

**IN QUESTO
NUMERO**

Editoriale del Presidente	pag. 1
Riflessioni... Via e-mail... ovvero l'etica della comunicazione non verbale	pag. 3
Il grande progetto "subito!" della diabetologia italiana (2009-2013)	pag. 4
Il farmacista, primo presidio medico AMD e Federfarma impegnate nel progetto: "FARM&DIA"	pag. 5
Percorsi di aggiornamento professionale in affiancamento in Diabetologia	pag. 7
XI° Congresso Nazionale DEI 2010	pag. 11
...Ancora in tema di Clinical Governance	pag. 12
La mozione del senato sul diabete un passo avanti per garantire una migliore assistenza un riconoscimento alla centralità della malattia diabetica	pag. 12
"Clinical Governance: la ricerca"	pag. 13
Spiritu mellito	pag. 14
Il fallimento secondario. Un problema del paziente o del medico?	pag. 15

Editoriale del Presidente

Cari Soci,

come è consuetudine in occasione della fine di un anno di lavoro, vi aggiorniamo sulle attività AMD dell'ultimo semestre, prima di concederci tutti una pausa nelle attività.

Durante l'ultimo Congresso Nazionale AMD svoltosi in maggio a Rimini, i Soci AMD hanno votato il nuovo Consiglio Direttivo Nazionale. La nuova "formazione" è composta dai consiglieri Antimo Aiello, Giuseppe Armentano, Nino Di Benedetto, Francesco Gentile, Valeria Manicardi, Giuseppe Marelli, Maria Franca Mulas, Vincenzo Paciotti, Concetta Suraci e il sottoscritto hanno nominato Carlo Giorda Vice-Presidente, Vincenzo Armentano Segretario e Paolo Fogliani Tesoriere, decidendo di mantenere ancora per un biennio tale figura, allo scopo di traghettare le attività in corso verso l'attuazione del nuovo statuto votato a Rimini, che non prevederà più il Tesoriere.

Una delle prime decisioni che il CDN ha preso è stata quella di riorganizzare le attività societarie intorno ad un filo conduttore che potesse rappresentare il principale motivo di interesse per tutta la comunità diabetologica AMD.

L'obiettivo di questa azione è chiaro e senza dubbio parte dall'intento di valorizzare la figura del diabetologo in un sistema complesso come è attualmente quello delle cure al diabetico, sospeso tra l'avanzata epidemica delle patologie con le sue complicità e con i suoi enormi costi sociali ed economici e il tentativo di razionalizzazione del sistema da parte degli organi regolatori, gravato però dal rischio fondato di una riduzione della qualità verso il basso, dal taglio indiscriminato delle spese e nell'ignoranza dei reali bisogni della persona con diabete.

In questa possibile contraddizione AMD vuole dare il massimo valore alla figura professionale del diabetologo e vuole realizzare quanto risulta chiaramente dalla letteratura scientifica, e cioè incidere sulla storia naturale del diabete in modo decisivo, attuando un intervento precoce e appropriato, utile a realizzare il più presto possibile il miglior



compenso possibile. Sembra banale ma non lo è affatto. Se solo si pensa cosa significhi questo semplice obiettivo si percepisce la portata delle azioni richieste. Rendere più precoce la diagnosi e la presa in carico, pianificare la cura globale, realizzare il trattamento più appropriato, educare le persone diabetiche all'esordio e alla presa in carico, superare le barriere del sistema e delle coscienze, realizzare un'appropriata comunicazione e tanto altro ancora, significano riscrivere in anticipo tutto il futuro dei nostri pazienti e rendere il loro destino

più vivibile, la loro patologia più leggera e il sistema delle cure più percorribile e meno costoso. Significa però anche modificare tanti comportamenti dei diabetologi, incidere sul sistema e colloquiare in modo diverso con altre figure professionali come i medici di famiglia, gli altri specialisti, i direttori generali, gli assessori e quanti altri sono coinvolti nel sistema delle cure.

Questo è un disegno sistemico della Società Scientifica ed è quanto ebbi modo di annunciare nel mio primo discorso ai Soci durante il Congresso di Rimini. AMD come intera struttura societaria si muove su questo obiettivo, si riorganizza per realizzarlo come "squadra". AMD esce dal personalismo delle scelte e forse sacrifica qualcosa in termini di fantasia ma realizza un disegno corale in un mutamento epocale fatto di studi indipendenti (finalmente), di una diversa interlocuzione con le Istituzioni, con gli altri professionisti della salute, con i propri Soci. Tutto questo è il frutto di un'alleanza tra diverse Presidenze di AMD e fra tutti noi, è il disegno non di un singolo ma di una "squadra", non si esaurisce con un mandato (del direttivo nazionale o regionale) ma procede come un piano di lungo respiro.

Quante volte parlando dei politici o dei direttori abbiamo convenuto che il loro mandato è troppo breve per una pianificazione strutturata e di lungo respiro! Ebbene, in casa AMD ci siamo accorti dei limiti di un tale sistema e abbiamo deciso di impegnarci per modificarlo. So bene che la mia presidenza è di transizione ma so anche che quanto sta



nascendo ora proseguirà oltre il mio mandato. Si chiama SUBITO! Ed è la sintesi di questo concetto sulla precocità di un'azione a tutto campo all'esordio/diagnosi/presa in carico con l'obiettivo - ripeto - di modificare la storia naturale del diabete e di valorizzare il ruolo unico del diabetologo come unica figura capace di questa azione. Da diverse settimane avete ricevuto una mail di avviso che sul sito AMD è presente il disegno generale di questo progetto che coinvolge tutti i Gruppi AMD, con le diverse competenze, tutte indirizzate alla realizzazione del disegno generale.

Se ci pensiamo un attimo ci accorgiamo che in una azione sola ci sono diverse volontà. Sono quelle di utilizzare una *mailing list* aggiornata dei Soci per raggiungerli e informarli capillarmente, di coinvolgerli sempre più in questo che cominciamo a chiamare il **GRANDE PROGETTO DELLA DIABETOLOGIA ITALIANA AMD** e di fondare una nuova alleanza societaria indirizzata ad una crescita dei diabetologi AMD.

Ho parlato di *mailing list* aggiornata e certamente tanti osserveranno che non hanno ricevuto alcuna mail. Ebbene, per quanto la segreteria di Roma lavori intensamente all'aggiornamento degli indirizzi postali e mail, tanti Soci hanno offerto scarsa collaborazione, in qualche caso rifiutando di fornire i propri dati alla persona che li ha contattati telefonicamente per conto di AMD. A tutti questi Colleghi rivolgo l'invito di scrivere all'indirizzo segreteria@aemmedi.it fornendo i propri dati, se sono interessati a ricevere tempestivamente informazioni e contatti sulle attività di AMD, perché da ora in avanti questo sistema di comunicazione sarà sempre più potenziato e, parallelamente, il mezzo postale sarà via via abbandonato in un'ottica di risparmio di spesa, come i tempi attuali impongono.

A questo proposito, mi sembra opportuno informare tutti che sarà sempre più oggetto di attenzione da parte di AMD il contenimento delle spese a tutti i livelli, a cominciare dai componenti degli organi societari che, tanto per fare un esempio, viaggiano in seconda classe sui treni e in classe economica in aereo e si pagano di tasca propria gli eventuali cambi di volo dettati da esigenze personali, e, infine, ricevono rimborsi all'osso se viaggiano in auto.

Grazie al contributo di tutti i Presidenti e Consiglieri che si sono susseguiti e ai numerosi sostenitori delle nostre attività, AMD si è finalmente dotata di una sede propria. Da inizio novembre scorso la "casa AMD" si è stabilita in Viale delle Milizie, 96 (Quartiere Prati). Questo importante traguardo non può che inorgoglierli tutti noi.

Negli scorsi mesi, grazie alla disponibilità di tante aziende e alla prontezza del CDN pre-

cedente, AMD, la Fondazione e le Sezioni Regionali hanno sostenuto i Colleghi dell'Aquila mettendo a disposizione un'unità mobile di diabetologia per l'intervento diretto nelle zone maggiormente colpite dal sisma. Ai tanti Soci colpiti da questa catastrofe naturale va il nostro pensiero e ringraziamento corale per l'intervento tempestivo e l'opera professionale e umana instancabile prestata a sostegno dei pazienti e della diabetologia. Ritornando al disegno di AMD per i prossimi anni, devo analizzare con Voi tutte la attività in corso.

Il CDN ha ritenuto di integrare negli organi statutari i colleghi che si sono formati ai corsi di metodologia clinica e di audit clinico tenuti all'istituto GIMBE di Bologna, come precisa volontà di rinnovamento generazionale. Sono stati rinnovati i Coordinatori dei gruppi istituzionali inseriti nel nuovo statuto approvato a Rimini e ha conferito a tutti lo stesso mandato, vale a dire la progettazione di azioni in linea con l'implementazione del Grande Progetto della Diabetologia Italiana AMD. Al Gruppo Scuola è stato inoltre richiesto di garantire il mantenimento della certificazione di qualità ISO, seppure intervenendo per semplificare gli aspetti procedurali e il manuale di gestione della qualità per renderlo ancora più accessibile e fruibile a tutti i Soci, e inoltre di ampliare la rosa dei formatori in risposta alle istanze di molti Presidenti Regionali. Il Centro Studi e Ricerche (CSR), organo di riferimento scientifico di AMD, sta finalmente progettando i primi studi indipendenti da finanziamenti di aziende private. La Rete dei Centri per la Ricerca, braccio operativo del CSR, integrato nella Fondazione AMD onlus, si è riorganizzata come una CRO (Organizzazione di Ricerca a Contratto), destinata a sostenere i Servizi di Diabetologia aderenti alla Rete di Ricerca, dotata di un proprio manuale della qualità e riconosciuta dall'AIFA. La Rete, oltre ai vari studi già in essere, è pronta a iniziare questa nuova impresa al servizio del progetto SUBITO!

Il Gruppo Comunicazione ha realizzato in tempo record tutta una serie di iniziative per poter potenziare l'aggiornamento delle informazioni ai Soci attraverso nuove forme di comunicazione come le *mail-alert* e l'aggiornamento della *mailing list*. Tutto ciò per offrire strumenti sempre più operativi per la realizzazione del Grande Progetto.

