

Editoriale



Carissimi, in occasione delle feste natalizie e di fine anno, è consuetudine che il Presidente scriva ai soci. Quest'anno, con ancora negli occhi il successo del Congresso di Sorrento, mi fa piacere augurarvi un sereno Natale e un felice 2008.

Il 2007 si era aperto con notevoli problemi anche per AMD: il blocco di Farmindustria ha di fatto reso impossibile effettuare non solo il nostro Congresso alle date preventivate, ma rimandare se non cancellare molti eventi formativi. Per fortuna le capacità di tutti noi insieme ha permesso di realizzare tanti progetti, fra i quali la realizzazione degli Standard di Cura, vero obiettivo sfidante della Diabetologia Italiana. Il confronto con gli Annali AMD (che tutto il mondo scientifico ci invidia) deve rappresentare uno stimolo al miglioramento della qualità dell'assistenza alle persone con diabete. Ne abbiamo tutti gli strumenti: una Scuola di Formazione certificata, in grado di fornire formatori qualificati ed entusiasti, una metodologia ormai "vincente", una serietà progettuale che ci viene unanimemente riconosciuta; un Manuale di Accreditamento che ci permette di migliorarci nella organizzazione del nostro lavoro, riflettendo sulle criticità, ma soprattutto permettendoci di essere preparati alle eventuali richieste di accreditamento istituzionale, con una "cultura" spesso non presente nei nostri colleghi; un sito dal quale possiamo derivare informazioni in campo scientifico e gestionale e che ci permette di comunicare fra colleghi e con i pazienti; le pagine regionali, sicuramente da implementare, quale "vetrina" delle numerosissime attività delle singole sezioni regionali, ma anche momento di confronto e "compravendita" di idee e intuizioni spesso singolari; un Manuale dei Percorsi che sintetizza non solo la interpretazione di AMD del significato di "percorso", ma fornisce strumenti pratici di costruzione e adattamento locale delle evidenze scientifiche, dando così importanza al ruolo professionale del diabetologo ed alla sua opera di "scienziato" in grado di interpretare le conoscenze e di metterle a disposizione dei pazienti perché essi stessi diventino protagonisti della propria cura; gli studi iniziati e portati avanti dal CSR con la partecipazione di tante strutture dimostrano la capacità scientifica dell'AMD, in un momento storico in cui appare sempre più necessario un contributo "sanitario" alla ricerca clinica e di base. Oltre a questi strumenti, più noti, esiste tutto il lavoro che i soci di AMD stanno facendo nelle sin-

gole realtà locali: spesso questa attività appare meno visibile, ma è sicuramente il valore cementante di AMD. Da questa osservazione l'impegno del neonato nuovo CDN di valorizzarle.

Fra circa un mese i 40 "giovani" che hanno aderito alla formazione avanzata alla ricerca ed al governo clinico inizieranno il loro impegnativo lavoro: a loro il ringraziamento ed il sostegno di tutta AMD. Abbiamo bi-

sogno del loro contributo per dare evidenza alla efficacia clinica del nostro lavoro quotidiano. I progetti di ricerca che svilupperanno nei prossimi mesi, in sintonia con la *mission* e la *vision* di AMD rappresenteranno una buona parte del nostro impegno futuro. Al loro impegno si affianca già da oggi la neonata rete di ricerca, che vuole dare la possibilità a sempre più strutture di partecipare a studi clinici mettendo a loro disposizione risorse aggiuntive.

Un ringraziamento alla nostra Segreteria: l'opera preziosa e spesso oscura di Cristina, Sonia ed Helenia sta pian piano permettendo ad AMD di avere una struttura organizzativa solida, corrispondente alla incredibile crescita di impegni della Società.

Un particolare augurio e ringraziamento va a tutti i Presidenti regionali ed ai Consigli Direttivi regionali: il loro contributo è stato sempre di grande rilievo e sempre più saranno chiamati ad un impegno per AMD: di questa volontà ne è prova la variazione dello statuto della Fondazione AMD che prevede due presidenti regionali all'interno del Consiglio di Amministrazione.

Un grazie di cuore al "vecchio" Direttivo Nazionale; chi, come me, ne ha fatto parte per due anni è testimone dell'immenso lavoro svolto da Umberto, Gerardo, Giovanni, Pietro, Sergio e Nino. Grazie di cuore a tutti voi per quanto avete fatto e quanto continuerete a fare per AMD.

Un caloroso benvenuti ai "nuovi" consiglieri. A loro il compito di contribuire alla crescita di AMD in una logica di servizio.

Sicuramente ho trascurato tanti che si impegnano per AMD: mi scuso con loro, ma non sono "dimenticati".

Mi auguro che le prossime festività possano rappresentare per tutti noi un momento di gioia, di serenità e di riflessione, ma anche di recupero di energie per un 2008 che ci vedrà impegnati tutti per la crescita di AMD.

Tanti cari auguri a tutti voi.

Pistoia, 20 dicembre 2007

Adolfo Arcangeli

IN QUESTO NUMERO

Editoriale	pag. 1
Speciale dal Congresso di Sorrento	
AMD: un intermediatore tra ricerca e realtà clinica	pag. 2
Un futuro per AMD	pag. 2
Un farmaco collaudato e ben tollerato	pag. 3
Uno stile di vita sano per la prevenzione del diabete	pag. 3
Immagini dal Congresso	pag. 4
La diabetologia arriva di corsa!	pag. 6
Diabete Italia: insieme si vince	pag. 6
Fotografiamo la diabetologia	pag. 6
Come prevenire l'epidemia del diabete di tipo 2	pag. 7
Anche i diabetici possono 'Mangiare à la carte'	pag. 7
Le regole per giocare 'à la carte'	pag. 8
Indicazioni di terapia per clinici, pazienti e ricercatori	pag. 8
Un pianeta nella galassia di AMDComunicazione	pag. 9
Nuove prospettive nel trattamento della retinopatia diabetica	pag. 9
Progetto IGEA (Pisanti)	pag. 9
Progetto IGEA (Maggini)	pag. 10
L'educazione terapeutica	pag. 10
Seguiamo ancora la dieta mediterranea?	pag. 11
Variabilità glicemica e rischi complicanze	pag. 11
I numeri del diabete in Italia	pag. 12



XVI Congresso Nazionale AMD Sorrento 21/24 Novembre 2007

INTERVISTE SUI TEMI SALIENTI

AMD: un intermediatore tra ricerca e realtà clinica

*Trasformare le evidenze scientifiche in
miglioramento della salute del paziente*

Adolfo Arcangeli
Presidente AMD



Abbiamo rivolto al dottor Adolfo Arcangeli, Presidente dell'AMD, alcune domande sul ruolo dell'Associazione nel futuro prossimo della diabetologia in Italia.

Quali strumenti ritenete di poter offrire ai diabetologi?

In questi anni AMD ha costruito strumenti importanti, che permettono al diabetologo di lavorare meglio. Vanno citati, innanzitutto, gli Annali e il grande lavoro di raccolta dati che ne ha permesso la pubblicazione; il Manuale di accreditamento delle strutture, un aiuto prezioso per fornire un'assistenza di qualità dal punto di vista dell'organizzazione; c'è poi la Scuola di formazione certificata, creata per garantire interventi normativi di qualità e identificabili attraverso un metodo; c'è infine il Manuale dei percorsi che aiuta a creare un percorso assistenziale con il paziente.

Qual è la situazione dell'assistenza al paziente diabetico?

Recentemente sono stati pubblicati gli standard di cura italiani per il diabete. Essi indicano, sulla base delle evidenze scientifiche, quali sono gli obiettivi che la diabetologia deve porsi. Se misurati con questi obiettivi, i dati forniti dagli Annali dicono che siamo lontani dall'averli raggiunti. In altre parole, non siamo ancora in grado di tradurre in efficacia clinica sul paziente le evidenze scientifiche. Questa difficoltà non ci coglie però impreparati. Come diabetologi, nell'esperienza con i pazienti, sappiamo quanto sia difficile raggiungere i propri obiettivi. Abbiamo imparato a valorizzare l'errore, il difetto, la mancanza come punti di partenza per migliorare.

E come si può migliorare?

Come AMD siamo pronti a fare una ricerca sanitaria che individui gli strumenti attraverso i quali le evidenze scientifiche si possano trasformare in efficacia clinica, ovvero nel miglioramento della salute del paziente. E gli strumenti che AMD fino a ora ci ha dato sono una grande risorsa.

In questa ricerca siamo in sintonia con l'intero 'mondo diabete'. Con le istituzioni, che nella conferenza 'Sanità futura' del 2005 hanno identificato nella ricerca sanitaria lo strumento che permette di curare meglio i pazienti e di usare nel modo più corretto i farmaci che l'industria ci mette a disposizio-

ne. Che sono poi alcune delle "novità" che verranno presentate a questo Congresso. Siamo in sintonia con l'IDF (International Diabetes Federation), il nostro organo di riferimento, che parla di ricerca transnazionale, tanto è vero che abbiamo sottoposto proprio all'IDF un progetto di ricerca transnazionale chiamato GOOD che propone l'ottimizzazione della cura del paziente diabetico attraverso indicatori di qualità.

Che cos'è stato fatto finora in questa direzione?

L'obiettivo della diabetologia per i prossimi anni è quello di valorizzare ciò che è già stato fatto, in una logica di continuità, con lo scopo di 'trasferire' ciò che la ricerca porta alla luce, trasformandolo in efficacia clinica sul paziente. Per far ciò utilizzeremo tutti gli strumenti che AMD ha messo a disposizione. La formazione - e l'Associazione sa come fare formazione qualificata e di qualità - dovrà servire non solo a migliorare le nostre conoscenze, ma anche le nostre competenze. Un altro elemento da aggiungere al percorso compiuto fino a ora è la valutazione delle ricadute dell'intervento formativo sull'assistenza fornita. Appurato che l'intervento formativo accresce le conoscenze, bisogna misurare se permette anche di modificare l'intervento sul paziente. In altre parole, se il miglioramento della conoscenza del medico si trasferisce al paziente.

