

Editoriale del Presidente

Lettera ai Soci

Carissimi,
non è senza emozione che inizio a scrivere questo primo saluto a voi tutti e per vari motivi. Per prima cosa perché per oltre dieci anni ho svolto un ruolo di servizio nel tenere le fila di questo foglio notizie ed ho io per primo richiesto ai vari Presidenti che si sono succeduti nel tempo di aprire con un proprio scritto queste 8-12 pagine di informazione ai Soci.

Farlo oggi da Presidente mi emoziona ed un po' anche mi imbarazza, perché il compito è arduo oltre quanto avrei potuto immaginare "prima". Confrontarmi con la statura e con l'intelligenza e la capacità di "organizzare" la Società Scientifica di coloro che mi hanno preceduto, vi assicuro, mi intimorisce.

AMD è diventata una struttura complessa ed articolata in molti settori, con specifiche competenze e professionalità in campo medico, organizzativo-gestionale, proiettata ad una crescita costante nell'ottica del miglioramento continuo, della realizzazione di "prodotti" di qualità in campo formativo, nella comunicazione, nella ricerca epidemiologica, clinica e transazionale, nella ricerca di misure di efficacia, nella descrizione dei percorsi assistenziali e nella costruzione di data base clinici. In queste attività AMD ha da anni messo in campo risorse umane e competenze specifiche indirizzate e dirette da uomini e donne animati da grande entusiasmo e competenza, che hanno dato vita a percorsi entusiasmanti e che hanno prodotto risultati impensabili all'inizio del percorso. Ne sia prova, una per tutte, la richiesta dell'IDF di presentare il data-base AMD dell'assistenza diabetologia italiana in campo internazionale ed in vari continenti, prendendolo a modello da esportare in altri paesi. Credo che questo riconoscimento del lavoro fatto e del modello rappresentato sia un esempio assolutamente originale di quanto ha prodotto AMD.



La crescita attuale della Società Scientifica non è però priva di rischi. Mi riferisco al fatto che ogni struttura eccessivamente complessa ed articolata, oltre ad assorbire risorse consistenti rischia di perdere contatto con la base e con i soci. Questo rischio è all'attenzione del Direttivo Nazionale e questa percezione ha generato l'organizzazione di una serie di azioni volte a scongiurarlo.

La Consulta dei Presidenti Regionali è diventato lo strumento di collegamento con le Sezioni Regionali e per due volte all'anno

la riunione della Consulta ha luogo congiuntamente a quella del Direttivo Nazionale. Il Presidente della Consulta partecipa a tutte le riunioni del CDN e relaziona ai Presidenti Regionali.

Molti diabetologi "giovani" hanno partecipato a corsi di perfezionamento sul governo clinico e sulla ricerca presso l'Istituto Gimbe di Bologna e sono oggi inseriti nei Gruppi strategici e negli organi direttivi di AMD, a testimonianza della volontà di aprire gli organi istituzionali alla crescita e all'alternanza.

Gli stessi strumenti operativi di AMD sono stati rivisti e semplificati. Mi riferisco, ad esempio, all'accorpamento dei Gruppi "Qualità" e "Percorsi Assistenziali" in un unico Gruppo denominato "Governo Clinico". Alto esempio è rappresentato dalla modifica che avverrà in uno dei Gruppi più rappresentativi e importanti di AMD come la Scuola. Il grande significato che la Scuola ha per AMD verrà rafforzato mantenendo nella certificazione il suo valore aggiunto, ma rendendo la Scuola più aperta ad accogliere un forte collegamento con tutte le sue componenti e con la base dei Soci, aprendosi ad accoglierne ancora più che in passato. La Comunicazione, vero "gioiello" di AMD sarà ancora più fruibile e ricca di contenuti per i Soci. Anche la Ricerca subirà una più stretta finalizzazione a quelli che sono gli indirizzi della politica societaria individuata nell'Assemblea dei Soci.

IN QUESTO NUMERO

Editoriale del Presidente	pag. 1
Governo Clinico o Clinical Governance	pag. 3
Progetto Island	pag. 4
Ci ha lasciato un grande amico, Pasquale Di Coste	pag. 5
Imparare nell'attesa	pag. 6
Anche la Campania ha la sua Legge Regionale in materia di assistenza diabetologica	pag. 7
Consulta dei Presidenti Regionali AMD: frammenti del lavoro di gruppo e di condivisione	pag. 8



Queste azioni sono propedeutiche alla realizzazione di un **Unico Grande Progetto della Rete dei Servizi AMD**, che prevede la finalizzazione di tutte le risorse, di tutte le energie culturali della Società Scientifica per i prossimi anni, che andrà avanti per più presidenze e che avrà il grande obiettivo di valorizzare il ruolo, le competenze e le capacità organizzative uniche del diabetologo AMD e del suo team, ponendolo all'attenzione di Istituzioni, delle altre Società Scientifiche, della comunità diabetologia internazionale, attraverso un intervento concreto, condiviso e corale. In altri termini, AMD si muoverà come un unico grande organismo in cui tutte le competenze, le energie e le capacità verranno valorizzate e troveranno materia di applicazione e lavoro. Inizia da questo momento un percorso di informazione a tutte le componenti di AMD, a tutti i soci ed all'esterno alle Aziende, alle Istituzioni ed a tutti gli Enti interessati per poi rapidamente operare nei diversi campi come la comunicazione, la formazione, la ricerca clinica, sempre utilizzando misure di efficacia delle attività intraprese.

