



Editoriale	
G. Vespasiani	pag. 1
A Marsala il 2° Corso sul piede diabetico	pag. 3
Lettera del Presidente ai Soci	
G. Vespasiani	pag. 4
Educazione terapeutica strutturata e fasi di attuazione	pag. 4
Attività fisica e diabete (strategie motivazionali).	
La piramide dell'attività fisica	
M. Di Mauro	pag. 5
11° Meeting internazionale su diabete mellito e attività fisica a cura di G. Corigliano	pag. 7
2° Convegno Nazionale AMD	
Centro studi e ricerche	
M. Comaschi-F. Galeone	pag. 8
Regolamento dei gruppi di studio e dei gruppi di lavoro di Diabete Italia	pag. 9
Regolamento gruppi AMD	pag. 10
5° Congresso GISED	pag. 11
Attività delle Sezioni Regionali	pag. 12



## RELAZIONE SULLA VISITA IN ALBANIA PER L'APERTURA DI UN CENTRO DI DIABETOLOGIA

Questo viaggio è stato possibile grazie ai contatti offertimi dal Dott. Martinucci, diabetologo pediatra dell'ospedale Maier di Firenze, dal Prof. Renato Novelli, docente di Storia all'interno della facoltà di Economia di Ancona, coordinatore degli interventi regionali per il turismo in Albania e profondo conoscitore di quella nazione dal punto di vista sociale e storico, e dal Rotary Club di Tirana.

Sono partito dall'aeroporto di Bologna il 23 marzo 2004 alle ore 11.35 con AIR Tirana (compagnia aerea autorizzata ad atterrare solo in Italia) e sono arrivato a Tirana in un aeroporto dove le automobili, per ragioni di sicurezza, non possono avvicinarsi a più di 300 metri dall'aerostazione.

Ad attendermi c'era un'auto fuoristrada dell'UNOPS, con l'autista. L'auto è uno di quei giaponi Toyota bianchi con la scritta "ONU" sul fianco che siamo abituati a vedere così spesso in televisione quando si parla di aiuti internazionali. UNOPS è la sigla delle Nazioni Unite per i programmi di sviluppo nei paesi sotto la tutela dell'ONU, e l'Albania è uno di questi.

Sono stato accompagnato dall'autista all'albergo Rogner, unico albergo internazionale con polizia privata all'entrata.

La sera ho incontrato il presidente del Rotary di Tirana, il Dott. Nosi, professore universitario di Ricerca mineraria nell'epoca comunista e attuale direttore di un Dipartimento del Ministero della Difesa. Persona intelligente, con grande desiderio di "fare" tramite il Rotary, ma anche con chiunque abbia voglia di lavorare con l'Albania. Lui mi spiega come il Grand Boulevard, la strada principale di Tirana, fu costruita dagli italiani nell'epoca del fascismo, tanto è vero che, grazie ai suoi palazzi, all'università e allo stadio (che è adiacente ma fuori asse rispetto al Grand Boulevard), la vista dall'alto ricorda l'immagine di un fascio littorio. Gli Albanesi dell'epoca dicevano che a Tirana c'era un bellissimo Grand Boulevard al centro della città, ma mancava la città intorno.

Ora la città c'è, ma forse sarebbe meglio che non ci fosse. Sono tutte costruzioni a sei-otto piani sullo stile delle nostre case popolari degli anni cinquanta, ma molto più cadenti.

Il nuovo sindaco di Tirana, un pittore, per cercare di mi-

gliorare un po' l'aspetto estetico di quest'accozzaglia di casoni popolari, ha fatto dipingere, come quadri futuristi pieni di colore, le facciate delle case lungo la strada che viene dall'aeroporto.

Il presidente rotariano Nosi che mi ha ricevuto mi dice di percepire uno stipendio equivalente a 120 dollari al mese, ma avendolo invitato a cena nel ristorante dentro l'albergo pago un conto per una cena normale di due persone di 60 euro. Qualcosa non funziona tra l'economia dei tanti dirigenti a 120 dollari al mese o dei medici a 110 dollari o degli infermieri a 50 dollari, rispetto al conto del ristorante.

Gli italiani sono ben visti, forse per esclusione, dato che sono in guerra con i serbi della Bosnia e del Montenegro a nord e temono l'invasione "politica" da parte della Grecia a sud attraverso la Macedonia. L'Albania è una nazione di tre milioni di abitanti circondata da tutti i lati da altri tre milioni di albanesi che vivono in stati diversi dell'Albania e che sognano la grande Albania del 1500.

Il Dott. Nosi mi dice che il Rotary ha già svolto alcune iniziative umanitarie e mi indica la strada per cercare dei fondi anche su quel versante, mi conferma che la zona nord dell'Albania è la più povera visto che turisticamente è meno appetibile, ed è anche la più cattolica, raggiungendo il 50% della popolazione, mentre nel centro-sud i musulmani sono oltre il 70%. Si tratta di un islamismo moderato, dove un europeo come me è stato invitato da persone sconosciute a visitare la moschea.

La mattina del 24 marzo alle 10 il solito giapponese dell'UNOPS mi viene a prelevare e mi porta nel quartier generale dell'UNOPS, dove incontrerò il Dott. Luigi Cafiero, italiano, medico, responsabile dei progetti di sviluppo per l'Albania.

Il Dott. Cafiero a cui mi aveva presentato il Prof. Novelli, mi accoglie in una piccola casa a tre piani alla cui sommità sventola la bandiera ONU completamente circondata da un muro sovrastato da filo spinato. Il Dott. Cafiero è un medico dedicato a questa iniziativa umanitaria da ormai quindici anni: napoletano, persona molto aperta, mi chiede maggiori dettagli sul progetto Diabete in Albania.

Dopo averglieli dati mi conferma l'opportunità dell'intervento e la bontà della







sede, Scutari, che ne ha particolarmente bisogno. Mi invita, una volta formalizzato meglio il progetto, a prendere contatto tramite lui con il Ministro della Sanità per metterlo a conoscenza e vedere se questa iniziativa può raggiungere un buon livello istituzionale di collaborazione. Ci riproponiamo di organizzare questo incontro poco prima dell'inizio del progetto.

Nel pomeriggio il solito gippono dell'ONU, con un altro autista e il responsabile dell'area dell'UNOPS di Scutari, Sig. Chiavegatti, mi prelevano per portarmi a Scutari, che dista 95 chilometri. Appena salito, dopo le presentazioni d'obbligo, la mia prima domanda è stata quella di chiedere quando pensavano che saremmo arrivati a Scutari (95 chilometri); la risposta è stata secca: "Tre o quattro ore, perché la strada nei primi 40 chilometri è malamente asfaltata e nella seconda metà è una strada da safari non asfaltata e piena di buche". La cosa è assolutamente vera; inoltre, essendo iniziata la pioggia la strada è piena di pozze d'acqua che sembrano laghetti. Lungo la strada trovo i famosi bunker distribuiti da tutte le parti come uova sommerse nella campagna, con una feritoia che attraversa il cemento armato spesso oltre un metro; feritoia rivolta una volta a sud una volta a nord: l'attacco poteva arrivare da tutte le parti. Sempre lungo questa strada, ancora semiasfaltata e vicina a Tirana, scorgo una serie di gradoni simili alle nostre aree collinari della Liguria ma senza alcuna traccia di coltivazione. Il Sig. Chiavegatti mi spiega che nel periodo di Enver Hoxha (presidente per tutta la sua vita), finito nell'85, i lavoratori diventavano nei giorni di sabato e domenica "volontari obbligati" per creare questi gradoni sulla strada principale in entrata e in uscita da Tirana perché si sarebbero dovuti piantare degli alberi per dare un senso di accoglienza e abbellire l'accesso a Tirana. No Comment!

Usciti dall'area urbana e andando nell'area rurale assisto ad un ulteriore degradamento delle condizioni igienico-ambientali, con immondizia abbandonata in strada, bambini che giocano tra la sporcizia, le pozze di acqua e fogne a cielo aperto.

Appena usciti da questi villaggi, completamente isolate nella campagna, in contrasto con quanto appena descritto, ci sono decine e decine di vere "villette" che sostituiscono le vecchie case dei contadini. Il Sig. Chiavegatti mi dice che questa è un'altra contraddizione dell'Albania (la prima era quella dei 120 dollari dello stipendio e dei 60 euro per il pasto al ristorante). Qui la ricchezza dipende dal numero di parenti che si hanno a lavorare all'estero: dei tre milioni di albanesi uno lavora all'estero e di questi la maggior parte viene dalle campagne. Le poche centinaia di euro che rientrano dall'estero sono sufficienti a far costruire ai parenti residenti queste villette, dipinte, pulite, ma assolutamente disconnesse dai servizi essenziali per mancanza di infrastrutture fognarie, elettriche e stradali.

Una casa nuova a Tirana costa dai 100 ai 200 euro al metro quadrato. Lo stato comunista abbattuto nell'89 ha lasciato nei cittadini l'allergia più totale a tutto quello che è condiviso, infrastrutturale, statale. Chi può si costruisce la casa, ma nessuno si preoccupa della corrente elettrica, del telefono, delle fognature e nessuno paga allo stato né ha intenzione di farlo. Conseguenza di ciò: la corrente elettrica viene assicurata poche ore al giorno e dalle 8 alle 14 non c'è mai!

Arrivato finalmente a Scutari nella tarda serata vengo ospitato nell'albergo Colosseo, la cui unica somiglianza con l'opera romana è quella di non avere il riscaldamento nonostante sia stato costruito negli anni ottanta.

Ceno col Sig. Chiavegatti, che mi porta in una taverna caratteristica per la cucina delle rane e paghiamo 16 Euro in quattro.

