

SIDletter

In questo numero: Influenza e Diabete - Studio Tosca - Nuovi parametri per l'emoglobina glicata - Un riconoscimento speciale - Date e Appuntamenti

Newsletter bimestrale

Edizione n°2 - ottobre 2009

Diabete e A/H1N1

Il documento redatto di concerto tra SID, AMD e SIEDP fa il punto della situazione in vista dell'imminente esplosione pandemica. Nessun allarme ma un po' di prudenza in più per i pazienti diabetici: che devono vaccinarsi e controllare la glicemia

Pagina 1

Studio TOSCA

Abbiamo intervistato il Professor Aldo Galluzzo, del Policlinico Universitario di Palermo, per capire che cosa accade nei centri di reclutamento e studio in questa fase del progetto.

Pagina 2

Emoglobina glicata: nuovi parametri

È il marker più importante per il controllo glicemico. Ma la sua misurazione non è ancora standard. Tuttavia dal 2010 si inizierà a valutarne la concentrazione solo in mmol/l

Pagina 2

eGFR e rischio cardiovascolare

Ecco i primi risultati dello studio RIACE, inviati a noi dal Professor Giuseppe Pugliese, professore associato di diabetologia e endocrinologia presso l'Università di Roma

Pagina 2

Premio Minkowski



significa il premio Minkowski a Gianluca Perseghin

Pagina 3

Attività didattica

Ecco l'elenco completo degli appuntamenti, tra corsi di alta formazione e corsi di aggiornamento organizzati dalla Società Italiana di Diabetologia, sempre impegnata nella formazione dei colleghi

Pagina 4

I N P R I M O P I A N O

Diabete e A/H1N1

Ecco le raccomandazioni, concordate tra SID, AMD e SIEDP per una corretta gestione dell'emergenza pandemica anche tra i "nostri" pazienti, che potrebbero chiedere consigli pratici per gestire la malattia, in caso di contagio.

Informazioni generali:

Questa forma influenzale, in base alle informazioni attuali, non sarà né più diffusa né più grave rispetto a quelle del passato. Vi è un alto rischio di contagio tra persone, ma una bassa pericolosità (le complicanze e la mortalità stimata non sono superiori alle forme influenzali del passato). Come per l'influenza "normale", le persone con diabete non hanno più facilità ad ammalarsi, ma in caso di malattia devono seguire le regole raccomandate ai soggetti con diabete in corso di



Una immagine al microscopio elettronico del virus A/H1N1.

malattia febbrile, ovvero: contattare il medico, controllare più frequentemente la glicemia e, se necessario, aggiungere insulina o aumentarne il dosaggio, bere a sufficienza per evitare la disidratazione e prendere, al bisogno, farmaci per febbre, mal di testa, vomito.

Per ridurre il rischio di contagio:

coprire con un fazzoletto naso e bocca quando si starnutisce, lavare frequentemente le mani con acqua e sapone, soprattutto dopo aver tossito o starnutito o aver frequentato luoghi e mezzi di trasporto pubblici e infine

evitare di toccare occhi, naso, bocca con le mani non pulite

I sintomi:

febbre, tosse, dolori ai muscoli e alle articolazioni, mal di testa.

Che cosa fare:

rimanere a casa se ammalati e contattare il medico in caso di sintomi.

Che cosa non fare:

non utilizzare mascherine per la prevenzione e non assumere antibiotici, vitaminici o farmaci antivirali come preventivi. Non sospendere l'insulina in caso di inappetenza.

Vaccinazione:

come per le altre forme di influenza, la vaccinazione è consigliata e non interferisce con l'azione dei farmaci antidiabetici orali o dell'insulina. La normale vaccinazione anti-influenzale stagionale non offre protezione per l'influenza "suina" quindi si dovrà effettuare la vaccinazione specifica

Farmaci antivirali (Relenza e Tamiflu)

possono essere impiegati ma, come nelle persone senza diabete, hanno modesti benefici e non servono per evitare il contagio.

