

FACCIAMO CHIAREZZA

IN QUESTO NUMERO

Editoriale
G. Vespasiani pag. 1

Nasce AMD-Comunic.Azione, struttura in staff al CD pag. 2

La disfunzione erettile nel paziente diabetico
S. Gentile pag. 3

In cucina con il diabete e le malattie del metabolismo pag. 5

Il gruppo AMD modelli assistenziali
A. Arcangeli pag. 6

Corsi ETS per équipe Friuli Venezia Giulia pag. 7

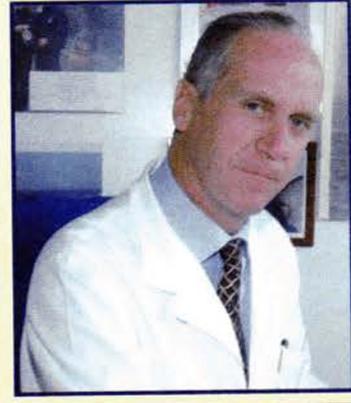
Prospettive per l'assistenza al malato diabetico in Italia
R. Mingardi pag. 8

Validazione del percorso "Campus per operatori sanitari delle strutture diabetologiche"
L. Gentile, A. Sergi, G. Allochis pag. 10



Carissimi,
ho inviato al Corriere della sera questa lettera di protesta a riguardo della "Classifica dei centri dove curarsi meglio" fatta in funzione dell'Impact Factor. Al solito si usano parametri impropri per fare conclusioni pubblicitarie inopportune. Ho aspettato qualche giorno ad inviarvela per vedere se nel numero successivo c'era qualche risposta o giustificazione. Non ci sono state per cui ritengo che proprio non capiscano l'errore. Non ho parole per quantizzare il danno e la disinformazione fatta ai Diabetologi ed ai Pazienti con una iniziativa del genere e non vorrei fermarmi a questa lettera di protesta. Grazie
Di seguito il contenuto della lettera

Giacomo Vespasiani



Egregio Direttore,
Le scrivo in qualità di Presidente dell'A.M.D, la società scientifica che rappresenta i medici diabetologi, per l'inchiesta sugli "ospedali di eccellenza" veicolata dietro il messaggio forte: "Dove ti curano meglio".
Innanzitutto Le faccio notare l'assurdo di stilare una graduatoria degli ospedali "dove si cura meglio il diabete" pubblicata senza una verifica del metodo proposto con gli stessi diabetologi e la loro organizzazione scientifica nazionale.
Non pretendiamo di avere il "verbo" in tasca ma poiché, studiando da decenni le moda-

lità della cura in raccordo con le altre organizzazioni internazionali e in annuali verifiche congressuali, siamo giunti a definire una serie di parametri molto rigidi sulla base dei quali definire la "qualità" del sistema di assistenza: "parametri" noti perché proprio in base ad essi viene definito l'accreditamento professionale dei nostri servizi diabetologici. Un'inchiesta giornalistica doveva quanto meno registrarli e confrontarli con quelli "scelti" a monte.
È poi sbagliato e quindi produttore di disinformazione, particolarmente grave perché ci si rivolge a malati cronici che comunque spe-

(continua a pagina 12)

Poste italiane - Spedizione in a.p. - art. 2 comma 20/c, legge 662/96 - Direzione commerciale - Napoli



NASCE AMD-COMUNIC.AZIONE, STRUTTURA IN STAFF AL CD

L'11 giugno 2003 il Consiglio Direttivo nazionale ha deliberato la nascita di "AMD-Comunic.Azione" come struttura permanente in staff al CD con la delega di progettare in modo coerente alle politiche di AMD e coordinato, tra le singole componenti del gruppo stesso, un sistema di comunicazione/informazione rivolto ai Soci e all'esterno. Coordinatore per il primo biennio è stato nominato Luca Monge.

OBIETTIVI A LUNGO TERMINE

- Creazione di un efficace ed efficiente sistema di comunicazione/informazione interna ad AMD e, quindi, rivolta ai Soci;
- Creazione di un efficace ed efficiente sistema di comunicazione/informazione rivolto all'esterno ed in particolare a:
 - ⇨ popolazione generale
 - ⇨ paziente diabetico
 - ⇨ altre figure professionali in ambito sanitario

OBIETTIVI PRINCIPALI A BREVE TERMINE

- Creare e/o organizzare i siti Internet di AMD e nello specifico:
 - ⇨ il Sito Istituzionale
 - ⇨ il Sito dell'informazione scientifica contenente: Thesaurus, Medscape Diabetologia, Congresso Medico
 - ⇨ il Sito dedicato al Paziente diabetico
 - ⇨ il Sito dedicato al Farmacista
- Attivare gli spazi web delle singole sezioni regionali di AMD
- Attivare la sperimentazione semestrale con Roche di un servizio di consulenze mediche specialistiche via e-mail e telefoniche dedicate al paziente diabetico
- Attivare i Corsi di Alfabetizzazione Informatica di II livello (Novo-Lifescan) e i Corsi sulla Ricerca Bibliografica (GSK).

Nel prossimo numero di www.AemMeDi.it troveremo maggiori approfondimenti in un editoriale del Presidente Giacomo Vespasiani e in un articolo tecnico del Coordinatore di AMD-Comunic.Azione, Luca Monge.

AEMMEDI.IT

La memoria storica e la vetrina di AMD

Responsabile: *Giuseppe Pipicelli*
Redazione: *Sandro Gentile* (Bollettino AMD cartaceo), *Francesco Galeone* (Bollettino AMD elettronico), *Illidio Meloncelli* (in qualità di Segretario CD nazionale), *Alberto De Micheli* (in qualità di vice Direttore AMD-Comunic.Azione), *Giusy Marino* (Columbus).

INFODIABETES.IT

L'informazione scientifica ai tempi di Internet

Responsabile: *Marco Comoglio*
Redazione: *Marco Gallo*, *Giorgio Mantovani* (Infomedica), un rappresentante del Board di Diabetes Spectrum, *Gabriele Alloochis* con delega all'organizzazione dei Corsi "Gli strumenti di lavoro informatici".

THESAURUS-AMD.IT

Il gold standard della diabetologia secondo l'EBM

Responsabile: *Giorgio Grassi*
Redazione: *Enrica Scano* (Infomedica), *Ester Vitacolonna* con delega all'organizzazione del Corso "Classificare l'Evidenza".

DIABETE.IT

Il diabetologo per il Diabete

Responsabili: *Luciano Carboni* e *Umberto Valentini*
Redazione: *Alberto Pattono* (InPagina), *Umberto Valentini* con delega all'organizzazione della Sperimentazione "Consulenze telefoniche e Web".

DIABETEINFORMA.IT

Non solo ricette...

Responsabile: *Vito Borzi*
Redazione: un esperto di Web Designer, un farmacista o altra figura professionale.

LE AREE DI MAGGIORE INTERESSE



LA DISFUNZIONE ERETTILE NEL PAZIENTE DIABETICO

L'incapacità di iniziare e/o mantenere una erezione peniena tale da consentire un soddisfacente rapporto sessuale già definisce, secondo il panel di esperti dell'NIH nel 1993, vari livelli di alterazione o di perdita di una funzione essenziale per un sano equilibrio psicofisico dell'uomo.

Un breve cenno va fatto sui meccanismi fisiologici dell'erezione. Di norma sono costantemente attivi meccanismi di contrazione della muscolatura liscia delle lacune vascolari che costituiscono i corpi cavernosi. Ciò ne impedisce la replezione e quindi ostacola l'erezione. La liberazione di noradrenalina (NA) dalle terminazioni nervose adrenergiche a livello delle cellule muscolari lisce dei corpi cavernosi, determina l'attivazione di una cascata di eventi (coinvolgenti la proteina G, la fosfodiesterasi, il diacilglicerolo e l'inositolo-triptofano) che porta al release di Ca^{++} dal reticolo endoplasmico; l'aumento del Ca^{++} intracellulare attiva la chinasi della catena leggera della miosina, che viene così fosforilata, potenziando la contrazione delle cellule muscolari lisce e mantenendo la detumescenza peniena.

Un altro sistema parallelo esercita lo stesso effetto, ma è meno conosciuto. Esso è attivato dall'endotelina-1 ed è detto sistema RhoA/Rho-chinasi. Tale sistema è parimenti attivo nel potenziare la fosforilazione della catena leggera della miosina e, quindi, a mantenere la detumescenza peniena.

Viceversa, i principali modulatori del rilassamento delle cellule muscolari lisce cavernose (e quindi inducenti l'erezione) sono l'ossido nitrico (NO) prodotto ad opera delle fibre non-adrenergiche non-colinergiche, l'acetilcolina derivante dalle fibre adrenergiche ed i prostanoïdi (PGE_1 e PGE_2), insieme ad altri mediatori di cui è meno certo il meccanismo d'azione (VIP, adenosina, ATP, CGRP).