La mattina successiva, alle 9 mi reco nella sede di Scutari dell'UNOPS, dove assieme al Dott. Chiavegatti c'è il Dott. Beci, direttore dell'ospedale di Scutari, e un suo collega responsabile del Policlinico (il nostro po-

grave e possibile inefficienza. Nella città di Scutari ci sono circa settanta farmacie e la dotazione necessaria per aprire una farmacia è quella di un frigorifero (non necessariamente professionale), ma non di un generatore di corrente. Come detto in precedenza, l'energia elettrica a Scutari manca ogni giorno dalle 8 alle 14: lascio a voi immaginare il rischio di inefficienza dell'insulina venduta.

Un collaboratore del Sig. Chiavegatti propone una indagine conoscitiva sulla presenza o meno dei generatori di continuità delle farmacie per indicare agli utenti quelle effettivamente efficienti. A questo punto ho parlato del nostro progetto di aprire un Centro di Diabetologia che assicuri l'autocontrollo ai giovani diabetici e un ambulatorio specialistico a tutti gli altri. Per fare ciò si mette subito in chiaro col Dott. Beci, direttore dell'ospedale, che l'elargizione avverrà solamente se sarà possibile progettare e assicurare un processo completo di assistenza al diabetico. Processo che deve prevedere uno spazio interno all'ospedale con corrente assicurata tutto il giorno, un medico dedicato esclusivamente alle iniziative, e almeno una o due infermiere che lo assistono.

Pur avendo ottenuto un assenso alle mie richieste da parte del Dott. Beci, prima di entrare nei dettagli ho chiesto di recarmi alle strutture sanitarie. Il Policlinico (poliambulatorio) è un palazzo anni sessanta a più piani, di cui un paio dedicati all'attività sanitaria. Si tratta di una serie di stanze con un lettino, un tavolo e specialisti al suo interno. Entro nell'ambulatorio di Endocrinologia e trovo una collega che non parla né italiano né inglese che sta riempiendo un questionario cartaceo per censire i pazienti diabetici dell'area. Tale iniziativa è stata ideata dall'Università di Tirana e supportata finanziariamente dall'OMS, che ha fornito anche un computer per ogni città che aderiva alla raccolta dati. Il computer nuovo era messo in un angolino come dimenticato; alla mia richiesta "se era funzionante" mi hanno risposto che mancava l'acqua quasi tutto il giorno e la corrente dalle 8 alle 14, e che dunque avevano altri problemi piuttosto che imparare ad usare un computer.

Dal Poliambulatorio ci spostiamo all'ospedale. Che è una costruzione degli anni sessanta dall'aspetto esteriore più che accettabile, situata nella periferia di Scutari; viene gestito da circa 100 medici, ha 600 posti letto, ci sono tanti infermieri anche se non ho un parametro numerico certo. Il Dott. Beci è il direttore di questo ospedale da circa quattro anni, e tutti sono molto deferenti nei suoi confronti.

Assieme visitiamo il reparto di Radiologia, dove usano un'attrezzatura che io avevo visto nei libri dell'Università per la toracosopia. Il medico che lavora nella Radiologia indossa pesanti guanti di piombo, niente altro.

Passiamo poi al blocco operatorio, che è stato di recente ristrutturato con finanzia-



liambulatorio). Dico loro del progetto che desidereremmo portare avanti nella loro città, ma prima mi faccio raccontare qual è la situazione assistenziale dei diabetici.

Contrariamente a quanto pensavo, l'insulina, anche umana, è disponibile e gratuita per tutti i pazienti che ne hanno bisogno; l'unica limitazione è sulla quantità massima erogabile, che è di 1500 unità al mese. Per superare la limitazione della quantità è necessario un lungo iter burocratico che ne dissuade praticamente l'utilizzazione.

L'autocontrollo glicemico non è realizzabile. Né l'ospedale né il Policlinico posseggono un fotometro, il dosaggio dell'emoglobina glicata a Scutari non è effettuabile se non in un unico laboratorio privato dove viene seguita l'emoglobina A1c.

L'unico laser per il trattamento della retinopatia è situato a Tirana, e in caso di rottura della lampada è necessario richiedere l'autorizzazione al Ministero per la sostituzione.

Il dosaggio per la proteinuria avviene con il metodo colorimetrico valutato ad occhio, la microalbuminuria non è dosabile, l'elettromiografia non è prevista.

L'insulina è distribuita dalla farmacia su ricetta del medico di base. Questa organizzazione apparentemente efficiente nasconde punti di





mento internazionale, e lì si respira un'altra aria di efficienza e pulizia.

Il laboratorio analisi è una enorme stanza unica con, sul lato lungo, una ventina di piccoli apparecchi manuali di fronte a ciascuno dei quali c'è un tecnico o un infermiere al lavoro. Gli apparecchi sono molto semplici, il più avanzato è quello della chimica secca, e il primario del reparto mi dice che se avesse un apparecchio più moderno e automatico potrebbe fare a meno di molti dei tecnici. Mi conferma che non viene eseguita l'emoglobina glicata e che la glicemia viene fatta a mano dal tecnico, una alla volta.

Il reparto di Medicina è affollatissimo di persone e nelle stanze, accanto ai letti (di ferro arrugginito) di degenza ci sono tantissimi parenti, il medico mi dice che per ogni malato ci devono essere almeno tre parenti altrimenti la famiglia non è giudicata bene dagli altri.

A questo punto la visita si può ritenere conclusa e ci ritroviamo con Chiavegatti e Beci per fare il punto della situazione e per rivedere il progetto in funzione dell'esistente.

Troviamo un accordo su questo tipo di progetto:

- UNOPS controlla le farmacie e indica quelle che hanno il generatore di corrente facendo una lista pubblica.
- Noi forniamo l'apparecchiatura per l'emoglobina glicata e un apparecchio di laboratorio automatico, ma di piccole dimensioni, per la determinazione della glicemia e almeno della azotemia e creatinina.
- Forniamo i reattivi per emoglobina glicosilata, glicemia e creatinina per un anno.

Il loro impegno è quello di acquistarli direttamente negli anni successivi.

- Il Dott. Beci assicura un medico che verrebbe destinato a questa attività diabetologica.
- Il primario del laboratorio affiderebbe un tecnico e/o un'infermiera per il Centro di Diabetologia rinunciando ad uno dei suoi.
- Viene assicurato uno spazio riservato all'interno dell'ospedale.



- Noi ci impegniamo ad ospitare (a nostre spese) in Italia un medico e uno o due infermieri per un congruo periodo di addestramento presso i nostri reparti.
- Periodicamente (ogni 3 mesi) nel corso dell'anno successivo qualcuno di noi va a supportare e a supervisionare l'attività del Centro di Diabetologia a Scutari.
- Viene ipotizzato un premio in danaro dell'ordine di 1000 euro per il medico e di 500 euro per l'infermiere all'anno se vengono raggiunti i target prestabiliti.

■ Ci si propone di gestire tutti i diabetici che frequenteranno il centro di Scutari e di assicurare ai bambini diabetici il materiale di autocontrollo.

La lista di questa proposta andrà formalizzata e l'impegno per i punti che riguardano l'ospedale di Scutari e il Dott. Beci sono condizione essenziale affinché il progetto parta.

In mancanza del medico e dell'infermiere o dello spazio riservato per l'iniziativa il progetto verrà bloccato.

Prima di ripartire vengo ricevuto dal Console italiano a Scutari, Roberto Orlando. Entrando nel Consolato di Scutari, varcato il controllo militare e il metal detector sono... in Italia. Le persone, gli ambienti, i mobili sono veramente italiani. Vengo accolto dal Console nel suo spazioso studio, e con lui e Chiavegatti riassumiamo gli incontri avuti. Il Console è attento e partecipa alla presentazione e al progetto. Chiede della nostra associazione e si congratula per l'iniziativa. Dopo circa 30 minuti di incontro rientriamo... in Albania.

La sera stessa rientro a Tirana, dove incontro nuovamente il presidente del Rotary il quale mi assicura la sua disponibilità a far conoscere questa iniziativa e a supportarla per quanto nelle sue possibilità. La mattina successiva alle 6 lascio Tirana e l'Albania per tornare al quotidiano ora tanto rivalutato.

Si è trattato di una bella esperienza umana e progettuale.

Ora c'è da realizzarla...

Non credo sarà così facile.

Giacomo Vespasiani

## A MARSALA IL 2° CORSO SUL PIEDE DIABETICO

Si è svolto a Marsala, organizzato dal Gruppo di Studio sul Piede diabetico dell'A.M.D. sezione Sicilia e dalla locale U.O. di Diabetologia e Malattie del Ricambio, il "2° Corso di formazione sul piede diabetico".

Il corso si è proposto di disegnare le linee guida per la creazione di una rete regionale di strutture diabetologiche impegnate nello screening, prevenzione e cura del piede diabetico.

I lavori sono stati aperti da Giacomo Angileri (Direttore della locale U.O. di Diabetologia) e da Maurizio Di Mauro (Presidente regionale dell'A.M.D.). Fra i relatori Alberto Piaggese che ha parlato su "Management del piede diabetico" e "Rete regionale per lo screening del piede diabetico".

Nella seconda sessione dei lavori Agata Chiavetta e Antonino Di Benedetto hanno illustrato gli esiti di una "Indagine conoscitiva sulla gestione del piede diabetico nelle strutture diabetologiche siciliane" a cui, dopo i lavori di gruppo, è seguita

una relazione della stessa Chiavetta su "Esame clinico del piede".

Nella terza sessione sono state presentate le relazioni sulla "Definizione del percorso terapeutico" (Antonino Lo Presti) e "La scelta ortesica nelle diverse fasi di rischio" (Buratto).



Infine nell'ultima sessione è stata svolta una Tavola Rotonda sulle "Normative regionali sul piede diabetico" (Mariastella Aliquò, Carmelo De Francesco, Pietro Pata e Giuseppe Sanfilippo).

