



RASSEGNA STAMPA

3 novembre 2014

23 ottobre 2014

PHARMASTAR[★]



Diabete, le 5 cose che il medico non deve fare



Si inaugura oggi a Baveno il “VII Convegno Nazionale Fondazione AMD”, l’evento biennale organizzato dalla Fondazione dell’Associazione Medici Diabetologi (AMD), volta alla promozione della ricerca nel campo del diabete mellito e delle altre malattie metaboliche. Il congresso terminerà sabato 25.

Al centro dei lavori l’appropriatezza che, come spiega il presidente AMD, **Antonio Ceriello**: “è uno dei cardini del programma che l’associazione si è prefissata per i prossimi anni. Con la propria Fondazione, AMD non promuove solo la ricerca scientifica clinica e di base, ma si propone anche di trovare, scientificamente, soluzioni in campo organizzativo assistenziale. Il progetto NICE, che abbiamo lanciato all’inizio del 2014, vuole favorire un cambiamento culturale nell’approccio alla cura del diabete, si basa sul fatto che non sempre la prescrizione più corretta rappresenti la cura adeguata, se non tiene conto dei reali bisogni della persona con diabete e la sua capacità di adeguare il proprio stile di vita.”

In questo solco si pone, quindi, anche il progetto sviluppato da AMD. “Abbiamo aderito all’iniziativa ‘Fare di più non significa fare meglio’ proposta da Slow Medicine e identificato, attraverso un lungo e complesso percorso basato sull’esperienza clinica e sulle evidenze scientifiche, le 5 cose che sarebbe meglio non fare, ovvero mettere in atto cum grano salis, sui propri pazienti”, spiega Maria Franca Mulas, coordinatrice del gruppo “Diabetologia misurata” di AMD.

Al termine del percorso è stata stilata una graduatoria che ha permesso di identificare le **cinque pratiche a maggior rischio di inappropriatezza**:

1. utilizzare la terapia insulinica al bisogno (la cosiddetta sliding scale) per il trattamento dell’iperglicemia nel paziente diabetico ricoverato in ospedale; è un metodo inadeguato e inefficace in quanto si attua solo dopo l’iperglicemia, con il rischio di provocare, a sua volta, una ipoglicemia
2. prescrivere di routine l’auto-misurazione domiciliare quotidiana della glicemia nelle persone con

diabete tipo 2, quando non sono in cura con farmaci che causano ipoglicemia; in chi non fa uso di insulina o alcuni farmaci per bocca che possono causare l'ipoglicemia, una volta ottenuto il buon controllo glicemico, se non intervengono fattori esterni come malattie acute o la somministrazione di farmaci iperglicemizzanti, l'auto-misurazione quotidiana non è necessaria, anzi, può essere fonte di ansia per la persona e i familiari

3. effettuare screening indiscriminato delle complicanze croniche del diabetico (per la retinopatia, la polineuropatia e l'arteriopatia periferica), con modalità e tempi diversi da quelli indicati dalle linee guida nazionali

4. trattare in modo indiscriminato con farmaci antiaggreganti piastrinici le persone con diabete; l'utilizzo di questi farmaci va riservato a chi sia a elevato rischio cardiovascolare o abbia già avuto un precedente evento cardiovascolare

5. eseguire di routine il dosaggio del C-peptide nel sangue; è inutile per la formulazione della diagnosi e diventa necessario solo in casi limitati e rari.

“Questo lavoro conferma l'attenzione di AMD verso il promuovere la massima attenzione a una pratica clinica più appropriata e a definire un profilo più moderno del diabetologo, che prevede la capacità di progettare, realizzare, valutare e proporre alle direzioni aziendali non solo l'efficacia clinica, ma anche l'efficienza di un modello organizzativo multidisciplinare in cui lo specialista sia corresponsabilizzato nella riduzione dei costi. È un obbligo che, con il progetto NICE e grazie all'impegno dei membri del Consiglio direttivo e di tutti i soci, AMD assume nei confronti della comunità, in un sistema sanitario sotto pressione per l'invecchiamento della popolazione e la contemporanea necessità di garantire cure e assistenza, per una diabetologia efficace, efficiente e sostenibile”, conclude Nicoletta Musacchio, Vicepresidente AMD.

23 ottobre 2014

Portale Diabete



Ecco le 5 cose che il diabetologo non dovrebbe mai fare



Giovedì 23 Ottobre 2014 19:56

Sono cinque le pratiche inappropriate che il medico diabetologo non dovrebbe mai mettere in atto nel curare i propri pazienti. La prima: utilizzare la terapia insulinica al bisogno (la cosiddetta sliding scale) per il trattamento dell'iperglicemia nel paziente diabetico ricoverato in ospedale; è un metodo inadeguato e inefficace in quanto si attua solo dopo l'iperglicemia, con il rischio di provocare, a sua volta, una ipoglicemia.

La seconda, prescrivere di routine l'auto-misurazione domiciliare quotidiana della glicemia nelle persone con diabete tipo 2, quando non sono in cura con farmaci che causano ipoglicemia; in chi non fa uso di insulina o alcuni farmaci per bocca che possono causare l'ipoglicemia, una volta ottenuto il buon controllo glicemico, se non intervengono fattori esterni come malattie acute o la somministrazione di farmaci iperglicemizzanti, l'auto-misurazione quotidiana non è necessaria, anzi, può essere fonte di ansia per la persona e i familiari.

Poi, effettuare screening indiscriminato delle complicanze croniche del diabetico (per la retinopatia, la polineuropatia e l'arteriopatia periferica), con modalità e tempi diversi da quelli indicati dalle linee guida nazionali. Quarta pratica da evitare, trattare in modo indiscriminato con farmaci antiaggreganti piastrinici le persone con diabete; l'utilizzo di questi farmaci va riservato a chi sia a elevato rischio cardiovascolare o abbia già avuto un precedente evento cardiovascolare.

Infine, eseguire di routine il dosaggio del C-peptide nel sangue; è inutile per la formulazione della diagnosi e diventa necessario solo in casi limitati e rari.

La classifica delle 5 pratiche inappropriate che il medico diabetologo non dovrebbe mai mettere in atto sui propri pazienti, è stata illustrata oggi a Baveno al "VII Convegno Nazionale Fondazione Amd", evento biennale organizzato dalla Fondazione, per promuovere la ricerca nel campo del diabete mellito e delle altre malattie metaboliche.

Indicazioni contenute nel progetto "5 pratiche da non mettere in atto sui propri pazienti" dell'Associazione medici diabetologi (Amd), in collaborazione con Slow Medicine e ispirato al movimento americano ChoosingWisely.