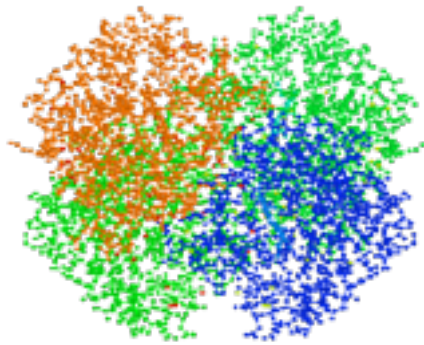
Studio TOSCA: una testimonianza dal "fronte"

Il progetto, ambizioso, dello studio TOSCA era ed è quello di arruolare 5000 pazienti per iniziare uno studio randomizzato sull'efficacia di aggiungere un secondo farmaco (pioglitazone o sulfonilurea) alla metformina, per ridurre gli eventi cardiovascolari nei pazienti diabetici non adeguatamente compensati. Tuttavia l'obiettivo dei 5000 pazienti sembra essere ancora piuttosto lontano dall'essere raggiunto. Ecco perché da Palermo, il Professor Aldo Galluzzo, Direttore dell'Unità di endocrinologia e malattie metaboliche presso il Policlinico Universitario di Palermo, uno dei centri pilota dello studio, lancia un appello a 360°: ai medici di medicina generale, ai comitati etici degli Ospedali e, in generale, a tutti i colleghi diabetologi, perché collaborino attivamente alla ricerca. E suggerisce anche di rivedere i parametri di arruolamento, forse un po' troppo restrittivi, almeno stando alla letteratura internazionale. *"Uno dei problemi, se così possiamo chiamarlo, è che i pazienti in genere sono ben compensati: si è diffusa una cultura di approccio al diabete, negli ultimi anni, per cui i pazienti sono ben seguiti già a livello di medicina generale. Questo è ovviamente un bene per i pazienti ma è paradossalmente un limite per la ricerca"*, spiega Galluzzo. E subito spiega il perché: *"Io mi trovo spesso a chiedere ai medici di collaborare con noi, inviandoci pazienti per aumentare il reclutamento, ma da questo punto di vista avverto la paura da parte degli stessi, se così si può dire, di perdere il paziente. Ovviamente ciò non è vero: si tratta solo di lavorare in cooperazione tra medici di medicina generale e diabetologi per portare avanti una ricerca che potrebbe avere ricadute molto positive sul lungo periodo"*. Ma Galluzzo ravvisa altri elementi importanti: *"I comitati etici degli Ospedali stentano a dare il consenso alla sperimentazione, benché noi non si stia testando alcun nuovo farmaco, anzi abbiamo dalla nostra la piena approvazione dell'AIFA, in questo senso, con la completa rimborsabilità da parte del SSN rispetto ai farmaci stessi"*. Una possibile soluzione potrebbe però giungere anche da una svolta nelle procedure di reclutamento: *"Abbassare l'età arruolabile da 45 a 40 anni e trattare pazienti con emoglobina glicata a 6,5, secondo gli standard statunitensi, sicuramente aumenterebbe la possibilità di arruolare più pazienti e quindi incrementare la base di studio"*. Attendiamo con piacere feedback da parte dei colleghi per valutare la questione insieme.



Nuovi parametri per l'Emoglobina glicata

Modello molecolare 3D dell'emoglobina



La misura dell'emoglobina glicata (HbA_{1c}) è da più di venti anni il "gold-standard" per la valutazione del controllo glicemico nei soggetti diabetici. Tale prassi è il risultato di diversi studi clinici eseguiti sui soggetti con diabete di tipo 1 e 2, i più famosi dei quali sono il DCCT e l'UKPDS, i quali hanno dimostrato che vi è una stretta correlazione tra il grado di controllo glicemico, valutato in base ad una serie di misure dell'HbA_{1c}, ed il rischio dello sviluppo e della progressione delle complicanze croniche del diabete. Perciò nei soggetti diabetici più vicini sono i valori della HbA_{1c} a quelli dei soggetti normali, minore il rischio di sviluppare le complicanze croniche del diabete. I risultati di questo esame sono sino ad ora riportati in percentuale: una HbA_{1c} tra 4% e 6% è caratteristica dei soggetti normali. Perché il dato dell'HbA_{1c} sia utilizzabile, è necessario che le misure siano standardizzate ed in quest'ottica le Società Internazionali di Chimica Clinica hanno attivato un processo di Standardizzazione della HbA_{1c} che si è appena concluso e che ha portato a definire con precisione come deve essere dosato questo parametro e come deve essere riferato. Tale processo di standardizzazione è stato recepito da tutte le principali aziende della diagnostica di laboratorio e dalle Società Nazionali di Biochimica Clinica (SIBioC e SIMel) e di diabetologia SID ed AMD. Come conseguenza della implementazione della standardizzazione anche nel nostro paese il dosaggio dell'HbA_{1c} sarà più preciso e dal punto di vista pratico a partire da gennaio 2010 i risultati di questo esame saranno espressi sia in % sia in mmol/l mentre a partire da gennaio 2012 i risultati di tale esame saranno espressi solo in mmol/l. La modifica della modalità di referto di tale esame imporrà una standardizzazione delle modalità di dosaggio e ciò, nelle intenzioni, dovrebbe fornire un miglior servizio al paziente, soprattutto in termini di cura. In questo contesto in Italia è stato formato un gruppo di lavoro, composto da delegati di tutte le principali Società Scientifiche ed Associazioni che si occupano di diabete che ha preparato un documento di consenso per l'implementazione della standardizzazione internazionale in Italia. Le raccomandazioni elaborate dal gruppo di lavoro verranno a breve pubblicate su tutte le riviste nazionali che si occupano di diabete.

