

EDITORIALE

Carissimi,

mi è stato affidato il compito di aprire il primo numero di questo giornale e con piacere colgo l'occasione per "connettermi" con tutti i Soci di AMD. Proprio la comunicazione con i Soci è stato uno dei temi sui quali questo Direttivo ha deciso di fondare la propria politica, ma nel corso del tempo ci stiamo accorgendo che, paradossalmente, per raggiungere i Soci abbiamo bisogno che siano loro a raggiungere noi. Senza infatti i vostri suggerimenti, le vostre critiche, la vostra partecipazione, qualsiasi tentativo di comunicazione, seppur disegnato con grande impegno, risulterà inefficace. Anche questo Giornale, che ho visto nascere e che vive grazie all'impegno costante di Sandro Gentile, deve diventare non solo uno strumento per comunicare ai Soci, ma anche e, direi soprattutto, uno strumento per ricevere e scambiare idee, progetti, istanze. Sicuramente la Consulta dei Presidenti regionali è diventata uno strumento fondamentale in una Società Scientifica come la nostra, che ritiene strategica la partecipazione dei singoli Soci. Il fatto che ogni 45-60 giorni vi sia un'audioconferenza fra il nostro Presidente e i Presidenti regionali contribuisce a far emergere sempre nuove necessità: buona parte delle riunioni del Direttivo Nazionale sono dedicate a temi che emergono dai vostri suggerimenti. Della vostra partecipazione, a nome di tutto il Direttivo Nazionale, vi ringrazio.

In questo momento molti dei temi della politica di questo Direttivo stanno sviluppandosi.

I Percorsi Assistenziali hanno superato la fase di messa a punto ed è già iniziata la capillarizzazione in periferia. A novembre ci sarà un Corso Master nazionale, ma prima vedrà la luce un agile manuale che potrà permettere a tutti coloro che lo vorranno di prendere confidenza con i Percorsi Assistenziali ed i Profili di Cura. La presentazione del File Dati AMD, ad opera dell'Agenzia Qualità e del CSR, è stata una occasione per evidenziare come la Diabetologia AMD sia all'avanguardia nell'assistenza sanitaria ai diabetici e rappresenta sicuramente uno strumento formidabile di riflessione e miglioramento. Proprio in questa logica sono apparse assai opportune le osservazioni dei Presidenti Regionali di una scarsa informazione periferica sull'argomento ed una difficoltà a "partecipare" alla raccolta dei dati. Grazie a questi suggerimenti, il Direttivo si sta muovendo per garantire a chi lo vorrà di sentirsi sempre più parte della "squadra AMD". È partito il progetto per gli Standard di Cura, che ci vede protagonisti in una avventura, che necessariamente ha coinvolto anche SID, destinata a definire obiettivi realistici di cura per i pazienti diabetici nella realtà assistenziale italiana. È sicuramente un progetto ambizioso, che però costituisce un ulteriore passo verso la costruzione di un Percorso Assistenziale di riferimento.

Questo Direttivo è stato poi coinvolto dal Ministero per il problema del rilascio/rinnovo della patente ai pazienti diabetici. È infatti emersa da un lato una notevole disomogeneità nell'applicazione del Decreto Legislativo 285/92 e dall'altro un sovraccarico di lavoro per le Commissioni cui spesso sono inviati i pazienti diabetici. Per tali motivi presso la Direzione Generale

della Prevenzione Sanitaria, d'intesa con il Ministero Infrastrutture e Trasporti, è stato costituito un gruppo tecnico, composto da esperti del Ministero della Salute, del Ministero Infrastrutture e Trasporti e da rappresentanti di AMD e SID, con l'obiettivo, in tempi brevi, di:

- migliorare le modalità di concessione/rinnovo patente soprattutto nell'interesse dei diabetici;
- diminuire l'ingolfamento delle Commissioni;
- rendere omogenei i comportamenti dei diabetologi sul territorio nazionale.

Rossella Iannarelli è il nostro rappresentante, che ci terrà continuamente informati sui progressi dei lavori di questo gruppo tecnico. Il lavoro è ancora lungo, ma è opportuno fin da ora sottolineare una maggiore considerazione da parte delle Istituzioni per lo specialista diabetologo su temi che riguardano direttamente la sua attività.

Infine, visto che mi vede direttamente coinvolto, vorrei concludere con un cenno alla Fondazione AMD. Istituita per motivi, all'inizio, prevalentemente fiscali, si sta dando uno specifico regolamento, che la renda un braccio operativo di AMD, all'interno della sua politica, dando evidenza a quanto AMD sta producendo. Con questa finalità provvederà a stampare e diffondere i Manuali di AMD (iniziando con quello sui Percorsi Assistenziali e quello della Qualità). A fianco di questa opera editoriale vi saranno iniziative su temi specifici, di largo impatto sociale. È intenzione della Fondazione, poi, iniziare a operare nel campo della ricerca sanitaria, sempre su mandato di AMD, sviluppando la ricerca "no-profit" e istituendo borse di studio per giovani diabetologi, su temi di particolare rilevanza socio-sanitaria.

È un percorso appena iniziato. Presto, sempre dalle pagine di questo Giornale, diffonderemo Regolamento e Piano di Sviluppo, ma fin da ora chiediamo la collaborazione di tutti i Soci. Infatti, fra pochi giorni avremo l'opportunità, attraverso la assegnazione del 5 per mille dell'IRPEF alla Fondazione AMD, di contribuire tutti, indistintamente, a sostenerne le iniziative. La Fondazione AMD si impegna a rendere trasparente a tutti i Soci l'entità delle risorse originate dal 5 per mille, a valutare le proposte dei donatori per sceglierne assieme il miglior utilizzo, a verificare il raggiungimento degli obiettivi a fronte della distribuzione delle risorse. Faccio pertanto un appello alla sensibilità di tutti.

Permettetemi infine di concludere esprimendo e condividendo con voi un profondo ringraziamento per quanto Umberto Valentini sta facendo, con grande generosità ed impegno, per tradurre in atti concreti la politica dell'AMD, a vantaggio di tutti i Soci.

Desidero infine esprimervi i più cari auguri di buon lavoro, rinnovandovi l'invito a partecipare sempre di più alla vita societaria, sia direttamente che attraverso i Consigli Regionali. Da parte di tutto il Direttivo l'impegno a dar rilievo ai vostri suggerimenti.

Un caro abbraccio a tutti.

Adolfo Arcangeli

IN QUESTO NUMERO

Editoriale <i>Adolfo Arcangeli</i>	pag. 1
Fondazione AMD ONLUS <i>Fiorella Masciotta e Adolfo Arcangeli</i>	pag. 2
Formazione a Distanza <i>Alessandro Ozzello</i>	pag. 2
EBM: ASA e diabete <i>Sandro Gentile</i>	pag. 3
To Bit or Not to Bit <i>Giuseppe Picicelli</i>	pag. 5
Agenzia Qualità <i>Gualtiero de Bigontina</i>	pag. 6
3° Convegno CSR Ancona 2006	pag. 7
Programma Docet su Insulino-Resistenza	pag. 10
Forum Interregionale in Diabetologia	pag. 11
La Business Card AMD	pag. 12
Oltre il Diabete tipo 1 e 2	pag. 15
Bilancio Consuntivo 2005 e Relazione del Collegio dei Revisori	pag. 16
Il 5% alla Fondazione AMD	pag. 19
Gli Annali AMD 2006	pag. 20
Gruppo di Lavoro Piede Diabetico Sardo	pag. 22
Soci Sostenitori di AMD 2005	pag. 23
Errori di Somministrazione dell'Insulina	pag. 24



FONDAZIONE AMD ONLUS

In data 12/01/2005 su iniziativa dell'Associazione Medici Diabetologi si è costituita la Fondazione per la ricerca scientifica di particolare interesse sociale nel campo del diabete mellito e delle altre malattie metaboliche denominata "Fondazione per la Ricerca dell'Associazione Medici Diabetologi -Organizzazione non lucrativa di Utilità Sociale" in sigla "Fond. AMD-ONLUS" attualmente con sede legale in Roma, Viale Carlo Felice n. 77.

L'istituto della Fondazione, così come l'Associazione, rientra fra gli Enti Non Commerciali (NO PROFIT) cioè tra quegli Enti che non hanno per oggetto sociale prevalente lo svolgimento di una attività commerciale ma fini istituzionali di interesse morale, sociale, ecc.

Le due tipologie di Enti (Associazione e Fondazione) presentano differenze sostanziali tra di loro.

LE ASSOCIAZIONI SONO CARATTERIZZATE

- Dalla prevalenza dell'elemento personale rispetto all'elemento patrimoniale: e' infatti la collettività degli associati a configurare la politica e la gestione dell'Associazione e a impartire l'indirizzo istituzionale. L'Assemblea e' quindi l'organo sovrano e sovrintendente a tutte le attività associative che sono svolte nel pieno rispetto della democraticità.
- All'atto costitutivo partecipano obbligatoriamente più persone e più persone partecipano alla gestione.
- Possono essere Onlus solo se la loro attività prevalente e' rivolta direttamente a categorie che si trovano in condizioni di svantaggio.

LE FONDAZIONI SONO CARATTERIZZATE

- Dalla prevalenza dell'elemento patrimoniale rispetto a quello personale: il fine della fondazione è quello di utilizzare il patrimonio assegnato dal fondatore per raggiungere gli obiettivi sociali prefissati dall'atto costitutivo.
- All'atto costitutivo partecipa solo il soggetto che devolve e assegna il patrimonio per il conseguimento dei fini sociali.
- Possono essere Onlus se il loro ambito riguarda la ricerca scientifica di particolare utilità sociale.

Pertanto una delle motivazioni che ha determinato la Costituzione della Fondazione è stata la perdita di qualifica di Onlus per l'AMD che non svolge attività diretta nei confronti di categorie che si trovano in condizioni di svantaggio, con la conseguente perdita di benefici fiscali per le Aziende che erogavano fondi.

Conseguentemente alla perdita della qualifica di Onlus e per consentire alle Aziende la deducibilità dei contributi erogati, AMD ha richiesto, ed ottenuto in data 24 novembre 2004 il riconoscimento della personalità giuridica.

Pertanto la Fond.AMD ONLUS nasce per essere Onlus, richiederà la personalità giuridica e si occuperà, come da statuto, di:

- Reperire fondi per la ricerca
- Disegnare ed attuare programmi di ricerca in tema di epidemiologia, prevenzione, clinica, terapia, economia sanitaria, problematiche sociali, modelli gestionali e quant'altro venga considerato rilevante nell'ambito del



Fiorella Masciotta



Adolfo Arcangeli

- diabete mellito e delle altre malattie metaboliche
- Diffondere i risultati della ricerca attraverso iniziative convegnistiche, editoriali e divulgative, sia in ambito socio-sanitario che nella popolazione generale
- Finanziare premi, borse di studio e programmi di ricerca in campo etico-sociale, anche allo scopo di contenere e razionalizzare la spesa pubblica sanitaria
- Finanziare iniziative in ambito etico-sociale

Il CDN AMD ha nominato i componenti della Fond.AMD-ONLUS:

Presidente: Adolfo Arcangeli

Consiglieri: Paolo Di Berardino, Francesco Galeone, Sergio Leotta, Domenico Mannino, Illidio Meloncelli, Giovanni Perrone

Alla prima riunione della Fond.AMD si è provveduto a nominare il Segretario (Antonino Cimino) ed il Tesoriere (Sandro Gentile) e si è deciso di avvalersi della Segreteria Amministrativa di AMD nella figura di Fiorella Masciotta.

Come appare chiaro dall'organigramma, si è voluta ribadire una stretta connessione fra Fond.AMD ed il CDN di AMD, al fine di ampliare le opportunità di sviluppare la politica di AMD, espressione del volere dell'Assemblea dei Soci, e coordinata dal CDN stesso.

La neonata Fond.AMD si sta dotando di un regolamento operativo, dopo aver definito gli ambiti di operatività: per reperire i fondi necessari agli scopi statutari, rivolgendosi in particolare ad Istituzioni (nazionali ed internazionali) che operano in tali ambiti; per definire modalità di presentazione di progetti di ricerca, che poi avranno in AMD il "consulente scientifico ed etico"; per stabilire un rapporto bidirezionale con le Sezioni Regionali.

Il percorso è sicuramente lungo e difficile, ma con il contributo di tutti riusciremo a dotare AMD di un importante strumento per attuare la propria mission.

ECM E FAD, IN ARRIVO LE REGOLE

Lo ha annunciato Claudio Mastrocola, direttore generale del ministero della Salute

A breve verranno scritte le nuove regole dell'educazione continua per medici e operatori sanitari. E sarà dato il via ufficiale alla formazione a distanza. A farlo entro il 31 maggio sarà il Gruppo di lavoro paritetico Stato-Regioni, come ha annunciato Claudio Mastrocola, direttore generale del ministero della Salute per le risorse umane e le professioni sanitarie, a margine del convegno sulla "valorizzazione del capitale umano nelle aziende sanitarie", promosso dalla Fiaso (Federazione aziende sanitarie) e dalla Regione Lazio ieri all'ospedale San Giovanni di Roma.

Più complessa è, invece, la questione del conflitto di interessi nell'educazione continua in medicina (ECM). "Per disciplinarlo - sostiene l'e-

sperto - ci vuole una legge specifica. Stiamo sbloccando una situazione ferma da un anno - spiega Mastrocola - il passaggio dell'accreditamento dei provider, che risponderanno delle iniziative organizzate.

Abbiamo presentato un pacchetto di proposte alle Regioni il 16 marzo, che le hanno accettate, dando il via libera all'istituzione di un gruppo di lavoro paritetico. Entro il 31 maggio, il Gruppo di lavoro metterà a punto il Programma nazionale di formazione del personale, che, in linea con il Piano sanitario nazionale, individua i temi da trattare. Definirà, inoltre, i requisiti necessari per l'accREDITAMENTO dei provider, il numero di crediti da conseguire a regime, sostanzialmente in linea con quelli previsti nella fase sperimentale, e darà avvio definitivo alla Formazione a distanza".

