio di avere già in loco tutte le persone veramente interessate arricchendo il Convegno Regionale con corsi di qualità. Inoltre il tipo di offerta dei corsi da AMD centrale farebbe meglio capire quali sono gli indirizzi prioritari che AMD sta perseguendo in quel periodo assicurando a questi una diffusione territoriale omogenea.

Così facendo daremmo una caratterizzazione maggiore a queste iniziative regionali, sfruttandone la capillarità, per diffondere ed omogeneizzare l'intervento informativo e culturale offerto da AMD.

Ideazione, condivisione e coinvolgimento personale sono alla base di questo discorso.

Queste sono le mie proposte sulla gestione ottimizzata della Sezioni Regionali AMD che ho già condiviso con i presidenti regionali, ma che vorrei fossero oggetto di discussione tra tutti i soci. Sarei contento se chi ha idee diverse, consigli od obiezioni costruttive le facesse presente, magari contattandomi direttamente tramite "Intranet AMD", il mio cellulare 3476834313 o alla mia e.mail giacvesp@tiscali.it

Giacomo Vespasiani

ATTIVITÀ DELLA CONSULTA DEI PRESIDENTI REGIONALI 2002

L'attività della Consulta da me coordinata inizia con il passaggio delle consegne da Dino Giorni Pierfranceschi che ha avuto il compito di attivare questo importante organismo voluto dall'assemblea dei soci nel corso del Congresso Nazionale AMD di Torino 2001. Contestualmente alla mia nomina e quella di Sergio Leotta come segretario si è tenuta la prima riunione della Consulta nel corso della quale Marco Comaschi ha presentato l'attività 2002 con i vari progetti che sono stati ampiamente dibattuti.

La presenza del Coordinatore della Consulta nel Direttivo Nazionale è servita a migliorare la comunicazione tra Consiglio Direttivo Nazionale stesso e Sezioni Regionali. Infatti più volte sono state portate istanze regionali nel corso dei Direttivi.

Altro aspetto positivo dell'istituzione della Consulta è stato il cominciare a pensare insieme con iniziative che hanno superato i limiti regionali. È servito anche a consolidare il concetto di gruppo con maggiore interatti-

vità tra le sezioni regionali e tra regioni e CD nazionale.

In giugno abbiamo assistito alla nascita di una nuova sezione, l'Umbria, segno anche questo di vitalità delle regioni che vanno considerate come parte attiva e fucina di idee.

Dopo la pausa estiva la preparazione della giornata mondiale del diabete, che ha avuto una eco sia nazionale che internazionale, ha dimostrato come l'apporto delle regioni sia stato fondamentale e complementare all'attività del Comitato Diabete Italia nel quale, e non a caso, era presente il Coordinatore della Consulta.

Nel corso del Primo Congresso del Centro Studi e Ricerche AMD di Taormina, in novembre si è tenuta la seconda riunione della Consulta un po' sacrificata nei tempi dai ritardi degli arrivi dei Presidenti Regionali dovuti alle note vicende legate all'eruzione dell'Etna.

Nel corso di quella riunione è stata ribadita la necessità di una maggiore partecipa-

zione attiva delle Regioni alla politica dell'AMD.

Il 25 febbraio si è tenuta la seconda riunione della Consulta dedicata interamente ai problemi regionali e dalla quale sono venute numerose proposte portate al Consiglio Direttivo Nazionale del 28 febbraio.

Alla fine di un anno per me impegnativo, in quanto si trattava di avviare una nuova struttura e verificare una serie di meccanismi per un funzionamento ottimale, permettetemi di sottolineare il rapporto positivo instaurato con Marco Comaschi, Giacomo Vespasiani e tutti i Consiglieri Nazionali e di ringraziare di cuore tutti i Presidenti Regionali per il loro attivo contributo, Sergio Leotta per la sua continua presenza nella gestione dell'attività della Consulta e Fiorella Masciotta per il prezioso e puntuale supporto di segreteria che ha permesso un funzionamento ottimale della Consulta stessa.

Pino Picicelli



Corso di formazione per equipe diabetologiche

IL COUNTING DEI CARBOIDRATI: UNO STRUMENTO IN PIÙ PER IL TRATTAMENTO NUTRIZIONALE DEL DIABETICO DI TIPO 1

Con il corso di Napoli si è conclusa la prima fase relativa ai 5 corsi programmati per l'anno 2002. Si tratta di un corso nazionale, con la partnership della Menarini Diagnostics, della durata di 2 giorni, che ha come obiettivo quello di aggiornare e sensibilizzare le equipe diabetologiche – medico, infermiere e dietista – sul ruolo e le prospettive della terapia nutrizionale e sul metodo del counting dei carboidrati, uno strumento in più per il trattamento nutrizionale del paziente affetto da diabete mellito di tipo 1. Questo metodo, che ha ricevuto una consacrazione dallo studio DCCT dove è risultato essere efficace nel permettere il raggiungimento degli obiettivi glicemici garantendo una più ampia flessibilità ai pasti, può rendere possibile un buon controllo delle glicemie post-prandiali anche in quei pazienti che utilizzano dosaggi insulinici flessibili, permettendo uno stile di vita senza troppe limitazioni alimentari.

Il metodo del "Counting dei carboidrati" consiste nell'educare il paziente:

- alla conoscenza del contenuto di carboidrati dei cibi
- alla stima del peso della razione del pasto
- all'individuazione del giusto bolo insulinico pre pasto secondo un rapporto insulina/carboidrati calcolato su base individuale

Gli obiettivi generali del corso hanno riguardato l'identificazione dei vantaggi del metodo e la conoscenza dei principi generali del counting CHO, la conoscenza dei principi per selezionare i pazienti da avviare al counting CHO, l'identificazione delle difficoltà della messa in pratica di questo metodo.

La metodologia della formazione utilizzata nei corsi ha privilegiato i lavori di gruppo, 80% del tempo totale, articolati in discussione visualizzata, soluzione di un caso clinico e incontri con gli esperti, rispetto alle lezioni magistrali (20%). Per ogni regione hanno partecipato dalle 10 alle 15 equipe diabetologiche per un numero massimo di 30 partecipanti, con la formazione di 3 gruppi di lavoro di 10 partecipanti. L'organizzazione dei singoli corsi regionali ha previsto la partecipazione di: 2

componenti del Gruppo di Progettazione Nazionale, con le funzioni di responsabile organizzativo e di responsabile del percorso formativo, 3 tutors della formazione, 2 relatori medici (1 esperto di terapia nutrizionale e 1 esperto del metodo del counting dei CHO), e 1 relatore dietista esperto di strumenti del counting CHO.