Il CDN porterà all'attenzione di almeno un componente di ogni Servizio di Diabetologia italiano la struttura della azioni presenti nel Grande Progetto SUBITO! con un evento congressuale "tecnico" che avrà luogo a Roma il 15-16 febbraio 2010. Sul sito www.aemmedi.it troverete tutti i riferimenti di questo evento a cui vi invito a partecipare. Sarà un vero e proprio "laboratorio" alla realizzazione del quale tutti Voi potrete diretta-

mente contribuire.

I gruppi strategici come quello degli Annali sono evoluti in un vero e proprio Gruppo di Ricerca perenne di AMD. A questo proposito, i consulenti legali di AMD hanno condotto un'indagine da cui risulta chiaramente che ogni struttura diabetologica è tenuta a dotarsi di uno specifico modulo per raccogliere il consenso al trattamento dei dati e l'utilizzo delle informazioni volte alla cura della salute. Tutto ciò è già operante nella maggior parte delle strutture diabetologiche e chi non ne fosse dotato è caldamente invitato a tutelarsi dotandosi di tale modulistica. Altra questione riguarda invece l'utilizzo dei dati a fini statistici. Quando i dati personali e clinici non sono utilizzati a scopo medico ma sono resi anonimi e non riconducibili alle persone fisiche di provenienza e, per di più, utilizzate in un contesto come quello dei data base come gli *Annali*, per l'alta valenza epidemiologica acquisiscono un significato "sociale" di elevato interesse anche per gli organi istituzionali, per cui non è necessario alcun consenso e alcun modulo per raccogliercelo.

I gruppi Qualità e Percorsi Assistenziali sono stati unificati in un unico Gruppo del Governo Clinico, in ossequio a quanto era stato indicato dal precedente Consiglio Direttivo. Ciò non significa che in AMD scompaia la Qualità o l'interesse per i Percorsi Assistenziali, ma significa che entrambe queste specifiche competenze vengono a potenziarsi reciprocamente in una visione più ampia nel neo costituito gruppo in cui sono state accorpate.

Anche altri Gruppi hanno avuto nuova organizzazione. Alcuni gruppi hanno completato il proprio percorso con la fase delle capillarizzazione, come Stagedia e Percorsi Assistenziali, la fase Master del progetto Apprendi, nel frattempo diventato Apprendi-Subito!, raccogliendo larghi consensi tra partecipanti e sponsor. Altri stanno procedendo alle attività per il 2010 come i Gruppi Alimentazione, Angiologia, Donna, Farm&Dia, Bioetica, Professione-Normativo, Psicologia e Diabete. Anche quest'anno sono stati tenuti i corsi base e avanzato di Public Speaking, destinati a 40 diabetologi. Mi rendo conto di essere forse troppo sintetico e per questo invito tutti a consultare ancora una volta il sito di AMD in cui è presente l'ultimo Bilancio di Comunicazione Sociale relativo alle numerose attività associative e in cui viene descritta la struttura politico-organizzativa di AMD relativa al precedente CDN. La nuova versione relativa al 2009-2010 è in preparazione e sarà disponibile entro fine anno prossimo.

In molte delle attività di capillarizzazione e come collante con il CDN nazionale sempre più intensamente opera la Consulta dei Presidenti Regionali, oggi entusiasticamente im-



pegnata nel Progetto in Ospedale, in stretto collegamento con il Gruppo Governo Clinico. Ma AMD non trasalascia nessuna realtà operativa, guarda con interesse ai colleghi ambulatoriali, tanto che ha dato del tutto recentemente vita ad un nuovo gruppo dedicato ai Diabetologi Ambulatoriali.

In campo editoriale abbiamo visto a Rimini il primo numero del Giornale di AMD, diventata la vera rivista scientifica societaria destinata ad accogliere lavori originali in extenso dei Soci, Rassegna, Editoriali su temi di attualità, Documenti di Consenso, pareri di esperti e, soprattutto, gli abstract dei Congressi Regionali. Invito tutti i Soci a tenere considerare che questa rivista è dedicata a loro, per cui potranno da ora in poi inviare i propri lavori originali alla "loro rivista". Tutte le altre iniziative editoriali AMD (MEDIA, Diabetes Care, il Giornalino AMD,...) proseguono con grandi consensi.

In tema di politica sanitaria AMD si è molto impegnata sui tavoli istituzionali, partecipando ad una serie di riunioni presso il Senato della Repubblica, contribuendo non poco alla presentazione e all'approvazione della mozione a favore delle cure al diabetico con l'implementazione dei nuovi LEA su tutto il territorio nazionale, come vi è stato comunicato mediante mail.

Con la Medicina di famiglia sta maturando un più maturo rapporto con un riconoscimento professionale reciproco e con una chiara delimitazione delle competenze e dei ruoli ed è allo studio una versione aggiornata dell'accordo politico-strategico alla base della gestione integrata. Ciò in un'ottica di collaborazione si ma di riconoscimento del

ruolo unico e specifico del diabetologo. Ma di questo vi terrò puntualmente aggiornati passo, passo.

Da ultimo ho lasciato la questione forse più delicata relativa alla specificità delle competenze diabetologiche e al percorso unico che ha fatto AMD in tutti questi anni. L'epidemia diabetica in corso richiede molte energie, molte braccia e una specifica organizzazione. Molti Colleghi sono attratti da tutto ciò che ruota intorno al diabete e sono tentati di affacciarsi sulla scena dell'assistenza al diabete, il più delle volte senza una specifica competenza e senza una storia, scimmiettando e scopiazzando la specificità di AMD. Ma la forza di AMD è nella sua visione fatta di strutture organizzate in un lavoro in team con richiamo periodico, nella sua capacità di coniugare i propri percorsi assistenziali con la qualità e con il miglioramento continuo, con la raccolta di data base di incredibile potenza statistica fruibili nell'ottica del miglioramento e della comparazione sistematica.

Tutto questo troverà la sua esplicitazione nel prossimo congresso di autunno del CSR-Fondazione AMD che nel 2010 si svolgerà a Firenze dal 17 al 20 novembre. Troverete sul sito AMD i *main topics* dell'evento.

Ulteriore novità sarà che per la prima volta si terrà in apertura del Congresso CSR-Fondazione di novembre, la Prima Giornata Intersocietaria AMD-SID, dedicata alle attività dei Gruppi di Studio Intersocietari AMD-SID come Gravidanza, GISED e Attività Fisica. È un evento nuovo fondato sulla volontà di condividere argomenti di comune interesse in una visione comune, a testimonianza dei solidi rapporti tra le due Società Scientifiche che oltre a condividere aspetti

culturali di comune interesse, riconoscono tuttavia ambiti specifici di competenza, con grande onestà intellettuale, presentandosi sullo scenario scientifico, assistenziale e istituzionale diverse ma unite da grande rispetto reciproco. Prova ne sia il contributo assolutamente paritetico dato alla realizzazione di nuovi Standard di Cura 2010, in via di pubblicazione, vero vanto della diabetologia italiana.

Infine un riconoscimento ad AMD è venuto dall'IDF, il cui comitato scientifico ha deciso di utilizzare gli indicatori degli *Annali*, presenti nel *file dati* AMD, come modello nella realizzazione dei prossimi documenti scientifici di indirizzo per l'assistenza diabetologica. Infine un membro del CSR di AMD è entrato nel Regional board dell'IDF Europa, Antonio Ceriello, e a lui va il nostro plauso per il lustro che porta ad AMD e all'Italia.

Dal quadro che vi ho descritto sembrerebbe che tutto sia semplice e facile. Vi assicuro che non è così. Non mancano difficoltà di ogni genere, interne di rapporto ed esterne rispetto a sponsor, "clienti" e competitori. Ma la grande forza di questa Società Scientifica sta nel fatto che tanti di noi sono cresciuti con AMD, come persone e come professionisti. AMD ha accompagnato tantissimi di noi per un lunghissimo arco di tempo, tanto da non potere essere più separata dal nostro quotidiano. Continuiamo a crederci e io per primo continuerò a farlo e a battermi per AMD insieme a Voi.

A tutti Voi e alle Vostre famiglie il più affettuoso augurio di un felice Natale e di un 2010 migliore!

Sandro Gentile
Presidente AMD

RIFLESSIONI... VIA e-mail... ovvero l'etica della comunicazione non verbale

Come spesso succede, le email sono più facilmente occasione di malintesi che di confronto pacato. Gli psicologi suggeriscono di usare con attenzione il mezzo, perché la sua rapidità di trasmissione (diversa rispetto a una lettera, una telefonata o ad un colloquio diretto) ci induce a trascurare gli effetti modulanti della comunicazione non verbale, che rendono invece più completo il messaggio ed evitano di incorrere in questo tipo di incidenti anche a persone peraltro esperte e generalmente pacate.

La trasmissione di messaggi pensati e scritti al riparo dalla vista diretta dei destinatari, perché concepiti dietro la protezione dello schermo del proprio pc, nel raccoglimento della propria privacy, possono risultare sfacciatamente invasivi anche molto al di là delle intenzioni. Qualche volta proprio la protezione offerta dall'apparente isolamento entro cui possono essere concepiti messaggi ironici, insinuanti o, peggio ancora, accusatori finisce per renderli ancor più ironici, insinuanti ed accusatori e proprio per questo più dirompenti.

Se si unisce a tutto ciò anche la possibilità di far sì che un messaggio può raggiungere contemporaneamente molti destinatari e che questi possono essere selezionati secondo criteri indirizzati al raggiungimento di uno scopo preciso se ne comprende tutta la potenza. Ed ancora, la scelta di un destinatario piuttosto che un altro può ancor più amplificare l'effetto del messaggio.

Circa poi le categorie di messaggi, accanto a quelli accattivanti ed umoristici (specie se con allegati ad immagini e suoni) e qualche volta volgari, esiste un ampio catalogo di messaggi insinuanti, destabilizzanti, critici ed anche malevoli, tanto più quanto è negata una interlocuzione tempestiva che è solo tardivamente affidata ad una risposta attraverso il web e solo dopo che il principale destinatario si accorge della mail. Ed ancora accade che la comunicazione fatta per colpire è l'ultima di una sequenza in cui il destinatario del messaggio finale non era in copia nei messaggi precedenti,

vale a dire non conosce possibili antefatti e divisioni che lo riguardano ma di cui ignora il peso. Come a dire che viene messo a conoscenza di un "pezzo" del discorso che lo riguarda, senza sapere cosa è stato detto di lui e condiviso con altri, magari non proprio suoi amici.

