

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

DIRETTORE RESPONSABILE
Sandro Gentile



Associazione Medici Diabetologi

CONSIGLIO DIRETTIVO
Presidente: M. Comaschi
Vice-Presidente: G. Vespaiani

Consiglieri: V. Borzì
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@tiscali.net.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. Baggio
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

Organo Ufficiale dell' Associazione Medici Diabetologi

PERCHÉ IL CONVEGNO DEL CENTRO STUDI E RICERCHE AMD?

Come molti ormai sanno, dal 28 al 30 novembre 2002 si terrà a Taormina il primo Convegno Nazionale del Centro Studi e Ricerche AMD (CSRA). La domanda che mi è stata rivolta da qualcuno in questi giorni è: perché questo convegno? Di incontri diabetologici, di vario genere e contenuti, non ne abbiamo già abbastanza?

Approfitto dunque dell'ospitalità concessami dal nostro caro bollettino per tentare di spiegare a tutti i soci perché è nata questa iniziativa e, soprattutto, quale significato essa vuole avere.

Il CSRA (lo avevo scritto tempo fa su queste stesse pagine) ha, tra gli altri, il compito di coordinare e di valutare periodicamente le iniziative scientifiche e culturali della nostra Associazione, iniziative che sono ormai diventate tante e tutte di grande valore. Come per tutte le cose che crescono, grazie all'impegno e all'entusiasmo di chi ci crede e ci lavora, vi sono ovviamente alcuni rischi e in particolare quello di perdere il contatto con le motivazioni originali alla base della iniziativa e di sovrapporsi ad altre progettualità, magari anche loro in fase di forte crescita. In altri termini, occorre che chi lavora in un gruppo o in un progetto AMD ad un certo punto sappia esattamente cosa stanno facendo o vogliono fare quelli che lavorano in altre iniziative, sia per trovare sinergie comuni che per evitare inutili sovrapposizioni. Questo dunque è il primo e il più importante scopo della riunione di fine novembre: fare il punto sulle tante cose importanti che AMD sta facendo e delinearne la crescita nel futuro prossimo, eventualmente con i suggerimenti e le opportune correzioni di rotta che possono venire solo da un incontro ampio e collegiale. Per questo il Consiglio Direttivo e il CSRA faranno in modo che all'incontro siano invitati, come ospiti istituzionali, tutti coloro che sono coinvolti, a qualsiasi titolo, nelle attività AMD.

L'altro obiettivo, non meno importante, è quello di allargare la base partecipativa delle nostre iniziative, con l'apporto di energie e contributi nuovi. Il calcolo è presto fatto: grosso modo i soci AMD "attivi", cioè coinvolti a qualsiasi titolo nelle attività societarie, sono tra 150 e 200, a fronte di oltre 1500 iscritti. Esiste dunque un enorme potenziale di crescita del numero delle persone da coinvolgere e questa è l'occasione in cui chi oggi non partecipa a progetti o ad altre iniziative, ma sarebbe disponibile a farlo, può individuare i campi di suo interesse e proporsi. Ogni adesione sarà certamente assai gradita.

Entrando nei dettagli, il convegno prevede una prima sessione cosiddetta di "report", dedicata all'attività dei gruppi "Modelli Assistenziali", "VRQ" e "Scuola di Formazione" (giovedì pomeriggio); quindi una tavola rotonda gestita dal "Gruppo per l'Informatizzazione della Diabetolo-

SOMMARIO

1. Perché il Convegno del Centro Studi e Ricerche AMD
2. Stiamo sottovalutando la steatoepatite non alcolica (NASH) nella nostra pratica diabetologica? Gli epatologi ce lo ricordano
3. Regolamento di attività del Consiglio Direttivo Regionale Toscana (biennio 2001-2003)
4. AMD Intranet
5. Le innovazioni tecnologiche
6. Il Calderone
7. Congresso Nazionale D.E.I. 2002
8. Attività delle Sezioni Regionali
9. Rendiconto patrimoniale ed economico AMD
10. Annuncio: Corso residenziale avanzato Gestione piede diabetico

gia Italiana - GIDI" ed un'altra dedicata all'Educazione Terapeutica (venerdì mattina). Venerdì pomeriggio si terrà un Workshop su "La prevenzione del diabete di tipo 2" in cui verrà presentato il progetto italiano, frutto di una sinergia AMD-SID-SIMG, presentazione che sarà preceduta (questo è stato un bel colpo di Marco Comaschi!) dalle letture dei prestigiosi responsabili di 2 grandi trials di prevenzione pubblicati di recente e cioè J. Tuomilehto e J.L. Chiasson. Subito dopo, in una tavola rotonda dedicata, verranno esposti i risultati aggiornati degli studi sul rischio cardiovascolare in cui AMD è attivamente coinvolta e cioè il DAI, il DIANEO e lo SFIDA.

Sabato mattina una seconda sessione di "report" su altri progetti in corso e cioè "Diabete e Gravidanza" "Diabete Informa", Diabete e Nutrizione" e "Il Counting dei Carboidrati" e, infine, una tavola rotonda di presentazione del Progetto Aware e del Social Survey, iniziative importanti che stanno partendo adesso e che hanno lo scopo di aumentare la consapevolezza dell'opinione pubblica sul problema diabete e di verificare lo stato dell'assistenza diabetologica nel nostro paese.

Dunque, per rispondere alla domanda iniziale, si tratta di cosa ben diversa dai tanti convegni cui tutti partecipiamo e ben diversa anche da ciò che si fa normalmente nel congresso nazionale (dove purtroppo c'è sempre poco tempo per le attività AMD). Sia anche ben chiaro che si tratterà di un convegno di lavoro "full immersion" e chi crede di fare una vacanza a Taormina è meglio che cambi i suoi programmi (per inciso, a Taormina a fine novembre statisticamente c'è il 90% di probabilità di pioggia ...). Chi invece ha voglia di lavorare sarà il benvenuto.

Domenico Cucinotta



STIAMO SOTTOVALUTANDO LA STEATOEPATITE NON ALCOLICA (NASH) NELLA NOSTRA PRATICA DIABETOLOGICA? GLI EPATOLOGI CE LO RICORDANO

PREMESSA

Per una serie di motivi, anche personali, dei quali non ho fatto mistero alcuno, ho iniziato a scorrere in modo più sistematico la letteratura specialistica epatologica.

L'EDITORIALE DI HEPATOLOGY

Quasi per caso, con una certa sorpresa, ma con vivo interesse, mi è capitato di leggere un editoriale del Prof G. Marchesini, apparso del tutto di recente su Hepatology, nel quale ci viene fatto un cortese ... richiamo con queste parole: "... La prevalenza del fegato grasso nel DMT2 è elevata in eccesso, ma i Diabetologi raramente considerano questo come un problema ...".

Perplesso e punto sul vivo nel mio orgoglio di diabetologo, dopo aver proferito qualche brontolio difensivo, ho riletto attentamente l'articolo ed effettuato una prima rapida ricerca in PUB MED. Ed ecco la sorpresa: varie pagine di citazioni!

Presone atto, decido di fare il punto sul rapporto DM e Malattie del Fegato, guardandolo anche dal piano della pratica quotidiana.

IL RECENTE SEMINARIO

Il pensiero è subito andato al recente workshop organizzato dalla Lilly in febbraio a Firenze. Fra i tanti seminari svoltisi ve n'era uno proprio su *Epatopatia e DM*, condotto sapientemente da S. Gentile e R. Anichini. Partecipato. Lì ho scoperto cose interessanti Però, a pensarci, non ne abbiamo tratto conclusioni che ci spingessero ad una progettazione di una diversa pratica clinica (non ne era neanche lo scopo per la verità); i partecipanti si sono dimostrati interessati, ma non ho riportato la misura di quale fosse la loro aspettazione e di quale fosse stato l'interesse del pubblico dei Diabetologi intorno a questo seminario rispetto ad altri di nostra competenza più specifica.

CHE COSA È SPECIFICAMENTE DI COMPETENZA DIABETOLOGICA?

Ed ecco già un bell'interrogativo: ho detto "altri più specifici (piede, cuore)". L'epatopatia non ci riguarda, dunque, più di tanto? Non è di nostra competenza? Forse che in fisiopatologia il fegato non occupa più un posto "metabolico" tale da sollecitare la nostra curiosità? Eppure il seminario, a ben rifletterci, ci aveva consegnato ottimi spunti, come quello sulla *steatoepatite non alcolica* (NASH), della quale, debbo confessare, non mi ero mai interessato più di tanto: si certo, "Hepar iperriflettente dq steatosi epatica", sono tante le eco addominali che ti ritornano con la dicitura in tal senso, ed allora?

LE MOSSE

Allora più che opportuno mi appare fare i primi passi centrando l'attenzione, nell'ambito delle epatopatie, proprio su questo specifico capitolo che si preannuncia, a me Diabetologo, ricco d'interesse. Vale a dire:

- documentarmi – avevo già in mano un prelibato editoriale – su steatosi epatica, NASH, insulino-resistenza (IR), S. Metabolica ... hai voglia ...;
- riflettere su quello che al CAD facciamo di fronte ad un paziente che si presenta con le transaminasi mosse;
- studiare i dati estraibili dalla cartella clinica computerizzata del CAD e le indicazioni relative;
- sollecitare la discussione con i Colleghi ed il confronto con i Gastroenterologi;
- comunque ... ringraziare Marchesini per la sapiente imbeccata.