Questa scelta epocale in seno ad AMD non è frutto del caso ma è la naturale conclusione di un ciclo che ha prodotto il perfezionamento di tante competenze, strutturate in Gruppi come "Comunicazione", "Scuola", "Centro Studi e Ricerche", "Fondazione", "Rete di Ricerca", "Annali", "Qualità", "Percorsi Assistenziali", "Stagedia", "Territorio", "Farm&Dia", "Bioetica", "Psico-Pedagogico", e tanti altri che hanno ben caratterizzato la vivacità di temi ed interessi degli ultimi anni. Questi Gruppi, queste competenze sono da oggi aggregate in un unico disegno indirizzato alla realizzazione del Grande Progetto AMD. Non è ora opportuno scendere in dettagli descrittivi, ma è questo il momento di annunciare le linee generali del disegno. Nasce da ora l'esigenza di comunicare a tutti voi che AMD sta muovendo i primi passi in una nuova direzione e che da ora inizierà una vera e propria campagna di informazione e contatto che vi aggiornerà sistematicamente degli sviluppi pratici e dei progressi di questo disegno. E magari proprio le pagine di questo giornalino diventeranno un elemento di informazione ed aggiornamento costante, mantenendo un filo diretto tra il CDN e tutti voi.

Un altro tema rilevante è rappresentato dalla evoluzione in ambito scientifico di questo giornale. A Rimini vi è stato presentato il numero zero nella nuove veste grafica del "Giornale di AMD". Esso rappresenta l'evoluzione di questo bollettino con il preciso obiettivo di essere l'organo ufficiale della Società Scientifica, destinato ad accogliere la pubblicazione di tutte le ricerche, di tutti

i documenti applicativi ed EMB, utili nella pratica clinica, prodotti da Gruppi di Studio interassociativi e non, da panel di esperti o articoli scientifici dei Soci, come i lavori accettati per la presentazione all'ultimo Congresso Nazionale di Rimini o gli abstract dei Congressi Regionali. Altre rubriche sono in corso di preparazione, affidate alla sapiente opera redazionale di Nino Di Benedetto e Luca Monge, che lavoreranno alla redazione del giornale con la collaborazione di altri Colleghi formati nei corsi Gimbe. In altri termini, riceverete il solito giornalino informativo, curato da Gerardo Corigliano, in allegato alla rivista scientifica vera e propria. L'evoluzione del Giornale di AMD in questa forma è stata realizzata per dar vita ad una ennesima rivista scientifica, già troppo numerose, ma è stata una precisa scelta societaria per dare voce ai Soci e per rappresentare l'organo scientifico di divulgazione del sapere e della ricerca tipica di AMD. Mi auguro che questo prodotto possa crescere e migliorare, guadagnando una visibilità nazionale e internazionale che è destinato ad avere, se opereremo nell'ottica del miglioramento continuo della qualità

Lo scenario descritto fin qui rappresenta solo in parte il fervore di attività che caratterizza la vita societaria ed io sono fortemen-

te motivato a tenere con tutti voi un filo diretto, informandovi in modo sistematico e continuo su tutto quello che accade in AMD, utilizzando queste pagine per collegarmi a voi. Naturalmente tutto questo non sarebbe stato possibile senza il lavoro e la dedizione costante ed a tempo pieno di chi mi ha preceduto nel ruolo di Presidente, Consigliere, Componente di Gruppi o Socio. E non mi limito a rivolgermi solo all'ultima Presidenza, sebbene sia stata per me particolarmente importante sotto il profilo della crescita culturale e dei rapporti profondamente umani ed affettuosi con Adolfo Arcangeli. Proprio così, perché io non posso dimenticare quanto mi hanno dato e quanto hanno contribuito alla mia formazione in AMD tutti coloro con cui ho avuto l'onore di lavorare negli ultimi 12-15 anni e di tutti coloro che oggi siedono con me in CDN. A tutti io devo molto ed a voi in particolare devo il fatto che avete scelto me per rappresentarvi al massimo livello di AMD. Con il vostro aiuto cercherò di non deludervi. Ce la sto mettendo tutta, credetemi. Non è semplice ma è contemporaneamente un'avventura unica ed entusiasmante !

Grazie a tutti voi.

Sandro Gentile
Presidente AMD

AMD Associazione
Medici Diabetologi

XVIII CONGRESSO NAZIONALE
ROSSANO (Cs) • 25 - 28 maggio 2011



GOVERNO CLINICO O CLINICAL GOVERNANCE

Il termine *Clinical Governance* è stato utilizzato per la prima volta dall'OMS nel 1983 ed indicava "tutte quelle attività di costruzione delle relazioni funzionali tra le differenti componenti che hanno responsabilità clinica e organizzativa di un'Azienda Sanitaria".

Nella sua più concreta espressione questo termine è, però, nato nel 1997 nel Regno Unito all'interno del documento fondativo di una nuova politica sanitaria inglese "A First Class Service" e viene definito come "il sistema in base al quale i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni, creando un ambiente che favorisce l'espressione dell'eccellenza clinica, nel limite delle risorse disponibili".

Quindi, il presupposto di questa definizione è che la qualità cessa di essere una specie di dimensione separata, collaterale e parallela e diventa, unitamente all'efficacia e all'appropriatezza clinica e organizzativa, parte integrante dell'attività istituzionale. La *clinical governance* definisce, quindi, una strategia operativa da perseguire all'interno di ogni Azienda.

