

# AemMedi

Vol. 5

Periodico di informazione, dibattito e confronto

N. 2 aprile-giugno 2002

Organo Ufficiale dell' Associazione Medici Diabetologi

## IL CENTRO STUDI E RICERCHE AMD

Le modifiche approvate dall'assemblea dei soci AMD a Torino rappresentano il completamento di un lungo lavoro di adeguamento dello statuto della nostra Associazione agli standards ottimali di una moderna società scientifica, lavoro che era iniziato sin dal congresso di Montecatini ed aveva segnato una tappa fondamentale in quello di China Laguna.

Tre sono le novità principali approvate a Torino: l'istituzione di un Coordinamento Permanente dei Presidenti Regionali, che è a tutti gli effetti un organo societario autonomo e il mandato conferito al consiglio direttivo (una sorta di legge-delega) per dotarsi di 2 organi che invece sono consultivi: la Scuola di Formazione e il Centro Studi (art. 3, comma F del nuovo statuto). In realtà, come tutti sanno, la Scuola di Formazione è già da tempo attiva e operante e la modifica di statuto ne ha consentito la ufficializzazione. La vera novità invece è rappresentata dal Centro Studi e Ricerche (CSR), la cui istituzione realizza una esigenza avvertita negli ultimi tempi a tutti i livelli. È innegabile infatti che la crescita, per certi versi tumultuosa, della capacità prospettiva dell'AMD in termini di iniziative e di progetti nei vari ambiti della diabetologia clinica andava in qualche modo organizzata e coordinata, liberando nel contempo il consiglio direttivo da una serie di compiti non strettamente attinenti ai suoi scopi istituzionali, che sono quelli di tracciare la strada per così dire "politica" delle attività societarie e di deliberare in merito.

Dunque il CSR, come la Scuola di Formazione, è uno strumento del consiglio direttivo che elabora proposte proprie o recepisce che vengono dallo stesso direttivo o da altri ambiti societari e le trasforma in progetti compiuti che poi rimette allo stesso direttivo, cui spetta sempre ogni decisione finale. In particolare, secondo il regolamento approvato dal direttivo, gli scopi del CSR sono quelli di "... *coordinare le iniziative AMD nell'ambito degli studi e delle ricerche applicate alla diabetologia clinica e alle malattie metaboliche, con particolare riguardo alla epidemiologia, alla clinica, alla terapia, ai modelli assistenziali, alle analisi economiche e alle problematiche socio-sanitarie*". Altri compiti conferiti al CSR dal consiglio direttivo sono il coordinamento delle iniziative editoriali e la elaborazione sui contenuti scientifici degli eventi congressuali nazionali dell'AMD.

A norma di regolamento "... *fanno parte di diritto del CSR gli ultimi 3 ex-presidenti in ordine cronologico, il presidente e il vice-presidente in carica dell'AMD. Ad essi può aggiungersi un componente nominato dal CD in relazione a progetti specifici, il cui mandato dura fino alla realizzazione di tali progetti e comunque non può superare i 2 anni. L'ultimo ex-presidente assume il compito di coordinatore del CSR*". Questa impostazione non è, come qualche buontemponone potrebbe sostenere, un cimentero degli elefanti o un pensionato per ex-presidenti, ma realmente rappresenta un logico impiego delle risorse costituite dal know-how, dalla capacità e, perché no, dal prestigio che queste figure hanno maturato nel periodo della loro presidenza. La presenza anche del presidente e del vice-presidente in carica assume la continuità di intenti e la sinergia di lavoro con il consiglio direttivo, mentre quella di un esperto per i singoli progetti garantisce anche le competenze specifiche. Sulla base di tale composizione oggi del CSR fanno parte in maniera stabile

### SOMMARIO

1. Il Centro Studi e Ricerche AMD
2. Thesaurus
3. Che cosa è il Thesaurus
4. Corso di formazione sull'alimentazione nel paziente con diabete di tipo 1
5. A scuola per AMD: corso CERMET per i valutatori di sistemi qualità in sanità
6. Linee guida deontologiche per le attività scientifiche e culturali di AMD
7. Ricerca sul diabete mellito ad elevata familiarità
8. Consigli Direttivi AMD 2002
9. Attività AMD
10. Attività delle Sezioni Regionali

Marco Comaschi, Carlo Coscelli, Mimmo Cucinotta (con il compito di coordinatore), Claudio Noacco e Giacomo Vespasiani.

L'impegno in questo momento più rilevante del CSR è rappresentato dalla stesura di un progetto nazionale per lo screening e la individuazione dei soggetti a rischio di diabete di tipo 2, che dovrebbe preludere ad un altro impegno ancora più ambizioso e cioè l'attuazione di strategie di prevenzione della malattia. Il progetto è coordinato da Carlo Coscelli e vede il coinvolgimento della Società Italiana di Medicina Generale e la consulenza dell'Istituto Mario Negri Sud.

Il CSR, nelle riunioni sin qui tenute, ha anche fatto il punto sullo stato di avanzamento di alcuni progetti di ricerca che l'AMD porta avanti ormai da anni e in particolare il DAI, il DIANEO e lo SFIDA, tutti strettamente attinenti al diabete di tipo 2 e le problematiche cardiovascolari connesse a questa malattia, che rappresenta oggi il principale campo di impegno di AMD nella ricerca clinica.

Un'altra esigenza avvertita da più parti e dal consiglio direttivo in particolare, anch'essa conseguenza della grande crescita di iniziative della nostra Associazione, è quella di coordinare al meglio l'attività editoriale, oggi ricca di offerte ma a rischio di sovrapposizioni. L'AMD pubblica infatti, da sola o in collaborazione con altri, il bollettino (Aemmedi), l'edizione italiana di Diabetes Care, MeDia (rivolta soprattutto ai medici di medicina generale) e il Corso di Formazione e Valutazione, diretto ai propri soci. Una riunione con i responsabili di queste iniziative ha già consentito di stabilire i criteri generali con cui esse si doteranno di un piano editoriale e si rapporteranno con il CSR e con il consiglio direttivo.

Molte altre iniziative sono in cantiere e di esse il CSR, dopo l'approvazione del consiglio direttivo, non mancherà di informare tutti i soci attraverso i canali della nostra Associazione e cioè il bollettino e il sito web. Soprattutto sta prendendo sempre più corpo l'idea di organizzare un incontro nazionale nel prossimo autunno, nel corso del quale sarà possibile fare pubblicamente il punto sulla progettualità AMD, che ormai cresce ad un ritmo per molti versi entusiasmante.

Domenico Cucinotta

COMITATO SCIENTIFICO  
A. Arcangeli, C. Coscelli  
S. Gentile, C. Giorda

REDAZIONE  
C. M. Gnocchi - B. Oliviero

EDITORE  
Guido Gnocchi Editore s.r.l.  
Via A. De Gasperi, 55  
80133 - NAPOLI  
<http://www.idelson-gnocchi.com>  
E-mail [idelgno@tin.it](mailto:idelgno@tin.it)

DIRETTORE RESPONSABILE  
S. Gentile

**AMD**

Associazione Medici Diabetologi

#### CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente: M. Comaschi  
Vice-Presidente: G. Vespasiani  
Consiglieri: V. Borzi  
P. Di Bernardino S. Di Pietro  
F. Galeone S. Lostia  
L. Monge D. Mannino  
R. Mingardi N. Musacchio  
Segretario: A. De Micheli  
Tesoriere: C. Teodonio

PRESIDENZA, SEGRETERIA E SEDE LEGALE  
Viale Carlo Felice, 77 - 00185 Roma  
Tel. 06.700.05.99 - Fax 06.700.04.99  
E-mail: [amdass@tiscalinet.it](mailto:amdass@tiscalinet.it)  
Home page Internet:  
<http://www.aemmedi.it>  
C.C. Postale: AMD, n. 96304001  
P. IVA 05045491007

#### PRESIDENTI SEZIONI REGIONALI

Abruzzo-Molise-Umbria: R. Iannarelli  
Calabria: G. Pipicelli  
Campania: D. Pascucci  
Emilia-Romagna: C. Coscelli  
Friuli-Venezia Giulia: G. Maraglino  
Lazio: S. Leotta  
Liguria: A. Corsi  
Lombardia: G. Marelli  
Marche: P. Compagnucci  
Piemonte, Valle D'Aosta: G. Allochis  
Puglia: E. Losurdo  
Sicilia: P. Pata  
Sardegna: A. Corda  
Toscana: C. Baggiore  
Veneto: G. De Bigontina

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

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

## Thesaurus

Il Gruppo GIDI della AMD per la Informatizzazione della Diabetologia Italiana dopo la Posta Elettronica Intranet e la pubblicazione del File dati AMD, ha raggiunto un altro dei suoi target prefissati: Thesaurus.

All'interno del nostro sito Istituzionale [aemmedi.it](http://aemmedi.it) è stata attivato un "servizio" di informazione scientifica. Dico un servizio e non una rubrica o un giornale elettronico perché l'ottica con la quale è stato progettato all'interno del gruppo e realizzato magistralmente da Luca Monge è particolare.

Nella progettazione di Thesaurus ci siamo dati delle regole fondamentali:

- Non scrivere articoli originali
- Ricercare solamente nella rete Internet il materiale da pubblicare
- Cercare materiale ed informazioni che siano utili nella clinica quotidiana
- Individuare gli argomenti clinici da monitorare in rete (le complicanze essenzialmente)
- Stilare un elenco di siti di riferimento per ogni argomento e visitarlo periodicamente
- Monitorare mensilmente la situazione dell'argomento sulla rete
- Sostituire e non far accumulare troppi links allo stesso argomento nel tempo
- Non accettare sponsorizzazioni né pubblicità all'interno del Servizio
- Non aver paura di essere inizialmente incompleti nella selezione, ma favorire la tempestività dell'aggiornamento alla perfezione enciclopedica.

Scopo fondamentale di Thesaurus è quello di mettere a disposizione di chi non sa navigare o di chi non ha tempo per

farlo tutte le informazioni più utili nella pratica clinica; un piccolo Thesaurus di informazioni utili, aggiornate ed indipendenti.

Per raggiungere questo scopo abbiamo organizzato un gruppo di "redattori-navigatori" che mensilmente aggiornano l'argomento a loro affidato. I redattori che hanno accettato di collaborare a questa avventura e che hanno partecipato a riunioni di standardizzazione dell'approccio sono:

Massimo Veglio (Neuropatia), Giamario Boffano (Piede), Giorgio Grasi (Occhio), Mario Salomone (Rene), Mauro Feola (Cuore), Giampaolo Magro (Vasi), Luigi Gentile (Vasculopatia cerebrale), Ester Vitacolonna (Gravidanza), Stefano Tumini (Pediatría), Nicoletta Musacchio (Educazione), Loredana Retta (Alimentazione)

La seconda tappa è stata quella di tradurre a video il progetto per renderlo facilmente fruibile, chiaro ed

accattivante. Questa fase, estremamente delicata per la buona riuscita di questo "servizio" è stata ideata, coordinata e realizzata da Luca Monge che con precisione e dedizione tutta "piemontese", assieme ad esperti in grafica e comunicazione Internet, ha prodotto quello che potrete vedere nel nostro sito.

Oggi "Thesaurus" esce con le informazioni sulla prima complicanza, quella oculare, che servirà da riferimento organizzativo a tutte le altre che in rapida successione verranno pubblicate.

"Questa è l'AMD e ne siamo tutti fieri".