DOCUMENTARSI

Come affrontare il primo punto?

Inizio da quello che per un Diabetologo è più a portata di mano: mi riferisco a "Il Diabete".

"IL DIABETE"

Non ho proprio tutti i numeri, però trovo lo stesso un interessante "Aggiornamento Flash" di Trischitta (giugno 1997) su "Epatosistica del metabolismo". Ci siamo, quindi; non è recentissimo, ma può essere una buona base di partenza. E poi Trischitta sa il fatto suo.

Lo leggo scrupolosamente. La definizione di NASH è quella classica: *steatosi epatica con epatite – necrosi ed infiltrati infiammatori* – in paziente che per certo non abusa di alcool. Interessante la breve storia, stimolanti le sintetiche note di patogenesi – che si differenziano da linee più recenti essenzialmente perché non si fa accenno alla IR –; poi alcuni preziosi suggerimenti pratici.

Dunque, già nel 1997 una nostra rivista specializzata ci diceva che se in ambulatorio arriva un Paziente, non consumatore di alcool, con transaminasi cronicamente mosse, specie se in sovrappeso e con iperlipidemia, ebbene egli va tenuto in debito conto avanzando il sospetto di NASH: *insomma bisogna porre diagnosi di tipo di epatopatia* In più, ci fornisce semplici ed utili indicazioni sul percorso da seguire per il nostro livello di osservazione

Cosette di poco conto, se volete, ma proiettiamo e nell'affanno della nostra pratica quotidiana ...!

Dubbi ed autocritica

Quanti sono i Pazienti cui dovrei applicare l'approccio consigliato? – mi sono chiesto – Ce l'ho in mente una semplice scaletta diagnostica? E, soprattutto, abbiamo un grado di sensibilità adeguato allo spessore del problema? E questo, poi, è davvero rilevante? In fondo le conclusioni di "Aggiornamento Flash" erano relativamente soft: "... mentre l'ASH – steatoepatite alcolica – può evolvere verso forme gravi la NASH è una malattia relativamente benigna, raramente evolutiva. Forse non ne ricavo l'impressione, o diciamo la misura, su quanto NASH sia una patologia in cui debba impegnare risorse mie e del paziente: mi si affaccia il *dubbio, ora, che il non investire in tale campo sia seguire un modello diabetologico poco rigido, se non "distratto"*. Come risolverlo?

PUB MED

Oggi è facile, con un po' di fortuna, sfruttando *Internet* e qualche trucchetto ritrovarsi con decine di articoli sul tavolo. Così ci vuole molto poco per rendermi conto che dal 1997 il

problema ha cambiato dimensione e... direzione. Basta, per convincercene, la lettura anche solo delle prime voci della stringata selezione bibliografica che propongo alla fine.

NASH, DALLA LETTERATURA CORRENTE

Che cosa è dunque cambiato? *Netta è la sensazione che NASH è cosa seria*

- Ecco un semplice elenco di motivazioni:
 - rischio accresciuto per gli affetti in caso di chirurgia epatica;
 - causa rilevante di mal funzionamento epatico dopo trapianto;
 - identificazione della NASH come causa sostanziale di malattia epatica avanzata – cirrosi criogenetica, ad esempio – che potrebbe essere il termine ultimo di una serie di disordini che, originatisi nel fegato steatosico, pervengono, via NASH, alle forme più avanzate: evento che, in alcuni casi va letto come comparsa di epatocarcinoma.

Il punto ultimo è oramai sostentato dalla maggior parte degli Autori con qualche voce discordante. Va, tuttavia, tenuto presente che la terminologia usata finora poteva generare confusione non essendo escluso che con gli stessi termini s'indicassero aspetti e gradi di patologia fra di loro diversi.

Terminologia

L'editoriale di Angulo su NEIM fa chiarezza definitiva in quanto, dopo aver elencato i termini finora usati – vi è persino la voce "diabetes hepatis" –, racchiude l'ampio gruppo di manifestazioni, che vanno dalla semplice steatosi, alla steatoepatite, alla fibrosi e cirrosi, sono il termine di "steatosi epatica non alcolica – nonalcoholic fatty liver disease" (NAFLD, in acronimo): *NASH – ed è un fatto di rilievo – è solo uno stadio di tale ampio spettro*.

L'impressione che ho riportato dalla lettura di molti articoli è, però, che tale stadio è importante, poiché segna il confine fra ciò che può essere un fatto non grave e ciò che è potenzialmente evolutivo, quindi dannoso, quindi da definire proprio per questo intrinseco significato.

Diabetologi e NAFLD

Bene. Ma in tutto questo i Diabetologi cosa c'entrano? C'entrano e come e le ragioni sono presto dette:

- Nella NAFLD, la cui percentuale in vari Paesi – è citato uno studio anche italiano – nella popolazione generale varia dal 10 al 24%, riscontriamo che:
 - l'obesità è presente da 30 al 100% dei casi se essa è grave; il DMT2 o l'alterata tolleranza al glucosio sono presenti da 21 al 78 % dei casi; la dislipidemia da 20 al 92%;
 - secondo una segnalazione quanto meno particolare alcuni ragazzi o giovani con NAFLD sono nello stesso tempo affetti da DMT1;
 - il DM è la più importante fra le manifestazioni di comorbidità e rappresenta uno dei rischi maggiori di aggravamento: il controllo metabolico diabetologico, volto anche a migliorare la sensibilità all'insulina potrebbe essere di clinica utilità; inoltre l'associazione obesità severa-DM è un miscela esplosiva, essendo stato riscontrato steatosi di vario grado in tutti i casi NASH nel 50% e cirrosi nel 19%.

- Restringendo il campo solo alla NASH:
 - in vari studi, la presenza di DM e di alterata tolleranza si aggirano comunque su percentuali molto elevate che vanno da 30% al 50%;
 - la sua evolutività verso la cirrosi è posta fra il 5 ed il 40%; la sua prevalenza nella popolazione generale è riportata pari al 3% nell'adulto, percentuale che non può che far fare un salto ai Diabetologi!

DUBBI ED AUTOCRITICA

Dopo l'attenta ricerca fatta, e la sintesi di tali percentuali, il dubbio è risolto: mi è chiaro che l'approccio finora tenuto non mi ha spinto a formulazioni diagnostiche precise, esandomi accontentato più spesso di riportare la voce "epatopatia cronica" – che non significa proprio un bel niente quanto ad esatta coscienza/consapevolezza dell'importanza dello stato delle cose – rinviano il Paziente al MMG "per ulteriori indagini".

NOTE DI PATOGENESI

Se a questo punto il nostro interesse dovesse essere ancora sopito, allora diamo un'occhiata alla patogenesi: il "metabolico" che è in noi si deve per forza di cose allertare.

NAFLD E S. PLIRIMETABOLICA

La NAFLD, con il suo stadio NASH, non può essere considerata più oltre come una malattia epatica a sé stante; deve, invece, essere annoverata fra le manifestazioni della S. Metabolica, con alla base, come elemento identificativo, la IR, presente anche quando non sia ancora manifesta l'alterata tolleranza al glucosio.

Benché non siano perfettamente noti i fattori che fanno sì che in alcuni soggetti la malattia si fermi allo stato di semplice steatosi ed in altri percorra tutti gli stadi esistono ipotesi suggestive sulle vie patogenetiche. È mio intento, tuttavia, fare solo un accenno ad esse, poiché esorbita dalle finalità di questo scritto, e per la verità anche dalla mia competenza, il discuterle approfonditamente. Ad ogni modo i perfezionisti troveranno una lucida spiegazione sull'editoriale di NEJM citato prima, mentre per approfondire le conoscenze sulla IR la lettura giusta, che mi permetto vivamente di suggerire, è quella dell'inserto di NATURE di Dic 2001, interamente dedicato al DM.

In brevissima sintesi, giusto per un fugace richiamo:

NAFLD e IR

La causa della NAFLD è la IR. Questa a sua volta va cercata nell'alterazione di uno – o più – dei tanti fattori toccati dai messaggi dell'insulina man mano che scendono verso i bersagli: abbiamo tutti in mente quelle belle figure che illustrano i complessi meccanismi della IR con le sigle dei tanti gruppetti di fattori ciascuno dei quali ha alle calcagna un poderoso gruppo di studio che lo perseguita instancabile. Contentiamoci delle grandi linee.

IPERINSULINEMIA E LIPOLISI

Quel che conta è che la LR fa due pasticci, almeno: crea iperinsulinemia compensatoria e lipolisi. Le conseguenze sono facili da intravedere: innalzamento di FFA circolanti che arrivano al fegato con sovraccarico delle relative vie ossidative. L'"ambiente cellulare" di conseguenza sarà caratterizzato da un aumento di acidi grassi e di acil-CoA.

