



# RASSEGNA STAMPA **AMD**

Aggiornamento

**12 giugno 2017**

**ValueRelations®**

# Sommario

<b>TESTATA</b>	<b>TITOLO</b>	<b>DATA</b>
TECNICAOSPEDALIERA.IT	<i>Diabete tipo 1: il primo microinfusore economicamente sostenibile</i>	5/06/17
DOCTOR33.IT	<i>Domenico Mannino nuovo presidente AMD: priorità educazione paziente e formazione giovani diabetologi</i>	6/06/17
DOCTOR33.IT	<i>Sinergie AMD e SIMG su formazione, ricerca, condivisione dei database</i>	6/06/17
DOCTOR33.IT	<i>Telemedicina in diabetologia: vantaggi clinici e sostenibilità per il SSN</i>	6/06/17
DOCTOR33.IT	<i>Core Competence Curriculum del diabetologo, per un modello assistenziale integrato</i>	6/06/17

## Diabete tipo 1: il primo microinfusore economicamente sostenibile


di Redazione | 5 giugno 2017 in Vetrina · 0 Commenti

### Informazioni sull'autore



Redazione


### Condividi quest'articolo

 Twitter

 Digg

 Delicious

 Facebook

 Stumble

 Subscribe by RSS



L'aumento costante dei diabetici tipo 1 e la disponibilità di dispositivi sempre più evoluti pongono i sistemi sanitari davanti alla sfida di soddisfare la crescente richiesta di sistemi di microinfusione a fronte di budget limitati. Mylife™ YpsoPump® dell'azienda svizzera Ypsomed, grazie alla sua semplicità d'uso, agevola il paziente diabetico nella gestione della malattia e favorisce un uso più razionale delle risorse,

consentendo di estendere la terapia di base con microinfusore di insulina fino al triplo di pazienti rispetto ai dispositivi più sofisticati e cost consuming. Piccolo e leggero (83 grammi, batterie incluse), il dispositivo ha un touchscreen intuitivo con solo 7 icone ed è pratico da ricaricare grazie alle cartucce di insulina preimpilate. Dopo il lancio in Germania, Olanda, Regno Unito e Repubblica Ceca, Mylife™ YpsoPump® sarà a breve disponibile anche in Italia (è stato presentato alla comunità medica in maggio al XXI congresso nazionale dell'Associazione Medici Diabetologi).

Tag: diabete tipo 1, microinfusore, Ypsomed

← Post precedente  
**Sistemi di cogenerazione**

## **Domenico Mannino nuovo presidente Amd: priorità a educazione paziente e formazione giovani diabetologi**



In occasione del XXI Congresso Nazionale dell'Associazione Medici Diabetologi (AMD), tenutosi di recente a Napoli, è stato proclamato Presidente della società scientifica Domenico Mannino, Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Diabetologia ed Endocrinologia dell'Azienda Ospedaliera Bianchi-Melacrino Morelli di Reggio Calabria, al quale chiediamo quali siano, a suo parere, le priorità di intervento.

Dott. Mannino, qual è la vision di Amd sotto la sua Presidenza?

Quanto mi riprometto di fare è semplice da dire: si tratta di continuare il lavoro già avviato negli anni precedenti e di collegarlo all'attività futura. Vorrei sottolineare che la Amd è stata la prima società scientifica a parlare di interventi precoci nella terapia del diabete e nella prevenzione delle complicanze, così come di appropriatezza terapeutica, quindi anche di terapia individualizzata e personalizzata. Inoltre, negli ultimi due anni abbiamo dato molto risalto alla valorizzazione delle competenze del diabetologo, la cui competenza è un valore aggiunto. Nel momento in cui si va verso un modello di assistenza territoriale alla persona con diabete, il fatto che a coordinare i sistemi di intervento ci sia una persona esperta in diabetologia, e si giudichi la priorità del valore delle azioni da compiere, diventa fondamentale.

Quali iniziative intende mettere in atto per il futuro?

