

# PATOLOGIA IPOFISARIA



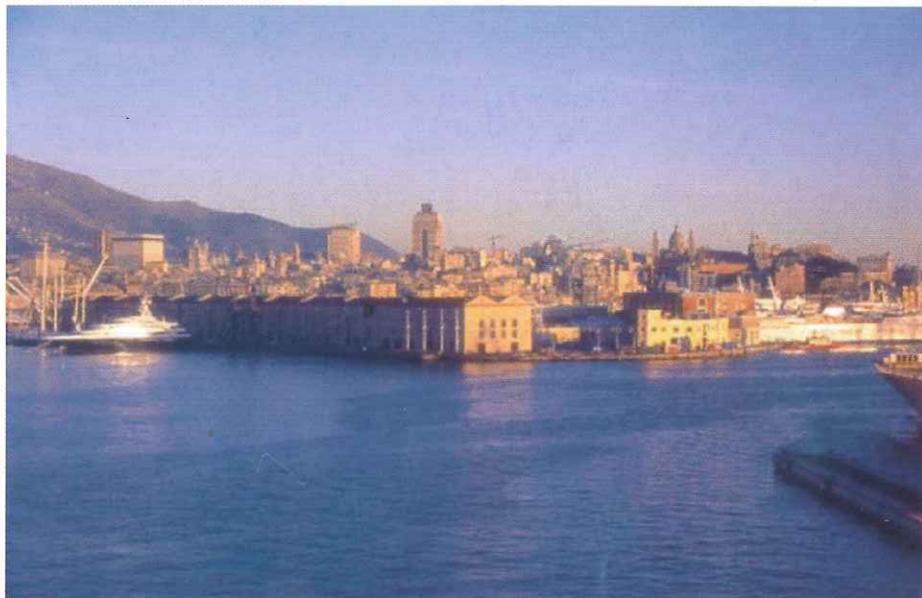
PERIODICO DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE ITALIANA PATOLOGIE IPOFISARIE

Segreteria e Redazione: 17100 SAVONA - Via Paleocapa, 16/3B - Tel. 019 85 62 47 / Direttore Responsabile: Dr. Fabrizio Scoccia

Il volontariato è uno dei fenomeni un poco "acqua cheta" più straordinari del tempo nostro. Nato per spontaneità e poco battuto dai massmedia (forse perché è diurno e per nulla colorito), si è diffuso pressoché autorganizzandosi e, possiamo ben ribadirlo, senza fini di lucro. Anzi....

Mi son chiesto se sia una risposta al dilagante egoismo privatistico e spicciolo, un arroccarsi o un dare battaglia a tutto campo. Chi sono i "volontari"? Certo, possessori di valori, di uno dei più importanti come la solidarietà silenziosa e "porta a porta". Ma in loro c'è anche un programma che va oltre l'impegno quotidiano, un ideale per sconfiggere il torpore morale che tutti ci inquina ed a cui, spesso, si viene costretti, per impotenza, per eccesso di notizie, per efferatezze che non ci vengono risparmiate?

Penso, voglio e spero di sì! Se n'è fatta di strada in qualche decennio, dalle care anzianotte che visitavano gli infermi portando caramelle che parevano sempre un poco polverose e passate, ma edificanti letture. Oggi il volontariato è multiplo per età e per campi di impegno, e questo dato basterebbe per avvalorarlo eticamente. Giovani e non, uomini e donne, pensionati ed inoccupati si ritrovano nella pratica quotidiana e nel volenteroso apprendimento di nozioni indispensabili per l'assistenza. E che dire dei settori di attività: assistenza agli ammalati, alle bestie abbandonate, pulizia delle spiagge, impegno per organizzare il tempo libero, assistenza a domicilio e chi più ne ha più ne metta. Direi che il volontariato si inventa di continuo, col crescere esponenziale dei problemi connessi al rapporto tra singolo e comunità organizzata. Sì perché ogni innovazione velocizza certe funzioni, ma causa inconvenienti nell'assor-



Genova 2004, Capitale Europea della Cultura.

birlo e nel gestirla.