Apparentemente rappresenta una innovazione, ma in sé e per AMD non contiene nessun elemento di novità perché non propone una nuova metodologia per il miglioramento continuo della qualità, ma suggerisce un approccio sistematico e integrato delle metodologie e degli strumenti già disponibili. Indicatori di *performance* clinica e di appropriatezza, audit clinici e linee-guida non sono certo una novità per AMD, così come la discussione sulla *Clinical Governance*, che è stato il tema del convegno AMD di Cernobbio dell'ottobre 2008. L'elemento innovativo del governo clinico non sta nella dotazione metodologica, quanto piuttosto nella consapevolezza che questi strumenti possono essere utili solo se sostenuti da una politica sanitaria che ne incentivi e renda concretamente possibile l'utilizzo, oltre che dalla costruzione di relazioni tra le diverse componenti presenti nelle organizzazioni sanitarie che favoriscono una cultura della responsabilità umana verso la qualità come dovere istituzionale.

Sinteticamente possiamo, quindi, definire il governo clinico come l'insieme dei comportamenti, responsabilità, azioni, che l'Organizzazione ed i professionisti si danno per garantire il miglioramento dei servizi erogati e la salvaguardia degli Standard Assistenziali.

Il maggior problema che oggi si presenta è legato all'espansione della domanda di prestazioni di diagnosi e di cura che generano costi supplementari, imputati ai servizi medico-sanitari, che si confrontano con problemi di finanzia-

mento e sostenibilità. Quindi diventa opportuno chiedersi se ed in che modo il governo clinico (*non il governo dei clinici*) possa indicare un metodo per trovare il giusto equilibrio tra domanda, offerta e costi del SSN.

L'espansione della domanda è sostenuta da molteplici fattori, tra i quali:

1. l'abbassamento delle "soglie" che definiscono "il patologico" per tutta una serie di fattori di rischio diffusi, quali dislipidemia, diabete e ipertensione;
2. la diffusione della diagnosi precoce (*check-up, screening*);
3. gli stress correlati agli stili di vita che generano morbilità supplementari (quali psichica, cardiovascolare e muscolo-scheletrica);
4. la diffusione dell'innovazione tecnologica e farmacologica;
5. il considerare "malattie" alcuni normali processi biologici della vita come l'osteoporosi e la menopausa;
6. la promozione presso la società civile di aspettative che vanno al di là di ogni evidenza scientifica, indotte dai media e dalle pubblicità;
7. il processo di invecchiamento demografico e le patologie consequenziali.

A questa dinamica di espansione di una domanda potenzialmente illimitata, generatrice di costi, di ansie e di angosce individuali e collettive, si contrappone una crescita non corrispondente delle risorse necessarie al suo finanziamento.

Quindi, oggi più che mai è importante ed urgente una risposta operativa alle domande che da anni si stanno ponendo i Sistemi Sanitari:

1. come controllare una domanda potenzialmente illimitata a cui si contrappone la scarsità delle risorse per definizione "finite"?
2. quale è l'intensità e la natura delle relazioni tra le risorse impiegate ed i risultati sanitari ottenuti?

La risposta a questi quesiti è rappresentata proprio dal salto culturale nella dimensione del "governo clinico" dove, facendosi spazio concetti quali appropriatezza ed efficienza, vengono emarginati gli storici protagonisti della sanità che sono la "autoreferenzialità" e "l'autodifesa del sistema", favorendo un approccio integrato e sistematico alla qualità dell'assistenza.

Ma quali sono gli strumenti del governo clinico?

Le metodologie e gli strumenti del governo clinico possono essere sintetizzati da dieci concetti che devono venir incrociati e dosati sapientemente, finalizzando l'azione all'ottenimento di prestazioni appropriate, efficienti ed efficaci.

La valutazione degli esiti

Un contributo fondamentale al concetto della valutazione degli esiti fu espresso nel 1972 da Archibald Cochrane che affermava: "non si può raggiungere l'efficienza senza passare per l'efficacia ... non si può pensare di aumentare l'efficienza se coloro che devono acquistare o pianificare prestazioni non sono capaci di distinguere ciò che è efficace da ciò che non lo è".

La leadership clinica

Una prima distinzione nell'organizzazione aziendale è quella fra attività di programmazione, indirizzo e controllo, di competenza della direzione generale, ed attività di gestione delle risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi, di competenza dei dirigenti. In questo secondo ambito deve esercitarsi la *leadership* clinica.

La valutazione clinica

Nel governo clinico la valutazione clinica è intesa come valutazione complessiva di atti multipli di diversi attori. Ciò che è oggetto di valutazione non è il singolo professionista, ma l'insieme dei professionisti che, direttamente o indirettamente, sono coinvolti nel processo assistenziale rivolto al cittadino (ad esempio nel caso del cittadino diabetico sono diversi i professionisti coinvolti, siano essi dipendenti, convenzionati o accreditati). Di solito la valutazione clinica si basa sull'osservazione degli scostamenti rispetto a parametri prefissati e concordati.

