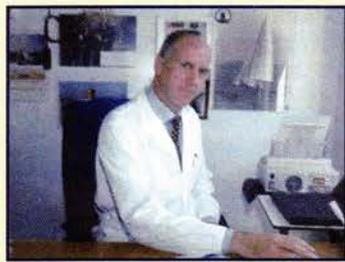


**IN QUESTO NUMERO**

Editoriale	
G. Vespasiani	pag. 1
Le novità previdenziali	
C. Testuzza	pag. 2
Indennità di esclusività al dubbio previdenziale	
C. Testuzza	pag. 2
"Master sulla qualità nella formazione della scuola AMD a cura di G. Corigliano	pag. 3
Echi dal Congresso di Lucca	
G. Vespasiani	pag. 4
Gli indicatori AMD di qualità dell'assistenza	
A. Nicolucci, M.C. Rossi	pag. 4
ETS Lucca 15 ottobre 2004:	
S. Gentile	pag. 6
Attività del gruppo AMD "Professione"	pag. 8
Le società scientifiche garanti di scientificità.	pag. 9
Consiglio Direttivo Nazionale AMD	pag. 11
Attività delle Sezioni Regionali	pag. 12



### LETTERA DEL PRESIDENTE AI SOCI AMD

Cari soci AMD,

dal 14 al 16 ottobre si è svolto a Lucca il 2° Convegno Nazionale del Centro Studi e Ricerche dell'AMD riservato a tutti i soci AMD che in qualche modo sono coinvolti nella gestione della nostra società: Consiglio nazionale, Consigli regionali, appartenenti ai Gruppi staff e di lavoro.

Erano presenti oltre 300 diabetologi AMD!

Come sapete le principali finalità della nostra Società Scientifica sono rappresentate dal miglioramento della qualità dell'assistenza nelle strutture specialistiche, dalla formazione continua del personale del SSN e, naturalmente dalla ricerca clinica, osservazionale, epidemiologica e di intervento: di questo si è parlato.

Il convegno ha riscosso un notevole successo, sia di partecipazione che di interesse, ed ha consolidato e rafforzato il nostro "senso di appartenenza" ad AMD che ci permette oggi di guardare con soddisfazione al passato e fiduciosi per il futuro della nostra associazione e della nostra professione.

Numerosi sono stati i temi affrontati:

**Qualità dell'assistenza diabetologica in Italia:** da anni ormai una delle attività principali dell'associazione è la diffusione tra i propri affiliati della cultura della qualità, nella convinzione che solo un miglioramento continuo, sia organizzativo che professionale, dei Servizi Specialistici di Diabetologia e Malattie del Metabolismo può assicurare alle persone con diabete di continuare ad avere un livello di assistenza che è considerato tra i più elevati dei paesi occidentali.

**Indicatori di qualità:** per uscire dalla autoreferenzialità in campo sanitario si dovrebbe sempre misurare ciò che viene fatto in campo assistenziale. L'AMD, tra le prime associazioni in Italia, ha messo a punto un sistema di raccolta dati clinici (denominato *File Dati AMD*) ed un software che permette di misurare numerosi indicatori capaci di descrivere oggettivamente l'attività assistenziale di una struttura diabetologica: cosa si fa, quali sono i risultati, quali sono gli effetti in termini di salute dei pazienti.

**Scuola di Formazione:** uno dei fiori all'occhiello dell'AMD, si occupa della formazione degli operatori sanitari in campo diabetologico (il *team diabetologico*) con una metodologia rigorosa che ha recentemente ottenuto la certificazione ISO 9001. Grazie a questa struttura AMD si pone come un valido Provider della Formazione Continua in Medicina (ECM)

**Gestione integrata del paziente diabetico:** I Diabetologi di AMD da tempo hanno superato le barriere categoriali, e affermano con forza che solo una corretta gestione in collaborazione tra i medici di medicina generale e gli specialisti diabetologi, potrà essere il vero salto di qualità nell'organizzazione delle cure primarie in Italia. La collaborazione attiva da anni con la Società Italiana di Medicina Generale si è aperta, proprio nel Convegno di Lucca, anche alla Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale, con un vasto progetto di condivisione telematica dei dati clinici che consenta un adeguato flusso informativo tra gli operatori della Sanità Pubblica.

Studi scientifici:

**Studio DAL,** una ricerca svolta da più di 200 Servizi Diabetologici Italiani, che hanno raccolto i dati di quasi 20.000 persone affette da diabete. Lo scopo: registrare tutti gli eventi cardiovascolari della popolazione in studio, e identificare così i profili del rischio cardiovascolare nel diabetico, gli effetti delle cure praticate a scopo preventivo e curativo. Lo studio è svolto in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, ed ha l'ambizione di poter diventare la base per la formulazione delle carte del rischio del diabetico italiano.

**Studio SFIDA:** si è focalizzato soprattutto sulla valutazione dei fattori di rischio della sindrome metabolica: pressione arteriosa, colesterolo, obesità.

**Studio DIANE0:** per la prima volta internet è stata utilizzata per raccogliere i dati di più di 5000 soggetti con una recente dia-

gnosi di diabete di tipo 2, al fine di disegnare un chiaro profilo di chi si presenta negli ambulatori di diabetologia.

**Studio DIADEMA:** indaga la possibilità di ridurre l'incidenza di nuovi casi di diabete di tipo 2 tra i soggetti a rischio. La forte collaborazione dei Medici di Famiglia della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) permetterà di identificare più di 10.000 cittadini che per costituzione, familiarità e stili di vita hanno un elevato rischio di contrarre il diabete

**Studio DYDA:** la collaborazione con la Società Scientifica dei Cardiologi Ospedalieri Italiani ha portato alla formulazione di un progetto di studio per anticipare sensibilmente la diagnosi di scompenso cardiaco nelle persone affette da diabete, grazie all'uso della tecnologia ecocardiografica centralizzata e della valutazione di un esame del sangue specifico.

**Studio BSS (Bilancio Sociale Salute):** un vasto studio svolto in collaborazione con le maggiori Società Scientifiche Italiane condotto con tecniche sociologiche rigorose, che raccoglierà dati sulla qualità di vita, sulla percezione dell'assistenza del paziente, sulla formazione della domanda di salute e sul peso dei media in tale campo. Molti di questi dati sono già stati in parte resi noti nel *Rapporto Sociale sul Diabete*, recentemente pubblicato dall'AMD, che tanto interesse ha suscitato tra clinici, politici e amministratori.

**DIABETE ITALIA:** AMD e SID hanno recentemente costituito un consorzio denominato *Diabete Italia* con lo scopo di rappresentare con una sola voce il mondo della diabetologia presso le istituzioni, il mondo politico, la società civile. Attorno a questo primo nucleo speriamo presto possano coagularsi altre associazioni scientifiche del campo diabetologico e le associazioni di volontariato dei pazienti diabetici di rilievo nazionale. Il consorzio si occuperà anche di gestire iniziative comuni, a partire dalla *Campagna per la prevenzione del diabete mellito di tipo 2* che, su impulso del Ministero per la salute, verrà attuata nei prossimi mesi in tutta Italia. Si prevede una giornata di sensibilizzazione e informazione il 14 novembre 2004 (*Giornata Nazionale del Diabete*, come è stata ufficialmente decretata) con iniziative nelle piazze di centinaia di città e poi per molti mesi una attività di informazione che utilizzerà televisione, radio, giornali, manifesti.

Il Convegno di Lucca ha avuto l'onore di tre illustri ospiti: il prof. Jean Claude Mbaya, Camerunense, Vicepresidente Mondiale dell'International Diabetes Federation e membro di rilievo dell'OMS, ha efficacemente chiarito le problematiche dei Paesi in via di sviluppo, indicando con lucidità le strade da percorrere per evitare l'esplosione dell'epidemia di diabete di tipo 2. Il Prof. David H Bell, docente all'Università dell'Alabama e a Dublino, un'autorità internazionale nel campo dell'insufficienza cardiaca, ha svolto una splendida relazione sui meccanismi biologici che legano il diabete e la patologia cardiaca e la relazione del Prof. Antonio Ceriello, dell'Università di Udine e membro del Centro Studi Ricerche di AMD, che ci ha aggiornato in maniera approfondita e didattica sul rapporto tra stress ossidativo e diabete.

*AMD è consapevole del proprio ruolo di Società Scientifica aperta ad esperienze nuove e stimolanti, sempre nell'ottica del miglioramento continuo delle conoscenze e della loro applicazione pratica nella quotidianità clinica degli operatori del Servizio Sanitario Italiano.*

*L'attenzione degli ultimi Ministri a queste tematiche, tradotte recentemente in concrete iniziative programmatiche, ci fa ben sperare sulle possibilità di poter attuare nella realtà quanto studiato e sperimentato dalla nostra associazione.*

*Nel salutare tutti voi voglio chiudere questo mio breve scritto ringraziando, tra i tanti, le Aziende Farmaceutiche e Diagnostiche che ci hanno supportato, il Direttore del Centro Studi e Ricerche, Prof. Marco Comaschi, che ha brillantemente guidato il comitato scientifico del congresso ed il dott. Francesco Galeone che ne ha curato la organizzazione locale: Lucca è stata una cornice ideale per i nostri lavori!*

Giacomo Vespasiani



## LE NOVITÀ PREVIDENZIALI

*Alla scadenza della sessione parlamentare, per le ferie estive, sono presenti in Parlamento alcune iniziative legislative che interessano il settore previdenziale ed avranno importanti ricadute su il personale della pubblica amministrazione e medico dipendente in particolare.*

### ■ LEGGE DELEGA SULLA PREVIDENZA

Il testo che dovrebbe essere approvato entro l'ultima settimana di luglio prevede una serie di decreti legislativi che dovranno essere approntati nell'arco di 12 mesi e riguardano cambiamenti significativi dell'attuale sistema previdenziale:

- Dal 1° gennaio 2008 si potrà andare in pensione d'anzianità con almeno 35 anni di contribuzione e 60 anni d'età.

Dal 2010 occorreranno 61 anni, dal 2013 almeno 62 anni d'età.

Il conseguimento della pensione sarà anche possibile, indipendentemente dall'età anagrafica con almeno 40 anni di contribuzione.

- Per le donne sarà possibile dal 2008 ancora andare con 35 anni di contribuzione e 57 anni d'età, ma la pensione sarà calcolata con il sistema contributivo meno conveniente dell'attuale sistema retributivo.

- Per coloro che entro il 31 dicembre 2007 raggiungono le attuali condizioni per il pensionamento di anzianità, - 35 a. di contribuzione e 57 a. d'età -, è prevista una "certificazione" da parte degli enti di previdenza che consente d'andare in pensione, anche successivamente, indipendentemente dalle nuove norme.