All'interno della programmazione generale dei corsi rivolti alle equipe diabetologiche è stato realizzato un corso preliminare tenutosi a Roma nei giorni 18 e 19 aprile 2002 in cui sono stati riuniti i 15 formatori AMD che hanno condotto i gruppi di lavoro durante i corsi regionali. La formazione dei formatori, secondo la filosofia della Scuola AMD, è un passo fondamentale che ha l'obiettivo di dare uniformità e maggiore efficacia al metodo formativo utilizzato poi nei corsi regionali, in modo da ottenere una formazione adeguata dei partecipanti attraverso una omogeneità di conduzione, realizzazione e valutazione dei lavori di gruppo. Durante il corso sono stati effettuati: una revisione delle conoscenze delle tecniche fondamentali del lavoro di gruppo, una definizione degli strumenti e della metodologia da utilizzare nei lavori di gruppo e la sperimentazione dei lavori

di gruppo al fine di evidenziare i possibili punti critici e le possibili soluzioni.

I corsi hanno regolarmente ottenuto i crediti formativi dell'ECM: 19 per i medici, 17 per gli infermieri e 15 per i dietisti.

Alla segreteria AMD sono pervenute in totale 168 richieste di iscrizione da equipe provenienti da 18 regioni per un totale di 349 partecipanti tra medici, infermieri e dietisti.

I 5 corsi previsti nel 2002 sono stati realizzati in Lombardia (Bergamo 27-28 giugno), Veneto/Friuli e Trentino (26-27 settembre), Lazio (17-18 ottobre), Sicilia/Campania (7-8 novembre) e Campania/Basilicata (14-15 novembre).

Ai 5 corsi complessivamente hanno partecipato 62 equipe diabetologiche per un totale di 175 partecipanti così suddivisi: 64 medici, 61 infermieri e 50 dietisti.

L'analisi dei questionari della Customer Satisfaction ha mostrato una piena soddisfazione da parte dei partecipanti sia dei contenuti, validità del processo di apprendimento e dell'organizzazione pratica dei corsi. L'entusiasmo mostrato in occasione del gioco pratico della conta dei carboidrati alla cena di gala e il clima di partecipazione attiva ai lavori di gruppo sono state emozioni positive riscontrate in tutti i corsi.



Infine volevo ringraziare i componenti del Gruppo di Progettazione Nazionale (Antonino Cimino, Sergio Leotta, Nicoletta Musacchio, Antonella Pellegrini e Domenico Mannino) che con me hanno lavorato alla progettazione e realizzazione dei corsi, il meraviglioso gruppo dei formatori AMD (A. Girelli,

D. Richini, A. Rocca, M. Giordano, M. Di Mauro, F. Chiaramonte, G. DeBigontina, I. Piva, L. Tonutti, S. Gentile, M. Agrusta, R. Iannarelli, S. Di Pietro, C. Suraci, M. Tagliaferro), i Presidenti Regionali, la Scuola AMD, Cristina Ferrero dell'Aristera, e lo sponsor Menarini Diagnostics che non si è limitato al semplice

supporto economico ma ha attivamente collaborato alla realizzazione dei corsi.

L'attività proseguirà per il 2003 con altri corsi che saranno realizzati in Toscana, Emilia Romagna, Liguria, Piemonte, Abruzzo, Marche, Molise e Puglia.

Giuseppe Marelli

ATTIVITÀ DELLE SEZIONI REGIONALI

SEZIONE CAMPANIA

Presidente: D. Pascucci, *Presidente eletto:* V. Armentano; *Consiglieri:* G. Di Giovanni, L. Gesùè, C. Lambiase, A. Perrelli, M. Rinaldi, *Segretario:* O. Egione

Corso di Educazione Terapeutica strutturata

- 1.4.2002, Napoli Hotel De La Ville per 10 equipe diabetologiche nell'ambito del progetto nazionale ETS

Convegni di aggiornamento

- Riunione Annuale Congiunta AMD-SID 9-10 Maggio 2003 Hotel Ariston Paestum (Sa). Evento certificato ECM. Temi del convegno: Modelli assistenziali ed educazione

terapeutica strutturata, Diabete famiglia, società, sessualità, sport e tempo libero, Aspetti certificativi. Il trapianto di pancreas

- Il Diabete Mellito: Tra presente e futuro, Benevento 7 Giugno, Complesso La Pace.** Evento certificato ECM. Temi del convegno: Organizzazione dell'assistenza diabetologica in Campania. Nuove frontiere terapeutiche. Aspetti comportamentali-relazionali

SEZIONE LAZIO

- Forum Endocrino Metabolico-EDIA-MET-Lazio. Roma
23 gennaio 2003: *Ipertensione Endocrina*

20 febbraio 2003: *Diagnosi differenziale dei noduli tiroidei*

20 marzo 2003: *Terapia del diabete mellito tipo 2*

- 15 febbraio 2003, Cassino (Fr)
Incontro periferico AMD-SID: *Attualità in tema di diagnosi e di terapia del diabete mellito tipo 2*
- 21 febbraio 2003, Roma: "Corso ECM per Infermieri Professionali e Dietisti". Roma ASL RMB *Terapia non farmacologica del diabete mellito tipo 2*
- 14-15 marzo 2003, Roma: "Corso Operatori Sanitari Diabetologia Italiani (OSDI)".



Per rendere più semplice e comprensibile il percorso dell'accreditamento professionale delle strutture diabetologiche, indichiamo di seguito le modalità previste dalle ultime decisioni del gruppo VRA-A, ratificate dal CDN e presentate in prima istanza al Congresso del Centro Studi e Ricerche AMD di Taormina.

IL PERCORSO DELL'ACCREDITAMENTO PROFESSIONALE DELLE STRUTTURE DIABETOLOGICHE

Sono frutto di un lungo lavoro di revisione e miglioramento e mirano a rendere tale percorso praticabile da tutti.

Si possono individuare e descrivere quattro tipi di percorso, in funzione delle condizioni di partenza delle varie strutture:

1) Le strutture che ritengono di avere già un sistema strutturato secondo il manuale AMD, corredato dalle relative documentazioni e che ritengono quindi di essere preparate alla visita, possono richiederla direttamente al Presidente e al Coordinatore del gruppo, inviando tale richiesta alla segreteria nazionale AMD, anche per e-mail. A seguito di questo il gruppo attiverà le procedure previste per la visita di accreditamento.