Intendiamo effettuare interventi di diverso tipo: migliorare la capacità assistenziale del diabetologo sia dal punto di vista pratico sia incidendo in maniera importante sull'organizzazione del percorso dell'assistenza, migliorare l'engagement e l'empowerment del paziente diabetico, che deve essere meglio educato dato che, in ogni malattia cronica, l'attore principale della terapia è il paziente stesso. Vogliamo quindi intervenire fortemente nel campo dell'educazione, attraverso l'evoluzione della scuola di formatori, già presente in Amd, in scuola per educatori, così da formare personale che sia specializzato nell'educazione terapeutica e alla persona con patologie croniche. Poi, andremo avanti in maniera molto decisa su un modello di condivisione di dati clinici basato sugli Annali Amd (con un protocollo approvato dai comitati etici di ormai quasi 200 aziende sanitarie italiane), per rendere il più possibile immediato e facile l'accesso dei pazienti alla rete, e la cui grande disponibilità di dati ci consentirà uno studio prospettico nei prossimi 10 anni. Infine, assicureremo un sistema di telepresenza/teleassistenza e monitoraggio da remoto, che ci permetterà di assistere i pazienti anche a casa o sul luogo di lavoro o nelle condizioni più difficili, come nelle strutture di ricovero per malati cronici.

In campo formativo?

Ci sarà un impulso notevole dei corsi di formazione generale di diabetologia, in quanto stiamo riscontrando una difficoltà sempre maggiore ad avere giovani diabetologi formati, perché l'università non prepara alla terapia clinica della malattia cronica e alla cura della persona con malattie croniche. Agiremo anche attraverso un sistema di borse di studio, che Amd finanzia direttamente, per progetti assistenziali nelle regioni in cui abbiamo la rappresentanza. Quindi saremo ancora più presenti sul territorio.

Sotto il profilo del rapporto con le Istituzioni?

Dovremo agire per riportare l'organizzazione dell'assistenza diabetologica in condizioni di 'benessere'. In regioni come la Calabria sottoposta a piano di rientro, per esempio, il risparmio si concretizza soprattutto nell'abbandono del posto di lavoro - corrispondente a una 'fuga' dal SSN di quasi 4-5.000 unità di medici - e la spesa si sposta dallo stipendio a quella pensionistica. Però l'allontanamento di queste persone crea vuoti enormi di assistenza. Se questo succede anche in ambito diabetologico dove, per un errore di interpretazione, si pensa che gli interventi possano essere completamente demandati ad altre figure di specialisti, ciò sicuramente consentirà un risparmio immediato, ma si tradurrà a lungo andare in uno spreco e in un grave dispendio. Quindi cercheremo di lavorare per favorire una migliore attività all'interno delle strutture diabetologiche, in modo che sempre più medici, infermieri e figure esperte si avvicinino positivamente alla problematica del diabete.



giu  
6  
2017

## Sinergie Amd e Simg su formazione, ricerca, condivisione dei database

A Napoli, nel corso del XXI Congresso Nazionale dell'Associazione Medici Diabetologi (Amd), si è svolto un confronto di carattere clinico, organizzativo e politico tra i diabetologi dell'Amd e i medici di medicina generale della Simg (Società italiana di medicina generale e delle cure primarie), nel solco di una consolidata collaborazione ventennale tra le due società scientifiche. Ce ne parla Gerardo Medea, responsabile della Macroarea della Prevenzione della Simg.

Quali tematiche sono state affrontate nel corso della sessione?

È stata fatta una panoramica sulle problematiche cliniche e di gestione integrata e condivisa del paziente diabetico di tipo 2. Siamo partiti dal paradigma della cronicità (di cui il diabete è un modello) per passare a una revisione delle novità in campo terapeutico e delle linee guida, con riferimento agli standard di cura 2017. Sono stati presentati due tra i più significativi e positivi modelli regionali (Piemonte e Toscana) di gestione territoriale del diabete tipo 2. Abbiamo quindi affrontato il tema di un possibile uso integrato dei dati clinici che le due società scientifiche hanno a disposizione, ovvero quelli di Health Search e degli Annali Amd (ampi database gestiti rispettivamente da Simg e Amd, ndr), ai fini statistico-epidemiologici, scientifici oppure organizzativi. Abbiamo inoltre messo a punto le basi per future collaborazioni, in campo formativo e della ricerca. Questi temi erano già stati discussi in alcuni precedenti incontri tra i rispettivi consigli direttivi, tant'è che cominceranno presto corsi di formazione cogestiti sulla terapia antidiabetica. Insieme stiamo già condividendo il progetto 'Diabetes Intelligence', che il precedente direttivo di AMD aveva lanciato con il past-president Nicoletta Musacchio.

Come pensate di effettuare l'integrazione dei dati delle due società scientifiche?