**Giacomo Vespasiani**



## CHE COSA È IL THESAURUS

Efficacia, appropriatezza ed evidenza sono le parole chiave del nuovo paradigma scientifico, ovvero del nuovo modo di vedere la realtà medica, ed un attore fondamentale per l'attuazione di questo nuovo paradigma è la Rete. L'oggettività e la sistematicità dell'Evidence Based Medicine, associate all'universalità della disseminazione ed alla possibilità di connessione permessa da Internet, sono i presupposti che ci hanno spinto ad utilizzare la modalità di comunicazione delle informazioni scientifiche proposte dal nostro Thesaurus (citando il Devoto e Oli, " ... repertori scientifici enciclopedici e dizionari ...").

L'utilità dell'informazione medica è, infatti, direttamente proporzionale sia alla rilevanza

della specifica informazione, dipendente dalle sue aspettative o necessità, che alla validità dell'informazione, conseguente dai contenuti e dalla metodologia della ricerca (solo in parte validati dal livello delle riviste), ma è inversamente proporzionale al lavoro che è necessario per accedere alle informazioni.

Un sistema informativo ideale deve pertanto essere:

- facilmente accessibile, anche durante la visita medica
- in grado di rispondere in modo pertinente ai quesiti e di svolgere il ruolo di supporto alle decisioni cliniche
- considerato affidabile come un "collega esperto virtuale"

- di facile consultazione, in formato fruibile e ben organizzato
- in grado di garantire l'aggiornamento continuo.

Il Thesaurus non sarà tutto questo ma vuole cercare di essere un modo per organizzare e presentare in modo immediato un'informazione scientifica, allo stesso tempo, sintetica ed esauriente, in grado di orientare le scelte diagnostiche o terapeutiche verso una maggiore efficacia e appropriatezza, oltre che verso una maggiore efficienza dell'uso delle risorse.

Per raggiungere quest'obiettivo il Thesaurus sfrutta le modalità dell'ipertesto, con una struttura complessa e leggera allo stesso tempo,



grazie alla mancanza di una rigida gerarchia del testo. Il Thesaurus vuole, infatti, svolgere il ruolo di informazione base sia per la nostra consultazione quotidiana, che per gli approfondimenti. L'informazione viene presentata con due livelli di lettura: il primo livello, che equivale al "message", ovvero alla sintesi dell'informazione disponibile, ed il secondo, che propone l'approfondimento attraverso il link con il materiale disponibile in rete, ed in questo secondo livello il Thesaurus funge da portale, ovvero da amplificatore della conoscenza.

La maggior parte delle informazioni è, inoltre, classificata in base alla qualità dell'evidenza al fine di poterne ricavare la forza delle raccomandazioni proposte.

Questo progetto, che non nascondiamo essere ambizioso, sarà affrontato come un "work in progress" alla ricerca quotidiana della migliore evidenza possibile, evidenza messa continuamente in discussione e sottoposta a verifica periodica.

Nella pagina di presentazione del Thesaurus (homepage) potrete consultare a sinistra l'elenco completo degli argomenti trattati; cliccando su una delle voci del menù vi si aprirà una nuova pagina, completamente dedicata all'argomento prescelto, che vi presenterà le diverse sezioni in cui è strutturata la presentazione.

Sono state identificate alcune sezioni comuni, in particolare ai capitoli "complicanze", concepite come contenitori modulari ed espandibili a seconda delle esigenze dei singoli redattori; cliccando sulle singole sezioni si ha accesso ad una nuova pagina che contiene il testo. Per non perdervi nei vari passaggi, in te-

sta alla pagina, sarà visualizzato su una stringa il percorso che state facendo con la possibilità di ritornare sui vostri passi o direttamente alla homepage.

Analizzerò singolarmente e in breve le varie sezioni in cui si suddivide ogni argomento.

**Evidence Based Message:** presentata come banner scorrevole, presenta un limitato numero di informazioni base ritenute fondamentali e documentate da evidenze inequivocabili.

**Dalla Diagnosi alla Terapia:** è la sezione più ampia, si suddivide in sottocapitoli che spaziano dalla classificazione, al gold standard nella diagnostica, alle indicazioni per lo screening, alle strategie terapeutiche validate. Ogni argomento è trattato secondo i principi dell'EBM, segnalando ove vi siano "aree grigie" e/o mancanza di evidenze, ma soprattutto sottolineando le evidenze. I singoli argomenti sono linkati a protocolli diagnostici e/o terapeutici o a rimandi alle linee guida.

**Linee Guida:** oltre alle LG italiane, i documenti presentati sono tra i più significativi ed autorevoli a livello internazionale; in mancanza di LG vengono presentati Statements o Consensus facendo riferimento alla sistematizzazione dei documenti attuata dall'ADA.

**News:** questa sezione annuncia le principali novità, sia della ricerca clinica e di base che dell'industria farmaceutica, pubblicate su riviste autorevoli o presentate a Congressi o alla stampa; saranno annunciati, inoltre, i Congressi dedicati e i lavori dei Gruppi di Studio italiani o internazionali.

**Links:** sono presentati con un sintetico testo i principali siti disponibili in rete, suddivisi

per argomento (società scientifiche, società dei pazienti, siti governativi, aziende farmaceutiche, etc).

**Utilities:** oltre alla disponibilità, comune a tutti i capitoli, del Dizionario Medico Enciclopedico e dei Dizionari/Glossari di PubMed, per ogni specialità sarà consultabile un testo/manuale specifico.

Ma non dimenticate che per utilizzare pienamente il Thesaurus dovete essere connessi a Internet, infatti ogni informazione del testo, che è volutamente sintetico, è linkata alla rete, ogni Voce Bibliografica è presentata su PubMed come abstract o ove disponibile direttamente in full-text, ogni Linea Guida è disponibile nella versione originale, ogni Utilities è consultabile on-line. Per facilitare il riconoscimento, le parole che danno accesso al link saranno di colore diverso e si coloreranno quando vi avvicinerete con il puntatore del mouse, ogni link aprirà una nuova finestra di Internet. Oltre ai link con la rete, vi sono i collegamenti ipertestuali con alcuni documenti (ad esempio le linee guida italiane) o tra le singole sezioni.

Per noi della redazione la vera sorpresa di questo progetto è stata proprio la Rete che, al di là dei luoghi comuni, è risultata essere una vera risorsa integrativa e alternativa al nostro sapere medico, un patrimonio di informazioni che, liberato dal "rumore di fondo", è in grado di amplificare la nostra capacità di accesso alla conoscenza.

Con Thesaurus ci stiamo provando.. buona navigazione!

Luca Monge

## CORSO DI FORMAZIONE SULL'ALIMENTAZIONE NEL PAZIENTE CON DIABETE DI TIPO 1

### *Il Counting dei Carboidrati: uno strumento in più per il trattamento nutrizionale del diabete di tipo 1*

In un momento in cui si parla tanto dei nuovi farmaci che sono a disposizione per la terapia del diabete mellito non va certo dimenticato che uno dei fondamenti della cura è rappresentato dalla terapia nutrizionale. Anche per un diabetico che si cura bene attuare una corretta alimentazione, magari senza fare troppe rinunce, può essere sì un'impresa difficile, ma sicuramente un'arma vincente per una buona qualità di vita. Il tema di una corretta alimentazione nel paziente diabetico è pertanto uno degli argomenti che richiede una migliore attenzione ed una più attiva partecipazione degli operatori - medici, dietisti, ma anche infermieri professionali - all'interno di un lavoro d'equipe finalizzato alla trasmissione delle conoscenze necessarie per rendere il paziente diabetico direttamente partecipe, attraverso scelte alimentari proprie e corrette, al controllo della sua malattia.

Obiettivo del corso è quello di sensibilizzare e aggiornare le equipe diabetologiche sul ruolo e le prospettive della terapia nutri-

zionale tradizionale e sul metodo della conta dei carboidrati, da considerare uno strumento in più nel trattamento "intensivo" del Diabete di Tipo 1.

Il programma è stato messo a punto da un "Gruppo di progettazione Nazionale" - di cui fanno parte G. Marelli, A. Cimino, S. Leotta, M.A. Pellegrini, D. Mannino e N. Musacchio - prevede la realizzazione di 10 corsi regionali nel biennio 2002-2003: 5 corsi nel 2002 e 5 corsi nel 2003. Per l'anno 2002 sono previsti i seguenti corsi:

- 27-28 giugno 2002 Lombardia
- 26-27 settembre Veneto e Sicilia
- 17-18 ottobre Lazio
- 14-15 novembre Campania

I Destinatari del corso sono le Equipe Diabetologiche: Medico, Infermiere professionale, e il Dietista laddove sia presente. Per ogni regione è prevista la partecipazione dalle 10 alle 15 Equipe per un numero massimo di 30 partecipanti.

Il corso, della durata di due giorni, prevede l'alternanza di lezioni teoriche (20%) e lavori a piccoli gruppi (80%) secondo i principi e le metodiche della Scuola AMD (discussione visualizzata, caso clinico, meet the expert).

Ad ogni corso saranno presenti componenti del gruppo di progetto nazionale, formatori della Scuola AMD, relatori medici esperti di dietoterapia nutrizionale e del metodo della "conta dei carboidrati", e un relatore dietista.

Con l'obiettivo di dare uniformità e maggiore efficacia al metodo utilizzato nei corsi regionali, in modo da ottenere una formazione adeguata dei partecipanti attraverso una omogeneità di conduzione, realizzazione e valutazione, nei giorni 18 e 19 aprile a Roma è stato effettuato un corso preliminare con i 15 formatori della Scuola AMD interessati nelle iniziative dell'anno 2002.

**Giuseppe Marelli**  
Coordinatore del Gruppo  
di Progetto Nazionale

# A SCUOLA PER AMD: CORSO CERMET PER VALUTATORI DI SISTEMA QUALITÀ IN SANITÀ

Dal 28.01 al 02.02 si è svolto, a Bologna tenuto da Cermet, il corso di 48 ore per valutatori di Sistemi Qualità in Sanità cui hanno partecipato, per conto di AMD, venti colleghi in rappresentanza di ciascuna sezione regionale. È stata una formidabile esperienza di cui presto vedremo i frutti.

Da queste pagine mi rivolgo a tutti i soci per condividere alcune riflessioni e lanciare un invito.

Sulle motivazioni "cogenti" che ci sospingono verso l'accreditamento, "istituzionale" in primo luogo (DP 14.01.97 e successive e Leggi Regionali) e "professionale", come voluto da AMD molto tempo prima, credo rimanga poco da aggiungere poiché "così si vuol colà dove si puote!".

Possiamo invece riflettere sul fatto che non tutto il male viene per nuocere e questo evento "epocale" può essere valorizzato come reale opportunità di cambiamento e miglioramento.

Il cammino è lungo e anche faticoso, ben lo sanno i venti che hanno provato sulla propria pelle e superato brillantemente l'esperienza di Bologna, con un lavoro di gruppo "spontaneo" e vero senso di appartenenza, e i centri già accreditati da AMD.

Sono molte le cose apprese, forse ancor più quelle intuitive, e ognuna apre spunti di riflessione e di discussione stimolanti, affascinanti e da condividere; questa è l'offerta.

L'invito che propongo a tutti i soci, è mettersi in gioco con regole condivise.

La norma UNI EN ISO 9001/2000 traccia le regole necessarie per definire i requisiti che distinguono un sistema di gestione della qualità che guarda un'organizzazione con un approccio sistemico, integrato, e ne garantisce la visibilità all'esterno attraverso una gestione documentata dei processi.