- I primi fanno due cose:

- si depositano nelle cellule e fungono da induttori e da substrato per la lipossigenasi microsionale (citosromo P-450): ne conseguono produzione di radicali li-

- beri dell'ossigeno capaci di indurre perossidazione lipidica delle membrane biologiche.
- La deposizione dei grassi è aggravata dall'azione dell'iperglicinemia che, mentre aumenta la glicolisi epatica e la sintesi degli acidi grassi, limita, però, la sintesi di apoproteine di trasporto dei TG (apo B-100), i quali ultimi quindi accresceranno l'infiltrazione grassa epatocitaria.
- L'accumulo degli acil-CoA ha altri effetti:
 - se essi non sono metabolizzati, fungono, fra l'altro, da ligando per il PPAR α ; di questo, ora, ci interessa il fatto che, oltre a controllare l'induzione dei geni coinvolti nell'ossidazione degli FFA, è in grado di promuovere la sintesi epatica della Proteina Disaccoppiante-2 (UCP-2);
 - è certo che tale proteina, già "inquisita" anche come possibile fattore favorente l'insorgenza di DMT2, disaccoppiando la fosforilazione ossidativa dalla ricarica di ADP – in buona sostanza diminuendo la disponibilità di energia – accresce la vulnerabilità di epatociti che abbiano già subito deposito di grasso, quando essi siano esposti successivamente ad altri insulti, come endotossine o TNE-a.

Attraverso una serie di complessi meccanismi sarà poi l'aggiunta dell'azione delle "specie reattive dell'ossigeno" (ROS), incrementate dall'eccesso di acidi grassi, ma anche da tutti quegli altri fattori capaci di indurre stress ossidativo, a sostenere la progressione dalla steatosi alla steatoepatite ed oltre. Non è un caso, difatti, che nella NASH vi siano alterazioni mitocondriali tipiche dello stress ossidativo che non sono invece presenti nella semplice steatosi, ma compaiono quando vi è l'evoluzione epatitica: tale situazione si accompagna a riduzione dell'ATP che riflette proprio l'ingiuria mitocondriale.

Possiamo, da Diabetologi, non volgere il pensiero alle "ondate ossidative" che seguono alle "puntate iperglicemiche" e che da qualche tempo attraggono la nostra attenzione?

Tab. 1. - Numero di Pazienti coinvolti.

	N.	%
Numero totale dei nuovi Pz. osservati ambulatorialmente (esclusi ricoverati) fra il 2000 e 2001	2036	
Pazienti di cui si dispone di dati computerizzati	1659	
Paz. con ALT* e/o AST patologiche	524	32
Paz. con ALT elevate (con o senza AST patologiche)	468	28
Paz. con permanenza di transaminasi elevate a controllo successivo (dato da rivalutare)	229	44

* Sono stati esclusi i Pz. con ALT > 350

Tab. 2. - Caratteristiche dei Pz. con ALT elevate (con o senza AST patologiche).

	N.	%
Dislipidemici (non diabetici)	52	11,1
DMT2 - NIR	280	59,8
DMT2 - IR	107	22,9
DMT1 - ID	18	3,8
Non definitivo	11	2,4
<i>Totali</i>	468	

Tab. 3. - Valori delle transaminasi ed altri parametri.

	ALT	AST	BMI	COL	HDL	TG	LDL	URIC	CREAT	HbA1c [▲]	FPG [°]	Età
MEDIA	74,3	51,8	29,3	230,8	48,4	225,3	146,1	5,2	1,0	7,0	186,1	57,6
DS				4,4	57,1	15,7		43,8	1,6	0,9	1,9	85,1
Mediana	59,0	37,0	29,2				163,5					
Max	342,0	457,0	41,0				1851					
Min	41,0	11,0	18,0				36					

[▲] = glicemia a digiuno; [▲] = valori normali fino a 5,5%

NOTE DI DIAGNOSI E DI TERAPIA

Ad avvicinarci alla NAFLD sono anche le problematiche terapeutiche, che sono ben lungi dall'essere risolte.

Vediamone gli aspetti salienti attraverso alcuni interrogativi:

- la correzione della IR, ottenuta con i mezzi oggi disponibili ed applicati anche quando non strettamente necessaria per la correzione della glicemia e/o della dislipidemia, potrebbe arrestare l'evoluzione della patologia se non proprio farla regredire del tutto?
- Rispondere a tale domanda significa aver chiara qual è la modalità di diagnosi corretta che trovi concorde la gran parte degli Autori:
- il sospetto clinico di NAFLD, la sua severità e la progressività, pur sostenuti dai test radiologici e di laboratorio, possono essere confermati solo dalla biopsia epatica, poiché è basso il grado di correlazione fra i test suddetti ed il danno istologico: come dire che non esistono markers specifici per la NASH, se è vero che la sua presenza è descritta anche in soggetti con transaminasi normali.

- Ne consegue che la biopsia epatica è presso che indispensabile per determinare l'efficacia di qualsivoglia trattamento, specie se farmacologico.

Da quanto detto discendono alcune considerazioni:

- gli studi clinici sulla terapia - ad esempio con metformina (MET) - riportano per lo più un miglioramento degli indici di impegno epatico, ma non hanno in linea di massima "un prima ed un dopo", quanto a biopsia, il che rende non definitive le conclusioni;
- dati su grandi obesi dicono che se vi è un calo ponderale molto marcato si potrà avere un miglioramento della steatosi, cui però può anche corrispondere un peggioramento della componente epatitica, a dimostrazione che le scelte terapeutiche non sono scontate.



- > Sono in corso studi sui più nuovi TZD nell'uomo; sul piano sperimentale sia con MET che con TZD vi sono promettenti risultati che indicano regressione della patologia con meccanismi davvero suggestivi (riduzione del TNF e della UCP-2 o riduzione dell'espressione di SR EBP-1, fattore regolante la sintesi degli acidi grassi);
- siamo quindi nel paradosso che dovremmo usare farmaci che non siamo abituati a considerare proprio indicati nelle epatopatie (TZD e MET appunto) in quanto essi agirebbero correggendo il meccanismo patogenetico del danno, e ciò a prescindere che sia presente il diabete.
- > Il buon controllo metabolico e le misure igienico-alimentari restano provvedimenti universalmente riconosciuti, anche se non c'è dubbio che solo trials adeguati potranno chiarire gli aspetti presentati.

I dati del CAD

Non mi resta che analizzare quale sia la situazione del nostro CAD. Per restringere il campo ho valutato i parametri metabolici ed epatici dei Pazienti nuovi (esclusi i ricoverati), venuuti per la prima volta alla nostra osservazione nel 2000 e nel 2001, di cui si dispone di dati in cartella computerizzata. La sintesi - vedi tabelle - mi sconcerta: se l'incidenza di possibile patologia epatica in due anni è stata da 28 al 38%, quanti sono nel complesso i Pz. che frequentano il CAD, con gli anni accumulatisi in tale situazione?

DUBBI ED AUTOCRITICA

Qual è l'iter che seguiamo? Di certo i Pz. eseguono un'eco addominale; in molti casi lo screening per epatite B/C qualche volta, non so quante, se l'osservazione clinica non convince, si ricorre alla valutazione della Gastroenterologia. Ma a questo punto i pazienti "vengono metabolicamente perduti" poiché non abbiamo creato un meccanismo di scambio collaborativo. Se poi la diagnosi ecografica è di una steatosi "rassegnante" - si fa per dire -, l'attenzione viene solo rivolta al DM e quindi si fa ancora meno.

Avverto che tale prassi non può ora essere considerata sufficiente: è necessario formulare una diagnosi di certezza (NAFLD? Stadio?) ed un deciso impegno medico deve essere posto nel sensibilizzare il Pz. sulla severità della sua condizione. Non può che apparire, allora, ben "pungente" la seguente frase di Neuschwander-Tetli BA (vedi biblio): *alla luce delle acquisizioni recenti in teffa di NASH, la decisione di procedere con una biopsia riflette sia le conoscenze e la sensibilità del medico*

che la motivazione del Paziente (io aggiungerei: che abbiamo saputo dare al ...); come dire: l'entità dell'approfondimento diagnostico è in rapporto alle conoscenze del medico che si trova ad affrontare il problema.

CONCLUSIONE

Non so se vi ho procurato un altro po' di lavoro. So che non ne avevamo bisogno. Ma se la NASH ha un patogenesi "metabolica", se può condurre alla cirrosi e se allora resta solo il trapianto ... (che proprio una passeggiata non è) ... credo proprio che dobbiamo farci attentamente carico di valutare quei pazienti che quotidianamente affluiscono ai nostri ambulatori, per i quali il sospetto di NAFLD è realistico.

LA VOSTRA OPINIONE?

Mi interessa sia la vostra opinione sia sapere quali siano le vostre scelte in questo campo: vi invito a discuterne via e-mail. Potrei poi sintetizzare i vostri scritti ed inviarli a Sandro Gentile che ci offre uno spazio ed una occasione di discussione. Vogliamo provare?

Dati di pazienti nuovi osservati presso l'U.O. Autonoma di Diabetologia e Malattie del Metabolismo dell'ULSS 9 TV negli anni 2000 -2001.

