



# SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA

BOLLETTINO DELLA SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA

BOLLETTINO ON LINE  
[www.smorrl.it](http://www.smorrl.it)

## SOMMARIO

### EDITORIALE

- 1** Novità e Prospettive  
 • di A. De Laurenzi

### ATTUALITA' SCIENTIFICA

- 3** Moderni orientamenti nella prevenzione e terapia del Cancro della mammella. Citodiagnostica precoce  
 • di R.P. Donnorso

- 7** La Malattia Diabetica: iter diagnostico  
 • di A. Pagano e A. Latini

### AGENDA DELLA SCUOLA

- 10** ECM: corsi proposti settembre-dicembre 2002
- 12** Elezione del nuovo consiglio direttivo: quadriennio 2002/06
- Proposte corsi biennali

**DAL 4 AL 15 NOVEMBRE SI TERRANNO LE ISCRIZIONI AI CORSI TRIMESTRALI E SEMESTRALI DI AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE PROFESSIONALE PER L'ANNO ACCADEMICO 2002/2003 PRESSO L'ORDINE DEI MEDICI DI ROMA VIA G. B. DE ROSSI, 9.**

## NOVITÀ E PROSPETTIVE

■ di Antonio De Laurenzi  
*Presidente della Scuola Medica Ospedaliera*

**N**egli ultimi dodici mesi due avvenimenti importanti hanno riguardato la Scuola Medica Ospedaliera di Roma e della Regione Lazio (SMORRL): il primo è il cambio dello statuto, votato dall'assemblea generale dei soci docenti, il 28 novembre 2001, alla fine del corso sullo "Sviluppo della Didattica Ospedaliera"; il secondo è l'elezione del nuovo consiglio direttivo, di cui questo numero del bollettino dà notizie circostanziate.

Il cambio dello statuto ha notevole importanza in quanto trasforma la Scuola da un ente a carattere regionale in un ente a carattere nazionale; in altri termini se prima si potevano svolgere solo corsi nell'ambito della regione Lazio, oggi si può, qualora ce ne sia la richiesta, insegnare in qualsiasi regione d'Italia, dalla Lombardia alla Sicilia. Non sarà certamente un compito facile, ma sarà possibile qualora se ne avessero l'intenzione e le capacità.

Il nuovo statuto ha inoltre aperto le iscrizioni ai corsi della Scuola non solo ai laureati in Medicina e Chirurgia e Odontoiatria, ma anche ai laureati in altre discipline attinenti alle attività sanitarie ed anche a coloro che sono in

possesso di lauree brevi dell'area medica.

Il secondo avvenimento importante è l'elezione del nuovo consiglio direttivo, avvenuto il 29 maggio 2002, mediante votazioni molto partecipate.

Il nuovo direttivo avrà la durata di quattro anni e i suoi compiti e responsabilità saranno certamente pesanti e gravi, in particolare perché dovrà partecipare allo svolgimento dei corsi di Educazione Medica Continua (ECM) istituiti il 22 novembre 2000 dal Ministero della Salute. Si tratta di un'ottima iniziativa che mira ad aggiornare annualmente i laureati in medicina e chirurgia nonché quasi tutte le categorie dei lavoratori, laureati e non, collegate all'attività medica.

I suddetti corsi dell'ECM devono essere proposti da enti organizzatori, detti provider, che sono stati in precedenza riconosciuti dal Ministero e devono essere approvati dallo stesso con l'assegnazione di un punteggio, i cosiddetti "crediti". La Scuola Medica Ospedaliera (SMO) è stata fra i primi enti organizzatori riconosciuti e ha subito proposto e attuato molti corsi, sia in fase sperimentale (anno 2001), sia in fase operativa o a regime (anno 2002).

È evidente che l'attività ECM si avvia a diventare l'attività d'insegnamento medico più importante e diffusa in quanto, per legge, tutti coloro che esercitano professioni sanitarie, e non solo i dipendenti da enti pubblici, dovranno partecipare ai corsi acquisendo i prescritti crediti.

Lo svolgimento dei corsi ECM presenta purtroppo per la Scuola qualche difficoltà, soprattutto per quanto riguarda i rapporti con le aziende ospedaliere e le ASL, ma ritengo che tutti i soci docenti collaboreranno e si impegneranno per superarle. Il modo migliore comunque sarà quello di stipulare delle convenzioni con le Regioni o con le singole aziende ospedaliere e le ASL che, in tal modo, potranno avvalersi della decennale e per alcuni versi secolare esperienza d'insegnamento della Scuola ospedaliera.

Non si deve fra l'altro dimenticare

che la Scuola Medica Ospedaliera impone ai propri soci docenti di esercitare l'attività didattica in modo del tutto gratuito: i costi da sostenere pertanto si limiterebbero a quelli derivanti dall'acquisizione dei mezzi didattici e dal pagamento della quota richiesta, per ogni corso, dal Ministero della Salute, in base ai crediti assegnati.