Come vede il ruolo dell'AMD in questo processo?

Abbiamo tutti gli strumenti per diventare intermediatori culturali della scienza, intesa come ricerca, sulla realtà clinica, intesa come assistenza. ▶

Un futuro per AMD

Il ruolo possibile delle società scientifiche in un paese 'povero' di ricerca

Antonio Ceriello



La ricerca in diabetologia presenta, a livello mondiale, rilevanti differenze negli approcci, nelle strategie e, non ultimo, nelle risorse economiche che le vengono riservate. Gli Stati Uniti, all'avanguardia, sono seguiti a grande distanza dall'Europa, dove alcune nazioni, come per esempio l'Inghilterra, sono in posizione più avanzata rispetto ad altre. Un articolo pubblicato su *Nature Medicine* mette a confronto gli investimenti fatti in ricerca da USA ed Europa. Si pone in evidenza come a maggiori investimenti corrisponda sempre una maggiore presenza di pubblicazioni scientifiche su riviste qualificate: a forti in-

vestimenti, insomma, corrispondono risultati. "Anche in Europa, però, qualcosa si muove" spiega Antonio Ceriello, professore di Diabetologia ed Endocrinologia all'Università di Warwick. "In Germania sono stati 'lanciati' sei consorzi in ambito diabetologico, ma questo avviene anche in altri campi, e la valutazione dei progetti è affidata sempre a persone esterne ai consorzi stessi, che garantiscono la qualità dei progetti. In Inghilterra, dove lavoro, un centro di ricerca per il diabete è nato con finanziamenti pubblici: anche lì, sulla falsariga di ciò che avviene negli Stati Uniti, si è deciso che è arrivato il momento di affrontare l'emergenza diabete, non solo per ragioni sanitarie, ma anche per la sua forte ricaduta economica". In questo panorama, l'Italia rappresenta un caso estremo. Se parliamo di clinica, il nostro paese è all'avanguardia in Europa e anche nel mondo. Il discorso cambia se si passa alla ricerca. Su questo aspetto influiscono molto le politiche adottate e, come sappiamo, in Italia la ricerca è considerata un'appendice, di cui, ogni tanto, qualcuno si ricorda... "È in questo quadro che vanno fatte alcune considerazioni sul ruolo che le società scientifiche, e AMD nello specifico, possono ricoprire in un paese dove il contributo pubblico alla ricerca è così inadeguato". riprende il professor Ceriello. "Nel corso degli anni, l'Associazione si è caratterizzata per una sempre maggiore e più qualificata presenza nell'ambito della ricerca. Fino a oggi, però, questa attività si è basata in gran parte su iniziative personali che hanno proposto, patrocinato e spinto progetti di ricerca, o ha risposto a stimoli che provenivano dall'esterno.

Credo che ora i tempi siano maturi per affrontare la ricerca con un approccio strategico e organico. Per far questo è necessario dotarsi di strumenti adeguati". "La mia proposta" continua il professor Ceriello "è che AMD faccia un passo del genere dotandosi di un comitato scientifico che guidi la sua attività nella ricerca".

La rete di servizi di diabetologia che già afferiscono ad AMD potrebbe materialmente svolgere ricerca a un buon livello di qualità. "Si potrebbe inoltre inaugurare una Scuola di ricerca, così come è stato fatto a suo tempo per la Scuola di formazione" aggiunge il professor Ceriello. "La Scuola potrebbe avere più obiettivi: formare alla ricerca i soci; formare persone giovani che sappiano presentare i programmi dell'Associazione, proporre le sue ricerche e raccogliere fondi. In un'iniziativa di questo tipo è essenziale che si guardi ai contenuti, alla professionalità e alle competenze dei partecipanti anziché alla loro appartenenza. Si potrebbero quindi utilizzare le competenze scientifiche di AMD, ma anche competenze esterne, inaugurando possibili nuove collaborazioni. Il progetto, in sostanza, è passare da una fase 'spontanea' a una formalizzata e organizzata". ▶



Un farmaco collaudato e ben tollerato

Evidenze scientifiche indicano la Metformina come prima scelta nella cura del diabete di tipo 2

Carlo Maria Rotella
Presidente Società Italiana Obesità



La Metformina è un farmaco appartenente alla classe di antidiabetici orali definiti biguanidi. Venne messa a punto nel lontano 1957 dal medico e farmacologo Jean Sterne e da allora viene utilizzata nel trattamento farmacologico del diabete mellito di tipo 2. La sua azione consiste nel determinare la soppressione della gluconeogenesi a livello epatico e nello stimolare l'uptake di glucosio da parte del muscolo scheletrico, amplificando in tal modo gli effetti mediati dall'insulina. Il meccanismo molecolare alla base dell'azione della metformina appare complesso e non è ancora completamente conosciuto. Nello studio UKPDS il trattamento a lungo termine con Metformina dei pazienti sovrappeso con diabete mellito tipo 2 si associa a una significativa riduzione della mortalità cardiovascolare. Tale effetto potrebbe essere imputato ai benefici effetti mostrati sul metabolismo lipidico, sulla funzione endoteliale, sulle cellule muscolari lisce della parete vascolare, sulla funzione piastrinica e sulla coagulazione. Tra gli effetti extraglicemici della terapia con Metformina va sottolineata la stabilizzazione del peso corporeo o un modesto calo ponderale, a differenza di quanto osservato con gli altri antidiabetici orali. Gli effetti collaterali più frequentemente osservati sono i disturbi gastrointestinali (dolori addominali e diarrea), riscontrati nel 10-20 % dei casi. Tali effetti sono, tuttavia, in genere di lieve entità e transitori. Inoltre la loro incidenza si riduce significativamente qualora si proceda a un progressivo e graduale incremento della posologia del farmaco. Soltanto il 4-5% dei pazienti diabetici presenta infatti un'effettiva intolleranza alla Metformina. L'unico effetto avverso rilevante che si può verificare nel corso del trattamento con Metformina è rappresentato dall'acidosi lattica. L'incidenza di acidosi lattica nei pazienti trattati è tuttavia un'evenienza molto rara, verificandosi in meno di 10 casi ogni 100.000 pazienti trattati per anno. Numerosi studi retrospettivi hanno tuttavia mostrato come l'acidosi lattica nei pazienti in terapia con Metformina si verifichi esclusivamente in relazione alla presenza di malattie concomitanti anziché in relazione all'accumulo del farmaco. Secondo le linee guida pubblicate nel 2005 dall'International Diabetes Federation (IDF) le evidenze scientifiche emerse negli anni sono ormai tali da dover considerare la Metformina come il farmaco di primo livello nel trattamento farmacologico del diabete mellito in assenza di specifiche controindicazioni. Tale raccomandazione è stata ulteriormente rafforzata nel 2006 dall'American Diabetes Association (ADA) e

della European Association for the Study of Diabetes (EASD), che insieme, pur confermando l'importanza degli interventi sullo stile di vita come pietra angolare della terapia del diabete mellito tipo 2, suggeriscono il concomitante inizio del trattamento farmacologico con Metformina al momento della diagnosi, considerati gli effetti terapeutici sul profilo glicemico e su altri parametri fisiopatologici della malattia, gli scarsi effetti collaterali, la buona compliance da parte del paziente e i bassi costi del trattamento. Nelle stesse raccomandazioni viene anche suggerito che, nel caso di fallimento secondario agli antidiabetici orali e si debba procedere alla terapia insulinica intensiva, la terapia con metformina deve essere continuata. Un'ultima considerazione: la Metformina ha recentemente vista iconosciuta la sua prescrivibilità in età pediatrica, e questo è importante in considerazione della preoccupante tendenza all'anticipazione della diagnosi di diabete mellito di tipo 2 fin dal secondo decennio di età.

Uno stile di vita sano per la prevenzione del diabete

Attività fisica e alimentazione corretta, le parole d'ordine del XVI Congresso AMD

Umberto Valentini



Mercoledì 21 novembre 2007 si inaugura il XVI Congresso Nazionale dell'Associazione Medici Diabetologi. Il Congresso, che durerà fino a sabato 24, rappresenta la sintesi delle attività svolte dall'associazione nell'ultimo biennio. Abbiamo chiesto al dottor Umberto Valentini, Direttore dell'Unità Operativa Diabetologia dell'Azienda ospedaliera Spedali Civici di Brescia e Presidente del Congresso AMD 2007, di delineare i temi principali delle quattro giornate. "I temi che legano l'intero congresso e che attraverseranno tutte e quattro le giornate sono l'attività fisica e l'alimentazione corretta" spiega il dottor Umberto Valentini. L'obiettivo principale è quello di mettere i diabetologi nella condizione di "provare" le misure preventive, relative a uno stile di vita sano, che vengono raccomandate ai malati di diabete. Il Congresso sarà preceduto da una maratona, che partirà da Napoli per arrivare a Sorrento e aprire idealmente la manifestazione. Alla maratona parteciperanno insieme diabetologi, diabetici e infermieri". Un'altra importante iniziativa è la distribuzione di un contapassi a tutti i medici partecipanti al Congresso. Il contapassi servirà a misurare quanto i medici si muovono a piedi durante le giornate congressuali. Ogni mattina i congressisti avranno modo di "scaricare" i passi compiuti, che saranno visualizzati su un display luminoso. Così chi desidererà potrà partecipare a una simpatica competizione: i medici si rincorreranno sul display per aggiudicarsi la palma del miglior camminatore. Proprio per invitare i parteci-

panti a spostarsi a piedi, sono stati scelti alberghi distanti al massimo due chilometri circa dalla sede del Congresso. In questo modo, ogni medico potrà valutare la propria attività motoria e seguire così il messaggio contenuto nel motto "Impara a muoverti per insegnare a muoversi" che ben rappresenta la filosofia del Congresso. "Sul versante dell'alimentazione" continua il dottor Valentini "venerdì sera si terrà un incontro dal titolo 'Mangiar sano e con gusto' al quale saranno presenti non solo figure sanitarie, ma anche Silvio Barbero segretario generale di Slow Food Italia e Alfonso Iaccarino, del Don Alfonso di Sant'Agata, nella Penisola Sorrentina, cuoco tra i più famosi nel mondo. Questo per riportarci al problema concreto di come il paziente diabetico debba adottare quotidianamente un "mangiar sano" che non deve essere necessariamente una punizione". Ancora in tema di prevenzione della malattia diabetica - il filo conduttore del congresso - giovedì si terrà un simposio al quale interverranno relatori internazionali. Si parlerà ancora una volta di stili di vita, ma anche di farmaci come ulteriore strumento di prevenzione. Uno spazio importante verrà dedicato alle complicanze del diabete: malattie cardiovascolari, ipertensione, retinopatie...