Bibliografia

- 1) Angulo P; *N Engl J Med.* 2002 Apr 18; 346(16): 1221-31. Review; 2) Neuschwander - Tetri BA; *Curr Gastroenterology Reports.* 2002, 4:31-36; 3) Maher JJ; *Semin Gastrointest Dis.* 2002 Jan; 13(1):31-9; 4) Harrison SA, Diehl AM; *Semin Gastrointest Dis.* 2002 Jan;13(1):3-16; 5) Marchesini G, et al.; *Hepatology.* 2002 Feb;35(2):497-9. Review; 6) Youssef W, McCullough AJ; *Semin Gastrointest Dis.* 2002 Jan;13(1):17-30; 7) Charlton M et al.; *Hepatology.* 2002 Apr;35(4):898-904; 8) Chitturi S; *Hepatology.* 2002 Feb;35(2):373-9; 9) Pagano et al.; *Hepatology.* 2002 Feb;35(2):367-72; 10) Younossi ZM et al.; *Hepatology.* 2002 Apr;35(4):746-52. Review; 11) Marchesini G, et al.; *Lancet.* 2001 Sep 15;358(9285):893-4; 12) Falck Y; *Semin Liver Dis.* 2001;21(1):17-26. Review; 13) Roques B; *Clin Biol.* 2001 Aug-Sep;25(8-9):781-7; 14) Han SH; *J Clin Gastroenterol.* 2000 Apr; 30(3):227-8; 15) Nakuma T et al; *Natl Acad Sci U S A* 2000;97:8536-8541; 16) Maher J; *Hepatology.* 2001 May; 33:1338-39; 17) Lin HA; *Nat Med* 2000;6:998; 18) Blendis L et al. *R. Gastroenterology* 2000 Dec;119(6): 1800-2; 19) Marchesini G, et al.; *Am J Med.* 1999 Nov;107(5):450-5; 20) Knobler H; *Lancet.* 1999 Oct 9;354(9186): 1298.

Ennio Scaldaferrari

APPENDICE

Caro socio, se dopo aver letto questo articolo lo hai trovato interessante e ritieni di voler approfondire nella tua realtà gli aspetti legati alla patologia citata, compila questa scheda e rispediscila a Ennio Scaldaferrari enniosca@tin.it Centro Antidiabetico Ospedale Funara, Treviso

Condividi in base alle tue conoscenze l'impostazione data alla NAFLD/NASH? si no
Hai valutato quale sia l'incidenza annua di pazienti con transaminasi mosse che affluiscono al tuo centro si no
non mi è possibile

se si, valore = _____

Quali esami di routine (di base), laboratoristici e strumentali esegui in soggetto con transaminasi mosse? Elencare

Per giungere alla conclusione diagnostica consulta altri specialisti si no

se si, quali?

Nelle conclusioni diagnostiche della osservazione al CAD la epatopatia compare? si no

REGOLAMENTO DI ATTIVITÀ DEL CONSIGLIO DIRETTIVO REGIONALE TOSCANA (biennio 2001-2003)

MANDATO

Su indicazione del Consiglio Direttivo Nazionale (CDN) AMD, nell'ambito di progetti di Accreditamento Professionale, il Consiglio Direttivo Regionale Toscano (CDRT) decide di elaborare un proprio regolamento che ne descriva l'organizzazione, la progettualità e l'attività, realizzando un sistema qualità, ispirandosi allo Statuto dell'AMD.

MISSION INTERNA

Il CDRT si impegna a migliorare l'immagine e la crescita della Diabetologia e Malattie metaboliche in ambito toscano, ad innalzare la qualità dell'assistenza diabetologica, a promuovere la partecipazione di tutti i propri iscritti ad iniziative tecnico-scientifiche promosse a livello nazionale e locale, utilizzando uno strumento snello di regolamentazione di attività ed interazione, offrendo presenza, supporto, informazione, formazione.

OBIETTIVI

Nel biennio in corso vengono definiti i seguenti obiettivi.

1. **Perseguire la realizzazione di un sistema di qualità**
 - > Implementare la conoscenza del manuale di accreditamento e dei concetti della Qualità Totale (QT)
 - > Perseguire l'accreditamento di almeno 1/3 delle strutture diabetologiche nel biennio, iniziando dalle strutture di appartenenza dei componenti il CDRT.
2. **Rappresentare gli interessi dei diabetologi**
 - > Contatti con le aziende ed UU.SS.LL.
 - > Rapporti con i Medici di Medicina Generale (MMG)
 - > Rapporti con la Regione Toscana
 - > Rapporti con le Associazioni dei Diabetici
3. **Valutazione di ogni problematica nuova inerente alla gestione della malattia diabetica**
 - > Informazione degli iscritti

> Ricerca di consenso su decisioni il più possibile uniformi in ambito regionale

4. Progetti di Formazione

- > Progetti specifici in linea con le direttive nazionali
- > Progetti regionali: nel 2002 progetto di corso residenziale per operatori sanitario «Educazione sanitaria al paziente cronico»

5. Rilancio del Sito Internet

- > Ricerca di sponsor per il rilancio del sito AMD regionale
- > Favorire la comunicazione tra i soci
- > Informare sull'attività della Sezione Regionale e Consiglio Direttivo Nazionale

6. Indagini di attività a livello regionale (a seconda delle problematiche emergenti), al fine di uniformare i comportamenti nel rispetto delle direttive regionali

- > Patente
- > Utilizzo del D.H.



- Gestione ticket
- Varie

ORGANIGRAMMA

Presidente	dott.ssa Cristiana Baggiore
Vicepresidente	dott.ssa Rosa maria Meniconi
Consiglieri:	dr. Graziano Di Cianni Dott.ssa Maria Dolci Dr. Andrea Francesconi Dott.ssa Cosetta Gasparri Dr. Paolo Vagheggi
Segreteria/tesoreria	dr. Claudio Lazzeri (figura esterna)

FUNZIONIGRAMMA E DOVERI

Consiglio Direttivo (Statuto Nazionale AMD, artt. 11, 12, 13, 14, 15, 16)

- Elabora progetti e programmi in conformità con le linee direttive fissate in assemblea
- Applica i programmi definiti da AMD in sede nazionale

Presidente (statuto AMD, art. 17, 18, 19)

- Opera in una struttura diabetologica
- Definisce mission, impegni, obiettivi del CDR
- Propone il nome del vicepresidente e segretario
- Propone progetti di qualità, verifica, attiva azioni correttive per prevenire le non conformità
- Sovrintende e coordina le varie funzioni delegate
- Promuove il lavoro in team e cerca di coinvolgere nel miglioramento tutti gli attori della assistenza diabetologica toscana
- Promuove pubblicità delle iniziative
- Partecipa al 100% dei CDR indetti nell'anno
- Organizza convegni congiunti con Società Italiana di Diabetologia (SID), o convegni indipendenti.
- Partecipa al corso della scuola di formazione AMD.
- Deve conoscere metodi di comunicazione telematica e software di videoscrittura
- Si impegna a richiedere visita di audit, come esempio regionale.
- Si rapporta ad altre Associazioni scientifiche (SID ed altri), all'Associazione dei Diabetici
- Partecipa alle due riunioni annuali della Consulta Nazionale dei Presidenti Regionali AMD, relazionandone al CDR.

Vicepresidente (idem)

- Opera in una struttura diabetologica
- Collabora con il presidente e ne sostiene l'attività
- Sostituisce il presidente in caso di assenza
- Favorisce l'implementazione del sistema qualità nel CDRT e nelle strutture diabetologiche della Regione (responsabile Assicurazione Qualità)
- Deve conoscere metodi di comunicazione telematica e software di videoscrittura

Consigliere (statuto nazionale AMD, art. 17, 18, 19)

- Opera in una struttura diabetologica
- Elabora progetti e programmi in conformità con le linee direttive fissate in assemblea (azioni propulsive)
- Verifica il corretto svolgimento degli incarichi assegnati dal presidente ed il raggiungimento degli obiettivi
- Relaziona al presidente al raggiungimento del prodotto finito
- Si impegna a conoscere ed implementare il sistema qualità all'interno della struttura diabetologica di appartenenza, chiedendo audit interno
- Partecipa ad attività formative, coerentemente con il mandato dell'Associazione
- Partecipa al 70% dei CDR indetti nell'anno (condizione per il mantenimento del requisito di partecipazione)
- Deve conoscere metodi di comunicazione telematica

Segretario (statuto nazionale AMD, art. 20)

- Opera in una struttura diabetologica
- Conosce metodi di comunicazione telematica e software di videoscrittura
- Verbalizza, registra, archivia i documenti, secondo

istruzione operativa specifica in occasione di assemblee e riunioni organizzative.

- Ha una funzione di collegamento tra i vari componenti il CDRT.
- Gestisce i processi di supporto dell'organizzazione: archivio, parte amministrativa, collegamenti con Segreteria Nazionale
- Tieni aggiornato l'elenco dei soci
- Compila la relazione annuale sulla gestione e l'attività della Sezione

SEDE

La sede del CDR coincide con la sede lavorativa del Presidente.

NOMINA

Secondo le indicazioni dello Statuto AMD (art. 24), il Consiglio Direttivo Regionale viene nominato dall'Assemblea dei Soci. Il CDR nomina il presidente il vicepresidente.

PASSAGGIO DI CONSEGNE

All'inizio del mandato il nuovo presidente acquisisce materialmente dal past president tutta la documentazione cartacea od informativa della precedente gestione, accompagnata da una sintetica relazione scritta di «passaggio di consegne».

FREQUENZA ANNUA DELLE SEDUTE DEL CONSIGLIO

Ogni due o tre mesi, o a seconda delle esigenze.

FREQUENZA ANNUA DELLE SEDUTE ASSEMBLEARI

Vengono convocate due sedute ordinarie annue. Possono essere convocate sedute straordinarie, se il Consiglio Direttivo lo reputi necessario o per richiesta di due terzi dei soci.