La gestione del rischio

Uno dei requisiti basilari dell'assistenza sanitaria, insieme all'efficacia ed all'appropriatezza, è quello della sicurezza, visto che tutti gli esseri umani, senza alcuna eccezione, sbagliano e gli errori sono parte, assolutamente normale e necessaria, delle funzioni cognitive umane. Nel governo clinico non interessa indagare sulle responsabilità del singolo operatore, ma è più utile studiare l'errore per capire attraverso quali falle organizzative è potuto passare, per una futura gestione e prevenzione attiva dell'errore stesso. Alle Aziende deve essere chiesto, attraverso l'attivazione del *risk management*, un costante affinamento delle tecniche di controllo per la prevenzione e la riduzione degli eventi avversi, anche attraverso l'analisi degli eventi potenzialmente avversi, la rivisita-

Durante il Congresso di Rimini la Menarini ha deciso di istituire il premio "Pasquale Di Coste" che sarà attribuito annualmente ad un giovane ricercatore italiano in occasione dei congressi AMD e SID.



zione dei processi e dei protocolli e l'implementazione di procedure atte ad aumentare la qualità delle prestazioni erogate. Naturalmente una corretta gestione del rischio offre notevoli vantaggi per l'Azienda e per i suoi operatori, anche sotto il profilo assicurativo.

QUESTO ASPETTO DEVE ESSERE AFFRONTATO ANCHE DA AMD.

La gestione dei reclami

Quando un reclamo sale la linea gerarchica ed arriva sulla scrivania della direzione, probabilmente la sua gestione è stata inefficace. La procedura della gestione dei reclami deve essere aziendale, ma deve prevedere una fase iniziale che dovrà avvenire all'interno dell'unità stessa dove si è verificato il problema o il supposto problema: è lì che c'è la possibilità di imparare, di trovare la soluzione, di evitare che il problema si ripresenti. Spesso è solo nel rapporto tra l'operatore e cittadino che c'è l'ascolto. Per questo deve essere potenziato il rapporto con le associazioni di volontariato dei cittadini diabetici.

La valutazione dei bisogni

Affinché il governo clinico abbia caratteristiche di scientificità e controllabilità di sistema è opportuno che le aziende si dotino preliminarmente di un documento che potrebbe intitolarsi "Relazione sullo stato di salute della popolazione e sulle attività dell'Azienda", al fine di poter prendere decisioni su basi oggettive e potenzialmente condivisibili sia all'interno che all'esterno dell'azienda.

Il cambiamento basato sulle evidenze

Nell'ambito delle diverse discipline mediche sono da tempo esistenti linee guida metodologiche per una medicina basata sull'evidenza. È indiscutibile che per uscire dalla confusione di atteggiamenti estemporanei nella pratica quotidiana e per esaltare il valore del governo clinico, non si può più prescindere da un sistematico approccio comportamentale indirizzato a cambiamenti basati sull'evidenza.

Per questo la diabetologia italiana ha stilato gli Standard di Cura, che necessitano, come si sta già facendo, di continui e periodici aggiornamenti. Allo stesso tempo sono stati pubblicati i Profili di Assistenza. Questi due documenti dovranno, però, essere integrati in un PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO, concordato ed appropriato, tenendo conto non solo dei bisogni del cittadino diabetico, ma specialmente delle diverse caratteristiche dei presidi e dei servizi disponibili per l'assistenza intermedia; deve essere in grado di favorire la comunicazione e la reciproca collaborazione tra ospedale e territorio, al fine di evitare degli interventi inappropriati quali, ad esempio, ricoveri non necessari, assistenza ospedaliera inadeguata e

PROGETTO ISLAND

Il Progetto ISLAND (Innovazione, Standard e Linee-guida

Nella gestione del Diabete), promosso dall'AMD col contributo non condizionato di Merck Sharp & Dohme si è sviluppato in due fasi (la prima con una riunione nazionale, la seconda con 20 eventi regionali) avendo come obiettivi generali:

- promuovere la conoscenza di nuove possibilità di approccio farmacologico alla terapia del diabete tipo 2;
- sostenere la possibilità di utilizzare i prodotti AMD (file dati, standard di cura, profili di cura o PDTA, formazione, qualità, comunicazione) come strumenti per le strutture diabetologiche capaci di favorire il processo di ottimizzazione del trattamento del diabetico tipo 2 da avviare alla terapia con inibitori DPP-4;
- diffondere le corrette procedure per la prescrizione di nuovi farmaci ipoglicemizzanti mediante il sito AIFA e nello stesso tempo condividere punti di forza e di debolezza delle procedure prescritte introdotte dall'AIFA.

In tale ottica i partecipanti, in seguito al percorso di formazione ad opera dei vari discenti (20 diabetologi formatori AMD per ogni regione + 18 presidenti regionali) hanno avuto la possibilità di acquisire maggiori conoscenze su:

- significato di: uno standard di cura, un file dati AMD e relativa opportunità di utilizzarlo;



Il Processo di ottimizzazione del trattamento ipoglicemizzante del paziente diabetico



- impiego di nuove molecole nella terapia diabetica tipo 2 e relativa appropriatezza prescrittiva, con annessa possibilità di realizzazione nella pratica clinica;
- modalità di costruzione di: un profilo di cura da inserire nel monitoraggio d'uso AIFA con le relative criticità organizzative annesse alla sua realizzazione (e come monitorarle), un percorso di miglioramento.