"L'appropriatezza – ha spiegato il presidente Amd, **Antonio Ceriello** – è uno dei cardini del programma che l'associazione si è prefissata per i prossimi anni. Con la propria Fondazione, non promuoviamo solo la ricerca scientifica clinica e di base, ma si propone anche di trovare, scientificamente, soluzioni in campo organizzativo assistenziale. Il progetto Nice, che abbiamo lanciato all'inizio del 2014, vuole favorire un cambiamento culturale nell'approccio alla cura del diabete, si basa sul fatto che non sempre la prescrizione più corretta rappresenti la cura adeguata, se non tiene conto dei reali bisogni della persona con diabete e la sua capacità di adeguare il proprio stile di vita."

Per questo l'Amd ha aderito all'iniziativa 'Fare di più non significa fare meglio' proposta da Slow Medicine e - come ha spiegato **Maria Franca Mulas**, coordinatrice del gruppo "Diabetologia misurata" di Amd - identificato, attraverso un lungo e complesso percorso basato sull'esperienza clinica e sulle evidenze scientifiche, le 5 cose che sarebbe meglio non fare, ovvero "mettere in atto cum grano salis, sui propri pazienti".

"Questo lavoro – ha concluso **Nicoletta Musacchio**, Vicepresidente Amd – conferma l'attenzione di Amd verso il promuovere la massima attenzione a una pratica clinica più appropriata e a definire un profilo più moderno del diabetologo, che prevede la capacità di progettare, realizzare, valutare e proporre alle direzioni aziendali non solo l'efficacia clinica, ma anche l'efficienza di un modello organizzativo multidisciplinare in cui lo specialista sia corresponsabilizzato nella riduzione dei costi".

da quotidianosanità.it

23 ottobre 2014

info|OGGI
IL DIRITTO DI SAPERE



DIABETE: LE 5 COSE CHE IL DIABETOLOGO NON DOVREBBE FARE QUANDO CURA I PROPRI ASSISTITI



0 commenti, 23/10/2014, 16:11, articolo di Elisa Signoretti, in *Salute*

MILANO, 23 OTTOBRE 2014 – Riceviamo e pubblichiamo

Si inaugura oggi a Baveno il “VII Convegno Nazionale Fondazione AMD”, l’evento biennale organizzato dalla Fondazione dell’Associazione Medici Diabetologi (AMD), volta alla promozione della ricerca nel campo del diabete mellito e delle altre malattie metaboliche. Il congresso terminerà sabato 25. Al centro dei lavori l’appropriatezza che, come spiega il presidente AMD, Antonio Ceriello: “è uno dei cardini del programma che l’associazione si è prefissata per i prossimi anni. Con la propria Fondazione, AMD non promuove solo la ricerca scientifica clinica e di base, ma si propone anche di trovare, scientificamente, soluzioni in campo organizzativo assistenziale.

Il progetto NICE, che abbiamo lanciato all’inizio del 2014, vuole favorire un cambiamento culturale nell’approccio alla cura del diabete, si basa sul fatto che non sempre la prescrizione più corretta rappresenti la cura adeguata, se non tiene conto dei reali bisogni della persona con diabete e la sua capacità di adeguare il proprio stile di vita.”

In questo solco si pone, quindi, anche il progetto sviluppato da AMD. “Abbiamo aderito all’iniziativa ‘Fare di più non significa fare meglio’ proposta da Slow Medicine e identificato, attraverso un lungo e complesso percorso basato sull’esperienza clinica e sulle evidenze scientifiche, le 5 cose che sarebbe meglio non fare, ovvero mettere in atto cum grano salis, sui propri pazienti”, spiega Maria Franca Mulas, coordinatrice del gruppo “Diabetologia misurata” di AMD.

Al termine del percorso è stata stilata una graduatoria che ha permesso di identificare le cinque pratiche a maggior rischio di inappropriatazza: Al termine del percorso è stata stilata una graduatoria che ha permesso di identificare le cinque pratiche a maggior rischio di inappropriatazza:

1. utilizzare la terapia insulinica al bisogno (la cosiddetta sliding scale) per il trattamento dell’iperglicemia nel paziente diabetico ricoverato in ospedale; è un metodo inadeguato e inefficace in quanto si attua solo dopo l’iperglicemia, con il rischio di provocare, a sua volta, una ipoglicemia;
2. prescrivere di routine l’auto-misurazione domiciliare quotidiana della glicemia nelle persone con diabete

tipo 2, quando non sono in cura con farmaci che causano ipoglicemia; in chi non fa uso di insulina o alcuni farmaci per bocca che possono causare l'ipoglicemia, una volta ottenuto il buon controllo glicemico, se non intervengono fattori esterni come malattie acute o la somministrazione di farmaci iperglicemizzanti, l'auto-misurazione quotidiana non è necessaria, anzi, può essere fonte di ansia per la persona e i familiari;

3. effettuare screening indiscriminato delle complicanze croniche del diabetico (per la retinopatia, la polineuropatia e l'arteriopatia periferica), con modalità e tempi diversi da quelli indicati dalle linee guida nazionali;
4. trattare in modo indiscriminato con farmaci antiaggreganti piastrinici le persone con diabete; l'utilizzo di questi farmaci va riservato a chi sia a elevato rischio cardiovascolare o abbia già avuto un precedente evento cardiovascolare;
5. eseguire di routine il dosaggio del C-peptide nel sangue; è inutile per la formulazione della diagnosi e diventa necessario solo in casi limitati e rari.

“Questo lavoro conferma l'attenzione di AMD verso il promuovere la massima attenzione a una pratica clinica più appropriata e a definire un profilo più moderno del diabetologo, che prevede la capacità di progettare, realizzare, valutare e proporre alle direzioni aziendali non solo l'efficacia clinica, ma anche l'efficienza di un modello organizzativo multidisciplinare in cui lo specialista sia corresponsabilizzato nella riduzione dei costi. È un obbligo che, con il progetto NICE e grazie all'impegno dei membri del Consiglio direttivo e di tutti i soci, AMD assume nei confronti della comunità, in un sistema sanitario sotto pressione per l'invecchiamento della popolazione e la contemporanea necessità di garantire cure e assistenza, per una diabetologia efficace, efficiente e sostenibile”, conclude Nicoletta Musacchio, Vicepresidente AMD.