SEDI DI CONVOCAZIONE

In generale la sede di riunione di CRDT coincide con la sede di lavoro del Presidente o a seconda delle circostanze da individuare di volta in volta.

CONVOCAZIONE RIUNIONI (CONSIGLIO DIRETTIVO O ASSEMBLEA SOCI)

Viene spedito invito di convocazione ad ogni socio al domicilio o tramite posta elettronica, almeno venti giorni prima, con indicazione di:

- Data ed ora della convocazione
- Sede
- Orario presunto di durata riunione
- Ordine del giorno
- Seconda convocazione eventuale che può essere definita anche mezz'ora dopo la prima.

OSPITI

1. CDN e Gruppi di studio

La presidenza e vicepresidenza intendono esprimere, con la presenza delle figure in carica appartenenti a questi organismi, una strategia di collegamento continuo con l'attività del CDN e con i gruppi di studio nazionali, per favorire l'interscambio continuo di informazioni di progettualità in corso.

Gli ospiti si impegnano a partecipare alle riunioni del Consiglio, su invito del Presidente, relazionando per scritto in modo sintetico sulle decisioni prese a livello centrale.

2. Esperti: Soci o consulenti

Possono essere convocati in occasione delle riunioni del consiglio Direttivo soci o persone con particolari competenze per compiti specifici occasionali, senza diritto di voto.

3. Componenti la Commissione per le Attività Diabetologiche Regionali

Su segnalazione dei componenti di tale Commissione, per novità emergenti o progettualità regionale da comunicare, possono essere convocati, in occasione di riunione del CDRT, uno o più componenti dei vari gruppi di lavoro, delle varie professionalità e competenze.

Tali ospiti non hanno diritto di voto.

VERBALI DI RIUNIONE

Verbalizza il segretario o il vicepresidente in sua assenza. L'invio del verbale effettuato entro 7 gg. successivi, preferibilmente per via telematica.

Un numero progressivo di protocollo e data permette una razionale archiviazione. Vengono distribuiti a tutti i componenti secondo un format:

CONGRESSO REGIONALE

Deve essere organizzato secondo i criteri di ECM ministeriale.

AMD prepara il progetto confezionato «chiavi in mano» e lo propone all'attenzione delle Aziende Farmaceutiche e/o di Diagnostici del Settore (sponsors), chiedendone il sostegno economico «a budget».

Viene fatto riferimento a Società di Servizi con provata competenza nel settore della comunicazione e della convegnistica da almeno 4 anni, regolarmente iscritte alla CCIA, in possesso dei requisiti di legge per l'organizzazione secondo criteri ECM e per la gestione commerciale relativa, in particolare:

- il rapporto con il proprietario o il gestore nell'immobile ubicativi,
- con il fornitore di catering,
- con il fornitore di articoli tipografici.

Vi è alternanza con la SID per l'organizzazione fattiva del congresso annuale.

PIANO DELLE ATTIVITÀ ANNUALI

La definizione degli obiettivi generali e specifici del biennio porta alla offerta ai soci di alcuni prodotti, di cui viene data comunicazione in corso delle Assemblee generali.

PRODOTTI DEL CDRT

Gestione dell'Associazione (verbali riunioni, con le decisioni prese)

Assemblea generale dei soci

Comunicazioni (Note informative periodiche, lettere del Presidente)

Formazione tra pari (forum telematici, incontri tecnico scientifici)

Progetti (Accreditamento, indagini regionali)

Consulenza telematica per Accreditamento Professionale tra pari.

PROCESSI FONDAMENTALI DI GESTIONE DELLA SEZIONE REGIONALE

1. Convocazione del CDRT

➤ Attività di convocazione, conduzione, verbalizzazione, comunicazione delle decisioni, verifica dell'applicazione

2. Convocazione dell'Assemblea per l'elezione del Consiglio Direttivo

➤ idem

3. Gestione Amministrativa

➤ Verbalizzazioni delle decisioni prese nei consigli direttivi, conservazione dei verbali, registro Soci AMD, relazione con sede nazionale (documentazione, partecipazione riunioni semestrali)

4. Comunicazione con i Soci

➤ La strategia, il piano annuale, lettere del presidente...

5. Formazione tra pari

➤ Progetti di realizzazione delle varie fasi

6. Progettazione, realizzazione, verifica dei programmi

➤ Azioni varie

GESTIONE DEI PRODOTTI

I prodotti vanno supportati con procedure ed istruzioni operative, dai consiglieri cui il progetto è affidato, verificate ed approvate dal presidente.

I consiglieri che operano o contribuiscono alla realizzazione di un prodotto sono consapevoli delle loro responsabilità nel conseguimento del risultato. Il loro contributo è documentato nei verbali delle riunioni.

CONTROLLO GENERALE DEL PROCESSO

Tramite:

- Procedure,



- Istruzioni operative
- Linee guida (statuto AMD, documenti del CDN, di altri CDR)

Procedure

- Elenco delle procedure:
 1. Controllo dei documenti
 - Gestione della documentazione
 2. Controllo del processo
 - Di convocazione del Direttivo, dell'Assemblea, l'invio delle informazioni ai Soci, la modalità di progettazione e conduzione delle riunioni tecniche, dell'attività di formazione, di gestione della Segreteria, di realizzazione di progetto
 3. Verifica e revisione di attività del CDRT
 - Approntamento ed uso degli indicatori, evidenza di criticità

Istruzioni operative

- Lo svolgimento della singola attività, la cui sequenza finalizzata costituisce il processo, è definita nella serie di operazioni che la compongono con la relativa istruzione operativa:

Funzionamento trasmissione posta elettronica
Apertura-chiusura consiglio direttivo
Modalità di richiesta di rimborso spese

Linee guida

Amministrazione della Sezione Regionale
Verbalizzazione
Comunicazione con i vari livelli di responsabilità
Vengono derivate dall'«ambiente AMD»

Protocolli

Concordati all'interno del CDRT
Criteri di convocazione del Direttivo

PERCORSO DI OGNI OBIETTIVO SPECIFICO

- Responsabilità
- Piano di azione
- Risorse
- Criterio con cui si misura la realizzazione
- Scadenza stabilita per il conseguimento dell'obiettivo
- Verifica e controllo del risultato
- Archiviazione

EDITORIA

Il CDR si fa carico della stampa degli atti di convegni, seminari, qualora le risorse economiche o l'importanza dell'evento lo permettano e lo richiedano.

ARCHIVIAZIONE DOCUMENTI

Il Presidente, con la collaborazione del Segretario, conserva archiviando ogni documento di interesse del CDR, secondo specifici argomenti.

- Verbali di riunioni
- verbali di assemblee
- prodotti e procedure dell'attività del CDR
- carteggio con gli iscritti per comunicazioni varie
- carteggio con CDN
- verbali della Consulta dei Presidenti regionali
- verbali dell'attività del CDN forniti dal Consigliere Nazionale in carica
- varie

Tali documenti devono essere trasmessi al Presidente eletto nel biennio successivo, su materiale cartaceo o informatico, su file distinti.

ACCESSO AI DOCUMENTI

A disposizione di ogni socio che ne faccia richiesta

GESTIONE RISORSE ECONOMICHE

(Statuto AMD, art. 29)

I proventi di AMD regionale sono rappresentati da:

- quote di iscrizione dei Soci
- ricavo da manifestazioni ed eventi
- eventuali contributi, sovvenzioni o donazioni da parte di enti pubblici e privati e di persone fisiche.

Provenienti da AMD

Le assegnazioni al CDR vanno richieste alla Segreteria Nazionale.

AMD - ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI SEZIONE TOSCANA	
Riunione di	DIRETTIVO REGIONALE AMD SEZIONE TOSCANA (biennio 2001-2003)
Componenti	Presidente: dott.ssa Cristiana Baggio Vicepresidente: dott.ssa Rosa Maria Menconi Segreteria: dr. Claudio Lazzeri Consiglieri: dr. Graziano Di Cianni, dott.ssa Maria Dolci, dr. Andrea Francesconi, dott.ssa Casetta Gasparri, dr. Paolo Vagheggi
Ospiti senza diritto di voto	
Data	
Protocollo	.../... Bag. Laz
Presenti:	
Assenti:	
Distribuzione	Tutti i componenti CDR, Consigliere Nazionale e componente gruppo di Studio Nazionale
Ordine del giorno	
Comunicazioni	
Progetti	
Report dal CD Nazionale	
Report dai gruppi di studio Nazionali	
Inevasi	
Criticità	

Provenienti da Aziende

Devono essere fatte depositare a disposizione del CDR beneficiario presso l'amministrazione nazionale a Roma.

MOROSITÀ

Se il Socio AMD è moroso da 4 anni, può essere espulso dall'Associazione.

RAPPORTI CON ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

Secondo gli indirizzi dell'AMD Nazionale, i rapporti sono improntati ad una forte collaborazione, soprattutto con la SID, con cui vengono organizzati eventi in modo congiunto.

Un socio AMD comunque, anche se iscritti ad altra Società Scientifica, fa atto di fidelizzazione alla AMD. Se intende ricoprire ruoli e cariche nella SID, automaticamente si preclude ruoli in contemporanea nell'AMD.