2) Le strutture che ritengono di avere necessità di verificare lo stato del loro sistema, pur già avviato e in corso d'opera, possono richiedere la consulenza del CERMET per essere preparate alla visita di accreditamento. Queste richieste devono essere inviate al coordinatore

del gruppo presso la segreteria nazionale, come sopra. A seguito di questo verrà attivata la consulenza con il CERMET cui poi seguirà la procedura per la visita come sopra.

3) Le strutture che desiderano iniziare il percorso ma non hanno ancora predisposto le documentazioni e necessitano quindi delle informazioni di base, possono fare richiesta al coordinatore del gruppo per ricevere una visita preliminare da parte di due valutatori nominati dal gruppo, per una valutazione di base e per un supporto tecnico ed operativo per iniziare il percorso passando poi dalle tappe descritte nei punti 2 e 3.

4) Coloro che sono al momento solo interessati o incuriositi possono invece rivolgersi ai propri presidenti regionali che devono attivare incontri di sensibilizzazione e conoscenza del problema, con la collaborazione del gruppo VRQ.

Lao Lostia
per il Gruppo VRQ-A



ANCORA SULLA PATENTE DI GUIDA

Delibera n. 490 del 20 maggio 2002 «Linee guida per il conseguimento, la revisione o la conferma delle patenti di categoria A, B, BE e sotto-categorie ai soggetti affetti da diabete mellito», pubblicato sul Bollettino della Regione Toscana n. 24 del 12 giugno 2002.

Premesso che:

- il Piano Sanitario 1999-2001, approvato con delib. C.R. n. 41 del 17/02/99, prevedeva, fra le azioni programmate inerenti la lotta delle malattie metaboliche, la Diabetologia la suddetta azione programmata individua i propri principi guida, le finalità e gli attori nonché sotto l'aspetto organizzativo, la Commissione Regionale per le attività diabetologiche alla quale compete fra l'altro, assumere le opportune iniziative per assicurare l'assistenza ai pazienti con diabete e renderla omogenea su tutto il territorio regionale;
- il piano sanitario regionale 2002-2004, approvato con delib. n. 60 del 9 aprile 2002, riconferma i contenuti dell'azione programmata;

Preso atto che l'art. 3 della Legge 85 del 22 marzo 2001, modifica l'art. 119 del nuovo codice della strada specificando che "l'accertamento dei requisiti psichici e fisici nei soggetti affetti da diabete mellito 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 Malattie del ricambio dell'unità sanitaria locale";

Ritenuto opportuno definire linee guida per uniformare l'applicazione della nuova normativa; Atteso che la Commissione regionale per le attività diabetologiche, prevista dalla L.R. 14/1999, ha predisposto l'elaborato relativo alle linee guida succitate;

Rilevato che compete alla Giunta Regionale impartire direttive alle Aziende Sanitarie per lo sviluppo dell'Azione programmata;

Vista la L.R. 22 dell'8 Marzo 2000, in particolare l'art. 3 "Diritti dei cittadini" e l'art. 4 "percorso assistenziale";

a voti unanimi, delibera:

- di approvare per le motivazioni indicate le linee guida per il conseguimento, la revisione o la conferma delle patenti di categoria A, B, BE e sottocategorie ai soggetti affetti da diabete mellito, secondo l'allegato A che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di incaricare il Dipartimento del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà della trasmissione del provvedimento alla Aziende Sanitarie per la sua attuazione.

LINEE GUIDA PER IL RILASCIO/RINNOVO DELLA PATENTE DI GUIDA AI PAZIENTI CON DIABETE

PREMESSA

La legge 85 del 22/3/2001 pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 76 del 31/3/2001 ha modificato l'articolo 119 del nuovo Codice della Strada specificando che "l'accertamento dei requisiti psichici e fisici nei soggetti affetti da Diabete Mellito per il conseguimento, la revisione o la conferma di patenti di categoria A, B, BE e sottocategorie è effettuata dai medici specialisti nell'area della Diabetologia e Malattie Metaboliche della USL".

Pertanto invece di competenza della Commissione Medica Locale, integrata ai sensi della Legge 7 Dicembre 1999 n. 472 con un medico specialista diabetologo, le patenti superiori (C, D, DE e sottocategorie).

In virtù di questa nuova norma il medico diabetologo, limitatamente a questo aspetto, assume anche

funzioni di medico legale e, come tale, è deputato ad esprimere il suo parere oltre che sul rilascio o rinnovo della patente di guida, anche sulla durata della stessa.

PARTE PRIMA: NORME GENERALI

Nei cittadini affetti da diabete mellito, che necessitano del rilascio/rinnovo della patente di guida, la valutazione del compenso metabolico e delle eventuali complicanze della malattia e/o delle patologie coesistenti sarà effettuata dallo specialista diabetologo dei Servizi pubblici di Diabetologia e Malattie Metaboliche mentre ai Servizi di Diabetologia Pediatrica spetta, di norma, la valutazione per il rilascio/rinnovo dei patentini e per il rilascio della patente ai pazienti in età evolutiva.

I cittadini diabetici che presentano patologie coesistenti (che non si identificano con le complicanze proprie del diabete) tali da compromettere, a giudizio del diabetologo, in varia misura la capacità di guida o che necessitano di rilascio/rinnovo di patente C, D, CE, DE e sottocategorie devono prenotare la visita presso la Commissione Medica Locale della propria provincia dove verrà effettuata successivamente la valutazione finale per il rilascio/rinnovo, esibendo il certificato medico non antecedente a tre mesi, compilato dal diabetologo.

I Servizi pubblici di Diabetologia e Malattie Metaboliche e di Diabetologia pediatrica, cui è demandato il compito di rilascio/rinnovo della patente di guida ai sensi della vigente legge, organizzeranno percorsi diagnostici per i diabetici, ai sensi della Delibera Regionale n. 662 del 20.06.2000, in maniera da evitare duplicazione di accertamenti e inutili complicazioni.