Alessandro Ozzello



EBM: ASA E DIABETE

a cura di **Sandro Gentile**

L'aspirina è veramente utile nella prevenzione delle malattie cardiovascolari nel diabetico? – Un approccio EBM



Studi condotti per molti anni e su decine di migliaia di pazienti indicano che è possibile ottenere una sostanziale riduzione del rischio di eventi cardio-vascolari acuti sia nel diabete di tipo 1 che di tipo 2 con l'assunzione sistematica di aspirina. Questo vale sia prima che dopo un primo episodio di infarto miocardico o di ictus

Le persone diabetiche sono esposte ad un rischio di malattie cardiovascolari da 2 a 3 volte superiore rispetto ai non diabetici (1). Il principale fattore responsabile di eventi cardio-vascolari acuti come l'infarto e l'ictus è l'aterosclerosi dei vasi arteriosi che ne danneggia la parete e li ostruisce in maniera significativa provocando la formazione di trombi al loro interno.

L'evento acuto è solo l'anello finale di una catena di eventi che si realizza nel corso di molti anni come conseguenza di un'aggressione cronica da parte di fattori definiti di rischio cardio-vascolare (R-CV), non contrastati adeguatamente, come ipercolesterolemia (specie le LDL-colesterolo), cattivo controllo glicemico, ipertensione arteriosa, fumo di sigaretta, sedentarietà ed altri ancora.

Per evitare infarto e ictus basta correggere i fattori di R-CV? solo in parte

In particolare per quel che riguarda il controllo glicemico, dati osservazionali indicano in modo chiaro che diabetici con valori di emoglobina glicata più bassi hanno minore mortalità e minori complicanze cardiovascolari (studi su popolazione italiana di Casale Monferrato (2) e di Verona [3]). Lo studio DAI condotto in Italia su 20.000 diabetici ha documentato che ogni riduzione di 1 punto percentuale di emoglobina glicata si traduce in una riduzione del 20% del di infarto o di ictus.

Purtroppo i dati osservazionali hanno solo un valore indicativo, mentre sono necessari dati tratti da studi di intervento. Nel diabete tipo 1 (dati cumulativi ricavati da 6 studi) con il trattamento ipoglicemizzante intensivo si osserva una riduzione di eventi cardio-vascolari ma non si riduce il numero di soggetti affetti da affetti da malattia macrovascolare. Nel diabete tipo 2 (dati dall'UKPDS e dal Kumamoto study) con un controllo più stretto dei livelli glicemici si ha una riduzione non significativa del 14 % di rischio di infarto, un aumento non significativo del rischio di ictus, mentre un controllo ottimale di valori di pressione arteriosa riduceva in maniera significativa il rischio di infarto.

Come si può ricavare da questa breve rassegna dei dati della letteratura il solo controllo glicemico non è sufficiente a ridurre il rischio di infarto e di ictus sia nel diabete tipo 1 che il quello tipo 2.

È possibile ridurre ulteriormente il rischio di eventi cardio-vascolari acuti oltre alla correzione di fattori di rischio? Sì, in quanto l'acido acetilsalicilico (ASA) risulta efficace nel ridurre il rischio di eventi cardio-vascolari acuti, tanto nei non diabetici che nei diabetici.

Numerosi studi di prevenzione primaria (in soggetti inizialmente esenti da malattia cardio-vascolare), che di prevenzione secondaria (già affetti da malattia cardio-vascolare) documentano l'efficacia di trattamento cronico con ASA. Metanalisi di studi collaborativi condotti in numerosi centri medici distribuiti in differenti regioni indicano l'efficacia di un trattamento preventivo a lungo termine con basse dosi di ASA, specificamente nei diabetici con elevato rischio C-V (6).

Perché l'aspirina è potenzialmente efficace nel ridurre il rischio di eventi C-V acuti?

Perché nei diabetici con malattie cardio-vascolari vi è un eccesso di trombociti. Questa sostanza ha un potente effetto vasocostrittore e contemporaneamente induce le piastrine ad aggregarsi, come avviene in presenza di una lesione vascolare, per prevenire emorragie. In altre parole sono due meccanismi che possono provocare la formazione di trombi all'interno di vasi sanguigni, proprio come si verifica nella maggior parte degli eventi cardio-vascolari acuti. L'ASA è un potente

Esistono prove dell'efficacia dell'ASA nel ridurre gli eventi C-V acuti? sì

Informazioni derivanti da Studi di Prevenzione Secondaria

Esistono non meno di 145 studi clinici controllati di tipo prospettico sull'uso di antiaggreganti piastrinici somministrati a soggetti già colpiti da infarto miocardico, episodi ischemici cerebrali di vario grado (stroke, ictus), malattie coronariche come l'angina o in pazienti già sottoposti a bay-pass, angioplastica o altro tipo di intervento. La dose media di 325 mg di ASA al giorno o meno era in grado di determinare una riduzione del rischio pari in media a 38±12 eventi in meno ogni 1.000 diabetici, indipendentemente se maschi o femmine.

Nello studio HOT (Hypertension Optimal Treatment Trial), pubblicato nel 1998, oltre alla valutazione degli effetti di una efficace correzione della pressione arteriosa è stato saggiato l'effetto di 75 mg al giorno, rispetto a placebo, in 18.790 soggetti ipertesi, inclusi 1.501 diabetici. L'ASA ridusse del 15% gli eventi C-V globali e del 38% gli infarti acuti del miocardio, senza che tra diabetici e non diabetici vi fossero differenze di efficacia.

Informazioni derivanti da Studi di Prevenzione Primaria

Lo studio U.S. Physicians' Health Study rappresenta un esempio di studio di prevenzione primaria che ha valutato gli effetti di una dose quotidiana di 325 mg di ASA in un'ampia popolazione di maschi esenti da patologia cardio-vascolare in cui è stata documentata una riduzione di eventi acuti del 44% nel gruppo trattato con ASA rispetto al gruppo che assumeva Placebo. In particolare, l'analisi dei sottogruppi di soggetti diabetici si aveva una riduzione della frequenza di infarto da 10% dei casi del gruppo Placebo al 4% del gruppo ASA.



La terapia cronica con ASA comporta rischi?

Il principale rischio del trattamento cronico con ASA è rappresentato da danno della parete gastrica e da emorragia digestiva. Questi effetti sono dose-dipendenti e si riducono in modo significativo e del tutto sovrapponibile al Placebo usando basse dosi, comprese nell'intervallo tra 75 e 325 mg, ed utilizzando compresse rivestite.

Effetti minori, anche a dosi basse, sono rappresentate da epistassi ed ecchimosi ma solo in una minoranza di pazienti. Lo studio Early Treatment Diabetic Retinopathy (ETDRS) ha documentato che l'uso cronico di ASA non fa aumentare il rischio di emorragie retiniche né quello di una progressione della retinopatia e della maculopatia. Viceversa l'uso di basse dosi di ASA non comporta progressione del danno renale né peggiora il controllo della pressione arteriosa.

In alcuni studi clinici prospettici è stata segnalata una aumentata frequenza di ictus emorragici ma senza raggiungere la significatività statistica.

Vere e proprie controindicazioni al trattamento con ASA sono: allergia, tendenza al sanguinamento, emorragia gastrointestinale recente, terapia anticoagulante concomitante, malattie epatiche in fase di attività.

In caso di allergia all'ASA, un sostituto altrettanto efficace nel ridurre il rischio di infarto miocardico, stroke o morte per cause C-V è il clopidogrel (75mg), come documentato dallo studio PAPRIE (7).

L'uso di ASA in pazienti con pregresso infarto miocardico, angina, cardiopatia congestizia potrebbe ridurre gli effetti positivi del trattamento con ACE-inibitori che abi-

tualmente sono impiegati nel trattamento di tali soggetti, per cui sarebbe conveniente considerare altro trattamento antiaggregante in sostituzione di ASA.

Dall'insieme di queste informazioni si deve ricavare il concetto che i possibili rischi per la salute derivanti da un trattamento cronico con ASA sono di gran lunga inferiori rispetto ai benefici che se ne possono ricavare in termini di riduzione del rischio di infarto miocardico acuto. Questi rischi possono venire ulteriormente minimizzati utilizzando bassi dosaggi e compresse rivestite.

Basse dosi di ASA sono efficaci al pari di quelle più alte? Sì

La metanalisi APT (Anti-Platelet Trials) ci fornisce dati interessanti relativi a 30 studi clinici a riprova del fatto che il dosaggio di ASA compreso tra 500 e 1500 mg al giorno determinava una riduzione del rischio C-V del 21%, laddove in un altro studio condotto su 5.000 pazienti induceva una riduzione del rischio del 29%. Infine, una riduzione media del rischio del 28% veniva documentata con dosi comprese tra 160 e 325 mg al giorno da altri 12 studi.

Ne consegue che anche i dosaggi più bassi sono molto efficaci nel ridurre il rischio C-V con il vantaggio di minimizzare gli effetti indesiderati.

SINTESI DELLE PRINCIPALI RACCOMANDAZIONI SULL'USO DI ASA PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO CARDIO-VASCOLARE NEI DIABETICI (10)

1. Prevenzione secondaria in soggetti diabetici di entrambi i sessi con storia di infarto miocardico, bay-pass, stroke o attacchi ischemici transitori, vasculopatia periferica, claudicatio e/o angina
2. Prevenzione primaria in aggiunta al trattamento specifico dei principali fattori di rischio in soggetti diabetici sia di tipo 1 che di tipo 2, considerati ad alto rischio in quanto presentano:
 - Storia familiare di malattia coronaria
 - Fumo di sigaretta
 - Ipertensione atretiosa
 - Obesità (oltre il 120% del peso desiderabile); Indice di Massa Corporea (BMI) > 27,3 kg/m² nella donna e > 27,8 kg/m² nell'uomo
 - Albuminuria (micro e macro)
 - Colesterolo > 200 mg/dl
 - LDL colesterolo > 100 mg/dl
 - HDL colesterolo < 45 mg/dl nell'uomo e < 55 mg/dl nella donna
 - Trigliceridi > 150 mg/dl
 - Età > 30 anni

L'uso di ASA al di sotto dei 30 anni non è ancora supportato da sufficienti evidenze scientifiche.

3. Usare compresse rivestite in dose compresa tra 81 e 325 mg/die
4. Persone che abbiano allergia nota all'aspirina, tendenza al sanguinamento, in trattamento con farmaci anticoagulanti o con malattie epatiche in fase di affinità non sono candidabili all'uso di ASA
5. L'uso di ASA non è raccomandato al di sotto dei 21 anni di età per un potenziale maggiore rischio di indurre sindrome di Reyes.

Bibliografia

1) Colwell JA. Diabetes Care 1997; 20: 1767-97; 2) Kannel WB, Mcgee DL. Circulation 1993; 59: 8-13; 3) Bruno G, et al. Diabetes Care 2003; 26: 2150-5; 4) Mugge M. et al. Diabetologia 1995; 38: 318-25; 5) The DAI study

group: Diabetic Med. 2004; 21: 738-45; 6) The UKPDS 33. Lancet 1998; 352: 837-53; 7) Colwell JA. Diabetes Care 1997; 20: 1767-97; 8) CAPREE Study. Lancet 1996; 348: 13329-39; 9) Petreson JG. Et al Am J Med 2000; 109: 371-7; 10) ADA Clinical Practice Recommendations 2005. Diabetes Care 2005; 2 Suppl1: S1-79.

ASPIRINA IN PREVENZIONE PRIMARIA NEI DUE SESSI: UNA METANALISI

Marzo 2006 (Congresso Medico) - Il numero di gennaio di JAMA ha ospitato una metanalisi degli studi randomizzati e controllati sull'efficacia dell'aspirina nella prevenzione primaria degli eventi cardiovascolari. L'analisi ha preso in considerazione i lavori censiti da Medline, dal registro Cochrane e quelli presentati ai principali congressi scientifici, identificando sei studi con le caratteristiche idonee (per un totale di oltre 95.000 pazienti senza precedenti cardiovascolari noti); tre di questi erano relativi a soli uomini, uno a sole donne e 2 a soggetti di entrambi i sessi. L'assunzione dell'aspirina, nella popolazione femminile, è risultata associata a una riduzione signifi-

ficativa del 12% di eventi cardiovascolari (odds ratio [OR]: 0,88; IC 95% 0,79-0,99; p=,03), e in particolare a una riduzione del 17% degli ictus (OR 0,83; IC 95% 0,70-0,97; p=,02), specie di quelli ischemici. Non è stata invece registrata, tra le donne, una riduzione significativa degli infarti miocardici (IM) e della mortalità cardiovascolare. Tra gli uomini, l'assunzione del farmaco è risultata associata a una riduzione del 14% degli eventi cardiovascolari (OR: 0,86; IC 95% 0,78-0,94; p=,01) e del 32% degli IM (OR: 0,68; IC 95% 0,54-0,86; p=,001), senza effetti significativi sulla riduzione degli ictus e della mortalità cardiovascolare. La terapia ha prodotto un incremento del ri-

schio di sanguinamento, simile in entrambi i sessi (OR maschi: 1,68; IC 95% 1,13-2,52; p=,01; OR femmine: 1,72; IC 95% 1,35-2,20; p<,001). Pur con effetti diversi, la prevenzione primaria con aspirina mostra quindi importanti effetti vantaggiosi nei due sessi, controbilanciati da un rischio di sanguinamento aumentato.

JAMA. 2006;295(3):306-313. PubMed

Keywords - Thesaurus: prevenzione, terapia, cardiopatia ischemica, vasculopatia cerebrale

Ricerca a cura di Luca Monge



TO BIT OR NOT TO BIT

L'uso del computer è entrato ormai da anni nella pratica quotidiana in generale e in Medicina e in Diabetologia in particolare. Non è più pensabile, al giorno d'oggi, una attività che non si serva del supporto informatico per migliorare e velocizzare le proprie prestazioni.

La diabetologia, in campo medico, è stata forse una delle branche che, tra le prime, ha utilizzato il computer per tentare di migliorare la propria attività sia in termini di efficacia che di efficienza e economicità.

Da quasi 20 anni esiste un gruppo di studio (prima DIAINF ed ora METADIAINF) che ha introdotto e migliorato negli anni il primo supporto informatico (la cartella clinica CAD, poi CADPLUS ed oggi DIABWIN) per aiutare il medico ed il team diabetologico nella gestione quotidiana della assistenza ai pazienti diabetici. Oltre a questo prodotto sono in circolazione anche altre cartelle cliniche distribuite da industrie farmaceutiche con caratteristiche simili ed affidabili.