- È previsto un "bonus", dell'importo dei contributi previdenziali nello stipendio, per chi, in possesso dei requisiti per andare in pensione d'anzianità ritarda l'uscita. Il "bonus" attualmente è indicato solamente per i dipendenti privati, sarà, successivamente, discusso in sede ministeriale con le OO.SS. perché sia esteso ai pubblici dipendenti.

- Le "finestre" d'uscita per le pensioni d'anzianità si ridurranno a due:

1° gennaio dell'anno successivo se i requisiti si maturano nel primo semestre dell'anno;

1° luglio dell'anno successivo se i requisiti si maturano nel secondo semestre dell'anno.

- Viene indicata l'armonizzazione dei regimi previdenziali che potrebbe condurre ad una modifica dell'attuale metodo di calcolo per i dipendenti pubblici che prevede, per la cosiddetta quota "A" pensionistica e relativa all'anzianità contributive maturate sino al 31/12/1992, il riferimento all'ultimo stipendio in godimento anziché alla media degli stipendi degli ultimi cinque anni come è, invece, previsto per i dipendenti d'aziende private.

- È stato introdotto il cosiddetto silenzio-assenso per l'uso del trattamento di fine servizio (Tfr) nei Fondi di previdenza complementare.

Per i medici dipendenti, in servizio prima del 2001, si tratta di chiedere, ove si opti per i versamenti ad un Fondo di categoria, il passaggio dall'attuale premio di fine servizio (liquidazione) al Tfr.

Per tutti dovrà essere verificata la condizione di istituzione di un Fondo di categoria, che in particolare per i medici ancora non è stato realizzato.

N.B. La materia sarà attentamente esplicitata da decreti ministeriali e note sindacali.

- Le Casse di previdenza privatizzate, come l'Enpam, potranno istituire Fondi di sanità integrativa e Fondi di previdenza complementare.

### ■ CONVERSIONE IN LEGGE DEL DECRETO N. 136 DEL 28 MAGGIO 2004

Il Senato della Repubblica ha introdotto in questo decreto, che reca disposizioni urgenti per la funzionalità della pubblica amministrazione, un articolo che dà la possibilità a tutti i dipendenti pubblici, e fra questi anche ai dipendenti delle aziende sanitarie, di chiedere di rimanere in servizio per un triennio oltre il compimento del 67° anno d'età.

L'amministrazione del dipendente potrà accettare (o rifiutare) la richiesta ed il dipendente rimanere in servizio fino al compimento del 70° anno d'età.

Per il periodo del triennio aggiuntivo di mantenimento in servizio non sono previsti versamenti di contributi previdenziali, per cui l'importo del trattamento pensionistico sarà calcolato con riferimento al momento del raggiungimento del 67° anno d'età.

Le amministrazioni possono destinare il dipendente trattenuto in servizio a compiti diversi da quelli svolti in precedenza.

N.B. Il decreto legge dovrà essere trasformato in legge entro il 27 luglio pena la sua decadenza

### ■ DISEGNO DI LEGGE DEL MINISTRO SIRCHIA

È stato presentato in Parlamento, ma non ancora calendarizzato, un disegno di legge per il settore sanità che prevede, fra l'altro, la possibilità per i dirigenti di secondo livello (ex primari) di chiedere, all'amministrazione di appartenenza, di rimanere in servizio sino al 70° esimo anno d'età.

Le amministrazioni potranno concedere tale condizione ovvero rifiutarla.

Medesima concessione è prevista per i professori d'Università con il limite portato a 72 anni.

Claudio Testuzza

## INDENNITÀ DI ESCLUSIVITÀ AL DUBBIO PREVIDENZIALE

Con la trasformazione in legge, del decreto n. 81/2004, è stata rideterminata la condizione, già dettata dal famoso decreto "Bindi del 1999, riguardante l'esclusività del rapporto dei dirigenti medici. In pratica, entro il 30 novembre di ogni anno, i dirigenti sanitari potranno optare per il tipo di rapporto, esclusivo oppure non esclusivo, con cui intendono svolgere la propria attività di dipendente, dal 1° gennaio dell'anno successivo. Il nuovo articolato prevede, inoltre, per coloro che dovessero mantenere l'esclusività del rapporto, la condizione di non perdita dei benefici economici stabiliti nel contratto di lavoro 1998/2001 (la parte economica 2000/2001) quale "indennità di esclusività".

Ma se questo sarà possibile, ancorché molti ne dubitano, a livello di retribuzione, trattandosi di "indennità di esclusività e non di indennità di irreversibilità", dice la stessa disposizione, in maniera davvero sibillina, ciò troverà difficoltà ai fini del trattamento previdenziale.

Innanzitutto vanno definiti i futuri pensionati, beneficiari di questa indennità. Per i nuovi assunti, dal 1996, rientranti pertanto nel cosiddetto sistema contributivo - che prevede la contribuzione su tutto ciò che viene percepito quale retribuzione - il contributo, della voce in questione, continuerà ad essere accantonato negli anni in cui sarà percepita, incrementando il "montante", cioè l'accumulo economico dei

contributi di tutta la vita lavorativa da cui viene calcolata, percentualmente, la pensione. Per coloro che fossero già in servizio al 1996, va ricordato che, per essi, le leggi previdenziali hanno previsto il mantenimento, per intero, nel sistema retributivo per coloro che avessero almeno 18 anni di contribuzione al 31/12/1995, ovvero "misto", se in possesso di meno di 18 anni, sempre a quella data. Per questi, totalmente per i primi, parzialmente per i secondi (anzianità maturate sino al '95) vige il riferimento, ai fini del calcolo della pensione, allo stipendio percepito. In particolare si avrà una quota a), per le anzianità maturate sino a tutto il 1992, calcolata sulla base dell'ultimo stipendio in godimento; ed una quota b), per le anzianità successive, calcolata sulla base della media degli stipendi percepiti negli ultimi dieci anni lavorativi. Riguardo a questa seconda quota (la b) l'indennità di esclusività rientrerà nel calcolo del trattamento pensionistico in quanto il cosiddetto "paniere" stipendiale, a cui si fa riferimento, comprende dal 1996 tutte le voci retributive, comunque denominate. Dove, invece, sorgerà il problema dell'eventuale valutazione dell'indennità di esclusività è per il calcolo della quota a). Infatti la sua attuale inclusione si basa sulle considerazioni favorevoli espresse dall'istituto previdenziale per i dipendenti pubblici (Inpdap) nella circolare n. 50 del 28 novembre 2000, con cui,

ricependo l'intelligente sottolineatura data, nel contratto della dirigenza, di "indennità fissa, ricorrente e corrisposta per 13 mensilità all'indennità di esclusività, lo stesso Ente, ne individuava, in relazioni a tali caratteristiche, la sua concorrenza alla formazione della quota a) di pensione.

Sarà, riteniamo, problematico mantenere, per il futuro, questa favorevole condizione, essendo venuta meno la sua caratteristica di fissità. Non si tratta di cosa di poco conto se ci riferiamo, soprattutto, a personale in possesso di abbondante anzianità al 31 dicembre 1992, il quale potrà, così, vedersi detrarre, dal riferimento dell'ultimo stipendio, una quantità economica non indifferente. Una soluzione, meno traumatica, potrebbe consistere nel considerare l'indennità di esclusività così come, nel passato, veniva calcolata l'indennità di "tempo pieno". Si tratterebbe di reintrodurre il criterio della cosiddetta "media ponderata" (ex art. 29, legge 153/81) sugli ultimi cinque anni di servizio.

Dove la questione appare ancora di più compromessa, è nel merito del calcolo della liquidazione (indennità premio di servizio). Per questo trattamento previdenziale, la mancanza della ricorrenza e della fissità dell'indennità di esclusività ne renderà ancora più difficile la sua inclusione.

Claudio Testuzza



# "MASTER SULLA QUALITÀ NELLA FORMAZIONE DELLA SCUOLA AMD" (SCUOLA PERMANENTE DI FORMAZIONE CONTINUA) TORINO, 30 SETTEMBRE - 1 OTTOBRE 2004

## PROGRAMMA

**Docenti e Formatori:** *Adolfo Arcangeli, Maria Rita Cavallo, Marco Comaschi, Domenico Cucinotta, Sergio-Di Pietro, Indria Donati, Carlo B. Giorda, Nicoletta Musacchio, Claudio Noacco, Alessandro Ozzello, Maria Antonietta Pellegrini, Alessandro Sergi, Umberto Valentini, Giacomo Vespasiani, Riccardo Vigneri.*

### Obiettivi del corso

**Obiettivo generale:** Condividere con tutti i formatori il Sistema Gestione Qualità della Scuola Permanente di Formazione Continua AMD. Condividere con le figure professionali la politica e gli elementi del percorso formativo (progettazione e erogazione)

**Obiettivi specifici:** Conoscere la modulistica e la modalità di registrazione. Migliorare l'abilità tecnico professionale esercitandosi nella progettazione e erogazione di eventi formativi utilizzando gli strumenti del Sistema Gestione Qualità della Scuola Permanente di Formazione Continua AMD (simulazione)

## PROGRAMMA SCIENTIFICO

Giovedì 30 settembre 2004

Ore	12.30	Registrazione dei partecipanti e Questionari
	13.00	Il ruolo della formazione in AMD (G. Vespasiani-M. Comaschi)
	14.00	Modello e percorso Scuola (N. Musacchio)
	14.30	Il progetto di progettazione erogazione di eventi formativi (M.R. Cavallo)
	15.15	Discussione sui temi trattati (C. Giorda)

	15.45	Break
	16.00	Dal processo all'applicazione della procedura con i moduli (A. Ozzello)
	17.00	Problemi e soluzioni più frequenti (M.R. Cavallo)
	18.00	Simulazione di una situazione di progettazione (M.R. Cavallo - C.B. Giorda - A. Ozzello)
	20.00	Cena
	21.00	Lavoro di Gruppo: Progettiamo un evento sulle LG

Venerdì 1 ottobre 2004

Ore	08.30	Dalla Scuola al SGQ della Scuola (N. Musacchio)
	09.00	Tavola Rotonda Il provider e le società scientifiche
	10.30	Break
	11.00	Continuiamo il lavoro di gruppo
	12.00	Analisi delle criticità incontrate nel lavoro di gruppo (M.R. Cavallo - C.B. Giorda - S. Ozzello)
	12.30	Pranzo
	13.30	Lavoro di Gruppo: Eroghiamo un evento sulle LG
	15.00	Analisi delle criticità incontrate (M.R. Cavallo - C.B. Giorda - A. Ozzello)
	16.00	Break
	16.15	Ruoli e matrici della Scuola AMD (C.B. Giorda - C. Noacco)
	16.45	Incontro con l'esperto: il futuro della Scuola (U. Valentini)
	18.00	Compilazione, ritiro ed elaborazione dei post-test di valutazione dell'apprendimento
	18.30	Chiusura dei lavori

## MASTER SULLA QUALITÀ NELLA FORMAZIONE DELLA SCUOLA AMD: RIFLESSIONI DI UN OSSERVATORE

Nei giorni 30 settembre - 1 ottobre si è svolto a Torino il Master sulla qualità nella formazione della Scuola AMD.