COMPITI DELLO SPECIALISTA DIABETOLOGO

Lo specialista diabetologo è chiamato a valutare le condizioni cliniche generali del paziente diabetico tenendo in opportuna considerazione i seguenti parametri:

- Durata della malattia
- Tipo di terapia
- Presenza e gravità delle complicanze
- Frequenza e gravità degli episodi ipoglicemici
- Capacità di eseguire l'autocontrollo e di saper gestire il diabete in relazione alle diverse condizioni.
- Compliance alla malattia

Al fine di valutare i parametri su indicati, si attiene ad una documentazione clinica che viene di seguito specificata.

PARTE SECONDA: ACCERTAMENTI

Studio delle complicanze

• Retinopatia diabetica

La valutazione della Retinopatia Diabetica avviene attraverso l'esame del fundus oculi non antecedente a dodici mesi Il grado di retinopatia viene classificato in assente, lieve, di grado medio e severo (Allegato A).

Gli approfondimenti diagnostici che potranno essere richiesti comprendono la visita oculistica completa, l'esame del campo visivo, la misurazione del tono oculare.

Per i casi di retinopatia diabetica già sottoposta a qualunque tipo di trattamento fotocoagulativo, si consiglia di eseguire visita oculistica specialistica.

• Neuropatia diabetica

La valutazione di base della neuropatia (non antecedente a dodici mesi) avviene attraverso anamnesi con questionario mirato, esame obiettivo neurologico, e biotesiometria. I tests del Sistema Nervoso Vegetativo sono considerati esami di approfondimento, così come l'elettroencefalografia, la visita neurologica ed altri esami strumentali.

La neuropatia viene classificata in assente, di grado lieve, medio e severo (Allegato B).

• Nefropatia diabetica

La valutazione della nefropatia avviene attraverso gli indici di funzionalità renale non antecedente a dodici mesi.

• Macroangiopatia diabetica

La valutazione di base della macroangiopatia diabetica è formulata in relazione alla valutazione dei polsi periferici, alla presenza di ulcere vascolari in atto, pregresse o recidivanti ed è accompagnata da un elettrocardiogramma non antecedente a dodici mesi.

Ulteriori approfondimenti diagnostici strumentali potranno essere richiesti, ma, ove si configuri un quadro di compromissione cardiovascolare di diverso genere, il paziente dovrà essere inviato in Commissione.

• IPOGLICEMIE

Le ipoglicemie vengono classificate in lievi, severe, gravi e non avvertite, in accordo con la classificazione DDCT modificata (Allegato C).

Verrà accertata la presenza e gravità degli episodi di ipoglicemici anche attraverso la somministrazione di un questionario sottoscritto dal paziente stesso.

• CONTROLLO METABOLICO

Valore di HbA1c non antecedente a tre mesi è classificato accettabile (HbA1c < 9%) e non accettabile (HbA1c > 9%).

Importante è valutare il grado di controllo metabolico nel tempo.

• CAPACITÀ DI GESTIONE DEL DIABETE MELLITO

Valuta la capacità di autocontrollo della malattia, l'aderenza alla terapia e la frequenza dei controlli ambulatoriali.

PARTE TERZA: VALUTAZIONE CONCLUSIVA

• CRITERI GENERALI

Al fine della valutazione conclusiva, si considera prioritario un inquadramento clinico generale e le caratteristiche della malattia diabetica, come sopra riportato.

I pazienti sono divisi in due categorie in relazione alla presenza o meno di complicanze legate al diabete. Subito dopo dovrà essere valutato il parametro ipoglicemia, la capacità di autogestione del diabete ed il controllo metabolico. Il grado di controllo metabolico fornisce indicazioni aggiuntive all'inquadramento clinico generale e può influenzare la durata della validità, specie in presenza di complicanze.

Per un più completo inquadramento clinico, finalizzato anche alla prognosi delle complicanze, risulta importante la valutazione del controllo metabolico negli anni precedenti.



• **MANCATA CONCESSIONE O RINNOVO DELLA PATENTE DI GUIDA**

La patente di guida non viene rilasciata o rinnovata se sono presenti complicanze croniche gravi che sicuramente pregiudicano la sicurezza della guida.

Non viene rilasciata altresì se sono riferite ipoglicemie severe, frequenti e non avvertite. In questo caso il paziente potrà essere rivalutato presso il Servizio di Diabetologia al fine anche dei provvedimenti educativi e terapeutici.

• **DIABETE PRIVO DI COMPLICANZE**

In pazienti diabetici privi di complicanze, in terapia dietetica, con insulina o antidiabetici orali, con

buona compliance al diabete, la patente viene rilasciata di norma per tutto il periodo di validità.

Nella stessa categoria di pazienti con controllo metabolico inaccettabile e specie se questo perdura nel tempo, la durata della validità è ridotta a 1-3 anni.

• **DIABETE CON COMPLICANZE CRONICHE**

In presenza di complicanze croniche di grado lieve ed in assenza di ipoglicemie severe, gravi e non avvertite, con buona compliance al diabete, la patente di guida viene rilasciata per un periodo per un periodo di 5 anni.

La patente viene rilasciata per 1-3 anni in presenza di complicanze di grado medio o quando il controllo metabolico non accettabile perduri nel tempo.

La patente viene rilasciata per 1 anno o in casi

particolari per 6 mesi in presenza di complicanze di grado medio-grave.

• **INVIO ALLA COMMISSIONE MEDICA LOCALE (Art. 320 Nuovo Codice della Strada)**

In presenza di condizioni che possono pregiudicare la sicurezza della guida e che sono previste dall'art. 320 del Nuovo Codice della Strada.

• **CONDIZIONI IN CUI LA PATENTE NON VIENE RILASCIATA / RINNOVATA**

- Se sono presenti complicanze croniche gravi che sicuramente pregiudicano la guida;
- Se sono riferite ipoglicemie severe, gravi, e non avvertite.