Il problema della contemporanea esistenza di vari software e la necessità di uniformare gli output ha spinto, qualche anno fa, l'Associazione Medici Diabetologi a promuovere una iniziativa intesa ad uniformare i report delle varie cartelle con il fine di avere un database statistico comune creando così il FILE DATI che è, in pratica, un modo per avere dati omogenei da poter utilizzare per fini statistici. Tutte le maggiori software-house di cartelle diabetologiche hanno aderito al progetto accettando di inserire, nel proprio prodotto, un meccanismo in grado di generare un file, il file dati appunto, che potesse essere utilizzato in comune per la produzione di output statistici.

Comunque, al di là del singolo prodotto, la possibilità di poter utilizzare un supporto informatico nella propria attività di diabetologo quotidianamente ha notevolmente migliorato la gestione della attività medica e del team.

Oltre alla classica cartella clinica gli usi del computer sono vari e molteplici. Dalla possibilità di poter gestire gli appuntamenti a quella della produzione di prescrizione di esami specialistici e farmaci sul ricettario SSN; da quella, inoltre, di poter colloquiare in tempo reale con altre strutture a quella di poter valutare l'efficacia della propria attività, gli usi cui il computer si presta sono pressoché illimitati.



Portale Società Italiana di Diabetologia



Portale Operatori Sanitari di Diabetologia Italiani

continua a pag. 18



Giuseppe Pipicelli



Portale Associazione Medici Diabetologi



AGENZIA QUALITÀ

Il Consiglio Direttivo Nazionale AMD il 21-6-2005 conferma il mantenimento dell'Agenzia Qualità quale organismo in staff e le assegna il seguente mandato:

- 1) scrivere una terza edizione del Manuale d'Accreditamento per la Diabetologia,
- 2) realizzare un progetto formativo sui metodi e gli strumenti del miglioramento che preveda un corso base, un corso master, un corso sull'uso del File Dati-AMD,
- 3) completare il progetto "File Dati" alto scopo di creare le condizioni per una prima valutazione delle performance e degli standard clinici dell'assistenza diabetologica italiana,
- 4) cercare una partnership con la Società Italiana Qualità Assistenza Sanitaria (SIVQuAS).



Gualtiero de Bigontina

In questo modo, AMD si sta preparando a dare risposte a domande quali:

- È possibile utilizzare le fonti correnti di dati raccolti da Centri di Diabetologia per valutare le performance dell'assistenza diabetologica specialistica italiana?
- È possibile avere a disposizione strumenti sicuri per un'autovalutazione del proprio centro di diabetologia per condurre studi clinici sanitari, audit clinici e prendere decisioni?

- È possibile ottenere dei dati sull'utilità, in termini di salute, d'essere accreditati professionalmente?
- È possibile progettare, applicare, misurare il percorso assistenziale del paziente diabetico all'interno del sistema curante?
- È possibile rispondere ai bisogni d'informazione dei pazienti presentando i propri dati di performance?

Il percorso che AMD ha fatto nella valutazione esterna della qualità, nella ricerca d'indicatori sanitari dell'assistenza diabetologica, nella definizione dei percorsi assistenziali, si è sviluppato con quello della qualità nel nostro paese e si è concretizzato in alcune attività riassunte nel box.

AMD ha proposto ai diabetologi il passaggio da un approccio professionale per problemi ad uno di sistema, ha cercato di risolvere la dissonanza tra l'approccio tradizionale clinico - professionale e quello gestionale sviluppando quei fattori della clinical governance che dovrebbero permettere anche di sciogliere la contrapposizione tra Amministrazioni e Professionisti.

L'età media dei diabetologi, come quella dei medici ospedalieri, sta aumentando, pochi sembrano essere i giovani disposti a mettere in discussione le loro certezze; la sfida maggiore, più grande della ricerca della strada per migliorare l'assistenza diabetologica, è rappresentata dal loro coinvolgimento.



Gualtiero de Bigontina – Pieve di Cadore
Danilo Orlandini – Reggio Emilia
Illidio Meloncelli – S.Benedetto d/Tronto
Antonino (Nino) Cimino - Brescia
Danila Fava – Roma

LA QUALITÀ IN AMD, ALCUNE TAPPE SIGNIFICATIVE

- 1996, pubblicazione del primo manuale di Accreditamento dei Servizi di Diabetologia
- 1996-97 preparazione dei valutatori ed esecuzione di 11 visite sperimentali tra pari
- 1998 207 Centri Italiani si confrontano con il Manuale secondo il metodo dell'autovalutazione
- 1998-1999, si pubblica la seconda edizione del manuale di Accreditamento dei Servizi di Diabetologia
- 2000 prima visita d'accreditamento al Centro di Diabetologia di Guastalla (RE)
- 2001, sono qualificati 20 valutatori di sistemi qualità sec. la norma ISO
- 2002, partnership AMD e Istituto Superiore di Sanità
- 2002 Viene pubblicata sul sito AMD la prima lista d'indicatori per la qualità dell'assistenza diabetologica
- 2003 La qualità viene messa in staff al CDN, con il titolo Agenzia Qualità, il primo direttore è il dott. L.Lostia
- 2005, realizzazione del 1° master Scuola-Agenzia Qualità AMD sui percorsi diagnostico terapeutici d'assistenza per il paziente diabetico
- 2005 19 Centri di Diabetologia + il CDR della Lombardia sono accreditati sec. la Norma AMD
- 07/2005 a Cura del MINISTERO DELLA SALUTE Annale Della Sanità Pubblica – 2005, compaiono i primi risultati del progetto File Dati relativi ad informazioni provenienti da 132.497 soggetti assistiti da 72 centri di diabetologia italiani
- dal 1996 la terminologia, i metodi di lavoro, gli strumenti della qualità sono diventati consueti nelle attività di AMD; questo è un altro risultato della politica per la qualità adottata dalla nostra associazione professionale.

CERTIFICATO DI ACCREDITAMENTO AL CONSIGLIO DIRETTIVO AMD DELLA LOMBARDIA

A Genova il 20 maggio 2005, durante il Congresso Nazionale AMD, è stato erroneamente consegnato un certificato d'accreditamento al dr. Luigi Scianguola quale Direttore del Centro di Diabetologia di Mariano Comense Lombardia.

Il riconoscimento s'intende attribuito al Consiglio Direttivo AMD della Lombardia, il cui sistema qualità è stato sottoposto a visita di sor-

veglianza in data 15-10-2004 e di cui il dr. Scianguola era in quel tempo referente per la qualità.

Questo messaggio vuole dare il giusto riconoscimento all'impresa e significare tutto ciò che AMD Lombardia ha fatto sia per garantire in trasparenza la qualità del proprio lavoro, sia il contributo che quel Direttivo ha dato all'organizzazione della Consulta dei Presidenti AMD.



3° CONVEGNO NAZIONALE – CENTRO STUDI E RICERCHE ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI

Cari Soci, Cari Amici,

nel prossimo ottobre si terrà il terzo Convegno del Centro Studi e Ricerche di AMD ad Ancona.

Questa iniziativa, che ormai è entrata nella tradizione di AMD, manterrà la sua impostazione di fondo: un'occasione per condividere con i soci attivi di AMD le iniziative che la nostra associazione porta avanti.

Le due esperienze precedenti hanno mostrato l'interesse e l'apprezzamento di voi tutti per questo approccio ma, cercando di cogliere alcune critiche costruttive, si è cercato di perfezionare l'approccio scientifico.

Ciascun gruppo, a cui viene affidato uno spazio da gestire autonomamente, dovrà rispondere ad un "format generale" uguale che prevede:

- una lettura sull'argomento trattato dal gruppo svolta da un esperto esterno ad AMD.
- la presentazione di quanto si sta facendo nel gruppo.
- un tempo di discussione sufficiente ad ascoltare consigli e domande dell'auditorio.

Questa impostazione è ispirata alla volontà di non essere autoreferenziali, ma di confrontarsi con esperti del campo e con voi tutti. È un'occasione per conoscerci meglio e raccogliere critiche, idee, spunti di lavoro che permetteranno ad AMD di migliorare quanto sta realizzando.

La sede sarà Ancona, un'occasione per conoscere una parte della nostra bella Italia: il clima e le dimensioni della città favoriranno, anche in modo informale, il contatto tra i soci

Ci vediamo ad Ancona.



Giacomo Vespasiani



Umberto Valentini

Presidente AMD
Umberto Valentini

Direttore CSR AMD
Giacomo Vespasiani



PRESIDENTE ONORARIO DEL CONGRESSO

Presidente Paolo Fumelli

CONSIGLIO DIRETTIVO AMD

Presidente Umberto Valentini

Vice-Presidente Adolfo Arcangeli

Segretario Antonino Cimino

Tesoriere Sandro Gentile

Consiglieri Luciano Carboni, Gerardo Corigliano, Gualtiero De Bigontina, Alberto De Micheli, Rossella Iannarelli, Sergio Leotta, Alessandro Ozello, Pietro Pata, Giovanni Perrone

CENTRO STUDI E RICERCHE AMD

Direttore Giacomo Vespasiani

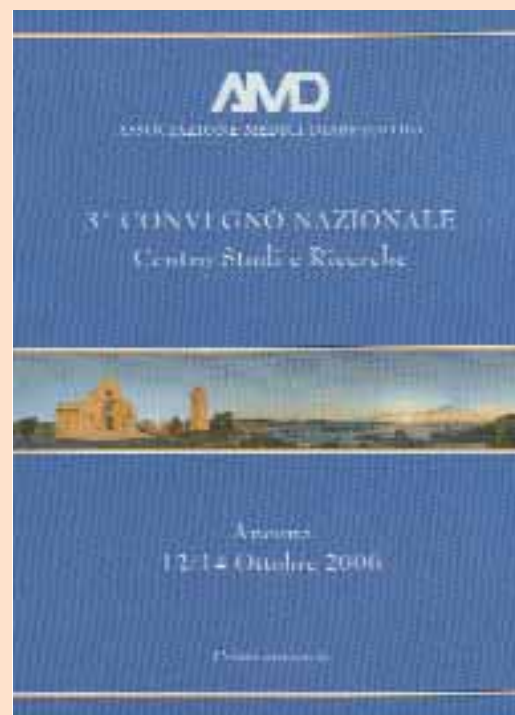
Componenti Antonio Ceriello, Marco Comaschi, Domenico Cucinotta, Salvatore De Cosmo, Carlo Giorda, Antonio Nicolucci

COMITATO SCIENTIFICO DEL CONGRESSO

Componenti Domenico Cucinotta, Gualtiero De Bigontina, Carlo Giorda, Luca Monge, Nicoletta Musacchio, Maria Antonietta Pellegrini, Umberto Valentini, Giacomo Vespasiani

COMITATO ORGANIZZATORE LOCALE

Componenti Massimo Boemi, Valentino Cherubini, Manuela Faloia, Paolo Fogliani, Francesco Galeone, Mario Vasta



PROGRAMMA

Giovedì 12 Ottobre 2006

- | | |
|--|---|
| 14.45 Apertura Lavori - U. Valentini | 16.45 LETTURA |
| 14.45 AMD COMUNICAZIONE | 17.15 LETTURA |
| 16.30 Co-Moderatore: P. Pata | 17.45 PERCORSI ASSISTENZIALI |
| Coordina: L. Monge | 19.15 Co-Moderatore: M. Comaschi |
| •EBM potenzialità e limiti nella definizione delle strategie assistenziali | Coordina: N. Musacchio |
| TAVOLA ROTONDA | •I PDTA in Sanità: un nuovo scenario politico |
| Gli Standard Italiani per la Cura del Diabete | •Il mandato. Le scelte operative, il futuro |
| - La storia | •Il percorso formativo: Risultati |
| - A che punto siamo | •Il manuale AMD: istruzioni per l'uso. |
| - Il progetto di disseminazione | La parte teorica. La parte pratica |
| 16.30 COFFEE BREAK | 20.30 Inaugurazione |

Venerdì 13 Ottobre 2006

- | | |
|--|---|
| 09.00 CSR | •Introduzione al Knowledge Management |
| 10.45 Co-Moderatore: U. Valentini | •Risultati della Ricerca "Il caso AMD" |
| Coordina: G. Vespasiani | •SIQuAS |
| •Update on detection and treatment of diabetic nephropathy | •Agenzia |
| •Demand: risultati e prospettive | 12.45 LUNCH |
| •Normalizzazione del controllo glicemico: curiosità scientifica o necessità clinica? | 12.45 LUNCHEON PANEL |
| •La ricerca AMD | 13.45 SIMPOSIO |
| 10.45 COFFEE BREAK | 14.45 SCUOLA |
| 11.00 AGENZIA QUALITÀ | 16.30 Co-Moderatore: D. Cucinotta |
| 12.45 Co-Moderatore: C. Giorda | Coordina: M.A. Pellegrini |
| Coordina: W. De Bigontina | •La scuola come servizio per continuità formativa al socio ed ad AMD |
| •Il caso AMD | •La formazione come strumento di cambiamenti |
| •Inchiesta sulla percezione della policy per la qualità di AMD: risultati | •I risultati del progetto ETS |
| •La valutazione esterna della qualità: i processi di accreditamento professionale | 16.30 COFFEE BREAK |
| - Introduzione SIQuAS | 16.45 SIMPOSIO |
| - I Manuali AMD | 17.45 GISED |
| - I centri accreditati: risultati | 19.00 Co-Moderatore: R. Vigneri |
| •La valutazione della qualità: la misura della performance professionale | Coordina: D. Bruttomesso |
| - Introduzione SIQuAS | •"Diabete Italia" GISED Giornata mondiale del diabete |
| - I file dati AMD | •La storia "recente" del GISED: mandato e strategia |
| - Introduzione | •Il pacchetto metodologico "Educazione della persona con diabete alla prevenzione delle lesioni al piede" |
| - Cos'è il FD | •Corsi di Formazione per équipes |
| - Cos'è il sistema degli indicatori AMD | La terapia insulinica con microinfusore: |
| - Risultati | dallo strumento all'autogestione |
| | •La competenza pedagogica nell'educazione terapeutica |



Sabato 14 Ottobre 2006

08.45 GRUPPI A PROGETTO AMD

10.00 Co-Moderatore: R. Iannarelli

Coordina: S. Leotta

- Alimentazione
- Psicopedagogico
- Professione
- Stagedia
- Territorio

10.00 GRUPPO REGIONI

11.15 Co-Moderatore: A. De Micheli

Coordina: A. Di Benedetto

- Le iniziative dei CD regionali AMD
- Esperienze formative realizzate in varie regioni d'Italia
- Stato dell'arte del progetto Igea
- Problematiche attuative del progetto Igea

11.15 COFFEE BREAK

11.30 LETTURA

12.00 ATTIVITÀ MOTORIA

13.15 Co-Moderatore: A. Arcangeli

Coordina: G. Corigliano

- Programmi di attività motoria ed esercizio fisico per pazienti diabetici
- Indagine conoscitiva sull'attività fisica in NIDDM: risultati finali
- Studio IDES: progetto dati preliminari - Manifesto su Diabete ed Attività Fisica
- Panorama sugli aspetti scientifici degli eventi sportivi 2005/2006
- Gruppo GSTD Gruppo di Studio intersocietario Tecnologia e Diabete

13.15 CHIUSURA LAVORI

U. Valentini, G. Vespasiani



INFORMAZIONI GENERALI

SEDI CONGRESSUALI

Ente Fiera

Largo Fiera della Pesca, 11 o 60125 Ancona
Tel. 071 58971 o Fax 071 5897213

Inaugurazione - Giovedì 12 ottobre 2006

Teatro delle Muse

Piazza della Repubblica o 60100 Ancona

COME RAGGIUNGERE LA SEDE CONGRESSUALE

In auto

Autostrada A14 uscire al casello Ancona Nord (se si proviene da Nord) o Ancona Sud (se si proviene da Sud). Statale SS76 da Roma Fabriano uscire casello Ancona Nord. SS77 da Roma Foligno uscire Civitanova ed immettersi sulla A14 ed uscire ad Ancona Sud.