PATROCINI AMD

Il patrocinio viene concesso per eventi, secondo i seguenti criteri:

scientificità adeguata dell'evento;
importanza sul piano assistenziale;
coinvolgimento di almeno un socio AMD nell'evento (relatore, moderatore)

VALUTAZIONE E VERIFICA RISULTATI (INDICATORI)

La finalità è di avere una congruenza tra pianificato e realizzato (vedi tabella).

METODOLOGIE DI CONTROLLO E VERIFICA

- Valutazione delle non conformità
- ricerca delle cause
- riesame annuale del sistema qualità
- riesame degli impegni con CDN e diabetologo
- autovalutazione annuale per migliorare i processi del CDRT (spirito di servizio).

SPECIFICHE DI AUTOCONTROLLO E VERIFICA

- controllo della qualità percepita tra i componenti il Direttivo, i Soci
- controllo dei documenti
- verifica degli obblighi amministrativi (presenza, scadenza)
- controllo della qualità della comunicazione

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- Statuto dell'Associazione Medici Diabetologi
- Manuale di Accreditamento dell'AMD.

Descrizione	Misura
Numero degli iscritti	Tasso di incremento (attuali/precedimenti)
Partecipanti alle riunioni assembleari	Tasso di affezione (presenti/iscritti)
Numero delle riunioni annuali del CDRT	Tasso di rispetto al pianificato
Numero delle comunicazioni	Tasso rispetto al pianificato
Numero strutture diabetologiche accreditate	Tasso rispetto al pianificato



IL CALDERONE

*Zuppa di curiosità, consommé di notizie, estratto per brodo di saggezza...
Divagando dalla Degustazione all'Alimentazione, e non solo...*

"Non piccolo segno caratteristico della perfezione umana è anche il saper scoprire il sapore di un'oliva..."

Robert L. Stevenson

"TUTTO INIZIA CON L'IMPEGNO PERSONALE"

L'uomo primitivo inizia a raccogliere bacche, frutta e miele per nutrirsi, quindi, seguendo l'esempio degli animali, si dedica alla caccia e alla pesca, e dopo essersi insediato stabilmente nella prima abitazione si dedica all'agricoltura, all'allevamento ed alla pastorizia per poter disporre di un'alimentazione più completa e meno imprevedibile, naturalmente dopo aver acquisito opportune conoscenze e aver inventato gli utensili adeguati.

"GRUPPO: INSIEME PIÙ O MENO NUMEROSE DI PERSONE ORIENTATE PIÙ O MENO CONSAPEVOLMENTE DA BISOGNI VERSO LA STESSA META"

Nell'ambito della famiglia, il nucleo sociale primordiale, si differenziano ruoli di competenza e mentre l'uomo primitivo è il procacciatore di alimenti, la donna primitiva si dedica alla loro manipolazione e cottura per renderli più appetibili e digeribili; da grano e granaglie nascono così focacce arrostite e zuppe, e si inizia a pensare alla conservazione degli alimenti.

"IL LAVORO DI SQUADRA VA SEMPRE PREMIATO"

Più nuclei familiari si associano in gruppi a costituire le prime forme sociali organizzate, spinti dalla necessità di proteggersi e dal desiderio di stabilizzare e migliorare le proprie condizioni di vita.

L'uomo ha avuto un'evoluzione sociale molto veloce, ed in maniera parallela si è evoluta la sua alimentazione, e anche se la maggior parte delle scoperte, nonostante le difficoltà, sono state fatte dal nostro progenitore primitivo, per secoli si è continuato e si continua ad operare nell'impegno di migliorare il prodotto.

"LA COMUNICAZIONE È MOTIVAZIONE: STIMOLARE MECCANISMI DI MOTIVAZIONE SIGNIFICA COSTRUIRE CULTURE VINCENTI"

Determinante, nell'evoluzione dell'alimentazione, è stata la partenza del primo uomo su un'imbarcazione con una scorta di cibo e acqua, e il suo approdo su coste sconosciute dove scambia parte delle scorte con prodotti dei luoghi determinando una spontanea e pacifica fusione di culture e cucine diverse.

"TEAM: INSIEME DI PERSONE IMPEGNATE A RAGGIUNGERE UN RISULTATO CON UN METODO DI LAVORO COMUNE"

Dopo l'alimentazione merito del caso dell'uomo delle caverne, e quella un po' più evoluta, ma sempre empirica, dei primi "gruppi sociali", il figlio dell'*Homo sapiens* ha fatto nascere scuole di cucina e di pensiero e da queste sono nate infinite preparazioni gastronomiche.

La storia della cucina è un'affascinante itinerario, ricco di scoperte e imprese il più delle volte anonime, ma sempre tese al miglioramento del risultato e quindi della qualità di vita.

L'alimentazione di un popolo è legata innanzitutto alla sua localizzazione, al clima ed alla natura, che incidono sulle necessità nutrizionali dell'individuo e che determinano la disponibilità di prodotti alimentari; l'evoluzione dell'alimentazione è l'espressione dell'evoluzione di un popolo, del suo grado di civiltà e di benessere e della sua personalità; ogni preparazione gastronomica esprime la sua storia e la sua cultura; il linguaggio conviviale è antico, universale e sempre vivo, ad ogni viaggio si arricchisce di nuovi profumi, segreti e alimenti, e alle volte sono stati gli alimenti stessi, dalla manna di Mosè alle patate, dai pomodori alle spezie, alle brioches di Maria Antonietta di Francia, a determinare vere e proprie svolte nella storia.

Gli Egizi, dato il clima, consumano i pasti all'aperto; a Sparta i pasti sono regolamentati da Licurgo e consumati in pubblico ed in comune nel rispetto della legge e della morigeratezza; ad Atene la sera si ci intrattiene ai banchetti mangiando e bevendo ghiottonerie e conversando di filosofia; gli Eroi, nella descrizione di Omero, si dedicano a pasti celebrativi e con "appetito guerriero" divorzando pane e carne arrosto o allo spiedo; gli Etruschi, secondo Diodoro Siculo, devono la loro decadenza alla mollezza delle loro abitudini di vita; a Roma, abbandonate le semplici abitudini degli avi, si importano raffinatezze enogastronomiche da ogni parte del mondo conosciuto e, a detta di Seneca, mangiano per vomitare, vomitano per mangiare.

Già nelle antiche civiltà si distingueva una cucina "familiare", più semplice e povera di risorse, ed una che potremmo definire "raffinata", riservata alle classi più elevate, alla quale erano dedicate intere aree della casa, servitù differenziata per l'approvvigionamento, la preparazione ed il servizio, raffinatezze spesso per la presentazione, nonché articolati ceremoniali e momenti ludici di intrattenimento.

"SCRIVI QUELLO CHE FAI, FAI QUELLO CHE HAI SCRITTO, DIMOSTRA QUELLO CHE HAI FATTO, PENSA A COME MIGLIORARLO"

L'alimentazione diventa quindi materia di studio, sia scientifico che edonistico; poeti, filosofi e "addetti ai lavori" sentono la necessità di definire delle regole inerenti l'alimentazione e trasmettere ogni nuova acquisizione a contemporanei e posteriori; nascono così scuole e libri di alimentazione umana e gastronomia.

In Sicilia, non a caso al centro del Mediterraneo, il luogo più raffinato e "internazionale" dell'epoca, nascono Terpsione e Labdaco di Siracusa, che fondano rispettivamente un'accademia sull'arte di servire gli ospiti e la prima scuola di cucina, Archestrato di Gela scrive l'*Hedypatheia* ed il sofista siciliano Miteco diventa famoso ad Atene per le sue preparazioni gastronomiche e scrive "il cucinier siciliano"; a questo punto l'evoluzione dell'alimentazione non va più dedita da graffiti, affreschi, mosaici, tombe, reperti fossili e stive di relitti marini, e invece di leggere tra le righe di opere letterarie di genere diverso si potrà attingere ad una letteratura specifica, oltre che dal "quaderno di ricette" della nonna.

Nasce la cucina delle Nazioni, si differenzia la cucina Regionale e, ultima nata, la cucina Internazionale; oggi si assiste al ritorno alle cucine regionali e alla rivalutazione della Dieta Mediterranea, nata dalla Magna Grecia e oggetto di studio per Keys che nel 1995 dimostra la sua validità nel prevenire alcune malattie; e la storia dell'alimentazio-



ne continua passando per la cucina dei popoli e delle corti, dalla "cucina del Regno" alla Nouvelle cuisine, dalle tavole barocche progettate da architetti alla cucina delle feste, dai piatti popolari figli della fame alle cuccagne in piazza volute dai regnanti e progettate da ingegneri, dall'alimentazione macrobiotica alle diete "by computer", alla rivisitazione dei classici piatti della tradizione...

Cicli evolutivi si succedono in una spirale che, pur con decorso irregolare e con momenti di decadenza o di moda, raggiunge spazi sempre più ampi ma ha un solo presupposto sul quale ruota: garantire necessità biologiche quali salute e sopravvivenza e migliorare la qualità di vita.

Oggi, in ambienti sensibili al miglioramento, si dice che la metodologia corretta per raggiungere un risultato o migliorarlo è: progettare, realizzare e verificare il risultato in un processo ciclico.

Dall'Esame Obiettivo della Storia dell'Alimentazione si evince facilmente che ogni preparazione, scoperta, nozione, è realizzata fin dall'antichità nell'osservanza di questo moderno metodo e che ogni piatto è frutto del lavoro di un individuo o di un gruppo di lavoro, ma un prodotto di qualità superiore, è sempre frutto dell'opera di un team!