RIEPILOGO

Rilascio - Rinnovo patente di guida tipo A, B, BE e sottocategorie a soggetti affetti da Diabete mellito

Paziente noto al medico certificatore diabetologo	Certificato di legge, con tutti gli atti burocratici di competenza
Paziente non noto al medico certificatore diabetologo	Acquisire gli accertamenti previsti dal percorso assistenziale (Delib. Giunta Regionale n. 662 del 20/06/2000) ed eseguire eventuali ed ulteriori accertamenti necessari per la valutazione di idoneità ai sensi dell'Accordo tra Governo, Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria. Quindi certificazione di legge
In presenza di Patologie associate non correlate con il Diabete	COMMISSIONE MEDICA LOCALE
Rilascio-rinnovo patente di guida tipo A, B, BE e sottocategorie a soggetti affetti da Diabete mellito con patologie associate. Rilascio-rinnovo patente di guida tipo C, D, E a soggetti affetti da Diabete mellito	
Paziente noto al medico certificatore diabetologo	Relazione diabetologica con le conclusioni ed invio alla COMMISSIONE MEDICA LOCALE
Paziente non noto al medico certificatore diabetologo	Acquisire gli accertamenti previsti dal percorso assistenziale (Delib. Giunta Regionale n. 662 del 20/06/2000) ed eseguire eventuali ed ulteriori accertamenti necessari per la valutazione di idoneità ai sensi dell'Accordo tra Governo, Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria Relazione diabetologica con le conclusioni ed invio alla COMMISSIONE MEDICA LOCALE

ALLEGATO A

Diabete mellito e patente di guida - Linee guida: grado di retinopatia - (Classificazione Eurodiab modificata)

Nessuna lesione	Assente
Rari microaneurismi-microemorragie, Essudati duri al polo posteriore	Grado leggero
Diverse Microemorragie, Emorragie, Essudati duri o molli al polo posteriore ed in regione perimaculare; IRMA periferici.	Grado medio
Retinopatia proliferante o pre-proliferante, lesioni maculari con edema maculare; Irma maculari. Pregresso trattamento laser, Glaucoma neovascolare	Grado severo

ALLEGATO B

Diabete mellito e patente di guida - Linee guida di neuropatia

Deficit non evidenziabili all'esame obiettivo e agli esami strumentali	Assente
Neuropatia periferica asintomatica: deficit evidenziabili solo all'esame obiettivo e/o agli esami strumentali	Grado leggero
Neuropatia periferica sintomatica: parestesie e/o difetti modesti della sensibilità.	Grado medio
Deficit sensitivo-motorio grave: deficit motorio:impossibilità mantenere la stazione eretta sulle punte e sui talloni; deficit sensibilità profonda: Romberg positivo. Presenza di ulcere e infezioni recidivanti.	Grado severo

ALLEGATO C

Diabete mellito e patente di guida - Classificazione Ipoglicemie - (Da DCCT modificato)

Si risolvono senza l'aiuto di altre persone	Assente
Si risolvono con l'aiuto di altre persone	Grado leggero
Richiedono l'intervento medico o ricovero Ospedaliero	Grado medio
Mancato riconoscimento dei sintomi	Grado severo



ALLEGATO 1 - AUTODICHIARAZIONE

Regione Toscana Azienda US _____
 Azienda Ospedaliera _____

SERVIZIO DI DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE

AUTODICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____
 nato/a il ____/____/____ a _____
 residente a _____ Prov. (____) _____
 Via _____

nell'ambito dell'accertamento medico legate dell'idoneità psicofisica alla conferma/rilascio della patente di guida

DICHIARA

di essere in grado di riconoscere ed avvertire i sintomi di ipoglicemia	SI	NO
di essere in grado di trattare autonomamente l'ipoglicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
di essere ricorso/a negli ultimi 6 mesi alle cure di un sanitario o di altra persona per crisi ipoglicemiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Il medico _____ Il/La dichiarante _____
 Data _____

ALLEGATO 2 - CERTIFICAZIONE

Regione Toscana Azienda US _____
 Azienda Ospedaliera _____

SERVIZIO DI DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE

CERTIFICAZIONE

Il/La Sig. _____ Data nascita _____
 C.F. _____

è affetta da Diabete Mellito tipo _____ diagnosticato nel _____
 in terapia con _____

Esami di laboratorio

Glicemia (mg/dl)	Glicosuria	Chetonuria	HbA1c (%)
_____	_____	_____	_____

Stato delle Complicanze

Retinopatia	Assente <input type="checkbox"/>	Grado Lieve <input type="checkbox"/>
	Grado medio <input type="checkbox"/>	Grado severo <input type="checkbox"/>
	Acuità visiva OD _____	
	Acuità visiva OS _____	
Neuropatia	Assente <input type="checkbox"/>	Grado Lieve <input type="checkbox"/>
	Grado Medio <input type="checkbox"/>	Grado Severo <input type="checkbox"/>
Macroangiopatia diabetica	Assente <input type="checkbox"/>	Presente <input type="checkbox"/>
Nefropatia	Assente <input type="checkbox"/>	Presente <input type="checkbox"/>
Ipoglicemie	Assenti <input type="checkbox"/>	Severe <input type="checkbox"/>
	Gravi <input type="checkbox"/>	Inavvertite <input type="checkbox"/>

Note: _____
 Data _____

AMD INTRANET

È la maniera più veloce ed immediata per comunicare tra noi soci e con la nostra Segreteria AMD. Basta infatti scrivere il COGNOME NOME del socio ed il testo all'interno della sezione riservata del nostro sito, perché gli venga inviato direttamente il messaggio elettronico. Non è più necessario conoscere l'indirizzo di posta elettronica della persona da contattare.

Tutti i soci AMD possono utilizzare questo nuovo mezzo che già oggi veicola tutte le comunicazioni tra i soci, le circolari ed i bandi di concorso per borse di studio AMD.

Per usufruire di questo servizio di posta Intranet AMD basta attivarsi (USER e PASSWORD vi sono state già inviate).

L'accesso ad INTRANET AMD si trova sulla home page del sito www.aemmedi.it.

Per qualsiasi dubbio o se avete smarrito la vostra password (USER è il vostro COGNOME NOME) si può mandare una e-mail ad amd@aemmedi.it.

COMUNICAZIONE AI SOCI AMD

La nostra Associazione può operare grazie soprattutto alla quota associativa annuale di € 50,00. È importante quindi che ognuno di noi versi la quota con una certa regolarità o regolarizzi la propria posizione. 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



DELIBERAZIONE 30 settembre 2002, n. 1052 «Erogazione dei medicinali non registrati in Italia: specificazioni», pubblicato sul Bollettino della regione Toscana n. 43 del 23 ottobre 2002.