PROGRAMMA D'AULA

Il Processo di ottimizzazione del trattamento ipoglicemizzante del paziente diabetico
Progetto Island (Innovazione, Standard e Linee guida Nella gestione del Diabete)

9.30 - 9.45	Registrazione, consegna questionari e materiale ECM Somministrazione questionario teorico iniziale ECM	
9.45 - 10.30	Apertura dei lavori Presentazione dei partecipanti	Presidente
10.30 - 11.00	Raccolta delle esperienze sull'uso delle incretine	Formatore
11.00 - 11.15	Presentazione del progetto	Rappr. Board Progetto
11.15 - 11.35	Relazione " Dagli Standard di Cura al Profilo di cura "	Formatore
11.35 - 11.50	discussione	Formatore
11.50 - 12.30	Relazione "Le incretine "	Presidente
12.30 - 13.00	discussione	
13.00 - 14.00	Pranzo	
14.00 - 15.30	L. d G: Identificare gli elementi di ingresso per la costruzione di un profilo di cura per la ottimizzazione del trattamento del paziente diabetico tipo 2 da avviare alla terapia con incretine	
15.30 - 16.15	discussione in plenaria	Formatore
16.15 - 16.45	Relazione: " File dati AMD "	Formatore
16.45 - 17.00	Note Aifa	Presidente
17.00 - 17.30	Somministrazione questionario finale - Chiusura Corso	Presidente



assenza di interventi educativi al momento della dimissione. Per gli aspetti di gestione integrata con il territorio AMD dovrebbe adottare il **CHRONIC CARE MODEL**.

La formazione continua

Dobbiamo andare oltre l'ECM, non dobbiamo diventare schiavi della logica dei punti e delle raccolte premio. L'attività formativa non deve limitarsi alla trasmissione di conoscenze, ovvero ad organizzare corsi o deliberare piani formativi, dal momento che si tratta spesso di strumenti di limitata o nulla efficacia. Il cambiamento dei comportamenti non deriva dall'ascolto ma dal fare. È necessario potenziare ed utilizzare di più tecniche e strategie, quali la discussione dei casi e l'affiancamento, che comunque sono previste dall'ECM. In questo AMD ha già attuato e attuando ottime iniziative.

La cultura dell'eccellenza

Bisogna diffondere sempre più la necessità di agire nella logica dell'eccellenza, dove ogni azione o atto medico è improntato al raggiungimento dell'eccellenza attraverso la capacità di confronto e la capacità di mettersi in gioco e, comunque, la capacità da parte dell'Azienda di riconoscere e sostenere gli innovatori e le innovazioni.

La rendicontazione

Rendicontare significa "rendere conto". È opportuno che gli operatori rendano conto all'azienda e che l'Azienda renda conto agli operatori ed ai cittadini.

È evidente che la valutazione dell'impatto sociale delle organizzazioni che operano nel settore sanitario (comprese le Società Scientifiche) deve essere radicata nella stessa ragion d'essere della struttura sanitaria e deve assolutamente prescindere dalla sistematica autoreferenzialità di molte azioni in campo sanitario.

Bisogna sempre tener presente che l'efficacia di un'Azienda sanitaria "pubblica" non può essere ricondotta a prevalenti indicatori di ordine economico e finanziario, ma al raggiungimento degli obiettivi istituzionali.

Da questo si deduce che la rendicontazione non può centrarsi solo sull'aspetto economico-patrimoniale, ma deve essere sociale, deve leggere e comunicare la sua finalità ultima.

Concludendo, da tutto questo ne deriva che il governo clinico è una sfida culturale auspicata dalla classe medica, ma per la quale essa deve essere sempre pronta affinché non diventi lo sterile esercizio culturale di una élite di addetti ai lavori.

D'altra parte la classe politica dovrebbe comprendere che solo il pieno coinvolgimento degli operatori sanitari, in chiave di governo clinico, può stimolare un reale salto culturale, senza il quale in nostro SSN rischia di lasciare il passo ad interessi primati o di campanile. Una parziale risposta a questo problema può essere ritrovata nel disegno di legge sul governo

clinico approvato in Commissione Affari Sociali della Camera il 29 luglio 2009 e che modifica sostanzialmente la legge 502 del 1992.

Le dichiarazioni dei relatori evidenziano, in particolare, "due aspetti fondamentali per procedere ad un modello di sanità efficace ed efficiente, in linea con le aspettative dei cittadini e degli operatori sanitari, ovvero il ripristino della meritocrazia ed il rispetto del ruolo del medico nelle ASL e negli ospedali". Scorrendo, però, il testo così come attualmente si presenta e che verrà inviato in Aula per l'approvazione, si possono notare alcuni aspetti.

Viene definito che "la *clinical governance* costituisce il modello organizzativo idoneo a rispondere efficacemente alle esigenze degli utenti e di tutti i professionisti impiegati nel SSN".

Proprio basandoci sul titolo di questo articolo si evince il fatto che tradurre il termine *governance* in governo è in parte errato perché determina delle inevitabili distorsioni che si riflettono negativamente sia sulla normativa, sia della percezione della *clinical governance* da parte dei professionisti e dei manager. Allo stesso modo appare riduttivo il termine "clinico" rispetto a *clinical*, che caratterizza tutte le professioni sa-

nitare e non solo quella medica. Visto che questo termine deve intendersi come la gestione dei processi di consultazione e concertazione per il raggiungimento degli obiettivi, non può essere imposta dall'alto o dall'esterno, ma consegue all'interazione di numerosi attori che si autogovernano, influenzandosi reciprocamente. Se utilizziamo il termine governo (che può essere inteso solo con la traduzione del termine *government*) si può fare riferimento al potere normativo esercitato dalle istituzioni che dettano le regole: qualcuno decide e gli altri devono fare quello che viene dettato. Purtroppo anche questa volta gli estensori del Ddl sono "caduti in tentazione", parlando di "governo delle attività cliniche", mentre più appropriatamente dovevano scrivere "governo con i clinici".