Il problema della spesa è comunque ben conosciuto e viene ormai affrontato anche dalle regioni. Nel caso del Lazio, è stato costituito un ente che ha lo scopo di affrontare e risolvere i vari problemi posti dall'Educazione Medica Continua. Il suo primo compito sarà quello di proporre i provider idonei a svolgere corsi ECM e convenzionarli, naturalmente fornendoli dei mezzi didattici e dei finanziamenti necessari. La SMO dovrà impegnarsi a fondo per rientrare fra questi enti, anche perché la sua attività

d'insegnamento e l'obbligatorietà che i suoi soci docenti siano solo medici ospedalieri la indicano come la struttura più vicina agli ospedali presso i quali ha costantemente e da sempre svolto didattica.

Per finire è necessario ricordare che la SMO non si limiterà ad insegnare nell'ambito dell'ECM, ma intende continuare a svolgere le sue funzioni anche attraverso i corsi semestrali e biennali, garantendo comunque l'esercizio della didattica ai propri soci.

Si tratta, come è noto, di una attività che viene esercitata da moltissimi anni, con un numero di iscritti sempre alto, variando per i semestrali da un minimo di 1174 ad un massimo di 4657 per anno e, per i biennali, da un minimo di 83 ad un massimo di 135 iscritti.

Questi dati indicano il bisogno sentito da molti di frequentare corsi che mettano i partecipanti a contatto diretto con i malati e con tutti i mezzi moderni d'indagine: dal microscopio all'elettrocardiografo, dall'ecografo ai vari apparecchi di laboratorio e radiologici.

I corsi della Scuola Medica Ospedaliera non sono mai venuti meno a questi compiti ed è pertanto opportuno che si continui in questa attività che è apprezzata e molto richiesta. I suddetti corsi biennali e semestrali non permettono di acquisire crediti, ma forniscono esperienze che non si possono certamente ottenere da congressi, simposi, tavole rotonde, anche se molto utili e certamente non trascurabili. ■



■ *Santo Spirito (Roma): sede della S.M.O.*

# MODERNI ORIENTAMENTI NELLA PREVENZIONE E TERAPIA DEL CANCRO DELLA MAMMELLA

## Citodiagnostica precoce

■ di **Raffaele Perrone Donnorso**

*Primario Anatomo Patologo, Servizio di Anatomia, Istologia Patologica e Citodiagnostica - Istituto Nazionale Tumori Regina Elena.*

Il processo di ottimizzazione nella diagnosi e cura in Senologia passa, al giorno d'oggi, inevitabilmente attraverso un'efficace informazione sanitaria ed una buona relazione e comunicazione terapeutica. È ormai evidente che nella fase di prevenzione ed educazione sanitaria i processi informativi si stanno rinnovando. Sia ai soggetti impegnati direttamente sul territorio (medici di famiglia, epidemiologi) che agli operatori sanitari è richiesta una formazione professionale e personale che permetta loro di sopportare il carico emotivo ed assistenziale a loro richiesto dal ruolo e dalle persone malate. Coloro che si occupano della "Scienza senologica" ritengono che per mettere in atto buone strategie operative bisogna tener conto della persona nella sua

globalità, ottimizzando gli aspetti di comunicazione e relazione e di prevenzione degli esiti emozionali e fisici.

Il risultato di tutto questo movimento è che oggi si sta riducendo il numero di donne che arrivano tardi alla visita diagnostica, per cattiva organizzazione sanitaria o per rimozione del problema al momento della scoperta di un nodulo sospetto, e sta diminuendo il numero delle donne asintomatiche e patofobe che in seguito ad esorbitanti informazioni sanitarie fanno ricorso eccessivo al medico ed agli esami diagnostici.

Una pietra miliare tra gli esami diagnostici è l'esame citologico sia per apposizione che mediante agoaspirato.

### ESAME CITOLOGICO

#### Viene eseguito su:

- **Secrezione dal capezzolo**
- **Contenuto di cisti**
- **Materiale da apposizione/abrasione di lesioni erosive del capezzolo**
- **Agoaspirato di tumefazioni solide palpabili (CP - citologia percutanea)**

L'esame citologico può essere eseguito su materiali biologici diversi ed essi possono essere campionati o semplicemente mediante apposizione o mediante prelievo con ago sottile.

Le indicazioni cliniche ai vari tipi di prelievo sono quindi di seguito indicate.

### INDICAZIONI AL PRELIEVO

- **Secrezione capezzolo: presenza di secrezione ematica o sieroematica**
- **Contenuto di cisti: presenza di liquido ematico o sieroematico**
- **Lesioni erosive del capezzolo (Paget)**
- **Tumefazioni solide**

L'esame della secrezione è indicato quando la secrezione stessa sia l'unico segno clinico, soprattutto se si presenta di colorito ematico o sieromatico.

Presenza di malignità in ogni altro tipo di secrezione ed in assenza di altri reperti clinici è irrilevante.

L'esame del contenuto di una cisti è indicato in presenza di liquido ematico o sieroematico.

Anche in questo caso la prevalenza di cancro in presenza di altro contenuto è irrilevante.

Lesioni erosive del capezzolo vanno campionate ed esaminate ogni qualvolta si ponga il minimo sospetto di malattia di Paget.

Per le tumefazioni solide, l'esame è indicato in presenza di qualsiasi tumefazione la cui diagnosi non sia di sicura benignità.