La giunta regionale

Visto l'articolo 25 comma 7 del Decreto Legislativo 29 maggio 1991 n. 178 "Recepimento delle direttive della Comunità economica europea in materia di specialità medicinali" con il quale, in deroga al disposto dell'articolo 6 dello stesso provvedimento, è consentita l'importazione di medicinali non registrati in Italia purché destinati ad un trattamento terapeutico non superiore a 30 giorni;

Visto il Decreto 11 febbraio 1997 "Modalità di importazione di specialità medicinali registrate all'estero" con il quale, oltre ad impartire le modalità da seguire per l'importazione dei medicinali posti regolarmente in vendita in paesi esteri ma non autorizzati all'immissione in commercio in Italia, all'art. 5 si stabilisce che l'onere della spesa per l'acquisto di detti medicinali può essere imputato ai fondi attribuiti dallo stato alle regioni o province autonome per l'assistenza farmaceutica solo nel caso in cui l'acquisto venga richiesto da una struttura ospedaliera per l'impiego in ambito ospedaliero;

Vista la nota della assessore al diritto alla Salute protocollo n. 11/32093/6.2.11 del 24 Agosto 1998 con la quale è stato richiesto, fra l'altro, al Ministero della Sanità se le operazioni di acquisto di tali farmaci, al fine di ridurre i disagi per l'assistito, potevano essere messe in atto dalle Aziende USL, fermo restando che gli oneri derivanti sarebbero stati posti, nei casi previsti dalla legge a carico dell'assistito;

Vista la nota del Ministero della Sanità prot. n. 800.3/IMP.AG.506/995 del 11 novembre 1998 con la quale viene comunicato che nulla osta affinché le aziende USL possano effettuare, anche nel caso in cui l'onere resti a carico dell'assistito, le operazioni di importazione dei medicinali non registrati in Italia;

Viste la propria deliberazione n. 493 del 17 maggio 2001 "Direttive alle Aziende U.U.S.S.L.L. per interventi assistenziali a favore di pazienti affetti da patologie particolari" e la normativa ivi richiamata, con la quale si dispone che, per i pazienti affetti da particolari patologie che, malgrado l'assistenza fornita, dal SSN, incorrano in rilevanti spese per ulteriori livelli di assistenza, i Direttori Generali delle Aziende USL della Toscana sono autorizzati ad erogare un contributo economico non superiore a lire 30.000 giornaliere;

Preso atto di come si tratti di situazioni in cui detti medicinali risultano indispensabili per il ripristino dello stato di salute del paziente, così come si evince dal citato D.M. 11 febbraio 1997, che all'art. 2, comma 1, lett. g) richiede, nell'ambito della documentazione necessaria per l'importazione di un medicinale non autorizzato all'immissione in commercio in Italia, l'attestazione della sussistenza di particolari esigenze che giustificano il ricorso a tale medicinale e della mancanza di una valida alternativa terapeutica;

Rilevato che il regime risultante dalle disposizioni di cui al D.M. 11 febbraio 1997 combinate con quelle di cui alla delibera n. 493/2001, è quello di una forma di **erogazione**, seppur indiretta, con oneri a carico del Sistema Sanitario Regionale, **dei medicinali non registrati in Italia**;

Ritenuto necessario ridurre ulteriormente il disagio per quegli assistiti che necessitano di farmaci non registrati in Italia, anche a specificazione di quanto risulta dalla citata delibera n. 493/2001;

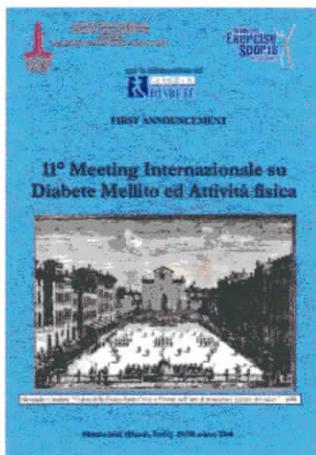
A voti unanimi, delibera per i motivi di cui in premessa:

1. di introdurre le seguenti specifiche disposizioni rispetto a quanto stabilito con la delibera n. 493/2001:

A - le Aziende USL della Toscana, in caso di richiesta, da parte di assistiti residenti nella Regione Toscana che si rivolgono alle predette aziende U.S.L. per la messa in atto delle procedure di cui al decreto 11 febbraio 1997, ed in presenza delle condizioni di cui alla delibera della Giunta Regionale n. 493/2001 documentate come ivi prescritto, di erogazione di medicinali non registrati in Italia, devono provvedere all'erogazione stessa facendosi direttamente carico, nei limiti di importo indicati nella predetta delibera, delle spese per l'acquisto di detti medicinali e di tutti gli oneri connessi;

B - quando ricorrano motivi di urgenza che rendano impossibile verificare preliminarmente la sussistenza delle condizioni di cui alla delibera n. 493/2001, le Aziende USL possono assumere a proprio carico, in via anticipata, gli oneri di cui al punto precedente, solo dietro presentazione di dichiarazione scritta con cui l'assistito si impegna a rimborsare l'azienda USL degli oneri sostenuti per l'acquisto di detti medicinali qualora la verifica da parte dell'Azienda USL della documentazione prescritta dia esito negativo;

- 2) di disporre inoltre che, al fine di poter monitorare, nel territorio regionale, il consumo dei farmaci non registrati in Italia anche per mettere in atto, a livello nazionale, eventuali iniziative per accelerare le procedure di registrazione dei suddetti medicinali le aziende USL sono tenute, trimestralmente, a fornire al Dipartimento del diritto alla salute i dati quali-quantitativi dei medicinali importati, distinguendo fra quelli destinati all'uso interno e quelli destinati al territorio; per questi ultimi deve essere specificato quali sono stati assunti a carico della azienda USL e quali sono stati posti a carico dell'assistito.



11° MEETING INTERNAZIONALE SU DIABETE MELLITO ED ATTIVITÀ FISICA

Cari colleghi, operatori sanitari in Diabetologia e persone sportive con diabete, ritorna in Italia dopo 10 anni (Paestum '94), il meeting internazionale D.E.S.A. (Diabetes Exercise Sport Association) meeting biennale giunto alla 12° edizione ed organizzato dall'A.N.I.A.D., sezione italiana D.E.S.A.