Il corso, diretto da Carlo Giorda e tenuto dai progettisti seniores della Scuola, era riservato ai formatori tutor iscritti all'albo AMD; oltre a questi circa quindici persone sono state invitate come osservatori: fra queste anch'io, in qualità di membro del gruppo AMD Comunicazione. Il percorso della Scuola, volto al continuo miglioramento della qualità negli anni, nel gennaio 2004 ha raggiunto un importante traguardo: il suo Sistema di Gestione Qualità ha ottenuto il Certificato UNI-EN-ISO 9001/2000. Il Master aveva dunque l'obiettivo di condividere con tutti i formatori il sistema di Gestione della Qualità ed in particolare di condividere con tutti i formatori il processo di progettazione ed erogazione degli eventi formativi e delle consulenze. Certamente per un osservatore esterno era una bella sfida! Prima di partire era ragionevole immaginare un corso durissimo, noioso, pieno di termini astrusi, di elencazioni di procedure con punti e sottopunti fino al decimo livello, tutti da riordinare pazientemente per giungere dopo un lungo periplo a realizzare alcune cose chiare. In effetti non è stato così, proprio per il metodo didattico utilizzato.

Il materiale (indubbiamente corposo) era stato fornito con largo anticipo e i partecipanti avevano avuto tempo quanto meno di capirne la logica generale; le presentazioni frontali sono state molto essenziali ma hanno stressato i punti fondamentali per una comprensione adeguata; certamente la parte più utile sono stati i gruppi, proprio per le stesse difficoltà che in essi si sono manifestate. Cimentarsi con delle schede di progettazione senza averle ben studiate è estremamente difficile, tuttavia il metodo è stato utilissimo per capirle; la necessità di riempire comunque una casella è un esercizio di "saper fare" che certamente lascia un segno nel discente. È stato anche molto utile lavorare proprio sulle schede dello stesso Master cui si stava partecipando per poter vedere subito la concreta realizzazione del progetto, oltre alla visione conclusiva delle schede preparate nei mesi precedenti dagli Organizzatori per una chiara verifica finale di quanto prodotto dai gruppi. Un altro aspetto che è stato sottolineato è stato quello della applicazione pratica nella realtà italiana della Educazione Continua in Medicina, ancora in divenire per la definizione dei provider, l'utilizzo della formazione a distanza, le problematiche connesse alla devolution anche in questo campo, i costi della educazione (e soprattutto a carico di chi potranno essere attribuiti). Anche in questo contesto la certificazione della qualità è molto importante perché è una delle garanzie dell'efficacia di un intervento e potrebbe in prospettiva essere una "condicio sine qua non".

Di tutte queste notizie, istruzioni, regole che cosa si è "portato a casa" un osservatore?

- Certamente che la progettazione di un evento seguendo una procedura operativa non è facile, ma garantisce i risultati.
- La procedura di lavoro definita secondo un sistema di qualità, quando è ben conosciuta ed applicata, non è un corpo estraneo che rende lungo e difficile un processo, ma uno strumento di lavoro per fare meglio, più rapidamente e con meno possibilità di errore.
- L'intervento degli esperti in qualità non è un "giudizio" ma una collaborazione per fare meglio insieme; e questo si capisce lavorando.
- Le procedure di qualità si possono migliorare sempre attraverso la loro applicazione e verifica sul campo.
- La scommessa sulla qualità della Scuola AMD è stata vinta, ma nessuno si sta riposando sugli allori.
- L'"amore" delle persone per il lavorare bene produce dei risultati tangibili.

Gerardo Corigliano



## ECHI DAL CONGRESSO DI LUCCA

Cari colleghi,  
è con piacere che vi presento il risultato del lavoro svolto negli ultimi due anni dall'Agenzia Qualità

AMD Settore File Dati.

Si tratta di due prodotti di grande valore, che potranno nell'immediato futuro portare ad interessanti novità nel mondo della diabetologia:

### File Dati clinici AMD 2004

Come forse saprete da anni AMD sta lavorando al progetto di poter ottenere dati clinici in formato omogeneo da cartelle informatizzate diverse: il gruppo GIDI presentò già nel 2002 la prima versione del File Dati e della Lista Indicatori.

Quello che trovate oggi (qui in copia cartacea, disponibile anche sul nostro sito [www.aemmedi.it](http://www.aemmedi.it)) è la nuova versione, ora pienamente funzionante, di uno strumento che consente di esportare dati in unico formato (XML) da qualunque cartella sia stata predisposta a questo scopo.

E proprio qui a Lucca AMD darà il riconoscimento ufficiale di questa capacità (il "Bollino Blu File Dati 2004") ai due principali produttori italiani di cartelle cliniche diabetologiche computerizzate. Anche altri stanno lavorando in questa direzione ed è probabile che possano ottenere il riconoscimento nel prossimo futuro.

### Software per il calcolo degli Indicatori AMI) 2004

La composizione del File Dati non è stata decisa arbitrariamente, ma avendo come obiettivo una serie di indicatori che riteniamo utili per misurare la nostra attività assistenziale.

Siamo giunti, con la preziosa collaborazione di Antonio Nicolucci dell'Istituto Mario Negri Sud, a questa seconda edizione che comprende 46 indicatori, tutti misurabili a partire dal File Dati.

Per semplificare il calcolo degli Indicatori, il Gruppo Qualità AMD ha realizzato un apposito Software, che è visibile presso la segreteria AMD qui a Lucca.

AMD vi offrirà la possibilità, se lo vorrete, di utilizzare liberamente questi strumenti con due scopi:

- permettere ad ognuno di voi di misurare autonomamente gli indicatori della propria struttura (cosa che apre grandi prospettive nel percorso di miglioramento della qualità).
- partecipare ad una banca nazionale di dati clinici gestita da AMD, per monitorare quasi in tempo reale l'assistenza diabetologica in Italia.

Ringrazio il Direttore dell'Agenzia Qualità Lao Lostia che ha creduto in questa iniziativa e l'ha sostenuta con efficacia.

Ringrazio infine Illidio Meloncelli, responsabile del Settore File Dati, che ha portato a compimento un lavoro veramente arduo, con passione e competenza, superando difficoltà che sembravano a volte insormontabili.

Un saluto cordiale  
14 ottobre 2004

Giacomo Vespasiani

Anche in Italia è fortemente avvertita l'esigenza di monitorare l'assistenza erogata, al fine di ottimizzare le prestazioni. Infatti, da studi osservazionali quali il DAI e lo SFIDA è emerso che, nonostante il nostro Paese vanti una organizzazione in rete dei Servizi di Diabetologia che non ha confronti negli altri Paesi (con circa 700 Centri che seguono ben il 50 - 70% del totale dei soggetti diabetici diagnosticati), la prevalenza e l'inadeguato controllo dei fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione diabetica sono ancora molto preoccupanti. Inoltre lo studio QuED ha evidenziato l'esistenza di una notevole variabilità clinica in relazione sia alle opinioni e attitudini dei medici, sia alle strategie diagnostiche e terapeutiche normalmente impiegate.

Pertanto l'AMD ha deciso di promuovere un sistema di incremento della "Qualità dell'Assistenza", attraverso l'individuazione e la diffusione di "Modelli Assistenziali di Riferimento" che, nel rispetto delle variegate realtà regionali presenti su tutto il territorio nazionale, siano in grado di dare un'indicazione dei "livelli minimi di qualità" auspicabili.

### GLI INDICATORI AMD DI QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

La più recente versione degli INDICATORI AMD è stata pubblicata sul sito [www.aemmedi.it](http://www.aemmedi.it). La loro diffusione va di pari passo con quella del File Dati Clinici 2004, che rappresenta un sistema di raccolta dei dati clinici più completa e standardizzata possibile. Il file degli Indicatori si aggiorna automaticamente con la progressiva compilazione dei File Dati Clinici, attraverso il conteggio dei pazienti "attivi" (ovvero con almeno un valore, cioè con un qualsiasi campo del File Dati registrato nel periodo selezionato).

Di norma gli Indicatori possono essere categorizzati in varie tipologie, a seconda del tipo di informazione che consentono di rilevare. Essi sono sostanzialmente suddivisi in 3 classi:

MISURE DI STRUTTURA → quello che c'è  
 MISURE DI PROCESSO → quello che si fa  
 MISURE DI ESITO → quello che si ottiene

Più precisamente rientrano nell'ambito delle "misure di struttura" tutte le caratteristiche strutturali e organizzative dei Centri e le caratteristiche dei medici.

#### Esempi di misure di struttura:

Carico di lavoro  
 Presenza nella struttura di psicologo/oculista/podologo...  
 Presenza di ambulatori dedicati  
 Specializzazione del medico  
 Attitudini/Opinioni/Conoscenze del medico

Le misure di processo sono invece rappresentate dalle procedure diagnostiche, preventive, terapeutiche e riabilitative messe in atto.

#### Esempi di misure di processo:

Frequenza della misurazione dell'HbA1c  
 Frequenza dell'esame del fondo dell'occhio



## GLI INDICATORI AMD DI QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

### INTRODUZIONE

Diverse organizzazioni sanitarie internazionali, pubbliche e private, hanno promosso da qualche anno iniziative per misurare e migliorare la qualità della cura nei pazienti diabetici; esse si basano sull'impiego degli "Indicatori di Qualità", ovvero una serie di parametri dalla cui rilevazione è possibile stabilire le "dimensioni della qualità della cura".

Lo spunto è stato fornito da numerose iniziative

nazionali e internazionali, in primis dal progetto DQIP (Diabetes Quality Improvement Project). Negli Stati Uniti, esso ha proposto un set unificato di misure di processo e outcome intermedio selezionate in base all'assunzione che essi siano legati agli outcomes finali. Tali misure sono state incorporate nel "National Committee for Quality Assurance (NCQA)", nell'"Health Plan Employer and Data Information Set (HEDIS)" e nell'"American Diabetes Association's Provider Recognition Program".



Frequenza della misurazione della microalbuminuria  
Frequenza delle misurazioni della PA

Infine si definiscono "misure di esito o risultato o outcome" quei parametri che permettono di valutare i cambiamenti, favorevoli o avversi, nello stato di salute reale o potenziale di una persona, gruppo o comunità, che possono essere attribuiti all'assistenza ricevuta.