In treno

Stazione Centrale di Ancona.

In aereo

Areoporto "Raffaello Sanzio" di Falconara Marittima. A circa 15 km dal Centro Città. Un servizio autobus pubblico "Co.tr.an", in coincidenza con i voli, collega l'aeroporto con il centro città.

E.C.M. - EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

Il Congresso sarà accreditato presso la sezione E.C.M. del Ministero della Salute in ordine all'ottenimento dei crediti formativi.

L'assegnazione dei crediti formativi è subordinata alla partecipazione effettiva dell'intero programma formativo, alla verifica dell'apprendimento ed al rilevamento delle presenze. L'attestato di partecipazione riportante il numero dei crediti assegnati verrà pertanto inviato al domicilio del partecipante dopo avere effettuato tali verifiche.





PROGRAMMA DOCET: INSULINO-RESISTENZA

INCONTRO

Formazione Formatori AMD - Roma 25 marzo 2006

Grazie all'evento, i Formatori AMD potranno gestire una serie di incontri locali mirati all'aggiornamento del Medico di Medicina Generale sul tema dell'insulino-resistenza

Il **PROGRAMMA DOCET** è la nuova iniziativa dell'**ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI (AMD)** mirata all'aggiornamento clinico del **diabetologo**

Il PROGRAMMA DOCET

ha la **finalità**:

- di offrire un percorso di miglioramento continuo nella gestione del paziente diabetico attraverso la condivisione della propria esperienza professionale con la comunità medica nazionale

Il PROGRAMMA DOCET

propone:

- incontri formativi residenziali **con la Scuola Formazione AMD**
- percorsi formativi in modalità distance learning

Il PROGRAMMA DOCET

è curato da un **Team di Progetto AMD** che **definisce**:

- gli ambiti, le competenze e le operatività
- gli obiettivi e gli scopi
- i contenuti
- le modalità di intervento e di comunicazione col territorio e con la comunità medica nazionale diabetologica e della medicina generale

PROGRAMMA DOCET

Team di progetto AMD

Maria Antonietta Pellegrini

Marco A. Comaschi

Luigi Gentile

Sandro Gentile

Luca Monge

Luca Scaldaferrì

Segreteria DOCET

Infomedica

Via P. Giannone 10, 10121 Torino

Tel. 011.859990 Fax 011.859890

e-mail: segreteriadocet@infomedica.com

Programma della giornata formazione Formatori

Roma, 25 marzo 2006

Hotel Hilton Rome Airport

Via Arturo Ferrarin - 00050 Fiumicino-Roma

Tel 06.65258

Condividiamo le idee

ore 9 – 9.15

Test di ingresso

ore 9.15 – 10.15

Condivisione dell'idea progettuale, del percorso formativo, della sua capillarizzazione e presentazione del team di progetto (M.A. PELLEGRINI, L. GENTILE)

ore 10.15 – 11.15

Insulino-resistenza: un'opportunità per condividere le evidenze scientifiche quale strumento per la nostra pratica assistenziale quotidiana (M. COMASCHI)

ore 11.15 – 11.30

Dibattito e discussione (S. GENTILE)

ore 11.30 – 11.45 Coffe-break

Esercitiamoci sul processo

ore 11.45 – 12.15

Caso clinico

(L. MONGE, L. SCALDAFERRI)

ore 12.15 – 13.15

Esercitazione sugli snodi decisionali e problem solving

(L. MONGE, L. SCALDAFERRI)

ore 13.15 – 14.15 Quick lunch

Analizziamo il prodotto

ore 14.15 – 14.45

Analisi dei prodotti didattici

(M.A. PELLEGRINI, S. GENTILE)

ore 14.45 – 15.45

Lavoriamo alla condivisione e al corretto utilizzo degli strumenti di lavoro per il loro trasferimento sul territorio nazionale

(S. GENTILE, L. GENTILE)

ore 15.45 – 16 Coffe-break

Valorizziamo gli strumenti

ore 16 – 17

Dalla condivisione alla valorizzazione degli strumenti di lavoro per la implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutici (M. COMASCHI, L. MONGE)

ore 17 – 17.45

Dibattito e condivisione del mandato

(L. MONGE, S. GENTILE,

L. SCALDAFERRI, M.A. PELLEGRINI,

M. COMASCHI, L. GENTILE)

ore 17.45 – 18

Conclusione dei lavori e questionario d'uscita (L. GENTILE)

Direttore del Corso:

Maria Antonietta Pellegrini

Responsabile scientifico:

Marco A. Comaschi

Responsabile nazionale del progetto:

Luigi Gentile



FORUM INTERREGIONALE DI AGGIORNAMENTO IN DIABETOLOGIA

24-25 marzo 2006 - Castellammare di Stabia - Hotel Crown Plaza

Consiglio Direttivo AMD - Sez. Campania

- Presidente
Vincenzo Armentano
- Vice Presidente
Pasqualino Calatola
- Consiglieri
Giuseppe di Giovanni
Oreste Egione
Jole Gaeta
Luigi Gesùè
Ernesto Rossi
- Segretario
Nicoletta De Rosa
Tel. 081-5736385 Cell. 339-5201163
nicolettaderosa@yahoo.it
- Responsabili del Convegno
Vincenzo Armentano
e Sandro Gentile
- Comitato Scientifico
Vincenzo Armentano,
Pasqualino Calatola,
Giuseppe di Giovanni, Oreste Egione,
Jole Gaeta, Luigi Gesùè, Ernesto Rossi
e Sandro Gentile.
- Segreteria Scientifica
Nicoletta De Rosa
- Responsabile locale
Comitato Organizzatore
Giovanna Di Lorenzo

VENERDÌ 24 MARZO 2006

Caffè di benvenuto
10.00-10.30 *Registrazione dei partecipanti e rilevamento presenze*
Questionario di ingresso

10.30-10.45 *Saluto delle Autorità*

10.45-11.00 *Saluto del Presidente AMD Campania ed introduzione ai Lavori Scientifici*

V. Armentano

I SESSIONE

Moderatori:
V. Armentano - G. Corigliano
11.00-11.30 *Incontro con l'esperto*
I costi della malattia diabetica

A. Nicolucci

11.30-12.00 *Quesito all'uditorio*
Discussione interattiva con Televoto
Discussione interattiva con gli Esperti

12.00-12.30 *Incontro con l'esperto*
Razionale di terapia insulinica nel D.M. tipo 2
S. De Cosmo

12.30-13.00 *Quesito all'uditorio*
Discussione interattiva con Televoto
Discussione interattiva con gli Esperti

13.00-15.00 *lunch*

TAVOLAROTONDA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA DIABETOLOGICA

Moderatori:
G. Riccardi - D. Cucinotta

15.00-15.30 *Incontro con l'esperto*
La vision dell'AMD nell'organizzazione dell'assistenza diabetologica
U. Valentini

15.30-16.00 *Discussione interattiva con l'esperto*

16.00-16.30 *Incontro con l'esperto*
Modelli di cura: un'opportunità di miglioramento della Qualità Assistenziale in Diabetologia
A. Arcangeli

16.30-17.00 *Discussione interattiva con l'esperto*

17.00-17.30 *Coffee break*

17.30-18.00 *Incontro con l'esperto*
Il diabete in ospedale
A. Ozzello

18.00-18.30 *Discussione interattiva con l'esperto*

18.30-19.00 *Incontro con l'esperto*
Percorso storico dell'assistenza diabetologica in Campania
S. Gentile

19.00-19.30 *Discussione interattiva con l'esperto*

SABATO 25 MARZO 2006

II SESSIONE

IPERTENSIONE ARTERIOSA EDIABETEMELLITO

Moderatori:
R. Torella - D. Giugliano

8.30-9.10 *Incontro con l'esperto*
Ipertensione Arteriosa e Diabete Mellito tipo 2
Aspetti Fisiopatologici e Clinici
P. Strazzullo

Terapia
N. De Luca

9.10-9.40 *Quesito all'uditorio*
Discussione interattiva con Televoto
Discussione interattiva con gli Esperti

9.40-10,00 *incontro con l'esperto*
Ipertensione e nefropatia diabetica
Roberto Trevisan

10.00-10.40 *Quesito all'uditorio*
Discussione interattiva con Televoto
Discussione interattiva con gli Esperti

10.40-11.00 *Coffe break*

11.00-11.20 *Incontro con l'esperto*
Ipertensione arteriosa e retinopatia
M. Porta - A. Grosso - G. Grassi

11.20-12.00 *Quesito all'uditorio*
Discussione interattiva con Televoto
Discussione interattiva con gli Esperti

12.00-12.20 *Incontro con l'esperto*
Aspetti metabolici della vasculopatia cerebrale
C. Giorda

12.20-13.00 *Quesito all'uditorio*
Discussione interattiva con Televoto
Discussione interattiva con gli Esperti

13.00-13.30 *Conclusione dei lavori*
S. Gentile
Questionario finale di apprendimento
Chiusura del convegno

crediti ECM

Sono stati assegnati all'Evento dal Ministero della Salute nel Programma Nazionale di Educazione Continua in Medicina (ECM) n.9 Crediti Formativi per le categorie di Medico Chirurgo, specializzazione in Malattie Metaboliche e Diabetologia, Cardiologia, Medicina Interna.



PRESENTATA LA BUSINESS CARD DI AMD

**Per far conoscere chi è,
e che cosa fa AMD e soprattutto,
perché può essere utile
diventare soci**

ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI AMD
Affiliata IDF - International Diabetes Federation

CSR Centro Studi e Ricerche

Comunicazione Azione

BUSINESS CARD

CONSULTA dei Presidenti regionali

Personale assistenziali

Amministrazione e Sede legale:
Viale Carlo Farini 77 00100 - Roma
Tel. 06/7000499/499 (Lun - Gio) 06/7000499 (Venerdì) 179324806/7
e-mail: amd@as@tiscali.it

Descrizione del mandato dei gruppi in Staff

- Agenda Qualità:** promuovere l'acquisizione di politiche per la qualità da parte di AMD e dei centri di diabetologia. Il fine è quello di creare in grado di risolvere sempre i problemi gestionali ed organizzativi del gruppo lavoro.
- Centro Studi e Ricerche:** progettare studi scientifici per AMD, fare il referaggio consultivo al Consiglio Direttivo su tutte le proposte di studio e attività, prendere in considerazione lo sviluppo dei progetti studi e attività regionali, creare consapevolezza e cura nella progettazione di studi scientifici.
- Consiglio del Presidente Regionale:** creare l'interazione con il Consiglio Direttivo Nazionale e far da tramite per le proposte, tenere aggiornate e tenere alta la realtà diabetologica locale da portare all'attenzione del CDN. Elaborare nuovi modi di comunicazione delle attività regionali, costruire una rete di link per attività e partecipazione del territorio regionale. **Monitorare le attività scientifiche in progressione delle attività regionali AMD, attraverso periodiche riunioni nell'ambito delle riunioni dei centri di diabetologia.**
- Comunicazione Azione:** comunicare per motivare, comunicare per comunicare. Progettare e sviluppare, in modo coerente alle politiche di AMD e coordinato fra le Regioni, l'operato del gruppo lavoro, un sistema di comunicazione/informazione rivolto sia al interno, sia all'esterno, ovvero alle varie figure professionali del mondo sanitario diabetologico e non, alle persone con il diabete e all'opinione pubblica.
- Gruppi a Progetto:** I gruppi AMD vengono attivati dal CNR a seguito della valutazione di una richiesta motivata di almeno sette soci o su indicazione del CNR stesso. I Gruppi AMD sono proprio di lavoro e hanno natura solidale per il raggiungimento di obiettivi definiti in una relazione basata sui tempi e sui programmi regionali. I Gruppi AMD si riuniscono, nell'ambito del CNR, in figura di un Coordinatore dei Gruppi a Progetto.
- Personale Assistenziali (PA):** Definire i criteri per costituire il PA ideale nella comunità da indicare come modello presuntivo. Scrivere un mandato di metodologia che coinvolga la realtà diabetologica AMD, basarsi in "programmi d'area" per la costituzione di un PA in diversi contesti professionali, faciliti ad AMD l'organizzazione della formazione specifica.
- Scuola di formazione continua (certificata CDO 8001/2000):** promuovere, coordinare, progettare, pianificare, verificare, avere formative. Il fine è quello di consentire una costante crescita professionale del diabetologo per valutare in modo sempre migliore la persona con diabete e migliorarne la qualità della vita.