Viceversa non si può solo parlar male delle comunicazioni via mail. È sicuramente un sistema di comunicazione veloce, efficace di grande potenza perché consente di superare le barriere spazio-temporali indipendentemente dal continente o dall'ora. Non viene minimamente interessato da scioperi delle poste e/o dei mezzi di trasporto, non risente di latitudini e confini. Ha modernizzato ed influenzato le abitudini di noi tutti ed alla fine ci ha largamente reso dipendenti da questa forma di comunicazione. Presenta, come ho detto, dei limiti etici e necessita di autoregolamentazione per evitarne un uso incongruo al di là della legislazione esistente.



IL GRANDE PROGETTO "SUBITO!" DELLA DIABETOLOGIA ITALIANA (2009-2013)

È ormai universalmente riconosciuto che il diabete rappresenta un problema sanitario di primaria importanza. Rispetto a una decina di anni fa, è cambiata la percezione della malattia da parte delle Istituzioni, del Servizio Sanitario Nazionale, dell'industria e dell'opinione pubblica: il continuo aumento della prevalenza e dell'incidenza sia della malattia sia delle complicanze è motivo di allerta e preoccupazione a tutti i livelli.

Il diabete è una malattia cronica, ma evolutiva e sistemica, che assorbe dal 7 al 10% della spesa sanitaria complessiva. È più frequente nella popolazione anziana ma, allo stesso tempo, è di grande impatto in pediatria e in ostetricia ed è presente in almeno un quinto dei pazienti che accedono a un ricovero ospedaliero.

In considerazione di questa sua "trasversalità", medici con competenze diverse oggi si propongono per la cura del diabete (internisti, geriatri, endocrinologi), dimenticando il ruolo peculiare che, da sempre, gli specialisti diabetologi hanno nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura di questa condizione.

L'Associazione Medici Diabetologi AMD è nata come associazione di tutti i medici che dedicano la propria attività professionale alla cura del diabete. Che cosa la rende speciale rispetto alle altre società scientifiche che si avvicinano al diabete?

AMD è la società scientifica a cui fa capo la rete italiana dei servizi di diabetologia: una organizzazione storicamente radicata nel Servizio Sanitario Nazionale che riunisce più di 650 strutture dedicate, la cui peculiarità è la gestione in team multiprofessionale (il modello vincente di cura per una patologia cronica come il diabete).

AMD è stata in grado - prima e unica società scientifica in Italia - di elaborare gli "ANNALI AMD", una raccolta periodica di dati per il monitoraggio dell'assistenza sul territorio che raccoglie e confronta 46 indicatori di qualità dell'assistenza diabetologica in Italia, alla cui costruzione partecipano oltre 120 Servizi di diabetologia.

Anche se necessarie e indispensabili, non sono sufficienti le conoscenze scientifiche individuali per proporsi per la presa in carico della persona con diabete dalla diagnosi, allo screening e cura delle complicanze, all'educazione terapeutica e ai controlli da effettuarsi con richiamo periodico. Occorre per tutto questo un team formato e dedicato.

AMD è cresciuta molto negli ultimi 10 anni, ha sviluppato attività in più direzioni, ha dato vita a progetti e gruppi in staff che hanno realizzato prodotti di qualità per la diabetologia in Italia. Da oggi intende lavorare a una

progettualità nuova che riunisca, valorizzi e coordini le diverse competenze presenti nella realtà assistenziale italiana, dall'ospedale al territorio, e faccia compiere un salto di qualità alla diabetologia italiana.

Quale progetto è proponibile?

Negli ultimi anni il messaggio più forte emerso dall'EBM nella cura del diabete è stato che il trattamento intensivo e precoce, attuato con immediatezza alla diagnosi, determina una prognosi più favorevole (Studi EDIC, UKPDS, Steno 2). All'opposto, i soggetti trattati meno intensamente all'inizio sono destinati per sempre a una prognosi peggiore, con un maggior rischio di complicanze, e quindi con costi elevati sia assistenziali sia in termini di salute e qualità della vita.

Il messaggio è chiaro: la strada giusta non è fare scendere l'emoglobina glicata quando si è già assestata su valori scadenti, ma intervenire tempestivamente e intensivamente alla diagnosi/presa in carico, per raggiungere nei primi mesi il target di buon compenso previsto dagli Standard Italiani di cura (edizione 2009), creando in questo modo una **memoria metabolica positiva** che garantisca un miglior controllo della malattia nel tempo.

Per questo nasce **SUBITO! by AMD**

Safe Uniform Behavioral and drug Intensive Treatment for Optimal control

il grande progetto quadriennale (2009-2013) della diabetologia italiana, che si pone come obiettivo principale di **migliorare il compenso metabolico alla diagnosi/esordio/presa in**

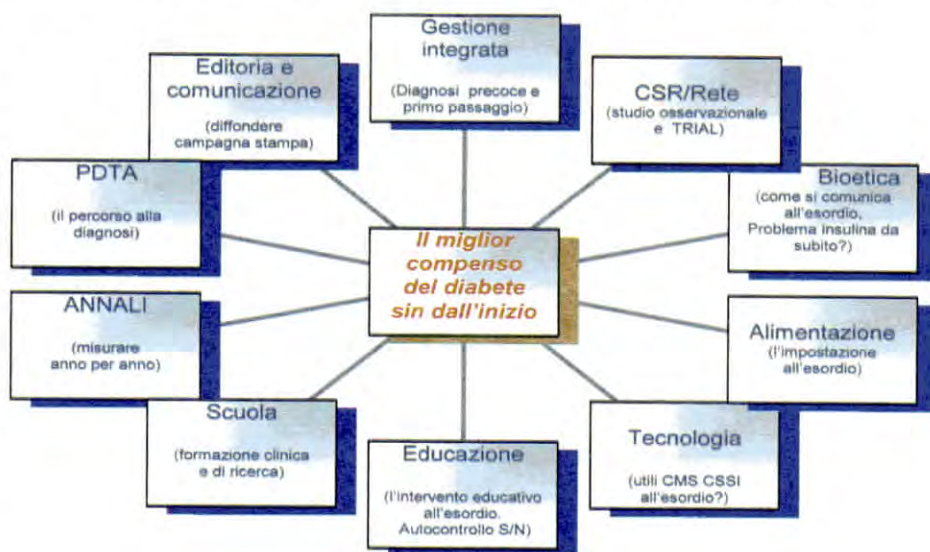
carico il più tempestivamente possibile al fine di ridurre il peso delle complicanze nei successivi 5 anni.

AMD si organizza pertanto attraverso un'alleanza tra più Presidenze e Consigli direttivi nazionali, in successione, per un progetto di lungo respiro, che coinvolga tutti i membri, dai consiglieri nazionali ai presidenti e consigli regionali, ai professionisti dei servizi che si occupano di assistenza al diabete.

Quindi non gruppi e attività che ruotano attorno ad AMD, ma AMD - con le sue competenze - che lavora a favore di un progetto unico volto a migliorare l'assistenza alle persone con diabete: un impegno mirato a ottimizzare il compenso metabolico fin dall'esordio, e nell'impedirne il peggioramento nel tempo.

Tra gli obiettivi secondari di Subito! rientrano inoltre:

1. La valorizzazione del ruolo unico del diabetologo, sul territorio e in ospedale, come gestore del compenso metabolico;
2. La valorizzazione dell'organizzazione già esistente della rete italiana di servizi di diabetologia di cui AMD è espressione;
3. La valorizzazione delle competenze uniche e insostituibili del team diabetologico nella complessa gestione del diabete;
4. Il massimo potenziamento del KNOW-HOW complessivo dei diabetologi italiani attraverso un intervento concreto, condiviso e corale, **utilizzando, diffondendo e applicando gli Standard Italiani di Cura;**
5. L'individuazione dei servizi di diabetologia che lavorino in modo appropriato ed efficace, **continuando a monitorare i risultati della assistenza con gli ANNALI AMD, aumentando il numero di centri che forniscono dati.**





Per la realizzazione di "SUBITO", tutti i gruppi in Staff ad AMD saranno impegnati in sottoprogetti dedicati ai diversi campi di azione che coinvolgeranno la comunicazione, la formazione, la ricerca, la misura dell'efficacia:

■ **Subito.comunicazione:** La comunicazione del progetto raggiungerà e coinvolgerà innanzitutto i professionisti, i pazienti e le loro associazioni, ma anche le Istituzioni sanitarie, i Direttori generali delle Aziende ospedaliere e delle ASL, l'Università, le Regioni, il Ministero della Salute, l'AIFA.

■ **Subito.formazione:** Verranno organizzati Corsi di formazione nazionali e regionali, per il territorio e per l'Ospedale, volti a fare conoscere, diffondere e applicare gli Standard Italiani di cura, e a fare crescere la competenza clinica e organizzativa necessaria a ottenere il compenso ottimale, attraverso la migliore terapia farmacologica e non farmacologica.

■ **Subito.ricerca:** Il Centro Studi e Ricerche di AMD proporrà Studi osservazionali dedicati agli obiettivi del progetto e un Trial SUBITO TRIAL, il primo grande trial indipendente dei diabetologi italiani

■ **Subito.misura:** Gli Annali AMD continueranno annualmente a pubblicare gli indicatori di performance dei Servizi di diabetologia italiani, e sarà impegno di AMD favorire la partecipazione più vasta possibile alla costruzione degli Annali. Verranno proposti già dal 2009 nuovi indicatori di processo e di esito intermedio mirati a verificare gli obiettivi del Progetto Subito.

■ **Subito.educazione:** Saranno verificati diversi modelli educativi al fine di individuare quelli più utili alla persona con diabete all'esordio per perseguire - subito - il miglior compenso metabolico.

I Gruppi a Progetto dei prossimi anni saranno preferibilmente indirizzati e dedicati ad aspetti connessi al Progetto SUBITO.

Tempi di realizzazione

Il Progetto verrà presentato con un Evento di Avvio che si svolgerà a Roma in data 15-16 Febbraio 2010, a cui saranno invitati i responsabili di tutti i Centri di diabetologia interessati, o un loro rappresentante.

Prima dell'Evento di Avvio, verrà inviato a tutti i Centri di diabetologia un questionario

on-line, che cercherà di fotografare l'organizzazione e la pratica clinica quotidiana, i cui risultati verranno presentati e discussi nel corso dell'Evento di Avvio.

Le fasi di avanzamento del progetto SUBITO saranno comunicate attraverso News Letters dedicate, inviate via e-mail.