Tuttavia è necessario fare una distinzione tra:

- "misure di esito intermedio", ovvero valutazioni a breve termine delle modifiche dello stato di salute del paziente:

*Esempi di misure di outcome intermedio:*

Valori medi di HbA1c  
Proporzione di pazienti con HbA1c <8%  
Valori medi della PA  
Valori medi di colesterolemia

- "misure di esito finale", ovvero valutazioni a lungo termine delle modifiche dello stato di salute del paziente:

*Esempi di misure di outcome finale:*

Mortalità  
Complicanze  
Funzionalità Fisica  
Qualità della vita  
Costi dell'assistenza  
Soddisfazione per l'assistenza sanitaria ricevuta

Esaminando più da vicino gli Indicatori selezionati da AMD, si osserva che essi sono stati raggruppati in 5 sezioni:

#### 1. INDICATORI GENERALI/RAPPORTO CON DIABETICI ATTIVI

Rappresentano una descrizione di carattere generale della popolazione assistita. Contengono informazioni relative alla tipologia di diabete, al numero dei nuovi accessi alla struttura ospedaliera, al sesso, all'età e all'area geografica di appartenenza dei pazienti diabetici seguiti.

GENERALI/RAPPORTO CON DIABETICI ATTIVI

- 01 - Distribuzione per classificazione diabete
- 02 - Numero primi accessi
- 03 - Distribuzione per sesso della popolazione assistita
- 04 - Età media della popolazione assistita
- 05 - Distribuzione della popolazione assistita per 9 classi d'età
- 06 - Distribuzione per area geografica della popolazione assistita (uso locale: per Comune residenza paziente; uso nazionale: per Regione appartenenza struttura)

*Riferiti al totale dei diabetici attivi nel periodo selezionato*

#### 2. INDICATORI DI STRUTTURA

"Il numero dei diabetici visti nel periodo considerato" è una misura del carico di lavoro svolto dal Servizio di Diabetologia.

DI VOLUME DI ATTIVITÀ

- 07 - Diabetici visti nel periodo

#### 3. INDICATORI DI PROCESSO

Le misure di processo vengono selezionate in base al livello di evidenza che le lega al cor-

rispondente outcome; vengono presi in considerazione il controllo, nel corso degli ultimi 12 mesi, dell'HbA1c, del profilo lipidico e della pressione arteriosa, lo screening per le complicanze (retinopatia, nefropatia, neuropatia, piede diabetico), oltre al numero dei pazienti in autocontrollo glicemico e il numero delle visite per gruppi di trattamento. Tali misure di processo sono considerate accettabili se i pazienti sono stati valutati almeno una volta nel corso dell'ultimo anno. Il denominatore per tale valutazione sarà rappresentato da tutti i pazienti con almeno un accesso nella struttura nel corso del periodo indice.

DI PROCESSO

- 08 - Soggetti in autocontrollo glicemico
- 09 - Visite anno per gruppi di trattamento
- 10 - Soggetti a cui è stata eseguita almeno una determinazione di HbA1c
- 11 - Soggetti con almeno una valutazione del profilo lipidico
- 12 - Soggetti con almeno una misurazione della pressione arteriosa
- 13 - Soggetti monitorati per nefropatia
- 14 - Soggetti monitorati per retinopatia diabetica
- 15 - Soggetti monitorati per neuropatia
- 16 - Soggetti a rischio monitorati per il piede
- 17 - Soggetti monitorati per il piede

*Riferiti al totale dei diabetici attivi nel periodo selezionato*

#### 4. INDICATORI DI RISULTATO INTERMEDIO (OUTCOMES INTERMEDI)

Sono stati selezionati gli outcomes intermedi ritenuti più significativi sulla base delle Linee-guida attualmente esistenti. Infatti, alcuni dei principali obiettivi terapeutici cui ogni paziente diabetico dovrebbe mirare sono:

- HbA1c <7%
- Colesterolo LDL <100
- Pressione: Arteriosa <130/85

Nello stesso tempo, la modificazione dello stile di vita non può prescindere da:

- Riduzione del peso corporeo attraverso dieta ed esercizio fisico
- Cessazione dal fumo

Per offrire una visione complessiva della qualità della prestazioni cliniche fornite e poiché per outcomes si intendono sia cambiamenti favorevoli che avversi nello stato di salute reale o potenziale dei pazienti, per ognuno di questi parametri clinici (HbA1c, colesterolo LDL, pressione arteriosa, BMI e fumo) vengono considerati sia i valori target più restrittivi fissati dalle Linee-guida, sia i valori fuori range di normalità con un significato clinico importante. Al fine di consentire ad ogni Centro un più preciso monitoraggio nel tempo di questi indicatori, vengono riportati anche gli andamenti per classi, per poter meglio interpretare la distribuzione complessiva dei pazienti in base ai valori ottenuti.

DI RISULTATO INTERMEDIO

- 18 - HbA1c media e d.s. (ultimo valore)
- 19 - HbA1c media e d.s. (ultimo valore) per tipo di diabete

- 20 - HbA1c media e d.s. (ultimo valore) per tipo di trattamento nei DM tipo 2
- 21 - Andamento per 5 classi della HbA1c
- 22 - HbA1c media (ultimo valore) per 9 classi di età
- 23 - Soggetti con HbA1c ≤ 7.0%
- 24 - Soggetti con C - LDL < 100
- 25 - Soggetti con C - LDL ≥ 130 in trattamento ipolipemizzante
- 26 - Soggetti con C - LDL ≥ 130 non in trattamento ipolipemizzante
- 27 - Andamento per classi del C - LDL (<100, 100-129, 130-159, ≥160)
- 28 - Soggetti con PA ≤ 130/85
- 29 - Soggetti ipertesi con PA = 130/85
- 30 - Soggetti con PA ≥ 140/90 in trattamento antiipertensivo
- 31 - Soggetti con PA ≥ 140/90 non in trattamento antiipertensivo
- 32 - Andamento per classi della PAS (≤135, 136-140, 141-160, 161-200, >200)
- 33 - Andamento per classi della PAD (≤85, 86-90, 91-100, 101-110, >110)
- 34 - Andamento per classi del BMI (<25, 25.1-27, 27.1-30, 30.1-40, >40)
- 35 - Soggetti fumatori
- 36 - Soggetti forti fumatori (>20 sigarette/die) su totale fumatori
- 37 - Soggetti che hanno smesso di fumare su totale fumatori

*Riferiti al totale dei diabetici attivi nel periodo selezionato*

#### 5. INDICATORI DI ESITO (OUTCOMES FINALI)

Con gli Indicatori di Esito, viene presa in considerazione la prevalenza di complicanze micro- e macro-vascolari, quali retinopatia, nefropatia, ulcera del piede, ictus, infarto, amputazioni, dialisi e cecità. La presenza delle complicanze, derivata dal file dati 2004, sarà basata su un sistema standardizzato di codifiche, desunte dai codici ICD9-CM.

DI ESITO

- 38 - Soggetti con retinopatia diabetica su totale monitorati per retinopatia
- 39 - Soggetti con nefropatia diabetica su totale monitorati per nefropatia
- 40 - Soggetti con ulcera acuta del piede verificata nel periodo
- 41 - Soggetti con storia di infarto del miocardio
- 42 - Soggetti con amputazione minore
- 43 - Soggetti con amputazione maggiore
- 44 - Soggetti con storia di ictus
- 45 - Soggetti in dialisi
- 46 - Soggetti con cecità

*Riferiti al totale dei diabetici attivi nel periodo selezionato*

#### CONCLUSIONI

La compilazione del File Dati comune permetterà una maggiore standardizzazione delle procedure assistenziali e il pieno utilizzo della rete dei Centri affiliati AMD come fonte di dati clinici ed epidemiologici. L'utilizzo degli Indicatori è destinato a rappresentare uno strumento imprescindibile di progressivo e crescente sviluppo di una modalità sistematica di revisione e autovalutazione della pratica clinica e di applicazione dei livelli essenziali di assistenza.

Antonio Nicolucci  
Maria Chiara Rossi



## ETS LUCCA 15 OTTOBRE 2004: VERSO LA CONCLUSIONE DEL PROGETTO. OVVERO LO SVILUPPO FUTURO

Durante il Congresso del Centro Studi e Ricerche AMD si è tenuta a Lucca la rassegna delle attività dei Gruppi in staff e dei Gruppi di lavoro della nostra Società Scientifica. Il gruppo ETS ha presentato i risultati di 3 anni di attività. A fronte di un costante impegno del board, i formatori tutor dell'albo della Scuola ed i diabetologi che nel corso del 2003 avevano partecipato ai 26 corsi ETS per équipe hanno fornito un fondamentale apporto per il raggiungimento dei risultati, esposti qui di

seguito. Un contributo notevole alla realizzazione del progetto è stato dato anche dal Presidente Giacomo Vespasiani, attraverso una lettera di sollecito inviata ai soci. Un ulteriore contatto telefonico (ripetuto 2 volte) ad opera della sempre solerte Fiorella Masciotta e del suo staff ha agito da rinforzo alla lettera del Presidente.

Nonostante ciò, a fronte dell'adesione iniziale di 327 équipe (data durante i 26 corsi per équipe del 2003), 147 équipe non hanno contribuito alla realizzazione del progetto (figg. 3 e 4), fornendo varie motivazioni di ordine organizzativo/gestionale o di tipo personale. Va segnalato che di questi, ben 36 non sono stati raggiunti né telefonicamente né per posta elettronica, verosimilmente per aver fornito recapiti errati (fig. 5).

Il board scientifico ETS si è reso conto della difficoltà che molti soci hanno incontrato nel dover organizzare sedute di educazione terapeutica con pochi mezzi e solo sulla base delle storyboard discusse e condivise all'epoca dei corsi ETS per équipe. Sono allora stati approntati 5 pacchetti didattici comprensivi di questionari di valutazione delle conoscenze (in ed out) e griglie di verifica delle abilità oggetto di insegnamento durante i corsi. Sono inoltre state progettate nuove storyboard e set di diapositive per rendere più facile la realizzazione dei per-

### Gruppo ETS

*Coordinatore:* **Mariano Agrusta**

*Componenti:* **Paolo Di Berardino**  
**Sergio Di Pietro**  
**Francesco Galeone**  
**Sandro Gentile**  
**Massimo Lepri**



*Lucca 14 - 16 ottobre 2004*

Fig. 1

### Lo sviluppo del progetto ETS

#### Gruppo ETS AMD



*Walter de Bigontina per il Gruppo VRQ-A-AMD*



*Nicoletta Musacchio per il Gruppo Scuola AMD*



*Umberto Valentini*

**Partnership:** *Novo Nordisk, Lifescan*

*Lucca 14 - 16 ottobre 2004*

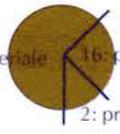
Fig. 2

### Attività svolte

-  **Corso Master di Raito, 2-5 ottobre 2002**
-  **26 Corsi Periferici per Équipe Formatori AMD (dic. 2002 - dic. 2003)**
-  **327 strutture:**  
327 medici, 319 infermieri, 132 dietisti  
16 podologi, 5 assistenti sociali, 1 psicologo
-  **262 strutture aderiscono al progetto**

Fig. 3

### Risultati (107)



- 37 équipe rinunciano formalmente a partecipare al progetto** (mancanza tempo/struttura/équipe)
- 28 équipe di fatto non partecipano al progetto**
  - 1: in pensione
  - 9: mai ricevuto materiale
  - 16: problemi strutturali/mancanza équipe
  - 2: problemi personali
- 6: manderanno mail con motivazione del mancato inizio**
- 36: manderanno griglie/consegnate informatori**

*Lucca 14 - 16 ottobre 2004*

Fig. 4



## Distribuzione Regionale dei Corsi ETS

per 2642 pazienti

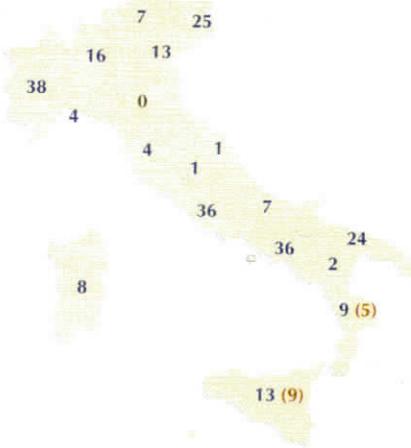


Fig. 5

corsi educativi. Questo materiale è consultabile aprendo il sito [www.aemmedi.it](http://www.aemmedi.it) alla voce libreria.