In questi ultimi anni, numerosi studi di incidenza hanno fornito la

prova convincente sulla possibilità di prevenire il Diabete tipo 2 con l'acquisizione di uno stile di vita in cui una regolare attività fisica è un elemento fondamentale. Inoltre anche fra le persone con Diabete tipo 1 l'attività sportiva vera e propria si è diffusa, contribuendo al processo di crescita dell'educazione terapeutica e raggiungendo vertici impensabili in passato come le medaglie olimpiche di Sidney e la recente spedizione italiana a 6000 metri sul Kilimangiaro. È necessario adesso che queste evidenze cliniche e sperimentali si diffondano capillarmente nella comunità diabetologica e vengano correttamente implementate. Il meeting di Montecatini si propone di dibattere gli aspetti più attuali del binomio diabete-attività fisica, contribuire alla formazione degli operatori sanitari non medici sull'argomento e dare spazio alle esperienze personali degli atleti diabetici, in modo che uno scambio reciproco possa arricchire tutti. Vi sarà infine, come di consueto nei nostri meetings, spazio per numerose attività non competitive consentendo a chi voles-

prova convincente sulla possibilità di prevenire il Diabete tipo 2 con l'acquisizione di uno stile di vita in cui una regolare attività fisica è un



se, di partecipare vivendo in prima persona l'attività fisica. Con la speranza di incontrarvi a Montecatini vi invio i miei più cordiali saluti.

Gerardo Corigliano

"Quello di cui non hai fatto diretta esperienza non lo potrai mai apprendere appieno dai libri"
[Isadora Duncan]

PROGRAMMA PRELIMINARE

SCIENTIFICO

(traduzione simultanea italiano-inglese)

- Letture magistrali
- Sessioni scientifiche
- Riunioni teorico-pratiche per operatori sanitari non diabetologi
- Esibizioni di posters scientifici
- Esibizioni di posters degli atleti diabetici con scelta del miglior poster in campo educativo e sportivo

ATTIVITÀ FISICHE PREVISTE:

- Marcia della salute nel parco di Montecatini
- Escursione cicloturistica nei dintorni
- Partita di calcio fra una selezione della Diabetologia Italiana-Nazionale Italiana Femminile

- Incontro di Basket
- Bocce, tennis, nuoto, trekking

COMITATO D'ONORE:

P. HARPER Fondatore IDAA-DESA

A.W. D'AGOSTINO Presidente onorario A.N.I.A.D.

G. VESPASIANO Presidente A.M.D. (al momento del meeting)

COMITATO SCIENTIFICO (provvisorio)

G. CORIGLIANO - F. STROLLO - S. GENTILE - R. TORELLA - M. DI MAURO - P. DE FEO - E. HORTON - M. MANAI - S. BALDUCI - R. GIORGINO - P.E. DI PRAMPERO - G. RICCARDI - M. COMASCHI

COMITATO ORGANIZZATORE (provvisorio)

G. CORIGLIANO - F. STROLLO - C. SCURINI - J. GAETA - A. PERRELLI - V. ARMENTANO - V. PACIOTTI - M. CORIGLIANO - M. SALZANO - M. AGRUSTA - M. ROSSI - A. ARCANGELI - R.M. MENICONI (organizzazione locale)

COMITATO SPORTIVO

E. ROSSI - A. GHELLI - A. CARPI - G.P. AGUGLIA - C. GIORDANO - G.F. PASSARO - P. AULETTA

INFO: A.N.I.A.D. VIA M. D'AYALA, 1 80121 NAPOLI

TEL./FAX +39081413201 e-mail: gcorigliano@virgilio.it

DOVE VA LA DIABETOLOGIA?

Riflessioni e commenti sui cambiamenti culturali e professionali nel mondo delle malattie metaboliche e diabetologia

a cura di Carlo Giorda

DIABETOLOGI, UNA LOBBY DI PESCECANI

Riportiamo a seguire un articolo, che potremmo senza timore definire sconvolgente, comparso nel 2002 sul sito www.radicalidisinistra.it. Val la pena di leggerlo attentamente, perché è un esempio di come a volte sia utile rilevare la percezione che altri hanno del nostro operato. Penso che nessun diabetologo italiano potesse anche minimamente concepire quel che possiamo leggere: i maggiori oppositori alla cura, definitiva e risolutiva, del diabete sono "... le istituzioni pubbliche che hanno il dovere di prevenire e curare il diabete...". Addirittura vi sarebbe una lobby che fa di tutto per impedire che la ricerca raggiunga importanti risultati. Chi, se non i diabetologi, sono in prima linea nella cura del diabete? Non vi sarà per caso un movente economico come il timore di perdere pazienti...

IL DIABETE MELLITO DI TIPO DUE POTREBBE ESSERE CURATO

Oggi i diabetici del tipo due vengono considerati malati cronici, che non possono guarire, e vengono sottoposti a cure inefficaci, creando così le condizioni per la progressiva evoluzione della malattia e per la comparsa delle gravi complicanze che tutti i diabetici conoscono e temono.

L'ipotesi scientifica sulla patogenesi epatica del diabete mellito tipo due dimostra chiaramente che la malattia insorge in conseguenza di una alterata funzionalità del fegato, che rende inattiva l'insulina, provocando in tal modo l'aumento progressivo della concentrazione degli zuccheri nel sangue (iperglicemia), che, raggiunti certi livelli spesso in associazione ad altre alterazioni metaboliche dovute alla inefficienza funzionale del fegato, provoca danni dei piccoli vasi arteriosi che, secondo la loro sede, producono le temibili complicanze caratteristiche del diabete: degenerazione ed emorragie retiniche, con

frequente cecità; nefropatia, con insufficienza renale; cardiopatie gravi; alterazioni neuro-circolatorie degli arti inferiori, con necrosi testuali, ecc.

La "ipotesi sulla patogenesi epatica del diabete mellito tipo 2" permette di comprendere facilmente come questa grave e diffusa malattia, definita dalla legge italiana "di alto interesse sociale" possa essere agevolmente prevenuta e validamente curata e guarita nelle fasi iniziali, ma come, anche nei casi già tanto evoluti da richiedere, oggi, la terapia insulinica, si potrebbe ben correggere definitivamente l'aumentata concentrazione degli zuccheri nel sangue (iperglicemia), che è responsabile delle gravi complicanze, mediante un intervento chirurgico di esecuzione abbastanza semplice.

Si otterrebbe così la restituzione della salute e di una buona qualità della vita ai centoquaranta milioni di esseri umani ammalati di diabete mellito di tipo 2, oggi esposti a gravi sofferenze ed a morte precoce.

Ma, da più di tre decenni, dalla colpevole inerzia e dagli irrimediabili rifiuti silenziosi delle pubbliche istituzioni che hanno il dovere di prevenire e curare il diabete, è stato reso impossibile fornire la dimostrazione sperimentale dell'ipotesi, necessaria per poter attuare le valide cure mediche e chirurgiche del diabete mellito di tipo 2.

www.radicalidisinistra.it

Cosa dire di un'opinione così velenosa quanto infondata?