Dott.ssa Loredana Retta
Dott. Mariano Agrusta
U.O. di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo
Ospedale Civile di Cava de' Tirreni A.S.L. SAI

**Che cos'è il cibo?
È al tempo stesso un sistema di comunicazione, un corpo di immagini, un protocollo di usi, di situazioni, di comportamenti.**

R. Barthes



ATTIVITÀ DELLE SEZIONI REGIONALI

SEZIONE ABRUZZO MOLISE

Riunioni congressuali

- Marzo 2003: «In cucina con il diabete» 9° Edizione - Santa Maria Imbaro (Lanciano-CH)
- Maggio 2003: «Inventa una favola a tavola» edizione 2003 - Larino-Termoli
- Giugno 2003: «Stracittadina di Avezzano» 5ª edizione - Avezzano (AQ)
- Settembre 2003: «Attualità terapeutica nel diabete mellito» - Penne (PE)
- Secondo semestre 2003: XIII Congresso AMD-SID Abruzzo-Molise
- Primo e secondo semestre 2003: 2-3 Corsi di formazione monotematici.

SEZIONE LAZIO

- 13 giugno 2002, Roma
Primo incontro Profetto ENDIAMET «Dall'insulinoresistenza all'insulinodeficienza» Per ulteriori informazioni: www.ENDIAMET-Lazio.it
- 4 Luglio 2002, Roma, Incontro di aggiornamento SID-AMD «Nutrizione e diabete» G. Riccardi: «Nutrizione clinica nella pratica quotidiana» M.A. Fusco: «Nutrizione artificiale» 10 Ottobre 2002, Roma. Incontro di aggiornamento SID-AMD «Prevenzione e diabete»

Pozzilli: «Diabete tipo 1»
Consoli: «Diabete tipo 2».

SEZIONE LOMBARDIA

- 5 maggio 2002, Milano
«L'assistenza al paziente diabetico: dalla gestione integrata al monagement alla malattia». Target: sensibilizzazione diabetologi lombardi all'importanza della gestione integrata facendo conoscere e condividere l'esperienza in corso.

Attributi 5 crediti formativi per ciascun evento.

ANNUNCIO

CORSO RESIDENZIALE AVANZATO GESTIONE PIEDE DIABETICO

Campobasso 26-28 Settembre

Il Corso è rivolto a diabetologi, chirurghi vascolari, ortopedici con specifico interesse nel settore.

Responsabili Didattici: prof. Saverio Sgambato, prof. Giovanni Ghirlanda, dott. Luigi Uccioli, dott. Antimo Aiello.

Esperti e Tutors:

Prof. Franco Citterio, dott. Lorenzo Cocco, dott. Licio Iacobucci, dott. Pancrazio La Floresta, dott. Cesare Miranda.

Argomenti:

1. piede diabetico: esame clinico; 2. biomeccanica del piede diabetico; 3. diagnostica vascolare non invasiva; 4. Piede di Charcot; 5. Infezione nel piede diabetico; 6. Gestione dell'ulcera plantare: pulizia e medicazione, farmaci topici, fattori di crescita, terapia antibiotica; 7. tecniche di «scarico»: apparecchi gessati, plantari, calzature; 8. interventistica: disostruzione vasale; ortesi; amputazioni; 9. riabilitazione; 10. programma educativo.

Modalità di svolgimento

Il corso sarà articolato in: 1. discussione di casi clinici; 2. esercitazioni pratiche per l'acquisizione di tecniche manuali; 3. incontri con esperti su argomenti specifici.

I partecipanti saranno suddivisi in piccoli gruppi per rendere alta la partecipazione e molto diretto il contatto con i tutori.

Le riunioni dei casi clinici saranno coordinate da un diabetologo ed un ortopedico e/o un chirurgo vascolare.

Per ottenere l'attestato di partecipazione ed i crediti formativi attribuiti dalla Commissione Ministeriale per l'Educazione Continua in Medicina è INDISPENSABILE la frequenza a TUTTE le sessioni così come la compilazione dei questionari d'ingresso e finale.

Partecipanti

Il Corso è a numero chiuso.

Saranno accolte le prime 15 domande pervenute complete dei pagamenti previsti.

Costo

Il costo del corso è di **770 euro** ed è comprensivo delle spese di vitto ed alloggio dalla cena del 26 al pranzo del 28, con sistemazione in camera doppia uso singola.

I soci S.I.M.D.O., A.M.D. e S.I.D. hanno diritto ad uno sconto del 10%.

Le spese di viaggio sono a carico dei partecipanti, così come gli extra che vanno saldati direttamente in albergo prima della partenza.

Il pomeriggio del 28 è prevista una visita guidata alla città romana di Altilia, che dista circa 15 Km da Campobasso.

AMD INTRANET

È la maniera più veloce ed immediata per comunicare tra noi soci e con la nostra Segreteria AMD. Basta infatti scrivere il COGNOME NOME del socio ed il testo all'interno della sezione riservata del nostro sito, perché gli venga inviato direttamente il messaggio elettronico. Non è più necessario conoscere l'indirizzo di posta elettronica della persona da contattare.

Tutti i soci AMD possono utilizzare questo nuovo mezzo che già oggi veicola tutte le comunicazioni tra i soci, le circolari ed i bandi di concorso per borse di studio AMD.

Per usufruire di questo servizio di posta Intranet AMD basta attivarsi (USER e PASSWORD vi sono state già inviate).

L'accesso ad INTRANET AMD si trova sulla home page del sito www.aemmedi.it.

Per qualsiasi dubbio o se avete smarrito la vostra password (USER è il vostro COGNOME NOME) si può mandare una e-mail ad amd@aemmedi.it.



RENDICONTO PATRIMONIALE ED ECONOMICO AMD

BILANCIO CONSUNTIVO CONSOLIDATO COMPARATO RENDICONTO ECONOMICO			
ENTRATE	2001		2000
Titolo 1 - Istituzionale			
Cat. 1 - Proventi quote medici	€ 41.456,00	L. 80.270.000	L. 47.390.000
Cat. 2 - Proventi soci sostenitori	€ 115.686,35	L. 224.000.000	L. 63.000.000
Totale Entrate Istituzionale	€ 157.142,34	L. 304.270.000	L. 110.390.000
Titolo 2 - Gestione Area Commerciale			
Cat. 1 - Proventi della gestione commerciale	€ 30.697,17	L. 59.438.000	L. 33.670.000
Totale Entrate Gestione Area Commerciale	€ 30.697,17	L. 59.438.000	L. 33.670.000
Titolo 3 - Gestioni Speciali			
Cat. 1 - Erogazioni Liberali Sez. Regionali	€ 56.810,26	L. 110.000.000	L. 28.000.000
Cat. 2 - Corsi	€ 213.501,99	L. 413.397.500	L. 71.000.000
Cat. 3 - Interessi attivi c/c postali e bancari	€ 1.937,31	L. 3.751.161	L. 3.297.464
Cat. 4 - Abbuoni	€ 13,63	L. 26.382	L. 7.485
Totale Gestioni Speciali	€ 272.263,19	L. 527.175.043	L. 102.304.949
TOTALE GENERALE ENTRATE	€ 460.102,69	L. 890.883.043	L. 246.364.949
<hr/>			
USCITE			
Titolo 1 - Istituzionale			
Cat. 1 - Spese di stampa e abbonamento	€ 32.748,79	L. 63.410.509	L. 64.537.302
Cat. 2 - Spese per le riunioni degli organi statutari	€ 27.401,92	L. 53.057.511	L. 37.858.705
Cat. 3 - Spese amministrative			
Cap. 1 - Acquisto mat. di consumo	€ 6.208,45	L. 12.021.240	L. 3.664.040
Cap. 2 - Spese postali, bancarie e carte di credito	€ 3.216,93	L. 6.228.852	L. 7.598.993
Cap. 3 - Spese affitto sala	€ 7.297,43	L. 14.129.800	L. 21.873.350
Cap. 4 - Utenze	€ 587,73	L. 1.138.000	L. 2.705.000
Cap. 5 - Segreteria e altri compensi lavoro autonomo	€ 33.103,83	L. 64.097.955	L. 68.956.821
Cap. 6 - Assicurazioni	€ 3.731,40	L. 7.225.000	L. 3.967.000
Cap. 7 - Oneri diversi di gestione	€ 13.714,31	L. 26.554.608	L. 4.073.550
Totale Uscite Istituzionale	€ 128.010,80	L. 247.863.475	L. 215.234.761
Titolo 2 - Gestione Area Commerciale			
Cat. 1 - Spese per servizi	€ 20.816,78	L. 40.306.901	L. 32.369.100
Totale Uscite Area Commerciale	€ 20.816,78	L. 40.306.901	L. 32.594.100
Titolo 3 - Gestioni Speciali			
Cat. 1 - Spese per corsi ed attività	€ 139.031,33	L. 269.202.203	L. 47.882.000
Cat. 2 - Ammortamenti immobilizzazioni	€ 2.805,11	L. 5.431.448	L. 3.191.272
Cat. 3 - Tasse di CC.GG.	€ 2.412,89	L. 4.672.000	L. 210.000
Cat. 4 - Interessi passivi	€ 52,61	L. 101.876	L. 108.000
Cat. 5 - Imposte dell'esercizio	€ 419,92	L. 813.071	L. 117.000
Cat. 6 - Arrotondamenti	€ 1,03	L. 1.987	L. 6.580
Totale Uscite Gestioni Speciali	€ 144.722,89	L. 280.222.585	L. 51.514.852
TOTALE GENERALE USCITE	€ 293.550,47	L. 568.392.961	L. 299.118.713
<hr/>			
RIEPILOGO			
ENTRATE	€ 460.102,69	L. 890.883.043	L. 246.364.949
USCITE	€ 293.550,47	L. 568.392.961	L. 299.118.713
AVANZO DI GESTIONE	€ 166.552,23	L. 322.490.082	
DISAVANZO DI GESTIONE			L. 52.753.764