Nonostante tutte le difficoltà sono stati realizzati ben 243 corsi per 2642 pazienti (fig. 6) per un totale di 729 ore di attività educativa strutturata e 3 ore e 37 minuti/paziente/corso. In tutti i corsi sono stati usati come indicatori di risultato cognitivo i questionari GISED ed è stato regi-

## Risultati

242 Corsi ETS
2646 Pazienti
226 Questionari in-out
16 Questionari solo out e a 6 mesi
51 Corsi ETS con griglie di abilità (23%)

} (100%)

Lucca 14 - 16 ottobre 2004

Fig. 6

## Risultati

### Esiti dell'intervento educativo



#### ✓ Di tipo cognitivo:

+33,8 ± 12,6% (10 corsi campione; Friuli)

#### ✓ Abilità:

83 ± 12% dei pazienti esegue in modo corretto le azioni richieste (10 corsi campione)

Lucca 14 - 16 ottobre 2004

Fig. 7

## Ringraziamento



**Abruzzo:** D'Ugo E. (CH), Di Bernardino P., Montano V. (TE), Squadrone MR (CH)

**Basilicata:** Cervellino F. (Rionero), Venezia A. (MT)

**Calabria:** Albanese (Gioia T), Aronne (Roccella); Colosimo (Sersale), Dal Moro E. (RC), Ferraro MA. (Gallico), Giovanni C. (CS), Piccolo (Rogliano)

**Campania:** Bova A. (NA), Capuano G. (SA), Colacursio M, Cipriano E. (AV), Creso E. (NA), Di Blasi V. (SA), Frullone S. (AV), Gaeta J. Guarino G. Gentile S. (NA), Lambiase C. (SA), Maida P. (CE), Memoli P. (SA), Mignano S., Mitrano G. Scurini C. Sorrentino P. (NA), Stasio GB. Tatavitto A. (CE), Zerella F. (BN)

**Friuli:** Bonato B. Brunato B. (GO), Cernigoi AM. (Monfalcone), De Monte A. (TS), Maraglino G. (PN), Merni M. (GO), Pellegrini MA. (Cividale), Tonutti L. (UD), Tortul C. (Monfalcone), Volsi P. (GO)

**Lazio:** Balsanelli M. Bruschi P. Giugliano M. Lombardo ML. Massimiani F. Matteoli MC., Primerano B., Suraci C., Toscanella F., Visalli N. (Roma)

**Liguria:** Ponzani M., Careddu P., Ghisoni P.

**Lombardia:** Marelli G. (Desio), Marengo P. (Garbagnate), Richini (Valcamonica)

**Piemonte:** Albini N. (NO), Bonfiglioli D. (NO), De Luca A, Fraticeli M, Gentile L. (Asti), Lanero L, Malvicino G, Migazzo P. (BL)

**Puglia:** Angarano A., Bellomo Damato A., Del Russo F., Losurdo F., Maiellaro V. (BA), Macchia A. (LC), Marcone C. (FG), Serra R. (LE), Stefanelli G. (BA)

**Sicilia:** Arcona D. (PA); Coco R. (CT), Garofalo A. (Ragusa), Lisi E. (CT), Ponticello S. (Gela), Prato Militello L. (Enna), Puglisi C. (Siracusa), Runello F. (CT), Sofrà D. (ME)

**Sardegna:** Cossu M., Mulas F. (Oristano)

**Toscana:** Matteucci E. (PI), Toni S. (FI), Trifirò C. (Carrara)

**Trentino:** Carbonaro F. (TN), De Blasi GF. (BZ), Schirru M. (Camposanpietro)

**Umbria:** Cicioni G. (Terni)

**Veneto:** Bellio F. (San Donà), Boscolo Bariga A. (Chioggia), Confortin L. (Castelfranco), Lagomanzini A. (Feltre), Scaldaferrì E. (TV), Zanusso GF. (Oderzo)

Lucca 14 - 16 ottobre 2004

Fig. 8

strato un incremento medio delle conoscenze pari al 33±12% (valutazione campione su 10 corsi del Friuli). Nel 23% dei corsi sono state attuate esercitazioni pratiche e i risultati sono stati che l'83% dei pazienti eseguiva correttamente le azioni richieste (valutazione campione su 10 corsi del Friuli) (figg. 7 e 8). Questi dati non hanno uguale nella letteratura mondiale e possiamo a buon diritto affermare che questa è la prima esperienza in assoluto in cui tanti centri diabetologici attuano in programma di educazione strutturata, utilizzando lo stesso metodo, lo stesso materiale, un linguaggio omogeneo e realizzando la verifica della propria attività.

L'invito che nasce da questa esperienza è che ancora tanti diabetologi italiani intraprendano questo percorso. Gli strumenti ci sono ed i pacchetti educativi sono disponibili e ben rodati. Basta proseguire!

Un ringraziamento è dovuto a quanti, superando molte difficoltà, hanno intrapreso questo percorso realizzando tantissimo e fungendo da elemento trainante per tanti altri. Grazie a questo progetto esistono oggi in Italia numerose strutture (oltre a quelle poche che storicamente già erano orientate in questo senso) in cui l'educazione è diventata routine al pari di altri ambulatori dedicati come potrebbero essere quello del piede o di altro.

Sandro Gentile  
per il board ETS

N.B. Quanti avessero da apportare correzioni, aggiungere ulteriori notizie o comunicazioni di corsi non ancora inviati per fax o posta, o volessero inviare immagini, foto o filmati delle loro attività ETS possono senz'altro farlo contattando direttamente Sandro Gentile.

sandro.gentile@unina2.it

tel e fax: 081.566.6751



## ATTIVITÀ DEL GRUPPO AMD "PROFESSIONE"

### Presentazione

Cari colleghi,

con il report di Claudio Testuzza sull'attesa riforma del sistema pensionistico, in corso, come saprete, di definizione inizia ufficialmente l'attività del Gruppo Professione.

Tale attività in questa prima fase si sostanzia nell'editing di una serie di articoli sempre a firma del nostro esperto su tematiche di immediato interesse professionale; essi saranno di volta in volta, in futuro, accompagnati da articoli di più specifico interesse diabetologico, sempre in tema di applicazioni di norme, leggi o regolamenti attinenti alla professione.

Per chi non conoscesse Claudio Testuzza (e credo che in realtà siano pochi), permettetemi due righe di presentazione: dirigente medico, specialista oncologo e radiologo, pubblicitista, è esperto di sanità e pubblico impiego de "Il Sole 24 Ore" ed esperto di previdenza e sanità del "Il Sole 24 Ore Sanità", consulente previdenziale di molte associazioni ed organizzazioni sindacali, componente della Commissione Previdenza e Fisco della Federazione Nazionale Ordini dei Medici, docente in alcune università, nonché valutatore esterno ASL 3 di Catania.

L'attività del Gruppo Professione proseguirà anche con l'attivazione di una rubrica "online" di Domande all'Esperto che potrete inoltrare non appena sarà pronta la specifica casella sul nostro portale [www.aemmedi.it](http://www.aemmedi.it).

Buona lettura e buon lavoro anche da parte di tutto il Gruppo Professione: Anna, Cantagallo, Francesco Chiaramente, Massimo Lepri, Domenico Mannino, Roberto Mingardi, Giuseppe Sanfilippo, e Mauro Rossi (delegato dalla Consulta dei Presidenti Regionali).

Pietro Pata, Direttore Gruppo Professione

### Introduzione

Negli ultimi anni, i medici sono stati investiti da una moltitudine di ordinamenti e legislazioni che ha alterato, in maniera significativa, il loro iter professionale, in passato abbastanza lineare.

Sempre più spesso il singolo sanitario si trova a dover affrontare realtà di cui non può essere a completa conoscenza essendo quotidianamente impegnato nella propria attività. Tuttavia la mancanza di supporti normativi e di alcune conoscenze gli impedisce di dialogare con le amministrazioni o di provvedere a numerose incombenze che, invece, abbisognano di un suo intervento.

Le associazioni professionali e sindacali attivano, per questi fini, dei rapporti di consulenza.

Anche l'Associazione Medici Diabetologi, al fine di fornire un servizio ai propri aderenti, mi ha chiesto di interessarmi delle varie problematiche che possano sorgere in seno alla categoria.

Lo faccio con grande piacere perché, avendo svolto per tanti anni l'attività medica, ritengo, di aver maturato i dubbi e le preoccupazioni di molti di Voi, e avendo avuto la sollecitazione

ad interessarmi dei diversi fronti di "battaglia" della professione, con il Vostro aiuto vorrei potermi porre ad assolvere una vera e propria attività di servizio.

Abbiamo concordato con alcuni Vostri rappresentanti di realizzare un duplice, iniziale procedere che possa concretizzarsi sia sul fronte della periodica informazione, più generale, sia sul rapporto personale con i Colleghi.

In questo sarà necessario che da parte Vostra possano giungere alla sede dell'Associazione le varie richieste di chiarimenti in merito a problematiche amministrative, contrattuali e previdenziali che, oltre a diventare argomento di una risposta, mi auguro abbastanza esaustiva, e di tipo personalizzato, possano essere motivo di informazione, più ampio, diventando argomenti di pubblicazione sul Vostro sito e/o Bollettino. Sito che potrà vedere, anche, pubblicate delle note monografiche su specifiche tematiche di attualità o di interesse generale, come l'argomento che accludo a questa mia presentazione - le novità previdenziali - che coinvolgono un gran numero di Voi e che nonostante l'ampia pubblicistica giornaliera sembrano, anche agli occhi di un non profano, di difficile lettura.