La liberazione di NO avviene dalle fibre non-adrenergiche non-colinergiche per attivazione della NO-sintasi, e dalle cellule endoteliali per stimolazione parasimpatica con liberazione di acetilcolina e attivazione della NO-sintasi endoteliale. L'NO attiva una guanilato-ciclasa solubile, aumenta la concentrazione di cGMP e PKG tipo I, riduce le concentrazioni di Ca^{++} intracellulare e provoca, quindi, la mancata fosforilazione della catena leggera della miosina. La conseguenza di tutto questo è il rilassamento delle fibre muscolari lisce cavernose e l'erezione. Allo stesso risultato si può arrivare per una via parallela, mediante l'attivazione del cAMP da parte della PGE_1 (sia in via naturale che per induzione farmacologica) o della papaverina (solo farmacologicamente).

Il cGMP viene degradato dalla fosfodiesterasi-5, per cui, riuscire a bloccarla farmacologicamente significa potenziare il meccanismo di non fosforilazione della catena leggera della miosina ed in definitiva promuovere l'erezione. Su questo principio si basa l'effetto di sildenafil, vardenafil e tadalafil.

Le cause della disfunzione rettile (DE), definita in passato in modo più diretto impotenza, sono varie, variabilmente frequenti ed in diversi casi intercorrelate (Tab. 1).

Vari studi indicano una frequenza della DE di tutto rispetto, intorno al 12% della popolazione generale compresa tra 18 e 75 anni, con

CAUSE DELLA DISFUNZIONE ERETTILE		
Organiche	Psicogene	Miste
vascolari	tono simpatico ↑	variabilmente associate più cause
neurologiche	stress	
ormonali	ansia	
urologiche (patologie prostatiche, anomalie anatomiche, ecc.)	depressione	

Tab. 1

(Fedele et al, Int J Epidemiol 29: 524, 2000)

DISFUNZIONE ERETTILE: I FATTORI DI RISCHIO	
Popolazione generale	Soggetti diabetici
<ul style="list-style-type: none"> età fumo patologie croniche (fegato, rene, ecc.) farmaci 	<ul style="list-style-type: none"> età fumo tipo di diabete compenso metabolico complicanze croniche (ipertensione arteriosa, dislipidemia, neuropatia, vasculopatia, ecc.) tipo di trattamento

Tab. 2

(Fedele et al, Int J Epidemiol 29: 524, 2000)

evidenti differenze età-correlate, (Perazzini et al. Eur. J Urol 37: 43, 2000) ma evidenziano uno scenario ancora più drammatico nella popolazione dei pazienti diabetici, in cui la DE raggiunge il 36%, senza particolari differenze tra i diabetici censiti nelle strutture diabetologiche del nord, del centro o del sud (Fedele et al Diabetes Care 21, 1973, 1998) e con una preoccupante incidenza annua del 2,6% nella popolazione generale e del 6,8 nei diabetici (Fedele et al J Urology 166: 1368; 71, 2001).

La DE si associa in modo significativo a diversi fattori di rischio, che sono almeno in parte differenti nei diabetici rispetto ai non diabetici (Tabb. 2-3).

La diversa incidenza della DE a seconda del tipo di diabete può essere espressa come in Tab. 4, estrapolata da una casistica di 31.027 non diabetici e 2.108 diabetici studiati dell'Health Professional Follow-up Study.

L'insieme di questi dati indica chiaramente quanto la DE sia rilevante nel caso del paziente diabetico e quanto la concomitanza di fattori sfavorevoli (altre complicanze, cattivo controllo metabolico, ecc) ne diventino fattori peggiorativi al punto che viene ritenuto possibile tracciare un profilo di rischio della DE sulla base degli elementi descritti prima, ancora prima di intraprendere con il paziente uno specifico approccio a partire dall'anamnesi. Indipendentemente dalla presenza della neuropatia diabetica, il valore di HbA1c viene ritenuto predittore indipendente della DE (Romeo et al J Urol 163: 788, 2000).

Verrebbe quindi naturale aspettarsi che il referente ideale per l'approccio alla DE del diabe-

MECCANISMI PATOGENETICI DELLA DISFUNZIONE ERETTILE NEL DIABETE MELLITO
<ul style="list-style-type: none"> alterazioni dei meccanismi neurologici disfunzione endoteliale (↓ endotelina, ↑ NO) alterata espressione genica aumentata formazione di AGE aumentata sclerosi vasale

Tab. 3

PREVALENZA DELLA DE IN RAPPORTO A TIPO E DURATA DEL DIABETE	
Tipo 1	51 (%)
Tipo 2	37 (%)
durata 1-5 anni	21 (%)
durata 11-30 anni	41 (%)

Tab. 4

(Bacon et al, 25: 1458, 2002)

tico sia il diabetologo. Nella pratica clinica non è certamente così. I dati di un'inchiesta nazionale indicherebbero che sebbene la maggior parte dei diabetologi si riconosce in questa funzione e,

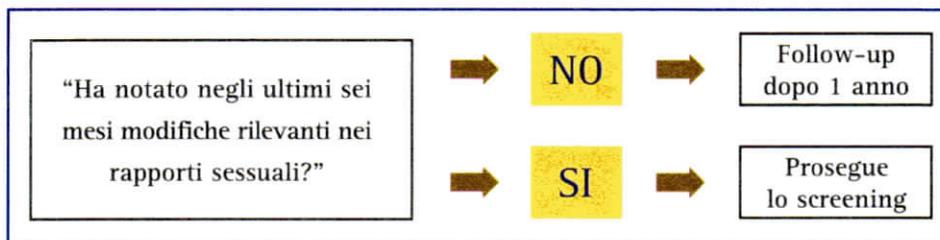


viceversa, la maggior parte dei diabetici vedrebbero teoricamente nel diabetologo il referente naturale per affrontare questa problematica, nella pratica clinica le cose vanno diversamente perché solo una modestissima percentuale di diabetici si rivolgono al diabetologo ed una bassissima percentuale dei diabetologi dedicano parte del loro tempo professionale a questo problema dei diabetici. Ne fanno fede le prescrizioni di farmaci per la cura della DE che solo in modestissima quota originano dei diabetologi.

Quali le ragioni di tante incongruenze? In realtà, purtroppo ancora oggi il diabetico si rivolge al diabetologo soprattutto per migliorare il compenso metabolico, per chiedere consiglio e cure per le complicanze, potremmo dire "classiche" (micro-macrovascolari) già instaurate e divenute oramai croniche e non reversibili. Egli sa che il diabete può comportare DE, ma non

è ritenuto troppo complesso, forse l'idea che l'iniezione intracavernosa, il rigiscan e quant'altro siano indispensabili per un corretto approccio diagnostico frenano un approfondimento per una complicanza che a pieno titolo dovrebbe rientrare tra le altre cui pure il diabetologo rivolge la propria attenzione.

Il ruolo che il diabetologo deve avere rispetto alla DE va invece rivalutato e potenziato. Esso può essere riassunto in 4 semplici momenti: 1. verifica del problema; 2. screening ed impostazione diagnostica; 3. coordinamento di altre eventuali competenze; 4. educazione e trattamento medico. Il tutto risulta molto semplice, basta dedicare pochi momenti in un ambiente sereno, magari mentre si esegue la valutazione delle altre complicanze partendo da una sola, semplice, banale domanda iniziale (Tab. 5).



Tab. 5

percepisce interesse (o forse competenza) a tale riguardo nel diabetologo. Un ambulatorio affollato, una visita sbrigativa, la mancanza di privacy fanno il resto. Viceversa per quanti sforzi siano stati fatti (indagini nazionali sulla DE, riunioni congressuali, gruppi di studio), solo una piccola quota di diabetologi inquadrano correttamente la DE nel novero ed al pari delle altre delle complicanze croniche del diabete. Forse anche molti colleghi rivolgono la faticosa domanda "va tutto bene sul versante dei rapporti sessuali?", ma il più delle volte la cosa finisce prima ancora di incominciare. Forse il protocollo diagnostico ambulatoriale della DE

La prosecuzione dello screening prevede un approfondimento anamnestico veloce impiegando il questionario internazionale validato (IIEF), ma in forma semplificata, vale a dire utilizzando dalle originarie 15 domande solo le prime 5 più la quindicesima (Tab. 6).

Al questionario è applicabile uno score (da punti 0 a 5) descritto dalla tabella 8 per le domande da 1 a 5 più uno di tipo semiquantitativo (tipo scala di Hutkinson, da 0 a 5) per il quesito n. 15 (Tab. 7).

Ne deriva che se il punteggio massimo attribuibile mediante l'uso del questionario semplificato è pari a 30; si può così facil-

Score	Opzioni
0	Non ho avuto alcuna attività sessuale
1	Quasi mai/mai
2	Poche volte (meno della metà)
3	Qualche volta (metà delle volte)
4	La maggioranza delle volte
5	Quasi sempre/sempre

Tab. 7 (Rosen et al, Urology 49: 822, 1997)

mente arrivare a quantificare il grado della DE, cosa che sarà certamente utile nella scelta del trattamento medico e nel prevederne l'esito (Tab. 8).