Nel corso dell'Evento di Avvio si raccoglieranno le adesioni scritte dei Centri interessati a partecipare al Progetto SUBITO, per dare immediatamente il via alle attività a esso connesse.

Verrà creato un albo di servizi che si impegnano a lavorare per il progetto SUBITO! con un referente per il progetto in ogni struttura.

Quali sono le prospettive a 4 anni del progetto?

■ Cambiare il comportamento della diabetologia italiana rendendola più tempestiva nell'intervento(subito.formazione)

■ Coinvolgere maggiormente il paziente con ruolo attivo (subito educazione)

■ Migliorare le conoscenze (subito.ricerca)

■ Verificare l'efficacia dell'intervento sul territorio (subito.misura).

Focus Come cambia la sanità

Le cifre Le farmacie sono più di 17 mila, una ogni 3.335 abitanti. Il 73,4% sceglie sempre la stessa

L'evoluzione Dopo le prime liberalizzazioni, è avvenuta la trasformazione in centro servizi. Con il recupero dell'antico valore sociale

Il farmacista, primo presidio medico AMD E FEDERFARMA IMPEGNATE NEL PROGETTO: "FARM&DIA"

TEAM DI PROGETTO

Responsabile del progetto

Dr Giovanni Perrone - Dr Damiano Degrassi

Direttore del Corso

Dr Alessandro Ozzello -
Dr Consolato Tito Arcudi

Direttore Scientifico

Dr Claudio Noacco - Dr Pietro Pata

Responsabile ECM

Dr.ssa Laura Tonutti



Quando si dice la coincidenza: Il progetto Farm&Dia è entrato nella sua fase di piena operatività tre giorni dopo l'apparizione sulla



Gazzetta ufficiale di un decreto legislativo che assegna per la prima volta alle Farmacie un possibile ruolo ufficiale nella assistenza alla persona con diabete. La norma, pubblicata proprio in coincidenza con il primo di 16 corsi di formazione residenziali di 2 giorni dedicati al diabete, ciascuno dei quali contempla la partecipazione di 50 farmacisti operanti in altrettante farmacie delle varie regioni d'Italia, dona una veste ufficiale ad attività che il Farmacista svolgeva su base autonoma e volontaria, come le autoanalisi della pressione o del sangue, prevedendo lo sviluppo di molte altre, dando così una nuova luce alla figura del Farmacista di Comunità.

Nella realtà però, difficilmente esistono coincidenze. Nel nostro caso, la legge dà corpo alla visione che AMD, con la solita attenta lungimiranza, da sempre sostiene, sulla assistenza al paziente cronico, visione che per la sua coerenza interna e le evidenze raccolte trova finalmente i giusti consensi, seppure lentamente, anche fra i decisori politici. E' noto a tutti, infatti, come L'AMD abbia identificato da tempo il Territorio come luogo della sua azione e nei PDTA (percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali) il contesto ottimale nel quale inserire la risposta alla domanda di salute posta dalla persona con diabete. Gli stessi Giacomo Vespasiani e Marco Comaschi, nel commentare i risultati del censimento condotto da AMD, nel corso del 2002-2003, sull'assistenza al Diabete tra le strutture accreditate, hanno evidenziato la necessità di disporre di figure professionali "dedicate", di tecnologia e di attività, diversificate per ogni tipologia di paziente, sottolineando altresì, come per raggiungere questo scopo sia necessario che nasca un *Team Diabetologico Allargato*, un autentico Dipartimento Diabetologico Transmurale diffuso su tutto il territorio nazionale, all'interno del quale operino fianco a fianco, in una modalità di intervento articolata nel tempo, a seconda delle esigenze del paziente, specialisti, medici di Medicina Generale, personale infermieristico in grado di condividere le medesime informazioni e tutte le figure sanitarie che a vario titolo ruotano attorno alla persona con Diabete.

Con l'applicazione di questo modello, ogni paziente potrà essere seguito con uno schema personalizzato, indipendentemente dalla complessità della struttura diabetologica alla quale afferisce o alla quale si rivolge spostandosi sul territorio. Il paziente sarà così seguito da una comunità scientifica *cross-disease*, capace di farsi carico di tutto il percorso di cura e di fornire in ogni momento un'assistenza mirata.

In un panorama così articolato e vario si comprende, come la "Farmacia", inserita in questo "Gruppo di Assistenza Diabetologica", possa rappresentare, per le sue caratteristiche peculiari, il punto di incontro più frequente e più comodo per i pazienti. Può costituire cioè, quel *trait-d'union* ideale tra le

strutture mediche e i pazienti per realizzare ad esempio progetti di prevenzione delle complicanze veramente efficaci. La facilità di dialogo e il rapporto di confidenza personale con i pazienti abituali, permettono infatti di svolgere un ruolo attivo nell'educazione, informazione e assistenza personalizzata al Diabetico e ai suoi famigliari. La Farmacia potrà diventare luogo

in cui il paziente può trovare :

- **Rinforzo** del messaggio educativo fornito già dal Diabetologo e/o dal MMG al paziente e che per il lungo intervallo tra un accesso e l'altro alle strutture sanitarie, può essere non ben ricordato o addirittura non perfettamente compreso. In questo caso, l'accesso alla farmacia può diventare il momento di riproposizione del messaggio educativo.
- **Supporto** nel rinforzo informativo già fornito dal Diabetologo e/o dal MMG per il riconoscimento di effetti collaterali dei farmaci assunti dal cittadino con Diabete.
- Un momento di servizio di interconnessione tra vari livelli (MMG-Specialista - Distretto) al fine di rendere meno gravosi eventuali problemi relativi a liste di attesa, certificazioni (modulistica etc.).
- Un rinforzo all'addestramento nell'uso dei presidi per la valutazione domiciliare della glicemia ed informazione sulle modalità di esecuzione del test.
- Informazioni e consigli sulla cura delle estremità finalizzata alla prevenzione delle ulcere croniche.
- Informazione sulle complicanze acute, segnatamente alle ipoglicemie (sintomi, primo soccorso, cosa fare...)

Proprio per dare corpo a questa visione e per assicurare alla persona con diabete un supporto in più sul territorio, già nel 2005 AMD, in un momento politicamente molto delicato per la figura del farmacista messa in discussione, al tempo, dalla deregulation governativa, ha deciso di contribuire alla crescita di quella formidabile risorsa che sono le 17 mila farmacie italiane, una rete capillare e prossima non solo in senso geografico alla persona con diabete e alla sua famiglia. Il progetto nato, non per caso, da una costola del gruppo a progetto: AMD- Diabete e Territorio diretto da Giovanni Perrone, da un'intuizione dello stesso e battezzato con il termine **Farm&Dia**, ha trovato una immediata ed entusiasta eco nei presidenti della Federfarma di Udine Damiano Degrossi e di Reggio Calabria Consolato Tito Arcudi i quali si sono subito impegnati a promuoverlo all'interno della loro associazione di categoria. Con grande entusiasmo, Federfarma ha sposato in pieno gli assunti del progetto intuendo fin da subito l'importanza di una integrazione attenta, motivata e coordinata del Farmacista all'interno del PDTA . Un ruolo ben preciso quindi che, ovviamente non può essere improvvisato, ma richiede un intervento formativo importante. AMD ha dato la sua dispo-

nibilità a erogare questa formazione, Roche Diabetes Care insieme a Menarini Diagnostici e a Bayer Diagnostici, a finanziarne la didattica, ed è partita così nel 2006-2007 una fase sperimentale che ha coinvolto i farmacisti di 4 province (Reggio Calabria, Messina, Udine e Prato). Dopo una fase di profonda analisi dei risultati condotta in seno ad AMD, il progetto, grazie ancora alla solerzia di Roche Diabetes Care, è ripartito nel 2009 con consistenti miglioramenti e con il deployment sul territorio. Nel 2009 sono stati tenuti 4 corsi residenziali in Lombardia, Piemonte, Campania e Puglia. Nel 2010 si terranno corsi in Trentino, Veneto, Umbria Lazio, Sardegna e un corso che interesserà congiuntamente i farmacisti di Marche, Abruzzo e Molise. Nel 2011 sarà la volta delle farmacie di Liguria, Friuli, Emilia Romagna, Toscana, Calabria e Sicilia. In totale quindi parliamo di 20 corsi, ciascuno dei quali con 15 ore di lezione suddivise in due giorni.

Ogni corso prevede la presenza di 50 Farmacisti provenienti da farmacie diverse delle varie province della regione. Complessivamente, considerando la prima fase del corso, quasi mille farmacie italiane vedranno crescere la loro conoscenza e la loro capacità di inserirsi in modo coordinato con gli altri attori del percorso diagnostico terapeutico.

L'impegno di AMD, attraverso i componenti del team di progetto, è stato, come al solito in questi casi, notevole a conferma dell'interesse che la nostra società scientifica dedica alla collaborazione con tutte le realtà che possono interagire in modo positivo con la persona con diabete, mettendo in campo il know how formativo della Scuola Permanente di Formazione continua. Il corso 'disegnato' da Alessandro Ozzello con la collaborazione di Laura Tonutti (Entrambi formatori senior della scuola di formazione AMD), prevede lezioni 'frontali' e si articola soprattutto in incontri di gruppo. I 50 partecipanti sono divisi in quattro gruppi e con il metodo del metaplan, prendono in esame in più momenti il caso concreto di una persona con diabete, il signor Giovanni, che si presenta in Farmacia ponendo questioni relative a diversi aspetti della sua storia clinica. Ogni lavoro di gruppo è preceduto dalla presentazione interattiva del caso clinico cui segue una discussione in plenaria con l'esperto.

Le attese da parte di tutti, verso Farm&Dia sono veramente molte e composite, come ha dimostrato la presenza attenta ed interessata, alla prima edizione del corso tenutosi a Padenghe sul Garda (BS) il 7/8 Novembre 2009, dei Presidenti nazionali di AMD Sandro Gentile e di FederFarma, la neo eletta farmacista milanese Annarosa Racca, della 'ambasciatrice' del Ministero della salute Paola Pisanti e del responsabile di Roche Diabetes Care Massimo Balestri che ha fornito le risorse economiche necessarie allo svolgimento del progetto.

Giovanni Perrone



PERCORSI DI AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE IN AFFIANCAMENTO IN DIABETOLOGIA

Nella prospettiva di garantire al paziente la cura migliore e allo stesso tempo di contenere i costi dell'assistenza sanitaria si è assistito alla presa di coscienza della necessità di valutare e di promuovere la qualità delle prestazioni fornite.