Le relazioni sono state intervallate da lavori di gruppo coordinati da formatori A.M.D. e da tutor esterni con la metodologia del Metaplan, dove sono state analizzate le criticità che impediscono un corretto screening del piede nella pratica ambulatoriale, come organizzare un percorso regionale per la gestione del piede diabetico, come organizzare l'ambulatorio per lo screening del piede è stato fatto il punto sulle normative regionali.

Al corso hanno partecipato 32 diabetologi provenienti da diversi centri della Sicilia, che hanno animato con i loro interventi sia le discussioni che i lavori di gruppo.

Il G.d.S. sul piede diabetico dell'A.M.D. Sicilia si propone di stilare un documento che scaturirà dall'analisi dei lavori.





## LETTERA DEL PRESIDENTE AI SOCI

Roma, 10.06.2004

Caro collega,

troverai allegata a questa mia *lettera di sollecito* la **storia**, le **fasi di attuazione** e tutte le **informazioni pratiche di utilizzo** di uno dei più prestigiosi ed innovativi progetti AMD, denominato ETS (Educazione Terapeutica Strutturata) al quale tu hai aderito nel momento in cui hai partecipato ad uno dei 25 Corsi ETS per équipes diabetologiche nel corso del 2003.

Mai prima d'ora è stata data la possibilità ai diabetologi di disporre di strumenti educativi semplici e uniformi nel campo della diabetologia clinica, per cui ritengo che sia un'occasione da non lasciarsi sfuggire.

Ora è venuto il momento di mantenere l'impegno preso.

Naturalmente potrai contare sull'appoggio del tuo Presidente Regionale, dei componenti del board ETS e dei Formatori AMD che hai incontrato quando ai partecipato ai corsi di formazione ETS.

Avrai a disposizione non solo i 5 volumetti ETS che AMD ha pubblicato con la UTET (Piede, Rischio CV, Alimentazione e stile di vita, Ipglicemia e Autocontrollo) in versione per équipes e per pazienti, ma anche **5 pacchetti didattici** completi e comprensivi degli *strumenti di verifica*, delle *norme di utilizzo* e delle *informazioni che ti chiedo di fare pervenire alla Segreteria Nazionale AMD*. Per ricevere i pacchetti didattici non hai che da telefonare alla Segreteria AMD a Roma fornendo la tua mail.

Ti saranno di ulteriore supporto gli uomini della forza vendita delle due aziende in partnership per questo progetto, Novo Nordisk e Lifescan Italia.

I dati che fornirai saranno presentati (senza dimenticare il tuo nome) nel corso del II Convegno del Centro Studi e Ricerche che si terrà a Lucca nel prossimo mese di ottobre.

Confido nel tuo impegno e ti saluto affettuosamente

**Giacomo Vespasiani**

### EDUCAZIONE TERAPEUTICA STRUTTURATA E FASI DI ATTUAZIONE

È iniziata la *fase applicativa* del Progetto AMD sull'Educazione Terapeutica Strutturata. Già varie équipes diabetologiche hanno iniziato a realizzare corsi ETS per i propri pazienti. L'aspetto caratterizzante del Progetto ETS consiste nel fatto che per la prima volta si richiede la verifica dell'attività educativa mediante la somministrazione ai pazienti di questionari di conoscenza e di griglie di verifica di abilità pratiche. Gli stessi corsi dovranno essere oggetto di valutazione mediante griglie di monitoraggio da inviare alla Segreteria AMD di Roma. Durerà per tutto il 2004. Man mano che si realizzeranno i corsi ai pazienti, il materiale prodotto ed inviato alla Segreteria Nazionale AMD verrà elaborato e costituirà una banca dati di tutte le attività ETS sul territorio nazionale.

È in questa fase più che mai che risulterà prezioso il ruolo di sostegno, affiancamento, collegamento degli uomini Novo e Lifescan sul territorio.

Tuttavia, siamo a metà 2004 e molti colleghi non hanno ancora realizzato i corsi di educazione ai pazienti

Per questo motivo il board ETS con l'appoggio del Presidente Vespasiani, ha intrapreso ulteriori iniziative per favorire la fase conclusiva del progetto:

- sono stati approntati 5 pacchetti didattici (quanti sono gli argomenti dei libretti UTET) messi a disposizione dei diabetologi per facilitare l'attuazione dei corsi ai pazienti. Essi contengono lo schema base di ciascun corso, i questionari in-out, l'elenco dei materiali e le griglie di osservazione della attività pratiche (di abilità), le griglie di valutazione finali del corso e le norme di utilizzo. I pacchetti didattici sono acquisibili per posta elettronica facendone richiesta alla segreteria AMD di Roma
- è stata fornita a ciascun Presidente Regionale la lista dei soci che hanno aderito al progetto ETS in occasione dei corsi ETS per équipes a cui hanno partecipato nel 2003, con lo scopo di sensibilizzarli a mantenere l'impegno preso e cioè di organizzare i corsi di educazione ai propri pazienti
- sta per partire un contatto telefonico da parte della segreteria AMD di Roma rivolto ai singoli soci che hanno aderito al progetto ETS, allo scopo sia di stimolarli a mantenere l'impegno preso, cioè di organizzare i corsi di educazione ai propri pazienti, sia di inviare alla segreteria nazionale il materiale prodotto per aggiornare il data base nazionale.

I pacchetti didattici ETS sono presenti anche sul sito AMD ([www.aemmedi.it](http://www.aemmedi.it)). Occorre entrare in biblioteca AMD e cercare il link "pacchetti".

Segreteria Nazionale AMD e-mail:

[amdass@tiscalinet.it](mailto:amdass@tiscalinet.it)

Home page internet:

<http://www.aemmedi.it>







# ATTIVITÀ FISICA E DIABETE (STRATEGIE MOTIVAZIONALI)

## LA PIRAMIDE DELL'ATTIVITÀ FISICA

### Premessa

L'aumento dell'incidenza del Diabete Mellito, evidenziato dai dati prodotti dall'OMS e dalle organizzazioni scientifiche internazionali sul Diabete (IDF, EASD, ADA), portano a supporre con ragionevole certezza che questa patologia costituirà uno dei problemi reali con i quali il sistema sanitario dovrà misurarsi nel prossimo futuro.

Le iniziative in atto portano alla definizione di percorsi e strategie atte a migliorare la prevenzione, la cura e gli interventi educazionali per una più approfondita conoscenza di tale patologia e per migliorare la qualità di vita dei soggetti affetti da diabete.

### Attività fisica come terapia

Nei protocolli terapeutici, oltre alla terapia farmacologica e a quella dietetico-comportamentale, l'esercizio fisico rappresenta un intervento primario per un approccio corretto al paziente diabetico giacché può migliorare il controllo metabolico, aiutare a prevenire le complicanze cardiovascolari e favorire il benessere psicofisico.

Tuttavia il diabetologo, quotidianamente a contatto con tale patologia, trova una gran difficoltà a "somministrare" l'esercizio fisico come terapia efficace e importante per la prevenzione e cura della malattia. Spesso non ha strumenti concreti perché il paziente rispetti la "prescrizione".

E allora, come approcciarsi all'attività fisica, come farla, come intervenire, quali strumenti si hanno a disposizione e quali strategie si possono mettere in atto per motivare il paziente? Ed infine, come effettuare monitoraggi e verifiche?

Sono diversi i fattori che influenzano la risposta ormonale e metabolica all'esercizio fisico come l'intensità, la durata e il tipo di esercizio, la relazione temporale con i pasti, il contenuto qualitativo e calorico globale dei pasti, la relazione temporale con la somministrazione di insulina o ipoglicemizzanti orali, il tipo di insulina, il sito di somministrazione, le modalità di somministrazione e la presenza eventuale di complicanze. Pertanto è importante una valutazione accurata del soggetto diabetico prima di avviarlo ad un programma di attività motoria.

### Valutazione prima dell'esercizio fisico

Prima di affrontare un qualsiasi tipo di attività fisica ogni paziente, così come anche indicato dalle linee guida dell'ADA, dovrà sottoporsi ad un'accurata valutazione medica e diagnostica, ciò al fine di stimare la propria condizione clinica in merito all'eventuale presenza di complicanze micro e macroangiopatiche.

Prima di una seduta di allenamento è necessario un opportuno periodo di riscaldamento

muscolare per far adeguare il sistema cardiovascolare ad un esercizio via via più intenso. Altrettanto importante il periodo di raffreddamento al termine della seduta.

L'approccio naturalmente è diverso nel diabetico di tipo1 rispetto al tipo 2. Esaminiamo allora in dettaglio le due condizioni.

### Diabete tipo 1

Nel diabete di tipo 1 o insulino dipendente, l'attività motoria contribuisce a ridurre l'insulina esogena, permette una maggiore flessibilità degli schemi dietetico-alimentari e consente una migliore socializzazione. Il diabetico di tipo 1, più che il tipo 2, ha tuttavia necessità di conoscere bene e tenere sotto controllo il proprio stato glicometabolico prima di affrontare un esercizio fisico aerobico, sia che esso venga programmato o che sia improvviso e occasionale. Lo stato di insulinizzazione è molto importante. Infatti, affrontare una seduta di allenamento in carenza di insulina circolante (come ad esempio per una somministrazione di insulina inadeguata) determina al termine dell'esercizio fisico iperglicemia e iperchetonemia, giacché l'utilizzazione del glucosio a livello di tessuti insulindipendenti (muscolo) risulta ridotta. Inoltre si ha l'attivazione degli ormoni controregolatori che potenziano la gluconeogenesi e la glicogenolisi con il conseguente aumento della produzione epatica di glucosio. Anche i NEFA possono essere mobilizzati in questa particolare situazione con una conseguente più rapida formazione di corpi chetonici a livello epatico. Al contrario, uno stato di iperinsulinizzazione, determina un blocco della produzione epatica di glucosio che impedisce l'aumento della liberazione di glucosio. Questa

situazione, in condizioni normali, pareggia l'incremento della captazione muscolare in corso di attività fisica. Nel diabetico di tipo 1, però, aumentando la captazione del glucosio con lo sforzo fisico e non essendoci una sua disponibilità in circolo per il blocco a livello epatico da parte dell'insulina, si può determinare un ipoglicemia durante, subito dopo ma anche 6-8 ore dopo la fine dell'esercizio. Nonostante la complessità dei meccanismi biochimici, anche in funzione di tutti quei fattori che influenzano la risposta ormonale e metabolica all'esercizio come l'intensità, la durata, il tipo di esercizio, il livello di preparazione, lo stato nutrizionale ecc., l'ADA aggiorna periodicamente le linee guida sull'attività fisica, sottolineando tuttavia come un diabetico di tipo 1 possa svolgere qualsiasi tipo di esercizio fisico, amatoriale o agonistico.