La Vision 2000 definisce un modello di riferimento, lo stesso vale per l'Accreditamento Professionale, e realizza uno strumento per assicurare il rispetto degli snodi decisionali essenziali per governare i processi produttivi di un'organizzazione; essa richiede che siano chiariti e rispettati i vincoli di contesto identificati dalla norma, "cogenti" e derivati dall'analisi dei bisogni, che siano definiti i requisiti del Cliente e del/i prodotto/i-servizio/i che li soddisfano (non più "salvagente di pietra" a meno che non si dichiari che il Cliente desidera affondare ...), che le decisioni siano basate sui dati, e quindi sul monitoraggio del processo e del prodot-

to, per migliorare attraverso l'esperienza, dagli errori e dal confronto.

Partecipare a quest'operazione significa concorrere al governo clinico con pieno diritto e dignità.

Il linguaggio usato in Qualità è, per molti di noi, inusuale, ostico, per certi versi "respingente", ma le difficoltà sono superabili col metodo AMD; si tratta di coniugare la nostra esperienza di "managed care" con le regole di un modello, gestionale aziendale, definite da parole che assumono un significato preciso e univoco che deve essere compreso, condiviso e attuato, nel rispetto delle individualità di ciascuno ma col vincolo di erogare un prodotto uniforme per qualità, sia quando si tratta di valutare, esprimere un giudizio e trattare la condizione di salute di un paziente sia le azioni d'ogni giorno nei nostri Servizi.

Per realizzare questa proposta è necessario riflettere, insieme, sui contenuti impliciti ed espliciti delle parole condividendoli e accettando, lo sa bene chi applica nella pratica clinica la terapia educativa o pratica la Scuola AMD, che "le parole sono pietre" puntuali nel definire e solida base per costruire un approccio ai problemi, misurabile, riproducibile e trasferibile, orientato alla miglior risoluzione possibile.

Ciò richiede l'applicazione di una cultura, che è già patrimonio di AMD, che si declina nella capacità di pianificare, progettare, validare e realizzare risultati misurabili e confrontabili per il miglioramento continuo; azioni consuete del nostro operato quotidiano.

Lo strumento per costruire un sistema di gestione per la qualità, ISO o Accredimento professionale, identifica le dimensioni in cui calare il nostro background professionale integrandolo in un ambito sistemico che valorizza il profilo gestionale economico finanziario ma impone criteri come efficacia, efficienza ed appropriatezza che adeguatamente connotati, in ottica professionale attraverso l'applicazione dell'Evidence Based Medicine, e declinati, in ottica multidisciplinare attraverso i percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali, restituiscono ai professionisti il ruolo di definire le specifiche dei prodotti sanitari necessari per realizzare la visibilità della mission e della politica aziendale e centrati sui bisogni dei clienti: i cittadini, i nostri pazienti, noi.

Questa vision, questo orizzonte sfidante in cui collocare la mission della nostra società scientifica,

permette di coniugare i principi che abbiamo sempre applicato nella traduzione delle conoscenze acquisite dalla ricerca clinica in scelte organizzative che ne permettessero la realizzazione nella pratica clinica.

L'opportunità offerta dall'Accreditamento Professionale richiede la partecipazione di tutti i soci per rendere il lavoro della Diabetologia nazionale leggibile, misurabile e confrontabile; quindi bisogna descriverlo e scriverlo, ma la Vision 2000 della ISO 9000 rende questo compito meno gravoso e più funzionale restituendo al professionista, pur nel rispetto degli elementi essenziali di sistema, la libertà di definire ciò che è necessario per la propria organizzazione, bisogna identificarlo con indicatori adeguati e rendere accessibile il benchmarking tra i vari Servizi.

Il valore di questo progetto è la definizione di indicatori, non solo reattivi ma proattivi, che servono da un lato a garantire il controllo delle criticità di processo e dall'altro definiscono gli standard di prodotto peculiari della nostra realtà locale, regionale e nazionale e che con adeguata valutazione permettono di indirizzare la scelta dell'utente ma anche del gestore e delle parti interessate nel promuovere determinati modelli assistenziali rispetto ad altri, e anche qui AMD sta lavorando col gruppo GIDI e il gruppo Modelli Assistenziali.

Gli strumenti identificati e proposti da AMD per realizzare il futuro della Diabetologia sono perfettamente coerenti con gli obiettivi della politica sanitaria e rispettosi delle esigenze di tutti i protagonisti; in quest'ottica la scelta di avvicinamento al modello ISO, resa possibile dalle caratteristiche dell'edizione VISION 2000, appare dettata dalla consapevolezza che tale strumento può facilitare il nostro percorso attraverso la identificazione puntuale dei nodi principali del sistema curante, la definizione di prodotti/prestazioni che rispondono a criteri condivisibili e la spinta costante al miglioramento attraverso lo strumento dell'azione correttiva/preventiva, ben nota al clinico pratico.

**Alessandro Ozzello**

*Responsabile U.O.n.A.*

*Malattie Metaboliche e Diabetologia*

*Certificata UNI EN ISO 9001/2000*

*ASL 10 - Pinerolo, Torino*

## LINEE GUIDA DEONTOLOGICHE PER LE ATTIVITÀ SCIENTIFICHE E CULTURALI DI AMD

1. AMD produce progetti finalizzati didattici, assistenziali o di ricerca per la realizzazione dei quali può chiedere sponsorship e/o partnership a terzi.
2. Le attività scientifiche relative a Congressi di AMD, anche a livello locale, devono, di norma, essere finanziate da più sponsors.
3. Le attività scientifiche di AMD devono avere comprovata utilità e validità scientifica,

culturale o assistenziale ed essere volte al miglioramento della qualità dell'assistenza diabetologica.

4. I meeting organizzati da AMD devono essere caratterizzati da:
  - i. contributi scientifici di elevato valore, rigorosamente basati sulle prove ove disponibili, presentati da oratori competenti e qualificati

- ii. organizzazione razionale delle sedute e dei tempi per permettere la più estesa partecipazione
- iii. adeguato controllo della presenza in sala e della partecipazione dei convenuti, quando sia stato richiesto l'accreditamento per l'ECM secondo le metodologie deliberate a livello centrale, in consorzio con altre Società Scientifiche



- iv. utilizzo rigoroso e non pubblicitario-promozionale delle metodiche didattiche e delle tecnologie di comunicazione.
  - v. Scelta di sedi che garantiscano la dignità scientifica della iniziativa e l'organizzazione e la logistica per l'attuazione di quanto sopra indicato.
5. Qualora venga richiesto un Patrocinio AMD per una manifestazione organizzata da terzi, questo è concedibile direttamente dal Direttivo Regionale quando l'evento risponda agli stessi criteri precedentemente descritti. È a maggior ragione concedibile se uno o più relatori o moderatori delle sessioni sono soci AMD. Il Patrocinio è di norma gratuito. Non è invece concedibile a manifestazioni promosse da Aziende private (Farmaceutiche o Diagnostiche), che intendano con l'evento promuovere, anche attraverso relazioni scientifiche, i loro prodotti. In tal caso, se l'evento ha rilevante contenuto scientifico e/o divulgativo, il Presidente AMD della Regione interessata può, a suo giudizio, e sentito eventualmente il Consiglio Direttivo Regionale da Lui presieduto, presenziare all'evento nella sua veste istituzionale e rivolgere agli organizzatori i "migliori auspici" di AMD per la buona riuscita della manifestazione. Le partecipazioni dei singoli professionisti a tale tipo di convegni in qualità di moderatore o relatore, sono di norma regolati da un rapporto libero professionale tra l'organizzatore e l'interessato, senza alcun coinvolgimento diretto di AMD
  6. I progetti di ricerca promossi da AMD, sia a livello del Direttivo Nazionale, sia dei Di-

- rettivi Regionali, sia dei gruppi di lavoro AMD o da singoli Soci o gruppi che intendano avvalersi del patrocinio e/o del sostegno organizzativo di AMD, stilati secondo protocolli metodologicamente corretti, devono essere inviati per la valutazione e l'approvazione al Centro Studi e Ricerche AMD, che riferirà al CDN, con l'eventuale richiesta di sostegno finanziario da parte della Società
7. Qualsiasi iniziativa intrapresa a livello Regionale dai Responsabili AMD, deve essere comunicata, tramite il Coordinatore della Consulta, alla Segreteria Amministrativa Centrale ed al CDN, che ne valuta la compatibilità con eventuali progetti nazionali in atto o futuri.
  8. Ogni iniziativa Regionale o pluriregionale che configuri un'attività formativa, accreditabile ai fini ECM, compatibile con le iniziative nazionali, deve essere preventivamente concordata con la Scuola AMD, al fine di tutelare l'omogeneità della metodologia didattica AMD, deve prevedere l'utilizzo dell'Albo dei Formatori AMD per costituire l'equipe di lavoro, e quindi essere comunicata alla Segreteria Amministrativa, che si farà carico di procedere, dopo aver ottenuto tutta la documentazione necessaria, al percorso registrativo attraverso il Consorzio Endocrino Metabolico.
  9. Per la realizzazione di eventi o manifestazioni o attività scientifiche e/o assistenziali sperimentali promosse dalle Sedi Regionali di AMD ed attuate secondo i criteri di cui ai pp.6 e 7, in eventuale assenza di Sponsor o partners commerciali, la Sezione Regionale può attingere ai propri conti presso la Segreteria Centrale, in maniera non sindacabi-

- le dal CDN, eccetto che per situazioni che configurino incompatibilità con iniziative consimili nazionali.
10. La diffusione e pubblicità delle iniziative culturali e di ricerca promosse da AMD deve essere rivolta indistintamente a tutti i Soci, direttamente da AMD, per la indispensabile conoscenza e possibilità di adesione. Gli Sponsors possono fornire adeguato supporto organizzativo, anche attraverso la rete degli Informatori Scientifici, soltanto dopo la comunicazione ufficiale di AMD ai Soci della iniziativa.
  11. Nella presentazione delle attività svolte in partnership deve sempre essere esplicitato (anche nelle forme grafiche) il ruolo di garante scientifico di AMD. Il nome o il Logo dell'Azienda Sponsor e/o Partner va sempre riportato preceduto dalla dicitura "grazie al supporto non condizionato di ...".
  12. Le iniziative culturali e di ricerca proposte da terzi ad AMD ed accettate da AMD in una prospettiva di partnership devono seguire le indicazioni dei punti da 2 a 11.
  13. Non è possibile concedere il patrocinio ad attività di evidente interesse preminentemente turistico o promozionale, che non assicurino una adeguata dignità scientifica.
  14. I gruppi di Lavoro AMD sono tenuti a seguire nella loro attività tutti i principi sopra elencati.
  15. Nel caso che iniziative scientifico-congressuali vengano proposte da sezioni Regionali con strutture adeguate poste soltanto in località di interesse turistico, in periodi dell'anno in possibile contrasto con le norme deontologiche di Farindustria, il CDN, valutata la valenza scientifica dell'evento, potrà richiedere a Farindustria deroghe specifiche alle norme suddette.