Un lettura farà il punto sullo stato dell'arte nei trapianti del pancreas e sul loro futuro. Accanto a questi grandi temi, trattati in sessioni plenarie, negli "Incontri con l'esperto", eventi più ristretti, sarà dato spazio a tematiche specifiche, quali, per esempio, la terapia insulinica. In questi incontri colleghi più "esperti" presenteranno un tema e ne discuteranno, insieme ai presenti, risvolti e prospettive. La giornata di venerdì sarà dedicata in parte alle attività interdisciplinari con altre Società Scientifiche. "Per i diabetologi questo è un aspetto molto importante" spiega il dottor Valentini "perché curare il malato di diabete significa curare una persona con elevato rischio di infarto, retinopatie, ipertensione. I momenti multidisciplinari sono tipici della nostra attività: trattare il paziente diabetico significa interfacciarsi con colleghi cardiologi, dietisti, oculisti". In questa prospettiva, quindi, si terrà un simposio congiunto con l'ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri); uno con l'AME (Associazione Medici Endocrinologi), uno con la SIA (Società Italiana dell'Iperensione Arteriosa) e altri, non meno importanti, incontri con altre pratiche professionistiche. Il sabato infine ci sarà un simposio di Diabete Italia, l'associazione scientifica costituita dall'AMD a dalla SID (Società Italiana di Diabetologia). "Quest'anno Diabete Italia si è aperta anche ad associazioni di volontariato" conclude il dottor Valentini "con l'obiettivo di diventare "la casa" di tutte quelle realtà che hanno come fine la tutela della persona con diabete. Il simposio Diabete Italia presenterà proprio questi progetti. Sarà messo in luce il rapporto tra le diverse componenti scientifiche e sociali, una sinergia necessaria per arginare il diabete, malattia che, in questo momento, è tra le più dolorose e devastanti dei paesi occidentali".



Immagini dal Congresso

La segreteria congressuale

Il centro Congressi dell'Hilton Sorrento Palace

Il controllo elettronico per l'ECM

Momenti del Congresso: dietro le quinte

Momenti del Congresso: il centro slide

Il bar lunch

Prima di entrare in aula

Momenti di pausa nella splendida sala Ginestre





Immagini dal Congresso





La diabetologia arriva di corsa!

Una maratona per ribadire che muoversi è la prima risposta al diabete

Gerardo Corigliano
Presidente ANIAD
Associazione Nazionale
Italiana Atleti Diabetici



Fatti, non parole. E l'Associazione Medici Diabetologi fa sul serio. Infatti il XVI Congresso si apre con una maratona che, muovendo dal porto di Napoli, condurrà 30 partecipanti, uomini e donne, fino a Sorrento, sede del Congresso. Alla maratona partecipano tutti gli attori della diabetologia: pazienti insulinodipendenti - tra i quali alcuni atleti che si esprimono a livelli agonistici - diabetologi, infermieri. Con questa corsa a staffetta - nella quale i partecipanti, a gruppi di 5, si passano il testimone ogni 5-10 chilometri - i 30 "maratoneti" raggiungeranno Sorrento subito prima dell'inaugurazione del Congresso AMD, per simboleggiare il tema dominante di questi quattro giorni: gli stili di vita. Non a caso, la prima giornata del Congresso ospiterà una sessione che parla proprio di wellness metabolico. Lungo il percorso, nelle città di Napoli, Portici, Torre Annunziata, Vico Equense e Sant'Agello, sono state previste postazioni attrezzate per una sosta di ristoro e per un controllo glicemico per i diabetici che partecipano. "Mettere in piedi questa macchina è stato molto complesso" spiega il dottor Gerardo Corigliano, Consigliere AMD e Presidente dell'Associazione Nazionale Italiana Atleti Diabetici. "È stato necessario chiedere il permesso ai sindaci e la partecipazione della polizia stradale per tutto il percorso attraversato. Colgo l'occasione per ringraziare il dottor Ernesto Rossi del Comitato organizzatore delle attività motorie del Congresso, per l'aiuto che mi ha dato". "Muoversi fa bene alla salute, previene il diabete, previene le complicanze cardiovascolari" prosegue il dottor Corigliano "con questa manifestazione l'AMD vuole dare un segnale forte alla comunità diabetologica. Una campagna a favore dell'attività fisica è essenziale se si vuole prevenire la malattia diabetica, un problema sanitario ormai di grandissimo rilievo. Stiamo infatti assistendo a un'esplosione del diabete: le previsioni sono che, entro il 2025-2030, i casi possano addirittura raddoppiare". "Molti malati di diabete fanno attività sportiva, anche agonistica" conclude il dottor Corigliano. "Bene, hanno una qualità di vita ottima e una qualità di compenso glicemico eccellente, senza il quale, ovviamente, non potrebbero portare avanti con successo un programma di attività fisica. Queste persone costituiscono un modello straordinariamente positivo per gli altri malati". Per prevenire il diabete non è però necessario essere grandi atleti: è sufficiente anche una moderata attività fisica. Studi accreditati dimostrano che 30 minuti di cammino al giorno a passo svelto, accompagnati a un regime alimentare che permetta un calo di peso del 5%, sono in grado di prevenire il diabete nei soggetti predi-

sposti, che hanno la cosiddetta intolleranza al glucosio.

Per saperne di più sull'Associazione Nazionale Italiana Atleti Diabetici
www.aniad.org.

Diabete Italia: insieme si vince

Obiettivi: promozione della ricerca, dell'assistenza e della conoscenza nel settore diabete

Riccardo Vigneri
Presidente Diabete Italia
e Società Italiana
di Diabetologia



La Risoluzione delle Nazioni Unite 61/225 votata lo scorso dicembre riconosce la minaccia che una vera e propria 'epidemia' di diabete sta portando al mondo: sia nei paesi industrializzati sia in quelli in via di sviluppo. Nei dati che sono ricordati in queste pagine viene messa in evidenza la crescita esponenziale del numero delle persone con diabete e conseguentemente dei costi che i sistemi sanitari, sotto pressione nei paesi ricchi per l'aumentata aspettativa di vita e all'opposto in cronica carenza di risorse nei paesi più poveri, già oggi non sono in grado di sostenere. La presa d'atto della massima Organizzazione mondiale sottolinea un altro aspetto: la necessità di coalizzare e coordinare gli sforzi per affrontare uniti questo problema di sanità pubblica. Invero, nel nostro settore questo impegno comune è già in atto da oltre 50 anni grazie all'International Diabetes Federation (IDF) che raccoglie oltre 200 associazioni mediche e di volontariato in oltre 160 paesi e si propone di migliorare la prevenzione e la cura del diabete attraverso la ricerca e l'informazione. In Italia, già da qualche anno si è iniziato a pensare a un'esperienza simile. La situazione del nostro paese è particolare e, mi piace ricordare, tra le più avanzate, anche se come tutte le cose migliorabile. La legge n. 115 del 16 marzo 1987 "Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito", che tutela i diritti delle persone con diabete, fortemente voluta e ottenuta dalle principali Associazioni di volontariato, è presa a modello da numerosi paesi. La ricerca italiana in diabetologia è riconosciuta a livello internazionale come una delle più prestigiose: ne sono testimonianza le pubblicazioni sulle più importanti riviste internazionali, i riconoscimenti ai nostri ricercatori, il numero elevato di italiani che dirigono alcuni tra i più prestigiosi centri diabetologici nel mondo. La rete di centri di assistenza alle persone con diabete presenti presso le strutture pubbliche italiane è tra le meglio organizzate e, ancora una volta, rappresenta un primato della nostra diabetologia. Infine, il ruolo che il cosiddetto "terzo settore" ha generalmente nell'opera di assistenza vede in Italia centinaia di associazioni presenti capillarmente sul territorio, per aiutare le persone e le famiglie che devono quotidianamente affrontare la malattia. Sin dall'inizio degli anni 2000, inoltre, la Società Italiana di

Diabetologia (SID), che ho l'onore di presiedere, si è adoperata attraverso "Panorama Diabete - Forum nazionale di operatori e professionisti", insieme all'Associazione Medici Diabetologi (AMD), alle associazioni dei pediatri diabetologi, dei medici di medicina generale e delle altre figure mediche, e insieme anche alle organizzazioni degli operatori e delle professioni sanitarie non mediche e alle associazioni di volontariato, per promuovere un grande cambiamento culturale nell'assistenza al malato e nella gestione di risorse e di percorsi assistenziali sempre più complessi e interdisciplinari. È naturale che da queste premesse dovesse prendere forma una struttura, che si pone come obiettivi la promozione della ricerca, dell'assistenza e della conoscenza del settore del diabete nel nostro paese. Ecco nascere allora Diabete Italia, fondata nel 2004 dalle due maggiori Società scientifiche diabetologiche italiane (AMD e SID), e promossa e sostenuta all'impegno forte e costante di chi ha diretto, negli anni passati, queste Società. Oggi, Diabete Italia finalmente è una realtà pronta a raccogliere tutti i soggetti interessati al mondo diabetologico: medici, operatori, professionisti, volontari. Il diabete costituisce una sfida che solo operando uniti e con la collaborazione delle Istituzioni, della società civile e del mondo dell'industria è possibile vincere.