### Diabete tipo 2

Nel diabete di tipo 2, l'attività motoria consente una riduzione del peso corporeo con il conseguente miglioramento della sensibilità dei tessuti all'insulina, riduce la pressione arteriosa e migliora il quadro lipidico. Sono numerosi gli studi che hanno dimostrato come l'esercizio fisico programmato da leggero a molto intenso determini un miglioramento della pressione arteriosa sisto-diastolica, un diminuzione dei livelli plasmatici del colesterolo totale e LDL, dei trigliceridi, un aumento del colesterolo-HDL ed una riduzione dell'insulinemia. Più recentemente lo studio Diabetes Prevention Program ha dimostrato come un'attività fisica costante e regolare sia in grado di prevenire l'incidenza del diabete di tipo 2. Nelle sue raccomandazioni l'ADA sottolinea come un intervento strutturato sul diabe-



Fig. 1





te che determini una variazione dello stile di vita attraverso strategie educative, riduzione dell'assunzione di grassi, pratica regolare dell'attività fisica, può produrre un calo ponderale duraturo del 5-7% rispetto al peso di partenza riducendosi così il rischio di sviluppare diabete.

L'esercizio fisico deve pertanto essere raccomandato come parte integrante del trattamento del diabete.

#### I percorsi d'accesso all'attività motoria

L'esercizio fisico comprende due grandi capitoli: l'attività motoria e l'attività sportiva.

L'attività motoria (cioè quella effettuata nel lavoro, nel tempo libero, nello sport amatoriale e competitivo) è, secondo le leggi fisiche, l'espressione biomeccanica del movimento per le sue implicazioni sul sistema muscolo-scheletrico, neuroendocrino e cardiovascolare.

Per quanto riguarda il sistema muscolo-scheletrico essa migliora l'ossidazione del glucosio e degli acidi grassi, modifica la composizione in fibre del muscolo striato (aumento fibre muscolari lente, rosse), aumenta il contenuto in mitocondri e l'espressione in superficie del GLUT-4. Per quanto riguarda il sistema neuro-endocrino contribuisce a mantenere l'omeostasi corporea attraverso la liberazione di ormoni controregolatori (aumento della gluconeogenesi e della lipolisi per riduzione dell'insulinemia, aumentati livelli di glucagone, GH, catecolamine e cortisolo). Infine, per ciò che concerne il sistema cardiovascolare ha indubbi effetti benefici nel circolo coronarico e periferico oltre che sulla riduzione della pressione arteriosa.

Il corretto studio dell'attività fisica nei soggetti diabetici permette l'attuazione di strategie differenziate per tipo di diabete, età, fattori metabolici, complicanze, scelta dell'attività sportiva ecc.

Nei percorsi d'accesso all'attività motoria bisogna pertanto prendere in considerazione diverse variabili. Ciò avviene attraverso un'iniziale analisi e valutazione di prerequisiti che permettano di elaborare una corretta programmazione del percorso terapeutico riguardo all'attività motoria, ponendosi come obiettivo il miglioramento della qualità di vita del paziente diabetico. Bisogna così individuare strategie per la motivazione del paziente diabetico come ad esempio fornendo delle semplici raccomandazioni (Fig. 1), stabilire gli interventi educativi più efficaci e predisporre strumenti di controllo e di verifica (Fig. 2).

Il diabetico, quindi, deve essere messo in condizioni di partecipare attivamente e coscientemente, senza nessuna imposizione.

Sono tre, fondamentalmente, i prerequisiti da prendere in considerazione: indivi-

### STRUMENTI DI CONTROLLO E VERIFICA

#### questionari generici

- fisico
- sociale
- mentale
- ruolo
- percezione stato di salute

#### questionari specifici

- ipoglicemie
- monitoraggio
- terapia farmacologica
- dieta
- impatto del trattamento

Fig. 2

### ANALISI E VALUTAZIONE DEI PREREQUISITI ALL'ATTIVITÀ MOTORIA

#### Metabolici

- ✓ tipo di diabete
- ✓ durata del diabete
- ✓ terapia farmacologica
- ✓ terapia dietetica
- ✓ autocontrollo
- ✓ screening delle complicanze
- ✓ percezione delle ipoglicemie

#### Fisici

- ✓ bmi
- ✓ sviluppo muscolo-scheletrico
- ✓ performance cardiaca
- ✓ lesioni arti inferiori
- ✓ mobilità articolare
- ✓ pressione endoculare
- ✓ valori di microalbuminuria
- ✓ traumi pregressi
- ✓ stato fisico attuale
- ✓ contemporaneità di altre patologie

#### Individuali

- ✓ età
- ✓ sesso
- ✓ livello culturale
- ✓ livello occupazionale
- ✓ motivazione
- ✓ famiglia
- ✓ logistica
- ✓ ambiente
- ✓ qualità di vita
- ✓ gestione del diabete

Fig. 3

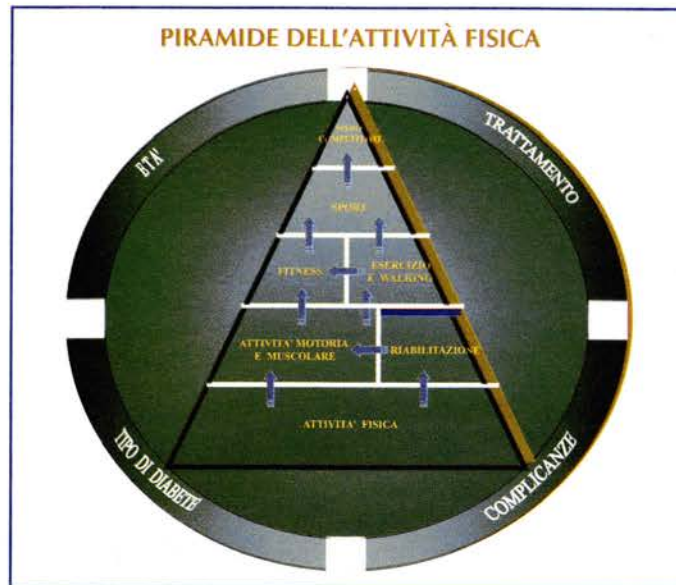


Fig. 4

duali, metabolici e fisici. Fra i primi oltre all'età bisogna tenere conto del livello culturale, dell'ambiente, della famiglia. Fra quelli metabolici il tipo, la durata della malattia, la terapia dietetico-farmacologica, lo screening delle complicanze ecc. Infine, fra i prerequisiti fisici bisogna considerare il BMI, lo sviluppo muscolo-scheletrico, lo stato fisico attuale e la mobilità articolare (Fig. 3).

#### La Piramide dell'attività fisica

Il concetto di Piramide dell'Attività Fisica nel Diabete nasce dall'esigenza di realizzare un

percorso educativo specifico e pianificato che, partendo dalla base di essa ed attraverso passaggi obbligati e vincolanti, si snoda progressivamente verso il vertice della piramide (Fig. 4).

Alla base di questa viene rappresentata l'attività fisica che può e deve essere esercitata da tutti (diabetici e non) per il benessere psicofisico dell'individuo: è il punto di partenza e di sostegno di tutta la parte sovrastante della piramide. Si passa quindi alle sezioni superiori, rappresentate una dall'attività fisica riabilitativa (piede diabetico, pregresso infarto e/o ictus ecc.) e l'altra dall'attività motoria e muscolare i cui effetti biomeccanici hanno un impatto positivo sul sistema muscolo-scheletrico e su quello neuro-endocrino. Da qui si può quindi accedere ai settori superiori che comprendono il fitness (attività fisica programmata con attrezzature specifiche) e il walking, inteso più come *fitwalking* (camminata veloce), attività regina a livello salutistico per il miglioramento dello stile e della qualità di vita del diabetico. Salendo ancora si arriva all'attività sportiva non competitiva (amatoriale o dilettantistica) prima di giungere al vertice della piramide, che raffigura l'attività sportiva agonistica, dove l'impegno psicofisico e muscolare è massimo.

Maurizio Di Mauro

#### Bibliografia essenziale

- American Diabetes Association: Clinical practice recommendations 2002. *Diabetes Care* 25 (suppl. 1) S60, 2002.
- American Diabetes Association: Physical activity/exercise and diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 26 (suppl. 1), S73, 2003.
- Anderson R.M. et al. Patient empowerment: results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care* 18, 943-949, 1995.
- Handbook of Exercise in Diabetes. Ruderma N., Devlin J.T., Schneider S.H., Krisra A. Eds. Alexandria, Va, American Diabetes Association, 2002.
- Dunstan D. High-Intensity Resistance Training Improves Glycemic Control in Older Patients With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 25, 1729-1736, 2002.
- Hu F.B. et al. Walking compared with vigorous physical activity and risk of type 2 diabetes in women: a prospective study. *JAMA*, 282: 1433-1439, 1999.
- Kell R.T. Bell G., Quinney A. Musculoskeletal fitness, health outcomes and quality of life. *Sports Med.* 31, 863-73, 2001.
- Kirke A. et al. Increasing physical activity in people with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 26, 1186-1192, 2003.
- Klem M.L. A descriptive study of individuals successful at long-term maintenance of substantial weight loss. *A.J.C.N.* 66, 239-246, 1997.