## COMUNICAZIONE AI SOCI AMD

*La nostra Associazione può operare grazie soprattutto alla quota associativa annuale di € 50,00. È importante quindi che ognuno di noi versi la quota con una certa regolarità o regolarizzi la propria posizione. I versamenti possono essere effettuati sul conto corrente postale 96304001 - AMD, v.le Carlo Felice 77, Roma*

### Riservato al pagamento con carta di credito

(scrivere a macchina o a stampatello, spedire via fax all'indirizzo riportato in basso)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo: Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Importo lire \_\_\_\_\_

Tipo di carta di credito:    VISA     EUROCARD     MASTERCARD

Numero \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma del titolare \_\_\_\_\_

**N.B.** Questo riquadro può essere utilizzato, indipendentemente dal pagamento delle quote sociali, anche per comunicare eventuali variazioni di indirizzo.

*Chi volesse informazioni sulla propria situazione contabile può contattare la Segreteria Amministrativa  
Viale Carlo Felice, 77 - 00185 Roma - Tel. 06/700.05.99 - Fax 06/700.04.99 - E-mail: amdass@tiscalinet.it*

# RICERCA SUL DIABETE MELLITO AD ELEVATA FAMILIARITÀ

## INTRODUZIONE

L'evoluzione delle tecniche diagnostiche ed i continui progressi sulla conoscenza della patogenesi delle differenti forme di diabete mellito richiedono attualmente una modifica delle logiche di approccio alla diagnosi differenziale della malattia. La disponibilità sempre più ampia del dosaggio dei markers del diabete autoimmune ha, infatti, evidenziato come le forme autoimmuni, ritenute caratteristiche dell'età pediatrica, possano interessare anche pazienti adulti (LADA). Al contrario, le tecniche di biologia molecolare consentono attualmente di diagnosticare forme non autoimmuni da mutazione genetica (MODY, diabete mitocondriale) non necessariamente insulino-dipendenti che, per definizione, interessano anche l'età pediatrica.

Il MODY è una forma di diabete non autoimmune, a trasmissione autosomica dominante con elevata penetranza, causato da una mutazione puntiforme o da una delezione di geni importanti nello sviluppo o nella funzione della cellula Beta pancreatica, con conseguente alterazione della secrezione insulinica. Sono attualmente conosciute 5 forme (una sesta è in corso di definizione) causate da mutazioni di altrettanti geni situati su differenti cromosomi (Tab. 1).

Il maggior numero di pazienti descritti in letteratura riguarda casi di MODY2 e MODY3 sul cui fenotipo esistono quindi descrizioni più ampie (1, 2, 3, 4, 5 e 6). Il fenotipo del MODY3 tende ad essere più grave rispetto a quello del MODY2 essendo possibili l'esordio clinico in chetoacidosi, la necessità di trattamento insulिनico e la comparsa di complicanze microvascolari. Al contrario, il MODY2 è caratterizzato da elevazioni della glicemia tanto modeste da passare spesso inosservate fino all'età adulta (anche se noi stessi abbiamo descritto casi di MODY2 neonatali) (9) e da un rischio molto minore di complicanze microvascolari (Tab. 2).

Il deficit di glucochinasi induce infatti una alterazione del meccanismo "sensore" della gli-

cemia con elevazione della soglia glicemica oltre la quale inizia una valida secrezione di insulina. Ciò spiega la modesta elevazione delle glicemie basali e la frequente normalità della risposta al test da carico orale di glucosio (OGTT).

Esiguo è il numero dei pazienti descritto con le altre forme conosciute di MODY

Il MODY1 presenta caratteristiche fenotipiche simili al MODY3.

Il MODY4, dovuto a mutazione del gene IPF1 coinvolto nello sviluppo embrionale del pancreas, si manifesta con diabete neonatale da aplasia pancreatica allo stato omozigote e come diabete di variabile gravità nei familiari eterozigoti (13)

Il MODY5, caratterizzato da una mutazione di un fattore di trascrizione della famiglia degli NHF, a cui appartengono anche i geni coinvolti nel MODY-1 e nel MODY3, presenta associazione con malformazioni renali di tipo cistico (14).

Per ciascuna forma di MODY il fenotipo, in termini di compromissione dell'omeostasi glicemica, può cambiare da un pedigree all'altro in rapporto al differente tipo di mutazione dello stesso gene. Per tutte le forme di MODY è comunque possibile una differente gravità del fenotipo anche all'interno dello stesso pedigree. Sono descritti, ad esempio, pedigree di MODY3 con membri che, sia pur affetti da mutazione, presentavano normali livelli glicemici sia basali che dopo OGTT. (11)

È infine da sottolineare come molti pedigree descritti in letteratura, pur presentando caratteristiche cliniche del MODY, non risultino affetti da nessuna delle forme conosciute. È evidente quindi l'esistenza di mutazioni non identificate, il che giustifica la definizione di MODY "X".

## DIABETE MITOCONDRIALE

Il diabete mitocondriale è causato da una delezione o mutazione del DNA mitocondriale. Le caratteristiche del diabete di origine mitocondriale sono l'ereditarietà diagenica, legata al fatto che

il patrimonio mitocondriale di ogni individuo deriva dal citoplasma della cellula uovo, e la "eteroplasmia" cioè il coinvolgimento di più organi contemporaneamente.

Numerose mutazioni sono state finora descritte con differenti pattern clinici. La più comune associazione clinica è quella che comprende il diabete mellito e la sordità neurosensoriale dovuta alla mutazione TLeu 3243.

Importante a tale proposito l'ampia casistica presentata in maniera dettagliata in pazienti di etnia caucasica da Guillausseau et al. (16). In questi pedigree la compromissione dell'omeostasi glicemica e della ipoacusia neurosensoriale apparivano di gravità molto variabile ed indipendenti per epoca di esordio e progressione. Da notare che in molti casi la compromissione neurosensoriale era svelabile solo a livello strumentale. Nell'80% dei casi era inoltre presente distrofia maculare, segno che, data la frequenza di osservazione, assume, in questa casistica, un significato quasi patognomonico.

## APPROCCIO ALLA DIAGNOSI DELLE FORME DI DIABETE NON AUTOIMMUNE

Il problema diagnostico ha caratteristiche diverse se affrontato secondo l'ottica del diabetologo pediatra o del medico che assiste il paziente adulto con diabete.

Nel bambino, il riscontro occasionale di lieve iperglicemia ha progressivamente assunto sempre maggiore importanza diagnostica. Escluso infatti che l'iperglicemia sia il primo segno di un diabete autoimmune (dosaggio dei markers autoimmuni) è evidente che la diagnosi va ricercata tra forme non autoimmuni geneticamente trasmesse, il che presuppone una attenta conduzione dell'anamnesi familiare e la ricerca, nel pedigree, dei sintomi associati alle varie forme di diabete geneticamente trasmesso.

L'iter per l'approfondimento diagnostico delle iperglicemie "occasionalmente" elaborato dal

Tab. 1 - Sottotipi di MODY.

	<i>MODY 1</i>	<i>MODY 2</i>	<i>MODY 3</i>	<i>MODY 4</i>	<i>MODY 5</i>	<i>MODY x</i>
Locus genetico	20q	7p	12q	13q	17q	Sconosciuto
Gene	HNF -4 <sub>-</sub>	GCK	HNF -1 <sub>-</sub>	IPF-1	HNF -1 <sub>-</sub>	Sconosciuto
Frequenza (% di famiglie MODY)	Rara	(10-65%)*	(20-75%)*	Rara	Rara	(10-20%)*
Iperglicemia	Progressiva	Modesta	Progressiva	Progressiva	Modesta/ Progressiva	non definita
Difetto primitivo	Pancreas / Fegato	Pancreas / Fegato	Pancreas / rene / altro?	pancreas / altro?	Pancreas / rene/altro?	pancreas / eterogeneo?
Età minima diagnosi	Prepuberale	Prima infanzia	Prepuberale	neonatale (omozigote) giov. adulta (eterozigote)	non definita	non definita
Terapia	dieta /ipogl. Orali / insulina	Dieta	Ipogl.oral / Insulina	insulina (omozigote) dieta (eterozigote)	dieta/insulina	dieta / ipogl. Orali /insulina
Complicanze microvascolari	Frequenti	Rare	Frequenti	Rare	Rare	non definite

\* differente distribuzione nei vari Paesi



Tab. 2.

	<i>MODY2</i>	<i>MODY3</i>
Iperglicemia	+	+++
Esordio clinico	Precoce	Dopo l'adolescenza
Progressione dell'iperglicemia	+/-	++++
Sensibilità alle sulfaniluree		+++
Rapporto proinsulina/insulina	Normale	Elevato
Risposta al carico di glucosio	Variabile	Patologica

*Appleton MR et al., Diabet Med. 1996; Pearson ER et al., Diabet Med. 2000; Byrne MM et al., JCI, 1994; Pearson ER et al., Diabet, 2001; Bell et al., in press, 2001.*

Gruppo di Studio sul Diabete della Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica (SIEDP) prevede lo studio di soggetti che, in almeno due occasioni, abbiano presentato una glicemia a digiuno > 100 mg/dl. Tale limite ha sicuramente una carenza di specificità ma la sua sensibilità è elevata. I dati della prima fase dello studio (10) hanno evidenziato l'utilità di questo approccio sia nella diagnosi di forme autoimmuni pre-cliniche che di *MODY*, prevalentemente il *MODY2*. Quest'ultima forma, caratterizzata infatti da modeste elevazioni dei livelli glicemici, spesso normali a digiuno e dopo OGTT, ha più probabilità di passare inosservata rispetto ad altre forme, come in particolare il *MODY3*, in cui i livelli glicemici sono molto più elevati ed è possibile l'esordio in chetoacidosi.

Il *MODY3* è stato identificato in pazienti ritenuti affetti da diabete tipo I nei quali non erano stati praticati i markers del diabete autoimmune e non era stato dato il giusto peso alla familiarità (17). È evidente come lo studio della familiarità vada quindi condotto in tutti i pazienti con diabete, indipendentemente dall'età e dalle caratteristiche fenotipiche.

Dal punto di vista del medico dell'adulto, è evidente, invece, come l'approccio alla diagnosi di diabete non autoimmune geneticamente trasmesso, debba essere indirizzato non al rilievo di iperglicemia occasionale, fenomeno frequente e per nulla atipico in un adulto, ma alla penetranza familiare del diabete. Ciò spiega perché nei paesi europei in cui le ricerche di popolazione sul *MODY* sono state condotte da pediatri, sulla base del riscontro occasionale di iperglicemia nel bambino, il *MODY2* sia risultato più frequente del *MODY3*. Quest'ultimo è, invece, risultato più frequente negli studi di popolazione condotti da medici dell'adulto basati, in pazienti francamente diabetici, sullo studio della familiarità (Tab. 3).

Tab. 3.

	<i>MODY3</i> %	<i>MODY32</i> %
Gran Bretagna	65	11
Scandinavia	58	15
Germania	36	8
Spagna	35	25
Francia	21	63
Italia	7,7*	46

*Beards F, Diabet, 1998; Letho et al., Diabetologia, 1999; Lindner TH, Diabetologia, 1999; Costa et al., Eur. J. Endocrinol, 2000; Chèvre JC, Diabetologia, 1998.*

\* Screening non ancora completo.

È evidente, quindi, come un notevole miglioramento delle possibilità diagnostiche delle forme di diabete non autoimmune ad elevata penetranza possa derivare dall'interazione fra pediatra e medico dell'adulto.

L'osservazione della elevata familiarità per diabete da parte del medico dell'adulto può selezionare infatti pedigree con maggiore probabilità di *MODY* o diabete mitocondriale, soprattutto per la maggiore facilità di accesso ad informazioni su sordità, diabete gestazionale, policistosi renale, etc.