Fotografiamo la diabetologia

Un'analisi della qualità dell'assistenza in Italia negli Annali AMD

Giacomo Vespasiani
Direttore del Centro
Studi e Ricerche AMD



Gli Annali AMD - Indicatori di qualità dell'assistenza diabetologica - in Italia sono una "fotografia" della qualità dell'assistenza dei centri di diabetologia nel nostro paese. Sono realizzati dal Centro Studi e Ricerche AMD, insieme all'Agenzia della Qualità di AMD. L'obiettivo degli Annali non è semplicemente quello di fornire un quadro della situazione esistente, ma anche quello di focalizzare l'attenzione dei centri di diabetologia in vista del miglioramento delle prestazioni. "Per effettuare questa analisi" spiega Giacomo Vespasiani, Direttore del Centro Studi e Ricerche AMD "sono stati presi in esame circa 45 indicatori di qualità che misurano i diversi aspetti della cura del diabete. I centri di diabetologia coinvolti sono stati 92. Le informazioni raccolte non riguardano soltanto parametri abbastanza noti, come il rischio cardiovascolare, ma tutti i dati clinici e tutte le complicanze del paziente diabetico, per circa 139.000 pazienti". Gli annali hanno avuto due edizioni: una nel 2006 basata su dati del 2004 e una nel 2007 relativa al 2005. Queste edizioni descrivono la situazione in Italia in modo trasversale, ma statico. Con l'edizione del 2008, avendo a disposizione dati che riguardano tre anni, sarà possibile avviare un'analisi longitudinale, che consen-



ta una valutazione di trend. "Avremo modo di valutare l'entità del miglioramento" riprende il dottor Vespasiani "soprattutto in quei campi nei quali l'AMD si è impegnata maggiormente, come il piede diabetico e l'educazione "Vale la pena spendere qualche parola su due importanti caratteristiche relative alla raccolta dati dalla quale viene tratta questa pubblicazione" precisa il dottor Vespasiani. "Innanzitutto, i 92 centri di diabetologia coinvolti (tutti iscritti all'AMD) hanno collaborato gratuitamente. In secondo luogo, il database è strutturato in modo da poter raccogliere le informazioni che provengono dalle cartelle cliniche informatizzate compilate nel nostro paese, di qualsiasi tipo esse siano". Ciò ha reso possibile coinvolgere centri di diabetologia di tutta Italia, a prescindere da come sono state raccolte le informazioni relative ai pazienti.

Questi due importanti aspetti fanno dell'indagine AMD un'esperienza quasi unica nel mondo. Il fatto che l'indagine sia frutto di collaborazione gratuita e volontaria e renda possibile la raccolta di dati disomogenei nella loro struttura, ne fa qualcosa di molto diverso da esperienze in qualche modo analoghe. Per esempio, esistono indagini americane di vasto respiro, che sono però legate all'attività di un'unica struttura - una struttura sanitaria o un'assicurazione - e soprattutto non sono volontarie: i medici coinvolti percepiscono una retribuzione solo se, oltre a occuparsi del paziente, inseriscono le informazioni relative nel database.

Tali caratteristiche hanno suscitato un grande interesse a livello internazionale "L'International Diabetes Federation" conclude il dottor Vespasiani "sta valutando se l'approccio utilizzato per costruire il database AMD possa essere esportato in altre nazioni. Inoltre, l'esperienza italiana è stata selezionata, insieme a poche altre, da una indagine, chiamata Barometer, che ha cercato in 21 nazioni, scelte in tutto il mondo, dei data base in grado di misurare con efficacia come l'assistenza veniva erogata e con quali risultati".

Come prevenire l'epidemia del diabete di tipo 2: stile di vita, farmaci e modelli organizzativi

Jaakko Tuomiletho
Professore di Sanità
Pubblica all'Università di Helsinki



Stephen Colagiuri
Università di Sydney



ci e modelli organizzativi' è stato fare il punto sulle possibilità di prevenzione attraverso strumenti farmacologici e non e sulla loro applicabilità nella pratica quotidiana. È stata ancora una volta sottolineata l'importanza dello stile di vita e della diffusione su vasta scala di programmi volti alla sensibilizzazione dei soggetti a rischio, di cui, in molti paesi, è stata già misurata l'utilità. Nel corso della prima relazione, che ha affrontato il tema della giornata sulla base dei risultati ottenuti da studi che utilizzavano unicamente l'intervento sugli stili di vita, Jaakko Tuomiletho, professore di Sanità Pubblica all'Università di Helsinki, ha presentato un'esperienza finlandese. "Lo studio dimostra" ha spiegato il professor Tuomiletho "che nella metà dei casi il diabete può essere prevenuto attraverso una dieta adeguata e attività fisica". Studi simili, fatti negli Stati Uniti, in Giappone e in altri paesi, hanno dato risultati analoghi. Lo studio ha riscontrato che, a distanza di 5 anni, un basso numero tra le persone che avevano modificato il proprio stile di vita si era ammalata, mentre il tasso di diabetici era molto più alto tra coloro che non avevano cambiato abitudini. Ciò dimostra che l'adozione di uno stile di vita adeguato ha quindi una reale efficacia sulla prevenzione del diabete. "Un programma di questo tipo" ha sottolineato il professor Tuomiletho "ha effetti a lungo termine; è quindi particolarmente efficace per quanto riguarda persone di età superiore ai sessant'anni. Ciò si rivela particolarmente utile in ragione dell'invecchiamento della popolazione e del fatto che, in età avanzata, è ancor più difficile intervenire e modificare i comportamenti". In Finlandia è stato messo a punto un metodo semplice per individuare i soggetti a elevato rischio nel quale non si utilizzano né esami del sangue né altri test del genere. "Si ottengono risultati molto più significativi ponendo domande appropriate che utilizzando altri tipi di esami" ha dichiarato il professor Tuomiletho. Questo programma è stato avviato in Finlandia nel 2003 ed è operativo da cinque anni. I costi sono a carico dello stato perché, come in Italia, esiste un servizio di sanità pubblica che finanzia questo tipo di intervento.

Appurata la stretta relazione tra stili di vita e prevenzione della malattia diabetica, il problema è come applicare questo risultato alla programmazione sanitaria nazionale. Questo aspetto è stato al centro della terza relazione, tenuta da Stephen Colagiuri, dell'Università di Sydney, chairman in un importante progetto di implementazione e stesura di linee guida relative al trattamento del diabete. Per avere successo nella prevenzione del diabete su larga scala non ci si può affidare unicamente a risorse sanitarie: è indispensabile coinvolgere le autorità governative. Colagiuri ha presentato l'esperienza australiana. Il governo di questo paese ha approvato e messo in atto un programma di prevenzione rivolto alle persone ad alto rischio di diabete, che maggiormente possono beneficiarne in termini di salute. Il progetto è esteso su scala nazionale e completamente gratuito. Lo stato se ne è assunto l'onere economico ed è intervenuto negli aspetti progettuali e orga-

nizzativi. "Ciò che ha convinto le autorità pubbliche ad 'adottare' questo progetto" ha spiegato il professor Colagiuri "è stata la sua ricaduta economica: non solo la prevenzione del diabete conserva la salute dei cittadini, ma ha anche un forte impatto sull'economia del paese perché mantiene più alto il livello della produttività".

Anche i diabetici possono 'Mangiare à la carte'

Un nuovo strumento, semplice e colorato, per aiutare il paziente con diabete di tipo 1 a mangiare sano e facile

Sergio Leotta
Direttore dell'Unità Operativa Dietologia e Diabetologia dell'Ospedale Sandro Pertini di Roma



Giochiamo a mangiare bene così potrebbe suonare lo slogan del programma di educazione che il Team di diabetologia dell'Ospedale Sandro Pertini di Roma - in partnership con Abbott Diabetes Care e Abbott Nutrition - propone ai malati di diabete di tipo 1 e alle équipe mediche che li seguono. Lo strumento messo a punto è un mazzo di carte molto particolare. Ogni carta reca l'immagine di un alimento, accompagnata da informazioni essenziali per il paziente diabetico e da una ricetta. Dietro a questo progetto c'è un gruppo interassociativo AMS-ADI (Associazione italiana di dietetica e nutrizione clinica) i cui responsabili, per le due associazioni, sono il dottor Sergio Leotta e il dottor Giuseppe Fatafi. L'obiettivo era creare uno strumento utile e facilmente fruibile da parte del malato. "Nell'ambito della terapia non farmacologica delle persone con diabete di tipo 1, un'alimentazione corretta è di fondamentale importanza" spiega il dottor Sergio Leotta, Direttore dell'Unità Operativa Dietologia e Diabetologia dell'Ospedale Sandro Pertini di Roma e consigliere AMD. "E mi riferisco sia agli alimenti, sia alla loro preparazione, sia alla programmazione dei pasti nel corso della giornata, tutti elementi che influenzano la terapia farmacologica del diabete". Lo scopo di ogni programma nutrizionale è il mantenimento della migliore qualità di vita possibile per il malato. La dieta deve essere quindi individualizzata, adattata ai bisogni specifici di ognuno. L'ostacolo più grande, come gli operatori sul campo ben sanno, è motivare il paziente. Per questa ragione, è importante avere a disposizione del materiale educativo idoneo a promuovere uno stile di vita sano, che sia però anche facile e si adatti alle necessità quotidiane del malato di diabete. "Così, il Team di diabetologia dell'ospedale Sandro Pertini di Roma, di cui sono direttore" riprende il dottor Leotta "ha messo a punto 'Mangiare à la carte', uno strumento specifico, piacevole, facilmente fruibile dal diabetico nella sua giornata e che non ha un sapore 'medico'. Su ogni carta c'è la fotografia di un



alimento, il suo contenuto in calorie e la suddivisione nei singoli nutrienti; alcune carte forniscono anche informazioni legate all'attività fisica. Aiutandosi con le carte da gioco, il paziente insulino-trattato può facilmente scegliere gli alimenti adeguatamente distribuiti nella giornata, con una ripartizione corretta dei nutrienti, senza ricorrere all'aiuto del diabetologo o del dietista".