Non è ancora stato stabilito un protocollo di intesa anche se sono stati fatti dei tentativi in passato che, però, non hanno portato ai risultati sperati. Va sottolineato che Health Search e Annali AMD sono due database complementari. Il primo contiene dati sia longitudinali, che raccolgono la storia di tutti i pazienti nell'arco dell'intera vita, sia trasversali per tutte le patologie e le problematiche cliniche di ogni assistito. Il secondo contiene dati solo sulla patologia diabetica, ma molto più completi sotto certi aspetti (per esempio le complicanze, la prescrizione dei presidi, i ricoveri). Integrando i due database, i dati diventerebbero molto più potenti e completi. Naturalmente, non si tratta di "mescolare" strutturalmente i due database, bensì solo di integrare i dati tra loro, sfruttando le rispettive potenzialità, per ottenere un quadro più esaustivo della patologia diabetica in Italia. L'aspetto intrigante è che da questa operazione è possibile ottenere indicatori di processo e di esito potenzialmente utili ai fini strategico-politico per gli amministratori o per migliorare l'organizzazione dell'assistenza e i risultati clinici. Un esempio, a tale proposito, è dato dall'annoso problema dei piani terapeutici per i farmaci innovativi per il diabete: i dati longitudinali ci dimostrano come l'andamento dell'assistenza ai pazienti risenta di questo ostacolo alla prescrizione di molti antidiabetici da parte della medicina generale e come l'eliminazione di tali piani sia determinante e prioritaria.



Com'è attualmente la gestione condivisa della persona con diabete tra Centri di diabetologia e territorio?

Come è naturale, è molto variegata in Italia e questo dipende da molti fattori: i sistemi sanitari regionali che sottogovernano, lo stato più o meno avanzato di collaborazione a livello locale, la volontà delle singole persone. In ogni caso rispetto a molti anni fa si registra un avanzamento. Sicuramente la necessità di collaborazione è molto sentita da entrambe le parti. La medicina generale sente che la regia di questa cronicità, come di altre, può e deve rimanere a livello del territorio, pur nella consapevolezza che, per la complessità stessa del diabete, l'integrazione con la parte specialistica è più determinante che in altre patologie. Dall'altra parte, i diabetologi dell'Amd si rendono conto che questa patologia non è gestibile soltanto con un intervento specialistico e che occorre una piena integrazione con le cure primarie alle quali, in certi casi, delegare il paziente: solo così gli specialisti possono occuparsi degli aspetti prettamente di secondo e terzo livello con più tempo, attenzione, competenza e soddisfazione. La situazione attuale, seppure migliorata, è a macchia di leopardo, e va resa più omogenea stilando un percorso diagnostico assistenziale condiviso a livello nazionale, da implementare e adattare a livello delle singole realtà locali: e anche questo è uno dei progetti che stiamo sviluppando con Amd.

Perché è importante il dialogo tra società scientifiche?

Se in passato questo dialogo era ritenuto importante per il miglioramento di alcuni aspetti assistenziali e per il bene del paziente, oggi con il decreto Gelli sulla responsabilità professionale questa collaborazione scientifica diventa ancora più cogente e ineludibile. Le società scientifiche devono interagire e collaborare in modo paritetico ancor più che in passato e anche nell'ambito della diabetologia, non ci potranno più essere società scientifiche autoreferenziali e chiuse al dialogo con le altre società scientifiche specialistiche e con la medicina generale.



giu  
6  
2017

## Telemedicina in diabetologia: vantaggi clinici e sostenibilità per il Ssn

Nell'ambito del XXI Congresso Nazionale dell'Associazione Medici Diabetologi (Amd) un'intera sessione è stata dedicata alla telemedicina. Ne parliamo con Antonio Nicolucci, direttore del Center for Outcomes Research and Clinical Epidemiology (Coresearch) di Pescara.

Perché si è scelto di dare così risalto a questa tematica?

La telemedicina è uno strumento complementare alle cure tradizionali nella gestione delle patologie croniche, nello specifico delle persone con diabete. I sistemi sanitari hanno davanti la sfida di dover rivoluzionare le modalità di erogazione dell'assistenza, che deve necessariamente passare da un modello realizzato soprattutto sulle acuzie, e quindi sull'ospedalizzazione, a un modello rivolto invece primariamente alle patologie croniche, alla prevenzione e, quindi, alle cure trasferite dal regime di ricovero alle cure territoriali e ambulatoriali, in linea con il concetto di cura centrata sulla persona.

Qual è il punto della situazione sotto il profilo normativo?