Organigramma e i numeri di AMD



IL SISTEMA DIABETE PER AMD



IL PORTALE DI AMD



ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI AMD

LA STRATEGIA DI AMD

- La Direzione di AMD, opera in una logica di Team Working, identifica aree di responsabilità, mandati, deleghe specifiche e favorisce la cooperazione tra le diverse aree di competenza;
- I requisiti della azione di AMD si fondano e si esplicitano con la comunicazione e la partecipazione; la scelta delle priorità; la formazione; la progettazione; la pianificazione e il regolare periodo del raggiungimento dei risultati pianificati;
- La Direzione di AMD opera nella convinzione che la strategia scelta permetterà sia di dare evidenza scientifica allo specifico ruolo del diabetologo nel governo clinico del sistema diabetico e sia di far riconoscere in AMD un modello culturale e professionale etico e trasparente.

Perché essere Soci di AMD?

- Per far parte di una comunità professionale attenta ai bisogni di chiunque abbia a cuore il miglioramento della qualità dell'assistenza alle persone con diabete
- Per vivere e sviluppare gli argomenti attuali e futuri della moderna assistenza alle malattie croniche
- Per promuovere, favorire, arricchire una formazione professionale sempre più interattiva



VISION

Il Consiglio Direttivo Nazionale di AMD si Impegna a dare evidenza al ruolo centrale del diabetologo nel miglioramento continuo della qualità dell'assistenza alle persone con malattie metaboliche e diabete

MISSION 2005-2007

Contribuire all'evoluzione del sistema diabete italiano attraverso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza alle persone con malattie metaboliche e diabete

AMD riconosce la necessità di un approccio sistemico al miglioramento continuo della qualità e al coinvolgimento attivo dei soci

AMD conferma come aree di interesse culturale e politico prioritario:
Qualità, Formazione, Comunicazione, Ricerca Clinica

AMD identifica come aree di sviluppo - la definizione del **Panorama Assistenziale del diabete** - malattia metabolica; l' **Educazione Terapeutica**, la **Ricerca Clinica e Sanitaria**

VALORI DI RIFERIMENTO

eticità professionale, miglioramento continuo, partecipazione, coinvolgimento, orientamento all'efficienza

Come contattarci

AMD – CDN Consiglio Direttivo Nazionale

-Umberto Valentini	umberto.valentini@gmail.com
-Arcangeli Adolfo	adolfoarca@virgilio.it
-Luclano Carboni	luclano@tin.it
-Gerardo Corigliano	gerardocorigliano@libero.it
-Gualtiero de Bigontina	gdebigontina@tin.it
-Alberto De Michelli	alberto_demichelli@tin.it
-Rossella Iannarelli	ross_iann@virgilio.it
-Sergio Leotta	s.leotta@tiscali.it
-Alessandro Ozzello	ozzello@asl10.piemonte.it
-Pietro Pata	pietropata@aliceposta.it
-Giovanni Perrone*	giovanniperrone@tin.it

TESORIERE

*Sandra Castelli sandra.castelli@unina2.it

SEGRETARIO

*Antonino Cimino ancim@tin.it
 WWW.MASTER PORTAL AMD
 *Pino Piccelli amd@aedmedi.it

AMMINISTRAZIONE AMD

Direttore Responsabile: **Fiorella Mascotta** amministrazione@aedmedi.it
 Ufficio di Segreteria amdase@tiscali.it

COORDINATORI GRUPPI IN STAFF

Agenza Qualità	Dr. Gualtiero de Bigontina	gdebigontina@tin.it
PDFA	Dr. Nicoletta Musacchio	nicoleta.musacchio@fastwebnet.it
Comunicazione	Dr. Luca Monge	amd.lu.monge@alma.it
CSR	Dr. Giacomo Vesepiani	giacoves@tiscali.it
Formazione AMD	Dr. Adolfo Arcangeli	adolfoarca@virgilio.it
Scienze	Dr. Maria Antonella Pellegrini	antonape@tin.it
Consulta Presidenti	Dr. Antonino DiBenedetto	adibenedetto@unime.it

Come contattarci

DIRETTORE CONSULTA DEI PRESIDENTI

* Dr. Antonino Di Benedetto adibenedetto@unime.it

PRESIDENTI REGIONALI

- Abruzzo: Mario Pupillo > mario.pupillo@tin.it
- Basilicata: Angelo Versace > diabetologiam@libero.it
- Calabria: Giuseppe Armentano > g.armentano@libero.it
- Campania: Vincenzo Armentano > v.armentano@libero.it
- Emilia Romagna: Paolo Di Bartolo > p.di Bartolo@unife.it
- Friuli: Giorgio Zanelli > giorgio.zanelli@compro.fvg.it
- Lazio: Titti Barone > barone@tiscali.it
- Liguria: Roberto Sturaro > roberto.sturaro1@tin.it
- Lombardia: Giulio Mariani > mariani_giulio@fastwebnet.it
- Marche: Paolo Fogliani > p.fogliani@asl11.marche.it
- Molise: Antonio Aiello > aiello@virgilio.it
- Piemonte: Chiara Paola Maggno > maggiropaola@compro.cuneo.it
- Puglia: Salvatore De Cosimo > sdecosimo@tin.it
- Sardegna: Gisella Meloni > gisella.meloni@tiscali.it
- Sicilia: Antonino Di Benedetto > adibenedetto@unime.it
- Toscana: Mauro Rossi > m.rossi@asl5.toscana.it
- Umbria: Giovanni Livigni > g.livigni@asl4.umbria.it
- Veneto: Pierluigi Alfo Adige > pierluigi.alfo@compro.veneto.it



SIMPOSIO "OLTRE IL DIABETE MELLITO TIPO 1 E 2"

Il 2 marzo 2006, nella sede dell'Ordine dei Medici di Napoli, si è tenuto il Simposio "Oltre il Diabete Mellito tipo 1 e 2". L'evento nasce da una sinergia di intenti tra le sezioni regionali dell'AMD Campania e della SiFoP (Società italiana di formazione permanente per la medicina specialistica) che hanno interpretato l'esigenza del diabetologo di associare al momento formativo uno spazio dedicato al confronto, condividendo così la loro esperienza clinica su tematiche ancora aperte. Il tema del simposio è stato la trattazione di due forme di Diabete Mellito, il LADA e il MODY, che non rientrano nei criteri diagnostici dei tipi 1 e 2, e nei confronti delle quali vi sono ancora quesiti aperti in termini di classificazione e terapia.



Jole Gaeta

Hanno aperto il simposio la dott.ssa Paola Mattei, coordinatrice SiFoP per la diabetologia della regione Campania e responsabile dell'evento e il dott. Enzo Armentano, presidente dell'AMD Campania. Nella sessione del mattino, moderata dal prof. Roberto Torella e dal dott. Enzo Armentano, la Prof.ssa Raffaella Buzzetti, Professore Associato presso il Dipartimento di Scienze Cliniche ed Endocrinologia dell'Università di Roma "La Sapienza", e coordinatrice nazionale dello studio multicentrico osservazionale e di intervento NIRAD, ha trattato il LADA dal punto di vista epidemiologico e diagnostico ed ha presentato in anteprima i dati di prevalenza relativi allo studio NIRAD, mostrando come, in una popolazione di diabetici inquadriati come tipo 2, il 4% potrebbero essere LADA e che in tema di trattamento non si abbiano ancora delle indicazioni certe. Ha fatto seguito la relazione aggiornata ed esaustiva della Dott.ssa Giuseppina De Simone, specialista ambulatoriale presso il distretto 83 della ASL NA 5, sul percorso clinico-terapeutico nel LADA. Al termine delle relazioni sono stati esposti dei casi clinici dai dott. Andrea Perrelli, Ernesto Rossi, Oreste Egione, moderatori il dott. Giuseppe di Giovanni e il dott. Massimo Rinaldi, seguiti da un confronto con i partecipanti al simposio.

Nella sessione pomeridiana, condotta egregiamente dal Prof. Sandro Gentile e dalla dott. Nicoletta De Rosa, nel corso della quale è stato trattato il MODY, ha tenuto una dotta e completa relazione il Prof.



Nicoletta De Rosa

Fabrizio Barbetti, Professore Associato presso l'Università di Roma "La Sapienza", sulla epidemiologia e la diagnosi delle varie forme di MODY. Il percorso clinico-terapeutico in tali forme di diabete è stato illustrato, nella relazione successiva, dal dott. Dario Iafusco, Ricercatore presso il Dipartimento di Diabetologia Pediatrica della Seconda Università di Napoli, che in maniera chiara e vivace, ha consentito ai colleghi in aula di entrare nel vivo della clinica, sottolineando l'importanza di identificare le famiglie MODY anche al fine di adattare i propri orientamenti terapeutici. E' inoltre emersa l'importanza di lavorare in stretta collaborazione con i diabetologi pediatri, alla cui attenzione giungono i membri più giovani di questi pedigree.

Il simposio si è concluso con la presentazione di una "proposta di lavoro", finalizzata alla identificazione e registrazione centralizzata dei pazienti identificati come LADA e MODY, nei vari ambulatori diabetologici operanti sul territorio campano. A tal fine sono stati indicati i criteri di screening da utilizzare e sono state illustrate le schede per la raccolta dei dati, relative sia ai pazienti diagnosticati come LADA che alle famiglie diagnosticate clinicamente come MODY. Sono stati inoltre presentati i risultati di un'indagine conoscitiva, realizzata mediante questionario anonimo, in un gruppo di diabetologi campani. L'iniziativa, mirata a sondare l'esperienza e l'orientamento terapeutico relativamente alle due forme di diabete in oggetto, ha mostrato che mentre i casi di LADA sono identificati ed adeguatamente trattati da oltre il 60% degli intervistati, la percentuale relativa alla conoscenza dei casi MODY era significativamente inferiore.

I lavori si sono conclusi con la proposta di organizzare un osservatorio epidemiologico regionale dei casi di presunto LADA e di presunto MODY per elaborare strategie diagnostiche e terapeutiche comuni e condivise dalla maggior parte dei professionisti che operano sul territorio campano. L'osservatorio si avvarrà della consulenza dei maggiori esperti di questi tipi di diabete in Italia.

Tutti gli interessati possono avere maggiori informazioni e richiedere le schede di raccolta dei dati contattando la Dr.ssa Iole Gaeta all'indirizzo: iolegaeta@virgilio.it

CURA DEL PIEDE DIABETICO: ATTIVITÀ AMBULATORIALE IN SARDEGNA

Gruppo Piede Diabetico della Sardegna

P. Fresu, A. M. Cicalò, S. Loddoni, F. Farci, R. Pilosu, L. Carreras, S. Zoccheddu, M. Cossu, A. Gentilini, G. Meloni, M. F. Mulas, F. Mastinu, L. Carboni, R. Seguro, P. Deliperi, E. Loy

Da più di un anno è attivo in Sardegna il gruppo di lavoro dedicato alla complicanza piede diabetico, che ha svolto un'indagine conoscitiva sulle attività di prevenzione e cura del piede diabetico nei Centri e Ambulatori di Diabetologia della Sardegna. Le informazioni sono state ricavate da questionari inviati in tutti i 32 ambulatori della Sardegna, di cui l'84% è stato restituito compilato. Tra i dati più rilevanti è emersa l'opinione, nel 63% degli operatori, che i pazienti non siano adeguatamente educati alla prevenzione della complicanza piede diabetico. E' stata evidenziata

una discontinuità delle attività ambulatoriali con il 26% degli ambulatori che non ha uno spazio dedicato alla complicanza. Tra le carenze maggiori è risultata la mancanza di personale paramedico (solo il 22% dispone di almeno un'infermiera dedicata). La collaborazione con le figure mediche necessarie per la gestione della complicanza risulta meno carente, con il 26% dei centri che collabora con il chirurgo vascolare, il 15% con il chirurgo ortopedico; il 26% sia con entrambi, mentre il 33% con nessuno dei due. Discordanti le opinioni riguardo alla necessità di centri di riferimento di 3° livello, con il 19% degli operatori che non ne ritengono necessario nessuno, sino all'11% che ne ritengono necessari più di tre. Partendo dai dati ottenuti da questa indagine il Gruppo di Lavoro si è posto l'obiettivo primario di contribuire a formare una rete di Ambulatori per l'assistenza di I livello su tutto il territorio.



ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI
Viale Carlo Felice, 77
C.F. 05045491007

BILANCIO CONSUNTIVO CONSOLIDATO COMPARATO

RENDICONTO PATRIMONIALE

	ATTIVITÀ	
	2005	2004
Titolo 1 - Crediti a breve		
Cat.1 - Crediti v/s clienti	€ 618.330.97	€ 150.737.60
Cat.2 - Crediti v/s Stato (acconti)	€ 1.838.40	€ 1.089.00
Cat.3 - Depositi Cauzionali	€ 5.164.57	€ 5.164.57
Cat.4 - Costituzione di Fondazione	€ 100.000.00	
Totale crediti a breve	€ 725.333.94	€ 156.991.17
Titolo 2 - Immobilizzazioni materiali		
Cat.1 - Mach. Uff. elettriche	€ 9.993.54	€ 9.993.54
Cat.2 - Mach. Uff. elettroniche	€ 22.670.36	€ 19.182.36
Cat.3 - Mobili ed arredi	€ 4.121.34	€ 4.121.34
Cat. 4 - Anticipazione su fabbricati civili	€ 110.400.00	
Totale Immobilizzazioni	€ 147.185.24	€ 33.297.24
Titolo 3 - Banche		
Cat.1 - B. Carige	€ 86.807.44	€ 194.964.60
Cat.2 - B. P. Adriatico		€ 78.322.09
Cat.3 - Fondi di liquidità		€ 50.139.69
Totale Banche	€ 86.807.44	€ 323.426.38
Titolo 4 - c/c Postale	€ 35.527.21	€ 85.362.36
TOTALE GENERALE ATTIVITÀ'	€ 994.853.83	€ 599.077.15

PASSIVITÀ

Titolo 1 - Debiti a Breve		
Cat.1 - Debiti v/s fornitori		€ 8.083.20
Cat.2 - Debiti v/s creditori diversi / dipendenti	€ 2.417.83	€ 2.088.26
Cat.3 - Debiti per borse studio		
Cat.4 - Debiti v/s lo Stato	€ 43.002.17	€ 19.400.94
Totale Debiti a Breve	€ 45.420.00	€ 13.406.00
Titolo 2 - Fondi ammortamento e tfr		
Cat.1 - Fondo amm.to m.uff. elettriche	€ 9.084.63	€ 9.084.63
Cat.2 - Fondo amm.to m. uff. elettroniche	€ 7.502.46	€ 7.502.46
Cat.3 - Fondo amm.to mobili ed arredi	€ 622.10	€ 622.10
Cat.4 - Fondo tfr	€ 5.120.92	€ 2.853.73
Totale fondi ammortamento	€ 22.330.11	€ 20.062.92
Titolo 3 - Capitale Netto		
Cat.1 - Utili riportati a nuovo	€ 1.485.40	€ 1.485.40
Cat.2 - Avanzi gestioni eserc. precedente	€ 564.122.83	€ 342.033.98
Totale Capitale Netto	€ 565.608.23	€ 343.519.38
TOTALE GENERALE PASSIVITÀ'	€ 633.358.34	€ 376.988.30

RIEPILOGO		
ATTIVITÀ	€ 994.853.83	€ 599.077.15
PASSIVITÀ	€ 633.358.34	€ 376.988.30
AVANZO DI GESTIONE	€ 361.495.49	€ 222.088.85

RENDICONTO ECONOMICO

	ENTRATE	
	2005	2004
Titolo 1 - Istituzionale		
Cat.1 - Proventi quote medici	€ 82.752.00	€ 69.100.00
Cat.2 - Proventi soci sostenitori	€ 172.610.00	€ 146.000.00
Cat.3 - proventi diversi	€ 110.400.00	€ 178.116.49
Totale Entrate Istituzionale	€ 365.762.00	€ 393.216.49
Titolo 2 - Gestione Area Commerciale		
Cat.1 - Proventi della gestione commerciale	€ 452.120.41	
Totale Entrate Gestione Area Commerciale	€ 452.120.41	
Titolo 3 - Gestioni Speciali		
Cat.1 - Erogazioni Liberali Sez. Regionali	€ 226.841.20	€ 123.363.00
Cat.2 - Corsi	€ 455.304.64	€ 494.500.00
Cat.3 - Borse di studio		
Cat.4 - Interessi attivi c/c postali e bancari	€ 2.809.33	€ 1.077.68
Cat.5 - Abbuoni	€ 24.96	€ 4.41
Cat 6 - Insussistenza del passivo		€ 22.865.74
Totale Gestioni Speciali	€ 684.980.13	€ 641.810.83
TOTALE GENERALE ENTRATE	€ 1.502.862.54	€ 1.035.027.32

USCITE

Titolo 1 - Istituzionale		
Cat.1 - Spese di stampa e abbonamento	€ 17.458.26	€ 3.826.81
Cat.2 - Spese per le riunioni degli organi statutari	€ 110.376.04	€ 88.250.95
Cat.3 - Spese amministrative		
Cap.1 - Acquisto mat. di consumo	€ 28.524.31	€ 7.531.12
Cap.2 - Spese postali, bancarie e carte di credito	€ 12.912.06	€ 5.950.27
Cap.3 - Spese affitto segreteria e sale riunioni	€ 22.908.95	€ 20.128.31
Cap.4 - UtENZE	€ 19.943.44	€ 6.169.66
Cap.5 - Compensi di lavoro dipendente, autonomo e segreteria	€ 169.569.85	€ 120.495.36
Cap.6 - Assicurazioni	€ 2.349.00	€ 2.349.00
Cap.7 - Oneri diversi di gestione	€ 3.521.70	€ 268.89
Totale Uscite Istituzionale	€ 387.563.61	€ 254.790.37
Titolo 2 - Gestioni Speciali		
Cat.1 - Spese Sezioni Regionali	€ 96.177.03	€ 89.367.66
Cat.2 - Progetti lavoro	€ 652.274.88	€ 463.851.51
Cat.3 - Spese per attività		
Cat.4 - Ammortamenti immobilizzazioni		€ 4.264.57
Cat.5 - Tasse di CC.GG. e Imposte dell'esercizio	€ 5.267.83	€ 360.00
Cat.6 - Interessi passivi	€ 83.70	€ 124.36
Arrotondamenti/Minusvalenze		
Totale Uscite Gestioni Speciali	€ 753.803.44	€ 557.968.10
TOTALE GENERALE USCITE	€ 1.141.367.05	€ 812.938.47

RIEPILOGO		
ENTRATE	€ 1.502.862.54	€ 1.035.027.32
USCITE	€ 1.141.367.05	€ 812.938.47
AVANZO DI GESTIONE	€ 361.495.49	€ 222.088.85



VERBALE DI VERIFICA DEL COLLEGIO DEI REVISORI

Il Giorno 2 Marzo alle ore 10.30 presso la sede dell'Associazione a Roma via Carlo Felice 77 si è riunito il Collegio dei Revisori nelle persone dei Signori:

Corniani Paola presente

Di Benedetto Antonino *assente giustificato*

Chiambretti Anna *presente*

Assiste alla seduta la Dottoressa Fiorella Masciotta.

Argomenti dell'ordine del giorno:

- Verifica risultanze di cassa e banca al 31/12/2005
- Esame conto consuntivo al 31/12/2005 e stesura relazione
- Esame bilancio previsione 02/03/2006
- Adempimenti IVA
- Verifica versamenti fiscali e previdenziali
- Pratica accreditamento tra le società per la ricerca medica 5%
- Esame a campione di alcune fatture emesse e del contratto sottostante
- Varie ed eventuali

Verifica di cassa e banca al 31/12/2005

Dei dati esposti in Bilancio si rileva che non vi sono depositi in cassa, il saldo del c/c bancario presso banca Carige di € 86.807,44 trova esatta corrispondenza con l'estratto conto, così come il saldo del conto corrente postale pari a € 35.527,21.

Si raccomanda la revisione delle condizioni bancarie che a fronte di un tasso creditori pari a 0,01% applica un tasso debitori del 13,25%.

Esame Conto Consuntivo al 31/12/2005

Viene presa in esame tutta la documentazione inerente il conto consuntivo, con verifica di alcune voci, oggetto di relazione a parte.

Adempimenti IVA

La comunicazione dati annuali IVA 2005 è stata regolarmente inviata nei termini, i dati esposti che trovano corrispondenza con le risultanze contabili, sono i seguenti:

- operazioni attive € 1.491.387,00
di cui non imponibili € 999.834,00
- operazioni passive € 519.897,00
di cui non imponibili € 374.250,00

l'IVA a debito è di € 69.181,00 ed è stata regolarmente versata nel corso del 2005, ad eccezione del saldo di fine anno pari ad € 30.038,00, oltre interessi trimestrali di € 300,00, che dovrà essere versato entro il 16-03-2006.

Verifica versamenti fiscali e previdenziali

08/09/2005 a mezzo B.ca CARIGE:		
cod	1040	2.315,00
cod	1001	243,00
cod	1004	123,74
INPS	DM 10	826,00
INPS	CXX	225,00
TOTALE		3.733,04

12/10/2005 a mezzo B.ca CARIGE:		
cod	1040	1.457,67
cod	1001	282,74
cod	1004	123,74
INPS	DM 10	948,00
INPS	CXX	225,00
TOTALE		3.037,15

29/11/2005 a mezzo B.ca CARIGE:			
cod	3813	2° Acc. IRAP 2005	1.101,28
TOTALE			1.101,28

16/11/2005 a mezzo B.ca CARIGE:		
cod	1040	1.857,00
cod	1001	385,00
cod	1004	156,17
INPS	DM 10	1.152,00
INPS	CXX	252,00
TOTALE		3.802,79

16/12/2005 a mezzo B.ca CARIGE:		
cod	1040	1.415,00
cod	1001	321,02

cod	1004	160,90
INPS	DM 10	1.039,00
INPS	CXX	252,00
TOTALE		3.187,92

16-01-2006 a mezzo B.ca CARIGE:		
cod	1001	1.200,97
cod	1004	549,94
cod	1049	8.506,92
cod	4631	112,00
INPS	DM 10	1.922,00
INPS	CXX	252,00
cod	3802	281,17
cod	3816	62,48
TOTALE		12.887,48

16/02/2006 a mezzo B.ca CARIGE:		
cod	1001	337,12
INPS	DM 10	974,00
INAIL	45,31	
cod	1040	9.733,24
TOTALE		11.089,67

Esame Bilancio di Previsione

L'esame del Bilancio di previsione 2006 che tiene conto delle risultanze dell'esercizio precedente e dei costi e ricavi consolidati, evidenzia i seguenti dati:

Totale disponibilità € 614.069,00

Così costituite:

Liquidità	€ 182.910,00
Crediti da incassare	€ 236.159,00
Introiti quote aziende	€ 195.000,00

Totale uscite € 558.258,00

Sede e segreteria	€ 226.888,00
Anticipazione gruppi staff	€ 94.116,00
Impegni deliberati	€ 237.254,00

Si raccomanda un controllo costante delle entrate prima di procedere a programmare impegni di spesa non ancora deliberati.

Pratica accreditamento tra le società per la ricerca medica 5%

È stata presentata entro il 10/02/2006 la domanda di inserimento nell'elenco tenuto dall'Agenzia delle Entrate per la ripartizione del 5%.

Esame a campione di alcune fatture emesse e del contratto sottostante

Dal controllo di detti documenti non sono emerse anomalie o discordanze di dati.

Null'altro da esaminare, viene fissata la prossima revisione per il 30 giugno 2006, e la seduta viene tolta alle 13.30.

Il Collegio dei Revisori



Relazione Collegio dei Revisori al conto consuntivo periodo 01/01/2005 – 31/12/2005

Associazione Medici Diabetologi

Oggi 2 Marzo 2006 alle ore 10.30 si è riunito il Collegio dei Revisori dell'Associazione Medici Diabetologi, sono presenti i Signori: Paola Corniani *presente*
Antonino Di Benedetto *assente giustificato*
Anna Chiambretti *presente*
Assiste alla Verifica la Dottoressa Fiorella Masciotta.
Viene preso in esame il conto consuntivo al 31/12/2005 e tutta la documentazione relativa.

L'utile d'esercizio di _ 361.495,49 risulta per differenza dallo Stato Patrimoniale	
ATTIVITÀ	€ 994.853,83 -
PASSIVITÀ	€ 633.358,34 =
	€ 361.495,49

E dal Conto Economico	
RICAVI	€ 1502.862,54 -
COSTI	€ 1141.367,05 =
	€ 361.495,49

I crediti verso cliente ammontano a € 528.130,97 non trovano corrispondenza con le risultanze contabili e di Bilancio, in quanto successivamente alla chiusura dell'esercizio si è venuto a conoscenza che il con-

tributo erogato dalla Società Aventis SPA non verrà corrisposto avendo la società provveduto a pagare direttamente impegni di spesa non in Bilancio, pertanto il risultato d'esercizio a seguito di questo storno risulterà di € 271.295,49 e non di € 361.495,49. Non vi sono debiti verso fornitori, ma solo debiti erariali, verso istituti previdenziali e dipendenti.

Le disponibilità finanziarie pari a € 122.334,65, di cui € 86.807,44 sul c/c Banca Carige ed € 35.527,21 sul c/c postale trovano esatta corrispondenza con gli estratti conto.

Il debito IVA al 31/12/2005 di € 30.037,00 trova esatta corrispondenza con le risultanze contabili.

Il conto economico evidenzia le seguenti voci significative che a campione sono state verificate:

Costi per progetti di lavoro	€ 652.274,88
Costi del personale	€ 78.786,63
Costi direttivo nazionale e sezioni regionali	€ 160.642,64

Ricavi da prestazione servizi € 1.478.428,25

Di cui contributi commerciali per € 452.120,41 e contributi da sezioni regionali per € 226.841,20.

I dati sopra esposti, che sintetizzano le risultanze della gestione, sono stati verificati e trovati corrispondenti alle risultanze contabili.

Il fondo TFR di € 5.120,92 è stato incrementato per € 2.267,19 relativo all'accantonamento dell'esercizio.

Nello stato patrimoniale tra le attività è indicata la voce anticipazione su acquisto fabbricati civili per € 110.400,00 relativa al deposito effettuato presso il Tribunale di Roma per partecipare all'asta immobiliare relativa all'edificio che potrebbe diventare sede dell'associazione; alla data odierna l'asta risulta rinviata.

Per quanto detto, in relazione alla gestione dell'anno 2005 e per i controlli effettuati nella seduta del 29/09/2005, si esprime parere favorevole all'approvazione del Bilancio così come predisposto.

Il Collegio dei Revisori

TO BIT OR NOT TO BIT

continua da pag. 5

E che dire della possibilità della telemedicina che consente di poter controllare a distanza il paziente evitandogli spostamenti?

Tale comunicazione interattiva ha poi avuto un balzo in avanti con la nascita di internet e l'uso delle webcam entrambe cose ormai entrate nell'uso quotidiano di quasi tutti.

Internet sicuramente ha rappresentato, nel campo della comunicazione, una rivoluzione epocale che ha modificato in maniera fondamentale il modo di gestire i rapporti interpersonali e non solo in medicina. In campo medico la possibilità di poter accedere facilmente a banche dati mediche internazionali di ottimo livello (MEDLINE, PUBMED per citarne alcune) con la possibilità di un aggiornamento continuo e indipendente, consente quotidianamente agli addetti ai lavori di poter conoscere, in tempo reale, le ultime novità specifiche nel campo desiderato. La possibilità, infine, attraverso la posta elettronica, di essere in collegamento con tutto il mondo, chiude il cerchio su un sistema che ha rivoluzionato il modo di vivere e di gestire la propria attività. In Italia esiste, a cura della Associazione Medici Diabetologi, uno strumento (THESAURUS) che consente un aggiornamento scientifico di buon livello e che è molto apprezzato a giudicare dagli accessi quotidiani al suo database.

Ma Internet è diventato anche un biglietto da visita importante per chi vuol mostrare la propria attività e, spesso, il più importante scavalcando anche le potenzialità del materiale cartaceo per l'immediatezza con cui arriva al destinatario del messaggio.

Ed infatti ogni azienda, istituzione, società scientifica e persino privati usano questo mezzo per promuoversi all'esterno.