La carta, colorata, evocativa di profumi e sapori, ricca di informazioni, ma non restrittiva e "punitiva", costituisce uno stimolo motivante alla dieta, autocontrollata dal malato e, come tale, di rinforzo sul piano dell'autostima. Sul retro della carta sono riportate ricette che possono invogliare il paziente a preparare cibi gustosi e salutari, da condividere con i propri familiari e con i propri amici. "Questo è un elemento importante" sottolinea il dottor Leotta "per sfatare l'idea che, soprattutto in una patologia come il diabete, l'alimentazione sia motivo di imbarazzo e isolamento". "È bene precisare, che si tratta di uno strumento di educazione indirizzato a persone già in possesso di un minimo di conoscenze di base" puntualizza il dottor Leotta. "I pazienti insulinotrattati sono i fruitori ideali perché, per necessità, devono già destreggiarsi tra counting dei carboidrati e scambi alimentari". "Mangiare à la carte" è un progetto pilota. Il primo corso di base per équipe diabetologiche - in collaborazione con Abbott - è stato tenuto lo scorso settembre, a Perugia, a una quarantina di persone in rappresentanza di altrettanti team diabetologici. Sono già previsti due incontri per il prossimo anno, a Bari e a Milano. "Il congresso AMD sarà un'ottima occasione per informare di questa nuova iniziativa la comunità dei diabetologi e dei nutrizionisti" conclude il dottor Leotta. "Allo stand della Abbott, giovedì 22 e venerdì 23 novembre, le dietiste del Team di diabetologia dell'Ospedale Sandro Pertini racconteranno, 5 o 6 volte nel corso di ogni giornata, la loro esperienza con il 'gioco delle carte', fornendo un'utile testimonianza sugli obiettivi e sull'uso di questo strumento educativo. Venite a giocare con noi".

Le regole per giocare 'à la carte'

Scala 40 o solitario?

Per 'giocare' bene col cibo bisogna conoscere tutte le regole nutrizionali

Natalia Visalli
Dirigente di primo livello dell'Unità Operativa Dietologia e Diabetologia dell'Ospedale Sandro Pertini di Roma



Abbiamo parlato nel numero 1 del particolarissimo mazzo di carte messo a punto per il progetto educativo 'Mangiare à la carte'. Lo scopo era quello di realizzare uno strumento maneggevole e accattivante per la gestione della terapia nutrizionale nel paziente con diabete insulinotrattato. Uno strumento utilizzabile nelle differenti fasce di età, poiché il diabete di tipo 1 colpisce anche i bambini.

Una fonte di ispirazione sono stati i giochi delle carte. Alcuni giochi, come yu-gi-oh e magic, sono molto amati dai bambini. Ma anche per gli adulti e gli anziani le carte (solitari e giochi in gruppo) costituiscono uno strumento di svago e compagnia. Per il medico la terapia dietetica è un calcolo di calorie e nutrienti, che vanno messi insieme con abilità sempre maggiore. Per il paziente il cibo oltre che sano deve essere gustoso, dare senso di sazietà ed essere socialmente fruibile. Queste carte da gioco mettono insieme le esigenze del medico e del paziente. Esse rappresentano cibi preparati con attenzione, da dietisti dell'Ospedale Sandro Pertini e chef della scuola alberghiera Safi di Roma. Cibi nei quali l'esigenza del gusto si abbina con quella di una corretta nutrizione. Su ogni carta oltre a un'immagine del cibo sono presenti informazioni di grande utilità. Il valore nutrizionale, molto importante per chi ha il diabete ed è in sovrappeso. Gli zuccheri contenuti da una pietanza, importanti per stabilire quanta insulina somministrarsi. Quanti grassi sono contenuti in un piatto, per non scegliere altre pietanze con un elevato contenuto di grassi. Quante proteine contiene una certa porzione, informazione necessaria al diabetico con problemi renali. Quante fibre contiene un piatto, per modulare la terapia successiva. Un'ulteriore esigenza è educare il paziente a 'pesare gli alimenti con gli occhi', in base alla quantità di cibo presente nel piatto e alla sua collocazione. E per questo è suggerita la formula: 'fondo piatto o bordo piatto?' la stessa pietanza in differenti quantità, rappresentate nelle carte dal segno della bilancia. In alternativa, c'è il segno della piuma per rappresentare la possibilità di scegliere lo stesso piatto cucinato light: pasta alla carbonara con pancetta sostituita dallo speck. Come si gioca la partita? Le possibilità sono due. Solitario. È per chi vuole gestire da solo le varie possibilità di scelta, conosce la sua realtà, vuole soddisfare appieno i propri gusti. Scala 40. È l'altra possibilità, per chi vuole mettersi in gioco con gli altri, dimostrare a se stesso che non deve fare scelte nutrizionali diverse da quelle degli amici o dei familiari. Per chi vuole dimostrare che proprio in quanto diabetico ha qualcosa da insegnare ai 'sani'. Perché chi ha il diabete deve giocare bene il gioco della salute e conoscerne tutte le regole.

Indicazioni di terapia per clinici, pazienti e ricercatori

Un approccio organizzato e sistematico alla gestione del paziente diabetico

Luca Monge



Il 14 novembre 2007 è una data importante per la diabetologia italiana. Segna il momento nel quale, dopo un lavoro di oltre un anno, ci hanno partecipato le componenti della medicina specialistica, della pediatria, della medicina generale, le associazioni degli operatori, delle professioni sa-

nitare non mediche e le associazioni di volontariato, con il concorso delle Istituzioni sanitarie, vede la luce un documento da lungo atteso: gli 'Standard Italiani per la cura del diabete mellito'. Contiene linee-guida e raccomandazioni che hanno l'intento di fornire ai clinici, ai pazienti, ai ricercatori e a quanti sono coinvolti nella cura del diabete indicazioni per la diagnosi e il trattamento della malattia e delle sue complicanze, nonché obiettivi di trattamento - suffragati dal grado di evidenza scientifica - sui quali basare le scelte terapeutiche; infine, strumenti di valutazione della qualità della cura, adattati alla realtà italiana. Gli 'Standard italiani per la cura del diabete mellito' si propongono di condividere modelli e obiettivi di cura comuni per l'assistenza ai pazienti diabetici e costituiscono il modello di riferimento scientifico per la cura del diabete, sia per gli obiettivi sia per i processi: per la gestione integrata, il disease management, l'accreditamento professionale, la necessità quotidiana negli ambiti aziendali di creare percorsi diagnostico-terapeutici efficaci ed efficienti. Traggono origine da diverse linee guida internazionali sul diabete mellito, in particolare gli standards of medical care dell'American Diabetes Association (ADA), e dalle fonti disponibili in letteratura, adattate e finalizzate al nostro Paese, il tutto integrato con le linee-guida italiane preesistenti. Il livello delle prove scientifiche alla base di ogni raccomandazione è classificato secondo quanto previsto dal Piano nazionale delle linee-guida e il documento riporta gli obiettivi ritenuti "desiderabili" nella gestione della maggior parte delle persone affette da diabete senza, tuttavia, precludere valutazioni più approfondite o la gestione dei pazienti da parte di altri specialisti, quando necessario. Non è questo il contesto nel quale analizzare in profondità i diversi aspetti del documento, consultabile nella sua interezza sul sito ww.diabeteitalia.it oppure sui siti della maggior parte delle organizzazioni che hanno contribuito alla sua redazione. È comunque interessante accennare al capitolo conclusivo, che contiene le indicazioni sulle strategie e gli indicatori di processo per migliorare il livello qualitativo del trattamento e dell'assistenza, nel quale si evidenzia la filosofia alla base di questo grande lavoro. Partendo dalla constatazione che in diversi contesti clinici, secondo quanto dimostrano i dati degli Annali AMD cui si fa riferimento nelle pagine seguenti, i livelli di cura del diabete non risultano uniformemente adeguati - per esempio l'obiettivo per l'emoglobina glicata (HbA1c) è raggiunto solo nel 27,9% dei diabetici tipo 1 e nel 45,1% del tipo 2, la valutazione del profilo lipidico è eseguita in circa il 63% e la pressione arteriosa è misurata in circa il 70% dei soggetti - vengono proposti esempi di interventi sviluppati a livello degli operatori sanitari, dei sistemi di erogazione e dei pazienti da svariate organizzazioni, per migliorare la cura del diabete. Denominatore comune del loro successo: l'attuazione nell'ambito di interventi multifattoriali, all'interno di team multidisciplinari adeguatamente strutturati. La gestione ottimale del diabete richiede, infatti, un approccio organizzato e sistematico e il coinvolgimento di tutte le figure profes-



nali di un team allargato, a partire dal medico ci medicina generale all'equipe diabetologica ad altri specialisti per un approccio globale al diabete ed alla sue sequele e complicanze. Questo sforzo congiunto deve avvenire mettendo il paziente al centro del problema, in un percorso unico e nel rispetto delle specifiche competenze di ciascuno ma in un'ottica di percorso, vale a dire di integrazione e non di sovrapposizione o, peggio, di contrapposizione. ▶

www.infodiabetes.it
Un pianeta nella galassia di AMD
Comunicazione

Marco Comoglio



Nel mese di ottobre ha avuto 487.000 accessi, 74.000 pagine visitate e 8000 utenti diversi. È Infodiabetes, sito-vetrina di alcune delle attività di AMD e molto altro. Infodiabetes è un sito rivolto ai medici dedicato all'informazione scientifica. È libero e non richiede alcuna iscrizione. È nato nel 2003 con l'intento di raccogliere, con tempestività, informazioni che provengono dalla letteratura e dai congressi. Infodiabetes appartiene al Gruppo comunicazione, coordinato dal dottor Luca Monge, una 'galassia' costituita dal sito istituzionale di AMD, da The-saurus, un altro sito dedicato ai medici, e da www.diabete.it, rivolto ai pazienti diabetici, che possono accedervi, chattare, porre domande e avere risposte qualificate e controllate da AMD.