2. prescrivere di routine l'auto-misurazione domiciliare quotidiana della glicemia nelle persone con diabete tipo 2, quando non sono in cura con farmaci che causano ipoglicemia; in chi non fa uso di insulina o alcuni farmaci per bocca che possono causare l'ipoglicemia, una volta ottenuto il buon controllo glicemico, se non intervengono fattori esterni come malattie acute o la somministrazione di farmaci iperglicemizzanti, l'auto-misurazione quotidiana non è necessaria, anzi, può essere fonte di ansia per la persona e i familiari
3. effettuare screening indiscriminato delle complicanze croniche del diabetico (per la retinopatia, la polineuropatia e l'arteriopatia periferica), con modalità e tempi diversi da quelli indicati dalle linee guida nazionali
4. trattare in modo indiscriminato con farmaci antiaggreganti piastrinici le persone con diabete; l'utilizzo di questi farmaci va riservato a chi sia a elevato rischio cardiovascolare o abbia già avuto un precedente evento cardiovascolare
5. eseguire di routine il dosaggio del C-peptide nel sangue; è inutile per la formulazione della diagnosi e diventa necessario solo in casi limitati e rari. "Questo lavoro conferma l'attenzione di AMD verso il promuovere la massima attenzione a una pratica clinica più appropriata e a definire un profilo più moderno del diabetologo, che prevede la capacità di progettare, realizzare, valutare e proporre alle direzioni aziendali non solo l'efficacia clinica, ma anche l'efficienza di un modello organizzativo multidisciplinare in cui lo specialista sia corresponsabilizzato nella riduzione dei costi. È un obbligo che, con il progetto NICE e grazie all'impegno dei membri del Consiglio direttivo e di tutti i soci, AMD assume nei confronti della comunità, in un sistema sanitario sotto pressione per l'invecchiamento della popolazione e la contemporanea necessità di garantire cure e assistenza, per una diabetologia efficace, efficiente e sostenibile", conclude **Nicoletta Musacchio**, Vicepresidente AMD.

dopo l'iperglicemia, con il rischio di provocare, a sua volta, una ipoglicemia

2. prescrivere di routine l'auto-misurazione domiciliare quotidiana della glicemia nelle persone con diabete tipo 2, quando non sono in cura con farmaci che causano ipoglicemia; in chi non fa uso di insulina o alcuni farmaci per bocca che possono causare l'ipoglicemia, una volta ottenuto il buon controllo glicemico, se non intervengono fattori esterni come malattie acute o la somministrazione di farmaci iperglicemizzanti, l'auto-misurazione quotidiana non è necessaria, anzi, può essere fonte di ansia per la persona e i familiari
1. effettuare screening indiscriminato delle complicanze croniche del diabetico (per la retinopatia, la polineuropatia e l'arteriopatia periferica), con modalità e tempi diversi da quelli indicati dalle linee guida nazionali
2. trattare in modo indiscriminato con farmaci antiaggreganti piastrinici le persone con diabete; l'utilizzo di questi farmaci va riservato a chi sia a elevato rischio cardiovascolare o abbia già avuto un precedente evento cardiovascolare
3. eseguire di routine il dosaggio del C-peptide nel sangue; è inutile per la formulazione della diagnosi e diventa necessario solo in casi limitati e rari.

“Questo lavoro conferma l'attenzione di AMD verso il promuovere la massima attenzione a una pratica clinica più appropriata e a definire un profilo più moderno del diabetologo, che prevede la capacità di progettare, realizzare, valutare e proporre alle direzioni aziendali non solo l'efficacia clinica, ma anche l'efficienza di un modello organizzativo multidisciplinare in cui lo specialista sia corresponsabilizzato nella riduzione dei costi. È un obbligo che, con il progetto NICE e grazie all'impegno dei membri del Consiglio direttivo e di tutti i soci, AMD assume nei confronti della comunità, in un sistema sanitario sotto pressione per l'invecchiamento della popolazione e la contemporanea necessità di garantire cure e assistenza, per una diabetologia efficace, efficiente e sostenibile”, conclude **Nicoletta Musacchio**, Vicepresidente AMD.

LE 5 COSE CHE IL DIABETOLOGO NON DOVREBBE FARE

Il vademecum dalla Fondazione dell'Associazione Medici Diabetologi.
di **La redazione** - 27 Ottobre 2014 - 4:38



0

Dal 7mo **Convegno Nazionale Fondazione AMD** (Baveno, 23-25 ottobre), l'evento biennale organizzato dalla **Fondazione dell'Associazione Medici Diabetologi** che promuove la ricerca nel campo del **diabete mellito** e delle altre malattie metaboliche, le 5 pratiche che i diabetologi non dovrebbero mettere in atto sui propri pazienti.

1. Utilizzare la terapia insulinica al bisogno (la cosiddetta *sliding scale*) per il trattamento dell'iperglicemia nel paziente diabetico ricoverato in ospedale; è un metodo inadeguato e inefficace in quanto si attua solo dopo l'iperglicemia, con il rischio di provocare, a sua volta, una ipoglicemia

2. Prescrivere di routine l'auto-misurazione domiciliare quotidiana della glicemia nelle persone con diabete tipo 2, quando non sono in cura con farmaci che causano ipoglicemia; in chi non fa uso di insulina o alcuni farmaci per bocca che possono causare l'ipoglicemia, una volta ottenuto il buon controllo glicemico, se non intervengono fattori esterni come malattie acute o la somministrazione di farmaci iperglicemizzanti, l'auto-misurazione quotidiana non è necessaria, anzi, può essere fonte di ansia per la persona e i familiari

3. Effettuare screening indiscriminato delle complicanze croniche del diabetico (per la retinopatia, la polineuropatia e l'arteriopatia periferica), con modalità e tempi diversi da quelli indicati dalle linee guida nazionali

- 4.** Trattare in modo indiscriminato con farmaci antiaggreganti piastrinici le persone con diabete; l'utilizzo di questi farmaci va riservato a chi sia a elevato rischio cardiovascolare o abbia già avuto un precedente evento cardiovascolare
- 5.** Eseguire di routine il dosaggio del C-peptide nel sangue; è inutile per la formulazione della diagnosi e diventa necessario solo in casi limitati e rari.

27 ottobre 2014

fai.informazione.it

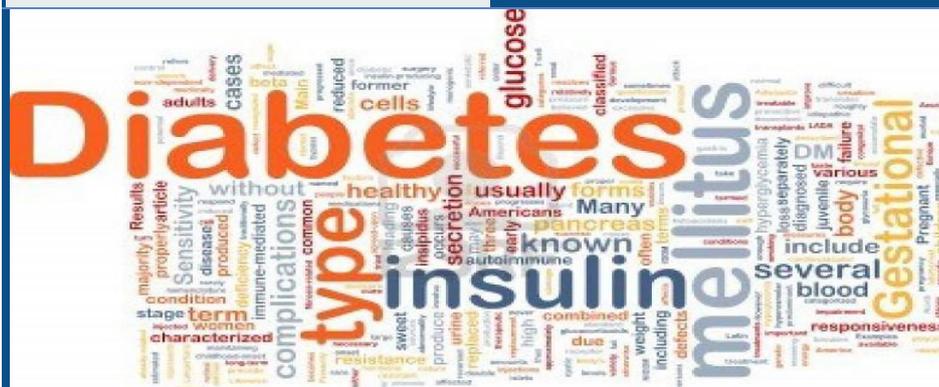


Diabete, AMD: 5 pratiche da non mettere in atto sui propri pazienti

116 voti

27/10/2014 - Si è tenuto a Baveno il "VII Convegno Nazionale Fondazione AMD", l'evento biennale organizzato dalla Fondazione dell'Associazione Medici Diabetologi (AMD), volta alla promozione della ricerca nel campo del diabete mellito e delle altre malattie metaboliche. Al centro dei lavori l'appropriatezza che, come spiega il presidente AMD, Antonio Ceriello: "è uno dei cardini del programma che l'associazione si è prefissata per i prossimi anni. Con la propria Fondazione, AMD non promuove solo la ricerca scientifica clinica e di base,...(continua)
([Leggi l'Articolo](#))