Knowler WC. et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N. Engl. J. Med.* 346:393-403, 2002.

Maiorana A. et al. Combined aerobic and resistance exercise improves glycemic control and fitness in type 2 diabetes. *Diabetes Res. Clin. Pract.* 56, 115-123, 2002.

Pan X.R. et al. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. *The DaQing IGT and Diabetes*

*Study.* *Diabetes Care* 20: 537-544, 1997.

Ross R., Dagnone D. et al. Reduction in obesity and related comorbid conditions after diet-induced weight loss or exercise-induced weight loss in men. A randomized, controlled trial. *Ann. Intern. Med.* 133: 92-103, 2000.

The Diabetes Educator 19, 210-214, 1993. Schneider S.H. Ruderman N.B. Exercise and NIDDM (Technical Review). *Diabetes Care* 13: 785-789, 1990.

Tuomilehto J. et al. Prevention of type 2 diabetes

mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N. Engl. J. Med.* 344:1343-1350, 2001.

Wannamethee S.G., Shaper A.G., Alberti K.G. Physical activity, metabolic factors, and the incidence of coronary heart disease and type 2 diabetes. *Arch. Intern. Med.* 160: 2108-2116, 2000.

Wasserman D.H., Zinman B. Exercise in individuals with IDDM (Technical Review). *Diabetes Care* 17: 924-937, 1994.

## Quattro giorni a convegno i maggiori esperti del mondo su diabete e sport

# 11° MEETING INTERNAZIONALE SU DIABETE MELLITO E ATTIVITÀ FISICA

### *La buona salute del diabetico passa attraverso una regolare attività fisica*

a cura di Gerardo Corigliano

Dal 27 al 30 marzo si è tenuto l'11° Meeting Internazionale su Diabete e Attività fisica organizzato dall'A.N.I.A.D., membro italiano DESA (Diabetes Exercise Sport Association) nella splendida e accogliente cornice di Montecatini Terme.



Un momento dei lavori congressuali

Nel centro congressi dell'Hotel Panoramic si sono alternati durante 7 sessioni e 5 letture magistrali i principali esperti italiani e stranieri su diabete e attività fisica.

È stato fatto il punto sulle attuali conoscenze scientifiche del problema evidenziando i vantaggi sul piano metabolico e cardiovascolare di una regolare attività fisica. Inoltre è stato evidenziato, fra le novità, come anche un'attività anaerobica lattacida sia in grado di migliorare il metabolismo nel soggetto diabetico.

Alcune relazioni magistrali come quella del professor Galbo hanno evidenziato le più recenti scoperte scientifiche sul metabolismo muscolare. Vi è stata attiva partecipazione anche di atleti con diabete che hanno presentato le loro esperienze, e di dietisti ed esperti del fitness che hanno evidenziato come il team diabetologico si possa arricchire di una nuova figura professionale.

Dopo la presentazione del congresso fatta dal Presidente Gerardo Corigliano vi sono stati i saluti del Professor Giovanni Giordano Lanza a nome delle facoltà di scienze motorie italiane (un connubio, quest'ultimo, ormai indifferibile per poter avere operatori esperti che si affian-

chino al lavoro dei diabetologi) e infine il saluto del Presidente AMD toscana Dott. Rosamaria Meniconi.

L'attiva partecipazione di tutti è testimoniata dalla folta presenza in sala tanto che in certi momenti è risultata insufficiente, e da una vivace discussione a cui hanno preso parte esperti di tutto il mondo grazie alla traduzione simultanea italiano-inglese.

Altrettanto seguite sono state le sessioni teorico-pratiche sulla simulazione di un esercizio fisico al Tread mill con valutazione degli aspetti cardiovascolari, metabolici, nutrizionali e della terapia insulinica.

Essi hanno consentito soprattutto agli infermieri presenti di poter valutare con calma una sessione di esercizio fisico ed individuare tutti gli aspetti che vanno esaminati.

Il lavoro in aula ha trovato poi un puntuale contrappunto nelle attività sportive agonistiche e non che si sono tenute nel pomeriggio, che oltre all'aspetto ludico hanno consentito ai diabetologi partecipanti di poter interagire con atleti diabetici di altissimo livello e di "carpirne i segreti".



Al di là del successo scientifico della manifestazione il Meeting ha sancito due aspetti importanti che non tarderanno a dare loro riflessi positivi nel mondo della diabetologia:

1) per la prima volta i diabetologi "adesso sono scesi in campo". Essi hanno partecipato attivamente anche a tutte le attività sportive. Questo coinvolgimento è espressione di un forte interesse e di una forte motiva-

zione all'attività fisica poiché, come è stato affermato in aula, la partecipazione attiva, il coinvolgimento, la presa di coscienza e anche la formazione sugli aspetti fisiologici dell'attività fisica sperimentati su se stessi possono essere elementi indispensabili per proporre con successo l'esercizio fisico terapeutico.



2) È stato un vero esempio di team diabetologico all'opera, l'organizzazione, la realizzazione e la partecipazione al Meeting in tutte le sue sfaccettature, è stata vissuta in modo paritario, con la ovvia distinzione di ruoli e competenze, da parte di tutti gli attori del team diabetologico: atleti con diabete, medici diabetologi, dietisti, infermieri ed infine la figura dell'operatore di fitness metabolica (erano presenti numerosissimi laureati in Scienze motorie provenienti da varie facoltà italiane) a dimostrazione che è il lavoro di gruppo quello che premia.

Colgo l'occasione per ringraziare attraverso il nostro sito tutti coloro (Comitato scientifico, Comitato organizzatore, Comitato sportivo, Comitato organizzatore locale) che hanno reso possibile la realizzazione e il successo del Meeting.

Auspico che questa possa essere una pietra miliare per diffondere in Italia una sana cultura dell'attività fisica come mezzo di prevenzione e trattamento del diabete mellito e delle sue complicanze cardiovascolari e mi auguro che vi sia al prossimo Meeting Internazionale DEA, che si terrà nel 2006 in Olanda, una folta partecipazione italiana.





## 2° CONVEGNO NAZIONALE AMD del Centro Studi e Ricerche - Lucca 14-16 ottobre 2004



Cari amici

siamo molto lieti di annunciare ufficialmente che il II Workshop del Centro Studi e Ricerche di AMD si terrà quest'anno nella splendida cornice di Lucca dal 14 al 16 ottobre prossimi, grazie al lavoro organizzativo dei colleghi della Toscana e con il prezioso apporto tecnico dell'Agenzia Pegaso.

Questa sarà solo la seconda edizione di questo evento, dopo Taormina 2002, ma è già diventato un appuntamento importantissimo ed irrinunciabile per AMD che, nell'anno in cui non organizza il proprio Congresso Nazionale, chiama a raccolta i Soci che più hanno vissuto le esperienze della Società per uno scambio indispensabile di idee e pro-

getti. Il Centro Studi e Ricerche di AMD, che dal maggio scorso ho l'onore di dirigere, è un organo istituzionale della Società Scientifica, che ha il compito di promuovere e disegnare studi rigorosi sulla clinica della malattia diabetica, in tutte le sue molteplici sfaccettature, dall'epidemiologia agli outcomes, dalla qualità di vita percepita dalle persone con il diabete, alla infine, migliore organizzazione assistenziale nel nostro Paese. In quest'ottica il lavoro del CSR non è mai disgiunto da quello degli altri Gruppi Ufficiali di AMD né da quelli che si formano in relazione ad un progetto obiettivo specifico. Ed è per questo motivo che il Workshop del CSR, come è stato a Taormina e sarà a Lucca, vuole essere una vera e propria "vetrina di lavoro" di tutti coloro che partecipano attivamente alla vita della Società. Il programma scientifico che stiamo ultimando, con i colleghi Cucinotta e Noacco, il Presidente Vespasiani ed il Vicepresidente Valentini, darà ampi spazi alle presentazioni dei lavori dei Gruppi "storici" dell'Agenzia per la Qualità, della Scuola di Formazione AMD, recentemente Certificata ISO 9001/Vision 2000, della Comunicazione, per lasciare poi la possibilità di illustrare i loro lavori agli altri gruppi attivi, dalla Nutrizione, in collaborazione con ADI, al Counting dei CHO e alle numerose attività AMD. Insomma tutti dimostreranno come nel lavoro della nostra Società Scientifica esista sempre un "fil rouge" che

unisce l'entusiasmo dei Soci. Il CSR presenterà alcuni risultati di lavori scientifici svolti negli anni scorsi, riprendendo le grandi tematiche del Rapporto Sociale Diabete 2003, che ha ricevuto il plauso anche del Presidente della Repubblica. Ma nel programma di Lucca il CSR guarda anche avanti: le numerose collaborazioni iniziate con altre grandi Società Scientifiche Italiane e con l'International Diabetes Federation faranno da sfondo ad importanti letture e dibattiti in cui interverranno graditi alcuni ospiti stranieri. Jean Claude Mbanya ci porterà l'esperienza del diabete in un contesto assai diverso da quello della ricca Europa, David Bell farà il punto sulle problematiche relative all'associazione tra Diabete e scompenso cardiaco cronico. Un vivo dibattito sulla disfunzione endoteliale e sul ruolo dello stress ossidativo sarà un momento scientifico di altissimo livello.

La sensibilità e la lungimiranza delle Aziende che operano nel settore della Farmaceutica e dei Devices ci consentirà di tenere nel migliore dei modi il Workshop di Lucca. A tutte loro va il nostro personale ringraziamento. Sostenere AMD ed il suo CSR è un investimento positivo, per i nostri pazienti soprattutto.