**BILANCIO CONSUNTIVO CONSOLIDATO COMPARATO
RENDICONTO PATRIMONIALE**

ATTIVITÀ	2001		2000
Titolo 1 - Crediti a breve Cat. 1 - Crediti v/s clienti Cat. 2 - Crediti v/s Stato (acconti) Cat. 3 - Depositi Cauzionali	€ 30.688,28 € 2.991,83 € 51,65	L. 59.420.800 L. 5.792.983 L. 10.000.000	L. 79.970.000 L. 2.721.000
Totale crediti a breve	€ 38.844,68	L. 75.213.783	L. 82.691.000
Titolo 2 - Immobilizzazioni materiali Cat.1 - Mach. Uff. elettriche Cat.2 - Mach. Uff. elettroniche Cat.3 - Mobili ed arredi	€ 8.868,74 € 12.271,62 € 1.041,18	L. 17.172.270 L. 23.761.160 L. 2.016.000	L. 10.656.270 L. 12.646.600
Totale Immobilizzazioni	€ 22.181,53	L. 42.949.430	L. 23.302.870
Titolo 3 - Banche Cat.1 - B. Roma Cat.2 - B. P. Adriatico	€ 67.362,84 € 127.668,23	L. 130.432.646 L. 247.200.157	L. 111.444.403 L. 45.506.439
Totale Banche	€ 195.031,07	L. 377.632.803	L. 156.950.842
Titolo 4 - c/c Postale	€ 29.650,54	L. 57.411.448	L. 12.579.367
TOTALE GENERALE ATTIVITÀ	€ 285.707,81	L. 553.207.464	L. 275.524.079
PASSIVITÀ			
Titolo 1 - Debiti a Breve Cat.1 - Debiti v/s fornitori Cat.2 - Debiti v/s creditori diversi Cat.3 - Debiti per borse studio Cat.4 - Debiti v/s lo Stato	€ 1.206,60 € 3.098,74 € 18.573,74 € 684,42	L. 2.336.300 L. 6.000.000 L. 35.963.779 L. 1.325.216	L. 15.145.500 L. 16.668.500 L. 64.049.440
Totale Debiti a Breve	€ 23.563,50	L. 45.625.295	L. 95.863.440
Titolo 2 - Fondi ammortamento Cat.1 - Fondo amm.to m.uff. elettriche Cat.2 - Fondo amm.to m. uff. elettroniche Cat.3 - Fondo amm.to mobili ed arredi	€ 2.492,08 € 4.541,00 € 62,47	L. 4.825.344 L. 8.792.596 L. 120.960	L. 3.155.632 L. 5.151.820
Totale fondi ammortamento	€ 7.095,55	L. 13.738.900	L. 8.307.452
Titolo 3 - Capitale Netto Cat.1 - Utili riportati a nuovo Cat.2 - Avanzi gestioni eserc. precedente	€ 1.485,40 € 87.011,13	L. 2.876.143 L. 168.477.044	L. 2.876.143 L. 221.230.808
Totale Capitale Netto	€ 88.496,54	L. 171.353.187	L. 224.106.951
TOTALE GENERALE PASSIVITÀ	€ 119.155,58	L. 230.717.382	L. 328.277.803
RIEPILOGO			
ATTIVITÀ	€ 285.707,81	L. 553.207.464	L. 275.524.079
PASSIVITÀ	€ 119.155,58	L. 230.717.382	L. 328.277.803
AVANZO DI GESTIONE	€ 166.552,23	L. 322.490.082	
DISAVANZO DI GESTIONE			L. 52.753.764

CONGRESSO NAZIONALE D.E.I. 2002

Si è svolto a Tarka Village di Villasimius, Cagliari dal 29 al 31 maggio 2002 il Congresso Nazionale Diabete, Epidemiologia ed Informatica 2002, Presidenti Marco Comaschi e Michele Muggeo, Direttore del Corso Domenico Cucinotta.

Il convegno si è evolto nella splendida cornice sarda, ricco di contenuti scientifici di elevatissimo livello su temi di epidemiologia, informatica e gestione dei dati.

È stato presentato ai diabetologi italiani il progetto originale AMD Thesaurus.

L'ampia e interessata partecipazione ne ha decretato un brillante successo organizzativo e della scelta dei temi.



RELAZIONE DEL COLLEGIO DEI REVISORI SUL BILANCIO CHIUSO AL 31 DICEMBRE 2001

Signori,

il Bilancio al 31.12.2001 sottoposto alla Vostra attenzione rappresenta la sintesi dei fatti amministrativi verificatesi nel corso dell'esercizio, nel quale abbiamo provveduto ad effettuare le verifiche di nostra competenza, dalle quali non sono emerse irregolarità sostanziali.

In ossequio alle disposizioni di legge, con la presente relazione riferiamo sui risultati dell'esercizio sociale e sulla tenuta della contabilità.

Del Bilancio trasmessoci possiamo sinteticamente riferire quanto segue.

Il Bilancio ricomprende la situazione patrimoniale dell'Associazione ed il conto economico contenente tutti i costi ed i proventi, sia quelli di natura istituzionale, sia quelli di natura commerciale. Il contenuto di tali prospetti può essere sintetizzato come segue:

ATTIVITÀ

– Crediti a breve	L. 75.213.783	€ 38.844,68
– Immobilizzazioni materiali	L. 42.949.430	€ 22.181,53
– Banche	L. 377.632.803	€ 195.031,07
– Conto corrente postale	L. 57.411.448	€ 29.650,54
TOTALE ATTIVITÀ	L. 553.207.464	€ 285.707,81

PASSIVITÀ

– Debiti a breve	L. 45.625.295	€ 23.563,50
– Fondi di ammortamento	L. 13.738.900	€ 7.095,55
– Capitale netto	L. 171.353.187	€ 88.496,54
TOTALE PASSIVITÀ	L. 230.717.382	€ 119.155,58
– Avanzo di gestione	L. 322.490.082	€ 166.552,23
TOTALE GENERALE	L. 553.207.464	€ 285.707,81

L'avanzo di gestione si è formato nel modo che segue:

COMPONENTI POSITIVI DI REDDITO

– Proventi effettivi	L. 304.270.000	€ 157.142,34
– Proventi commerciali	L. 59.438.000	€ 30.697,17
– Proventi altre gestioni	L. 527.175.043	€ 272.263,19
TOTALE COMP. POSITIVI	L. 890.883.043	€ 460.102,69

COMPONENTI NEGATIVI DI REDDITO

– Costi effettivi	L. 517.065.678	€ 267.042,14
– Costi commerciali	L. 41.221.848	€ 21.289,31
– Costi altre gestioni	L. 10.105.435	€ 5.219,02
TOTALE COMP. NEGATIVI	L. 568.392.961	€ 293.550,47
– Avanzo di gestione	L. 322.490.082	€ 166.552,23
TOTALE GENERALE	L. 890.883.043	€ 460.102,69

Per quanto attiene al conto economico separato contenente i costi ed i ricavi di natura commerciale; i dati in esso contenuti possono essere riassunti come segue:

– Proventi congressuali	L. 59.438.000	€ 30.697,17
– Costi sezione comm.le	L. 40.306.901	€ 20.816,78
UTILE D'ESERCIZIO	L. 19.131.099	€ 9.880,39

A tale proposito, il Collegio rileva che, correttamente, non è stato calcolato alcun importo a titolo di IRPEG, poiché l'art. 111-ter T.U.I.R. esclude dalla base imponibile di tale imposta le attività connesse esercitate dalle ONLUS. Altrettanto correttamente, è stata calcolata l'IRAP sull'utile di esercizio dell'attività commerciale nella misura di L. 813.071 (€ 419,92), pari al 4,25% dell'utile scaturente dal conto economico separato di cui sopra.

Il Collegio dei Revisori attesta che le poste in bilancio corrispondono alle risultanze contabili, e che sono stati rispettati i criteri di valutazione previsti dal Codice Civile.

I particolare si riferisce che:

- le Immobilizzazioni materiali sono state iscritte al lordo degli ammortamenti accantonati nei rispettivi Fondi; gli ammortamenti sono stati calcolati in base alla prevedibile durata dei cespiti, nonché all'intensità del loro utilizzo; nell'esercizio 2001 non sono stati effettuati ammortamenti anticipati;
- i crediti sono stati iscritti secondo il loro presumibile valore di realizzo.

I conclusioni, il Collegio dei Revisori esprime parere favorevole all'apporazione del Bilancio al 31 dicembre 2001.

Il Collegio Sindacale
(Dott.ssa Paola Marchese)
(Dott.ssa Valeria Manicardi)
(Dott. Claudio Toboga)

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