DIABETE, AMD: 5 PRATICHE DA NON METTERE IN ATTO SUI PROPRI PAZIENTI



Si è tenuto a Baveno il "VII Convegno Nazionale Fondazione AMD", l'evento biennale organizzato dalla Fondazione dell'Associazione Medici Diabetologi (AMD), volta alla promozione della ricerca nel campo del diabete mellito e delle altre malattie metaboliche.

Al centro dei lavori l'appropriatezza che, come spiega il presidente AMD, **Antonio Ceriello**: "è uno dei cardini del programma che l'associazione si è prefissata per i prossimi anni. Con la propria Fondazione, AMD non promuove solo la ricerca scientifica clinica e di base, ma si propone anche di trovare, scientificamente, soluzioni in campo organizzativo assistenziale. Il progetto NICE, che abbiamo lanciato all'inizio del 2014, vuole favorire un cambiamento culturale nell'approccio alla cura del diabete, si basa sul fatto che non sempre la prescrizione più corretta rappresenti la cura adeguata, se non tiene conto dei reali bisogni della persona con diabete e la sua capacità di adeguare il proprio stile di vita."

In questo solco si pone, quindi, anche il progetto sviluppato da AMD. "Abbiamo aderito all'iniziativa 'Fare di più non significa fare meglio' proposta da Slow Medicine e

identificato, attraverso un lungo e complesso percorso basato sull'esperienza clinica e sulle evidenze scientifiche, le 5 cose che sarebbe meglio non fare, ovvero mettere in atto *cum grano salis*, sui propri pazienti", spiega **Maria Franca Mulas**, coordinatrice del gruppo "Diabetologia misurata" di AMD.

Al termine del percorso è stata stilata una graduatoria che ha permesso di identificare le cinque pratiche a maggior rischio di inappropriatazza:

1. utilizzare la terapia insulinica al bisogno (la cosiddetta *sliding scale*) per il trattamento dell'iperglicemia nel paziente diabetico ricoverato in ospedale; è un metodo inadeguato e inefficace in quanto si attua solo dopo l'iperglicemia, con il rischio di provocare, a sua volta, una ipoglicemia
2. prescrivere di routine l'auto-misurazione domiciliare quotidiana della glicemia nelle persone con diabete tipo 2, quando non sono in cura con farmaci che causano ipoglicemia; in chi non fa uso di insulina o alcuni farmaci per bocca che possono causare l'ipoglicemia, una volta ottenuto il buon controllo glicemico, se non intervengono fattori esterni come malattie acute o la somministrazione di farmaci iperglicemizzanti, l'auto-misurazione quotidiana non è necessaria, anzi, può essere fonte di ansia per la persona e i familiari
3. effettuare screening indiscriminato delle complicanze croniche del diabetico (per la retinopatia, la polineuropatia e l'arteriopatia periferica), con modalità e tempi diversi da quelli indicati dalle linee guida nazionali
4. trattare in modo indiscriminato con farmaci antiaggreganti piastrinici le persone con diabete; l'utilizzo di questi farmaci va riservato a chi sia a elevato rischio cardiovascolare o abbia già avuto un precedente evento cardiovascolare
5. eseguire di routine il dosaggio del C-peptide nel sangue; è inutile per la formulazione della diagnosi e diventa necessario solo in casi limitati e rari.

"Questo lavoro conferma l'attenzione di AMD verso il promuovere la massima attenzione a una pratica clinica più appropriata e a definire un profilo più moderno del diabetologo, che prevede la capacità di progettare, realizzare, valutare e proporre alle direzioni aziendali non solo l'efficacia clinica, ma anche l'efficienza di un modello organizzativo multidisciplinare in cui lo specialista sia corresponsabilizzato nella riduzione dei costi. È un obbligo che, con il progetto NICE e grazie all'impegno dei membri del Consiglio direttivo e di tutti i soci, AMD assume nei confronti della comunità, in un sistema sanitario sotto pressione per l'invecchiamento della popolazione e la contemporanea necessità di garantire cure e assistenza, per una diabetologia efficace, efficiente e sostenibile", conclude **Nicoletta Musacchio**, Vicepresidente AMD.

28 ottobre 2014



Terapia cum grano salis per il paziente diabetico

Il convegno Nazionale dell'Associazione Medici Diabetologi (AMD) (Baveno, 23-25 ottobre 2014) quest'anno punta i riflettori sul tema importante dell'appropriatezza. Come spiega il presidente AMD, Antonio Ceriello: "l'appropriatezza è uno dei cardini del programma che l'associazione si è prefissata per i prossimi anni. Con la propria Fondazione, AMD non promuove solo la ricerca scientifica clinica e di base, ma si propone anche di trovare, scientificamente, soluzioni in campo organizzativo assistenziale. Il progetto NICE, che abbiamo lanciato all'inizio del 2014, vuole favorire un cambiamento culturale nell'approccio alla cura del diabete, si basa sul fatto che non sempre la prescrizione più corretta rappresenti la cura adeguata, se non tiene conto dei reali bisogni della persona con diabete e la sua capacità di adeguare il proprio stile di vita.

Il progetto di Amd, stilato in collaborazione con Slow Medicine e ispirato al movimento americano ChoosingWisely, individua le attività a maggior rischio di inappropriatezza nell'attività clinica diabetologia. Al termine del percorso è stata stilata una graduatoria che ha permesso di identificare le pratiche a maggior rischio di inappropriatezza che comprendono l'invito a non utilizzare la terapia insulinica al bisogno (la cosiddetta *sliding scale*) per il trattamento dell'iperglicemia nel paziente diabetico ricoverato in ospedale; si tratta di un metodo inadeguato e inefficace perché attuato solo dopo l'iperglicemia, con il rischio di provocare, a sua volta, una ipoglicemia.

Non è nemmeno utile e produttivo prescrivere di routine l'auto-misurazione domiciliare quotidiana della glicemia nelle persone con diabete tipo 2, che non siano in cura con farmaci che causano ipoglicemia. Raggiunto il buon controllo glicemico, se non intervengono fattori esterni come malattie acute o la somministrazione di farmaci iperglicemizzanti, nei pazienti che non fanno uso di insulina o di farmaci orali che possono causare l'ipoglicemia l'auto-misurazione quotidiana non è necessaria, anzi, può essere fonte di ansia per la persona e i familiari.