Prevalenza e ruolo del eGFR sul rischio cardiovascolare

Ecco il sunto dello studio RIACE da parte del Professor Giuseppe Pugliese, Professore associato di Diabetologia e Endocrinologia presso l'Università di Roma.

La fase trasversale dello studio è terminata il 31 dicembre 2008 con l'arruolamento di 15.773 pazienti nel periodo 2006-2008. La fase longitudinale, con il follow-up intermedio a 3 anni è in corso di esecuzione. L'analisi dei dati trasversali ha consentito di:

- Determinare i livelli di diversi fattori di rischio cardiovascolare, inclusi HbA_{1c}, pressione arteriosa, lipidi e adiposità, e la percentuale di soggetti a target per ciascuno di essi in un'ampia popolazione di pazienti diabetici di tipo 2 afferenti a centri diabetologici italiani. I dati mostrano che una percentuale più elevata che in studi precedenti risulta aver raggiunto gli obiettivi stabiliti dalle correnti linee guida per quanto riguarda i suddetti fattori di rischio cardiovascolare.

- Calcolare la percentuale di pazienti per ciascun grado di eGFR e albuminuria, stadio di malattia renale cronica (CKD) e retinopatia, e presenza o assenza di malattia cardiovascolare e dei singoli eventi. I dati mostrano che non più del 25% dei pazienti ha micro/macroalbuminuria, retinopatia e malattia cardiovascolare (coronarica, cerebrovascolare e/o periferica), mentre circa il 70% mostra una riduzione dell'eGFR al di sotto di 90 ml/min/1.73 m² (stadio 2 di CKD), ma soltanto circa il 20% al di sotto di 60 ml/min/1.73 m² (stadi 3-5 di CKD). Comunque, mentre tra i pazienti con normale GFR, circa il 20% risulta microalbuminurico e solo il 2,5% macroalbuminurico, tra i soggetti normoalbuminurici, circa l'80% ha un eGFR compreso fra 60 e 89 ml/min/1.73 m², il 60% <60 ml/min/1.73 m² e il 30% <30 ml/min/1.73 m², a indicare che le 2 principali alterazioni, l'aumento dell'albuminuria e la riduzione dell'eGFR, sono spesso presenti isolate a definire 2 fenotipi diversi. Queste caratteristiche e l'ampiezza della popolazione in studio consentiranno di differenziare i fattori di rischio e progressione e le implicazioni prognostiche in termini di rischio cardiovascolare e outcome renale di ciascuna delle 2 alterazioni.

- Valutare la correlazione indipendente tra la malattia cardiovascolare e i diversi fattori di rischio cardiovascolare, incluse le alterazioni della funzione renale. I dati mostrano un'associazione indipendente con età, abitudine al fumo, durata del diabete, HbA_{1c}, trigliceridi, colesterolo totale e HDL, pressione arteriosa diastolica, albuminuria ed eGFR, ma non a BMI e pressione arteriosa sistolica.

- Identificare fattori di rischio cardiovascolare e fattori di rischio associati alla riduzione dell'eGFR e all'aumento dell'albuminuria. L'analisi è attualmente in corso.

Gianluca Perseghin ha vinto il premio Minkowski. Si tratta della prima volta per un italiano ed è quindi motivo di grande orgoglio non solo per il collega ma per tutti noi. Il successo è culminato con la lettura magistrale al recente congresso di Vienna, dal titolo: "Ectopic fat: the result of the interaction between insulin resistance and energy metabolism?".