La pre-selezione del pedigree rende, d'altro canto, più probabile il riscontro, nei membri più giovani, di iperglicemia modesta fino al momento ignorata. Si crea infatti "l'occasione" per il riscontro "occasionale" di iperglicemia più di quanto non possa accadere con la casuale effettuazione di esami di routine. La maggior parte di pazienti di età pediatrica individuati con questo criterio è affetta da *MODY2*, sia perché il diabete mitocondriale ed il *MODY3* tendono ad esordire clinicamente nell'adolescente e nel giovane adulto sia perché queste ultime forme comportano iperglicemia talmente marcata da passare difficilmente inosservata.

Il risultato atteso è sia quello di individuare precocemente, in età pediatrica, il diabete non autoimmune sia quello di consentire una corretta diagnosi in pedigree affetti da altre forme e nei quali i soggetti in età pediatrica, al momento normali, presenteranno successivamente i sintomi della malattia.

#### APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO CONDOTTO SUI MEMBRI PIÙ GIOVANI DI PEDIGREES CON ELEVATA FAMILIARITÀ DI DIABETE NELL'ADULTO

Questo aspetto andrebbe particolarmente curato dai diabetologi dell'adulto, cui spetterebbe il compito di contribuire a ridurre il senso di "separazione" concettuale fra il diabete dell'adulto e quello del bambino. Da un punto di vista pediatrico può accadere talvolta, soprattutto nelle forme con lieve elevazione della glicemia (*MODY2*), che il riscontro di iperglicemia nel bambino induca il pediatra a controllare anche la glicemia dei genitori e, talvolta, a porre nei membri adulti del pedigree una diagnosi di diabete fino a quel momento non sospettata.

#### RICERCA SUL DIABETE AD ELEVATA FAMILIARITÀ NELLA PROVINCIA DI BENEVENTO

Per tale motivo è stata organizzata una ricerca pilota in provincia di Benevento nata grazie alla collaborazione dei colleghi medici di base che hanno in cura il diabete dell'adulto. Hanno aderito allo studio i medici di base ed i pediatri di libera scelta facenti parte delle cooperative scientifiche "Samnium", "Medical 2000" e "Ippocrate" e che rappresentano circa l'80% di tutti i medici della provincia.

Presentiamo in questa occasione la metodica utilizzata e i primi dati preliminari.

#### Metodica utilizzata

Lo studio ha avuto inizio nel novembre 2000 ed è stato progettato per fasi successive:

#### 1ª fase

Formazione dei medici partecipanti sui criteri di selezione dei pedigree

È stato organizzato un convegno preliminare inerente:

- 1) Classificazione attuale del diabete
- 2) Esposizione dettagliata delle caratteristiche delle varie forme di diabete geneticamente trasmesso
- 3) Forum di discussione per piccoli gruppi onde consentire un'ampia interattività culturale

I criteri di scelta dei pedigree sono indicati nella tabella 4.

#### 2ª fase

Esecuzione di profili glicemici nei membri più giovani

Esecuzione, nei membri più giovani dei pedigree individuati secondo i criteri suddetti, di profili glicemici giornalieri a dieta libera per tre giorni consecutivi con refllettometro (*Menarini-Diagnostics*): prima di colazione, prima di pranzo, due ore dopo pranzo, prima di cena e due ore dopo cena.

Sono state considerate significative per definire iperglicemici i piccoli probandi i seguenti valori glicemici:

- a digiuno o pre-prandiali >100 mg/dl
- post-prandiali >140 mg/dl

#### 3ª fase

Approfondimenti diagnostici nei pedigree selezionati

Nei pedigree ad elevata familiarità nei quali i membri più giovani siano risultati iperglicemici è necessario eseguire:

- dosaggio dei markers autoimmuni del diabete tipo I (ICA, GAD ed IA2)

Fase fondamentale per escludere, in età pediatrica adolescenziale, un diabete autoimmune preclinico.

- **indagine genetica** mirata al sospetto clinico di forma di diabete genetico. È da sottolineare, però, che, per quanto detto sopra, la tipizzazione del MODY2 (glucochinasi) è da considerarsi prioritaria.

Nei pedigree ad elevata familiarità nei quali non vi sia stato riscontro di iperglicemia nei membri più giovani deve essere condotta l'analisi genetica secondo i criteri dettati dalle caratteristiche peculiari del pedigree stesso (tipo di ereditarietà, età alla diagnosi, fenotipi associati ecc.)

Lo stesso criterio di scelta deve guidare l'approfondimento metabolico: per esempio una curva da carico orale di glucosio con dosaggio di glicemia ed insulinemia deve essere praticata nel sospetto di diabete tipo 2 (obesità, acanthosis nigricans, ipertensione, micropolicistosi ovarica ecc), mentre un profilo glicemico giornaliero con o senza curva da carico deve essere eseguito in casi particolari per completare la tipizzazione metabolica di pedigree che anamnesticamente risultavano incompleti. Questo è il caso, per esempio, degli ascendenti diretti di bambini iperglicemici facenti parte di pedigree nei quali il diabete anamnesticamente è presente solo in collaterali.

#### Primi risultati preliminari

##### Fase 1<sup>a</sup>

Sulla base del primo screening, durante la 1<sup>a</sup> fase dello studio, sono stati segnalati 157 pedigree di cui 41 sono risultati significativi per i criteri di selezione e sono stati arruolati per l'esecuzione delle glicemie.

Questa apparente ridotta specificità nel reclutamento dei pazienti è stata migliorata nel tempo e a mano a mano che aumentavano i contatti e si perfezionava il tipo di intervento.

##### Fase 2<sup>a</sup>

La scelta dei pedigree si è dimostrata quanto mai valida nel momento in cui si è passati alla seconda fase e sono stati raccolti i primi dati relativi alle glicemie dei probandi.

Dei 41 pedigree selezionati, infatti, 26, più della metà, avevano probandi con iperglicemie (secondo i nostri criteri) nei membri più giovani ed, in particolare, 12 avevano un solo probando, 10 con due probandi e 4 con più di due probandi.

##### Fase 3<sup>a</sup>

I pedigree sospetti di diabete genetico sono stati avviati alla tipizzazione genetica.

## CONCLUSIONI

Lo studio pilota attuato a Benevento dimostra l'utilità di questo tipo di approccio ed evidenzia una frequenza inaspettata di iperglicemia in soggetti giovani appartenenti a pedigree con elevata ricorrenza di diabete.

Anche se i risultati sono ancora preliminari, vengono alla luce due fondamentali valutazioni rispettivamente di tipo scientifico ed assistenziale-sociale:

- da un punto di vista scientifico sembra che il diabete non autoimmune in età pediatrica possa presentare una prevalenza enormemente superiore rispetto a quanto la mancanza di mezzi idonei di identificazione lasci prevedere. Probabilmente l'approfondimento delle iperglicemie nei soggetti più giovani di pedigree ad elevata familiarità per diabete permetterà di far luce su forme di diabete che apparivano relativamente "rare" solo perché rappresentavano la punta di un iceberg.
- da un punto di vista assistenziale l'utilizzo di una logica di approccio "globale" ai pedigree ad elevata familiarità può offrire enormi vantaggi in termini di prevenzione delle complicanze microvascolari in età adulta. Non sfugge agli autori la difficoltà organizzativa di trasporre su larga scala quanto sviluppato con un gruppo di medici colti, motivati e "proiettati" al futuro; ma, sicuramente, il "futuro" dovrà fare i conti con la nuova realtà diagnostica del diabete.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bellanné-Chantelot C et al. *Diabetologia*, 109; 91(suppl 1): 1998
2. Bulman MP et al. *Diabetologia* 859-860; 40: 1997
3. Fajans SS et al. *Life Science* 413-422; 55: 1994

4. Hattersley A.T et al. *Nature Genet* 268-270; 19: 1998
5. Prisco F, Iafusco D et al *J Endocrinol Invest* 9; 21 (suppl 7): 1998
6. Isomaa B et al. *Diabetologia* 467-473; 41: 1998
7. Hattersley AT et al *Lancet* 1789-1792; 353: 1999
8. Iwasaki N et al. *Diabetes Care* 2144-2148; 21: 1998
9. Prisco F, Iafusco D et al *Diabetologia* 1331; 12: 2000
10. Massa O, Iafusco D et al *Diabetologia* 898 - 905; 44: 2001
11. Lehto M. et al *J.Clin.Invest* 582-585; 99: 1997
12. Lehto M et al *Diabetes* 423-425; 48: 1999
13. Menzel R et al *Diabete Med* 816-20; 15: 1998
14. Stoffers DA et al *Nat Genet* 138-139; 17: 1997
15. Tattersall RB et al. *Diabetes* 44-53; 24: 1975
16. Guillausseau PJ et al. *Ann Intern Med* 134; 721: 2001
17. Maller Am et al *Diabetologia* 823; 148: 1998

**D. Iafusco\***, **L. Carpinelli\***, **G. Colucciello\***, **C. Simone\***, **A. Cocca §**, **M.R. Di Stasio §**, **P. Lacerra §** e **Francesco Prisco \***

\* *Servizio Regionale di Diabetologia Pediatrica "G. Stoppoloni" Dipartimento di Pediatria Seconda Università degli Studi - Napoli*  
 ° *Cooperativa di Medici di Medicina Generale "Sammium" - Benevento*  
 § *ASL Benevento 1 - Benevento*

Tab. 4. -Criteri di scelta dei pedigree.

Presenza di diabete in almeno due generazioni successive e/o in una ampia fascia di collaterali (due o più fratelli affetti con ascendenti non segnalati come affetti).

### CRITERI DI CONDUZIONE DELL'ANAMNESI FAMILIARE

#### Tutti i casi di diabete presenti nel pedigree, indipendentemente dalla gravità, dall'età e dal trattamento progressivo ed in corso

Ciò per evitare che eventuali criteri terapeutici assumessero un valore discriminante in termini patogenetici come ad esempio la somministrazione di insulina che può erroneamente indurre alla definizione di diabete "insulino-dipendente".

Per quanto riguarda la caratterizzazione anamnesticamente del diabete si è insistito sulla raccolta di dati relativi all'età alla diagnosi, ai sintomi di esordio, alla presenza o meno di episodi di chetoacidosi, alle terapie praticate durante il decorso della malattia, al controllo metabolico e alla presenza o meno di complicanze microvascolari.

#### I casi di diabete gestazionale.

In fenotipi lievi la compromissione dell'omeostasi glicemica può limitarsi, almeno a livello anamnesticamente, al diabete gestazionale.

#### Il peso alla nascita di tutti i membri del pedigree.

L'iperglicemia durante la gravidanza può passare inosservata sì che la macrosomia fetale può essere, talvolta, l'unico dato anamnesticamente di sospetto di diabete gestazionale.

Oltre che ad individuare il diabete gestazionale materno, l'indagine anamnesticamente sul peso alla nascita può contribuire, inoltre, anche all'identificazione di soggetti con insufficienza pancreatica prenatale caratterizzati da basso peso alla nascita.