### TECNICA E METODOLOGIA CP

#### Strumentario consigliato:

- **Aghi monouso, 20 - 27 Gauge**
- **Siringa monouso 20 ml.**
- **Impugnatura CAMECO**
- **Disinfettante per cute**
- **Vetrini molati, portavetrini e fissativi concordati con il Patologo**

La metodologia e la strumentazione consigliate per una buona riuscita dell'esame citologico, in particolare di un esame mediante ago aspirato, sono elencate nella diapositiva. Una volta innestata la siringa

nell'impugnatura, con una mano si fissa la lesione, con l'altra si esegue il prelievo: l'aspirazione deve cominciare quando l'ago è stato posizionato nella lesione, e va mantenuta eseguendo piccoli movimenti di va e vieni multidirezionali ed interrotta dolcemente prima di estrarre l'ago. Il materiale prelevato viene quindi recuperato dall'ago strisciandolo su vetrino e fissato in etanolo a 95°, ma possono essere anche utilizzati altri fissativi in accordo con il patologo che eseguirà la valutazione diagnostica, soprattutto se devono essere utilizzate metodiche immunocitochimiche.

### INDICAZIONI AL PRELIEVO CON AGO E SCELTA DELLA METODOLOGIA

- ➔ **Lesioni palpabili**
- ➔ **Lesioni non palpabili**

Le indicazioni al prelievo ed il tipo di prelievo è da valutare di volta in volta in base al dato clinico. Anche se il prelievo con ago permette di risolvere quasi sempre il problema diagnostico della lesione palpabile, è preferibile, salvo casi particolari, ricorrere al prelievo non come completamento del solo esame clinico ma dopo valutazione del quadro mammografico (o almeno ecografico) in modo che esso sia eseguito solo se necessario, al momento giusto ed al punto giusto.

### LESIONI NON PALPABILI

- ➔ **Guida ecografica**
- ➔ **Guida radiostereotassica**

Per le lesioni non palpabili il prelievo deve essere eseguito sotto guida ecografica o radiostereotassica. In tutti i casi in cui la lesione, anche se scoperta dalla mammografia, è apprezzabile con ecografia mirata e si è certi che l'immagine ecografica corrisponda a quella mammografica, la guida ecografica

è preferibile a quella radiologica. In effetti il prelievo ecoguidato è più semplice, più rapido, più gradito alla paziente e meno costoso.

### LESIONI NON PALPABILI

- ➔ Iter diagnostico rigoroso
- ➔ Esecuzione prelievo giustificata
- ➔ Scelta metodologica (CP/BP) razionale

Il riscontro sempre più frequente di lesioni non palpabili e le piccole dimensioni delle stesse impongono che l'iter diagnostico sia applicato in modo rigoroso, che l'esecuzione del prelievo sia veramente giustificata, che la scelta metodologica, **citologia percutanea versus biopsia percutanea**, sia razionale.

In effetti l'iter metodologico dovrebbe essere: riscontrata con mammografia una lesione di dubbia natura, il radiologo deve mettere in atto indagini di secondo livello (ingrandimento mammografico diretto, studio con ecografia, eventuali elaborazioni digitali) per cercare di definire la lesione come probabilmente benigna, incerta o molto sospetta. La decisione relativa ad eseguire il prelievo con ago e la scelta della metodica devono basarsi sulle considerazioni che seguono.

Il ricorso al prelievo con ago deve ritenersi necessario se il reperto atteso può modificare il successivo iter terapeutico (ad esempio follow up od exeresi). Può comunque essere indicato, anche in presenza di quadri mammografici chiaramente sospetti o positivi, per arrivare ad una diagnosi preoperatoria ed in informare correttamente la paziente circa la possibilità di evitare l'intervento in due tempi (biopsia diagnostica e successivamente intervento radicale).

Conviene comunque sempre tener presente che, dovendo e potendo scegliere, sarà sempre preferibile ricorrere alla metodica meno invasiva nei casi in cui i risultati siano sovrapponibili e nei casi in cui le informazioni particolari ottenibili con la tecnica più invasiva (es. diagnosi di istotipo, infiltrazione dello stroma) non siano indispensabili o potranno comunque essere ottenute nel prosieguo dell'iter terapeutico senza pregiudicare lo stesso.

### AMBULATORIO PATOLOGIA MAMMARIA ISTITUTO REGINA ELENA

#### 10 anni di attività diagnostica:

- Nell'ambito della diagnostica precoce si inserisce a pieno titolo l'attività decennale svolta dal nostro Ambulatorio di Patologia Mammaria.

### AMB. PATOLOGIA MAMMARIA ISTITUTO REGINA ELENA

#### Attività diagnostica precoce:

- 11.095 Esami Citologici
- 978 Carcinomi reclutati

Il numero degli esami citologici effettuati ed il reclutamento di patologia maligna per l'intervento chirurgico, ci permette di essere un punto di riferimento in ambito nazionale per la diagnostica senologica. Tralasciando i dati riferiti ai noduli palpabili, non essendo l'argomento da inserire in una diagnostica precoce, mi limiterò a presentare i dati in nostro possesso relativi a diagnostica precoce effettuata sui soli noduli non palpabili.