Punteggio	Classificazione di gravità
6 - 10	grave
11 - 16	moderata
17 - 25	lieve
26 - 30	assente

Tab. 8 (Rosen et al, Urology 49: 822, 1997)

Naturalmente notizie di ordine generale, che sono alla base di ogni rapporto medico-paziente, saranno la naturale premessa all'approfondimento e riguarderanno:

■ **Anamnesi su:**

- **aspetti generali:** abitudini di vita, sviluppo sessuale, attività sessuale, patologie, traumi ed interventi, diabete con la sua durata, tipo e grado di compenso, sintomi di neuropatia,
- **aspetti endocrinologici:** caratteri sessuali
- **aspetti neurologici:** riflessi, sensibilità, traumi midollari, interventi
- **aspetti urologici:** conformazione e sviluppo del pene e dei testicoli, patologia e/o interventi prostatici
- **aspetti vascolari:** sintomi di vasculopatia (cludicatio), polsi, soffi

■ **Esami di laboratorio:**

- **Metabolici:** glicemia, HbA1c, microalbuminuria, creatininemia, trigliceridi, colesterolo
- **Endocrini:** testosterone, prolattina, TSH
- **Urologici:** PSA
- **Epatici:** GOT, GPT, gamma-GT, markers epatitici
- **Renali:** Creatininemia, esame di urine

■ **Esami strumentali**

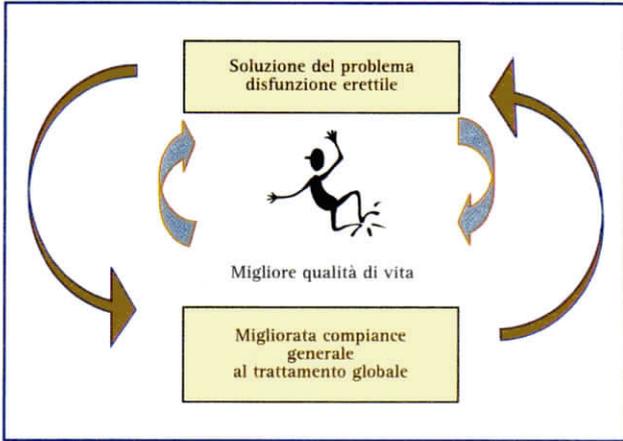
- **Test cardiovascolari di neuropatia autonoma**
- **Biotesiometria**

Molte delle cose ricordate sopra fanno già parte del protocollo di screening annuale delle complicanze del diabetico, ivi compresi i test cardio-vascolari e la biotesiometria. Se dalla valutazione del protocollo semplificato possono ragionevolmente essere escluse varie cause di DE non curabili direttamente dal diabetologo è altresì possibile riconoscere numerosi pazienti suscettibili di trattamento medico. In base alle più attuali conoscenze si

International Index of Erectile Function Questionnaire: quesiti 1-5 + 15 (funzione erettile)	
domanda	quesito
1	Quanto spesso è stato capace di avere una erezione durante l'attività sessuale?
2	Dopo lo stimolo sessuale ha raggiunto una erezione sufficiente per la penetrazione?
3	Quando ha tentato un approccio sessuale quanto spesso è stato capace di penetrare la sua partner?
4	Durante il rapporto sessuale quanto spesso è stato capace di mantenere l'erezione dopo che ha penetrato la partner?
5	Durante il rapporto sessuale quanto difficile è stato mantenere l'erezione fino alla fine del rapporto?
15	Come valuterebbe il suo livello di fiducia nel poter raggiungere e mantenere una erezione ?
Domande aggiuntive (facoltative)	
Ha erezioni spontanee notturne o al risveglio? (problemi psicologici)	
Ha osservato noduli o parti indurite toccando il pene: l'erezione si accompagna a dolore o ad incurvamento ? (Malattia di La Peyronie)	

Tab. 6

(Rosen et al, Urology 49: 822, 1997)



possono agevolmente utilizzare direttamente inibitori orali della fosfodiesterasi-5, che attraverso un meccanismo fisiologico, possono mediamente in ben oltre il 50% dei casi reintegrare una normale funzione erettile. Va ricordato che pazienti con cardiopatia ischemica in classe NYHA superiore a 2 e/o in trat-

tamento con nitroderivati non possono purtroppo valersi di questo come di altri trattamenti, se non in casi particolari e non assimilabili ad un protocollo generale. La percentuale di successo del trattamento orale della disfunzione erettile è direttamente correlato alla presenza ed entità dei fattori di rischio elencati in precedenza - ivi compreso il buon compenso glicometabolico -, alla precocità dell'intervento terapeutico ed alla durata della DE stessa.

Il trattamento con prostaglandine intracavernose andrebbe riservato a casi poco sensibili al trattamento orale e/o in cui vi sia perdita della libido, ricordando che gli inibitori della fosfodiesterasi-5 sono attivi in pazienti con libido conservata, mentre le PGE1 agiscono anche in pazienti che accusano perdita della libido. La presenza di neuropatia autonoma (specie se di grado

severo) rende in molti casi inefficaci entrambe le categorie di farmaci. Terapie con impianti chirurgici, protesi di vario tipo o uso di dispositivi *ex vacuo* solo in rari e ben motivati pazienti (refrattari a terapia medica) trovano ancora una limitata utilità. Impiego di testosterone e/o antiestrogeni, vanno riservati a casi particolari e debordano dalle competenze diabetologiche. Altri e più fantasiosi rimedi terapeutici, ivi comprese le vitamine, non hanno una base razionale d'impiego, non essendo basati su evidenze provate scientificamente.

Il generale vantaggio ottenibile con il trattamento orale a base di inibitori delle fosfodiesterasi-5, oltre a restituire una qualità di vita decisamente migliore al diabetico, è in grado di innescare un circuito virtuoso in cui la migliore qualità di vita si trasforma in migliore compliance generale al trattamento del diabete nella sua globalità, rivelandosi un'arma preziosa, spesso con riflessi di carattere generale ed aggiuntiva nelle mani del diabetologo per il benessere dei propri pazienti.

Sandro Gentile



Successo della nona edizione del convegno

"IN CUCINA CON IL DIABETE E LE MALATTIE DEL METABOLISMO"

Nell'ambito del progetto CHEF NUTRIZIONISTA continua la collaborazione ASL Lanciano Vasto e Istituto Alberghiero "G. Marchitelli" di Villa S. Maria

L'unità operativa di Diabetologia del presidio ospedaliero di Lanciano diretta dal Dr Mario Pupillo ha organizzato, come ogni anno, questo ormai consolidato appuntamento per medici, dietisti e specialisti della nutrizione in collaborazione con l'Associazione diabetici frentani (A.D.I.F)

Il convegno si è svolto presso l'auditorium del Mario Negri Sud il 28 e 29 marzo, in due giornate di intenso e proficuo lavoro, con la partecipazione di esperti di notevole livello in campo nazionale. Gli argomenti trattati sono stati interessanti ed hanno messo in luce le problematiche della malattia diabetica complicata dalla Insufficienza renale e dalla obesità. L'aspetto nutrizionale di queste patologie è stato ampiamente approfondito con relazioni, lezioni magistrali e casi clinici presentati dal team diabetologico dell'ospedale di Lanciano.

La nefropatia diabetica è stata affrontata nei suoi aspetti clinici e terapeutici dal dr Bruno Di Paolo, primario nefrologo di Vasto e dal Dr Filippo Salvati responsabile del reparto di medicina di Guardiaregre, confortati dalla dr Margherita Maccarone, responsabile del Servizio di Nefrologia e di Lanciano e dalla dietista Assunta Carnevale insieme alla dr.ssa Anita Minnucci della U.O. di Diabetologia. Le lezioni magistrali sono state presentate da due grandi esperti della nutrizione quali il Dr Giuseppe Fatati di Terni e il prof Oliviero Sculati di Brescia in tema di nutrizione e gusto. La giornata di Sabato ha visto impegnati il prof Fabio Capani, la dr.ssa

Ester Vitacolonna, entrambi dell'Università di Chieti, e il dr Fumelli di Ancona sul problema dell'obesità nei suoi rapporti con il diabete e le metodologie di cura e di intervento anche cognitivo comportamentale.

Il dr Pupillo e l'infermiere Angelo De Luca insieme alla dr.ssa Daniela Antenucci hanno presentato un caso di diabete con obesità trattato in maniera multidisciplinare e con nuove tecnologie dal Team Diabetologico di Lanciano.