Arrivederci a Lucca.

Marco Comaschi  
Francesco Galeone

Nell'ambito di AMD si è costituito il gruppo di lavoro

### "AMD - Alimentazione"

Il gruppo è costituito da:

**Sergio Leotta** (responsabile),

**A. Cimino, G. Fatati, G. Marelli, A. Pellegrini, G. Pipicelli, N. Visalli, C. Suraci** (segretario).

Il mandato del gruppo è quello di:

- 1) Costituire un punto di riferimento per tutte le iniziative in ambito AMD che riguardano l'alimentazione del paziente diabetico.
- 2) Svolgere attività di coordinamento a livello nazionale per i progetti di formazione dell'equipe diabetologica in ambito nutrizionale.
- 3) Svolgere attività di consulenza nei riguardi dei soci AMD in collaborazione con la Scuola, per i progetti formativi che riguardano l'alimentazione nel paziente diabetico.
- 4) Curare la progettazione e la realizzazione di iniziative formative in ambito alimentazione nel diabetico.
- 5) Realizzare materiale, sia cartaceo che informatico, di tipo informativo sull'alimentazione.
- 6) Verificare e/o validare tutto il materiale informativo di provenienza esterna che riguardi l'alimentazione nel paziente diabetico.
- 7) Tenere i contatti, anche con la costituzione di gruppi di lavoro interassociativi, con altre Società scientifiche che si occupano della medesima problematica.

Gli obiettivi specifici del gruppo sono:

- entro il 2004 attivare la seconda fase del Counting dei carboidrati
- entro il 2005 effettuare un corso di formazione per equipe (Diabetologo e Dietista) con l'obiettivo di formare MMG sulle strategie utili alla modifica dello stile di vita nel diabetico di tipo 2.





# REGOLAMENTO DEI GRUPPI DI STUDIO E DEI GRUPPI DI LAVORO DI DIABETE ITALIA (concordato informalmente dai presidenti AMD e SID)

## Oggetto

I Gruppi di Studio (GdS) e i Gruppi di Lavoro (GdL) sono organi consultivi di Diabete Italia, ed hanno come fine la ricerca scientifica, l'approfondimento culturale, l'aggiornamento e la divulgazione su tematiche riguardanti l'area di loro specifico interesse, in linea con i fini istituzionali della Associazione Medici Diabetologi (AMD-Onlus) e della Società Italiana di Diabetologia (SID-Onlus).

## Gruppi di Studio

### Istituzione e coordinamento

1. In maniera congiunta e di comune accordo, i Consigli Direttivi delle due Società istituiscono i GdS in relazione a problematiche individuate da entrambi i Consigli stessi o su richiesta motivata di un ampio numero di iscritti ad una e/o all'altra Società.

2. In quanto organi consultivi istituzionali della due Società, i GdS propongono obiettivi, programmi di lavoro o progetti specifici di ricerca che devono essere approvati dal Comitato di Coordinamento di Diabete Italia. A sua volta il Comitato di Coordinamento di Diabete Italia, anche su motivata richiesta dei Consigli Direttivi delle due Società, può proporre ai GdS obiettivi, programmi di lavoro o progetti specifici di ricerca.

3. Il GdS è costituito da un Coordinatore, da un Gruppo di Coordinamento, dai Soci afferenti di AMD e/o SID e da altri eventuali iscritti non appartenenti alle due Società ma interessati alla tematica trattata dal GdS. Il Coordinatore del GdS è nominato dal Comitato di Coordinamento di Diabete Italia. Il Gruppo di Coordinamento è costituito da 6 componenti nominati dal Comitato di Coordinamento di Diabete Italia, di cui 3 indicati dal Consiglio Direttivo AMD e 3 indicati dal Consiglio Direttivo SID. Del Gruppo di Coordinamento possono far parte membri di altre Società scientifiche con interessi comuni a quelli di AMD e di SID.

4. I Consigli Direttivi di AMD e di SID possono congiuntamente istituire GdS anche d'intesa con altre Società Scientifiche. In questo caso la procedura di istituzione e la composizione del Gruppo di Coordinamento sarà decisa dai Consigli Direttivi di AMD e di SID, d'intesa con quello delle altre Società.

### Durata degli organi di coordinamento

Il nome del Coordinatore del GdS è indicato alternativamente dal Consiglio Direttivo di SID o di AMD e dura in carica due anni. Gli subentra il Coordinatore Eletto, scelto fra i componenti del Gruppo di Coordinamento eletti due anni prima con il sistema abituale utilizzato nei Consigli Direttivi di AMD e SID sia a livello nazionale che regionale. Se il Coordinatore è stato indicato da AMD, il Coordinatore Entrante deve indicato da SID e viceversa.

I componenti del Gruppo di Coordinamento durano in carica quattro anni e non sono immediatamente rieleggibili.

### Programma di attività

1. Entro due mesi dalla sua nomina, il Coordinatore del GdS deve sottoporre al Comitato di Coordinamento di Diabete Italia per l'approvazione un programma di attività del GdS relativo al

periodo del suo mandato. Il programma, redatto con i membri del Gruppo di Coordinamento, dovrà chiaramente indicare:

- Obiettivo/i da raggiungere
- Metodologia di lavoro
- Tempi previsti per il raggiungimento degli obiettivi
- Eventuali attività correlate
- Piano finanziario e indicazioni sul reperimento dei fondi.

2. Due mesi prima della scadenza del proprio mandato, il Coordinatore deve presentare al Comitato di Coordinamento di Diabete Italia una relazione finale sulle attività del GdS, approvata e sottoscritta da tutti i membri del Gruppo di Coordinamento.

3. Eventuali variazioni rispetto al programma previsto delle attività del GdS devono essere tempestivamente comunicate al Comitato di Coordinamento di Diabete Italia per l'opportuna approvazione.

4. Le riunioni del GdS sono indette dal Coordinatore oppure da almeno la metà dei membri del Gruppo di Coordinamento. I GdS si avvalgono di regola della struttura organizzativa e della Sede di AMD o di SID per le riunioni.

5. All'interno del GdS è possibile istituire gruppi di lavoro più ristretti, anche coinvolgendo altri GdS o esperti esterni, per il raggiungimento di particolari obiettivi o soddisfare particolari richieste avanzate dal Comitato di Coordinamento di Diabete Italia.

### Budget e gestione amministrativa

1. Per la realizzazione del suo programma di attività, il GdS predispose un bilancio preventivo che deve essere approvato dal Comitato di Coordinamento di Diabete Italia. I fondi necessari possono essere reperiti dal GdS stesso con modalità comunque approvate dal Comitato di Coordinamento di Diabete Italia. Per obiettivi di particolare interesse societario il Consiglio Direttivo di AMD e/o il Consiglio Direttivo di SID può stanziare fondi che ne favoriscano l'attuazione.

2. L'autorizzazione all'uso e la gestione finanziaria dei fondi dei GdS è svolta dalla tesoreria di Diabete Italia, al fine di garantire il rispetto delle norme fiscali ed amministrative vigenti. Il bilancio annuale preventivo e quello consuntivo devono essere approvati dal Comitato di Coordinamento di Diabete Italia.

### Risultati

1. Gli elaborati e i risultati delle attività dei GdS sono presentati al Comitato di Coordinamento di Diabete Italia per l'approvazione.

2. I risultati delle attività del GdS sono patrimonio di Diabete Italia. Tali risultati vengono comunicati a tutti i soci di AMD e di SID e all'intera comunità scientifica in tutte le forme ritenute opportune dal Comitato di Coordinamento di Diabete Italia. I risultati saranno poi a disposizione di AMD e SID.

3. Gli eventi necessari per il raggiungimento dell'obiettivo culturale del GdS e rivolti esclusivamente ai membri dello stesso possono coinvolgere esperti esterni, non devono prevedere quota di iscrizione e devono essere solo comunicate al Comitato di Coordinamento di Diabete Italia.

4. L'organizzazione di eventi scientifici (con-

gressi, convegni, seminari, ecc.), formativi (corsi, incontri di aggiornamento, ecc.) o divulgativi (conferenze, incontri con i cittadini, ecc.) rivolte a persone non facenti parte del GdS deve essere approvata dal Comitato di Coordinamento di Diabete Italia.

### Afferenza dei soci

1. Al GdS possono iscriversi, su richiesta, tutti i Soci di AMD e di SID interessati alle tematiche di lavoro del gruppo. L'iscrizione ai GdS è gratuita. Ogni socio può essere iscritto ad un massimo di due GdS di Diabete Italia.

### Gruppi di Lavoro

1. Un GdL viene istituito dal Comitato di Coordinamento di Diabete Italia ogniqualvolta è necessario raggiungere un obiettivo che si ritiene inadatto ad un GdS. Salvo casi particolari gestiti direttamente dal Comitato di Coordinamento, tutta l'attività di Diabete Italia viene attribuita a specifici GdL.

2. Il GdL, diversamente dal GdS, ha un obiettivo identificato dal Comitato di Coordinamento di Diabete Italia. Al GdL possono essere assegnati compiti di qualsiasi tipo, con l'esclusione di quelli già attribuiti ai GdS. Il compito assegnato deve essere completato nei tempi previsti. I risultati delle attività del GdL vengono messi a disposizione del Comitato di Coordinamento di Diabete Italia.

3. Il GdL ha una composizione variabile in funzione del programma da svolgere (ma comunque con pari rappresentanza di AMD e SID) ed è guidato da un Coordinatore. Sia il Coordinatore che i membri del GdL (di numero pari e in genere compreso fra 2 e 10) sono nominati dal Comitato di Coordinamento di Diabete Italia.