### AMB. PATOLOGIA MAMMARIA ISTITUTO REGINA ELENA

#### Attività diagnostica precoce:

- **Lesioni non palpabili: approccio diagnostico mediante guida ecografica**

La logistica e le strumentazioni in possesso del nostro Ambulatorio ci hanno permesso di allestire, con successo, una ottima sezione di esami citologici mediante agoaspirato sotto guida ecografica; in questa sezione l'anatomopatologo ed il radiologo effettuano il prelievo operando in collaborazione. Questo allo scopo di ridurre al minimo i campionamenti non adeguati.



## AMB. PATOLOGIA MAMMARIA ISTITUTO REGINA ELENA

- 99 FNAB di noduli ecograficamente "dubbi": correlazione cito-istologica

Siamo riusciti, dopo lunga e faticosa ricerca (mancanza di correlazione citoistologica in quanto molte pazienti venivano operate in altra sede o non si operavano affatto), ad ottenere dati convincenti di valutazione, con comparazione cito-istologica di 99 casi di agoaspirati di noduli non palpabili eseguiti sotto controllo ecografico. Questo allo scopo di effettuare un controllo di qualità sull'attività della sezione di prelievi ecoguidati.

## AMB. PATOLOGIA MAMMARIA ISTITUTO REGINA ELENA

- |                                     |                    |
|-------------------------------------|--------------------|
| • Esame Istologico                  | • Esame Citologico |
| • 26 noduli istologicamente maligni | • 2 falsi negativi |
|                                     | • 1 inadeguato     |

La tabella mostra come su 26 noduli istologicamente valutati come maligni la diagnosi citologica era stata conclusiva su 23, in un solo prelievo il materiale era stato ritenuto inadeguato e su due prelievi era stata posta diagnosi di benignità.

Di questi ultimi due uno si riferiva ad un carcinoma tubulare ed il secondo ad un carcinoma lobulare.

## AMB. PATOLOGIA MAMMARIA ISTITUTO REGINA ELENA

- |                                     |                    |
|-------------------------------------|--------------------|
| • Esame Istologico                  | • Esame Citologico |
| • 73 noduli istologicamente benigni | • 1 falso positivo |
|                                     | • 2 inadeguato     |

La tabella mostra come nelle 73 diagnosi istologiche di benignità, l'esame citologico sia stato dirimente in 70 casi. In un caso si è avuta una falsa positività, riferita ad una iperplasia epiteliale duttale, e due campionamenti sono stati giudicati non rappresentativi. Tutto ciò ha permesso di stilare una tabella riassuntiva sulla affidabilità diagnostica della metodica.

## AMB. PATOLOGIA MAMMARIA ISTITUTO REGINA ELENA

- |                                |     |
|--------------------------------|-----|
| • Sensibilità                  | 84% |
| • Specificità                  | 93% |
| • Valore predittivo positività | 94% |
| • Valore predittivo negatività | 95% |
| • Accuratezza diagnostica      | 90% |

I dati riassuntivi dimostrano quanto la metodica sia affidabile e come i parametri in esame non si discostino dai dati riportati in letteratura. Pertanto l'esame citologico mediante agoaspirato sotto guida ecografica risulta a tutti gli effetti un presidio fondamentale per la diagnostica precoce nelle lesioni non palpabili della mammella. Di recente nel nostro ambulatorio è stata attivata una nuova sezione di diagnostica.

## AMB. PATOLOGIA MAMMARIA ISTITUTO REGINA ELENA

- Biopsia percutanea radiostereotassica mediante MAMMOTONE

Questa metodica permette, utilizzando simultaneamente l'aspirazione di tessuto e la resezione chirurgica, di ottenere frammenti di tessuto del tipo "a carota" estremamente rappresentativi della zona campionata. Il target ottimale di questo tipo di indagine è il campionamento delle microcalcificazioni sospette riscontrate all'esame mammografico.

Vorrei concludere questa breve esposizione con una informazione sui possibili sviluppi della diagnostica precoce nelle lesioni della mammella. Un recente lavoro scientifico (*Short-Term Breast Cancer Prediction by Random Periareolar Fine-Needle Aspiration Cytology and the Gail Risk Model*) indica quale sarà lo sviluppo di questa diagnostica nei prossimi anni. Gli autori, eseguendo agoaspirati "random" in mammelle di pazienti selezionate per categorie particolari, hanno valutato alcuni parametri biologici e biomolecolari che indicherebbero come anche il parenchima mammario morfologicamente normale sarebbe portatore di modificazioni biologiche che potrebbero indicare un possibile futuro sviluppo di neoplasia. Se questo sarà confermato da studi successivi, sarà possibile selezionare pazienti da seguire con follow-up mirato o addirittura attivare protocolli di chemioprevenzione mirati. ■

# LA MALATTIA DIABETICA: ITER DIAGNOSTICO

■ di Adalberto Pagano e Angelo Latini

*Dipartimento di Scienze Mediche - Struttura Complessa di Medicina Interna  
Ospedale Regina Apostolorum - Albano Laziale.*

Nel 1998 l'American Diabetes Association (ADA) e nel 1999 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) hanno adottato una nuova classificazione (Tab.1) del Diabete mellito (DM) e raccomandato nuovi criteri diagnostici (Tab.2). L'innovazione, risultato del lavoro di comitati di esperti tra il 1996 e '98, è stata motivata da due esigenze fondamentali:

- 1) inquadrare la malattia diabetica dal punto di vista etiologico;
- 2) porre la diagnosi il più precocemente possibile al fine di prevenire o ritardare le complicanze.