Il convegno ha affrontato un argomento importantissimo della nostra vita quale è l'alimentazione come risultato di tradizioni e ambiente che nei secoli hanno condizionato le nostre abitudini. Un recupero di una corretta nutrizione è il primo e importantissimo intervento preventivo che la Sanità può mettere in atto per la riduzione delle malattie metaboliche e vascolari. In tale ambito il dr Pupillo ha ideato il progetto di chef nutrizionista in collaborazione con l'Istituto alberghiero di Villa S. Maria allestendo un corso biennale post diploma che ha diplomato da tre anni circa 40 chef nutrizionisti ovvero chef in grado di coniugare la buona cucina e l'arte culinaria con il rispetto delle regole di una corretta nutrizione tracciate dai medici. Un tentativo di collaborazione fra Scuola e Sanità ben riuscito come hanno sottolineato il Manager della ASL Lanciano Vasto avv. Elio Tille e il dr Giovanni Viscanti Direttore Sanitario Aziendale. Ogni anno viene pubblicato, in occasione del convegno, un quaderno di arte culinaria che contiene 24 ricette ideate dagli

chef Remo Fioriti e Sergio Di Giulio insieme agli allievi dell' Istituto Alberghiero e corrette nutrizionalmente dalla dietista Assunta Carnevale. Le ricette hanno proposto menu' per diabetici affetti da insufficienza renale e celiachia. Il volume presenta una bella iconografia e la traduzione in inglese e francese delle varie proposte culinarie. Il preside dell'Istituto alberghiero Antonio Di Lello nella prefazione del volume ha sottolineato l'importanza della iniziativa prima in Italia che ripropone Villa S. Maria all'attenzione nazionale in questa bella collaborazione con la ASL di Lanciano Vasto.

Ovviamente il pranzo per i convegnisti è stato allestito dagli Chef Fioriti e Di Giulio con la partecipazione degli allievi, schierati in forze. Le portate hanno deliziato i 200 partecipanti sempre nel rispetto delle regole della corretta nutrizione. I numerosi Soci dell'ADIF, capitanati dal presidente Francesco Cognati, hanno validato il menù con attenzione chiedendo più volte il bis per una più precisa valutazione...

Un bel successo per il dr Pupillo e la sua squadra che giornalmente assistono la popolazione diabetica del nostro territorio contribuendo alla difficile opera di prevenzione e cura di una patologia tanto diffusa e in continua crescita. Un impegno che si esprime anche attraverso un appuntamento che si prepara a festeggiare nel prossimo anno il decennale insieme al ventennale dell'attività diabetologica dell'ospedale di Lanciano. *Ad majora.*



IL GRUPPO AMD MODELLI ASSISTENZIALI

Il Gruppo Modelli Assistenziali (GMA) nasce nel 1999 dal Gruppo VRQ-Accreditamento per volontà del Consiglio Direttivo Nazionale di AMD, da cui riceve un mandato specifico. In base al mandato affidato il Gruppo, in analogia con quanto fatto da tutti i Gruppi di Studio di AMD, si dà un regolamento che viene approvato dal Direttivo Nazionale. Il supporto economico è garantito da Eli Lilly Italia che garantisce ad AMD un contributo non condizionante. Viene scelta la Società Artenia quale supporto organizzativo, logistico, informatico.

Con il GMA, AMD intende:

1. valorizzare le esperienze assistenziali diabetologiche attuate in Italia, evidenziando le principali tipologie;
2. proporre un progetto di lavoro ai diabetologi italiani che consenta loro di individuare, in base alle tipologie specifiche dei loro Servizi, al contesto ambientale ed alle fondamentali necessità del paziente, il miglior modello di assistenza applicabile, attraverso una sperimentazione controllata e verificata nei risultati, secondo la metodologia della VRQ;
3. creare una struttura di "servizio" ai diabetologi che intendono, all'interno delle proprie realtà, effettuare un percorso di miglioramento verso il miglior modello assistenziale applicabile.

A tale scopo l'attività del Gruppo è iniziata con il nuovo censimento delle Strutture Diabetologiche esistenti in Italia, aggiornando il precedente del 1999, con alcuni quesiti mirati ad individuare i diversi modelli organizzativi. I risultati del censimento, riferiti a Catania 2003, hanno permesso di individuare modelli organizzativo-assistenziali diversi, suddivisibili fra ospedalieri e territoriali, pubblici e privati, con all'interno diverse tipologie:

- Strutture Specialistiche Complesse di Diabetologia
- Strutture Specialistiche Semplici di Diabetologia (autonome e non autonome)
- Strutture Ambulatoriali

L'indagine ha permesso di aggiornare i dati del 1999, depennando le strutture non più presenti e aggiungendo le più recenti o non precedentemente censite. Tutti i dati acquisiti andranno sul sito *intranet* di AMD in maniera che ogni socio possa verificare i dati, modificarli, correggere eventuali errori od omissioni, segnalare strutture non censite.

Sulla base dei dati del censimento è stato individuato un campione di strutture, rappresentativo per tipologia assistenziale e per distribuzione geografica. Alle strutture coinvolte è stato chiesto di raccogliere dati clinici relativi ad un campione randomizzato di 100 pazienti seguiti da almeno 18 mesi presso ogni struttura. A tali dati si aggiunge la rilevazione delle attività e degli esiti assistenziali sperimentando gli indicatori concordati con il G.I.D.I.

I dati raccolti verranno analizzati con la collaborazione del Prof. Nicolucci (Istituto Mario Negri Sud) e forniranno un quadro reale ed attuale dell'assistenza diabetologica in Italia.

I Colleghi che hanno partecipato allo studio, e che ringrazio fin da ora a nome di tutto il GMA, sono stati Amoretti (Roma); Angileri (Marsala); Brancaccio (Roma); De Blasi (Bressanone); Di Benedetto (Messina); Galeone (Pescia); Gentile (Asti); Manunta (Palermo); Pata (Messina); Patané (Cuneo); Perrone (Messina); Pipicelli (Soverato); Richiardi (Torino); Richini (Esine); Scaldaferrì (Treviso); Scardapane (Acquaviva delle Fonti).

Una prima analisi dei dati raccolti ha portato alla formulazione di un elenco di attività peculiari di ogni struttura diabetologica, sia

essa pubblica o privata, ospedaliera o territoriale. L'insieme delle attività svolte darà ragione della complessità della struttura e rappresenterà la "fotografia" della struttura stessa. Le attività svolte sono in diretto rapporto con le dotazioni organiche e strutturali, con i finanziamenti locali e regionali, con l'organizzazione sanitaria regionale, aziendale e/o territoriale. Questo complesso sistema di "vincoli" è spesso difficilmente modificabile dal singolo diabetologo e pertanto qualsiasi percorso di miglioramento non potrà non tenerne conto. Sarà compito di AMD nel suo complesso far tesoro dei dati raccolti per portare all'attenzione dei vertici nazionali della Sanità i problemi evidenziati e prospettare soluzioni possibili, dal momento che risulta assai chiaro che la possibilità di garantire ai cittadini diabetici una assistenza specialistica efficace ed efficiente è strettamente legata al modello organizzativo-assistenziale.

Se quindi da un lato i dati raccolti permetteranno di incidere a livello di programmazione sanitaria (nazionale e regionale), dall'altro vi sono ampi margini di miglioramento per la singola struttura, che derivano dal confronto con realtà assistenziali simili. Il confronto, in questa visione, non è valutativo, ma serve a stimolare il miglioramento, favorendo lo scambio di idee e di soluzioni spesso originali. In questa logica appare indispensabile prevedere, per le strutture con un limitato numero di attività, una possibilità di collocazione "in rete" con altre strutture, nella quale si realizzi la integrazione fra le competenze e le caratteristiche di ciascuno e quindi si garantisca al paziente la migliore assistenza specialistica possibile.