#### I segni e i sintomi che possono suggerire peculiari forme di diabete non autoimmune:

Obesità, ipertensione, policistosi ovarica e acanthosis nigricans (diabete tipo 2), rene policistico (MODY 5), maculopatia, sordità neurosensoriale, epatopatia, ereditarietà diagenica (diabete mitocondriale)

# CONSIGLI DIRETTIVI AMD ANNO 2002

## CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE ANNO 2002

### Presidente:

Professor MARCO A. COMASCHI  
Via Capitan Romeo, 86/4 - 16011 Arenzano (GE)  
010/6448560  
[m.comaschi.usl3@libero.it](mailto:m.comaschi.usl3@libero.it)

### Vice Presidente:

Dottor GIACOMO VESPASIANI  
Via S. Pellico 4 - 63039 S. Benedetto del Tronto (AP)  
0735/793378  
[giacvesp@tiscali.it](mailto:giacvesp@tiscali.it)

### Segretario:

Dottor ALBERTO DE MICHELI  
Viale Quartara 391 - 16148 Genova  
010/5554437-38  
[albertodemicheli@smartino.ge.it](mailto:albertodemicheli@smartino.ge.it)

### Consiglieri:

Dottor PAOLO DI BERARDINO  
Via Zara 39 - 65123 Pescara  
085/8707293  
[p.diberardino.aslre@virgilio.it](mailto:p.diberardino.aslre@virgilio.it)

Dottor NICOLETTA MUSACCHIO  
Via F. Carcano 17 - 20148 Milano  
02/61761  
[nico.musacchio@tiscalinet.it](mailto:nico.musacchio@tiscalinet.it)

Dottor SERGIO DI PIETRO  
Via Salaria 237 - 00199 Roma  
06/30342224  
[s.dipietro@mcink.it](mailto:s.dipietro@mcink.it)

Dottor ROBERTO MINGARDI  
Via De Pretis 10 - 36100 Vicenza  
0444/993632  
[bobming@goldnet.it](mailto:bobming@goldnet.it)

Dottor VITO BORZI  
Via E. Ferri 6 - 95125 Catania  
095/7435216  
[vito.borzi@ctonline.it](mailto:vito.borzi@ctonline.it)

Dottor STANISLAO LOSTIA  
Via Metastasio 17 - 09074 Selargius (CA)  
070/539371  
[slostia@hotmail.com](mailto:slostia@hotmail.com)

Dottor LUCA MONGE  
Via Gioberti 36 - 10128 Torino  
011/6933111  
[amd-to.monge@alma.it](mailto:amd-to.monge@alma.it)

Dottor FRANCESCO GALEONE  
Via T. Strocchi 116 - 55100 San Marco (LU)  
057/2460229  
[f.galeone@mail.vdn.usl3.toscana.it](mailto:f.galeone@mail.vdn.usl3.toscana.it)

Dottor DOMENICO MANNINO  
09/65397454  
[dmannin@tin.it](mailto:dmannin@tin.it)

### Tesoriere:

Dottor CARLO TEODONIO  
Viale Carlo Felice 77 - 00185 Roma  
Tel 06/7000599

### Presidente Consulta:

Dottor GIUSEPPE PIPICELLI  
[amd@aemmedi.it](mailto:amd@aemmedi.it)

## CONSIGLI DIRETTIVI REGIONALI ANNO 2002

### REGIONE ABRUZZO MOLISE UMBRIA

#### Presidente:

ROSSELLA IANNARELLI  
Viale A. Moro 14 - 67100 L'Aquila  
e-mail [ross.iann@virgilio.it](mailto:ross.iann@virgilio.it)

#### Vice presidente:

ERCOLE D'UGO  
Corso Europa 8 - 66054 Vasto (CH)

#### Consiglieri:

SILVESTRO DE BERARDINIS  
Via Piane Tordino 36  
64020 Roseto degli Abruzzi (TE)

GIOVANNI DIVIZIA  
Via Collerisana 61/B - 06049 Spoleto (PG)

JULIETTE GROSSO  
Loc. San Iorio Casespase  
67031 Castel di Sangro (AQ)

PAOLO POMANTE  
Via Leopoldo Muzii 19 - 65100 Pescara

TAGLIAFERRI MARCO  
Via Tiberio 64 - 86100 Campobasso

#### Segretario:

ANNA LISA GIULIANI  
Via Fonte Augelli II - Pianola (AQ)

### REGIONE CALABRIA BASILICATA

#### Presidente:

GIUSEPPE PIPICELLI  
Via Leoncavallo, 7 - 88068 Soverato (CZ)  
[amd@aemmedi.it](mailto:amd@aemmedi.it)

#### Vice presidente:

BONAVENTURA CRETELLA  
Loc. Gabella - 88900 Crotona

#### Consiglieri:

EMIRA DAL MORO  
Via S. Antonio, 39 P. Graz.  
89100 Reggio Calabria

MARIA ANTONELLA FERRARO  
Via Umberto I, 100 - 89055 Gallico (RC)

MARIA PIA RICCIO  
Viale Calabria, 52 - 89131 Reggio Calabria

SALVATORE MAZZUCA  
Via E. De Riso, 67 - 88100 Catanzaro

RAFFAELLA VERO  
Via Crispi, 126 - 88100 Catanzaro

### REGIONE CAMPANIA

#### Presidente:

DIONISIO PASCUCCI  
Via Rotili, 3 - 82100 Benevento

#### Presidente eletto:

ENZO ARMENTANO  
Via S. Antonio a Capodimonte, 46 - 80131 Napoli  
081/7414384  
e-mail [earmentano@libero.it](mailto:earmentano@libero.it)

#### Consiglieri:

GIUSEPPE DI GIOVANNI  
Viale Colli Aminei, 36 - 80131 Napoli

LUIGI GESUÈ  
Via Cervantes, 55 - 80133 Napoli

CLAUDIO LAMBIASE  
Via Orsi, 33 - 80127 Napoli

ANDREA PERRELLI  
Via Ruoppolo, 59 - 80128 Napoli

MASSIMO RINALDI  
Corso V. Emanuele, 377 - 80135 Napoli

#### Segretario:

ORESTE EGIONE  
Via Nuova Belvedere 155 - 80024 Cardito (NA)  
[oregio@inwind.it](mailto:oregio@inwind.it)

### REGIONE EMILIA ROMAGNA

#### Presidente:

DINO GIORGI PIERFRANCESCHI  
Via Ferdinando di Borbone, 60  
29100 Borghetto (PC)  
[diabetologia.pc@ausl.pc.it](mailto:diabetologia.pc@ausl.pc.it)

#### Vice presidente:

CARLO DRADI MARALDI  
Via Bellucci 4 - 48015 Cervia (RA)

#### Consiglieri:

CARLO COSCELLI (Pres. eletto)  
Piazza Corridoni 11 - 43100 Parma  
[ccoscelli@ao.pr.it](mailto:ccoscelli@ao.pr.it)

EZIO BOSI  
Via Mascagni, 1 - 43058 Sorbolo (PR)  
[ezi.bosi@libero.it](mailto:ezi.bosi@libero.it)

DANILO ORLANDINI  
Via Passo Buole 62/4 - 42100 Reggio Emilia  
[orlandinid@ausl.re.it](mailto:orlandinid@ausl.re.it)

FRANCESCO CANNATÀ  
Via Fusconi, 52 - 48100 Ravenna

ENRICA MANICARDI  
Via Socrate Gambetti 2 - 42100 Reggio Emilia

#### Segretaria

RITA CAVANI  
Via Cavallotti, 135 - 41049 Sassuolo (MO)

### REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

#### Presidente:

CLAUDIO NOACCO  
Via Carlo Pace, 16 - 33100 Udine  
[diabetologia@aoud.sanita.fvg.it](mailto:diabetologia@aoud.sanita.fvg.it)

#### Vice presidente:

#### Consiglieri:

CARLA TORTUL  
Via Andrea Doria, 11 - 34074 Monfalcone (GO)

ANTONIO CERIELLO  
Via Patrioti, 33 - 33010 Tavagnacco (UD)

MARIO VELUSSI  
Viale San Marco, 38 - 34074 Monfalcone (GO)

### REGIONE LAZIO

#### Presidente:

SEGIO LEOTTA  
Via Parioli 81 - 00197 Roma  
[s.leotta@tiscalinet.it](mailto:s.leotta@tiscalinet.it)

#### Vice presidente:

ADALBERTO PAGANO  
Via Cropolati, 13 - 00178 Roma

#### Consiglieri:

ANDREA GIACCARI  
Via Ga Sartorio, 147 - 00147 Roma

MAURIZIO SPITONI  
Via Cremona, 40 - 00161 Roma

ALDO CLEMENTI  
Via Giuseppe Perego, 33 - 00144 Roma

GIUSEPPINA CIAMPITTIELLO  
Via Mauriac, 27 - 00143 Roma  
[ciampittiello@libero.it](mailto:ciampittiello@libero.it)

GRAZIANO SANTANTONIO  
Via Arno, 26 - 00053 Civitavecchia (RM)

#### Segretario:

MARIA ROSARIA NARDONE  
Via Sferracavalli 7 - 03043 Cassino  
[mr.tardone@tin.it](mailto:mr.tardone@tin.it)

**REGIONE LIGURIA****Presidente:**

ANDREA CORSI  
Via Aurelia, 109 - 16031 Bogliasco (GE)  
[andrea.corsi@libero.it](mailto:andrea.corsi@libero.it)

**Consiglieri:**

GUGLIELMO GHISONI  
Via alla Bossola 50 - 16030 Pieve Ligure (GE)

LAURA CORSI  
Via degli Ulivi, 12 - 16033 Lavagna (GE)

PIERO MELGA  
Via Puggia, 27/A - 16131 Genova

GUIDO RIZZI  
Via S. Agata 122 - 18100 Imperia

**Segretario:**

MARIA STELLA TRABACCA  
Corso Firenze 45 - 16136 Genova

**REGIONE LOMBARDIA****Presidente:**

ANTONINO CIMINO  
Via I. Vivanti, 29 - 25060 Brescia  
[ancim@tin.it](mailto:ancim@tin.it)

**Presidente eletto:**

GIAN PAOLO TESTORI  
Piazzale Salvatore Farina, 18/8 - 20125 Milano

**Consiglieri:**

FRANCO MESCHI  
Via Monte Bianco, 26 - 20149 Milano

DONATA RICHINI  
Via Cercovi, 22 - 25047 Darfo (BS)

LUIGI SCIANGULA  
Corso Brianza 7 - 22066 Mariano Comense (CO)  
[luigisci@tin.it](mailto:luigisci@tin.it)

PILADE ZUCCHI  
Via Palermo, 6 - 46029 Suzzara (MN)

GIANLUCA PIZZI  
Via Cufra, 38 - 20159 Milano

**Segretario:**

MONICA GHELFI

**REGIONE MARCHE****Presidente:**

Dott. PIETRO COMPAGNUCCI  
Piazza Gregorio XI, 3 - 62032 Camerino (MC)  
Tel. 0737.636774

[pietrocompagnucci@hotmail.com](mailto:pietrocompagnucci@hotmail.com)  
Ospedale Civile - 62032 Camerino (MC)  
Tel. 0737.639384/308/381  
Fax 0737.639203/333

**Vice presidente:**

PAOLO FOGLINI  
Via Lucchi, 5 - 63023 Fermo (AP)

**Consiglieri:**

MASSIMO BOEMI  
Via Angelini, 55 - 60100 Ancona

ADRIANO SPALLUTO  
Via G. Branca, 43 - 61100 Pesaro

GIACOMO VESPASIANI  
Via S. Pellico, 4  
63039 S. Benedetto del Tronto (AP)  
[giacvesp@tiscali.it](mailto:giacvesp@tiscali.it)