Le principali novità sono rappresentate da:

1. abolizione della precedente terminologia di diabete mellito insulino-dipendente (IDDM) e di diabete mellito non insulino-dipendente (NIDDM) per definire, rispettivamente, il DM tipo 1 e tipo 2, evitando quindi l'errore metodologico derivante dall'inquadrare la malattia in base al tipo di trattamento farmacologico usato per correggere l'iperglicemia.
2. Riduzione, da 140 a 126 mg/dl, del "cut-off point" per porre diagnosi di DM, secondo il parametro della glicemia a digiuno (FG). Tale riduzione della soglia glicemica trova motivazione in osservazioni epidemiologiche che hanno

evidenziato un incremento delle complicanze croniche (in particolare la retinopatia diabetica) in soggetti con glicemia tra 120 e 130 mg/dl. Inoltre, statisticamente, il valore di 126 mg/dl è quello più corrispondente al valore alla 2h-OGTT di 200 mg/dl (soglia di rischio per diabete e per manifestazioni cliniche aterosclerotiche).

3. Introduzione di una nuova categoria diagnostica, tra normalità e DM: l'alterata glicemia a digiuno (FG), di cui fanno parte quei soggetti con glicemia plasmatica a digiuno tra 110 e 125 mg/dl (Tab.2). Viene confermata la precedente categoria di Ridotta Tolleranza glicidica (IGT), con valori di glicemia plasmatica a 2 h dopo carico orale di glucosio (OGTT) tra 140 e 199 mg/dl.

Le decisioni dell'ADA hanno sollevato commenti e discussioni da parte degli Stati Europei che hanno criticato l'eccessiva attenzione degli Americani sul parametro della glicemia a digiuno, a discapito del carico orale di glucosio (OGTT). L'OGTT conserva la sua rilevanza diagnostica soprattutto nei soggetti a rischio di malattia diabetica (Tab.3). La sua mancata esecuzione farebbe infatti perdere un numero notevole di soggetti diabetici la cui glicemia a digiuno è inferiore alla soglia diagnostica. Le critiche europee sono

state recepite dall'OMS, che ne ha tenuto conto nella propria stesura, elaborata nel 1999, dei nuovi criteri diagnostici della malattia diabetica.

Al fine di un corretto inquadramento etiologico della malattia diabetica, oltre che i dati anamnestici (in particolare: età, familiarità per diabete, terapie farmacologiche in atto, sintomatologia), obiettivi (in particolare: peso corporeo, altezza, aspetto somatico, pressione arteriosa) ed i parametri glicemici (criteri di 1° livello), in condizioni di digiuno e/o 2 h dopo carico orale, occorre considerare:

- il dosaggio del Peptide C (CP), espressione della secrezione pancreatica di insulina (indagine di 2° livello);
- la ricerca degli autoanticorpi per valutare lo stato immunitario del soggetto (esami di 3° livello), in particolare: ICA (Islet Cell Antibody), GAD-Ab (Glutamic Acid Decarboxylase autoantibodies), IAA (Insulin AutoAntibody), IA<sub>2</sub> (Tyrosine-phosphatase autoantibody).

Tenendo presente i nuovi criteri classificativi e diagnostici, nella pratica clinica, qual è la procedura di accertamento che il medico dovrebbe seguire quando un Paziente iperglicemico o un soggetto con sospetto diabete si presentano in ambulatorio?

## 1. Soggetto con diabete mellito neodiagnosticato:

- a. se necessita di terapia insulinica per la sopravvivenza, trattasi verosimilmente di T1DM;
- b. se la terapia insulinica non è necessaria, occorre considerare i fattori età ed ereditarietà:
  - per età < 25 anni e familiarità positiva, trattasi verosimilmente di MODY (maturity-onset diabetes of the young);
  - per età > 25 anni, occorre valutare la secrezione insulinica:
    - se alta, trattasi di T2DM ipersecretores o insulino-resistente;
    - se normale o bassa, occorre valutare l'autoimmunità (analisi degli Ab):
      - se positivi, trattasi di NIRAD (Non Insulin Requiring Autoimmune Diabetes), da alcuni definito LADA (Latent

Autoimmune Diabetes in Adults)

- se negativi, e con CP basso, trattasi di T2DM iposecretores.

- inferiori a 3 anni se età < 45 anni;

- c. in presenza di IFG è bene eseguire, comunque, un OGTT, perché il soggetto potrebbe già essere diabetico.