Adolfo Arcangeli
Coordinatore GMA

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 _____

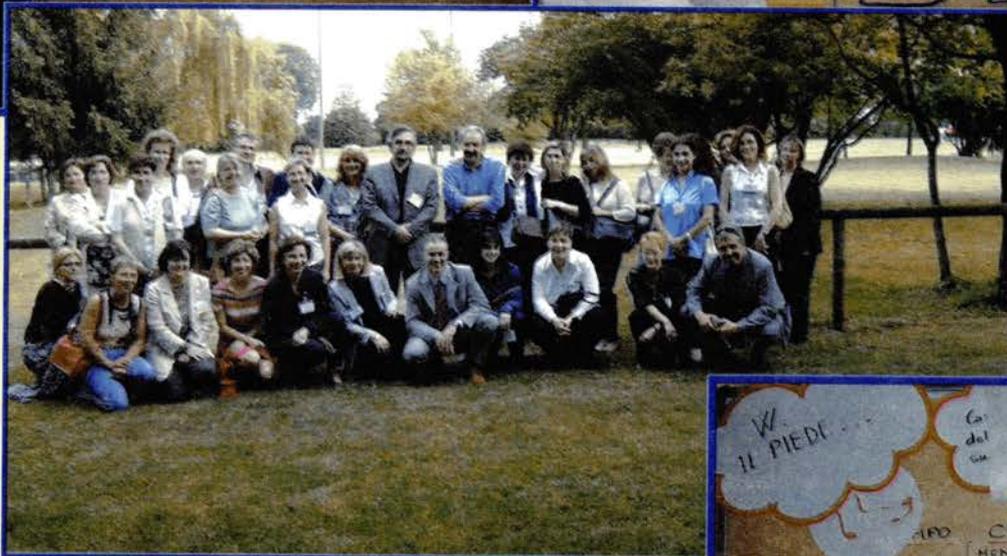
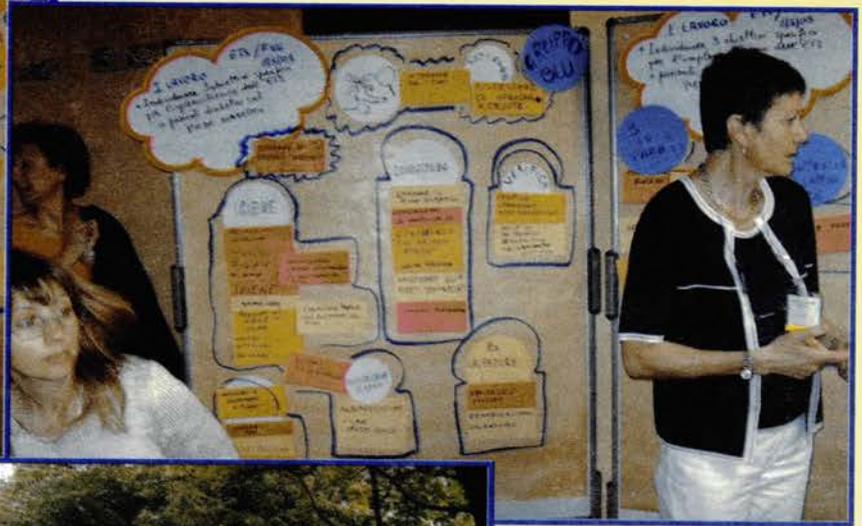
Data _____ Firma del titolare _____

N.B. Questo riquadro può essere utilizzato, indipendentemente dal pagamento delle quote sociali, anche per comunicare eventuali variazioni di indirizzo.

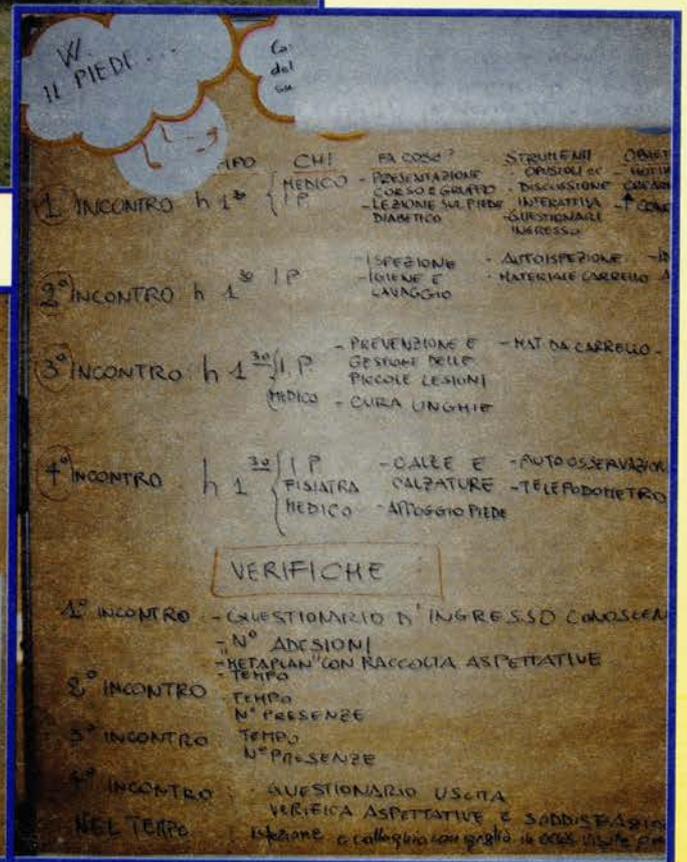
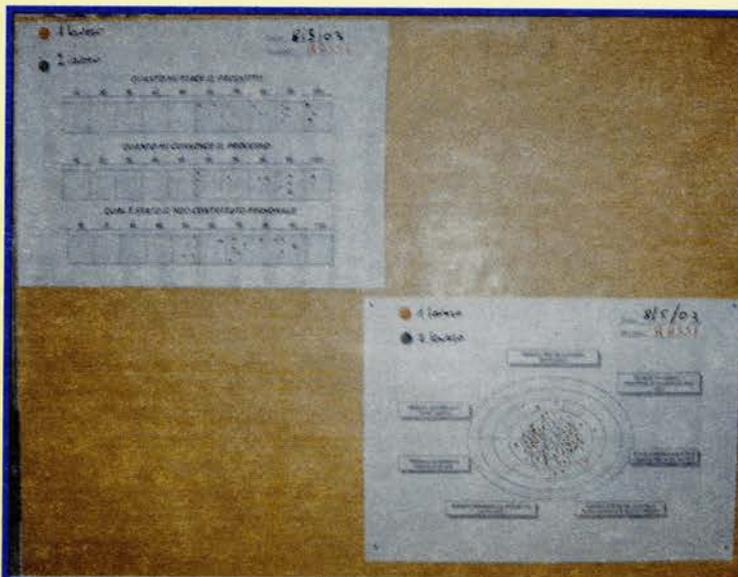
Chi volesse informazioni sulla propria situazione contabile può contattare la Segreteria Amministrativa
Viale Carlo Felice, 77 - 00185 Roma - Tel. 06/700.05.99 - Fax 06/700.04.99 - E-mail: amdass@tiscalinet.it



CORSI ETS PER ÉQUIPE FRIULI VENEZIA GIULIA



*Nelle foto
alcuni momenti
dei corsi*





PROSPETTIVE PER L'ASSISTENZA AL MALATO DIABETICO IN ITALIA

Il diabetico, malato cronico, curerà la propria condizione in contesti assistenziali sempre meno legati all'ospedale e sempre più vicini alla propria realtà familiare e sociale.

I processi di deospedalizzazione tendono a spostare i Servizi diabetologici nel territorio, là dove ancor oggi non è percepita, ed in molte realtà nemmeno programmata, la necessità di creare una solida rete assistenziale che vede nell'integrazione tra medici ospedalieri e medici di medicina generale il naturale approdo per la cura della patologia diabetica.

La conoscenza delle norme principali in tema di sanità ci permette di individuare i nuovi scenari assistenziali che si prospettano nei prossimi anni di capire le prospettive di sviluppo dell'attività lavorativa per i diabetologi.

CONTESTI NORMATIVI NAZIONALI

Il Decreto del Presidente del Consiglio del 29.11.2001 stabilisce le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal S.S.N. riconducibili ai seguenti livelli di Assistenza

1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro
2. Assistenza distrettuale
3. Assistenza ospedaliera

Il Piano Sanitario Nazionale indica alcuni progetti come obiettivi strategici per il triennio 2002-2004.

Il progetto 2 intende creare "una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili. Premesso che la cronicità e la vecchiaia non sono state finora affrontate nel nostro Paese con la dovuta attenzione e con i dovuti strumenti, si ritiene che questo obiettivo sia ormai indifferibile: la popolazione anziana cresce continuamente e con essa crescono le pluripatologie e le invalidità. Sempre più diviene necessario integrare davvero la prestazione sanitaria con l'assistenza sociale, cosa che oggi non sempre avviene e crea grave disagio ai pazienti e alle loro famiglie". Lo strumento per sviluppare questa rete è la cosiddetta ospedalità a domicilio ovvero trasferire a domicilio del paziente alcuni servizi oggi erogati solo dall'Ospedale.

Quindi per i tre anni di applicazione del Piano è fissata, tra gli obiettivi, la sperimentazione di forme di "governo della rete" che integrino le competenze degli Ospedali, delle ASL e dei Comuni, con ricorso anche all'utilizzo di gestori di servizio privato nelle aree di sperimentazione.

Il progetto n 4 rileva la necessità di "Potenziare i fattori di sviluppo (o "capitali") della sanità"

Le organizzazioni complesse utilizzano tre forme di "capitale": umano, sociale e fisico.

Il "capitale umano", ossia il personale del Servizio Sanitario Nazionale, è quello che presenta aspetti di maggiore delicatezza. La Pubblica Amministrazione, che gestisce la maggior parte dei nostri ospedali, non rivolge sufficiente attenzione alla motivazione del personale e

alla promozione della professionalità e molti strumenti utilizzati a questo scopo dal privato sono sconosciuti.

Solo oggi si comincia in Italia a realizzare un organico programma di aggiornamento del personale sanitario. Dal 2002 diventa, infatti, realtà l'acquisizione dei crediti per tutti gli operatori sanitari che partecipano agli eventi autorizzati dalla Commissione Nazionale per l'Educazione Medica Continua. Ben più importante, inizia, secondo l'Accordo del 20 dicembre 2001 con le Regioni, e grazie all'adesione di varie organizzazioni e associazioni incluse gli Ordini delle Professioni Sanitarie, la Federazione dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e le Società scientifiche italiane, l'aggiornamento aziendale, che prevede un impegno delle Aziende Sanitarie ad attivare postazioni di educazione e corsi aziendali per il personale, utilizzando anche e soprattutto la rete informatica.