Spero che questo non avvenga anche nei miei rapporti. Ma sarete Voi stessi, con le Vostre osservazioni a riportarmi, eventualmente, su una strada di migliore comprensione reciproca!

Claudio Testuzza

### Il cantiere delle pensioni non è ancora chiuso

Se gli anni '90 sono stati spettatori di ben tre riforme previdenziali - Amato, Dini, Prodi - il 2000 non sembra voler perdere l'occasione per insidiarne il primato.

In effetti si tratta, per quelli attuali, più che di veri interventi sulla problematica pensionistica, di proposizioni e avvisi. Infatti da più di due anni giace in Parlamento una legge, delega, di riforma del sistema previdenziale. Dopo alti e bassi di discussione è approdata finalmente in Senato, dove se ne prevedeva la discussione in tempi brevi.

Ma nell'autunno dell'anno scorso, il Governo ha pensato di integrare il testo del disegno di legge con una serie di articoli che cambiavano in maniera significativa le attuali disposizioni in ordine al settore previdenziale.

La questione venne presentata come esiziale per l'avvenire economico del paese, ma anche dei pensionati futuri. La famosa "gobba" previdenziale, che prevede l'accrescimento della spesa pensionistica in maniera incontrollata nel prossimo futuro (2015/2030), consigliava un intervento drastico per non doversi trovare a non poter pagare le pensioni.

È stato quindi proposto di annullare, ancorché solamente dal 2008, il trattamento anticipato di "anzianità" previsto, sino ad adesso, con almeno 57 anni d'età e 35 di contribuzione, e prevedere solamente il trattamento di "vecchiaia", raggiungibile con 65 anni per gli uomini, e 60 per le donne ovvero con almeno 40 anni di contributi.

La proposta, esplicitata dal Presidente del Consiglio in una trasmissione a reti televisive unificate e preavvisata con una lettera esplicativa, ha trovato subito contrari le organizzazioni sindacali e vari partiti sia dell'opposizione ma anche della stessa maggioranza. Il risultato è che, per alcuni mesi, non si è fatto altro che parlare, dibattere sulla questione, e soprattutto porre in essere, da tanti e forse troppi, ricette alternative.

Ma in verità un innalzamento, così repentino, dei requisiti per andare in pensione appariva inaccettabile. Soprattutto per alcune categorie professionali, come, ad esempio i dirigenti e soprattutto i sanitari ed i medici, che, accanto a situazioni di precarietà del posto e di usura, possono invocare un tardivo ingresso nel modo del lavoro (laurea + specializzazione) che avrebbe creato gravi difficoltà a raggiungere un così alto limite contributivo.

Ma l'imperativo del Governo era il risparmio: almeno uno 0,7 per cento del Pil. A detta dei tecnici del ministero del Tesoro raggiungibile, solamente, con l'introduzione di norme restrittive. Per cui è sembrato che non si potesse fare cambiamenti.

Ma la politica è l'arte del compromesso, soprattutto quando si avvicinano le elezioni, e il Governo è intervenuto a modificare quanto precedentemente stabilito. Nella serata del 19 febbraio il ministro del Lavoro, Maroni, ha indicato i nuovi termini che saranno introdotti nel disegno di legge delega della previdenza, che nel frattempo ha calamitato circa 800 emendamenti.

Viene mantenuta la possibilità di ottenere il trattamento pensionistico di anzianità. Solamente che, accanto al requisito, rimasto invariato, dei 35 anni di contribuzione, l'età minima richiesta viene innalzata a 60 anni. A favore, poi, un piccolo risparmio, le attuali quattro "finestre" d'uscita pensionistica, cioè le date codificate per poter ottenere la pensione, vengono ridotte a due, con un prevedibile allungamento forzoso dei tempi di quiescenza di circa 6 mesi. L'età minima richiesta diverrà, dal 2010, di 61 anni ed è stata, anche, prevista una verifica dell'andamento dei dati economici della previdenza nel 2013, con la possibilità che, ove si rilevassero condizioni di sofferenza, l'età minima dovrà essere portata ad almeno 62 anni.

Restano invariate le altre condizioni già previste dal testo originario della legge delega, quali, in particolare, il cosiddetto "bonus" pensionistico per coloro che, pur in possesso dei requisiti per andare in pensione decidessero di restare in servizio. Bonus consistente nel recupero dei contributi, il 32,7% del trattamento stipendiale, e al netto del trattamento fiscale, che potrà essere riversato in busta paga. Resta, comunque, la condizione che tale possibile vantaggio sarà certo per i dipendenti privati, mentre per i dipendenti pubblici dovranno essere verificate le condizioni attuative sia con le organizzazioni sindacali che con le regioni e gli enti locali.



# LE SOCIETÀ SCIENTIFICHE GARANTI DI SCIENTIFICITÀ ANCORA UNA VOLTA AMD PRECORRE LA NORMA

Cari colleghi,

su segnalazione di Gerardo Corigliano il nostro bollettino pubblica un testo di legge che fornisce indicazioni sul senso che le Società Scientifiche devono darsi rispetto alla formazione continua, alla scientificità dei contenuti dei propri indirizzi culturali e sui percorsi per rispettare queste fondamentali regole.

Ancora una volta AMD è arrivata prima! È infatti da anni che AMD ha creato strutture in staff e gruppi di lavoro a termine, tutti rivolti al raggiungimento di obiettivi culturali concreti e di alto profilo scientifico, spesso invidiati da altre Società. La Qualità è da sempre un punto fermo di AMD, così come la Verifica dei percorsi assistenziali ed il loro miglioramento continuo, la Formazione a distanza, l'Educazione Terapeutica e tanto altro ancora...

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ  
DIREZIONE GENERALE DELLE RISORSE  
UMANE E PROFESSIONI SANITARIE  
IL MINISTRO DELLA SALUTE

VISTO l'art. 16-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, recante disposizioni in materia di formazione continua dei professionisti sanitari;

CONSIDERATO che la richiamata disposizione prevede la definizione da parte della Commissione nazionale per la formazione continua dei requisiti per l'accreditamento delle società scientifiche che svolgono attività di formazione continua;

CONSIDERATO che il Piano sanitario nazionale 2003-2005, approvato con D.P.R. 23 maggio 2003 nel testo risultante dall'atto di intesa Stato e Conferenza Unificata del 15 aprile 2003, riconosce alle Società scientifiche il ruolo di "garanti non solo della solidità delle basi scientifiche degli eventi formativi, ma anche della qualità pedagogica e della loro efficacia";

CONSIDERATO che l'accordo tra il Ministro della salute e le Regioni e le Province di Trento e Bolzano sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 20 maggio 2004, prevede, al punto 14, che le Società scientifiche possono svolgere attività di collaborazione, con la Commissione nazionale per la formazione continua e con le Regioni, per l'attività di valutazione degli eventi formativi nell'ambito del programma ECM;

CONSIDERATO, altresì, che il predetto Piano sanitario nazionale 2003-2005 riconosce agli Ordini, Collegi e Associazioni professionali il ruolo di "organismi di garanzia della aderenza della formazione agli standard europei ed internazionali";

CONSIDERATO che le società scientifiche, analogamente alle società scientifiche di altri Paesi, hanno il prevalente scopo di promuovere il costante aggiornamento degli associati e devono, quindi, svolgere attività finalizzate ad adeguare le conoscenze professionali ed a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e i comportamenti degli associati stessi al progresso scientifico e tecnologico, con l'obiettivo di garantire efficacia,

appropriatezza, sicurezza ed efficienza alle prestazioni sanitarie erogate;

CONSIDERATO che le società scientifiche, nel nostro sistema sanitario, sono chiamate a svolgere anche attività di collaborazione con il Ministero della salute, le Regioni e le istituzioni sanitarie pubbliche per la elaborazione, diffusione e adozione delle linee guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici e la promozione dell'innovazione e della qualità dell'assistenza;

CONSIDERATO che non sono previsti dalle leggi vigenti specifici requisiti per la costituzione delle società scientifiche dell'area sanitaria, salvo quelli previsti in via generale dai Capi II e III del Titolo II del libro I del Codice Civile;

RILEVATO che sono presenti in Italia numerose società scientifiche, alcune delle quali, per numero di associati, ambiti specifici di attività, finalità istituzionali e rapporti con il mondo del farmaco e dei dispositivi medici, non possono svolgere correttamente o compiutamente le proprie funzioni;

RITENUTA, pertanto, l'esigenza di definire i requisiti essenziali che le società scientifiche devono possedere per svolgere le richiamate attività con particolare riferimento all'attività formativa nell'ambito del programma l'ECM ed all'attività di collaborazione nei confronti degli organi centrali e regionali e delle istituzioni e degli organismi che operano nei vari settori di attività sanitarie;

RITENUTO, in particolare, che le società scientifiche dei medici chirurghi debbano di norma fare riferimento alle specialità mediche di cui all'art. 34 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n.368, o alle discipline stabilite ai sensi dell'art. 4 del D.P.R. 19 dicembre 1997, n.484, e successive modificazioni e che pertanto debba essere disincantata la costituzione di società non riconducibili alle predette specialità e discipline;

RITENUTO che le società scientifiche delle professioni dei veterinari, degli odontoiatri, dei farmacisti, nonché degli psicologi, dei biologi, dei fisici e dei chimici che svolgono attività sanitaria, debbano di norma fare riferimento alle discipline e alle specializzazioni di cui al richiamato n. 484 del 1997 e successive modifi-

cazioni o a specifiche aree di esercizio professionale rilevanti per numero di addetti o per l'attività svolta;

RITENUTO, in ragione del ruolo che le società scientifiche devono svolgere nell'ambito del sistema sanitario italiano e delle implicazioni che il contributo culturale e scientifico delle stesse può comportare per lo sviluppo e la qualità delle attività sanitarie e mediche del Paese, che al riconoscimento delle stesse si debba provvedere con decreto del Ministro della salute, previa verifica del possesso dei requisiti essenziali individuati dal presente decreto;

RITENUTO di rimettere alla disciplina generale, che sarà stabilita dall'intesa fra il Ministero della salute e le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, la definizione dei requisiti e delle modalità di accreditamento delle società scientifiche in qualità di provider di formazione residenziale e a distanza;

RITENUTO di estendere, per la parte compatibile, la presente disciplina anche alle Associazioni tecnico-scientifiche dei professionisti sanitari delle professioni infermieristiche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione;

PRESO ATTO dei criteri individuati dalla Federazione degli Ordini dei Medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMC e O) e dalla Federazione Italiana delle Società Medico Scientifiche (FISM);

VISTA la proposta della Commissione nazionale per la formazione scientifica approvata nella seduta del 27 aprile 2004;

DECRETA

Art. 1. - 1. Per poter svolgere le attività di collaborazione con le istituzioni sanitarie e le attività di aggiornamento professionale di cui in premessa, le Società scientifiche dei medici-chirurghi, dei veterinari, degli odontoiatri, dei farmacisti e le Associazioni tecnico-scientifiche dei professionisti sanitari delle professioni infermieristiche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione devono essere riconosciute con decreto del Ministero della salute.