4. Una volta raggiunto l'obiettivo prestabilito o esaurito il compito assegnato, il GdL viene sciolto. Lo scioglimento, la sostituzione del Coordinatore o di uno o più dei suoi componenti o l'aumento degli stessi può essere deciso in ogni momento dal Comitato di Coordinamento di Diabete Italia in funzione di necessità contingenti.

5. Il GdL non ha budget proprio. La somma necessaria a raggiungere l'obiettivo assegnato viene fornita dalla tesoreria di Diabete Italia.

### Norme disciplinari

1. Il Coordinatore e i membri del Gruppo di Coordinamento dei GdS e il Coordinatore e i membri dei GdL di Diabete Italia devono osservare le norme, le regole di ordine professionale e di comportamento etico emanate e, nei casi non espressamente disciplinati, devono sempre comportarsi in modo tale da salvaguardare la buona immagine di Diabete Italia e delle Società Scientifiche di appartenenza.

2. Ogni componente, prima di assumere un incarico nel quale particolari circostanze di lavoro o eventuali interessi finanziari potrebbero configurare conflitto con le attività dei GdS o dei GdL, deve informare il Comitato di Coordinamento di Diabete Italia per iscritto, il nullaosta del Comitato di Coordinamento non esonera dal rispettare quanto premesso nel comma precedente.

3. La mancata osservanza delle norme di tale regolamento da parte del Coordinatore e del Comitato di coordinamento del GdS può comportare la revoca del mandato.





# REGOLAMENTO GRUPPI AMD

Approvato dal Consiglio Direttivo Nazionale AMD il 14 gennaio 2004

I gruppi AMD vengono istituiti dal CDN a seguito della valutazione di una richiesta motivata di almeno sette soci o su iniziativa del CDN stesso.

I gruppi AMD possono essere a tempo indeterminato o a termine.

I gruppi a tempo indeterminato vengono istituiti per motivi inerenti alla politica e/o la struttura di AMD e sono denominati "gruppi di staff". Li dirige un Direttore

I gruppi a termine vengono istituiti per il raggiungimento di specifici obiettivi in uno specifico lasso di tempo e sono denominati "gruppi di lavoro". Li dirige un Responsabile.

## Il Presidente Nazionale e il CDN

- nominano il responsabile del gruppo
- definiscono il mandato in sintonia con la Politica e gli Obiettivi strategici definiti dal CDN
- la durata dell'incarico è 2 anni rinnovabili a giudizio del CD
- la responsabilità del gruppo potrà essere revocata dal CDN prima della scadenza con delibera motivata.
- Il responsabile identificato entro una settimana dichiara l'accettazione dell'incarico ed entro quindici giorni sceglie i componenti del gruppo, il cui numero non dovrà essere superiore a sette: il CDN nomina un suo rappresentante all'interno del gruppo in modo da garantire una più facile comunicazione; potrà essere scelto un segretario al di fuori del gruppo e, se necessario per specifiche competenze o esigenze, scelto al di fuori dei soci AMD
- Entro un mese dalla sua nomina, il Responsabile deve sottoporre al Consiglio Direttivo per l'approvazione un programma di attività. Il programma, redatto con i membri del gruppo, dovrà indicare:
  - Obiettivi da raggiungere in sintonia con il mandato ricevuto (per un periodo in media di due anni)
  - Metodologia di lavoro (organizzazione delle riunioni, verbalizzazione degli incontri, responsabilità definite all'interno del gruppo...)
  - Eventuali consulenze esterne ad AMD per obiettivi definiti
  - Tempi previsti per il raggiungimento degli obiettivi: pianificazione delle attività
  - Numero delle riunioni annuali previste
  - Eventuali attività correlate
  - Piano finanziario e indicazioni sul reperimento dei fondi
- Due mesi prima della scadenza del proprio mandato, il Responsabile deve presentare al Consiglio Direttivo una relazione finale sulle attività, approvata e sottoscritta dai componenti del Gruppo.
- Eventuali variazioni rispetto al programma previsto devono essere tempestivamente comunicate al Presidente e al CDN

- Le riunioni sono indette dal Responsabile oppure da almeno la metà dei membri del gruppo. Le riunioni potranno svolgersi, previo accordo con la Segreteria presso la Sede di AMD a Roma.

## Budget e gestione amministrativa

Ogni gruppo, per essere tale, deve progettare un lavoro, dividerlo ed ottenere la approvazione del programma dettagliato dal CDN, con apposita delibera.

1. Dopo la approvazione del CDN, per la realizzazione del programma e degli obiettivi identificati, il Gruppo predispose un bilancio preventivo e cerca da solo e con la collaborazione del AMD centrale, i fondi necessari alla realizzazione del progetto stesso.

2. I fondi necessari per le riunioni di lavoro sono a carico di AMD.

3. Per i soli Gruppi di staff si prevede anche il finanziamento diretto da parte di AMD di un consulente eventualmente anche con funzioni di segreteria

4. I fondi reperiti sui singoli progetti rappresentano il budget del gruppo di lavoro. Il gruppo non può raccogliere fondi non finalizzati ad uno specifico progetto

5. Il budget assegnato è gestito autonomamente dal direttore del gruppo di staff e dal responsabile del gruppo di lavoro per la realizzazione del programma specifico approvato dal CDN. Eventuali variazioni rispetto al programma approvato devono essere tempestivamente risottoposte alla approvazione del CDN prima della attuazione.

6. I direttori dei gruppi di staff ed i responsabili dei gruppi di lavoro sono responsabili dell'uso dei fondi stessi.

7. Il 10% di tutti i fondi acquisiti dai gruppi vengono versati ad AMD. Pertanto la disponibilità di Budget dei gruppi e derivante dalla elargizione sotto qualsiasi forma dallo sponsor, va sempre dedotta del 10%

8. I fondi non utilizzati nell'anno tornano ad AMD che li può utilizzare per finanziare altre iniziative. Per utilizzazione si intende non solo la spesa reale del danaro, ma anche il fatto che il progetto a cui la spesa è assegnata sia realmente in corso d'opera. La decisione di far rientrare la disponibilità del gruppo inutilizzata nell'anno passato spetta al Presidente ed al vice presidente

9. Ogni trimestre si effettueranno verifiche sugli obiettivi concordati e sugli aspetti economici. Tali verifiche vengono effettuate dal Presidente e dal Vicepresidente assieme ai singoli responsabili di gruppo.

10. Le spese vanno autorizzate e comunicate preventivamente dal direttore del gruppo di staff o dal responsabile del gruppo di lavoro alla segreteria amministrativa di AMD almeno 30 giorni prima della sua erogazione.

11. La gestione finanziaria dei fondi è svolta dalla Tesoreria, al fine di garantire il rispetto delle norme fiscali ed amministrative vigen-

ti. Il pagamento delle spese autorizzate avverrà tramite la tesoreria solamente se la spesa è stata autorizzata preventivamente per iscritto dal direttore del gruppo di staff o dal responsabile del gruppo di lavoro e se la cifra rientra nel budget assegnato al gruppo. Sia la autorizzazione preventiva che la rimanenza del budget specifico vanno indicati nella documentazione di pagamento che la tesoreria effettuerà.

Tale documentazione è sempre a disposizione di ogni consigliere.

12. Le spese ammortizzabili sono di massima da evitare (acquisto di strumenti) e se necessarie concordate con la presidenza

## Risultati

- Gli elaborati e i risultati sono presentati al C.D.N per l'approvazione
- L'organizzazione di eventi scientifici (congressi, convegni, seminari, ecc.), formativi (corsi, incontri di aggiornamento, ecc.) o divulgativi (conferenze, incontri con i cittadini, ecc.) deve essere approvata dal C.D.N.

## Archiviazione documenti

Il Responsabile, con la collaborazione del Segretario, conserva archiviando ogni documento, secondo specifici argomenti:

- verbali di riunioni
- comunicazioni varie
- comunicazioni con CDN
- i documenti devono essere trasmessi al Responsabile eletto successivamente, su materiale cartaceo o informatico.
- copie di tutti i documenti prodotti dovranno essere custodite presso la Segreteria Nazionale AMD in Viale Carlo Felice 77 ROMA.

## Comunicazione

Per rendere efficace la comunicazione tra Gruppo di lavoro e CDN

- i verbali del CDN vengono inviati al responsabile e ai membri del gruppo
- i verbali delle riunioni del gruppo vengono inviati al CDN
- di norma ogni 3 mesi è prevista una riunione tra Presidente, VicePresidente e Responsabile del gruppo presso la sede AMD (o anche in audioconferenza) per valutare lo stato di avanzamento dei progetti in corso. Il risultato dell'incontro (verbale) viene inviato al CDN; possono essere previste riunioni al di fuori di quanto pianificato
- di norma ogni 6 mesi i responsabili dei gruppi vengono invitati al CDN ad esporre la propria attività

## NORMA TRANSITORIA

I gruppi esistenti al momento della approvazione di questo regolamento sono confermati nelle persone e nei progetti e, se non lo avessero già fatto, invitati ad adeguare la loro organizzazione ed attività al presente regolamento, previo accordo con il Presidente.





## 5° CONGRESSO GISED - 27 NOVEMBRE 2003

### L'EDUCAZIONE TERAPEUTICA DELLA PERSONA CON DIABETE:

# DALL'ANALISI DI ESPERIENZE ED EVIDENZE UN NUOVO STIMOLO DI CAMBIAMENTO

A Villa Erba di Cernobbio (Como) si è svolto il 5° Congresso del GISED, il Gruppo Italiano di Studio per l'Educazione sul Diabete che raccoglie esperienze e professionalità della Società Italiana di Diabetologia e dell'Associazione Medici Diabetologi.

"L'appuntamento congressuale costituisce uno dei momenti chiave delle attività del GISED", ha dichiarato in apertura Andrea Corsi, coordinatore del gruppo costituito nel 1981 con l'obiettivo di promuovere la ricerca e l'applicazione delle metodiche educative di eccellenza volte al benessere della persona con diabete e della sua famiglia.