È opportuno anche evitare uno screening indiscriminato delle complicanze croniche del diabetico (per la retinopatia, la polineuropatia e l'arteriopatia periferica), con modalità e tempi diversi da quelli indicati dalle linee guida nazionali.

Si raccomanda ancora di non fare in modo indiscriminato con farmaci antiaggreganti piastrinici i pazienti diabetici poiché l'uso di questi farmaci va riservato solo ai soggetti con elevato livello di rischio cardiovascolare o con pregresso evento cardiovascolare.

Va, infine, evitato eseguire di routine il dosaggio del C-peptide nel sangue in quanto è inutile per la formulazione della diagnosi e diventa necessario solo in casi limitati e rari.

"Questo lavoro conferma l'attenzione di AMD a promuovere la massima attenzione a una pratica clinica più appropriata e a definire un profilo più moderno del diabetologo, che prevede la capacità di progettare, realizzare, valutare e proporre alle direzioni aziendali non solo l'efficacia clinica, ma anche l'efficienza di un modello organizzativo multidisciplinare in cui lo specialista sia corresponsabilizzato nella riduzione dei costi. È un obbligo che, con il progetto NICE e grazie all'impegno dei membri del Consiglio direttivo e di tutti i soci, AMD assume nei confronti della comunità, in un sistema sanitario sotto pressione per l'invecchiamento della popolazione e la contemporanea necessità di garantire cure e assistenza, per una diabetologia efficace, efficiente e sostenibile", conclude Nicoletta Musacchio, vicepresidente AMD.

29 ottobre 2014



SANITA. VII congresso Amd, assegnate 3 borse di studio

(DIRE - Notiziario Sanità) Roma, 29 ott. - Interamente finanziate con parte del ricavato dal 5 x 1000 destinato alla Fondazione AMD - Associazione Medici Diabetologi. Sono le borse di studio del valore di 10.000 euro ciascuna destinate a 3 ricercatori che si sono distinti con i loro progetti di ricerca scientifica sulle tematiche: epidemiologia e modelli organizzativi e assistenziali per il diabete e le malattie metaboliche; educazione dei pazienti o formazione degli operatori; ricerca clinica e medicina translazionale. La cerimonia di conferimento al VII Convegno nazionale Fondazione Amd in svolgimento a Baveno (VB).

"Le Borse di studio 5 x 1000, istituite da AMD attraverso la sua Fondazione di ricerca, sono nate lo scorso anno. Hanno lo scopo di destinare parte dei fondi raccolti attraverso questo importante sistema ideato dallo Stato, un antesignano del crowd funding oggi tanto in voga, a finanziare in maniera indipendente progetti che, per dimensioni, spesso non riescono ad accedere al circuito dei grandi finanziamenti. Si tratta comunque di iniziative portatrici di importanti analisi, innovazioni e soluzioni", dice Antonio Ceriello, Presidente AMD.

La novità di quest'anno, seconda edizione, riguarda l'apertura del bando, non solo ai diabetologi, ma anche alle altre figure professionali che fanno parte del team diabetologico. Hanno partecipato, infatti, infermieri, dietisti, podologi, statistici, fisioterapisti, psicologi, biologi, laureati in scienze motorie. Le domande sono state esaminate da un comitato tecnico-scientifico composto da rappresentanti della Fondazione AMD, delegati AMD e da rappresentanti della Consulta delle Sezioni Regionali. "Dopo l'esperimento dello scorso anno, ci siamo resi conto che, essendo la diabetologia una disciplina di team, molti progetti richiedono la collaborazione attiva di diversi professionisti sanitari; ecco che abbiamo voluto dedicare questo riconoscimento a tutte le figure coinvolte", spiega Carlo Giorda, Presidente Fondazione AMD.

In seguito a un'accurata selezione sono stati proclamati tre vincitori. Annalisa Alessiato, con il progetto dal titolo "La terapia con inibitori del DPP-4 e rischio di ospedalizzazione per scompenso cardiaco in una popolazione non selezionata di soggetti con diabete di tipo 2. Uno studio caso-controllo (nested case-control)", si è soffermata sull'analisi dei dati amministrativi della regione Piemonte per valutare il rischio in una vasta popolazione non selezionata di soggetti con diabete.

Il progetto di Franco Bonfranceschi, "Valutazione del livello di sedentarietà in soggetti anziani affetti da diabete di tipo 2: le relazioni con lo stato di salute e le performance fisiche", si propone di valutare il grado di attività fisica svolta da pazienti anziani con

diabete di tipo 2 assistiti presso un centro ambulatoriale di diabetologia per mettere in relazione questo parametro con lo stato di salute.

Francesca Ferrari con il progetto "La patologia diabetica negli stranieri: prevalenza e adesione ai modelli assistenziali nella provincia di Reggio Emilia" si propone di investigare la prevalenza del diabete e l'adesione ai percorsi assistenziali degli stranieri nel loro complesso e suddivisi per area geografica di provenienza, mantenendo una distinzione di genere.

30 ottobre 2014

LENEWS  info



DA AMD-ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI, LE 5 COSE CHE IL DIABETOLOGO NON DOVREBBE FARE QUANDO CURA I PROPRI ASSISTITI



Presentato il progetto dell'Associazione Medici Diabetologi (AMD), in collaborazione con Slow Medicine e ispirato al movimento americano ChoosingWisely, che individua quali siano le attività a rischio di inappropriata nell'attività clinica diabetologica – La classifica delle “5 pratiche da non mettere in atto sui propri pazienti”– L'impegno di AMD per una diabetologia efficace, efficiente e sostenibile

Si inaugura oggi a Baveno il “VII Convegno Nazionale Fondazione AMD”, l'evento biennale organizzato dalla Fondazione dell'Associazione Medici Diabetologi (AMD), volta alla promozione della ricerca nel campo del diabete mellito e delle altre malattie metaboliche. Il congresso terminerà sabato 25. Al centro dei lavori l'appropriatezza che, come spiega il presidente AMD, **Antonio Ceriello**: “è uno dei cardini del programma che l'associazione si è prefissata per i prossimi anni. Con la propria Fondazione, AMD non promuove solo la ricerca scientifica clinica e di base, ma si propone anche di trovare, scientificamente, soluzioni in campo organizzativo assistenziale. Il progetto NICE, che abbiamo lanciato all'inizio del 2014, vuole favorire un cambiamento culturale nell'approccio alla cura del diabete, si basa sul fatto che non sempre la prescrizione più corretta rappresenti la cura adeguata, se non tiene conto dei reali bisogni della persona con diabete e la sua capacità di adeguare il proprio stile di vita.”