Scorrendo quanto proposto da questo Ddl si possono leggere alcuni punti che favoriscono l'attuazione dalla *Clinical Governance*, ma sono presenti alcuni aspetti che, se confermati, possono frenarne l'attuazione. Per un giudizio definitivo è meglio attendere la versione che uscirà dalle Camere.

Francesco Galeone

CI HA LASCIATO UN GRANDE AMICO, PASQUALE DI COSTE

Giovedì 9 luglio 2009



Oggi qualcuno mi ha detto che pur conoscendoti da poco eri diventato molto importante nella sua vita....che hai avuto una capacità incredibile di accoglierlo, di stargli vicino e di volergli bene.... Credo che queste poche e semplici parole rappresentino perfettamente quello che sei stato e il tuo modo di vivere. Non conosco nessuno che dopo aver parlato almeno una volta con te non sia rimasto folgorato, incantato, affascinato dall'alone di gioia e spensieratezza che trasmettevi.

Sei stato un uomo incredibilmente intelligente e sensibile e mi hai insegnato tanto, tutto quello che so' e che sono oggi. Mi hai trasmesso i valori dell'impegno, della forza, dell'amore, della costanza e della bontà. Mi dicevi spesso che nei rapporti tra persone, che essi siano di parentela, amicizia o lavorativi, se dai non puoi non ricevere, ma è impossibile ricambiare tutto ciò che tu hai dato a noi....

In questi due anni hai passato momenti orribili ma ti sei sempre risollevato, ti sei sempre fatto forza per noi, sei sempre andato avanti a testa alta nonostante il peso che ti portavi dentro....

Voglio dirti che non mi sarei aspettato niente di meno da te.... L'altra notte quando ancora lottavi contro l'orribile male che si era radicato nel tuo corpo e che ti deva-

stava, sono entrato in stanza perché volevo che tu mi vedessi, volevo darti un ultimo bacio, un ultimo abbraccio....poi ti ho guardato fisso negli occhi, quegli occhi che ancora splendevano della luce che ti ha irradiato per tutta una vita. Hai ricambiato il mio sguardo e una lacrima, una sola, ti ha solcato la guancia. Ora non credo che fosse dovuta al fatto che te ne stavi andando ma piuttosto al fatto di lasciarci da soli, consapevole di cosa significavi. Non scorderò mai quella lacrima. E' oramai impressa nel mio cuore, nella mia memoria, nella mia anima, esattamente come tutti i bei momenti che mi ritornano alla mente e mi investono con violenza quasi a farsi beffa di un passato così meraviglioso che sembra già lontanissimo, come di un'altra vita. Per il futuro mi piace pensare che se avrò qualcosa da dirti mi basterà rivolgermi verso l'alto per farmi ascoltare, e chissà che qualche volta tu non mi risponda..Sicuramente non rimarrei sorpreso... Se esiste un paradiso sono certo che a te è stato riservato il posto più bello e più in alto di tutti... lo stesso posto che hai occupato nelle nostre vite... Voglio che tu sappia che per me sei sempre stato un modello da seguire, un esempio!!! E da oggi più che mai intendo seguire i tuoi consigli e ricordare i tuoi insegnamenti che sono certamente i migliori che un figlio possa mai desiderare.... Questo è il mio ultimo saluto....ti voglio bene....

Fabio Di Coste



IMPARARE NELL'ATTESA

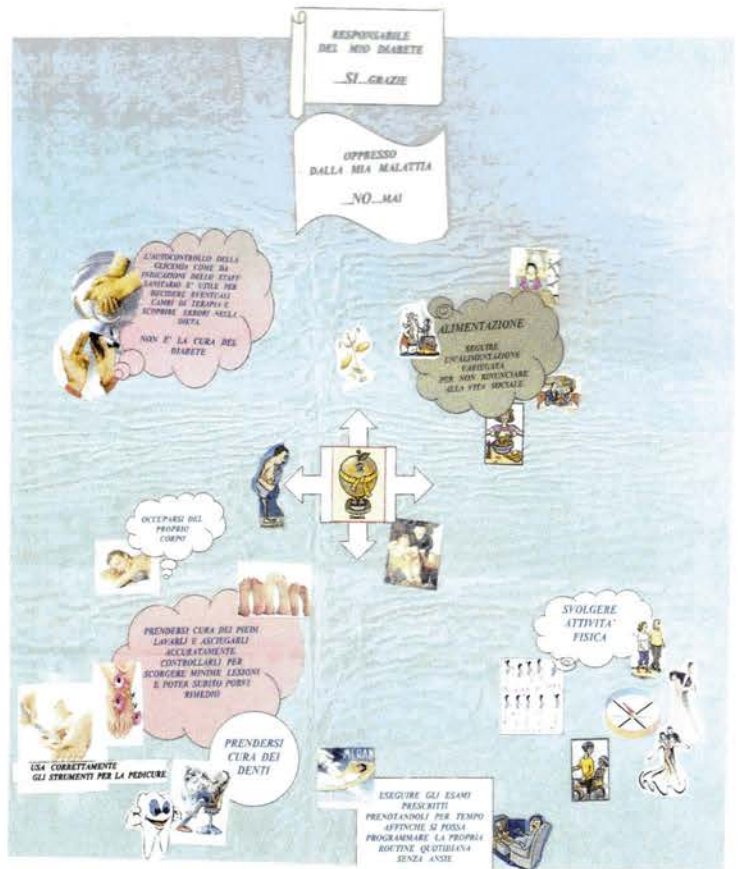
Il concorso nazionale indetto dall'AMD sulla creazione di poster educativi, il cui slogan recita "Imparare nell'attesa", vuole rappresentare un valido supporto per divulgare gli aspetti cardini del diabete: le cause, le complicanze, le terapie, lo stile di vita corretto, l'alimentazione, gli strumenti per il controllo della glicemia, le modalità di somministrazione di insulina, etc. Infatti lo scopo principale dei manifesti, in linea con i processi dinamici di formazione ed educazione terapeutica, consiste principalmente nel rendere gli argomenti accessibili a tutte le persone afferenti ai centri diabetologici, attraverso un approccio illustrativo e dimostrativo.