Altrettanto necessaria appare la valorizzazione della professione infermieristica e delle altre professioni sanitarie, per le quali s'impone la nascita di una nuova "cultura della professione", così che il ruolo dell'infermiere sia ricondotto, nella percezione sia della classe medica sia dell'utenza, all'autentico fondamento epistemologico del nursing.

Il risultato finale deve, in sintesi, prevedere la sinergia di interventi mirati a:

- dare piena attuazione all'Educazione Continua in Medicina;
- valorizzare le figure del medico e degli altri operatori sanitari;

L'accordo della Conferenza Stato-Regioni del 20 dicembre 2001 ha sancito in maniera corretta la convergenza d'interesse tra Ministero della Salute e Regioni nella pianificazione di un programma nazionale che, partendo dal lavoro compiuto dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua, si estenda capillarmente così da creare una forte coscienza dell'autoformazione e dell'aggiornamento professionale estesa a tutte le categorie professionali impegnate nella sanità.

Il progetto 9 intende "Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione

pubblica sulla salute". Le conoscenze scientifiche attuali dimostrano che l'incidenza di molte patologie è legata agli stili di vita. Infatti: oltre ad una crescente quota di popolazione in sovrappeso, numerose patologie sono correlate, ad esempio, ad una alimentazione non corretta. Tra queste, alcuni tipi di tumori, il diabete mellito di tipo 2, le malattie cardiovascolari ischemiche, l'artrosi ecc

Una caratteristica della prevenzione delle malattie connesse all'alimentazione è la necessità di coinvolgere gran parte della popolazione e non soltanto i gruppi ad alto rischio.

Nell'ambito dell'adozione di stili di vita sani, l'attività fisica riveste un ruolo fondamentale.

Il piano sanitario descrive anche la malattia diabetica tra le priorità perché: "l'incidenza del diabete di tipo 2" è in aumento in tutto il

mondo occidentale ed anche nei Paesi in via di sviluppo e, la diagnosi è posta in fase più precoce rispetto al passato. A questo va aggiunto che l'obesità è pure in forte aumento ed occorre ricordare che essa è un alto fattore di rischio per la comparsa della malattia diabetica.

Vi è oggi ampia evidenza che il counseling individuale finalizzato a ridurre il peso corporeo, a migliorare la dieta (riducendone il contenuto di grassi totali e di grassi saturi e aumentando il contenuto in fibre) e ad aumentare l'attività fisica, riduce il rischio di progressione verso il diabete del 58% in 4 anni.

In questo settore, gli interventi devono essere orientati a sviluppare:

- sistemi di sorveglianza per definire meglio e monitorizzare la dimensione della malattia diabetica;
- counseling individuale ad opera dei Centri per il diabete finalizzato al miglioramento degli stili di vita; tali Centri potrebbero assumere anche il ruolo di Centri per la lotta all'obesità;
- programmi di prevenzione primaria e secondaria, in particolare per il diabete mellito in età evolutiva, con l'obiettivo di ridurre i tassi di ospedalizzazione ed i tassi di menomazione permanente (cecità, amputazioni degli arti);
- strategie per migliorare la qualità di vita dei pazienti, attraverso programmi d'educazione ed informazione sanitaria"

LA NORMATIVA IN TEMA DI DIABETE

La Legge 115/87 ed il successivo Atto d'Intesa Stato-Regioni rappresentano la base legislativa di riferimento per la programmazione dell'assistenza al paziente con diabete in Italia, in accordo anche con il documento tecnico dell'OMS per la Prevenzione del Diabete Mellito e con i diversi Piani Sanitari o disposizioni regionali, ove approvati.

Per quanto concerne la Legge 115 del 16 Marzo 1987, all'articolo 5 erano definite le strutture deputate all'assistenza diabetologica:

Con riferimento agli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale, nell'ambito della loro programmazione sanitaria, le Regioni predispongono interventi per:

a) istituzione dei servizi specialistici diabetologici, secondo parametri che tengano conto della densità della popolazione, delle caratteristiche geomorfologiche e socioeconomiche della zona di utenza e dell'incidenza della malattia con diabete nell'ambito regionale... (omissis)...

c) l'istituzione di servizi di diabetologia a livello ospedaliero nell'ambito di un sistema dipartimentale interdisciplinare e polispecialistico.

I servizi di diabetologia svolgono in particolare i seguenti compiti:

- a) prevenzione primaria e secondaria del diabete mellito
- b) prevenzione delle sue complicanze
- c) terapia in situazioni di particolare necessità clinica



d) consulenza diabetologica con il medico di base e le altre strutture ove siano assistiti cittadini pazienti con diabete.

e) consulenza con divisioni e servizi ospedalieri in occasione di ricoveri di cittadini pazienti con diabete

f) addestramento, istruzione, educazione del cittadino paziente con diabete.

g) collaborazione con le unità sanitarie locali per tutti i problemi di politica sanitaria riguardanti il diabete.”

Tali presupposti sono ripresi ed in parte chiariti nell'Atto di Intesa Stato-Regioni relativo agli articoli 2 e 5 della predetta Legge. L'allegato 2, infatti, così recita:

“Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano nell'ambito dei rispettivi Piani Sanitari predispongono ed attivano un sistema integrato di prevenzione del diabete e di assistenza ai soggetti affetti dalla malattia, articolato nei seguenti servizi:

- Assistenza di base (Medici di Medicina Generale- Distretti Socio-Sanitari)
- Servizi specialistici ambulatoriali diabetologici
- Servizi diabetologici pediatrici
- Servizi di Diabetologia a livello ospedaliero”.

Ed ancora: “... ai fini di una corretta ed ottimale gestione della malattia con diabete, deve essere recuperata in forma estensiva la funzione del Medico di Medicina Generale che si esplica a livello preventivo, diagnostico e nella conduzione della terapia.

Il medico di medicina generale a tale scopo, dovrà mantenere un rapporto continuato di collaborazione con le strutture specialistiche ai diversi livelli per l'assistenza al paziente con diabete.

Il medico di medicina generale, inoltre, esplica un ruolo di primaria importanza nelle indagini epidemiologiche sul territorio e sui programmi d'educazione della popolazione con diabete e di quella generale, secondo le linee stabilite a livello regionale.”

Conformemente a quanto fin qui esposto, l'assistenza al paziente con diabete deve essere gestita pariteticamente ed in modo integrato dal Medico di Medicina Generale e dallo Specialista diabetologo, per un interscambio reciproco di conoscenze che portino ad una fattiva e corretta collaborazione nell'interesse del paziente con diabete stesso.

Questa gestione integrata della malattia avrà come scopo il miglioramento della possibilità di formulare una diagnosi precoce di malattia e quindi di garantire un intervento integrato precoce, un miglior follow-up dell'andamento della malattia, un controllo periodico effettivo sulla possibile insorgenza di complicanze d'organo, una gestione omogenea e pianificata delle complicanze in atto.

La gestione integrata della malattia con diabete non potrà però essere basata sul solo aspetto diagnostico-terapeutico, ma dovrà essere completata da un'opera d'informazione-formazione dei pazienti e più in generale della collettività nel suo complesso, oltre che da un monitoraggio periodico della popolazione a rischio e in prospettiva di tutta la popolazione, per consentire un miglior controllo della malattia stessa ed un'efficace opera di prevenzione primaria.

Una gestione integrata, infine, produrrà non solo un miglioramento complessivo della qualità dei servizi, ma anche una razionalizzazione della spesa complessiva, con l'attribuzione di ogni singolo intervento al Medico di Medicina Generale o alla Struttura Specialistica di Diabetologia e Malattie Metaboliche, evitando duplicazione degli interventi”

Da qui l'inderogabile necessità di organizzare il sistema assistenziale senza dispersioni, individuando il ruolo di ogni medico ed ogni specifica struttura sanitaria

La sanità in Italia, nei processi di aziendalizzazione, sta evolvendo pertanto da un concetto di “cura della malattia” a quello di “tutela e garanzia della salute” per il cittadino.

La lotta al diabete mira a garantire certezza di diagnosi e, attraverso strategie d'intervento condivise al più ampio livello multidisciplinare, a diminuire il numero di persone che si ammalano di questo stato morboso, oltre a prevenire, in coloro che hanno contratto la malattia, le complicanze acute e croniche della stessa.

Le innovazioni introdotte con i provvedimenti assunti, a livello nazionale e regionale, in materia di riordino del Servizio Sanitario Nazionale, hanno progressivamente spostato l'attenzione sulla definizione di una metodologia di riferimento per la progettazione e gestione di processi legati alla presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative o, per usare una terminologia più coerente, dei percorsi diagnostico terapeutici (PDT).