In questo solco si pone, quindi, anche il progetto sviluppato da AMD. “Abbiamo aderito all'iniziativa ‘Fare di più non significa fare meglio’ proposta da Slow Medicine e identificato, attraverso un lungo e complesso percorso basato sull'esperienza clinica e sulle evidenze scientifiche, le 5 cose che sarebbe meglio non fare, ovvero mettere in atto *cum grano salis*, sui propri pazienti”, spiega **Maria Franca Mulas**, coordinatrice del gruppo “Diabetologia misurata” di AMD. Al termine del percorso è stata stilata una graduatoria che ha permesso di identificare le cinque pratiche a maggior rischio di inappropriata:

1. utilizzare la terapia insulinica al bisogno (la cosiddetta *sliding scale*) per il trattamento dell'iperglicemia nel paziente diabetico ricoverato in ospedale; è un metodo inadeguato e inefficace in quanto si attua solo dopo l'iperglicemia, con il rischio di provocare, a sua volta, una ipoglicemia
2. prescrivere di routine l'auto-misurazione domiciliare quotidiana della glicemia nelle persone con diabete tipo 2, quando non sono in cura con farmaci che causano ipoglicemia; in chi non fa uso di insulina o alcuni farmaci per bocca che possono causare l'ipoglicemia, una volta ottenuto il buon controllo glicemico, se non intervengono fattori esterni come malattie acute o la somministrazione di farmaci iperglicemizzanti, l'auto-misurazione quotidiana non è necessaria, anzi, può essere fonte di ansia per la persona e i familiari
3. effettuare screening indiscriminato delle complicanze croniche del diabetico (per la retinopatia, la polineuropatia e l'arteriopatia periferica), con modalità e tempi diversi da quelli indicati dalle linee guida nazionali

4. trattare in modo indiscriminato con farmaci antiaggreganti piastrinici le persone con diabete; l'utilizzo di questi farmaci va riservato a chi sia a elevato rischio cardiovascolare o abbia già avuto un precedente evento cardiovascolare
5. eseguire di routine il dosaggio del C-peptide nel sangue; è inutile per la formulazione della diagnosi e diventa necessario solo in casi limitati e rari.

“Questo lavoro conferma l'attenzione di AMD verso il promuovere la massima attenzione a una pratica clinica più appropriata e a definire un profilo più moderno del diabetologo, che prevede la capacità di progettare, realizzare, valutare e proporre alle direzioni aziendali non solo l'efficacia clinica, ma anche l'efficienza di un modello organizzativo multidisciplinare in cui lo specialista sia corresponsabilizzato nella riduzione dei costi. È un obbligo che, con il progetto NICE e grazie all'impegno dei membri del Consiglio direttivo e di tutti i soci, AMD assume nei confronti della comunità, in un sistema sanitario sotto pressione per l'invecchiamento della popolazione e la contemporanea necessità di garantire cure e assistenza, per una diabetologia efficace, efficiente e sostenibile”, conclude **Nicoletta Musacchio**, Vicepresidente AMD.



RASSEGNA STAMPA

10 novembre 2014

5 novembre 2014

Diabetologia33



CURE APPROPRIATE: ECCO IL CHOOSING WISELY IN DIABETOLOGIA



È stato presentato a Baveno (VB), durante il VII Convegno nazionale Fondazione Amd (Associazione medici diabetologi) dedicato al tema dell'appropriatezza in diabetologia, il progetto - realizzato in collaborazione con Slow Medicine e ispirato al movimento americano Choosing Wisely - che individua le attività a rischio di inappropriately nella clinica diabetologica. Non sempre la prescrizione più corretta rappresenta la cura adeguata, se non tiene conto dei reali bisogni della persona con diabete e la sua capacità di adeguare il proprio stile di vita, ha sottolineato il presidente Amd, **Antonio Ceriello**. In linea con questa visione, ha spiegato Maria Franca Mulas, coordinatrice del gruppo "Diabetologia misurata" di Amd «abbiamo aderito all'iniziativa "Fare di più non significa fare meglio" - proposta da Slow Medicine - e identificato, attraverso un lungo e complesso percorso basato sull'esperienza clinica e sulle evidenze scientifiche, le 5 cose che sarebbe meglio non fare, ovvero mettere in atto cum grano salis, sui propri pazienti». Ecco l'elaborato: 1°) Utilizzare la terapia insulinica al bisogno (la cosiddetta sliding scale) per il trattamento dell'iperglicemia nel paziente diabetico ricoverato in ospedale; è un metodo inadeguato e inefficace in quanto si attua solo dopo l'iperglicemia, con il rischio di provocare, a sua volta, una ipoglicemia. 2°) Prescrivere di routine l'auto-misurazione domiciliare quotidiana della glicemia nelle persone con diabete tipo 2, quando non sono in cura con farmaci che causano ipoglicemia; in chi non fa uso di insulina o alcuni farmaci per bocca che possono causare l'ipoglicemia, una volta ottenuto il buon controllo glicemico, se non intervengono fattori esterni come malattie acute o la somministrazione di farmaci iperglicemizzanti, l'auto-misurazione quotidiana non è necessaria, anzi, può essere fonte di ansia per la persona e i familiari. 3°) Effettuare screening indiscriminato delle complicanze croniche del diabetico (per la retinopatia, la polineuropatia e l'arteriopatia periferica), con modalità e tempi diversi da quelli indicati dalle linee guida nazionali. 4°) Trattare in modo indiscriminato con farmaci antiaggreganti piastrinici le persone con diabete; l'utilizzo di questi farmaci va riservato a chi sia a elevato rischio cardiovascolare o abbia già avuto un precedente evento cardiovascolare. 5°) Eseguire di routine il dosaggio del C-peptide nel sangue; è inutile per la formulazione della diagnosi e diventa necessario solo in casi limitati e rari.

Da 'insulina al bisogno' a screening indiscriminati complicanze

Progetto Amd, ecco le 5 pratiche che il diabetologo deve evitare

Una 'black list' di pratiche da evitare con i propri pazienti. A stilarla sono stati i diabetologi di Amd (Associazione medici diabetologi), nell'ambito di un progetto realizzato in collaborazione con Slow Medicine e ispirato al movimento americano ChoosingWisely. Obiettivo: individuare quali siano le attività a rischio inappropriata nell'attività del diabetologo. "Abbiamo aderito all'iniziativa 'Fare di più non significa fare meglio' proposta da Slow Medicine e identificato, attraverso un lungo e complesso percorso basato sull'esperienza clinica e sulle evidenze scientifiche, le 5 cose che sarebbe meglio non fare, ovvero mettere in atto cum grano salis, sui propri pazienti", spiega Maria Franca Mulas, coordinatrice del gruppo 'Diabetologia misurata' di Amd, in occasione del VII Convegno nazionale della Fondazione Amd a Baveno (Verbano-Cusio-Ossola). Al termine del percorso, spiega l'esperta, è stata stilata una graduatoria che ha permesso di identificare le 5 pratiche a rischio inappropriata: utilizzare la terapia insulinica al bisogno (la cosiddetta sliding scale) per il trattamento dell'iperglicemia nel paziente diabetico ricoverato in ospedale;