I manifesti possono in tale ottica contribuire ad aiutare la persona con diabete:

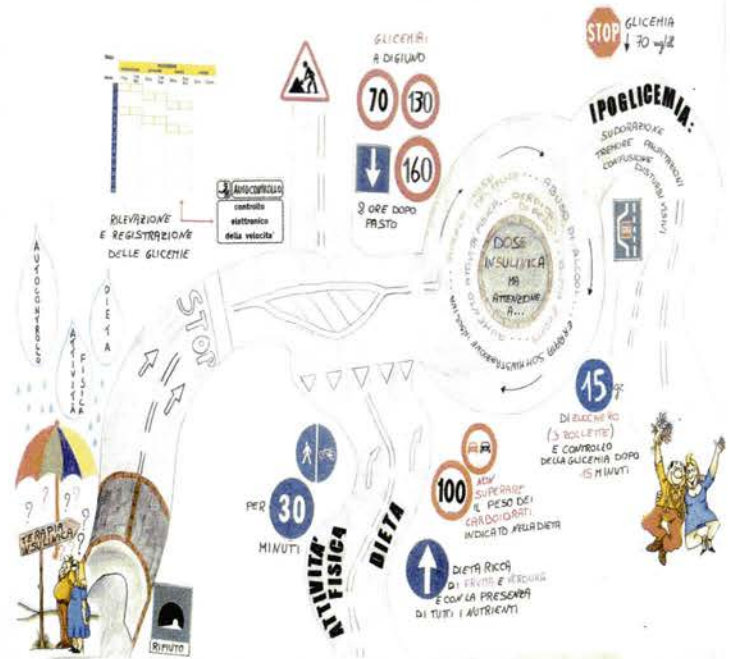


ANNOTA SEMPRE I TUOI VALORI GLICEMICI!

	DIABETOLOGO			AUTOCONTROLLO		
	M	P	S	M	P	S
M	105	96	158	203	152	75
P	140	100		190	80	
S	84	171		120	194	63
S	84	137		145	200	
S		76		100	98	



DIABETE TIPO 2: IN TERAPIA INSULINICA





a) nella prima fase a concepire il proprio diabete come modo d'essere (essendo un processo personale che segue delle tappe individuali, ogni diabetico è diverso non per il suo diabete ma con il suo diabete e per il modo in cui lo vive): un efficace sostegno per coloro che non accettano tale condizione e la vivono in maniera ansiosa, invalidante, con una certa inquietudine e di conseguenza avvertire la sensazione di avere il diabete chiuso dentro di sé come fosse un corpo estraneo (mettere da parte le proprie emozioni);

b) nella seconda fase ad educare se stessi all'auto-gestione (capire meglio

IL TRATTAMENTO INSULINICO NEL DIABETE TIPO II
.....IMPARA NELL'ATTESA.....

INSIEME AL TEAM E ALLA MIA FAMIGLIA HO RAGGIUNTO UN GIUSTO EQUILIBRIO

HO IMPARATO COME E QUANDO SOTTERRILLARE LA GLICEMIA

COME RIPORTARE I DATI DEL DIABETO

COME CONSERVARE LE STRISCIE REATTIVE

COME TARARE IL GLUCOMETRO

SONO IN GRADO DI PRATICARE L'INSULINA

CONOSCO LE GIUSTE SEDI DI SOMMINISTRAZIONE

SO COME SI CONSERVA E COME SI TRASPORTA

HO RICONOSCIUTO UNA IPOGLICEMIA E COME CORREGGERLA

SO COME MODIFICARE LE DOSI DI INSULINA IN RELAZIONE AI PARTI ATTIVITA' FISICA

CONOSCO LE COMPLICANZE

SONO CONSAPEVOLE CHE UN BUON CONTROLLO DELLA GLICEMIA RIDUCE I RISCHI DI MALATTIE CARDIOVASCOLARI

SEIINO PATITE

DEPRUFATE

SUCCESSI AGLI ARTI INFERIORI

MA DEVO AGGIUNGERE 1/2 ORE DI ATTIVITA' FISICA 2 O 3 VOLTE ALLA SETTIMANA E MANGIARE IN MODO SANO ED EQUILIBRATO PER RIDURRE IL MIO PESO, SE NECESSARIO.