2. Sono, altresì, riconosciute, ai fini di cui al comma 1, con decreto del Ministro della salute le società scientifiche degli psicologi, dei biologi, dei fisici e dei chimici, costituite da professionisti che svolgono in via esclusiva o prevalente attività sanitaria.

3. Per il riconoscimento ai sensi del presente decreto, le Società scientifiche e le Associazioni tecnico-scientifiche dei professionisti sanitari di cui ai commi 1 e 2 devono possedere i seguenti requisiti:

a) Rilevanza di carattere nazionale, con organizzazione presente in almeno 12 regioni, anche mediante associazione con altra Società o Associazione della stessa professione, specialità o disciplina;



b) Rappresentatività di almeno il 30% dei professionisti attivi nella specializzazione o disciplina o specifica area o settore di esercizio professionale;

c) Atto costitutivo e Statuto redatti per atto pubblico contenenti:

È denominazione dell'Ente, indicazioni del patrimonio e della sede;

È previsione dell'ammissione, senza limitazioni, di tutti i soggetti che operano nelle varie strutture e settori di attività del Servizio sanitario nazionale (aziende ospedaliere, aziende USL, aziende universitarie, IRCCS, ospedali classificati, case di cura private accreditate, ecc.) o in regime libero-professionale (non discriminazione in relazione al luogo di lavoro);

È previsione dell'ammissione, senza limitazioni, di tutti i soggetti, in possesso dei requisiti previsti dallo statuto, appartenenti alla categoria professionale o al settore specialistico o disciplina dei servizi del S.S.N., che la società o l'associazione rappresenta, ovvero con attività lavorativa nel settore o nell'area interprofessionale che la società o l'associazione rappresenta (non discriminazione personale);

È previsione, tra le finalità istituzionali, anche di attività di aggiornamento professionale e di formazione permanente nei confronti degli associati con programmi annuali di attività formativa ECM;

È previsione, tra le finalità istituzionali, anche della collaborazione con il Ministero della salute, le Regioni, le Aziende sanitarie e gli altri organismi e istituzioni sanitarie pubbliche;

È previsione, tra le finalità istituzionali, anche dell'elaborazione di linee guida in collaborazione con l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (A.S.S.R.) e la F.I.S.M.; promozione di trials di studio e di ricerche scientifiche finalizzate e rapporti di collaborazione con altre società e organismi scientifici;

È previsione di assenza di finalità di lucro;

È previsione di non esercizio di attività imprenditoriali o partecipazione ad esse, salvo quelle necessarie per le attività di formazione continua;

È previsione dell'espressa esclusione di finalità sindacali;

È previsione di finanziare le attività sociali solo attraverso i contributi degli associati e/o di enti pubblici nonché di soggetti privati, con esclusione di finanziamenti che configurino conflitto di interesse con il S.S.N., anche se forniti attraverso soggetti collegati;

È previsione di finanziare le attività ECM attraverso l'autofinanziamento e i contributi degli associati e/o enti pubblici e privati, ivi compresi contributi delle industrie farmaceutiche e di dispositivi medici, nel rispetto dei criteri e dei limiti stabiliti dalla Commissione nazionale per la formazione continua;

È previsione di sistemi di verifica del tipo e della qualità delle attività svolte;

È indicazione del procedimento per la elezione democratica degli Organi con votazione a scrutinio segreto e con durata limitata nel tempo;

È espressa esclusione di retribuzione delle Cariche sociali;

È approvazione da parte dell'assemblea degli iscritti o degli organismi statuari demo-

craticamente eletti dei Bilanci preventivi e dei consuntivi;

È regolamentazione delle convocazioni dell'assemblea e degli altri organismi associativi nonché delle modalità con cui l'Assemblea stessa e gli altri organismi deliberano;

È norme relative all'estinzione della Società ed alla eventuale devoluzione del patrimonio.

**Art. 2. - 1.** Le Società scientifiche dei medici chirurghi debbono, di norma, fare riferimento alle specialità mediche di cui all'art. 34 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n.368, o alle discipline stabilite ai sensi dell'art. 4 del D.P.R. 19 dicembre 1997, n. 484, e successive modificazioni, o a specifiche aree di esercizio professionale rilevanti per numero di addetti o per l'attività svolta.

2. Le Società scientifiche dei veterinari, degli odontoiatri, dei farmacisti, nonché degli psicologi, dei biologi, dei fisici e dei chimici che svolgono attività sanitaria, debbono, di norma, fare riferimento, alle discipline e alle specializzazioni di cui al richiamato D.P.R. n. 484 del 1997 e successive modificazioni o a specifiche aree di esercizio professionale rilevanti per numero di addetti o per l'attività svolta.

3. Le Associazioni tecnico-scientifiche dei professionisti sanitari delle professioni infermieristiche, tecniche della riabilitazione e della prevenzione debbono, di norma, fare riferimento, a specifiche aree di esercizio professionale rilevanti per numero di addetti o per l'attività svolta.

4. Salvo che per le Società scientifiche e le Associazioni tecnico-scientifiche intercategoriale e/o interdisciplinari, a ciascuna società o associazione possono essere ammessi esclusivamente gli appartenenti alla specifica categoria professionale ovvero i professionisti che esercitano, anche se non in via esclusiva, la specifica attività che la società o l'associazione rappresenta.

5. La denominazione della Società scientifica e dell'Associazione tecnico-scientifica deve riportare la specializzazione o la disciplina o il settore di attività specifico. In caso di associazione con altra Società scientifica o Associazione tecnico-scientifica la denominazione deve riportare anche la Società o l'Associazione associata.

**Art. 3. - 1.** Le Società scientifiche e le Associazioni tecnico scientifiche non possono avere come fine istituzionale la tutela sindacale degli associati o, comunque, svolgere, né direttamente né indirettamente, attività sindacale.

**Art. 4. - 1.** Limitatamente al primo anno di applicazione della presente disciplina possono essere riconosciute Società scientifiche ed Associazioni tecnico-scientifiche carenti di alcuni dei requisiti di cui al comma 3 dell'articolo 1. Il decreto di riconoscimento stabilisce il periodo di tempo entro il quale la società scientifica o l'associazione tecnico-scientifica si deve adeguare ai requisiti prescritti.

**Art. 5. - 1.** Le Società scientifiche e le Associazioni tecnico-scientifiche per poter svolgere attività di formazione continua e essere

accreditate come provider ai fini del programma ECM devono essere preventivamente riconosciute ai sensi del presente decreto e devono essere in possesso dei requisiti per l'accredimento che saranno stabiliti dall'Intesa fra il Ministero della salute e le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n.131.

2. Le Società scientifiche e le Associazioni tecnico-scientifiche per poter svolgere attività di collaborazione con il Ministero della salute e gli organismi e istituzioni sanitarie devono essere preventivamente riconosciute ai sensi del presente decreto.

**Art. 6. - 1.** Per essere riconosciute ai sensi del presente decreto, le Società scientifiche e le Associazioni tecnico-scientifiche devono produrre istanza al Ministero della salute - Dipartimento della qualità - Direzione generale delle risorse umane e delle professioni sanitarie -, con allegata idonea documentazione sul possesso dei requisiti di cui all'articolo 1. Le domande delle società medico-scientifiche sono trasmesse tramite la FISM, che provvede all'istruttoria preventiva.

2. All'accertamento della rappresentatività dei professionisti attivi nella specializzazione o disciplina o specifica area di esercizio professionale provvede l'ordine o collegio professionale, d'intesa con il Ministero della salute, e, per le categorie prive di ordine o collegio, il Ministero della salute.

3. Il Ministero provvede sulla domanda, previa acquisizione del parere di una Commissione costituita con decreto del Ministro della salute con la partecipazione di rappresentanti delle Regioni, degli Ordini e Collegi professionali e delle Associazioni professionali delle professioni tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, nonché della FISM.

4. Il riconoscimento viene annotato in un apposito registro tenuto presso la Direzione generale delle risorse umane e delle professioni sanitarie, che esercita la vigilanza e la periodica verifica dei requisiti.

5. Le Società scientifiche e le Associazioni tecnico-scientifiche già esistenti devono chiedere il riconoscimento entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto. La presentazione della domanda di riconoscimento entro il termine predetto consente la prosecuzione delle attività di cui all'art. 5 fino alla definizione della domanda.

**Art. 7. - 1.** Il venir meno di uno o più requisiti di cui all'art. 1 o il mancato adeguamento alle prescrizioni di cui all'art. 3 entro i termini stabiliti determina la revoca del riconoscimento.

2. La revoca è disposta con decreto del Ministro della salute, sentita Commissione di cui all'art. 6. Del provvedimento viene presa nota nel registro di cui al comma 4 dell'art. 6, trascorsi trenta giorni dalla sua comunicazione alla Società o Associazione interessata.

31 maggio 2004

IL MINISTRO DELLA SALUTE  
(Prof. Girolamo SIRCHIA)  
F.to G. Sirchia



# CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE AMD

## Estratti dei verbali delle riunioni

11 FEBBRAIO 2004 (ROMA)

Approvato il Progetto "Mamma serena", presentato da Domenico Mannino a nome del Gruppo Interassociativo Gravidanza.

Approvato il documento *Consensus Obesità* presentato dal Gruppo Alimentazione.

Per assicurare la più ampia diffusione dei processi decisionali del Consiglio Direttivo, viene stabilito che il Segretario invierà il testo ratificato di ogni verbale del CD AMD (nella versione integrale) a: Consiglieri Nazionali, Tesoriere, Segreteria Amministrativa, Presidenti Sezioni Regionali, Membri CSR, Direttori Gruppi di Staff, Responsabili Gruppi di Lavoro

Esaminata la richiesta del CSR di avere un rappresentante delle regioni nel suo organico, il CD ha dato mandato al Presidente dell'AMD ed il Direttore della Consulta dei Presidenti Regionali di nominare un rappresentante delle regioni presso il CSR

Esaminata la prima versione del protocollo dello Studio QUADRI dell'ISS in cui sono inseriti SID e AMD

Il Consiglio ha approvato all'unanimità l'ultima versione di Statuto e Regolamento di Diabete Italia.

Nominati i tre Consiglieri da inserire in Diabete Italia: Valentini, Lostia, Pata.

Proposto che il workshop AMD-SID nel prossimo congresso SID sia denominato "Diabete Italia"

Deciso di assegnare a Diabete Italia una sessione del Congresso CSR di Lucca.