Il PDT è l'iter che un paziente segue per cercare di risolvere un problema di salute. Il PDT di riferimento definisce la migliore sequenza temporale e spaziale possibile, sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse a disposizione, delle attività da svolgere dagli operatori sanitari (medici, infermieri, tecnici ecc.) per risolvere i problemi di salute del paziente. Esso indica cosa fare per l'indicazione tempestiva della diagnosi e per l'esecuzione appropriata delle specifiche azioni terapeutiche previste per il raggruppamento omogeneo di diagnosi di riferimento.

La costruzione e la riprogettazione dei PDT s'inserisce nel processo di revisione e miglioramento continuo della qualità delle cure sanitarie.

Esso prende avvio proprio dalla definizione dell'insieme delle azioni da compiere nei confronti del paziente affetto nello specifico da diabete mellito e si estrinseca nell'effettuazione di confronti e valutazioni periodiche con i percorsi di riferimento individuati. La rilevazione di scostamenti, infine, potrà generare la modificazione dei PDT o delle modalità concrete di trattamento dei pazienti.

I PDT diventano, sulla base della valutazione dei percorsi effettivi e dei percorsi di riferimento, delle vere e proprie “rotte” previste (o attese) allorché sono condivisi dal personale sanitario di una data azienda sanitaria, e sono diretti a ridurre la variabilità, presente nella comune pratica, fra le varie durate di degenza e fra i risultati raggiungibili (outcome).

Il riferimento ai PDT rileva l'importanza di articolare le finalità dei progetti in specifici obiettivi orientati ai singoli attori coinvolti. In particolare:

1. Rispetto al paziente:
 - 1.a disporre di un piano di lavoro per il trattamento della patologia, frutto dell'esperienza e aggiornata sulla base delle più moderne conoscenze scientifiche;
 - 1.b disporre di un piano di comunicazione che permetta di coinvolgere il paziente attraverso l'informazione di quello che l'aspetta e di come lavora l'azienda all'interno di un'ottica gestionale d'integrazione con il mondo territoriale e quello ospedaliero;
2. Rispetto all'organizzazione
 - 2.a individuare le discipline coinvolte al fine di definirne il ruolo nell'ambito del trattamento diagnostico-terapeutico del diabete;
 - 2.b descrivere le risorse (durata prevedibile della degenza, esami, farmaci, ecc...) necessarie a trattare un particolare gruppo di pazienti al fine di valutarne l'appropriatezza, la qualità e l'eventuale impatto economico;
 - 2.c contribuire all'obiettivo generale di migliorare continuamente la qualità e la resa economica dei servizi ai pazienti;
3. Rispetto al ruolo medico
 - 3.a contribuire con un metodo condiviso a sistematizzare le pratiche e le metodologie sanitarie seguite;
 - 3.b fornire strumenti per la formazione e l'aggiornamento degli operatori;
 - 3.c elaborare linee di comportamento che tutelino l'azione del medico rispetto alle “buone pratiche” e alle responsabilità giuridiche che dall'inosservanza di esse possono derivare;
 - 3.d sviluppare e valorizzare il ruolo degli operatori (case manager).

Le strategie di lotta al diabete si possono articolare, conformemente alle indicazioni della letteratura, in cinque aree che, pur interagendo, hanno caratteristiche di tempi di realizzazione differenti:

1. EPIDEMIOLOGIA
2. PREVENZIONE PRIMARIA
3. PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE CRONICHE
4. ASSISTENZA
5. FORMAZIONE
6. RICERCA

Nel prossimo futuro la nostra società scientifica cercherà di individuare nuove strategie d'intervento per offrire al diabetico nuovi profili assistenziali ed al diabetologo prospettive di sviluppo della propria attività lavorativa sempre più interessanti e innovativi.

Roberto Mingardi
Direttore Servizio di Medicina Territoriale
ULLS n. 6 - Vicenza



Grandate, 31 marzo e 1° aprile 2003

VALIDAZIONE DEL PERCORSO "CAMPUS PER OPERATORI SANITARI DELLE STRUTTURE DIABETOLOGICHE"



Con l'erogazione del primo modulo del Campus, rivolta agli operatori OSDI del Piemonte, è stata realizzata la fase di validazione del progetto. Nella due giorni di Grandate hanno

dato vita al percorso 27 infermieri professionali, rappresentativi dalle diverse realtà diabetologiche Piemontesi. Il gruppo dei partecipanti ha declinato le tematiche relative al percorso di inserimento di un nuovo infermiere nel team diabetologico.

3. sperimentare il lavoro per processi sapendone riconoscere e riprodurre in un modello sperimentale le diverse fasi
4. riconoscere, saper elencare e descrivere in un modello sperimentale obiettivi generali, specifici, indicatori e standard.



Metodo

Nella migliore tradizione della Scuola AMD è stato previsto il coinvolgimento attivo dei partecipanti, resi con-

sapevoli interpreti di un processo continuo di sviluppo di competenze individuali, nonché di competenze nel lavoro di gruppo ed infine di competenze organizzative.

I partecipanti che da subito hanno sperimentato le attività e gli strumenti consoni alle diverse fasi del processo, si sono mossi al loro interno definendone le fasi, che sapranno riconoscere e denominare a completamento dell'intero percorso. Nel momento della sensibilizzazione si è utilizzata la drammatizzazione, nella ricerca della condivisione ci si è avvalsi di strumenti quali il memo-team e per le verifiche del rigello.

Il clima d'aula rappresenta l'elemento cardine per il buon esito di ogni percorso, quindi è stato presidiato attraverso la gestione delle relazioni di lavoro e facilitando contenimento dei conflitti facendo ricorso alla mediazione e alla negoziazione.

Inoltre il clima è stato garantito attraverso la valorizzazione delle competenze preesistenti e dalla gestione positiva dell'errore. I partecipanti hanno sperimentato, grazie all'intervento dei formatori, le tecniche di conduzione del gruppo e potranno integrare il metodo praticato alla propria professionalità. In ogni momento si è operato gestendo le diverse competenze ed attri-



Obiettivo generale del percorso è quello di creare un sistema strutturato di formazione continua (Campus) dedicato agli operatori diabetologici OSDI.

Lo scopo è di rendere gli operatori consapevoli di rappresentare una figura professionale qualificata e caratterizzata da competenze peculiari che lo differenzino rispetto agli altri infermieri professionali.

Obiettivi specifici

1. identificare ed elencare le competenze presenti negli infermieri diabetologici
2. identificare il ruolo degli infermieri impegnati nelle strutture diabetologiche attraverso l'analisi e la costruzione di un elenco delle funzioni svolte





CAMPUS PER OPERATORI SANITARI DELLE STRUTTURE DIABETOLOGICHE



Tempi

Programma in tre anni che preveda la realizzazione di un percorso formativo in tre moduli costituiti da un incontro di due giornate, con 12 ore di attività per modulo.

I Modulo

Il percorso è articolato in tre moduli, la realizzazione dell'intero percorso è previsto in tre anni. In questo primo anno si realizza il I modulo che ha come obiettivo di attivare il sistema strutturato di

formazione continua denominato Campus. Si vuole iniziare ad implementare il curriculum formativo dell'infermiere diabetologico, rendendolo consapevole di rappresentare una figura professionale qualificata e caratterizzata da competenze che lo differenziano rispetto agli altri infermieri.

II Modulo

Nel secondo anno gli infermieri impiegati nelle strutture diabetologiche e che hanno partecipato al primo modulo saranno interpreti di un percorso che ha come obiettivo di sperimentare il lavoro per processi; dovranno infatti sapere riconoscere le diverse fasi del processo in un modello simulato e dovranno produrre in un modello sperimentale le diverse fasi già condivise.

III Modulo

Nell'ultimo anno gli interpreti dei precedenti percorsi dovranno acquisire l'abilità di lavoro per processi attraverso il riconoscere, saper elencare in un modello sperimentale obiettivi generali, specifici, indicatori e standard. Inoltre dovranno progettare una parte del percorso assistenziale diabetologico sperimentando le tecniche acquisite.

Logistica

Nel primo anno sono stati pianificati sei corsi da realizzarsi con il coinvolgimento attivo dei Presidenti Regionali AMD e OSDI, della Scuola di Formazione AMD e dei suoi Formatori, di sei diverse aree geografiche rappresentative della realtà italiana.

buendo e facendo riconoscere leadership diverse a seconda della fase di sviluppo del contesto:

- il facilitatore nei momenti di facilitazione
- il mediatore nei momenti di contrattazione
- il razionalizzatore nei momenti di confusione e così via.

Un risultato trasversale al percorso sarà di rendere i partecipanti capaci di interagire in modo efficace in un gruppo di lavoro, tale abilità è certamente propedeutica nell'ipotesi di voler sviluppare competenze nel campo dei gruppi di lavoro.