## 2. Soggetto con diabete mellito sospetto o asintomatico non-diagnosticato:

- a. eseguire la glicemia a digiuno (FG) e valutare secondo i criteri diagnostici dell'OMS (Tab.2);
- b. se FG normale:
  - in presenza di fattori di rischio per diabete, occorre eseguire OGTT; la sua valutazione consentirà di distinguere soggetti normali, diabetici o con ridotta tolleranza glicidica (Tab.2);
  - in assenza di rischio per diabete si raccomanda follow up di FG ad intervalli
    - non inferiori a 3 anni se età > 45 anni

Tale metodologia di approccio clinico consente non solo una diagnosi etiologica della malattia diabetica con ricaduta positiva sulla terapia più idonea da adottare, ma una diagnosi precoce sia di diabete mellito sia di soggetto a rischio di diabete. La precocità della diagnosi e la prescrizione della terapia più idonea costituiscono cardini essenziali per realizzare un'azione clinico-assistenziale di prevenzione delle complicanze croniche della malattia diabetica che rappresentano causa di elevata morbilità e mortalità, con risvolti pesantemente negativi sulla persona ammalata e sulla sua famiglia, oltre a rilevanza socio-economica non indifferente. ■

**Tabella 1**  
**CLASSIFICAZIONE DEL DIABETE MELLITO**

• <b>DIABETE DI TIPO 1</b>	Autoimmune Idiopatico
• <b>DIABETE DI TIPO 2</b>	a prevalente Insulino-Resistenza a prevalente Difetto secretorio insulinico
• <b>ALTRI TIPI SPECIFICI</b>	Difetti genetici della funzione beta-cellulare Difetti genetici dell'azione insulinica Endocrinopatie Patologie del pancreas esogeno Indotto da farmaci o agenti tossici Forme rare di diabete immuno-mediato Altre sindromi genetiche associate a diabete
• <b>DIABETE GESTAZIONALE</b>	



**Tabella 2**  
**DIABETE MELLITO E ALTRE CATEGORIE**  
**DI ALTERATA REGOLAZIONE GLICEMICA**

**CRITERI DIAGNOSTICI**

*Glicemia plasmatica in mg/dl*

<b>DIABETE MELLITO (DM)</b>	- random: $\geq 200$	+ sintomi di diabete (poliuria, polidipsia, calo ponderale) oppure
	- a digiuno: $\geq 126$	
	- 2 h OGTT: $\geq 200$	
<b>RIDOTTA TOLLERANZA GLICIDICA (IGT)</b>	- a digiuno: $< 126$	(se misurata) e
	- 2 h OGTT: 140-199	
<b>ALTERATA GLICEMIA A DIGIUNO (IFG)</b>	- a digiuno: 110-125	
	- 2 h OGTT: $< 140$	(se misurata)
<b>NORMALITÀ</b>	- a digiuno: $< 110$	
	- 2 h OGTT: $< 140$	

**Tabella 3**  
**SOGGETTI A RISCHIO DI DIABETE**

• Parenti di 1° grado di diabetici	Ipertensione arteriosa: PA $\geq 140/90$ mmHg
• Pregresso diabete gestazionale o Parto di figlio con peso $> 4$ Kg	Dislipidemia: HDL-C $\leq 35$ e/o trigliceridemia $\geq 250$ mg/dl
• Sovrappeso e obesità (BMI $> 25$ )	Gruppi etnici ad alto rischio: neri, ispanici, americani nativi
• IFG e/o IGT	

**BIBLIOGRAFIA**



Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of the Diabetes Mellitus. Diabetes Care 1997; 20:1183-1197.

World Health Organization: Definition, Diagnosis and Classification of the Diabetes Mellitus and its complications. Report of a WHO Consultation. Part 1: Diagnosis and Classification of the Diabetes Mellitus. WHO, Ginevra 1999.

S. TAYLOR: Current Review of Diabetes. Current Medicine, 2001.

## EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA CORSI PROPOSTI PER SETTEMBRE - DICEMBRE 2002

La Scuola Medica Ospedaliera ha aperto le iscrizioni ai corsi E.C.M. che si svolgeranno entro dicembre 2002, proposti al Ministero della Salute per l'assegnazione dei crediti formativi.

### Ai fini delle iscrizioni si dovrà:

- presentare domanda redatta su apposito modello, disponibile presso la Segreteria o scaricabile dalla pagina "modulistica" del sito web [www.smorrl.it](http://www.smorrl.it) presso il quale sono inoltre disponibili tutte le informazioni;

- consegnare la ricevuta del versamento a titolo di contributo per il corso scelto, eseguito su modulo di c.c. postale n. 82947003, intestato alla Scuola Medica Ospedaliera;
- esibire la tessera di iscrizione all'Ordine professionale o consegnare fotocopia del certificato di laurea.

La frequenza ai corsi E.C.M. è obbligatoria. La Scuola si riserva in base al numero degli iscritti di decidere in merito all'attivazione del corso, nonché su eventuali variazioni di programma.