Filo conduttore del Convegno sono stati opportunità e desiderio di scambiarsi esperienze e condividere problematiche per mettere a punto nuovi percorsi di crescita. Esprime bene Donata Richini, del Comitato scientifico GISED, gli obiettivi del Convegno nella sua introduzione ai lavori: "condividere significato e complessità dell'educazione terapeutica; identificare bisogni e difficoltà di chi vi opera e individuare risorse e strategie".

Ha aperto le tre giornate di lavoro una lettura magistrale di Aldo Maldonato che ha delineato uno spaccato dell'Educazione Terapeutica negli ultimi trent'anni. "Obiettivi dell'educazione sul diabete", ha affermato Maldonato, "sono ridurre il divario tra le conoscenze scientifiche e la pratica medica ed accompagnare la cura migliorando la qualità di vita ed il controllo metabolico". In particolare Maldonato si è soffermato sui parametri di valutazione dei risultati dell'educazione terapeutica: la conoscenza acquisita, le abilità pratiche apprese, la motivazione dei pazienti, le modifiche di comportamento ottenuto e la loro persistenza.

È stata poi la volta del confronto, che ha caratterizzato tutto il Convegno, tra le diverse professionalità in gioco quando si parla di Educazione Terapeutica della persona con diabete. Una tavola rotonda ha permesso di esprimere le

voci di dietologi, podologi, infermieri e diabetologi ospedalieri grazie alla presenza dei presidenti delle rispettive associazioni: Giovanna Cecchetto, Mauro Montesi, Rosanna Toniato e Giacomo Vespasiani.

Dagli interventi sono emersi le difficoltà, le potenzialità e le aspettative delle figure professionali che ruotano intorno al diabetico.

Il compito di tratteggiare il legame tra Evidence based medicine ed educazione terapeutica è stato assolto da Valerio Miselli che ha portato alcuni esempi degli aspetti più nuovi nel campo dell'evidenza. È il caso degli studi sull'efficacia degli interventi di gruppo, argomento ripreso durante l'ultima giornata di convegno dall'intervento di Marina Trento che sta sviluppando, a Torino, un nuovo modello di gestione del diabete di tipo 2 mediante visite di gruppo.

"Gli interventi di gruppo", ha sottolineato Miselli, "sembrano più efficaci nell'indurre modifiche comportamentali ed ugualmente efficaci sulle conoscenze e l'automonitoraggio della glicemia rispetto agli interventi individuali". La metodica di Group Care delineata da Trento è oggetto di sperimentazione dello studio multicentrico ROME0, Ripensare l'Organizzazione per Migliorare l'Educazione.

I congressisti hanno potuto mettersi alla prova in alcuni giochi di gruppo che hanno preso le mosse dagli interventi sull'autoriflessività e sul cambiamento del professor Duccio Demetrio, docente di Epistemologia ed Ermenutica della Formazione all'Università degli Studi di Milano.

La relazione incentrata sulle dimensioni del sentire del professor Paolo Gentili, docente di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, seguita dal lavoro esperienziale condotto dall'attore Vincenzo Di Bonaventura, direttore di Teatr-Laboratorium 27 Aikot di San Benedetto del Tronto, ha fornito ai partecipanti gli strumenti per riflettere sull'importanza del cambia-

mento e sulle capacità empatiche e di coinvolgimento come canale privilegiato per ottenerlo.

Nello spirito di scambio di esperienze che ha connotato i tre giorni di lavoro, Nicoletta Musacchio ha portato un resoconto dell'attività della Scuola formatori AMD, nata dall'esigenza di uniformare e coordinare l'attività formativa rispondendo ad alcuni valori di fondo tra cui l'eticità professionale, il coinvolgimento attivo, l'orientamento all'eccellenza e la capillarizzazione. Mariano Agrusta ha riferito i più recenti traguardi del gruppo Educazione terapeutica strutturata; partendo dal fatto che solo il 10-15% dei servizi di diabetologia italiani ha un'organizzazione terapeutica strutturata e valutabile, il team ETS mette a disposizione un percorso di educazione ben definito attraverso la realizzazione di corsi ad hoc ed opuscoli informativi.

Nell'ambito della sessione sui modelli operativi in educazione terapeutica Aldo Maldonato ha presentato lo schema del Curriculum del Diabetes Education Study Group suddiviso in otto giornate, ciascuna costituita da otto ore di lavoro, riferendo che i primi corsi ispirati a questo modello sono già stati realizzati in Austria, Israele, Emirati Arabi ed anche in Italia, grazie al supporto della Roche Diagnostics.

Guardando al futuro, infine, Daniela Bruttomesso del Comitato scientifico GISED ha presentato il progetto di censimento dell'Educazione terapeutica in Italia, un'indagine a livello nazionale che coinvolgerà i responsabili di tutte le strutture diabetologiche e delle associazioni di pazienti diabetici per comprendere la natura delle attività educative condotte.

Ed è proprio con lo sguardo rivolto al futuro che il Convegno si è chiuso con un lavoro di gruppo sulla progettualità: un momento di raccolta di suggerimenti operativi per la realizzazione concreta dell'educazione terapeutica nelle diverse realtà di lavoro.



Cari Amici,

come già saprete, AMccomunicAZione sta organizzando un corso-master di aggiornamento dedicato alla "Lettura critica della letteratura diabetologica", che si svolgerà qui a Torino nel prossimo luglio, articolandosi in due giornate.

Le date indicative sono: il 9-10 luglio p.v.

La partecipazione al corso è riservata a 25 persone. Vi prego pertanto di volerci comunicare la Vs. disponibilità al riguardo, così da poter approntare tutte le pratiche necessarie.

Grato per un Vs. gradito cenno di conferma, l'occasione mi consente di tornare a porgerVi i ns. più cordiali saluti

Luca Monge

Responsabile AMDcomunicAZione





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

REDAZIONE  
C. M. Gnocchi - M. Fierro

EDITORE  
**Guido Gnocchi Editore s.r.l.**  
Via M. Pietravallo, 85  
80131 - NAPOLI  
<http://www.idelson-gnocchi.com>  
E-mail [info@idelson-gnocchi.com](mailto:info@idelson-gnocchi.com)

DIRETTORE RESPONSABILE  
Sandro Gentile

**AMD**

Associazione Medici Diabetologi

CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE

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

Consiglieri: F. Galeone  
L. Monge  
S. Leotta  
P. Pata  
P. Di Berardino  
S. Lostia  
R. Mingardi  
G. Perrone  
G. Corigliano

Segretario: I. Meloncelli  
Tesoriere: R. Amoretti

Presidente Consulta: R.M. Meniconi

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](mailto:amdass@tiscalinet.it)  
Home page Internet:  
<http://www.aemmedi.it>  
C.C. Postale: AMD, n. 96304001  
P. IVA 05045491007

PRESIDENTI SEZIONI REGIONALI

Abruzzo-Molise: E. D'Ugo  
Alto Adige-  
Trentino-Veneto: G. Beltramello  
Basilicata: F. Vitale  
Calabria: B. Cretella  
Campania: D. Pascucci  
Emilia-Romagna: M. Parenti  
Friuli-Venezia Giulia: C. Noacco  
Lazio: A. Pagano  
Liguria: L. Corsi  
Lombardia: G. Testori  
Marche: P. Fogliani  
Piemonte-Val d'Aosta: C. Giorda  
Puglia: A. Bellomo D'Amato  
Sardegna: C. Cirillo  
Sicilia: M. Di Mauro  
Toscana: R.M. Meniconi  
Umbria: G. Cicioni

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

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

## ATTIVITÀ DELLE SEZIONI REGIONALI

### SEZIONE CAMPANIA

#### PROGETTO DI ATTIVITÀ ASSISTENZIALE DI VOLONTARIATO IN COLLABORAZIONE FRA AMD SEZ. CAMPANIA E CIRCOLI ROTARY DELLA REGIONE CAMPANIA



a cura di G. Corigliano

#### CENTRO DI AIUTO TELEFONICO PER PERSONE CON DIABETE MELLITO

##### SERVIZI OFFERTI

- Consigli terapeutici per gestire la I fase dell'emergenza
- Orientamento in campo legislativo riguardo a:
  - Consulenza nell'ambito dell'attività sportiva e idoneità agonistica e non agonistica
  - Patente di guida
  - Invalidità, certificazioni e diabete
  - Esenzione del ticket
  - Concessione dei presidi (parafarmaceutico)
- Indirizzi dei centri italiani specializzati:
  - Occhi e diabete
  - Nervi e diabete
  - Vasi e diabete
  - Trapianti e diabete
- Consulenza su: sessualità e diabete
- Possibilità di intervento specialistico domiciliare gratuito in caso di soggetti anziani e indigenti

##### CARATTERISTICHE DEI SERVIZI

- Durata
  - I fase sperimentale: 1 anno compreso le fasi di organizzazione dell'esercizio, divulgazione, avvio, realizzazione a regime e verifica dei risultati.
  - Disponibilità dal lunedì al venerdì dalle ore 20 alle ore 23 nella fase di sperimentazione
  - Contratto con Telecom per definire tecnicamente come avviene il passaggio chiamata → centralino → linea attiva di turno.
 Può essere previsto un canale preferenziale con i servizi di P.S. o di Urgenza già esistenti con possibilità di consulenza telefonica con il medico di P.S. accorso a domicilio del paziente.
- Presentazione al/ai club rotariani della Campania
- Divulgazione a mezzo stampa specializzata e quotidiana
- Divulgazione con volontari, manifesti etc. presso farmacie, ambulatori medici, centri di diabetologia, ospedali, ambulatori ASL, uffici ASL
- Verifica del lavoro svolto attraverso la elaborazione di rilevazioni quali/quantitative.