In campo diabetologico italiano il primo sito nato è stato quello dell'Associazione Medici Diabetologi che ha visto la luce nell'ormai lontano 1997 su richiesta del sottoscritto e il suo primo accesso sul web era semplicemente una pagina secondaria.

Oggi www.aemmedi.it è un portale dalle potenzialità quasi illimitate grazie ad un lavoro certosino nel tempo da parte dell'Associazione. Anche la Società Italiana di Diabetologia ha un proprio sito www.siditalia.it come Diabete Italia www.diabeteitalia.it e l'OSDI www.osdi.it.

Nel panorama diabetologico anche le Associazioni dei Diabetici hanno propri siti (FAND, ADG etc.) e contribuiscono alla informazione in campo diabetologico mirato ai pazienti, soprattutto.

Ma, dopo questo excursus, nell'Amleto che c'è in ognuno di noi, dopo l'entusiasmo compaiono i primi dubbi: è realmente e completamente positivo tutto ciò? Non c'è il rischio della spersonalizzazione?

Ed in effetti il rischio esiste. L'affidarsi completamente alla tecnologia se da un lato

migliora la nostra vita crea, dall'altro, anche nuovi ed inaspettati (?) problemi.

Il rischio che si corre è quello di preferire la tecnologia, appunto, al tradizionale rapporto interpersonale fatto di parole, di telefonate, di lettere magari scritte a mano.

Paradigmatico è l'uso ormai quotidiano, per comunicare, delle email.

Ormai notizie e, soprattutto, auguri si mandano per email per ragioni di velocità e costi.

Ma quanto era bello il bigliettino di auguri, la telefonata e, perché no, la visita personale!

C'è poi il grosso limite che le email, se non si hanno doti innate di comunicazione, finiscono per complicare la vita e non facilitarla in quanto spesso, in poche righe, non si riesce a far capire all'altro il nostro pensiero in modo compiuto.

Allora nascono incomprensioni che spesso vanno risolte con il metodo comunicativo tradizionale.

Pertanto si alla tecnologia ma con il giusto equilibrio.

Ma l'Amleto del terzo millennio forse ha più dubbi di quello originale e forse no!

Ma se non fosse così che Amleto sarebbe?

Dott. Giuseppe Pipicelli*

*Direttore U.O.C. di Diabetologia e Dietologia Territoriale A.S.n.7 CATANZARO
Responsabile Portale Associazione Medici Diabetologi www.aemmedi.it



Fondazione Amd Onlus



A.M.D. Associazione Medici Diabetologi

Caro Amico, cara Amica
egregi Colleghi

Oggi puoi destinare la tua quota del 5 per mille alla Fondazione AMD, con un gesto semplice

- firmando nel tuo modello di dichiarazione dei redditi, il riquadro "sostegno del volontariato delle associazioni e delle fondazioni" e
- nello spazio immediatamente sotto, apponendo il codice fiscale 08387721007

Perché farlo?

- Non è un aggravio e non ti costa nulla perché lo Stato rinuncia alla quota del 5 per mille per destinarlo alla Fondazione AMD
- Non è alternativo all'8 per mille: sono destinazioni diverse e puoi sceglierle entrambe
- È un sostegno attivo alla tua Associazione e alla sua Fondazione
- La Fondazione AMD si impegna
 - a rendere trasparente a tutti i Soci AMD, l'entità delle risorse originarie dal 5 per mille
 - a valutare le proposte dei donatori per sceglierne assieme il miglior utilizzo
 - a verificare il raggiungimento degli obiettivi a fronte della distribuzione delle risorse

Perché farlo tu?

- Perché sei un Socio AMD e la Fondazione AMD rappresenta le tue istanze e le tue necessità
- Perché ti verrà restituito come ricerca e come servizi

Solo tu?

- Se lo fai, altri ti seguiranno
- Soprattutto la tua Squadra (la tua Infermiere, la tua Dietista...)
- E, perché no, la tua famiglia (tua moglie, se ha un proprio reddito...)

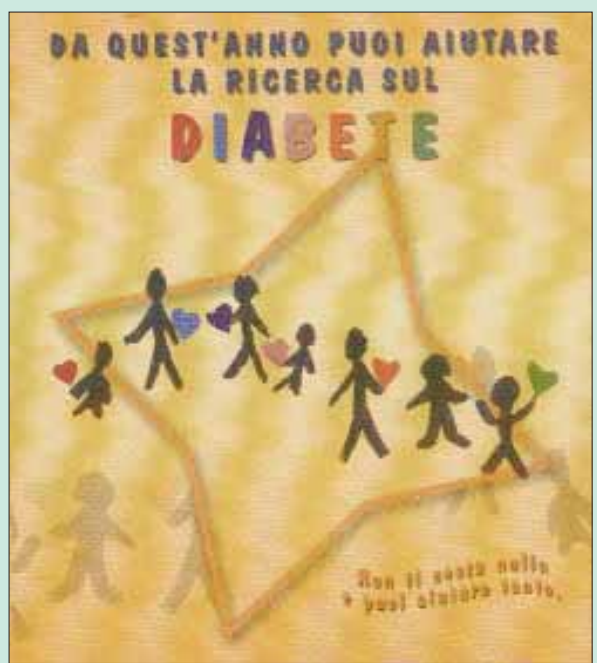
Dona il 5 per Mille
alla Fondazione AMD
GRAZIE!

Dr. Umberto Valentini
Presidente Nazionale AMD

Dr. Adolfo Arcangeli
Presidente Fondazione AMD-Onlus

Ricorda che se ti servi di un commercialista o del CAF, devi segnalarglielo
e, in ogni caso, firmare e indicare il
Codice Fiscale 08387721007

DA QUEST'ANNO PUOI AIUTARE LA RICERCA SUL DIABETE



'non ti costa nulla puoi fare tanto'



PRESENTAZIONE AL VOLUME ANNALI AMD 2006

● Umberto Valentini*

Il compito di una società Scientifica è soprattutto quello di avere una vision, cioè “veder avanti”: in sostanza per AMD prevedere come si farà la diabetologia tra cinque anni e, per quanto possibile, influenzare il cambiamento e costruire strumenti utili all’evoluzione dell’attività specialistica.

Per raggiungere questo obiettivo è fondamentale la ricerca clinica i cui risultati danno forza alle ipotesi e alle richieste professionali.

La pubblicazione degli Annali, frutto della ricerca AMD, è un pietra fondamentale per la Diabetologia italiana ed è elemento integrale del progetto che AMD sta realizzando per il miglioramento continuo dell’assistenza alle persone con diabete.

Come si può chiaramente evincere da questo volume, i dati contenuti sono un reale spaccato dell’assistenza diabetologica in Italia.

Gli Annali nascono dall’elaborazione del File Dati, data base costituito dalle informazioni cliniche di 87 Centri diabetologici italiani: l’intuizione vincente è la possibilità di estrarre i dati clinici da diverse cartelle e concentrarli in un unico data base.

Questa pubblicazione diventerà il riferimento utile e necessario per le Regioni, il Ministero, l’ISS.

La disponibilità del File Dati permetterà non solo di pubblicare gli Annali, ma anche di realizzare una ricerca clinica diabetologica unica

in Italia: il progetto QUASAR è il primo importante progetto AMD in corso che userà il File Dati; durerà sei anni, coinvolgerà 10.000 pazienti e avrà per obiettivo la valutazione dell’organizzazione dell’assistenza e la comparsa di eventi cardiovascolari nei diabetici di tipo 2.

Ma credo che il valore più grande del File Dati sia l’occasione per rendere evidenti le difficoltà che abbiamo nel modo di lavorare e permettere di intraprendere azioni di miglioramento della nostra attività.

L’analisi attenta dei dati degli Annali AMD ha, infatti, permesso di vedere gli aspetti critici del nostro modo di lavorare: molte informazioni raccolte si sono rilevate incomplete o tali da non poter essere usate, ad indicare la necessità di migliorare l’uso degli strumenti informatici. Ma la qualità del dato talora rileva difficoltà di organizzazione, di implementazione delle raccomandazioni, di definizione dei processi di cura. Ecco quindi che il data base costituito diventa un formidabile strumento per il miglioramento della qualità dell’assistenza, l’occasione per confrontare il modo di lavorare del singolo con il data base comune.

Gli Annali saranno il nostro biglietto da visita per il “mondo” esterno e l’occasione per continuare “l’evoluzione della specie” verso un miglioramento continuo non solo della diabetologia in generale, ma anche di ogni singola professionalità.

**Presidente Nazionale AMD*



● Giacomo Vespasiani**

La realizzazione di questi Annali sul diabete, redatti da AMD, nasce da una progettualità lontana che inizia nel 2000.

In quella data fu fondato il Gruppo per l’Informatizzazione della diabetologia (GIDI) che aveva tra i suoi obiettivi quello di produrre un data-set di informazioni, estraibile automaticamente da tutte le cartelle diabetologiche informatizzate seguendo uno stesso formato elettronico.

Questo Data-set, pur provenendo da cartelle elettroniche diverse, doveva avere uno standard comune che permettesse di assemblare le informazioni cliniche a prescindere dalla cartella clinica informatizzata che le aveva prodotte.

Per prima cosa ci si mise intorno a un tavolo per individuare le informazioni cliniche che dovessero essere presenti all’interno di que-

sto data.set. Si cercò anche di analizzare le cause del fallimento delle precedenti esperienze per cercare di superarle.

I punti critici, individuati nei precedenti sistemi di raccolta tramite il dat.set, erano:

1. non prevedere alcuna specifica informazione sulla struttura elettronica dei dati clinici da raccogliere;
2. i dati raccolti erano elaborati solo da chi li deteneva centralmente secondo una sua interpretazione. In altre parole, una volta raccolti i dati, diventava difficile rendere fruibile a ciascuno la propria elaborazione.

Per questa ragione si decise che l’obiettivo fondamentale sul quale tarare tutto il progetto (e anche il contenuto delle informazioni del dat-set) era l’individuazione di indicatori di qualità che potessero aiutare la diabetologia clinica a migliorare la sua efficienza; partendo da questi si individuavano le singole voci che erano necessarie per calcolarli. Alle singole voci cliniche furono collegate le specifiche tecni-



che di scrittura elettronica per rendere il File Dati standard anche dal punto di vista informatico.

Nacque così il File Dati AMD 2002 che fu pubblicato nel sito web di AMD. Contemporaneamente si invitarono le cartelle informatizzate esistenti sul mercato a mettersi nelle condizioni di produrre questo data-set. Risposero all'invito le seguenti cartelle: Eurotouch, Metadiainf, Millennium, e Perseo, le prime due cartelle diabetologiche e le seconde dei medici di medicina generale. Ciascuna delle cartelle per documentare l'allineamento agli standard dettati da AMD, invitò il proprio File Dati Estratti automaticamente, e questo fu controllato e validato da AMD.

Raggiunto questo livello, ciascuno avrebbe potuto elaborare i propri dati estratti in maniera standardizzata ma ci si accorse che pochissimi erano i diabetologi con una struttura in grado di calcolare automaticamente gli indicatori. Per risolvere il problema si avviò la realizzazione di un Software Indicatori AMD che fosse in grado di produrre in automatico, e per tutti, il calcolo degli indicatori prescelti.

Nel momento del calcolo degli indicatori ci si accorse però che alcune voci erano mancanti e che non si era in grado di calcolare tutti gli indicatori previsti.

Per questa ragione nel corso del 2003-2004 il gruppo Qualità AMD rivide la lista delle voci che componevano il File Dati 2002 e pubblicò una nuova lista come Dati 2004.

Questa volta però fu subito realizzato il software di elaborazione degli indicatori AMD e messo a disposizione di tutti i Soci.

All'aggiornamento del 2004 si adeguarono sia la cartella Eurotouch sia Metadiainf alle quali si aggiunse la cartella della Diabetologia di Brescia.

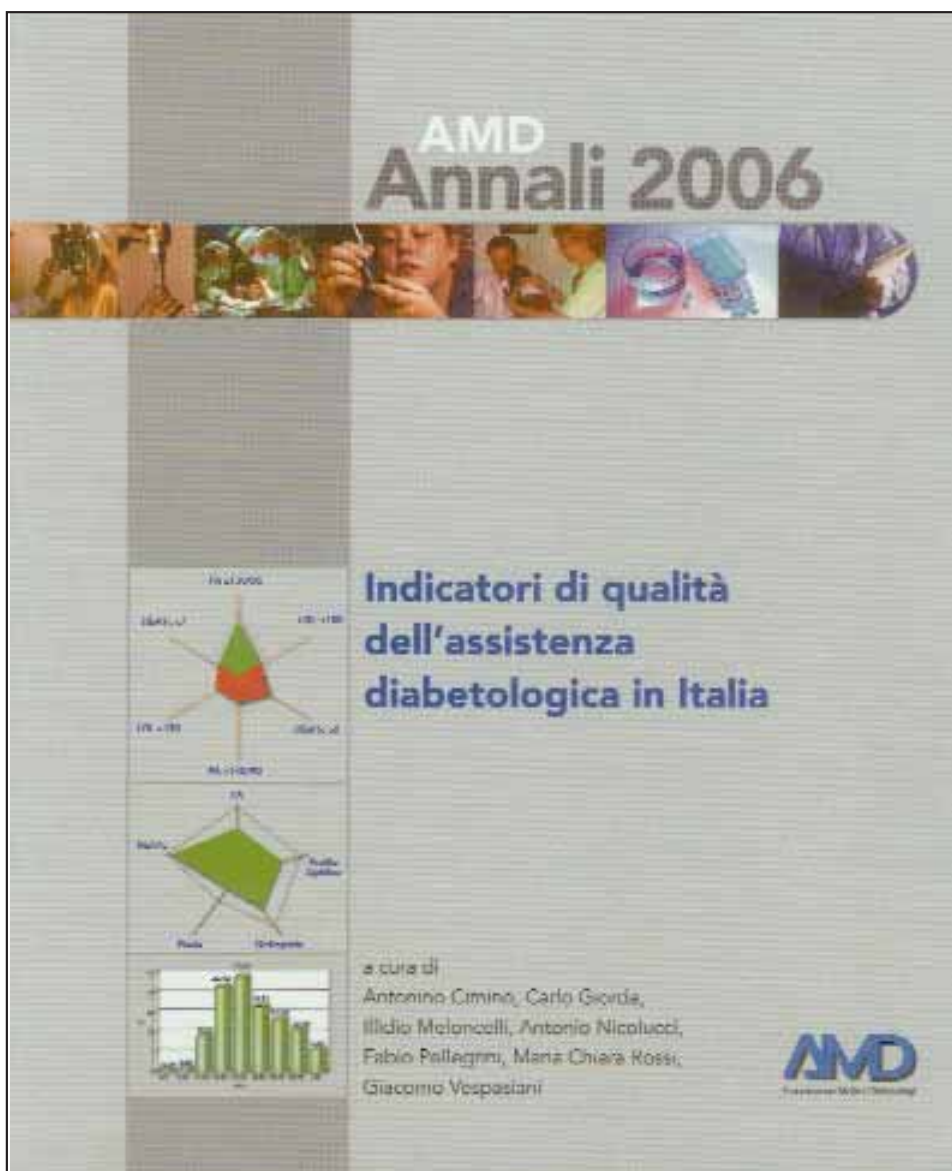
Fu così raggiunto il primo target importante, ovvero quello di mettere ogni Centro di diabetologia in grado di produrre con la propria cartella informatizzata i propri indicatori di qualità da utilizzare per il miglioramento e/o per il confronto interno, nel corso degli anni della propria organizzazione.