prescrivere di routine dell'automisurazione domiciliare quotidiana della glicemia nelle persone con diabete di tipo 2, quando non sono in cura con farmaci che causano ipoglicemia; effettuare screening indiscriminato delle complicanze croniche del diabetico (per la retinopatia, la polineuropatia e l'arteriopatia periferica), con modalità e tempi diversi da quelli indicati dalle linee guida nazionali; trattare in modo indiscriminato con farmaci antiaggreganti piastrinici le persone con diabete (utilizzo che va riservato a chi sia a elevato rischio cardiovascolare o abbia già avuto un precedente evento cardiovascolare); eseguire di routine il dosaggio del C-peptide nel sangue. Al centro dei lavori del convegno di Baveno l'appropriatezza che, come spiega il presidente Amd Antonio Ceriello "è uno dei cardini del programma che l'associazione si è prefissata per i prossimi anni. Con la propria Fondazione, Amd si propone anche di trovare, scientificamente, soluzioni in campo organizzativo assistenziale. Il progetto 'Nice', che abbiamo lanciato a inizio 2014, vuole favorire un cambiamento culturale nell'approccio alla cura del diabete e si basa sul fatto che non

sempre la prescrizione più corretta rappresenti la cura adeguata, se non tiene conto dei reali bisogni della persona con diabete e la sua capacità di adeguare il proprio stile di vita". Il progetto realizzato con Slow medicine, conclude Nicoletta Musacchio, vicepresidente Amd, "conferma l'attenzione di Amd verso la promozione di una pratica clinica più appropriata e la definizione di un profilo più moderno del diabetologo, che prevede la capacità di progettare, realizzare, valutare e proporre alle direzioni aziendali non solo l'efficacia clinica, ma anche l'efficienza di un modello organizzativo multidisciplinare in cui lo specialista sia corresponsabilizzato nella riduzione dei costi. È un obbligo che, con il progetto Nice e l'impegno dei membri del Consiglio direttivo e di tutti i soci, Amd assume nei confronti della comunità, in un sistema sanitario sotto pressione per l'invecchiamento della popolazione e la contemporanea necessità di garantire cure e assistenza, per una diabetologia efficace, efficiente e sostenibile".

Lucia Scopelliti



RASSEGNA STAMPA

17 novembre 2014

7 novembre 2014

HarDoctor News



Da AMD, le 5 cose che il Diabetologo non dovrebbe fare quando cura i propri assistiti



Inaugurato il 23 ottobre 2014 a Baveno il “VII Convegno Nazionale Fondazione AMD”, l’evento biennale organizzato dalla Fondazione dell’Associazione Medici Diabetologi (AMD), volta alla promozione della ricerca nel campo del diabete mellito e delle altre malattie metaboliche.

Al centro dei lavori l’appropriatezza che, come ha spiegato il presidente AMD, **Antonio Ceriello**: *è uno dei cardini del programma che l’associazione si è prefissata per i prossimi anni. Con la propria Fondazione, AMD non promuove solo la ricerca scientifica clinica e di base, ma si propone anche di trovare, scientificamente, soluzioni in campo organizzativo assistenziale. Il progetto NICE, che abbiamo lanciato all’inizio del 2014, vuole favorire un cambiamento culturale nell’approccio alla cura del diabete, si basa sul fatto che non sempre la prescrizione più corretta rappresenti la cura adeguata, se non tiene conto dei reali bisogni della persona con diabete e la sua capacità di adeguare il proprio stile di vita.”*

In questo solco si pone, quindi, anche il progetto sviluppato da AMD.

Abbiamo aderito all’iniziativa ‘Fare di più non significa fare meglio’ proposta da Slow Medicine e identificato, attraverso un lungo e complesso percorso basato sull’esperienza clinica e sulle evidenze scientifiche, le 5 cose che sarebbe meglio non fare, ovvero mettere in atto cum grano

salis, sui propri pazienti”, ha spiegato **Maria Franca Mulas**, coordinatrice del gruppo “**Diabetologia misurata**” di AMD.

Al termine del percorso è stata stilata una graduatoria che ha permesso di identificare **le cinque pratiche a maggior rischio di inappropriatelyzza:**

1. utilizzare la terapia insulinica al bisogno (la cosiddetta *sliding scale*) per il trattamento dell’iperglicemia nel paziente diabetico ricoverato in ospedale; è un metodo inadeguato e inefficace in quanto si attua solo dopo l’iperglicemia, con il rischio di provocare, a sua volta, una ipoglicemia
2. prescrivere di routine l’auto-misurazione domiciliare quotidiana della glicemia nelle persone con diabete tipo 2, quando non sono in cura con farmaci che causano ipoglicemia; in chi non fa uso di insulina o alcuni farmaci per bocca che possono causare l’ipoglicemia, una volta ottenuto il buon controllo glicemico, se non intervengono fattori esterni come malattie acute o la somministrazione di farmaci iperglicemizzanti, l’auto-misurazione quotidiana non è necessaria, anzi, può essere fonte di ansia per la persona e i familiari
3. effettuare screening indiscriminato delle complicanze croniche del diabetico (per la retinopatia, la polineuropatia e l’arteriopatia periferica), con modalità e tempi diversi da quelli indicati dalle linee guida nazionali
4. trattare in modo indiscriminato con farmaci antiaggreganti piastrinici le persone con diabete; l’utilizzo di questi farmaci va riservato a chi sia a elevato rischio cardiovascolare o abbia già avuto un precedente evento cardiovascolare
5. eseguire di routine il dosaggio del C-peptide nel sangue; è inutile per la formulazione della diagnosi e diventa necessario solo in casi limitati e rari.