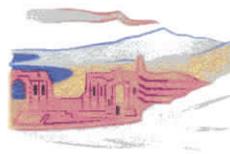
Viene da pensare alla vicenda Di Bella la quale, seppure priva di fondamento scientifico, provocò un salutare scossone nella auto-percezione degli oncologi, i quali, per la prima volta, si resero conto che il loro operato a volte irritava parenti e pazienti e che bisognava curare di più l'aspetto relazionale, "la qualità percepita".

Non basta essere corretti e scientificamente ineccepibili per essere amati dai malati. È necessario anche farsi conoscere e farsi capire.



1° CONVEGNO NAZIONALE DEL CENTRO STUDI E RICERCHE AMD

Taormina 28-30 novembre 2002



Un evento AMD innovativo ed unico nel suo genere si è tenuto nella stupenda cornice di Taormina. L'invito di Marco Comaschi e Domenico Cucinotta insieme con il fitto ed interessante programma ne esprimono il senso e ne spiegano il successo. Ve li presentiamo.

Invito

Cari amici,
siamo veramente lieti di darVi il benvenuto al 1° Convegno Nazionale del Centro Studi e Ricerche AMD.

Come sapete questo convegno, fortemente voluto dal Centro Studi e da tutto il Consiglio Direttivo della nostra Associazione, ha scopi ben diversi da quelli che caratterizzano in genere un incontro scientifico e lo stesso congresso nazionale. Esso infatti nasce specificamente per fare il punto sulla ampia e variegata progettualità che AMD porta avanti in tutti i campi in cui essa è impegnata istituzionalmente (aggiornamento, educazione sanitaria, formazione, problematiche assistenziali, ricerca clinica) e di gettarne le basi per gli sviluppi futuri.

Siamo infatti consapevoli che l'attività di AMD in questi anni è stata proficua e ricca di soddisfazioni, grazie al lavoro e all'entusiasmo di tante persone, ma sappiamo anche che la sua crescita è stata per molti versi tumultuosa e quindi necessita di un momento di riflessione.

Anche le evidenti e profonde difficoltà in cui versa oggi la sanità nel nostro paese, che hanno ricadute soprattutto nel campo della prevenzione e della cura di patologie croniche come il diabete mellito, impongono un momento di riflessione comune, alla ricerca di proposte in grado di tutelare la salute dei cittadini coniugando disponibilità finanziaria con qualità dell'offerta.

Questa di Taormina sarà dunque una vera e propria riunione di lavoro, allargata e aperta ad ogni contributo anche critico, con la speranza che alla fine di queste giornate sia delineato con chiarezza il percorso che, in stretta collaborazione con le società vicine e con tutti gli altri soggetti interessati e disponibili, AMD dovrà compiere nel prossimo futuro per migliorare la qualità del suo impegno con tutti i soci e con la Diabetologia italiana.

Marco Comaschi
Domenico Cucinotta

Programma scientifico

Report 1

"I gruppi di lavoro e le iniziative formative di AMD"

Coordinatori: M. Comaschi, D. Cucinotta

Modelli assistenziali

Moderatori: A. Arcangeli, T. Mingardi

Presentazione del gruppo e del mandato

A. Arcangeli

Risultati del censimento

A. Cimino

Risultati del corso di formazione

A. Rocca

Progetto per il Congresso Nazionale AMD 2003

R. Mingardi

VRQ e Accreditamento

Moderatori: P. Calatola, L. Sciangula

Storia del gruppo e risultati del questionario

G. de Bigontina

La politica AMD per la qualità - I vantaggi

culturali e pratici di essere accreditati

S. Lostia

Esperienza personale di accreditamento

E. Bosi

Il nuovo progetto di operatività

D. Orlandini

La scuola di formazione

Moderatori: A.M. Pellegrini, U. Valentini

La scuola: passato, presente, futuro

N. Musacchio

Una scommessa verso la qualità: una scuola

certificata

C. Giorda

La formazione a distanza: il metodo, i progressi del progetto

S. Di Pietro

Tavola rotonda

"Gruppo per l'Informazione della Diabetologia Italiana G.I.D.I."

Moderatori: P. Di Bernardino, G. Vespasiani

Introduzione al progetto di Rete AMD

G. Vespasiani

Il File dati AMD

F. Romagnoli

VRQ e File dati AMD

G. de Bigontina

Consegna del riconoscimento "File Dati" e

"File Glucometri"

Il sito AMD

G. Picicelli

Il progetto Thesaurus

L. Monge

Come usare nella pratica quotidiana Thesaurus

I. Meloncelli

A che punto siamo e dove vogliamo arrivare

con la Rete AMD

G. Vespasiani

Tavola rotonda

"La terapia educativa del diabete: l'impegno AMD"

Moderatori: M. Agrusta, F. Galeone

L'educazione terapeutica strutturata

S. Gentile

Il gruppo GISED

A. Corsi

Raccomandazioni AMD-SID sull'uso

dell'autocontrollo domiciliare della glicemia

G. Vespasiani

Workshop

"La prevenzione del diabete di tipo 2: dai grandi trials alla realtà assistenziale italiana"

Moderatori: M. Comaschi, U. Di Mario

La prevenzione del diabete di tipo 2:

gli interventi sullo stile di vita

I. Tuomilehto

La prevenzione del diabete di tipo 2: gli interventi

farmacologici

J.L. Chiasson

Il progetto italiano

C. Coscelli

Tavola rotonda

"Diabete mellito di tipo 2 e rischio cardiovascolare: le iniziative AMD"

Moderatori: D. Cucinotta, C. Noacco

Lo studio SFIDA

P.L. Malini

Lo studio DAI

C. Giorda, M. Velussi

Lo studio DiaNeo

S. Di Pietro

Report 2

"I progetti AMD 2002-2003"

Moderatori: A. De Michelis, C. Teodonio

Diabete e gravidanza

D. Mannino

Diabete in... forma

V. Borzi

Diabete e Nutrizione

S. Leotta

Il counting dei carboidrati

G. Marelli

Il progetto Meditrav

C. Coscelli

Presentazione

"Il progetto Aware e il Social Survey"

Moderatori: A. Pontiroli, G. Vespasiani

Relatori: M. Comaschi, D. Cucinotta