**REGIONE PIEMONTE - VALLE D'AOSTA****Presidente:**

FRANCO TRAVAGLINO  
Ospedale degli Infermi  
Unità Operativa di Diabetologia  
Via Caraccio, 5 - 13900 Biella  
Tel. 015.3503369 - Fax 015.3503568  
Cell. 349.3125717 - Tel. ab. 015.8494179  
[fravaglino@libero.it](mailto:fravaglino@libero.it)

**Vice presidente:**

CARLO GIORDA  
Ospedale Maggiore - UO Diabetologia  
Via S. Domenico 13 - 10023 Chieri  
Tel. 011.6602347 - Cell. 333638202  
Tel. Osp. 01194293139 - Fax 01194293268  
[giordaca@tin.it](mailto:giordaca@tin.it)

**Consiglieri:**

EGLÉ ANSALDI  
A.O. Santi Antonio e Biagio e C. Arrigo  
Divisione di Diabetologia  
Via Venezia, 18 - 15100 Alessandria  
Tel. 0131.206276 - 0131.206339  
Fax 0131.206979 - Tel. ab. 0131.443938  
[egleans@tin.it](mailto:egleans@tin.it)

MARCO COMOGLIO  
U.O. Diabetologia  
Via Vittime di Bologna 20 - 10048 Moncalieri  
Tel. 0116824319 - Cell. 3388078611  
[comog@tin.it](mailto:comog@tin.it)

PIERO MODINA  
Divisione di Medicina - Ospedale Civile  
Pzza Mussatti 5 - Courgnè  
Tel. 0124 654215 - Cell. 347 2349958  
[pieromodina@libero.it](mailto:pieromodina@libero.it)

LUCA RICHIARDI  
Ospedale Evangelico Valdese  
Servizio di Diabetologia  
Via Silvio Pellico, 19 - 10121 Torino  
Tel. 011 6540366 - Fax 011 6540232  
Tel. ab. 011 8192571  
[lucarich@tin.it](mailto:lucarich@tin.it)

**Tesoriere:**

CLAUDIO CUSARO  
Divisione di Diabetologia  
A.O. Maggiore della Carità  
C.so Mazzini, 18 - 28100 Novara  
Tel. 0321 3733301 - Fax 0321 3733905  
Tel. ab. 0321 627974  
[claudio.cusaro@libero.it](mailto:claudio.cusaro@libero.it)

**Segretario:**

GABRIELLA MORONE  
U.O. Diabetologia - Ospedale degli Infermi  
Via Caraccio 5 - 13900 Biella  
Tel. 015 3503369  
Fax 015 3503568  
Abit. 0161 987533

**REGIONE PUGLIA****Presidente:**

FRANCESCO LOSURDO  
Via Nicolai, 91 - 70122 Bari  
Cell.: 0368-9007061 3347-1780444  
Tel. 080-5214965  
[fralosur@tin.it](mailto:fralosur@tin.it)  
Ospedale di Venero  
70125 Bari Carbonara  
Tel. 080-5726628 - 5427063  
Fax 080-5210723

**Vice Presidente:**

AURELIA BELLOMO DAMATO  
Via Bari, 211 - 70010 Valenzano (BA)

**Consiglieri:**

GUIDO GIACULLI  
Via Stefano Orimini, 52  
74015 Martina Franca (TA)

ANTONIO TRINCHERA  
c/o Osp. Reg. di Summa P. di Summa  
72100 Brindisi

**REGIONE SARDEGNA****Presidente:**

ANGELO CORDA  
Via Machiavelli, 32 - 09129 Cagliari  
[guoahc@tin.it](mailto:guoahc@tin.it)

**Consiglieri:**

PIERPAOLO CONTINI  
Via Metastasio, 17 - 09047 Selargius (CA)

GAVINO PALA  
Via Piave, 4 - 08100 Nuoro

ANNA MARIA SANNA  
Via Malpighi, 4 - 09126 Cagliari  
[amsanna\\_2000@yahoo.it](mailto:amsanna_2000@yahoo.it)

TORQUATO FRULIO  
Via Prinizzedda, 49/H - 07100 Sassari  
[beneagere@tiscalinet.it](mailto:beneagere@tiscalinet.it)

**REGIONE SICILIA****Presidente:**

PATA PIETRO  
Via Noviziato Casazza, 54 - 98123 Messina  
Cell.: 0330.964992  
Tel. 090.718960 - Fax 090.718960  
[pata@eniware.it](mailto:pata@eniware.it)  
Divisione di Endocrinologia  
Ospedale Piemonte  
Viale Europa, 1 - 98100 Messina  
Tel. 090.2224216/33

**Vice presidente :**

MAURIZIO DI MAURO  
Via Trappeto, 19 VILL 7/b  
95037 S. Giovanni la Punta (CT)

**Consiglieri**

GIUSEPPE MATTINA  
Via P. D'Asaro, 13 - 90138 Palermo

CORRADO PUGLISI  
Via Contrada Quallecci - 96012 Avola (SR)

FRANCESCO RAIMONDO  
Via Re di Puglia 8 - 90144 Palermo

**Tesoriere**

ANTONINO DI BENEDETTO  
Via Della Libertà, 521 - 98121 Messina

**REGIONE TOSCANA****Presidente:**

CRISTIANA BAGGIORE  
Viale L. Magalotti, 21 - 50125 Firenze  
[baggior@dada.it](mailto:baggior@dada.it)

**Vice presidente:**

ROSA MARIA MENICONI  
Via Risorgimento, 9 - 55041 Camaiore (LU)

**Consiglieri:**

ANDREA FRANCESCONI  
Via Casamorata, 15/c - 50139 Firenze

GRAZIANO DI CIANNI  
Via G. Lorca, 4/g - San Martino Ulmiano  
56010 San Giuliano Terme (PI)

PAOLO VAGHEGGI  
Via Chiassaia, 33 - 52100 Arezzo

COSETTA GASPARRI  
Via M. Luther King, 6  
52037 Sansepolcro (AR)

MARIA DOLCI  
Via Magliano, 27  
54037 Marina di Massa (MS)

**Segretario:**

CLAUDIO LAZZERI  
Via Gramsci, 60 - 56020 Pisa Empoli

## REGIONE VENETO TRENINO ALTO ADIGE

### Presidente:

GUALTIERO DE BIGONTINA  
Via Marconi snc - 32042 Calalzo Di Cadore (BL)  
[gdebignontina@tin.it](mailto:gdebignontina@tin.it)

### Vice presidente:

MARIO ZOLLI  
Via dei Pensieri, 10 - 30035 Mirano (VE)

### Consiglieri:

LORIS CONFORTIN  
Via Sicilia, 32 - 31033 Castelfranco Veneto (TV)

LUCIANO ZENARI  
Via Colle Masua, 13 - 37024 Negrar (VR)

GIANFRANCO DE BLASI  
Via Castellano, 28 - 39042 Bressanone (BZ)

FRANCESCO CALCATERA  
Piazza del Comune, 20 - 36051 Creazzo (VI)

ROBERTO MINGARDI  
Via De Pretis, 10 - 36100 Vicenza

### Osservatore per il Trentino:

PAOLO FAES  
Via Delle Regole 62  
38060 Mattarello di (TN)

## REVISORI

PAOLA MARCHESI  
[paola.marchese@studiocapriccioli.it](mailto:paola.marchese@studiocapriccioli.it)

TABOGA CLAUDIO  
Via Del Tiglio 1 - 33030 Buia (UD)

MANICARDI VALERIA  
[manicardiv@ausl.re.it](mailto:manicardiv@ausl.re.it)

## PROGETTI

**THESAURUS:** Giacomo Vespasiani, Agrusta Mariano, Giuseppe Picicelli, Nicoletta Musacchio, Giorgio Grassi, Marino Giusy, Massimo Veglio, Gianpaolo Magro, M. Feola, M. Salomone, Stefano Tumini, Ester Vitacolonna, Gian Mario Boffano, Loredana Retta.

Giacomo Vespasiani [giacvesp@tiscali.it](mailto:giacvesp@tiscali.it)

Agrusta Mariano [magrus@xcom.it](mailto:magrus@xcom.it)

Giuseppe Picicelli [amd@aemmedi.it](mailto:amd@aemmedi.it)

Nicoletta Musacchio

[nico.musacchio@tiscalinet](mailto:nico.musacchio@tiscalinet)

Giorgio Grassi [ggrassi@molinette.piemonte.it](mailto:ggrassi@molinette.piemonte.it)

Marino Giusy [gusy@columbus.it](mailto:gusy@columbus.it)

Massimo Veglio [veglio@onw.net](mailto:veglio@onw.net)

Gianpaolo Magro [g\\_magro@libero.it](mailto:g_magro@libero.it)

M. Feola [feola@isiline.it](mailto:feola@isiline.it)

M. Salomone [mariosalom@inwind.it](mailto:mariosalom@inwind.it)

Stefano Tumini [stetumin@tin.it](mailto:stetumin@tin.it)

Ester Vitacolonna [e.vitacolonna@unich.it](mailto:e.vitacolonna@unich.it)

Gian Mario Boffano [jfargo@tin.it](mailto:jfargo@tin.it)

Loredana Retta [retta.loredana@tiscali.it](mailto:retta.loredana@tiscali.it)

**VR.Q.:** Gualtiero De Bigontina, Danilo Orlandini, Alessandro Ozzello, Luigi Sciangula, Sandro Gentile, Mario Parenti, Andrea Corsi, Rosa Maria Meniconi, Italo Tanganelli, Maria Antonietta Pellegrini.

Gualtiero De Bigontina

Danilo Orlandini [gdebignontina@tin.it](mailto:gdebignontina@tin.it)

Alessandro Ozzello [aozzello@tiscali.it](mailto:aozzello@tiscali.it)

Luigi Sciangula [luigisci@tin.it](mailto:luigisci@tin.it)

Sandro Gentile [sandro.gentile@unina2.it](mailto:sandro.gentile@unina2.it)

Mario Parenti Via Neruda 19 40139 Bologna

Andrea Corsi [andrea.corsi@libero.it](mailto:andrea.corsi@libero.it)

Rosa Maria Meniconi [rm.meniconi@tin.it](mailto:rm.meniconi@tin.it)

Italo Tanganelli Via Michelangelo 11 - 53100 Siena

Maria Antonietta Pellegrini [anton29@libero.it](mailto:anton29@libero.it)

**C.S.R.:** Marco Comaschi, Sergio Di Pietro, Giacomo Vespasiani (Rappresentante), Carlo Coscelli, Domenico Cucinotta, Claudio Noacco

Comaschi, Marco [m.comaschi.usl3@libero.it](mailto:m.comaschi.usl3@libero.it)  
Giacomo Vespasiani [giacvesp@tiscali.it](mailto:giacvesp@tiscali.it)  
Di Pietro, Sergio [s.dipietro@mcclink.it](mailto:s.dipietro@mcclink.it)  
Carlo Coscelli [ccoscelli@ao.pr.it](mailto:ccoscelli@ao.pr.it)  
Domenico Cucinotta  
[domenico.cucinotta@unime.it](mailto:domenico.cucinotta@unime.it)  
Claudio Noacco [diabetologia@aoud.sanita.fvg.it](mailto:diabetologia@aoud.sanita.fvg.it)

Presidente **Consulta** Giuseppe Picicelli  
[amd@aemmedi.it](mailto:amd@aemmedi.it)

**Modelli Assistenziali:** Adolfo Arcangeli, Antonino Cimino, Domenico Mannino, Roberto Mingardi, Alberto Rocca

Adolfo Arcangeli [larcang@tin.it](mailto:larcang@tin.it)