*Questo lavoro conferma l’attenzione di AMD verso il promuovere la massima attenzione a una pratica clinica più appropriata e a definire un profilo più moderno del diabetologo, che prevede la capacità di progettare, realizzare, valutare e proporre alle direzioni aziendali non solo l’efficacia clinica, ma anche l’efficienza di un modello organizzativo multidisciplinare in cui lo specialista sia corresponsabilizzato nella riduzione dei costi. È un obbligo che, con il progetto NICE e grazie all’impegno dei membri del Consiglio direttivo e di tutti i soci, AMD assume nei confronti della comunità, in un sistema sanitario sotto pressione per l’invecchiamento della popolazione e la contemporanea necessità di garantire cure e assistenza, per una diabetologia efficace, efficiente e sostenibile”, ha concluso **Nicoletta Musacchio**, Vicepresidente AMD.*

10 novembre 2014

Panorama della Sanità



Numero 42 – 10 novembre

10/11/2014 in [Sommar](#)



TRIBUNA

4 Legge di Stabilità 2015, Chiamparino «Costi standard per tutti»

DIARIO

6 Istituto Superiore di Studi Sanitari "G. Cannarella": convegno a Roma su Pdta e Costi Standard

9 Le conclusioni della Conferenza sulla salute nell'area del Mediterraneo

12 NOTIZIARIO

16 AZIENDE E PERSONE

DOSSIER

18 I punti salienti del 10° Rapporto Sanità Crea – Tor Vergata

ATTUALITÀ

32 Vaccinazioni. Lorenzin: teniamo alta la guardia e combattiamo contro l'abbassamento della percezione del rischio

34 Malattie rare. Taruscio (Cnmr): «Il Piano, un banco di prova per il nostro Paese»

36 Malattie rare: approvato il Piano nazionale 2013-2016 Assistenza, ricerca e prevenzione al centro

38 Pnmr, Mir: un'occasione mancata

42 Costi standard: in aumento del +5% la spesa per i ricoveri. Migliora l'appropriatezza

44 Da Tdm-Cittadinanzattiva le Raccomandazioni civiche in tema di E-Health

LAVORO

46 Nasce il nuovo settore giovani dello Smi: Formazione e Prospettive

47 Al via l'indagine Anaaqo Giovani sulle patologie dei camici bianchi

48 Le 5 cose che il diabetologo non dovrebbe fare quando cura i propri assistiti

50 Fondazione Santa Lucia, Campus Biomedico e Istituto Superiore di Sanità: insieme per prevenire l'autismo



RASSEGNA STAMPA

1 dicembre 2014

Le 5 cose che il diabetologo non dovrebbe fare quando cura i propri assistiti

Presentato il progetto dell'Associazione Medici Diabetologi (Amd), in collaborazione con Slow Medicine e ispirato al movimento americano Choosing Wisely, che individua quali siano le attività a rischio di inappropriatezza nell'attività clinica diabetologica – La classifica delle “5 pratiche da non mettere in atto sui propri pazienti”.

Si è svolto recentemente a Baveno il “VII Convegno Nazionale Fondazione Amd”, l'evento biennale organizzato dalla Fondazione dell'Associazione Medici Diabetologi (Amd), volta alla promozione della ricerca nel campo del diabete mellito e delle altre malattie metaboliche. Al centro dei lavori l'appropriatezza che, come spiega il presidente Amd, Antonio Ceriello: «è uno dei cardini del programma che l'associazione si è prefissata per i prossimi anni. Con la propria Fondazione, Amd non promuove solo la ricerca scientifica clinica e di base, ma si propone anche di trovare, scientificamente, soluzioni in campo organizzativo assistenziale. Il progetto Nice, che abbiamo lanciato all'inizio del 2014, vuole favorire un cambiamento culturale nell'approccio alla cura del diabete, si basa sul fatto che non sempre la prescrizione più corretta rappresenti la cura adeguata, se non tiene conto dei reali bisogni della persona con diabete e la sua capacità di adeguare il proprio stile di vita».

In questo solco si pone, quindi, anche il progetto sviluppato da Amd. «Abbiamo aderito all'iniziativa 'Fare di più non significa fare meglio' proposta da Slow Medicine e identificato, attraverso un lungo e complesso percorso basato sull'esperienza clinica e sulle evidenze scientifiche, le 5 cose che sarebbe meglio non fare, ovvero mettere in atto *cum grano salis*, sui propri pazienti», spiega Maria Franca Mulas, coordinatrice del gruppo “Diabetologia misurata” di Amd.

Al termine del percorso è stata stilata una graduatoria che ha permesso di identificare le cinque pratiche a maggior rischio di inappropriatezza:

1. utilizzare la terapia insulinica al bisogno (la cosiddetta *sliding scale*) per il trattamento dell'iperglicemia nel paziente diabetico ricoverato in ospedale; è un metodo inadeguato e inefficace in quanto si attua solo dopo l'iperglicemia, con il rischio di provocare, a sua volta, una ipoglicemia
2. prescrivere di routine l'auto-misurazione domiciliare quoti-

diana della glicemia nelle persone con diabete tipo 2, quando non sono in cura con farmaci che causano ipoglicemia; in chi non fa uso di insulina o alcuni farmaci per bocca che possono causare l'ipoglicemia, una volta ottenuto il buon controllo glicemico, se non intervengono fattori esterni come malattie acute o la somministrazione di farmaci iperglicemizzanti, l'auto-misurazione quotidiana non è necessaria, anzi, può essere fonte di ansia per la persona e i familiari



3. effettuare screening indiscriminato delle complicanze croniche del diabetico (per la retinopatia, la polineuropatia e l'arteriopatia periferica), con modalità e tempi diversi da quelli indicati dalle linee guida nazionali

4. trattare in modo indiscriminato con farmaci antiaggreganti piastrinici le persone con diabete; l'utilizzo di questi farmaci va riservato a chi sia a elevato rischio cardiovascolare o abbia già avuto un precedente evento cardiovascolare

5. eseguire di routine il dosaggio del C-peptide nel sangue; è inutile per la formulazione della diagnosi e diventa necessario solo in casi limitati e rari.

«Questo lavoro conferma l'attenzione di Amd verso il promuovere la massima attenzione a una pratica clinica più appropriata e a definire un profilo più moderno del diabetologo, che prevede la capacità di progettare, realizzare, valutare e proporre alle direzioni aziendali non solo l'efficacia clinica, ma anche l'efficienza di un modello orga-

nizzativo multidisciplinare in cui lo specialista sia corresponsabilizzato nella riduzione dei costi. È un obbligo che, con il progetto Nice e grazie all'impegno dei membri del Consiglio direttivo e di tutti i soci, Amd assume nei confronti della comunità, in un sistema sanitario sotto pressione per l'invecchiamento della popolazione e la contemporanea necessità di garantire cure e assistenza, per una diabetologia efficace, efficiente e sostenibile», conclude Nicoletta Musacchio, Vicepresidente Amd.



RASSEGNA STAMPA

15 dicembre 2014

3 dicembre 2014



VII CONVEGNO NAZIONALE AMD: IL GRUPPO "DIABETOLOGIA MISURATA"

DIC 03



In occasione del VII Convegno Nazionale della Fondazione AMD, la Dott.ssa Maria Franca Mulas, (Coordinatrice del Gruppo "Diabetologia Misurata" di AMD) presenta il Gruppo "Diabetologia Misurata", un gruppo a progetto che nasce con il mandato di creare una diabetologia sostenibile ovvero una diabetologia appropriata che risponda non solo ed esclusivamente alle linee guida.



www.medlinetv.org

User: 123MED

Password: 51ha6ukn

Intervista a Maria Franca Mulas sul progetto del gruppo e le 5 pratiche