CORSO	OSPEDALE	ORE	QUOTA ISCR.	DURATA	CREDITI
<b>CHIRURGIA ORALE IN PAZIENTI A RISCHIO</b> (Resp. Condorelli)	POLO ODONTOIATRICO ASL RM D	45	258,23	16/09/2002 22/11/2002	50 Odo. 50 Med.
<b>SENOLOGIA ONCOLOGICA: DIAGNOSI E TERAPIA</b> (Resp. Caramanica, Contreas)	POLICLINICO MILITARE CELIO	32	206,58	01/10/2002 29/10/2002	30 Med.
<b>CHIRURGIA ORALE</b> (Resp. Magistri)	CIVILE DI MARINO	50	258,23	05/10/2002 14/12/2002	39 Med.
<b>CORSO TEORICO CLINICO DI MEDICINA PSICOSOMATICA</b> (Resp. Bernini)	SAN GIOVANNI	36	258,23	11/10/2002 07/12/2002	33 Med. 37 Psi.
<b>ECOGRAFIA OSTETRICA-GINECOLOGICA E MAMMARIA</b> (Resp. Viceré)	POLICLINICO MILITARE CELIO	32	206,58	15/10/2002 12/11/2002	28 Med.
<b>CHIRURGIA ESTETICA MAXILLO-FACCIALE</b> (Resp. Orsini)	CLINICA VILLA BETANIA	30	310,00	18/10/2002 14/12/2002	33 Med.
<b>LINFONODO SENTINELLA E CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA ONCOLOGICA</b> (Resp. Bucher, Tedesco, Cristiani)	S. GALLICANO	35	210,00	21/10/2002 11/11/2002	*
<b>AGGIORNAMENTO IN CARDIOLOGIA GERIATRICA</b> (Resp. Pulignano, Giovannini, Del Sindaco)	SAN CAMILLO	18	206,58	23/10/2002 16/12/2002	*
<b>MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE ENDOCRANICA</b> (Resp. Oppido)	SAN GALLICANO	21	210,00	23/10/2002 11/12/2002	*
<b>DIAGNOSTICA MEDICA E TERAPIA DELLE MALATTIE INFIAMMATORIE E VASCOLARI DELL'OCCHIO</b> (Resp. Iannone, De Angelis)	OFTALMICO	20	206,58	24/10/2002 12/12/2002	20 Med.
<b>ELETTROCARDIOGRAFIA PRATICA</b> (Resp. Battistoni)	FORLANINI	30	260,00	24/10/2002 16/11/2002	28 Med.

CORSO	OSPEDALE	ORE	QUOTA ISCR.	DURATA	CREDITI
EMERGENZE INTERNISTICHE (RCP E PROTOCOLLI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI) (Resp. Ciammaichella)	SAN GIOVANNI	30	206,58	25/10/2002 29/11/2002	28 Med.
CRITICITÀ NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE DIABETICO (Resp. Cantagallo, Leotta)	S. SPIRITO	15	100,00	28/10/2002 29/10/2002	11 Med.
LE SINDROMI CORONARICHE ACUTE (Resp. Mancone)	CIVILE DI CASSINO	20	206,58	28/10/2002 20/12/2002	*
CHIRURGIA OCULARE VITREORETINICA (Resp. Maucione)	S. CARLO DI NANCY	50	206,58	29/10/2002 17/12/2002	49 Med.
CHIRURGIA D'URGENZA (Resp. Calvelli, Petrucci)	S. EUGENIO	38	206,58	31/10/2002 19/12/2002	40 Med.
AGGIORNAMENTI IN GENETICA MEDICA E CONSULENZA GENETICA (Resp. Pergola)	ASL RM E	22	206,58	04/11/2002 22/11/2002	*
CHIRURGIA ODONTOSTOMATOLOGICA (Resp. Motta, Di Dio)	FATEBENEFRATELLI	50	361,52	04/11/2002 09/12/2002	48 Med.
ECONOMIA E MANAGEMENT SANITARIO: LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE (Resp. Piacevoli)	S. SPIRITO	42	516,46	04/11/2002 11/12/2002	*
FATTORI TERAPEUTICI E ANTI-TERAPEUTICI NEL LAVORO DI COMUNITÀ (Resp. Polisenno)	ASL RM E	27	206,58	04/11/2002 16/12/2002	*
MEDICINA NELLA COMPLEMENTARIETÀ (Resp. Di Lascio)	SAN CAMILLO	40	206,58	09/11/2002 07/12/2002	*
QUALITÀ IN SANITÀ: SIGNIFICATO, LOGICHE E STRUMENTI (Resp. Franco)	ASL RM E/ S. SPIRITO	30	206,58	05/11/2002 21/11/2002	*
PARADONTOLOGIA: TECNICHE CLASSICHE E RIGENERATIVE (Resp. Capitani)	ASL RM B	32	258,23	08/11/2002 20/12/2002	27 Odo.
DIAGNOSTICA PER IMM. IN OCULISTICA: ANGIOGR., FLUOR. ED AL VERDE DI INDOCIANINA, TOM. OTTICA, ECOG. (Resp. Lumbroso, Pascarella)	OFTALMICO	30	206,58	08/11/2002 29/11/2002	31 Med.
TECNICHE DI IMAGING IN SENOLOGIA (Resp. Valenti)	OFTALMICO	30	206,58	11/11/2002 16/11/2002	28 Med.
LINEE GUIDA IN NUTRIZIONE ARTIF. A DOMICILIO ED IN OSPEDALE (Resp. Giorgetti)	CTO S. EUGENIO	30	206,58	20/11/2002 18/12/2002	35 Med.
ASMA BRONCHIALE: PERCORSI DIAGN.-CLINICO TERAPEUTICI (Resp. Dainotto)	ASL RM E	5	154,94	22/11/2002 22/11/2002	*
L'APPROCCIO DI BASE ALLE EMERGENZE (Resp. Zulli)	S. FILIPPO NERI	32	206,58	11/12/2002 19/12/2002	*
I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (Resp. D'eclesia)	S. PERTINI	18	206,58	13/12/2002 21/12/2002	*
ECONOMIA E MANAGEMENT SANITARIO: NEW TRENDS (Resp. Piacevoli)	S. SPIRITO	21	150,00	18/12/2002 19/12/2002	*

\* Corso registrato presso il Ministero ed in attesa di crediti.