NON VIVO PIU' LA TERAPIA INSULINICA COME UNA PUNIZIONE, MA COME UNO STRUMENTO CHE MI AIUTA A TENERE IL MIO DIABETE IN BUON COMPENSO

IL NOSTRO TEAM NON TI ABBANDONA MAI SEGUOLO, CAMMINA CON TE NEL TUO PERCORSO

se stessi con il proprio diabete) mediante un adeguato ed appropriato utilizzo di strumenti terapeutici: l'autocontrollo glicemico, le metodiche di counseling mirate alla motivazione sull'adottare un corretto stile di vita (un sano ed equilibrato regime alimentare e una pratica regolare attività fisica), il conteggio dei CHO, etc;

c) a percepire la terapia insulinica non come punizione o come ultima spiaggia ed ancora di salvezza a cui attingere nel trattamento del diabete tipo II solo in presenza di fallimento secondario, bensì un valido strumento per il raggiungimento di un buon compenso glicometabolico.

ANCHE LA CAMPANIA HA LA SUA LEGGE REGIONALE IN MATERIA DI ASSISTENZA DIABETOLOGICA

Il 22 luglio 2009 il consiglio regionale della Regione Campania ha approvato la legge n.9 " DISPOSIZIONI IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE DEL 16 MARZO 1987, N. 115 RELATIVA ALLA PREVENZIONE E CURA DEL DIABETE MELLITO", scaricabile* dal Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. 48 del 3 agosto 2009.

Gli obiettivi fondamentali della legge sono:

- la prevenzione e diagnosi precoce della malattia diabetica
- la appropriatezza delle cure
- la promozione di iniziative per favorire la partecipazione dei soggetti con diabete ad attività sportive, scolastiche, lavorative
- la promozione dell'educazione terapeutica
- la formazione continua del personale sanitario
- l'istituzione del registro regionale del

diabete mellito in età pediatrica ed nell'adulto

- la promozione delle attività di ricerca ed innovazione nel campo della patologia diabetica.

La legge, oltre alla ricostituzione della commissione diabetologia, praticamente inattiva da anni, disegna l'organizzazione del modello assistenziale, con i diversi livelli di intervento, affidando ai medici di medicina generale il ruolo centrale nella diagnosi e nel follow-up secondo il disease management di gestione integrata, istituisce i centri provinciali per la malattia diabetica in età pediatrica, definisce il ruolo dei centri di diabetologia territoriali pubblici ed accreditati a gestione privatistica e dell'assistenza in regime di ricovero ospedaliero.

La legge ha il merito di valorizzare in modo istituzionale il ruolo delle Associazioni di Volontariato, chiamandole in causa in molti momenti del percorso assistenziale, talora con ruolo di assoluta responsabilità. Altro elemento innovativo e rilevante per una legge sulla diabetologia è rappresentato, nell'art.18, con gli interventi nel campo dell'attività motoria che viene promossa, facilitata ed in alcuni casi anche supportata economicamente, nell'ottica della diffusione dei corretti stili di vita.

Insomma una legge completa, moderna che interpreta correttamente le esigenze degli utenti e degli operatori del settore. Speriamo ed operiamo affinché non resti solo un bel testo sulla carta!

.....se son rose....

G.C.

* <http://burc.regione.campania.it/eBurcWeb/publicContent/home/index.iface>



DIRETTORE
Gerardo Corigliano

REDAZIONE - COORDINAMENTO
C. M. Gnocchi - C. Ferrero

EDITORE
Casa Editrice Idelson Gnocchi s.r.l.
Via M. Pietravalle, 85
80131 - NAPOLI
<http://www.idelson-gnocchi.com>
E-mail info@idelson-gnocchi.com

DIRETTORE RESPONSABILE: Sandro Gentile



CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE

Presidente: S. Gentile
Vice-Presidente: C.B. Giorda
Consiglieri: A. Aiello
G. Armentano
A. Di Benedetto
E.M. Gentile
V. Manicardi
G. Marelli
M.F. Mulas
V. Paciotti
C. Suraci
Segretario: V. Armentano
Tesoriere: P. Foglini
Presidente Consulta: F. Chiaramonte

PRESIDENZA, SEGRETERIA E SEDE LEGALE

Viale delle Milizie, 96 - 00192 Roma
Tel. 06.700.05.99 - Fax 06.700.04.99
E-mail: segreteria@aemmedi.it
Home page Internet:
<http://www.aemmedi.it>
P. IVA 05045491007

PRESIDENTI SEZIONI REGIONALI

Abruzzo: E. D'Ugo
Basilicata: G. Citro
Calabria: C. Giovannini
Campania: N. De Rosa
Emilia-Romagna: A. Ciavarella
Friuli-Venezia Giulia: G. Felace
Lazio: F. Chiaramonte
Liguria: G. Ghisoni
Lombardia: A. Girelli
Marche: L. Cotti
Molise: M.R. Cristofaro
Piemonte-Valle d'Aosta: A. Chiambretti
Puglia: F. Laviola
Sardegna: A. Gentilini
Sicilia: C. De Francesco
Toscana: F. Quadri
Umbria: S. Pociati
Veneto: A. Morea

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

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

CONSULTA DEI PRESIDENTI REGIONALI AMD: FRAMMENTI DEL LAVORO DI GRUPPO E DI CONDIVISIONE