Per far fronte a queste problematiche, già nel 2008 la Commissione Europea (Ce) aveva prodotto un documento di indirizzo per i Paesi membri, focalizzato sull'uso della telemedicina per il beneficio dei pazienti, dei sistemi di cura e della società. Il testo voleva sostenere la CE nel passare da una fase sperimentale a piccolo raggio a una condizione in cui la telemedicina potesse a tutti gli effetti diventare parte integrante di erogazione delle cure dei sistemi sanitari dei Paesi membri, creare fiducia nella telemedicina favorendone l'accettazione e portare chiarezza giuridica su una problematica importante come quella del trasferimento di dati sensibili sullo stato di salute, oltre che risolvere problemi tecnici poi in gran parte superati grazie alle evoluzioni delle tecnologie. Questo documento comunitario è stato recepito nel 2012 in Italia: il Consiglio Superiore di Sanità ha istituito un panel di esperti il quale ha prodotto le linee di indirizzo nazionale, con l'obiettivo di creare i presupposti affinché i servizi di telemedicina fossero completamente integrati nella pratica clinica, per fornire risposte efficaci ai bisogni di salute della cittadinanza e all'espandersi nel tempo delle malattie croniche. Tale documento è stato ratificato dalla Conferenza Stato Regioni nel 2014 ed è di fatto il documento di riferimento per mettere in atto strategie di implementazione della telemedicina sul territorio nazionale.

Quali vantaggi sono attesi dalla telemedicina?

Occorre innanzitutto precisare due aspetti fondamentali: da un lato i servizi di telemedicina devono essere assimilati a qualsiasi servizio diagnostico-terapeutico, ovvero all'erogazione di una prestazione medica, dall'altro la telemedicina non si sostituisce alle prestazioni sanitarie tradizionali e non crea una distanza tra medico e paziente, ma, anzi, integra l'assistenza tradizionale con la possibilità di migliorare l'efficacia, l'efficienza e la correttezza delle prestazioni.



Quello che ci si aspetta dalla telemedicina è maggiore equità di accesso all'assistenza sanitaria perché rende possibile il monitoraggio in remoto di una serie di parametri, consentendo di superare le barriere di accesso sia di tipo geografico sia di tipo logistico per le persone che non vivessero vicine al centro erogatore della prestazione. Inoltre, è possibile colmare l'intervallo che esiste tra una visita e l'altra: le persone con diabete sono viste presso la struttura specialistica in media 2-3 volte l'anno, mentre con la telemedicina è possibile raccogliere in tempo reale informazioni su vari parametri durante tutto l'arco di tempo che passa da una visita alla successiva, quindi con un monitoraggio molto più efficace e la possibilità di intervenire da parte del dell'operatore sanitario qualora ci fossero valori fuori range. Tutto questo dovrebbe migliorare l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza e quindi contribuire al contenimento della spesa: ci sono dati che dimostrano come (grazie al miglioramento del profilo glicemico, lipidico, pressorio) sia possibile ridurre non solo il numero di visite specialistiche, ma soprattutto di accessi al pronto soccorso o di ricoveri.

Perché la telemedicina è così rilevante in diabetologia?

La diabetologia è un modello paradigmatico, perché richiede grande continuità assistenziale non solo in termini diagnostico-terapeutici, ma anche educativi e questo può essere fatto molto bene adottando il modello di "telesalute", che prevede una struttura intermedia tra il medico e il paziente che viene coinvolto attivamente e che più si adatta al concetto di cure croniche centrate sulla persona. Oltre al monitoraggio dei parametri, cioè, esiste un'entità terza tra l'operatore sanitario e il paziente che è appunto un centro di telesalute con un monitor che ha accesso ai dati e avvisa il medico quando ci sono parametri fuori range, ma soprattutto può effettuare interventi mirati sulla persona attraverso contatti telefonici, con una possibilità continuativa di messaggi educativi non generici, ma basati sulle specifiche necessità. A tale proposito, il neo eletto presidente Domenico Mannino ha annunciato che nel suo mandato biennale sarà sua intenzione promuovere una sperimentazione su ampia scala sul territorio nazionale di telesalute e di monitoraggio da remoto di una serie di parametri, come strumento di gestione dell'economicità nelle persone con diabete di tipo 2 a rischio di ipoglicemia, perché trattate con sulfaniluree o con insulina, e nelle donne con diabete gestazionale. Questi dati dovrebbero portare evidenze di utilizzabilità, efficacia e sostenibilità nella pratica clinica degli approcci di telemedicina, che possono facilitare i decisori politici nel riconoscere a tutti gli effetti l'erogazione dell'assistenza della telemedicina come parte della normale pratica clinica e quindi prevedere una tariffa di rimborso della prestazione sanitaria quando erogata in regime di telemedicina