La valutazione dei risultati dell'assistenza erogata e delle strategie assistenziali più efficaci in condizione di normale pratica clinica permette di indirizzare gli investimenti e di concentrare gli sforzi su quelle modalità assistenziali che presentano una più alta probabilità di produrre un beneficio in termini sia clinici che di qualità della vita.

La qualità della cura erogata a pazienti assistiti nell'ambito di strutture diverse tende ad essere molto più dissimile e disomogenea di quanto possa essere l'assistenza erogata nello stesso centro da operatori differenti. Per tale ragione è fondamentale la conoscenza e la condivisione di modelli organizzativi e gestionali della pratica clinica per promuovere un approccio di gestione condivisa della cura del diabete.

Il board Scientifico del Progetto STAGEDIA ha selezionato un gruppo di 10 strutture sul territorio nazionale che sono state sedi delle edizioni del corso per specialisti operanti nello stesso ambito ma in sedi diverse rispetto alla struttura scelta.

La scelta di tali strutture è stata effettuata considerando l'adesione e applicazione sia



degli Standard di cura SID ed AMD e Consensus ADA/EASD sia del percorso di accreditamento professionale all'eccellenza, secondo i criteri del Manuale della Qualità dell'AMD.

La formazione ha seguito i canoni della Scuola AMD e la preparazione dei discenti ha seguito le linee guida internazionali sulla Qualità per l'eccellenza condivise dall'AMD. Le strutture selezionate potranno divenire sedi di formazione all'eccellenza che a cadenza fissa potranno erogare cultura e metodologia assistenziale.

I Diabetologi partecipanti hanno avuto modo di conoscere "sul campo" le modalità operative che hanno portato le Strutture di Diabetologia all'accreditamento all'eccellenza AMD.



Il corso di formazione, riservato a 4 Medici Diabetologi, si articolava in quattro giornate di cui ciascuna dedicata a:

- all'affiancamento nell'attività routinaria del centro di diabetologia con l'analisi di casi clinici reali
- sessioni pratiche con la partecipazione diretta di ciascun partecipante alla attività;
- discussione delle problematiche analizzate nella sessione pratica con l'obiettivo di presentare e condividere il modello organizzativo funzionale creato a garantire integrazione e consulenza tra le diverse componenti cliniche e diagnostiche professionali che intervengono nella gestione del caso.

Responsabili del Programma Formativo:

Sergio Di Pietro
Stanislao Lostia

Board del Gruppo Stagedia AMD:

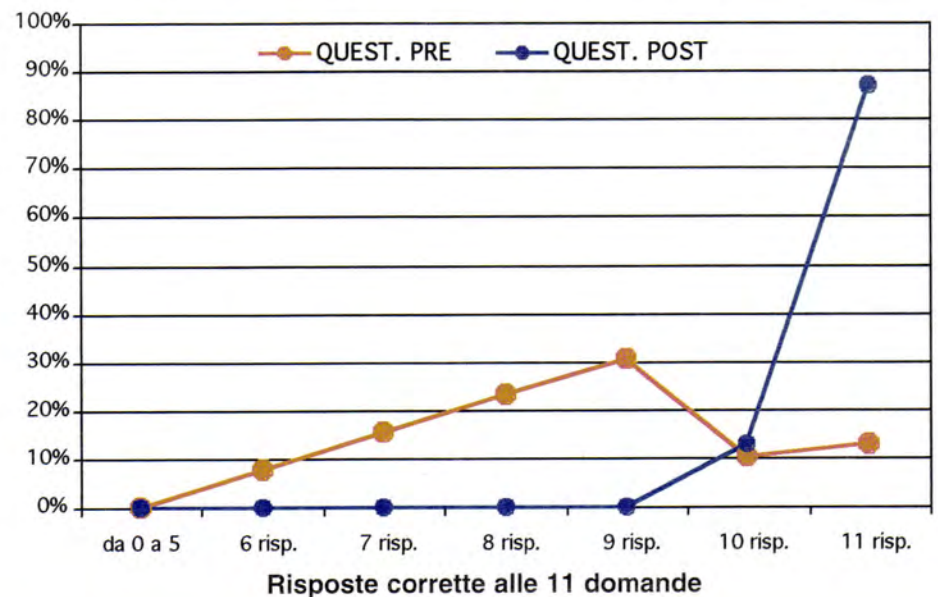
Antimo Aiello
Lina Clementi
Antonino Di Benedetto
Stanislao Lostia
Domenico Mannino

Elenco edizioni del corso:

- San Benedetto del Tronto (AP)
Responsabile evento:
Dott.ssa Lina CLEMENTI
- Campobasso
Responsabile evento:
Dott. Antimo AIELLO

- Messina
Responsabile evento:
Dott. Antonino DI BENEDETTO
- Napoli
Centro Diabetologico A.I.D. -
Via Mariano d'Ayala, 1
Responsabile evento:
Dott. Gerardo CORIGLIANO
- Reggio Calabria
Responsabile evento:
Dott.ssa Emira DAL MORO
- Marsala (TP)
Responsabile evento:
Dott. Antonino LO PRESTI
- Roma
Responsabile evento:
Dott. Francesco CHIARAMONTE
- Salerno
Responsabile evento:
Dott. Pasqualino CALATOLA
- Paola (CS)
Responsabile evento:
Dott. Giovanni GROSSI
- MONTECCHIO (RE)
Responsabile evento:
Dott. Valeria MANICARDI

Analisi dei questionari delle 10 edizioni del corso (39 partecipanti totali)



“STAGEDIA – STAGE IN DIABETOLOGIA” – Cosa mi porto a casa

Qualità delle competenze del/i docente/i	N	%
0	0	0%
1	0	0%
2	2	5,1%
3	37	94,9%
Totale	39	100%

Qualità dell'efficacia espositiva dei contributi	N	%
0	0	0%
1	0	0%
2	5	12,8%
3	34	87,2%
Totale	39	100%

Qualità dei contenuti	N	%
1	0	0%
1	1	2,6%
2	10	25,6%
3	28	71,8%
Totale	39	100%



Corrispondenza obiettivi dichiarati	N	%
0	4	10,3%
1	1	2,6%
2	12	30,8%
3	22	56,4%
Totale	39	100%

Equilibrio fra contributi teorici e riferimenti operativi	N	%
0	1	2,6%
1	2	5,1%
2	15	38,5%
3	21	53,8%
Totale	39	100%

Interesse per i temi affrontati	N	%
0	0	0%
1	1	2,6%
2	6	15,4%
3	32	82,1%
Totale	39	100%

Utilità per il ruolo	N	%
0	1	2,6%
1	2	5,1%
2	13	33,3%
3	23	59,0%
Totale	39	100%

Grado di approfondimento	N	%
0	0	0%
1	2	5,1%
2	15	38,5%
3	22	56,4%
Totale	39	100%

Pertinenza per la professione	N	%
0	0	0%
1	2	5,1%
2	4	10,3%
3	33	84,6%
Totale	39	100%

Rilevanza per la professione	N	%
0	0	0%
1	2	5,1%
2	5	12,8%
3	32	82,1%
Totale	39	100%

Metodo didattico utilizzato	N	%
0	0	0%
1	3	7,7%
2	11	28,2%
3	25	64,1%
Totale	39	100%

Intensità del programma	N	%
0	0	0%
1	0	0%
2	15	38,5%
3	24	61,5%
Totale	39	100%

Clima	N	%
0	0	0%
1	0	0%
2	4	10,3%
3	35	89,7%
Totale	39	100%

Rispetto degli orari	N	%
0	0	0%
1	0	0%
2	2	5,1%
3	37	94,9%
Totale	39	100%

Spazi di lavoro	N	%
0	0	0%
1	2	5,1%
2	10	25,6%
3	27	69,2%
Totale	39	100%

Materiale didattico fornito	N	%
0	0	0%
1	0	0%
2	8	20,5%
3	31	79,5%
Totale	39	100%

Coordinamento fra i docenti (se più di uno)	N	%
0	0	0%
1	0	0%
2	3	8,6%
3	32	91,4%
Totale	35	100%
non indicato - 1 solo docente	4	

Coordinamento dello staff	N	%
0	0	0%
1	0	0%
2	5	12,8%
3	34	87,2%
Totale	39	100%

Ospitalità e aspetti logistici	N	%
0	0	0%
1	0	0%
2	6	15,4%
3	33	84,6%
Totale	39	100%

Segreteria organizzativa	N	%
0	0	0%
1	0	0%
2	3	7,7%
3	36	92,3%
Totale	39	100%

I COMMENTI DEI PARTECIPANTI

NAPOLI

Caro Gerardo,

Oggi rientrando in ospedale avrei voluto cambiare chissà quante cose nel nostro ambulatorio di diabetologia, i miei colleghi che non conoscono la mia esperienza a Napoli, mi hanno letteralmente mitragliato di domande, avrei tanto desiderato la tua presenza come testimone di ciò che tu hai realizzato, e di come è possibile anche al sud avere strutture di eccellenza.

Permettami ancora di ringraziarti per ciò che hai fatto per noi e soprattutto per essere stato vicino a noi prima di tutto come amico

e poi come tutor.

UN ABBRACCIO

Vittorio Cataldo



MARSALA

Sono stati 4 giorni di full immersion e nei quali i colleghi discendenti hanno potuto vivere, fattivamente, le varie problematiche che un Servizio di Diabetologia Ospedaliero, quotidianamente, presenta. Particolare interesse ha suscitato l'Ambulatorio del Piede dove, i colleghi ospiti, hanno potuto, praticamente cimentarsi nella valutazione della sensibilità tattile, vibratoria, della valutazione dell'ABI, della TcPO2, della valutazione dell'esame podobarometrico. Anche l'attività, di tipo chirurgico, che si svolge nella saletta operatoria annessa all'Ambulatorio del piede, è stata eccitante per i colleghi che, al termine del corso, hanno richiesto all'unanimità, di ripetere l'esperienza vissuta. A loro, oltre il CD Stagedia, è stato dato anche un CD con tutte le lezioni teoriche effettuate durante il Corso (particolare interesse ha suscitato la lezione sulle Medicazioni da effettuare nel piede diabetico). Un'esperienza, insomma, definita molto positiva per i discendenti ma, allo stesso tempo, entusiasmante per i docenti facente parte di tutto il nostro team (diabetologi, podologi, ortopedico, emodinamista, chirurgo vascolare).