Roberto Mingardi [bobming@goldnet.it](mailto:bobming@goldnet.it)

Alberto Rocca [albe.rocca@tiscali.it](mailto:albe.rocca@tiscali.it)

Antonino Cimino [ancim@tin.it](mailto:ancim@tin.it)

Domenico Mannino [dmannin@tin.it](mailto:dmannin@tin.it)

**Scuola Formatori:** Adolfo Arcangeli, Sergio Di Pietro, Nicoletta Musacchio, Alessandro Sergi, Umberto Valentini, Carlo Giorda, Maria Antonietta Pellegrini

Adolfo Arcangeli [larcang@tin.it](mailto:larcang@tin.it)

Sergio Di Pietro [s.dipietro@mcclink.it](mailto:s.dipietro@mcclink.it)

Nicoletta Musacchio

[nico.musacchio@tiscalinet.it](mailto:nico.musacchio@tiscalinet.it)

Alessandro Sergi [aless.sergi@tiscalinet.it](mailto:aless.sergi@tiscalinet.it)

Umberto Valentini

[umbertovalentini@hotmail.com](mailto:umbertovalentini@hotmail.com)

Carlo Giorda [giordaca@tin.it](mailto:giordaca@tin.it)

Maria Antonietta Pellegrini [anton29@libero.it](mailto:anton29@libero.it)

**G.I.D.I.:** Illidio Meloncelli

[illidio.meloncelli@tin.it](mailto:illidio.meloncelli@tin.it)

**D.A.I.** Carlo Giorda [giordaca@tin.it](mailto:giordaca@tin.it)

**DIABETE IN ... FORMA** Vito Borzi, Maurizio Di Mauro

Vito Borzi [vitorborzi@interfree.it](mailto:vitorborzi@interfree.it)

Maurizio Di Mauro [mdimauro@unict.it](mailto:mdimauro@unict.it)

## ATTIVITÀ AMD

### Partecipazioni AMD a Congressi di altre Società.

*Sessione congiunta AMD - SID nel Congresso di Verona (25 maggio 2002).*

Il tema concordato è "Prevenzione del diabete tipo 1 e tipo 2". La sessione è accreditata ai fini ECM. Sono previste la moderazione da parte di Marco Comaschi e due interventi per AMD di Domenico Cucinotta e Carlo Coscelli.

*Sessione congiunta AMD - ANMCO nel Congresso di Firenze (21 Maggio 2002)*

Titolo della seduta sarà "La cardiopatia ischemica nel Paziente Diabetico". I relatori AMD saranno Marco Comaschi e Carlo Giorda.

*Partecipazione AMD al Congresso OSDI (18 - 20 Aprile 2002 - Pesaro)*

AMD parteciperà all'incontro sul ruolo infermieristico nel team con Umberto Valentini e Luigi Gentile, con i loro collaboratori infermieri.

*Partecipazione di due membri del Direttivo AMD, oltre al Presidente, al Workshop IDF di Bruxelles (19 aprile 2002).*

AMD ha fornito i dati sulla giornata del diabete con la rassegna stampa. Al Workshop parteciperanno Marco Comaschi e Roberto Mingardi.

Oltre al Presidente, il secondo membro AMD per le relazioni con la IDF sarà a rotazione il Vice-Presidente, pertanto, per questo biennio, Giacomo Vespasiani.

*Incontro nazionale biennale AMD dedicato alle iniziative AMD (Scuola, VRQ, studi).*

A partire dal novembre 2002 si svolgerà un incontro biennale dedicato alle iniziative AMD, per dare ad esse il risalto che abitualmente non possono avere nei Congressi nazionali. La sede del primo incontro sarà Taormina, con organizzazione curata da Domenico Cucinotta.

### Adesione alla FISM

La FISM, per decisione ministeriale, è divenuta il garante della ECM ed editore ufficiale delle Linee Guida.

AMD aderisce alla FISM con proprie linee guida assistenziali e formative ed ha già fornito le linee guida IDF su tipo 1 e 2.

### Linee guida deontologiche per le attività scientifiche e culturali di AMD.

Il Consiglio AMD ha definitivamente approvato le linee guida deontologiche sulle attività

scientifiche e culturali nazionali e periferiche, preparate al fine di garantire la massima trasparenza e correttezza sostanziale.

### Consensus sull'autocontrollo glicemico.

Il Consiglio Direttivo Nazionale di AMD ha deliberato la costituzione di una Commissione per la stesura, congiuntamente con la SID, di un Consensus sull'autocontrollo glicemico, ai fini delle forniture ai pazienti da parte delle Regioni. Ne sono membri Giacomo Vespasiani, Nicoletta Musacchio e Stanislav Lostia. Il tempo limite per la presentazione del documento è fissato al 30 settembre 2002.

### Bozza di Linee Guida ministeriali per la codifica delle variabili cliniche presenti nella scheda di dimissione ospedaliera.

AMD è stata interpellata ed ha inviato una risposta alla fine di febbraio.

Il problema della compilazione della SDO è stato visto anche nella prospettiva dei livelli essenziali di assistenza e dei DRG per degenze inappropriate che devono essere gestite in Day Hospital. Si sono sottolineate la valenza epidemiologica della diagnosi di diabete e la necessità di produzione di DRG congrui e remunerativi.

# ATTIVITÀ DELLE SEZIONI REGIONALI

## SEZIONE PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

- 8-10/11/2001 *Torre Pollice*  
Corso: «Management del Paziente Diabetico "Lo Stress": proviamo a gestirlo». Patrocinio AMD. Organizzato da Luca Richiardi (formatore AMD), con la partecipazione di soci e consiglieri: Egle Ansaldo, Marco Comoglio, Luca Monge (formatore AMD e Cons. Nazionale).
- 23-24/11/2001 *Marentino*  
Congresso Regionale AMD (con caratteri di corso interattivo residenziale): "Il Diabete Mellito gestazionale e pre-gestazionale".
- 13-15/12/2001 *Torre Pellice*  
"Terapia cognitivo comportamentale dell'obesità" Formazione alla conduzione dell'uto aiuto guidato. Patrocinio AMD. Organizzato dal dott. Luca Richiardi, tra i docenti dott. G. Allochis (posdt president AMD regionale).
- Eventi in organizzazione*  
Triregionale AMD Piemonte, Lombardia e Valle d'Aosta  
"St. Vincent 12 anni dopo"  
Aosta 8 giugno 2002  
Obiettivi clinici di St. Vincent

## SEZIONE SICILIA

- "CORSO DI AGGIORNAMENTO IN DIABETOLOGIA PER OPERATORI SANITARI NON MEDICI".  
Acireale Hotel Orizzonte, 22-23 marzo 2002  
Target: infermieri, caposala, dei reparti di Medicina, Chirurgia, Diabetologia (totale 25 infermieri) in corso residenziale.  
Argomenti:  
IL PIEDE DIABETICO - RUOLO DELL'OPERATORE SANITARIO  
LA NEUROPATIA DIABETICA: RUOLO DELL'OPERATORE SANITARIO  
L'USO DEGLI INIETTORI PER INSULINA  
Relatori: Il Direttivo Regionale AMD-Sicilia  
Presentata richiesta per accreditamento ECM.
- "DIABETE ED ATTIVITÀ MOTORIA" in collaborazione con Università di Catania, CONI, Centro Sportivo Universitario (Catania).  
Aula Magna dell'Università, Catania  
27 aprile 2002  
Target: Presentazione di un "Centro Studi e Ricerche per l'Attività Motoria del Diabete" per l'avvio di un percorso di formazione e studio dell'attività nei soggetti diabetici.
- "1° CORSO DI FORMAZIONE SUL PIEDE DIABETICO"  
Marsala, Complesso Monumentale S. Pietro, 9-11 maggio 2002  
Target: 25 medici delle strutture diabetologiche con obiettivo di formazione sulle tematiche del piede diabetico nella prospettiva di creare un sistema integrato tra strutture territoriali e strutture ospedaliere per la gestione, a vari livelli, della patologia.  
Presidente del Corso: dott. Giacomo Angileri.
- Attività future*  
19-21 settembre 2002 - La Tonnara (Trapani)  
"ATTIVITÀ SPORTIVA E DIABETE" organizzato da AMD Sicilia e Centro Studi e ricerche per l'attività motoria nel Diabete

## SEZIONE CALABRIA E BASILICATA

### GRUPPI DI LAVORO

DISCIPLINE E DIABETE  
Coordinatore *Agostino Gnasso*  
DISCIPLINE ED IPERTENSIONE  
Coordinatore *Domenico Galasso*  
PIEDE DIABETICO  
Coordinatore *Giovanni Grossi*  
DIABETE E COMPLICANZE VASCOLARI  
Coordinatore *Giuseppe Armentano*  
DIABETE E CELIACHIA  
Coordinatore *Roberto Romano*  
DIEBETE E OBESITÀ  
Coordinatore *Maria Antonella Ferraro*

COMMISSIONI ASSOCIATIVE  
Commissione Protocollo AMD SID SIMG  
Resp. *Giovanni Perrone*  
Commissione AMD ADI  
Resp. *Giuseppe Pipicelli*

Commissione AMD OSDI  
Resp. *Giuseppe Pipicelli*

Inoltre il dott. Angelo Venezia di Matera è stato nominato referente per la Basilicata.

## SEZIONE CALABRIA E BASILICATA

- "L'ASSISTENZA AL PAZIENTE DIABETICO: DALLA GESTIONE INTEGRATA AL MANAGEMENT DELLA MALATTIA  
Milano Quark Hotel 16/5/2002 - Cremona Palazzo Trecchi 17/5/2002 - Como Palace Hotel 6/6/2002  
Target: sensibilizzare i Diabetologi lombardi sull'importanza della gestione integrata facendo conoscere e condividere le esperienze in corso nella nostra regione e porre le basi per realizzare una banca dati delle esperienze in corso. Per ciascun evento sono stati attribuiti dalla Commissione Nazionale per la formazione continua 5 Crediti formativi.

### SCHEDA DI ISCRIZIONE AMD

Al Presidente AMD \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dr./Prof. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

fax \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

chiede di essere ammesso quale Socio Ordinario all'Associazione Medici Diabetologi ONLUS.

Dichiara, sotto la propria responsabilità, di essersi laureato presso l'Università di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (anno \_\_\_\_\_), specializzato in \_\_\_\_\_

Diabetologia  sì  no, Endocrinologia ad indirizzo Diabetologia e Malattie del Ricambio  sì  no

Altro  sì  no (specificare: \_\_\_\_\_)

Presso l'Università di \_\_\_\_\_ (anno \_\_\_\_\_)

e di prestare attualmente attività presso la seguente struttura:

\_\_\_\_\_

(indirizzo \_\_\_\_\_)

tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_)

con le seguenti funzioni \_\_\_\_\_

per \_\_\_\_\_ ore settimanali.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Soci presentatori 1) \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

• Allegare alla presente domanda un curriculum vitae ( max. 1 pagina) con particolare riferimento alle

attività svolte in campo diabetologico.

• Inviare, anche via fax ( 06/7000499), a : **AMD ONLUS** - V.le Carlo Felice, 77 - 00185 Roma

\_\_\_\_\_

A norma di statuto le domande di ammissione verranno esaminate dal Consiglio Direttivo dell'AMD nella

prima riunione dopo il ricevimento della domanda.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_