Il secondo target alla portata di questo sistema era quello di realizzare una raccolta nazionale di File Dati creando un database di descrizione clinica sul quale calcolare gli indicatori.

Questo target è stato raggiunto grazie alla collaborazione di 87 Centri di diabetologia italiana che hanno consegnato ad AMD, nel pieno rispetto della legge sulla privacy, i loro File Dati dell'anno 2004. Uno degli 87 mandò però dei dati non leggibili per problemi di supporto magnetico, per cui il calcolo fu fatto su 86 Centri. Grazie a un contributo non condizionante di Lifescan Italia, che in questo frangente ha dato prova di vera partnership con la diabetologia italiana, i dati sono stati accorpati ed elaborati dal Consorzio Mario Negri Sud, e, successivamente, commentati. Questo documento ANNA-LI AMD 2006 indicatori di qualità dell'assistenza diabetologica in Italia è il risultato di questo grande lavoro comune.

Gli indicatori che sono stati elaborati da questo database nazionale non sono tutti quelli che si potrebbero estrarre perché a oggi c'è una differenza talvolta sostanziale tra quello che si fa realmente e quello che si registra in maniera codificata (in genere molto meno).

Tuttavia, il sistema File Dati e dell'elaborazione degli indicatori AMD è ormai impostato e automatizzato e dunque con il miglioramento della qualità dei dati raccolti si otterranno, negli anni, informazioni sempre più precise e complete e con uno sforzo progressivamente minore.



A questo scopo il gruppo Qualità di AMD ha progettato dei corsi a livello nazionale su come ottenere "dati puliti" e certamente questo intervento di sensibilizzazione produrrà i suoi risultati.

È nostra intenzione pubblicare ogni anno l'elaborazione di quanto raccolto dai Centri di diabetologia e siamo sicuri che la migliore qualità del dato e il coinvolgimento sempre maggiore dei Centri porteranno i nostri annali a essere un documento apprezzato, atteso e utilizzato da tutto il mondo sanitario e sociale che si interessa del diabete.

Prima di chiudere questa introduzione voglio ringraziare gli amici e colleghi che hanno realizzato con me questi annali: Antonio Cimino, Carlo Giorda, Illidio Meloncelli, Antonio Nicolucci, Fabio Pellegrini e Chiara Rossi.

Il Consiglio o Direttivo, il Centro Studi e Ricerche e il gruppo Qualità sono stati essenziali per il supporto offerto durante tutta la progettazione e realizzazione; anche a loro va il ringraziamento.

Il lavoro svolto è stato pesante ma stimolante, tuttavia non sarebbe neanche stato possibile pensarlo senza la partecipazione entusiastica degli 87 Centri di diabetologia di tutta Italia che hanno fornito il loro dati e che voglio ringraziare. Sono sicuro che questo documento sarà di stimolo per loro a continuare questa collaborazione e a tutti gli altri soci AMD a farsi coinvolgere in questa esperienza che sarà positiva, per tutta la Diabetologia italiana.

****Direttore Centro Studi e Ricerche AMD**



DAL GRUPPO DI LAVORO PIEDE DIABETICO SARDEGNA

Per affrontare in modo sistematico il problema "Piede Diabetico" all'inizio del 2005 è stato costituito il "Gruppo di Lavoro Sardo sul Piede diabetico".

Il Primo obiettivo del gruppo di lavoro è stato acquisire dati per conoscere:

- la prevalenza negli ultimi anni delle amputazioni degli arti inferiori effettuate nella nostra regione
- l'attuale realtà sarda nella cura del piede diabetico, in relazione soprattutto alle risorse sanitarie attualmente disponibili nelle diverse strutture diabetologiche allo scopo di potenziarle e renderle operative per realizzare differenti strategie di prevenzione diagnosi e terapia nelle complicanze degli arti inferiori.



nandole alle circostanze locali, tenendo conto dei fattori culturali, delle risorse regionali, dei fattori socio economici, dell'accessibilità alle cure.

- Elaborare un documento ufficiale che raccolga gli elaborati dei gruppi di lavoro relativi alla realizzazione dei diversi protocolli di educazione, screening, prevenzione, diagnosi e terapia adattati alla realtà regionale

- Diffondere il documento tra i servizi di diabetologia della regione per uniformare i diversi interventi diagnostici e terapeutici sulla complicanza
- Far recepire il documento all'interno del Presidio Sanitario della Sardegna.

Per quanto riguarda il primo obiettivo, dati preliminari, ottenuti grazie alla collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico della regione Sardegna, hanno evidenziato che la proporzione degli amputati diabetici rispetto al numero totale delle amputazioni è per il 2004 del 42,7% confermando sostanzialmente quanto riportato nella letteratura Nazionale ed Internazionale. Il gruppo di lavoro ha quindi deciso di varare il Progetto Ichnos con i seguenti obiettivi:

- Acquisire competenze educative finalizzate alla prevenzione e alla cura del piede diabetico
- Acquisire competenze cliniche per migliorare la gestione delle lesioni acute e croniche nel piede diabetico
- Acquisire competenze cliniche finalizzate all'individuazione dei pazienti a rischio di lesioni o di recidive e alla stratificazione del rischio
- Analizzare e reinterpretare le linee guida pratiche dettate dagli ultimi documenti di consenso internazionale e nazionale subordinando

Considerando l'importanza del Progetto Ichnos e le difficoltà di realizzazione, è necessario adeguato supporto tecnico-scientifico e organizzativo per il suo svolgimento. Nelle fasi iniziali l'intero processo verrà monitorizzato da un "Auditor" esterno, Prof. Alberto Piaggese, responsabile del Centro di Riferimento per il piede Diabetico della Regione Toscana, che si è reso disponibile, anche in qualità di Coordinatore del gruppo di Studio Diabetico della SID e dell'AMD.

Il Gruppo di Lavoro Piede Diabetico Regione Sardegna

Dott.ssa Gisella Meloni

Vico Siccardi IV N° 5 - 08045 Lanusei (Tel 0782 40181 Cell 3486518690)

E-mail: gisella.mel@tiscali.it



SI RINGRAZIANO I SOCI SOSTENITORI DI AMD PER IL 2005

AstraZeneca 

 Bayer HealthCare
Diabetes Care Division

 ABIOTEN
PIRELLA GÖTTSCHE LOWE

 gsk
GlaxoSmithKline

Lilly

 A.MENARINI
diagnostics

 LIFESCAN
a Johnson & Johnson company

 MSD

 Roche

 Pfizer
Pfizer Italia

 novo nordisk®

 Takeda
Mitsubishi Iryo Kenkyukai

 SERVIER

 sanofi aventis
Ti salutiamo, tu salutaci tutti insieme



COMITATO SCIENTIFICO
A. Arcangeli, C. Coscelli
S. Gentile, C. Giorda, F. Galeone, G. Pipicelli

REDAZIONE
C. M. Gnocchi - M. Fierro

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

DIRETTORE RESPONSABILE
Sandro Gentile



Associazione Medici Diabetologi

CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE

Presidente: U. Valentini
Vice-Presidente: A. Arcangeli

Consiglieri: L. Carboni
G. Corigliano
G. De Bigontina
A. De Micheli
R. Iannarelli
S. Leotta
A. Ozzello
P. Pata
G. Perrone

Segretario: A. Cimino
Tesoriere: S. Gentile

Presidente Consulta: A. Di Benedetto

PRESIDENZA, SEGRETERIA E SEDE LEGALE

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

PRESIDENTI SEZIONI REGIONALI

Abruzzo: M. Pupillo
Alto Adige-
Trentino-Veneto: F. Calcaterra
Basilicata: A. Venezia
Calabria: G. Armentano
Campania: V. Armentano
Emilia-Romagna: P. Di Bartolo
Friuli-Venezia Giulia: G. Zanette
Lazio: C. Suraci
Liguria: R. Sturaro
Lombardia: G. Mariani
Marche: P. Fogliani
Molise: A. Aiello
Piemonte-Val d'Aosta: G. Magro
Puglia: S. De Cosmo
Sardegna: G. Meloni
Sicilia: A. Di Benedetto
Toscana: M. Rossi
Umbria: G. Divizia

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

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

INDAGINE SUGLI ERRORI DI SOMMINISTRAZIONE DI INSULINA: QUALI INSEGNAMENTI

Giuseppina Guarino, Rosanna Esposito, Francesco Buonocunto, Maura Fierro, Stefano Annunziata, Anna Cioffi, Roberto Torella e Sandro Gentile*
Dipartimento di Geriatria e Malattie del Metabolismo, Seconda Università di Napoli,
*sandro.gentile@unina2.it

I risultati del trattamento insulinico risentono di una serie di variabili biologiche e comportamentali. Queste ultime sono in genere poco indagate e comprendono somministrazione, tecnica di iniezione, mezzo utilizzato, sedi di iniezione e loro rotazione, miscelazione estemporanea o uso di premiscelate, intervallo iniezione-pasto in rapporto al tipo di insulina, modalità di conservazione dell'insulina, attività fisica, ecc. Scopo dell'indagine è stato di valutare possibili errori di somministrazione in pazienti diabetici trattati con insulina da >1 e <5 anni già addestrati all'autoiniezione, per verificare il livello di attuazione delle conoscenze e delle abilità. Pazienti: 236 pazienti ambulatoriali consecutivi in trattamento insulinico esclusivo da >1 e <5 anni, di età tra 20 e 60 anni, (media 46±11 anni), 122 F e 78 M; 50 erano tipo 1; n.26 praticavano 2 iniezioni/die, n.124 3/die, n.50 4/die, nessuno utilizzava microinfusore. Metodi. Lo studio è stato condotto utilizzando 2 strumenti: a) Questionario sulle conoscenze su modalità di iniezione, tempistica, tipologia dei preparati insulinici, strumenti e sedi di iniezione, conservazione dell'insulina; b) Ispezione delle sedi di iniezione e confronto con tipo di insulina e risposte date al questionario. Sono stati raccolti dati su: 1) livello socio-culturale, desunto da titolo di studio ed attività lavorativa, 2) stato psico-emotivo, valutato con Questionari del Gruppo Psicologia di AMD (www.aemmedi.it), 3) modalità di iniezione, tempistica, tipologia dei preparati insulinici, strumenti e sedi di iniezione, conservazione dell'insulina mediante Questionario sulle Conoscenze; 4) trofismo delle sedi cutanee di iniezione valutato mediante esame diretto e fotografia nel caso di alterazioni visibili o valutate al tatto; 5) ultimo valore di HbA1c (cromatografia). Risultati: 30% dei pazienti utilizza siringhe, 50% penne ricaricabili, 15% penne monouso e 2% sistemi misti. Il 30% non ricorda con quale ago inietta insulina, il 40% riutilizza >3 volte lo stesso ago; solo il 12% attua una corretta rotazione delle sedi di iniezione, 35% ripone in frigo l'insulina di uso quotidiano; solo 5% agita correttamente le premiscelate prima dell'iniezione; dal 25 al 12% di pazienti ispeziona più o meno regolarmente le sedi di iniezione;

Difficoltà di uso dell'insulina (% dei casi)	Siringhe	Penne ricaricabili	Penne monouso		
	32 %	38 %	12 %		
Intervallo iniezione-pasto (% dei casi)	0-5 min	6-15 min	16-30 min	> 30 min	
	43%	40%	12%	5%	
Chi ti ha insegnato a fare l'iniezione	Nessuno	MMG	Diabetologo	Infermiere	Farmacista
	10%	7%	23%	42%	12%

La percentuale di concordanza tra errori multipli commessi dagli stessi pazienti è risultata tra il 72 e il 97% in rapporto all'aspetto considerato con correlazione significativa con i livelli di HbA1c ($r=0,789$, $p<0,01$). Conclusione: nonostante tutti i pazienti avessero partecipato a corsi di Educazione sulla corretta tecnica di iniezione dell'insulina e su come conservarla e/o trattarla (pre-miscelate) sono emerse carenze educative e rilevanti errori di comportamento legati a: Scorretta selezione e Carente controllo delle sedi di iniezione; Inosservanza del corretto intervallo iniezione-pasto; Frequente riutilizzo degli stessi aghi per iniezione; Errata modalità di sospensione delle premiscelate; Errata conservazione dell'insulina, Problemi legati all'uso di sistemi iniettivi poco affidabili (siringhe a taratura imprecisa), Carenze educative da mancato rinforzo di conoscenze e abilità, Problemi psico-emotivi connessi allo stato di accettazione della malattia e della terapia iniettiva. Questi dati indicano chiaramente che è necessario attuare percorsi assistenziali integrati sulla base di specifici bisogni educativi come quelli emersi dalla presente indagine. In particolare è necessario attuare Periodici Rinforzi delle attività educative e Verifiche delle conoscenze e delle abilità. Queste attività e le loro verifiche devono diventare routinarie al pari dei controlli clinici e del dosaggio dell'emoglobina glicata, perché dalla loro efficacia dipenderà in misura considerevole il raggiungimento di obiettivi clinici come il buon compenso metabolico.