AD MAIORA,
Giovanni
Grossi

MONTECCHIO

Carissima dottoressa!

È un vero piacere sentirla! Sono stati 4 giorni bellissimi, in cui ci avete ospitati con familiarità, facendoci sentire come a casa nostra. La competenza, la professionalità e la chiarezza con le quali sono state trattate le tematiche affrontate sono state davvero eccellenti; sicuramente, di notevole aiuto ci saranno le puntualizzazioni e i chairimenti ricevuti nei giorni trascorsi insieme. Il Corso ha risposto alle nostre aspettative e pertanto ringrazio lei, il suo team, l'AMD e la Sanofi per la bella opportunità che ci è stata offerta. (Ultimo, ma non ultimo commento: Ottimo il parmigiano di Reggio!)

Vi aspettiamo a Napoli
(insieme a sole, mare, sfogliatelle e babà!)

CORDIALI SALUTI
Marisa Conte

S. BENEDETTO DEL TRONTO

Cara Lina

ho espresso vivo apprezzamento allo sponsor che ha favorito l'incontro a S. Benedetto e nella fattispecie soprattutto alla tua persona. Lo stage in affiancamento svolto nel tuo reparto è stato particolarmente utile tant'è che ho già proposto ai miei collaboratori una revisione completa delle procedure cliniche per il problema diabete nel ns reparto. Nei prossimi giorni, inoltre, d'intesa con il ns coordinatore infermieristico, stileremo un progetto di corso di formazione interno per i ns infermieri accreditato ECM. Ti ringrazio nuovamente per l'ospitalità ed il calore con cui ci hai accolto e soprattutto

per la tua professionalità
UN ABBRACCIO
Carlo Pedicino

CAMPOBASSO

In data odierna, al loro ritorno
dallo Stage sul Piede Diabetico tenuto

dal Prof. Aiello, ho incontrato le Dr.sse Pinnelli e Lauriola, nostre Ospiti all'Evento. Ho richiesto loro un feedback completo, con l'obiettivo di percepire quanto loro fosse servito, e cosa avessero portato a casa dopo questa full immersion nell'argomento.

Entrambe le dottoresse erano concordi su alcuni punti: 1. Il Prof Aiello ha lasciato una immagine di estrema professionalità, preparazione, e di grande capacità comunicativa. 2. Il Reparto ha trasmesso una sensazione di armonia, organizzazione e capacità di gestione del Paziente Diabetico.

3. I Colleghi Medici che hanno tenuto il corso si sono dimostrati attenti alle esigenze e disponibili alla condivisione dei dubbi. 4. Il Corso è stato multidisciplinare, nel senso che si sono avute lezioni in aula, sessioni su Doppler Arti Inferiori, Counting dei carboidrati e pazienti ambulatoriali con Piede Diabetico.

Questa varietà di argomenti, che ha comunque soddisfatto le dottoresse, le ha inizialmente spiazzate, in quanto si attendevano una full immersion sul Piede.

Ascoltandole, ho ricavato la netta sensazione che questo progetto, nella sua impostazione e per il suo sviluppo, è tagliato ad hoc per Medici in formazione, in quanto il ruolo degli stessi è quello di imparare e sviluppare al meglio gli argomenti di cui abbiamo parlato.

Un cenno doveroso alla efficienza della Agenzia organizzatrice, e nello specifico a Mara Roncaglia, che ha dimostrato con le dottoresse grande professionalità, ed un cenno, che ti prego di girare loro, ai nostri colleghi del territorio, che sono stati descritti dalla Dr.ssa Pinnelli come disponibili, cortesi e pronti alla risoluzione di qualunque esigenza.

CORDIALMENTE
Pino Catino

*Il rischio Diabete: Precorrere o rincorrere?
comunque... sempre correre...*

20-22 Maggio 2010
Tanka Village

Questa edizione vuole focalizzare la sua attenzione sulla necessità /opportunità di atteggiamenti e comportamenti che consentano interventi precoci sia di tipo preventivo-diagnostico che terapeutico al fine di superare la ormai ben nota "inerzia", fonte frequente di un incremento del rischio in tutte le sue componenti.

Per questo motivo verranno coinvolti i diversi attori del vasto mondo della diabetologia e delle specialità che intorno ad essa ruotano, in particolare naturalmente i MMG, asse portante della nuova visione di intervento integrato.

Il convegno sarà comunque aperto al contributo di tutte le figure professionali in grado di portare la loro voce e la loro conoscenza-esperienza (cardiologi, nefrologi, infermieri, ecc.).

PROGRAMMA PRELIMINARE
Giovedì 20 maggio 2010

Ore 14.00 - 14.30 Iscrizione al Congresso

Ore 14.30 - 15.00 Apertura lavori

Moderatore: **Stanislao Lostia**

Ore 15.00 - 15.30 Lettura: Strategie precoci di diagnosi e di intervento **Gianfranco Pagano**

Ore 15.30 - 16.00 Lettura: Dal dire al fare: il Progetto Subito di AMD **Sandro Gentile**

Ore 15.30 - 19.30 Prima sessione: Il diabete gestazionale (rischio donna e/o rischio nascituro?)

a) Il diabete mellito gestazionale? **Domenico Mannino**

b) Quale rischio per il bambino **Elisabetta Torlone**

c) Quale rischio per la donna **Titti Suraci**

Venerdì 21 maggio 2010
Moderatori

Ore 08.30 - 10.30 Seconda sessione: L'intervento farmacologico nel diabete mellito tipo 2

Moderatori: **Gianfranco Pagano -Alessandro Gentilini**

a) Il razionale dell'utilizzo precoce dei nuovi farmaci **Gabriele Perriello**

b) Tra standard di cura e linee guida: una roadmap per la terapia con incretine **Andrea Giaccari**

c) Il 'moderno' posizionamento dei 'vecchi' farmaci

d) Il trattamento insulinico del paziente con Diabete di tipo 2: quale approccio?

e) Da definire

Ore 11.00 - 13.30 Terza sessione: Dal rischio agli eventi - Identificare e modificare il rischio per prevenire gli eventi

Moderatori: **Carlo Lai - Marco Songini**

Relazioni

a) Rischio cuore **Guido Balestra**

b) Rischio rene **Antonello Pani**

c) Rischio retina **Da definire**

d) Rischio polineuropatia periferica **Antimo Aiello**

e) Rischio piede **Eugenio DeFeo**

f) Rischio endotelio: disfunzione erettile **Katherine Esposito**

Moderatore: **Luciano Carboni**

Ore 16.00 - 16.30 Lettura: La depressione nel diabete: rischio o evento **Giovanni Biggio**

Ore 17.30 - 19.30 Sessione comunicazioni e premi (6 comunicazioni)

Moderatori: **Rocco Cirillo**

a) V° Premio DEI

b) II° Premio ENDO

Sabato 22 maggio 2010

Ore 09.30 - 11.30 Quarta sessione : Alimentazione e attività fisica... andare oltre e prima!

a) L'alimentazione nei secoli: dall'archeologia dell'alimentazione umana ai giorni nostri **Franco Gregorio**

b) L'attività fisica nei secoli (titolo da definire) **Gerardo Corigliano**

Ore 11.30 - 13.00 Healthy run: l'importanza dell'attività fisica nella prevenzione della salute, il mondo del diabete si mette a correre...

Ore 16.00 - 18.30 L'alimentazione nella prevenzione del rischio

a) Attività fisica: beneficio (come raggiungerlo?) e rischi (come evitarli?) **Lina Buono**

b) L'alimentazione oggi: dov'è il rischio? **Franco Tomasi**

c) Fattori infiammatori della ATS e potenzialità dell'intervento alimentare **Barbara Batetta**



Dopo l'Editoriale comparso nel numero precedente

...ANCORA IN TEMA DI CLINICAL GOVERNANCE

**Gli interventi di L. Morbiducci e D. Fava al Simposio:
La Clinical Governance è il futuro gestionale e della ricerca?
(Roma settembre 2008)**

Clinical governance: illusione o realtà?

Il termine "Clinical Governance" è intraducibile in lingua italiana perché da un lato "governance" non fa riferimento al termine governo come istituzione ma, per meglio dire, richiama l'arte e la modalità di gestione della pubblica amministrazione e dall'altra per "clinical", in lingua inglese, si intende l'ambito sanitario nella sua complessità e non solamente riferito all'applicazione della diagnostica e della terapia come in italiano. La Clinical Governance è quindi l'utilizzo di

una nuova modalità di gestione in ambiente sanitario basata sulla responsabilità, la trasparenza, il coinvolgimento e la partecipazione, l'etica e il valore del lavoro la cui efficacia è condizionata dalla capacità di permeare tutti i livelli dell'organizzazione sanitaria per consentire ai professionisti di raggiungere e mantenere elevati standard assistenziali e richiede un diverso orientamento della struttura organizzativa delle Aziende sanitarie, chiamate ad un ruolo attivo nello sviluppo degli standard di qualità che devono essere definiti, mantenuti e verificati dalla componente professionale.

Non è, pertanto, né il governo dei clinici né quello dei manager né, tantomeno, un nuovo modello di "autoreferenzialità" o di "autodifesa" del sistema o dei servizi.

Il Servizio Sanitario Nazionale, organizzato attualmente come struttura aziendalizzata, attraverso la Clinical Governance deve avere, pertanto, l'obiettivo di massimizzare il margine di recupero dell'efficienza, ridurre i costi di produzione dei servizi, migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie, ridurre la percezione del gap che esiste tra professionisti (clinica) e manager (bilancio).