Il sito è costituito da diverse aree: le news, nelle quale viene aggiornata l'informazione scientifica in ambito diabetologico; Obesity news, un'area in cui sono proposte notizie correlate al problema dell'obesità; le versioni scaricabili degli Annali 2006 e 2007; è una vetrina dello studio DAI, uno studio molto importante per la diabetologia italiana; da qualche mese il sito propone anche un blog; le aree congressuali, in cui sono riportate informazioni relative ai congressi nazionali e internazionali inerenti la diabetologia e specialità affini. "Per quanto riguarda i congressi AMD, nei limiti del possibile, cerchiamo di dare spazio a informazioni rapide e complete" spiega Marco Comoglio, responsabile del sito www.infodiabetes.it "al Congresso di Genova le relazioni erano messe sul sito quasi in diretta. Per questo congresso abbiamo fatto una scelta diversa, ma già la prossima settimana tutte le relazioni saranno online". Essenziale per la realizzazione di questo sito è la collaborazione di Infomedica, la software house che si occupa tecnicamente della sua gestione. "Personalmente mi occupo soprattutto del coordinamento di infodiabetes" aggiunge il dottor Comoglio "decido ciò che deve essere pubblicato e in che veste e mi occupo anche dell'aspetto grafico".

"Voglio segnalare un'area un po' particolare, quella dell'Editoriale" conclude il dottor Comoglio "nella quale abbiamo cercato di creare uno spazio diverso rispetto all'informazio-

ne medica in senso stretto. Nell'editoriale sono comparse varie interviste, fatte a filosofi, come Gianni Vattimo, scienziati, divulgatori, religiosi, come il Cardinal Tonini, su temi quali la malattia cronica, l'approccio con essa, il rapporto fra il medico e il malato cronico. Tutti temi che comunque coinvolgono il medico e i problemi che affronta quando si trova di fronte paziente". ▶

Nuove prospettive nel trattamento della retinopatia diabetica

I risultati dello studio FIELD suggeriscono che il trattamento con fenofibrato riduce la progressione di questa importante patologia correlata al diabete di tipo 2

La retinopatia diabetica è diventata la principale causa di diminuzione della vista e di cecità negli adulti in età attiva, sia nei paesi sviluppati sia in quelli in via di sviluppo. La perdita di vista è causata principalmente da edema maculare centrale e, meno frequentemente, da retinopatia diabetica proliferativa. Lo sviluppo di questa patologia è strettamente correlato a iperglicemia nel diabete di tipo 2. Per rallentare o prevenire ulteriori perdite di vista causate dalla retinopatia diabetica è stata utilizzata con successo la terapia laser. È stato però riscontrato che questo trattamento si associa frequentemente a riduzione del campo visivo e ad altri eventi oculari indesiderati. Per tale ragione, qualsiasi terapia che riducesse la necessità di ricorrere al laser, costituirebbe un importante passo avanti. Sebbene l'aumento nella concentrazione di colesterolo e trigliceridi sia con certezza associato allo sviluppo e alla gravità della retinopatia diabetica, e anche l'aumento della concentrazione dei lipidi plasmatici sia stato messo, in vari studi, in relazione con lo sviluppo di edema della macula, non esistono dati certi sugli effetti benefici di una cura per l'abbassamento dei lipidi nella retinopatia diabetica.



LO STUDIO FIELD

Obiettivo dello studio FIELD (The Fenofibrate Intervention and Event Lowering in Diabetes) è quello di valutare se una terapia a lungo termine con fenofibrato verso placebo possa ridurre gli esiti micro e macrovascolari nel diabete di tipo 2, con conseguenze sulla progressione della retinopatia e sulla necessità di laserterapia. Si tratta di uno studio multinazionale randomizzato e controllato che ha coinvolto 9795 persone affette da diabete di tipo 2, di età compresa tra 50 e 75 anni. A una metà circa dei soggetti, scelti a caso, sono stati somministrati 200 mg di fenofibrato al giorno. I pazienti sono stati controllati a intervalli di 4-6 mesi per un periodo previsto di 5 anni. È stato, inoltre, selezionato un sottogruppo di 1012 pazienti sui

quali è stato condotto uno studio oftalmologico aggiuntivo, che prevedeva una fotografia standardizzata della retina. I risultati relativi a questo studio supplementare sono stati oggetto di una seconda recente pubblicazione sul Lancet del 6 novembre 2007.

I RISULTATI

Valutando tutta la popolazione dello studio FIELD, il ricorso al primo trattamento laser per ogni tipo di retinopatia è risultato significativamente ridotto nel gruppo fenofibrato (31% p=0.0002). Valutando il tipo di retinopatia, si osserva una riduzione del 31% (p=0.002) nella maculopatia e del 30% (p=0.015) nella retinopatia proliferativa. Se si valutano tutti gli interventi di laserterapia (e non solo il primo) si osserva una riduzione del 37% (p=0.0003) nella retinopatia di ogni tipo, una riduzione del 36% (p=0.003) nella maculopatia e del 38% (p=0.009) nella retinopatia proliferativa. Se si considerano tutti gli interventi laser per ogni tipo di retinopatia nel sottogruppo di pazienti che avevano già una pregressa retinopatia, la riduzione osservata nel gruppo fenofibrato è stata addirittura del 49% (p=0.0002). Analizzando i dati del substudio oftalmologico effettuato su 1012 pazienti, che doveva valutare la progressione della retinopatia, si è osservata una riduzione del 79% (5 casi vs 23) della laserterapia per retinopatia. Nella popolazione con pregressa retinopatia si è anche osservata una significativa riduzione della progressione della retinopatia del 79% (3 casi vs 14) (p=0.004). A ciò vanno aggiunte una riduzione della progressione della albuminuria del 15% (p=0.002) e delle amputazioni non traumatiche del 15% (p=0.011) I risultati dello studio indicano dunque che il trattamento con fenofibrato in individui affetti da diabete di tipo 2 può essere un'alternativa alla terapia laser nella retinopatia diabetica; gli autori sottolineano che questo effetto non sembra correlato alla concentrazione dei lipidi plasmatici. ▶

Progetto IGEA

Documenti, linee guida, supporti organizzativi da utilizzare nell'ambito della progettazione regionale

Paola Pisanti

Presidente Commissione Nazionale Malattia Diabetica del Ministero della Salute



Abbiamo posto alcune domande alla dottoressa Paola Pisanti, presidente della Commissione nazionale sulla malattia Diabetica intervenuta ieri mattina al simposio congiunto AMD-Federfarma con la relazione 'L'importanza dell'informazione nel percorso assistenziale della persona con diabete, il punto di vista delle Istituzioni'.

Come inquadrerebbe il problema diabete?

Premetto che l'assistenza diabetologica in Italia è una delle migliori del mondo. Il malato è molto tutelato, le prestazioni specialistiche sono gratuite e l'organizzazione dei servizi diabetologici, sia per adulti sia edia-



trici, è unica al mondo, tanto che altri paesi stanno cercando di riproporla nelle proprie realtà. E lo dico come medico che si occupa di politica sanitaria. Il diabete però, come altre patologie croniche, presenta delle specificità. Il numero dei malati di diabete nel 2025 potrebbe essere quasi triplicato. I costi correlati non saranno sostenibili da parte né del nostro né di altri sistemi sanitari. Non sarà quindi possibile affrontare questa epidemia se non creando un modello di gestione integrata che coinvolga più attori.

Come dovrebbe essere strutturato questo modello?

È un modello basato sulla comunicazione, cioè sulla condivisione, perché comunicare significa condividere. Quindi comunicazione fra i medici, fra medici di medicina generale e specialisti, fra ospedale e territorio. Nelle patologie croniche, che hanno fattori di rischio non solo sanitari, ma che riguardano il contesto ambientale di vita, vanno coinvolte componenti di vario tipo: la pubblica istruzione, la ricerca, i trasporti, l'alimentazione. Se non troviamo il modo di incidere sui fattori di rischio ambientali la patologia continuerà a svilupparsi. Solo se queste relazioni funzionano possiamo sperare di arrivare a una reale integrazione. Non possiamo nascondersi che, per fare tutto questo, i costi saranno elevati, almeno per i primi 5-7 anni uenteranno. Una patologia come il diabete va però affrontata con una strategia di lungo respiro, ragionando su quello che succederà fra 10-15 anni.

Che cosa sta facendo il Ministero in questa direzione?