Risultati: La maggior parte dei partecipanti ha percepito l'evento in termini di massima rilevanza degli argomenti, efficacia dell'evento e qualità educativa, essendosi posizionata la quasi totalità dei partecipanti negli ultimi due quintili.

Il Campus AMD-OSDI: l'idea

L'equipe diabetologica rappresenta l'unità funzionale ideale per l'erogazione dell'assistenza al paziente diabetico ed in quest'ottica una analisi delle incongruenze effettuato da un gruppo misto composto da Medici ed Infermieri diabetologici ha evidenziato due principali criticità:

1. il senso di frustrazione dell'operatore diabetologico nei confronti di colleghi ritenuti portatori di maggiori competenze tecniche
2. la difficoltà a creare equipe diabetologiche permanenti, a causa del frequente cambiamento della posizione di lavoro per infermieri in possesso di specifiche competenze diabetologiche.

A tale proposito al gruppo originario si è aggiunto in un secondo tempo un formatore progettista della Scuola AMD, costituendo un Board che ha disegnato

un percorso di crescita professionale al fine di

1. individuare e costruire un percorso comune fra le varie professionalità coinvolte nell'assistenza diabetologica, coerente con le linee guida validate da EBM e EBN
2. innescare un processo che porti ad un'organizzazione assistenziale "integrata" identificando il ruolo dell'Infermiere di diabetologia nel processo assistenziale
3. rafforzare l'identità dell'Infermiere nell'equipe diabetologica condividendo e valorizzando il sapere comune, le diversità, le criticità, i punti d'accordo, e facendo nascere la consapevolezza della necessità di lavorare in TEAM
4. agevolare l'identificazione del "ruolo" di operatore diabetologico definendo in quale fase del "percorso paziente" si collocano gli interventi, quali le reciproche aspettative e interdipendenze.

Board Campus AMD OSDI

Responsabili di Progetto OSDI: Marina Badano, Giuseppe Bruno e Carla Alberti

Responsabili di Progetto AMD: Gabriele Allochis e Luigi Gentile

Scuola AMD: Alessandro Sergi

Conclusioni

La validazione del percorso formativo posto in atto con il Campus AMD-OSDI suggerisce che tale modello rappresenti una opportunità di crescita ed implementazione del curriculum formativo professionale degli operatori diabetologici, valorizzando il ruolo centrale dell'Infermiere di diabetologia all'interno del processo assistenziale e possa contribuire a rafforzare e a dare continuità al team diabetologico, secondo una visione di cura centrata sul paziente

La realizzazione di un sistema di formazione a cascata che si estenda a tutto il territorio nazionale, attraverso l'articolazione nelle singole aree regionali, potrà contribuire a identificare i punti fermi, il valore delle differenze, il lavoro comune, il valore della condivisione ed il ruolo dell'organizzazione nell'erogazione dell'assistenza diabetologica

Luigi Gentile, Alessandro Sergi,
Gabriele Allochis



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

REDAZIONE
C. M. Gnocchi - B. Oliviero

EDITORE
Guido Gnocchi Editore s.r.l.
Via M. Pietravalle, 85
80131 - NAPOLI
<http://www.idelson-gnocchi.com>
E-mail informazioni@idelson-gnocchi.com

DIRETTORE RESPONSABILE
Sandro Gentile

AMD

Associazione Medici Diabetologi

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente: G. Vespasiani
Vice-Presidente: U. Valentini

Consiglieri: E. Galeone
L. Monge
S. Leotta
P. Pata
P. Di Berardino
S. Lostia
R. Mingardi
G. Perrone
G. Corigliano
Segretario: I. Meloncelli
Tesoriere: R. Amoretti

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: R. Iannarelli
Calabria-Basilicata: G. Pipicelli
Campania: D. Pascucci
Emilia-Romagna: C. Coscelli
Friuli-Venezia Giulia: C. Noacco
Lazio: S. Leotta
Liguria: A. Corsi
Lombardia: A. Cimino
Marche: P. Sorichetti
Piemonte-Val d'Aosta: F. Travaglio
Puglia: A. Bellomo D'Amato
Sardegna: A. Corda
Sicilia: M. Di Mauro
Toscana: R.M. Meniconi
Umbria: G. Cicioni
Veneto: G. De Bigontina

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

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

rano ci sia "in commercio" un farmaco od esista "un centro" capace di dar loro la guarigione, utilizzare i modelli di definizione di buona o eccellente ricerca con quelli dell'assistenza: è la stessa differenza che alle elementari ci insegnavano fra meloni e strade, con i primi pesati e le seconde misurate, fra chilogrammi e chilometri e via discorrendo. Sì, perché un ottimo ricercatore per essere tale potrebbe anche non aver mai visto un malato, altra infatti è la sua funzione.

I diabetici in Italia sono circa il 5% della popolazione, con un notevole incremento previsto nei prossimi decenni tanto da poter parlare di "Epidemia di diabete". Purtroppo però solo la metà degli italiani "adulti" sa di avere il diabete, immagini quindi il dramma che verificiamo su tre/quattro pazienti al giorno mediamente in ogni centro ospedaliero e che viviamo insieme a loro ed alle loro famiglie. Sappia che una parte dell'intera "popolazione diabetica italiana" è costituita da bambini: la cui diagnosi ha un tasso di moltiplicazione del dolore nei genitori e per l'intera comunità in cui vivono, che solo i medici curanti conoscono e condividono per intensità e per l'impegno che offrono a questi giovanissimi malati, cui va garantita una "vita normale", ma che la Sua sensibilità di giornalista (e di padre) Le può certamente far intuire.

È deontologicamente scorretto "strillare" in prima pagina e per giorni "Diabete: dove ti curano meglio" per pubblicizzare l'inserito del supplemento "Salute" e vendere più copie del Corriere della Sera della domenica. L'impact factor, che come si scrive in un trafiletto quasi illeggibile a fondo pagina, è "un coefficiente attribuito ad ogni sperimentazione a seconda dell'importanza della rivista scientifica su cui viene pubblicata", non può perciò spiegare la "qualità" in termini di assistenza, che non comprende evidentemente la ricerca ma l'aggiornamento e la formazione professionale sui risultati già certificati della ricerca stessa ed il loro trasferimento a livello clinico con la migliore "appropriatezza" delle prestazioni.

Falso è quindi il neretto di spiega del titolo perché l'impact factor dell'Istituto Negri, di cui non discutiamo il valore scientifico, non è costruito sui "posti letto, il numero dei medici ecc, ecc...": tra l'altro chiunque conosca un po' di medicina sa che i numeri citati non sono credibili se riferiti all'assistenza perché il più "ricco" dei centri diabetologici non può avere decine di medici, sarebbe in-

(segue dalla prima)

fatti "fuori mercato" per ogni azienda ospedaliera, oltretutto assurdo per la patologia stessa. Il diabete è infatti una malattia cronica, definita dalle sue complicanze: occhi, reni, cuore, arterie, piede. La sua cura deve essere quindi plurispecialistica ed interdisciplinare per essere efficace ed appropriata.

So che Lei ha assunto solo recentemente la Direzione del Corriere della Sera e che non può perciò aver programmato ed approvato la serie di inchieste sul "chi ti cura meglio", ma ne era tuttavia il Direttore al momento della pubblicazione e non può essere addotta la Sua non responsabilità "nell'omesso controllo" perché l'inchiesta del supplemento "Salute" è stata pubblicizzata per più giorni sulla prima pagina del giornale e Lei non può non averne preso coscienza.

Le chiedo formalmente quindi cosa intenda fare il Suo giornale per riparare il danno grave, morale e professionale, subito da tutti i nostri colleghi che assistono e curano negli ospedali e sul territorio decine di migliaia di diabetici, molti dei quali rischiano una "destabilizzazione" per il "sensazionalismo" di annunci di "isole salvifiche" che non esistono per il diabete, patologia cronica - ripeto e sottolineo - che può essere cioè curata, non guarita: purtroppo!

Non interessano all'A.M.D. nuove e corrette tabelle "di merito": siamo contrari per le ragioni che Le ho esposto. Liberi naturalmente voi di farlo, nel rispetto però delle regole: violate nel nostro caso e, se identico criterio è stato adottato per le altre "specialità", per l'intero mondo medico non universitario. Ci auguriamo invece che proprio i "numeri" che le ho sopra indicato: il 5% della popolazione italiana, cui vanno sommate le famiglie, il diabete tipo 1 che colpisce i bambini, porti il Corriere della Sera a diventare l'elemento di modifica del "sensazionalismo" a favore di un'informazione corretta sui rischi di incorrere nella patologia diabetica, che potrebbe espandersi a dismisura proprio per l'invecchiamento di una popolazione sempre più in soprappeso e sottoposta dalla pubblicità a scorretti comportamenti alimentari e di vita.

Credo, Direttore, che le tirature del Corriere della Sera se ne avvantaggerebbero molto!

In attesa di un Suo rapido riscontro Le invio i nostri più cordiali auguri di buon lavoro,

dott. Giacomo Vespasiani
Presidente A.M.D.