Per realizzare tutto ciò, deve essere in grado

LA MOZIONE DEL SENATO SUL DIABETE UN PASSO AVANTI PER GARANTIRE UNA MIGLIORE ASSISTENZA UN RICONOSCIMENTO ALLA CENTRALITÀ DELLA MALATTIA DIABETICA

Atto n. 1-00174
Pubblicato il 22 luglio 2009
Seduta n. 241

BAIO, TOMASSINI, ASTORE, BASSOLI, BIANCHI, BIANCONI, BOSONE, CALABRÒ, D'AMBROSIO LETTIERI, FOSSON, GRAMAZIO, GUSTAVINO, RIZZI, SCANU, MARINO

Il Senato,
premessi che:

il diabete è ritenuto una malattia sociale in quanto coinvolge circa 3 milioni di italiani, rappresenta la prima causa di cecità acquisita ed è una delle cause più importanti di insufficienza renale con necessità di dialisi o trapianto;

il diabete, se non curato precocemente e in modo appropriato fin dall'infanzia, determina complicanze ed invalidità;

vista la diffusione della patologia è stata istituita la Giornata mondiale del diabete che si celebra il 14 novembre, per poter sensibilizzare le istituzioni e i cittadini alla prevenzione della malattia;

una persona affetta da diabete grava sulla sua famiglia e le condizioni socio-economiche sono fortemente correlate alla gestione della malattia;

il decreto ministeriale 28 maggio 1999, n. 329, recante "Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e in-

validanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124", aveva riconosciuto il diabete mellito quale patologia che dà diritto "all'esenzione dalla partecipazione al costo per le correlate prestazioni sanitarie incluse nei livelli essenziali di assistenza, ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124";

ad oggi diverse prestazioni per la cura e la prevenzione delle complicanze connesse alla patologia del diabete non sono incluse nei livelli essenziali di assistenza, come il cosiddetto "piede diabetico",

il quale comporta una cura non solo molto dolorosa, ma anche complessa, lunga, costosa, e soggetta a ticket;

sono altresì esclusi gli esami ematochimici, gli esami strumentali, l'educazione terapeutica, ed anche, paradossalmente, le dichiarazioni e/o attestazioni di idoneità alla guida di autoveicoli per il rinnovo della concessione della patente, così come molte altre prestazioni;

la ricerca sul diabete negli ultimi dieci anni ha avuto degli sviluppi importantissimi, come per esempio i sensori glicemici, in grado di monitorare il paziente 24 ore su 24, tuttavia essa, come altre, non solo non è inserita nelle prestazioni a tariffario dei livelli essenziali di assistenza, ma può accadere che, all'interno della stessa regione, venga concessa gratuitamente a seconda dell'A-

zienda sanitaria locale di riferimento; i presidi per l'autocontrollo della glicemia, pur fondamentale per la cura e la gestione del diabete, non si possono detrarre dalla dichiarazione dei redditi, in quanto non considerati farmaci, ma vengono concessi in modo differenziato e carente dal servizio sanitario nazionale rispetto alle effettive necessità del paziente;

considerato che:

è sempre più evidente il ricorso alla partecipazione privata attraverso forme assicurative, che di fatto gravano sul privato, alleggerendo il settore pubblico, ma snaturando la ratio della legge istitutrice del Servizio sanitario nazionale e il diritto all'accesso alle cure;

la politica sanitaria tende ad un ampliamento della platea degli aventi diritto ed una riduzione del livello delle prestazioni erogate a carico del Servizio sanitario nazionale, impegna il Governo:

a garantire l'accesso alla cura e alle prestazioni per i pazienti diabetici in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale;

ad inserire, in ottemperanza all'articolo 32 della Costituzione, la gratuità degli esami ematochimici, degli esami strumentali, dell'educazione terapeutica e di tutte le prestazioni connesse alla gestione del diabete e delle relative complicanze, in sede di revisione dei Livelli essenziali di assistenza.



di mettere a punto un sistema multidimensionale di indicatori per monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria, in termini di sicurezza, efficacia, appropriatezza, partecipazione degli utenti, equità, efficienza.

Gli strumenti utilizzabili per il raggiungimento degli obiettivi sono molteplici ma deve essere ben chiaro che questi strumenti non devono essere impiegati in maniera sporadica ma sistematicamente e che il loro utilizzo deve essere esteso ed integrato a tutti gli ambiti professionali ed in tutti i processi di governance aziendale: clinici, strutturali-organizzativi e finanziari. In altre parole, come già ricordato, l'efficacia della Clinical Governance è condizionata dalla capacità di radicarsi e coinvolgere tutti i livelli dell'organizzazione sanitaria.

Questo perché mentre alcuni di questi strumenti sono più propriamente di pertinenza dei professionisti sanitari come ad esempio l'applicazione della pratica clinica basata sulle evidenze nelle decisioni clinico-assistenziali, la formazione continua in medicina, l'adattamento locale delle linee guida e la costruzione di percorsi assistenziali (di cui AMD da anni si fa promotore), altri sono più trasversali implicando la partecipazione di tutti

gli operatori delle aziende sanitarie. Acquisire a livello istituzionale strumenti per la gestione delle informazioni scientifiche, migliorare l'interazione e la comunicazione tra i diversi sistemi informativi aziendali, promuovere la diffusione delle tecnologie efficaci e la dismissione di qualunque tecnologia di efficacia non documentata o, comunque, obsoleta, pianificare ed implementare programmi aziendali di gestione del rischio clinico, definire le strategie di management degli staff per valorizzare le risorse umane, in relazione alle attitudini, conoscenze e competenze dei singoli professionisti comportano, in altre parole, la governance di più profili professionali aziendali per la loro piena attuazione.

Altro strumento fondamentale per l'attuazione della Clinical Governance consiste nel pianificare e condurre audit clinici che, confrontando l'assistenza erogata con gli standard definiti, permettano di identificare le inapproprietezze, sia in eccesso, sia in difetto e di verificare i risultati conseguenti al processo di cambiamento, in termini di processo e, se possibile, di esito.

È, quindi, un nuovo modello di organizzazione sanitaria basata sul pragmatismo secondo il quale la verità e la validità di una teoria è

affidata alla sua verifica pratica e nella quale anche i cittadini sono coinvolti nella valutazione e nelle modalità di erogazione di servizi e prestazioni sanitarie sia perché costituisce un loro diritto, sia perché il loro contributo può ridurre l'inappropriatezza della domanda.

C'è da sottolineare che la natura complessa dell'attività clinica e dell'assistenza sanitaria ad essa collegata se da un lato impone una alta autonomia professionale a ciascun livello dall'altra rende utopistico la definizione di un modello organizzativo unitario per l'attuazione della Clinical Governance. Si rende necessario, pertanto, un adattamento locale pur nel pieno rispetto dei riferimenti normativi di politica sanitaria nazionale e regionale allo scopo di poter superare le criticità rappresentate dalle aspettative non sempre convergenti tra professionisti e manager, dall'assenza di un approccio epidemiologico alla pianificazione sanitaria, dal peso limitato delle evidenze scientifiche nelle macro-decisioni aziendali, specie se esistono tensioni tra appropriatezza e volumi (e conseguenti rimborsi) delle prestazioni sanitarie e da contrasti tra "interessi" aziendali, dipartimentali, delle singole unità operative e professionali.

"CLINICAL GOVERNANCE: LA RICERCA"

Dalla definizione di Clinical Governance (CG) risultano evidenti sia il principale obiettivo della CG, ovvero la valutazione continua ed il progressivo miglioramento della qualità dell'assistenza, che i temi della ricerca nel campo della CG.

La ricerca sulla CG ha per oggetto le diverse metodologie ed i molteplici strumenti utilizzati per migliorare la qualità dell'assistenza, quali la pratica professionale basata sulle evidenze scientifiche, la gestione delle informazioni scientifiche e delle banche dati cliniche, l'implementazione di percorsi assistenziali ed audit clinici, la valutazione delle tecnologie sanitarie, la gestione del rischio, la formazione continua degli operatori. Negli ultimi anni il numero di studi su tali temi si è rapidamente moltiplicato in ogni settore dell'assistenza, nel tentativo di identificare soluzioni per colmare il divario tra la conoscenza e l'azione che caratterizza la pratica clinica in gran parte del mondo. Tuttavia, nonostante il crescente impegno, sinora le ricerche hanno fornito molti spunti di riflessione, ma poche risposte concrete. Infatti, l'analisi critica della letteratura sulla CG evidenzia lo scarso rigore metodologico di molti lavori e la loro eterogeneità sia in termini di interventi di miglioramento che di obiettivi, caratteristiche che altresì limitano la validità e la generalizzabilità dei risultati. È stato comunque dimostrato che le strategie mediate dai clinici e/o dai pazienti generalmente sembrano essere più efficaci di quelle guidate dai manager e ne sono un esempio i ri-

sultati ottenuti in diversi settori dell'assistenza con gli audit clinici, i sistemi di supporto alle decisioni cliniche, il disease management delle patologie croniche e la formazione continua realizzata con didattica interattiva in piccoli gruppi. Anche in diabetologia lo scenario sembrerebbe sovrapponibile: intervenire unicamente sui professionisti o sull'organizzazione può determinare un miglioramento dei processi di cura, ma solo il coinvolgimento dei pazienti nelle strategie d'intervento è in grado di migliorare gli esiti intermedi dell'assistenza diabetologica. Queste poche evidenze generalizzabili non sono sufficienti per migliorare in maniera significativa la qualità dell'assistenza ed è ormai chiara la necessità di un cambiamento culturale e di un adeguato sviluppo della ricerca in questo settore. In tal senso, la recente pubblicazione delle linee guida SQUIRE (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence) è di fondamentale importanza perché, descrivendo i requisiti per la stesura ottimale di pubblicazioni su interventi di miglioramento della qualità, sottolinea gli aspetti metodologici rilevanti da assicurare già nella fase di progettazione dello studio. Da ciò l'aspettativa che, analogamente a quanto già successo con le linee guida per la pubblicazione di altre tipologie di lavori, ad esempio le CONSORT per gli studi randomizzati controllati o le QUORUM per le meta-analisi, le SQUIRE miglioreranno non solo la veste formale delle future pubblicazioni, ma anche la metodologia con cui verranno condotti gli studi.

Inoltre, le SQUIRE sono un forte segnale del cambiamento culturale in atto, in quanto definiscono chiaramente il miglioramento della qualità come una scienza applicata (e non come una disciplina accademica), il cui obiettivo principale è cambiare la performance delle persone più che produrre conoscenza generalizzabile. Trattandosi quindi di un processo sociale, strettamente legato al contesto e guidato dall'apprendimento esperienziale, gli interventi di miglioramento devono necessariamente essere complessi e multidimensionali e spesso i metodi sperimentali tradizionali, pur riuscendo a valutarne i risultati, non riescono a comprendere pienamente i meccanismi che li hanno prodotti. Da qui la riconosciuta necessità di sviluppare nuovi approcci metodologici, che integrino metodi quantitativi e qualitativi, e che si avvalgano di competenze mediche, infermieristiche, sociali, psicologiche, educative, etiche, epidemiologiche, economiche e manageriali, per ottenere risultati interpretabili ed applicabili nei diversi contesti assistenziali. Ed AMD, che già da tempo ha come obiettivo il miglioramento della qualità dell'assistenza e la riduzione del divario tra la pratica clinica raccomandata e quella reale, grazie alla propria ricchezza culturale ancora una volta sarà partecipe del cambiamento.