Il Ministero ha creato, nel 2003, una 'Commissione nazionale sulla malattia diabetica', istituita presso la Direzione generale della programmazione. È una commissione permanente, perché la risposta a una malattia come il diabete non può essere 'a termine' il problema va monitorato permanentemente per seguirne le varie evoluzioni e cercare risposte adeguate ai nuovi problemi che si pongono. Alla commissione partecipano tutte le società scientifiche, cioè gli 'esperti' della materia, i referenti delle Regioni, quindi i partner tecnico-politici, e il mondo delle associazioni. Con i referenti regionali condividiamo ogni passo, anche perché il contesto istituzionale è cambiato rispetto al passato: le regioni accolgono e applicano in autonomia le indicazioni generali che vengono emanate a livello centrale. Un discorso a parte merita il mondo delle Associazioni, nel quale crediamo molto. È necessario però che questo ambito 'cresca'. Vi sono associazioni che lavorano benissimo, altre che non riescono a gestire adeguatamente ciò di cui si occupano. L'associazionismo deve essere affidabile, rispettare l'etica, essere autenticamente operativo. È necessario che anche le associazioni si dotino della cultura e della formazione necessarie per affrontare un problema complesso come la malattia cronica. Questo perché possono costituire un momento fondamentale nel percorso del paziente.

Nello specifico quali obiettivi vi ponete?

Vorremmo migliorare i punti critici di un sistema che pure, come ho già detto, funziona

molto bene. E prima di tutto viene l'educazione sanitaria. Vorremmo cioè rendere visibile il problema a chi ancora non ce l'ha perché non è malato, cercando di affrontare la malattia prima che riguardi un numero troppo elevato di persone. È importante quindi fare campagne di informazione che però devono essere monitorate, perché bisogna capire se hanno prodotto informazioni corrette e come sono state recepite. Un altro punto critico riguarda l'educazione terapeutica, perché abbiamo ancora un numero di pazienti che non si cura come dovrebbe. Quindi qualcosa nella comunicazione tra medico e paziente non funziona. Il diabetico è responsabile della gestione della propria malattia. Quindi il malato deve capire il medico, condividere con lui le scelte; il medico, a sua volta, deve monitorare che il suo messaggio sia stato recepito. Nell'approccio alla cronicità bisogna passare dalla conoscenza del proprio lavoro come cura, al prendersi cura. La cura si limita al momento acuto. Prendersi cura rappresenta una continuità dell'assistenza e non riguarda solo l'aspetto sanitario ma tutto il contesto di vita del paziente: il lavoro, la scuola, il rapporto con la famiglia. ▶

Progetto IGEA

Documenti, linee guida, supporti organizzativi da utilizzare nell'ambito della progettazione regionale

Marina Maggini

Ricercatore Istituto Superiore di Sanità



IGEA significa Integrazione, Gestione e Assistenza della malattia diabetica. "È un bell'acronimo che abbiamo scelto anche perché Igea è la dea della salute" spiega Marina Maggini, ricercatore all'Istituto Superiore di Sanità.

"Il Progetto IGEA nasce dal Piano di prevenzione del Ministero della Salute del 2005-2007, che individuava il diabete come una delle priorità del SSN, ipotizzando, in particolare, un modello di assistenza che prevedesse una gestione integrata della malattia".

Con un accordo tra Stato e Regioni del 2005, tutte le Regioni hanno accettato di fare progetti regionali nello stesso ambito. Il Progetto nazionale ha come obiettivo la produzione di documenti, linee di indirizzo, linee guida, supporto metodologico, tutti strumenti da fornire alle Regioni perché siano utilizzati come architetture per la loro progettazione. Questi strumenti vengono naturalmente interpretati nell'ambito dell'autonomia regionale.

"Rispetto all'autonomia regionale, il problema che ci siamo posti è quello della maggiore omogeneità possibile: c'è già molta disuguaglianza nell'accesso ai servizi da una regione all'altra d'Italia, sarebbe disastroso avere anche un'offerta diversa" aggiunge la dottoressa Maggini.

"Stiamo pensando, per esempio, a formulare un modello di consenso informato unico, che verrà proposto ai diabetici quando saranno inseriti in un nuovo modello di gestione della malattia" riprende la dottoressa Maggini.

"Per avere il consenso informato bisogna dare alle persone un'informazione corretta, quindi stiamo preparando anche un documento che serva di modello alle Regioni per fornire l'informazione.

Le Regioni saranno poi libere di adottarlo com'è o di modificarlo".

A giorni sta per essere pubblicato il primo documento prodotto dal Progetto IGEA. Si tratta di indicazioni sui requisiti clinici organizzativi essenziali, destinate alle Regioni per implementare la loro organizzazione. In questo documento si definisce che cosa fare, chi lo deve fare, quali sono i controlli essenziali ai quali il malato di diabete deve sottoporsi (per esempio: deve fare l'emoglobina glicata? Quante volte?).

Le raccomandazioni sono pochissime, proprio perché riguardano i criteri essenziali: la frequenza della misurazione della pressione arteriosa, la misurazione della colesterolemia e così via.

Il documento è stato prodotto da un panel multidisciplinare di esperti provenienti dalle società scientifiche, insieme a un gruppo di operatori coinvolti, quindi diabetologi, medici di medicina generale, infermieri, dietisti e, ovviamente, malati. ▶

L'educazione terapeutica

Una relazione tra medico e paziente che accompagna tutto il percorso di malattia

Sandro Gentile

Tesoriere AMD 2005-2007



Immaginiamo una persona che viene a sapere di essere diabetica esordisce Sandro Gentile, docente presso il Dipartimento di Gerontologia, Geriatria e Malattie del metabolismo alla Seconda Università degli studi di Napoli. "Si sente dire dal medico di mangiare in un certo modo, di controllare la glicemia prima e dopo i pasti con uno strumento che porterà sempre con sé, di fare attività fisica, di fare attenzione quando va in vacanza o quando viaggia, oppure se deve programmare una gravidanza. Come si può facilmente capire, lo stile di vita di questa persona viene radicalmente modificato". All'inizio la reazione è di preoccupazione, spesso sconforto per una diagnosi del genere. In questa situazione emotiva è più facile ottenere che i pazienti seguano le indicazioni ricevute. Poiché, però, il diabete è una malattia che dura tutta la vita, via via che il tempo passa l'attenzione tende a scemare. "È necessario tenere sempre presente che il paziente diabetico va accompagnato per tutto il suo percorso di malattia" continua il professor Gentile "quando comincerà a fare uso di insulina, gli sarà insegnato come farlo, come conservare l'insulina, come comportarsi durante un viaggio o se andrà in spiaggia. Sono tanti i momenti che nel loro insieme rappresentano ciò che chiamiamo *educazione terapeutica*. Quel rapporto in cui si stringe un vero e proprio contratto di collaborazione tra il paziente e il medico e si 'lavora' sulla partecipazione di tutti e due". A questo argomento è stato dedicato l'Incontro con l'esperto 'Modelli organizzativi per l'educazione



terapeutica' di cui Sandro Gentile, insieme a Luciano Carboni, è stato moderatore. Con il termine educazione si intende educazione a uno stile di vita che modifica le abitudini precedenti del paziente. "Il medico, che è l'esperto, trasferisce, un po' alla volta, al paziente la capacità di interpretare le sue esperienze, di imparare, ragionare e adeguarsi a tutte le regole che gli sono date" riprende il professor Gentile. "Senza un adeguato rapporto medico paziente, senza un colloquio corretto, basato sul rispetto reciproco - anche sul rispetto delle idee diverse dalle proprie - non è possibile costruire alcuna relazione terapeutica. Il paziente che non è stato avvicinato con questo tipo di approccio, spesso, pur di non ascoltare quel che il medico dice o le sue critiche, finisce con il dissimulare e mentire". ▶

Seguiamo ancora la dieta mediterranea?

Verità e mito su una dieta la cui fama ha fatto il giro del mondo

Vincenzo Armentano



La dieta mediterranea si inserisce a pieno titolo in questo dibattito, ma è bene fare chiarezza su quello di cui si sta parlando. "Vorrei ricordare" esordisce Dario Giugliano, professore di Endocrinologia e malattie del metabolismo alla II Università di Napoli "che il termine dieta, spesso connotato in modo negativo come sacrificio e restrizione, deriva dal greco e significa 'stile di vita': i Greci forse erano più sapienti di noi". La triade classica della dieta mediterranea è grano, olio e vino, le coltivazioni tipiche dei greci, ma anche dei romani e di tutte le popolazioni che si affacciano sul Mediterraneo. Non dimentichiamo che i paesi di quest'area sono molti e in ognuno di essi la dieta ha le sue specificità. Alla base però ci sono sempre il grano, cioè i carboidrati, poi l'olio, il vino, il pesce, le verdure. La dieta mediterranea è un modello culturale alimentare che ha dimostrato scientificamente la sua validità dal punto di vista della prevenzione di svariate malattie: diabete, ma anche malattie cardiovascolari, obesità e cancro. Nella prevenzione del diabete gli alimenti base della dieta mediterranea hanno un ruolo di primo piano, in particolare i cereali, soprattutto le granaiglie non raffinate. "Uno dei problemi è che oggi si mangia troppo grano raffinato" riprende il professor Giugliano. "La dieta mediterranea è largamente abbandonata per una serie di motivi. Intanto è costosa: la frutta, la verdura, gli alimenti freschi incidono molto sul costo della spesa. Poi c'è una fortissima pressione della pubblicità che spinge verso determinate scelte alimentari che non sono certo ideali: le merendine, i biscotti, gli snack confezionati. La scuola, i genitori, ma anche le società scientifiche hanno il compito di indirizzare verso un'alimentazione corretta la popolazione in età scolare, spiegando, dati alla mano, perché alimentarsi seguendo i principi della dieta mediterranea fa bene". "In Italia, rispetto ad altri paesi dell'area mediterranea, per esempio Spagna e Gre-

cia, ci sono abitudini meno sane" continua il professor Giugliano. "Da noi si mangiano più carboidrati, in particolare pane bianco, fatto con farina ultra raffinata. Bisognerebbe imparare a consumare anche pane integrale, pane di grano, pane misto. Sarebbe già un grosso passo avanti".