Deciso di presentare a SID la proposta di utilizzare in comune i fondi raccolti con la Giornata Mondiale del Diabete: 30.000 euro siano utilizzati per finanziare (in parte) il progetto Albania; i fondi restanti siano utilizzati per attività in campo educativo.

Sarà proposto infine che tutti i fondi del Comitato GMD confluiscono in DI

Deciso che di norma, soprattutto con lo scopo di allargare il numero di collaborazioni specie dei soci, l'AMD limiterà a 5.000 euro/anno i compensi a soci per prestazioni occasionali.

Approvata la proposta di distribuire ai soci spillette con il logo AMD

Approvato il patrocinio Congresso SIMSI (Piede e attività subacquea nei diabetici)

Approvato il patrocinio all'iniziativa "Attività Motoria" (Roma): diretta a medici, per l'alfabizzazione alla promozione dell'attività fisica.

Deciso che d'ora in poi i Presidenti regionali possono dare un patrocinio ad una attività regionale; ma non è esclusa la richiesta diretta al CD nazionale.

Galeone ha riferito dello stato di avanzamento organizzazione Congresso CSR di Lucca.

È stato discussa una prima bozza del programma dei lavori.

Preso d'atto della certificazione ISO della Scuola AMD

Decisa la pubblicazione, direttamente da parte di AMD, del Manuale della Scuola

Esaminata la prima rassegna stampa di articoli sul diabete preparata dall'Ufficio Stampa: sarà redatta ogni settimana e andrà sui bollettini, sul sito e su Intranet.

Approvata l'organizzazione (a cura dell'Ufficio Stampa) per il giorno 11 maggio, d'intesa con la Federazione della Stampa, di un Convegno congiunto su "Etica della comunicazione".

Presentata da Meniconi, Direttore della Consulta dei Presidenti regionali, la progettualità della Consulta stessa per il 2004:

- Formazione dei quadri regionali (procedura per una gestione delle sezioni regionali)
- Sviluppo della comunicazione: socio come membro di un team societario allargato
- Stimolare le richieste di certificazione
- I verbali saranno portati a conoscenza di tutte le sezioni regionali
- Allineare tutte le scadenze dei Presidenti Regionali con il Congresso 2005 (sulla base del regolamento)
- Corsi outdoor per i Presidenti.

DiabeteInForma: si farà una audioconferenza propositiva e organizzativa. Sottolineata la necessità di un coinvolgimento delle sezioni regionali.

Preso d'atto dello stato del contenzioso relativo al Congresso di Raito ETS: Andromeda ha affidato AMD al pagamento e personalmente Gentile e Agrusta.

Il prossimo CD viene indetto per il giorno 10 marzo 2004 alle ore 15.30 in audioconferenza.

### 10 MARZO 2004 (AUDIOCONFERENZA)

Costituito il Consorzio Diabete Italia

Il 10 Marzo 2004 alle 11.30 Vespasiani (rappresentante legale dell'AMD) e Pontiroli (rappresentante legale della SID) hanno firmato l'atto notarile di costituzione del Consorzio denominato Diabete Italia.

È stato deciso di fissare la sede legale presso lo studio di un commercialista in Roma.

La sede della segreteria amministrativa e la sede operativa seguiranno il Presidente in carica. Primo Presidente di Diabete Italia sarà Vespasiani fino al giugno 2005.

Destinazione fondi residui della Giornata Mondiale del Diabete

Deciso di conferire i fondi residui della Giornata Mondiale del Diabete 2003 al Consorzio Diabete Italia appena costituito.

Comitato per la Giornata Mondiale del Diabete

Con la nascita del Consorzio Diabete Italia verrà costituito un nuovo Comitato GMD

Stato progetto ALBANIA

Si organizzerà un ambulatorio diabetologico nell'ospedale di Scutari (città del nord del paese con una popolazione di circa 120 mila abitanti); due medici verranno in Italia per addestramento e saranno i referenti del progetto.

Vespasiani ritiene che si dovrà organizzare una assistenza completa per bambini e successivamente un servizio di consulenza per adulti

A fine mese Vespasiani farà una visita a Scutari per valutare direttamente la situazione.

Stato organizzazione Congresso CSR Lucca  
Galeone riferisce sull'avanzamento dei lavori (Agenzia Organizzativa: Pegaso; destinazione degli spazi per presentazione lavori, stand, catering)

Discussa una prima ipotesi di programma: si dedicherà uno spazio a tutti i Gruppi AMD e saranno presentate anche tre letture magistrali.

Sarà previsto uno spazio espositivo per poster e materiale informativo presentati sia dai Gruppi che dalle Sezioni regionali

Valentini viene incaricato di preparare un format per le presentazioni dei Gruppi e per i poster delle regioni

Resoconto stato attuativo gruppo Comunicazione (Monge)

Il sito istituzionale è attivo, le pagine regionali saranno presto disponibili in rete.

Infodiabetes: presentato il bollettino, i primi ritorni sono positivi.

Diabetes Spectrum è già disponibile on line per chi si è iscritto

Diabete.it (giornale per i pazienti): è in fase già avanzata di realizzazione. Per far conoscere il sito chiede il supporto dell' Ufficio Stampa.

Thesaurus: il giorno 11 maggio (al convegno con la stampa) sarà allestita una postazione per presentare quella che è la fonte più "etica" dell'informazione AMD.

La mediateca regionale sarà gestita dal Direttore della Consulta dei Presidenti Regionali ed il ritorno economico per ogni evento sarà destinato alla Consulta (a livello regionale si richiederà di facilitare le registrazioni audio-video degli eventi)

Decisioni della riunione della Consulta dell'8 marzo (Meniconi):

Sarà istituita una scuola quadri per i Vice presidenti regionali

Sarà approntata una procedura di gestione dei Consigli Regionali

Corso outdoor solo per i vari Consigli CIDEM (Valentini)

È stato formalizzata nell'ambito del Consorzio la costituzione di un gruppo misto che si occuperà della problematica del rischio CV: Vellussi sarà il rappresentante AMD.

Si decide inoltre di valutare eventuali altre offerte che pervengano ad AMD per il disbrigo delle pratiche ECM.

Patrocini

Concesso il patrocinio per l'evento "Il diabete in bicicletta attraverso le Dolomiti" da tenersi nei giorni 12-13 giugno 2004 a Cortina

Concesso il patrocinio per l'evento per l'evento "I Seminario intermediterraneo del Sud sulla relazione terapeutica lo e... la persona con Diabete" da tenersi in Andalusia (SP) nei giorni 22-25 aprile 2004

Concesso il patrocinio per l'evento per l'evento "Diabete in età Pediatrica", 8 maggio 2004 a Genova (Istituto G. Gaslini)

Il prossimo CD viene indetto per il giorno 28 aprile 2004 a Milano.



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. Pietravalle, 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 Bernardino  
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: V. Armentano  
Emilia-Romagna: M. Parenti  
Friuli-Venezia Giulia: A. Ceriello  
Lazio: A. Pagano  
Liguria: L. Corsi  
Lombardia: G. Testori  
Marche: P. Fogliani  
Piemonte-Val d'Aosta: C. Giorda  
Puglia: A. Bellomo D'Amato  
Sardegna: R. 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

### CAMPANIA

CONVEGNO MONOTEMATICO RESIDENZIALE  
Con la partecipazione delle Sezioni Regionali AMD  
Basilicata, Calabria, Lazio, Puglia, e Sicilia

### DIABETE MELLITO TIPO 2: DALLE LINEE GUIDA ALLA PRATICA CLINICA

CASERTA - Grand Hotel Vanvitelli  
21-22 gennaio 2005

Comitato scientifico: Enzo Armentano, Dionisio Pascucci, Gerardo Corigliano, Andrea Perrelli, Claudio Lambiase, Giuseppe Di Giovanni, Massimo Rinaldi e Sandro Gentile  
Segreteria Scientifica: Oreste Egione  
Segreteria Organizzativa: DELOS Srl - Via Posillipo, 66 - 80123 Napoli  
Tel. 0812403199 Fax 0812403299 - e-mail: [delosnapoli@tin.it](mailto:delosnapoli@tin.it)

Venerdì 21 gennaio 2005

Saluto del Presidente AMD Campania ed introduzione ai lavori scientifici

Tavola rotonda 1: *Il Controllo metabolico nel diabete mellito tipo 2 - 1 parte*

Moderatori: Sandro Gentile - Francesco Vitale

1. *Controllo Metabolico:*
  - *Linee guida:* Giovanni Ghirlanda
  - *Il controllo nella pratica clinica:* Umberto Valentini
2. *Autocontrollo Glicemico*
  - *Linee guida:* Fabio Capani
  - *L'autocontrollo nella pratica clinica:* Giacomo Vespasiani

*Il Controllo metabolico nel diabete mellito tipo 2 - Il parte*

Moderatori: Roberto Torella - Brunella Capaldo

3. *Alimentazione:*
  - *Linee guida:* Giuseppe Fatati
  - *Modelli applicativi:* Marina Trento
4. *È giustificato iniziare precocemente la terapia insulinica ?*
  - *Dati a favore:* Aldo Galluzzo
  - *Dati contro:* Stefano Del Prato

Tavola rotonda 2: *Il controllo pressorio nel diabete mellito tipo 2*

Moderatori: Domenico Cucinotta - Adalberto Pagano

1. *Il controllo pressorio*

Relatori:

- *Linee guida:* Claudio Noacco
- *Quanto sono applicate:* Antonio Nicolucci

2. *Terapia farmacologica*

Relatori:

- *Opzioni terapeutiche:* Fausto Santeusano
  - *Controindicazioni ed effetti collaterali:* Marco Comaschi
3. *Prevenzione della nefropatia diabetica*  
Moderatori: Mariano Agrusta - Salvatore Turco
- *I risultati dei grandi trials:* Carlo Coscelli
  - *Dai grandi trials alla pratica clinica:* Carlo Giorda

Sabato 22 gennaio ore 9,00-11,00

Tavola Rotonda 3: *Obesità, dislipidemie e attività fisica - 1 parte*

Moderatori: Gabriele Riccardi - Amelia Bellomo Damato

1. *Obesità*
    - *Recenti acquisizioni fisiopatologiche:* Francesco Giorgino
    - *Evoluzione del fenomeno obesità:* Carlo Rotella
  2. *Dislipidemie*
    - *Forme cliniche maggiori nel DM2:* Gabriele Bittolo Bon
    - *Impatto del trattamento nel DM2:* Angela A. Rivellese
- Obesità, dislipidemie e attività fisica: Il parte*  
Moderatori: Maurizio Di Mauro - Bonaventura Cretella
3. *L'attività fisica nella cura del diabete è veramente indispensabile?*
    - *Tesi a favore:* Pier Paolo De Feo
    - *Argomenti contro:* Gerardo Corigliano

CONCLUSIONE DEI LAVORI: Enzo Armentano