## ELEZIONE DEL NUOVO CONSIGLIO DIRETTIVO QUADRIENNIO 2002 ~ 2006

Il giorno 29 maggio 2002 è stata convocata l'assemblea ordinaria dei soci per il rinnovo del consiglio direttivo della S.M.O. per il quadriennio 2002/2006.

### PROPOSTE CORSI BIENNALI

ANNI ACCADEMICI  
2002-03/2003-04



- **BRONCOLOGIA ED ENDOSCOPIA TORACICA**  
Dir.: Dott. Giovanni Galluccio  
Ospedale C. Forlanini.
- **ENDOCRINOLOGIA**  
Dir.: Dott. Enrico Papini  
Osp. Regina Apostolorum di Albano, S. Camillo, S. Spirito.
- **PSICOTERAPIA E COMUNICAZIONE**  
Dir.: Dott. Claudio Cundari  
Ospedale Civile di Frascati.
- **SESSUOLOGIA CLINICA**  
Dir.: Prof. Manlio Giacanelli e  
Dott. Ferdinando Valentini  
Ospedale S. Camillo.
- **PSICOPATOLOGIA E PSICODIAGNOSTICA**  
Dir.: Dott. Andrea Balbi e  
Dott. Piero Pettrini  
Ospedale C. Forlanini.
- **TERAPIA ANTALGICA**  
Dir.: Prof. Mario Di Lazzaro  
Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata.

### SONO RISULTATI ELETTI:

#### DIRIGENTI DI STRUTTURA COMPLESSA

Prof. DE LAURENZI ANTONIO  
Prof. GIOVANNINI EZIO  
Dott. MORETTI MANLIO  
Prof. PERSICO LUCIANO  
Dott. PIACEVOLI QUIRINO  
Prof. PICARDI ROBERTO  
Prof. SBIROLI CARLO

#### DIRIGENTI DI STRUTTURA SEMPLICE

Dott. CADEMARTORI STEFANO  
Dott. CARDILLO LUIGI  
D.ssa CENTRA M. ANTONIETTA  
Dott. DE SIMONE GIORGIO  
Dott. MAROVELLO ELVIO  
Dott. PAVONCELLO SETTIMIO

#### SONO MEMBRI DI DIRITTO

Prof. BENEDETTELLI LELIO

Dott. CONDÒ FRANCO  
D.ssa IADAROLA G. MARIA  
Prof. LUMINARI MARINO  
D.ssa PELLEGRINI TERESA  
Prof. PERRONE ALESSANDRO  
Prof. VISCO GIUSEPPE

Il consiglio direttivo neo eletto, riunito in data 27 giugno 2002, ha proceduto all'elezione delle seguenti cariche sociali:

#### Presidente:

Prof. DE LAURENZI ANTONIO

#### Vice Presidenti:

Prof. PICARDI ROBERTO  
Dott. DE SIMONE GIORGIO

#### Tesoriere:

Dott. GIOVANNINI EZIO

#### Membro del Comitato Esecutivo:

Dott. CARDILLO LUIGI

#### Segretario:

D.ssa COLLETTA PAOLA ■

### SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA (SMO)

Segreteria: B.go S. Spirito, 3 - 00193 Roma Tel. 06/68802626/68352411 Fax 06/68806712

#### CONSIGLIO DIRETTIVO

- **Presidente:** A. De Laurenzi
- **Vice-Presidenti:** R. Picardi, G. De Simone
- **Tesoriere:** E. Giovannini
- **Consiglieri Elettivi:** S. Cademartori, L. Cardillo, M. A. Centra, E. Marovello, M. Moretti, S. Pavoncello, L. Persico, Q. Piacevoli, C. Sbiroli
- **Consiglieri di Diritto:** L. Benedettelli, F. Condò, G. M. Iadarola, M. Luminari, T. Pellegrini, A. Perrone, G. Visco
- **Revisori dei Conti:** P. Colombo, G. Vassallo, F. De Santis
- **Consulente Amministrativo:** S. Rijli

#### BOLLETTINO DELLA SMO

Autorizzazione Tribunale di Roma n.86/95 del 18/02/95

- **Direttore Responsabile:** A. De Laurenzi
- **Direttore Scientifico:** L. Persico
- **Comitato di redazione:** L. Cardillo, G. Di Pietroantonio, D. Manfellotto, S. Pavoncello, L. Persico, V. Rulli, G. Visco
- **Coordinamento redazionale:** P. Colletta
- **Grafica e impaginazione:** Edizioni Primus
- **Stampa:** Nuova Editrice Grafica S.n.c.