Una pizza semplice, una marinara, sono 250 grammi di farina doppio zero; 750 calorie micidiali per un diabetico che deve aspettarsi una iperglicemia postprandiale rilevante. "Uno studio ha dimostrato che, dopo aver mangiato una pizza simile, preparata con grano tenero non raffinato, la glicemia è più bassa, ma non solo, anche altri mediatori dell'aterosclerosi risultano ridotti. ▶

Variabilità glicemica e rischi complicanze

'Linee guida IDF per l'iperglicemia postprandiale e situazione italiana': esperti a confronto

Le nuove linee guida dell'International Diabetes Federation hanno, per la prima volta, fatto il punto sul problema dell'iperglicemia postprandiale, entrato prepotentemente nei dibattiti di diabetologia in anni recenti ha esordito Antonio Ceriello, professore di Diabetologia ed Endocrinologia all'Università di Warwick. "Questo per due ragio-



Mario Velussi



Carlo B. Giorda

ni: da una parte le evidenze indicavano che il controllo dell'iperglicemia poteva avere un ruolo importante nella prevenzione delle complicanze del diabete; dall'altra l'arrivo sul mercato di molti composti per il trattamento della iperglicemia postprandiale". Grazie a un lavoro molto complesso, della durata di un anno, portato avanti da un comitato rappresentativo di tutto il mondo, sono state strutturate quattro domande chiave, alle quali, in base alle evidenze della letteratura, sono state date delle risposte. A partire da queste risposte si sono formulate raccomandazioni specifiche.

La realizzazione delle linee guida ha visto il coinvolgimento di tutte le società che appartengono all'IDF e anche delle aziende che hanno voluto partecipare come sponsor all'iniziativa. "Non è stato escluso nessuno, questa è la politica dell'IDF" ha spiegato il professor Ceriello.

Utilizzando risorse molto semplici è stato svolto in Italia uno studio per individuare i livelli di glicemia raggiunti due ore dopo il pasto. I pazienti sono stati invitati a esaminarsi seguendo una griglia preconstituita. Nell'arco di dodici giorni hanno ripetuto quattro volte lo stesso esame in relazione a pasti diversi: per esempio prima di colazione e due ore dopo, prima di pranzo e due ore dopo ecc. I dati così raccolti dai pazienti, passati poi attraverso il medico di base e il diabetologo, sono stati elaborati da Meta-DialIn.

"Dall'analisi è risultato che in Italia l'iperglicemia postprandiale è un fenomeno forse ancor più rilevante che nel resto dell'Europa e in America" ha spiegato Mario Velussi, presidente di Meta-DialIn "probabilmente perché l'alimentazione comprende una maggiore quantità di carboidrati.

Alcuni pazienti, stratificati anche in base alla loro emoglobina glicata, hanno oltrepassato i livelli considerati target dalle società scientifiche in tutte e quattro le rilevazioni quotidiane. Questi risultati confermano l'iperglicemia postprandiale come un indice indipendente di rischio cardiovascolare, da prendere in seria considerazione".

Lo studio, sponsorizzato da Merck Serono, è stato svolto tra settembre e dicembre 2006 su un campione di 1233 pazienti, reclutati da 300 medici di base, coinvolti da 30 centri diabetologici. "Lo studio dà anche la dimensione della variabilità interindividuale" aggiunge il dottor Velussi "perché il paziente è passato quattro volte sullo stesso "percorso" e ciò ha permesso di valutare anche il delta di variazione nello stesso soggetto".

"Fino ad alcuni anni fa" esordisce Carlo Giorda del Centro Studi e Ricerca AMD "si riteneva che il controllo glicemico non fosse fondamentale nella prevenzione cardiovascolare del paziente e che avessero più peso altre variabili, come il colesterolo e l'ipertensione.

Esistono ormai evidenze del contrario. Il punto chiave è che gli obiettivi glicemici sono molto più stretti di quanto si pensava quindi l'intensità del trattamento diventa importante".

Più che l'esposizione glicemica media del paziente, l'effetto dannoso maggiore, soprattutto a carico dell'endotelio vascolare, sembra derivare dai picchi di iperglicemia.

Di queste fluttuazioni l'iperglicemia postprandiale rappresenta solo una parte. Dati di revisione di importanti studi dicono che, a parità di emoglobina glicata, i soggetti che hanno presentato una maggiore variabilità durante lo studio sono quelli che presentano danni maggiori.

"Da qui nasce un nuovo approccio, secondo il quale non basta controllare l'emoglobina glicata e la glicemia postprandiale, ma bisogna controllare la variabilità dei valori glicemici" ha spiegato il dottor Giorda. "Tutto ciò, se confermato, cambia il modo di vedere alcuni aspetti diagnostici e terapeutici del diabete. Per esempio, l'autocontrollo: al paziente non sarà più chiesto solo di controllare il valore della glicemia prima e dopo il pasto, ma anche i parametri di variabilità". I farmaci in grado di ridurre la variabilità glicemica, assumeranno un ruolo di particolare rilievo.

Tra questi le glinidi come la repaglinide, per la quale esistono già dimostrazioni di efficacia nella prevenzione dell'aterosclerosi nel paziente diabetico e gli analoghi insulinici, soprattutto quelli premiscelati. "Gli inibitori dell'alfaglicosidasi, come l'acarbose, verranno sicuramente rivalutati" conclude il dottor Giorda "Questi farmaci avevano avuto già una conferma di efficacia nello studio STONIDDM, da cui era risultato che erano in grado di prevenire la comparsa del diabete e di ridurre la mortalità cardiovascolare.

Ora ci sono dati interessanti che dimostrano che sono anche in grado di ridurre la variabilità glicemica, smussando il picco postprandiale, e ciò si traduce in una più contenuta escursione glicemica giornaliera". ▶



IL GIORNALE DI AMD

DIRETTORE
Gerardo Corigliano

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

DIRETTORE RESPONSABILE: Sandro Gentile



Associazione Medici Diabetologi

CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE

Presidente:	A. Arcangeli
Vice Presidente:	S. Gentile
Consiglieri:	A. Aiello G. Armentano L. Carboni G. de Bigontina A. De Micheli A. Di Benedetto R. Iannarelli A. Ozzello C. Suraci
Segretario:	A. Sergi
Tesoriere:	P. Foglini
Presidente Consulta:	M.F. Mulas

PRESIDENZA, SEGRETERIA E SEDE LEGALE

Viale Carlo Felice, 77 - 00185 Roma
Tel. 06.700.05.99 - Fax 06.700.04.99
E-mail: segreteria@aemmedi.it
Home page Internet:
<http://www.aemmedi.it>
C.C. Postale: AMD, n. 96304001
P. IVA 05045491007

PRESIDENTI SEZIONI REGIONALI

Abruzzo:	V. Paciotti
Basilicata:	F. Cervellino
Calabria:	G. Celestino
Campania:	P. Calatola
Emilia-Romagna:	V. Manicardi
Friuli-Venezia Giulia:	G. Felace
Lazio:	S. Di Pietro
Liguria:	E. Torre
Lombardia:	V. Bertone
Marche:	M. Vasta
Molise:	M. Tagliaferri
Piemonte:	A. Chiambretti
Puglia:	E. Gentile
Sardegna:	M.F. Mulas
Sicilia:	A. Lo Presti
Toscana:	C. Lazzeri
Umbria:	A. Travaglini
Veneto:	L. Zenari

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

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

I NUMERI DEL DIABETE IN ITALIA

I dati riportati nell'annuario statistico ISTAT 2006 indicano che è diabetico il 4,5% degli italiani (4,6% le donne e 4,3% gli uomini). Numeri, questi, che segnano un aumento rispetto all'indagine multiscopo del 1999-2000, secondo cui era diabetico il 3,7% degli italiani (4% le donne e 3,5% gli uomini).

Nella fascia d'età 45-74 anni la prevalenza è maggiore fra gli uomini, mentre nella fascia oltre i 75 anni è molto più alta fra le donne. Per quanto riguarda la distribuzione geografica, l'area con la percentuale più alta è il Mezzogiorno, con un tasso del 5,2%, seguita dal Centro con il 4,5% e dal Nord con il 3,9%.

Nel 2004 è stato realizzato lo studio epidemiologico QUADRI, condotto dall'Istituto superiore di sanità con le Regioni, le Aziende sanitarie, la SID e l'AMD. Dallo studio, che ha coinvolto oltre 3200 persone di età compresa fra 18 e 64 anni residenti in tutta Italia, è emerso che l'adesione alle linee guida da parte dei pazienti è piuttosto scarsa. Per quanto riguarda la terapia, il 62% degli uomini diabetici in Italia non segue alcun trattamento farmacologico, il 24% non è trattato in modo adeguato (il valore della glicemia rimane superiore a 126 mg/dl) e solo il 14% riceve un trattamento adeguato.

Tra le donne, il 56% non è sottoposto ad alcun trattamento farmacologico, il 31% non è trattato in modo adeguato e solo il 13% riceve trattamenti adeguati.

American Diabetes Association
Cure • Care • Commitment

1701 North Beauregard Street
Alexandria, VA 22311

68th scientific sessions
JUNE 8-10, 2008 • SAN FRANCISCO, CA

XVII CONGRESSO NAZIONALE
RIMINI 2009

ARRIVEDERCI A RIMINI ...

AMD
Associazione Medici Diabetologi