Dott.ssa Danila Fava
UOSD Malattie Metaboliche e Diabetologia,
A.O. S.Giovanni - Addolorata, Roma



Associazione Nazionale Italiana Atleti Diabetici
Sezione Sardegna
O.N.L.U.S.

8° CAMPIONATO NAZIONALE DI MEZZA MARATONA PER ATLETI DIABETICI (Aperto ai diabetologi Italiani!)

1 - 2 maggio 2010
Nurachi (Oristano)

SPIRTU MELLITO

Divulgare, divulgare, divulgare.....l'attività fisica fa bene al diabete.....dalle parole ai fatti.

PROGRAMMA DI BASE

In collaborazione con



U.O. Diabetologia ASL 5 Oristano



Marathon Club Oristano



Comune di
Nurachi

Premessa:

L'8° Campionato di mezza maratona per atleti diabetici in programma il prossimo 1 e 2 maggio 2010, sarà ospitato all'interno della 5ª edizione della mezza maratona di Pischeredda nel Comune di Nurachi, e sarà realizzato in collaborazione con l'ASD Marathon Club Oristano, Società che annualmente organizza l'evento insieme con l'Amministrazione Comunale. Nurachi è appunto un piccolo centro in provincia di Oristano, fa parte della penisola del Sinis, e Pischeredda ne rappresenta un'estensione caratteristica e caratterizzata da zone umide tipiche adiacenti lo stagno di Cabras. <http://www.comune.nurachi.or.it/>

La mezza maratona di Pischeredda rappresenta tra le competizioni omologate FIDAL in Sardegna una gara di buon livello e tra le più partecipate, caratterizzata soprattutto dal tipo di percorso che è costituito da una parte in asfalto e da un'altra in sterrato che costeggia proprio una parte dell'estesa laguna di Cabras (altro Comune dell'Oristanese), che confina con il territorio di Nurachi. La partecipazione è attestata annualmente intorno alle 400 presenze, il che rappresenta per il contesto Regionale un buon risultato. Il circuito è costruito su uno sviluppo di 10.548,5 metri da ripetersi due volte. Nell'ambito della stessa manifestazione si svolge anche una gara competitiva sempre omolo-

gata FIDAL di metri 10548, ed una non competitiva di 5 km destinata ai non tesserati.

PROGRAMMA DI MASSIMA

(gli orari allo stato attuale sono altamente indicativi)

Sabato 1 maggio

Come è consuetudine nella giornata di Sabato, e più precisamente a partire dal primo pomeriggio, si svolgerà un convegno scientifico costruito su argomenti attinenti la correlazione tra attività fisica, metabolismo energetico ed integrazione alimentare.

A tal fine l'arrivo a Nurachi deve avvenire al massimo entro le ore 14:00/14:30.

Per garantire tale condizione ci faremmo carico come ANIAD di organizzare un apposito transfer direttamente dall'aeroporto di Cagliari con partenza dallo stesso non oltre le ore 13:00

Domenica 2 maggio

Ore 8:45 Ritrovo degli atleti

Ore 10:00 partenza della gara

Ore 13:00 pranzo

Ore 14:00 Assegnazione del titolo di campione italiano ANIAD di mezza maratona

Ore 16:00/17:00 transfer per aeroporto di Cagliari

EVENTI COLLATERALI

A conclusione di un'iniziativa locale nata grazie alla collaborazione tra ANIAD, Servizio di Diabetologia di Oristano, ed il CONI Provinciale di Oristano, riguardante un programma quadrimestrale di allenamenti attraverso la tecnica del FITWALKING cui saranno destinatari persone con problemi metabolici, di obesità, e normalmente sedentari, è inteso dedicare all'interno della competizione uno spazio particolare per il gruppo costituito. Pertanto sarà possibile per tutti gli appassionati della disciplina potersi aggregare e percorrere il primo tratto della circuito (10 km).

SISTEMAZIONE

La sistemazione è prevista all'interno di B&B dislocati all'interno del centro abitato, normalmente in camera doppia, tutti con i servizi in camera e con la possibilità di consumare la colazione la mattina prima della gara. È altresì garantita la possibilità di utilizzare l'appartamento per la doccia del dopo gara.

COSTI

Compatibilmente con le risorse disponibili auspichiamo di poter sostenere la trasferta



PERCORSO DELLA MARATONA IN ROSSO

per circa quaranta atleti, fatta eccezione per le spese di viaggio. Con l'invio delle prossime circolari saremmo certamente più esaurienti. I costi degli eventuali accompagnatori non potranno essere a carico di ANIAD. Sarà possibile anticipare l'arrivo o posticipare la partenza, ed in tal senso occorrerà indicarlo contestualmente all'adesione alla gara attraverso le prossime circolari.

Marcello Grussu

Recapito telefonico: 340 0543583
Mail: marcellogrussu@tiscali.it
aniadsardegna@tiscali.it

I partecipanti alle gare competitive (21 km o 10 km) devono essere in possesso del certificato di idoneità agonistica. Per i tesserati con società sportive basta la comunicazione del numero di tessera e della società di appartenenza. Per i liberi e individuali è obbligatoria la consegna del certificato pena l'esclusione dalla competizione.

IL FALLIMENTO SECONDARIO. UN PROBLEMA DEL PAZIENTE O DEL MEDICO?

Il fallimento secondario del diabete di tipo 2 fa parte del bagaglio culturale di ogni diabetologo, non passa giorno che lo specialista non debba trattare un paziente con fallimento secondario. Tanto è stato pubblicato in Italia e nella letteratura mondiale sul fallimento secondario. La definizione stabilisce che il paziente sottoposto a dosaggio massimo di IO ma con un controllo glicemico oltre il target raccomandato per un congruo periodo di tempo (HbA1c <7%, glicemia a digiuno e preprandiale 90-130 mg/dl, postprandiale < 180 mg/dl) è in fallimento secondario. L'incidenza annua è variabile (tra 5 e 20%) a causa delle diverse modalità di definizione. I fattori eziopatogenetici sono poco noti, tra questi sono stati chiamati in causa fattori genetici, autoimmunitari, ambientali come l'obesità, la glucotossicità, lo stress, ecc. Sicuramente tutti questi eventi influiscono nel determinare il fallimento secondario. A mio parere, tuttavia, è stato sottovalutato un fattore importante nel determinare tale fallimento: il tempo. Sia ben chiaro, non il numero di anni da cui il paziente è afflitto da quella noiosa e restrittiva malattia chiamata diabete, che sicuramente è un parametro importante, il tempo che ha lo specialista a disposizione per il diabetico. Lo specialista è posizio-

nato ogni giorno nel suo piccolo ambulatorio bunker, assediato da un numero imprecisato di diabetici "con il ghiaccio in tasca", i prenotati del giorno con i problemi di ogni giorno. A questi si associano tutti i pazienti che devono espletare pratiche burocratiche come il rinnovo della patente, il rinnovo dell'attestato di malattia per rinnovare l'esenzione ticket (perché dal diabete si può guarire?), il rinnovo del piano annuale per gli ausili, i diversi piani terapeutici regionali per i farmaci con restrizioni, e non ultimo, il piano terapeutico attraverso la rete internet (per chi fortunato è fornito di computer e di collegamento) per gli ultimi prodotti incretinici. Nei canonici 15-20 minuti a disposizione per il singolo paziente il diabetologo ascolta gli ultimi problemi metabolici, verifica che l'educazione alimentare e le spiegazioni sullo stile di vita siano arrivati a segno, ispeziona le sedi di possibili lesioni da complicanze croniche come le piante dei piedi (avete mai cronometrato il tempo che una persona anziana con difficoltà motorie impiega a togliere e rimettere calzini e scarpe). Sempre in quel limitato lasso di tempo si deve commentare velocemente i parametri metabolici probabilmente molto alterati, spiegare l'ennesima volta le complicanze cui potrebbe andare incontro, ve-

rificare che pratici la terapia prescritta in modo adeguato, proporre la nuova terapia con l'odiata insulina E si, a quel punto spesso il paziente diventa impaziente di andarsene, l'idea di usare l'insulina, terapia dell'ultimo stadio della malattia, di doversi bucare 1, 2, 3 o persino 4 volte al giorno lo atterrisce e chiude i canali comunicativi. A questo punto il fiato degli altri diabetici si fa pesante sul collo dello specialista che, dopo aver provato a programmare inutilmente un ennesimo cambiamento dello stile di vita e alimentare, stabilisce di trovarsi di fronte ad un caso di "fallimento secondario" e quasi impone la terapia insulinica. A questo punto mi chiedo di chi è il fallimento: del diabete mellito, del diabetologo, dell'organizzazione sanitaria che non adegua il numero di specialisti all'epidemia di diabete e che al contrario incrementa gli adempimenti burocratici? Ovviamente di tempo a disposizione per la prevenzione, per la diagnosi precoce di persone a rischio di diabete che se fossero trattate per tempo non intaserebbero gli ambulatori con il fallimento secondario, di questo tempo nemmeno a parlarne!

Dott. Adriano Gatti - Napoli
AdrianoGatti@libero.it



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. Fogliani
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:	G. Grossi
Campania:	N. De Rosa
Emilia-Romagna:	A. Ciavarella
Friuli-Venezia Giulia:	L. Tonutti
Lazio:	F. Chiaramonte
Liguria:	G. Ghisoni
Lombardia:	A. Girelli
Marche:	L. Cotti
Molise:	M.R. Cristofaro
Piemonte-Valle d'Aosta:	L. Monge
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

SI RINGRAZIANO PER IL SOSTEGNO
LE SEGUENTI AZIENDE:

AstraZeneca 

 **Bayer HealthCare**
Diabetes Care

 **Bristol-Myers Squibb**

 **GlaxoSmithKline**

GUIDOTTI



 **LIFESCAN**
a Johnson & Johnson company

Lilly

 **MSD**

 **MERCK
SERONO**

 **novo nordisk®**

 **Roche**

 **sanofi aventis**
Because health matters

 **sigma-tau** s.p.a.
industrie farmaceutiche riunite

 **Takeda**