giu  
6  
2017

## Core Competence Curriculum del diabetologo, per un modello assistenziale integrato

Presentato a Napoli, in occasione del XXI Congresso Nazionale Amd (Associazione Medici Diabetologi), il "Core competence curriculum del diabetologo". Si tratta di uno strumento in grado di favorire concretamente l'attuazione di un modello assistenziale integrato in ambito diabetologico, in un'ottica di efficientamento delle prestazioni e di appropriatezza prescrittiva. Caratteristica dello strumento è la correlazione, misurata con metodo scientifico (Sroi - Social return of investment), tra attività, conoscenze e competenze dello specialista e l'impatto che queste producono sugli outcome clinici. La best practice diabetologica, emersa nell'ambito del Progetto "Diabetes & Intelligence" (Dia&Int), è stata infatti delineata a partire dagli Standard di Cura di Amd-Sid e ha portato all'identificazione di 25 attività e 19 outcome clinici, coerenti con le linee guida del Chronic Care Model (Ccm). Per ognuna di tali attività è stato definito un grado di specificità e priorità, funzionale all'implementazione concreta del Ccm. Sono state quindi identificate le prestazioni e gli standard organizzativi più utili nel soddisfare il bisogno di salute della persona con diabete. Le prime 5 in ordine di efficacia sono: la terapia educativa, la personalizzazione del piano terapeutico, la diagnosi e la valutazione biomedica, la concreta valutazione della fragilità del paziente e la garanzia dell'autocontrollo glicemico. I risultati clinici sui quali incidono positivamente le prestazioni definite da Amd sono: al primo posto l'ottimizzazione del controllo metabolico, al secondo il controllo dei fattori di rischio cardiovascolare, seguono la riduzione delle ospedalizzazioni e degli accessi al pronto soccorso, la riduzione delle giornate di degenza dei pazienti eventualmente ospedalizzati e infine l'aumento dell'appropriatezza nell'utilizzo di tutte le tecnologie disponibili per le persone con diabete.

È di rilievo che «la nostra analisi proponga una classifica degli obiettivi individuati dal Piano Nazionale del Diabete e dal Manifesto dei Pazienti, quindi risultati clinici già di per sé validati e di cruciale rilevanza strategica per il Ministero della Salute in un'ottica di ottimizzazione delle risorse e dei processi di gestione della pandemia diabete» commenta Nicoletta Musacchio, past-president Amd. Il Core Competence Curriculum del diabetologo si inserisce nel progetto Dia&Int, che si pone l'obiettivo di comprendere l'effettiva utilità di ciascuna attività esercitata dal diabetologo - e quindi di ogni prestazione offerta ai pazienti - al fine di supportare le Istituzioni preposte nella definizione, in prospettiva, di nuovi modelli assistenziali per i pazienti cronici. «Esiste un forte scollamento fra il piano assistenziale di patologia, ben delineato nel Piano Nazionale del Diabete che indica con chiarezza gli obiettivi da raggiungere e i ruoli professionali, e i Livelli Essenziali di Assistenza, che identificano e riconoscono il modus operandi del medico diabetologo trascurandone molteplici aspetti, legati in particolare a competenze specifiche per l'empowerment del paziente, ma anche a competenze organizzative e assistenziali, delle quali non vi è evidenza e riconoscimento curriculare" afferma Musacchio. Di qui la necessità di una rivisitazione delle conoscenze e delle competenze del diabetologo per rispondere alle esigenze di gestione della cronicità, come chiaramente esplicitato in tutti i modelli di gestione del cronico.

La piena applicabilità del Core Competence Curriculum ai modelli di gestione del paziente cronico avverrà nel momento in cui saranno disponibili, in modo complementare, i curriculum degli altri professionisti coinvolti nella gestione del paziente diabetico. In quest'ottica sono state proposte collaborazioni a Osdi (Associazione Nazionale di Operatori Sanitari Diabetologi) e Simg (Società Italiana di Medici di Medicina Generale) con un primo obiettivo di creare i core curriculum specifici degli altri professionisti coinvolti nel percorso di cura del paziente diabetico. L'auspicio è che l'approccio di Amd possa aprire a una collaborazione concreta con le Istituzioni e i decisori nel processo di costruzione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali moderni ed applicabili per la gestione delle multi-cronicità.