Gianluca Perseghin, membro della Società Italiana di Diabetologia, professore Universitario presso l'Università Statale degli Studi di Milano e ricercatore presso l'Istituto Scientifico San Raffaele, non parla volentieri delle proprie emozioni. Soddisfazione, gioia, emozione, sono termini che non pronuncia facilmente o volentieri. Parla molto più facilmente delle sue ricerche e del senso del suo lavoro, senso che è valso l'assegnazione del premio Minkowski da parte

dell'EASD quale miglior giovane ricercatore a livello europeo. Ma vediamo più da vicino quali sono state le conclusioni a cui è giunto Perseghin e, quindi, che cosa ha condotto la commissione giudicante ad attribuirgli questo riconoscimento. Perseghin ha dimostrato che le calorie della dieta possono essere immagazzinate sotto forma di grassi non solo nel tessuto adiposo in quanto compito specifico di questo tessuto, ma anche nei tessuti più nobili, dove quest'accumulo può essere

dannoso: nei muscoli, nel fegato e nel cuore. Ciò avviene proprio a causa dell'eccesso di grassi e calorie tipico delle abitudini alimentari attuali, ma questa situazione mina la capacità che il muscolo ha di utilizzare gli zuccheri e altera, nel tempo, le funzioni di fegato e cuore. Inoltre, utilizzando metodiche non invasive di risonanza magnetica, ha osservato che questo accumulo di grasso ectopico può essere favorito anche da difetti del metabolismo energetico di questi tessuti

che non "bruciano" efficacemente i grassi causandone l'accumulo. La ricaduta pratica di queste ricerche, identificando i meccanismi di alterato metabolismo, è potenzialmente quella di identificare e sviluppare strumenti di intervento (oltre alla dieta e all'esercizio fisico) capaci di permettere una migliore gestione metabolica di questo eccesso calorico riducendo il rischio di malattie croniche quali il diabete stesso e le malattie cardiache.

Nella foto accanto, il collega Gianluca Perseghin. Perseghin è un "cervello di ritorno": dopo la sua militanza con l'équipe di Gerald Shulman, presso la prestigiosa Università di Yale, è tornato in Italia e svolge la sua attività di ricerca presso l'Istituto scientifico San Raffaele di Milano, dove ha avuto modo di proseguire gli studi iniziati oltreoceano. Il cuore della ricerca dello scienziato italiano parte dalla possibilità di utilizzare la risonanza magnetica nucleare per lo studio del metabolismo delle cellule muscolo scheletriche, cardiache ed epatiche. Si tratta di una novità che permette studi in vivo e non solo attraverso biopsie. Testata l'affidabilità dell'esame, si tratta ora di comprendere quale può essere il suo campo di applicazione. E infatti esiste già il progetto di osservare in questo modo l'azione di alcuni farmaci che dovrebbero andare a stimolare il metabolismo delle cellule suddette. Per il momento gli studi sono ancora in fase iniziale, ma esiste un grande interesse attorno all'azione di alcune proteine, le sirtuine, che potrebbero agire in questa direzione. Certo, l'approccio farmacologico non deve sostituire quello alimentare o restrittivo delle calorie, tuttavia uno strumento di questo genere, su pazienti poco complianti, potrebbe rappresentare un importante rimedio salvavita.





Società Italiana di Diabetologia

ATTIVITÀ DIDATTICA SID

Catania, Ospedale Garibaldi di Nesima - 20/21 novembre 2009

CORSO ALTA FORMAZIONE SID

“DIABETE TIPO 2: TERAPIA INSULINICA, OBESITÀ E RISCHIO CARDIOVASCOLARE”

Responsabile Scientifico: Prof. Riccardo Vigneri

Napoli, Hotel Mediterraneo - 11/12 dicembre 2009

CORSO DI AGGIORNAMENTO SID

“EMERGENZE IN DIABETOLOGIA”

Responsabile Scientifico: Dott. Salvatore Caputo

Torino, Atahotel Concord - 16/17 gennaio 2010

CORSO ALTA FORMAZIONE SID

“DIABETE MELLITO TIPO 2, TERAPIA INSULINICA E MICROANGIOPATIA”

Responsabile Scientifico: Prof. Paolo Cavallo Perin

Padova, Hotel NH Mantegna - 22/23 gennaio 2010

CORSO ALTA FORMAZIONE SID

“DIABETE TIPO 2, RISCHIO CARDIOVASCOLARE, TERAPIA INSULINICA”

Responsabili Scientifici: Prof. Angelo Avogaro e Annunziata Lapolla

Milano, Hotel Michelangelo - 29/30 gennaio 2010

CORSO DI AGGIORNAMENTO SID

“LA TERAPIA DEL DIABETE MELLITO IN ETÀ GERIATRICA”

Responsabile Scientifico: Prof. Bruno Solerte

Milano, Hotel Michelangelo - 12/13 febbraio 2010

CORSO DI AGGIORNAMENTO SID

“EMERGENZE IN DIABETOLOGIA”

Responsabile Scientifico: Dott. Salvatore Caputo

Napoli, Hotel Mediterraneo - 26/27 febbraio 2010

CORSO DI AGGIORNAMENTO SID

“LA TERAPIA DEL DIABETE MELLITO IN ETÀ GERIATRICA”

Responsabile Scientifico: Prof. Bruno Solerte

Roma, Hotel Crowne Plaza - 12/13 marzo 2010

CORSO DI AGGIORNAMENTO SID

“EMERGENZE IN DIABETOLOGIA”

Responsabile Scientifico: Dott. Salvatore Caputo

Bologna, Starhotel Excelsior - 19/20 marzo 2010

CORSO DI AGGIORNAMENTO SID

“LA TERAPIA DEL DIABETE MELLITO IN ETÀ GERIATRICA”

Responsabile Scientifico: Prof. Bruno Solerte

Catania, Grand Hotel Baia Verde - 16/17 aprile 2010

CORSO DI AGGIORNAMENTO SID

“LA TERAPIA DEL DIABETE MELLITO IN ETÀ GERIATRICA”

Responsabile Scientifico: Prof. Bruno Solerte

www.siditalia.it

I soci SID interessati a partecipare a qualcuno dei corsi qui riportati dovranno prenotarsi presso la segreteria SID inviando una mail a: formazione@siditalia.it. Essendo i corsi a numero chiuso le iscrizioni saranno accettate fino a copertura dei posti disponibili.

Panorama Diabete, Riccione 2009

Durante il recente congresso di Riccione si sono svolti, contestualmente agli incontri scientifici, anche le premiazioni per l'attività di ricerca finanziata e promossa dalla Società Italiana di Diabetologia. Ecco i vincitori:

Borse di studio SID primo autore discussa nell'anno
Novo Nordisk nell'anno solare 2007 solare 2008 a:

"August e Marie e svolto in un centro Dr. Pietro Carlo
Krogh": italiano a: Giuseppe Lucotti di

Dr. Nicola Napoli di Dr.ssa Cristina Milano
Roma Bianchi di Pisa

Dr.ssa Cristina ...Ad ognuno di loro i
Fatone di Perugia Premio SID "Renzo complimenti della
Dr.ssa Emanuela Navalesi" 2009 Società Italiana di
Lapice di Napoli assegnato per la Diabetologia, con

migliore tesi di l'augurio che questo
Premio FO.RI.SID Specializzazione riconoscimento segni
"Umberto Di Mario" attinente la l'inizio di una
2008 - assegnato per Diabetologia e le brillante carriera nel
il miglior lavoro Malattie del mondo della ricerca.

s c i e n t i f i c o Metabolismo

pubblicato come

pubblicato come

pubblicato come

pubblicato come

pubblicato come

pubblicato come

pubblicato come



V A R I E D A L M O N D O S I D

Dimmi di SID....

Numerose segnalazioni, sulla stampa nazionale, rispetto alla nostra associazione. Il 5 luglio scorso, sul *Corriere della Sera*, si riporta infatti il parere di Paolo Sbraccia, nostro coordinatore del Comitato Scientifico, a proposito della posizione ufficiale SID sulla chirurgia bariatrica.

Ci piace segnalare, benché abbia già avuto ampio risalto nella nostra newsletter, la comparsa della notizia relativa alla vittoria del premio Minkowski da parte del Professor Perseghin. La notizia è stata ripresa, in particolare, dall'*Unità*, in un articolo non firmato ma che riporta integralmente il lancio di agenzia (ANSA del 1 ottobre 2009) relativo all'importante riconoscimento.

Tornando al *Corriere della Sera*, il 18 ottobre è apparsa la notizia relativa ai nuovi test per la diagnosi del diabete, quello dell'emoglobina glicata e sulle novità per il test da carico glicemico da somministrare alle donne in gravidanza. In questo caso la posizione della SID è stata espressa dalla collega Annunziata Lapolla, endocrinologa dell'Università di Padova.



Molto interesse ha poi trovato la notizia, da noi lanciata in occasione di Panorama Diabete, sull'efficacia dei probiotici per la prevenzione del diabete, specie in età pediatrica. Se ne parla diffusamente nel *Corriere della Sera* del 20 ottobre, riportando le dichiarazioni di Rosalba

Giacco, relatrice nella specifica sessione del convegno su alimentazione e diabete e ricercatrice presso l'Istituto di Scienze dell'Alimentazione del CNR di Avellino.

Proposte & Interventi

Dottoressa Emanuela Orsi: emanuela_orsi@yahoo.it

Segreteria SID: siditalia@siditalia.it

Società Italiana di Diabetologia,
via Pisa 21 - 00162 (Roma)
tel. 06.44240967
fax 06.44292060



Genio e Diabete: Paul Cezanne
(1839 -1906)