Un bancomat bisogna saperlo adoperare; le confezioni di plastica vanno smaltite e non si riciclano naturalmente e così via. La società contemporanea ha indotto problemi di enorme spessore, che l'organizzazione pubblica non potrebbe mai affrontare perché minidiffusi ovunque. Partiamo dalla constatazione che funzioni pubbliche come la scuola di massa e la sanità mai potranno essere affrontate e risolte con criteri ispirati al pareggio di bilanci o con moltiplicare gli addetti. Per esempio, fino a poco tempo fa a scuola andavano soltanto in pochi e determinati: dopo le elementari c'era la gran via dell'apprendistato, oggi non più possibile e praticabile. Ovvio che si parli, allora, di mortalità scolastica, dei non molti che arrivano ad un diploma di scuola superiore. Il giovane non assistito, nella famiglia nucleare in cui ci si saluta di fretta al mattino e ci si rivede, stressati, a sera, si disperde e questo è uno dei settori in cui il volontariato si muove meno nume-

roso e con maggiore difficoltà

Oggi si vive più a lungo e gli anziani si moltiplicano, per buona fortuna. Ma la famiglia nucleare non ha case adatte all'anziano né, come un tempo, c'era sempre qualcuno cui l'anziano comunicava consigli ed esperienza, calore umano e saggezza e ne riceveva rispetto e compagnia vigile e solerte. Riusciamo a realizzare, noi attivi, gli abissi di impotente solitudine e di noia che sono il quotidiano condimento di vita di molti anziani? Ci rendiamo conto che non ce la possiamo cavare ipotizzando alberghi per tutti pagati dallo stato, ma occorre qualcosa di minuto e sottile e onnipervasivo, fuori o quasi da schemi di economia? Siamo, poi, davvero sicuri che queste persone non siano più produttive, certo non nei modi scontati, ma in settori reinventati e riscoperti?

Valgono, oggi, come riscoperti da vecchi armadi odorosi di fascini, sentimenti ed attitudini che contrastano la continua, esasperata ricerca del "funzionale" e che negano l'effimero, per



Sede operativa: 17100 SAVONA - Via Paleocapa, 16/3B - Tel. 347 1484168 - <http://www.anipi.org> - e-mail: [presidente@anipi.org](mailto:presidente@anipi.org)  
Sede legale: via Vacciano, 60 - 50015 Bagno a Ripoli (FI) - Presidente: Luisa Lasio

## ANIPI REGIONALI

- CAMPANIA** - Via Loffredi, 17 - 80138 NAPOLI (NA) - Tel. 081 299274 - 338 7746105 / *Presidente: Sergio Centobelli*
- EMILIA ROMAGNA** - Via Angherà, 14 - 47900 RIMINI - Tel. 054 1383777 - 054 4973121 / *Presidente: Valeria Urbinati*
- LAZIO** - Via Dandolo, 74 - 00153 Roma - Tel. 06 9597620 - 339 6067246 / *Presidente pro-tempore: Roberta Sanna*
- LIGURIA** - Via Paleocapa, 16/3b - 17100 SAVONA - Tel. 019 856247 / *Presidente: Luisa Lasio*
- LOMBARDIA** - Viale Europa, 30/1 - 20060 BUSSERO (MI) - Tel. 02 95039116 / *Presidente: Pietro De Leo*
- PIEMONTE** - C.so Matteotti, 23 - 10121 TORINO - Tel. 011 5626206 / *Presidente: Walter Zaccagnini*
- SARDEGNA** - Via Lepanto, 84 - 09124 CAGLIARI - Tel. 070 653708 - 349 6300532 / *Presidente: Daniela Cacciuto*
- TOSCANA** - Via Vacciano, 60 - 50015 BAGNO ARIPOLI (FI) - Tel. 055 642818 / *Presidente: Franco Rulli*
- VENETO** - Via Mareggia, 25 A - 30028 Piove di Sacco (PD) - Tel. 049 5800153 / *Presidente: Mirella Ranzato*

## PATOLOGIA IPOFIGISARIA

*Periodico di informazione a cura dell'ANIPI Italia - ONLUS*

*Direttore Responsabile: Fabrizio Scoccia - Capi Redattori: Luisa Lasio e Sergio Giuliani*  
*Redazione: 17100 Savona - Via Paleocapa, 16/3 B - C.P. 394 - Tel. 019 856267 - Cell. 347 1484168*  
*[www.anipi.org](http://www.anipi.org) - [presidente@anipi.org](mailto:presidente@anipi.org) - Cod. Fisc. 94060580266*  
*Hanno collaborato a questo numero: Prof. Massimo Giusti, Prof. Diego Ferone, Dr.ssa Maria Rosaria Ambrosio*  
*Stampa: Editrice Liguria Tipolitografia - Savona - C.P. 181 - Tel. 019 82 99 17 - [www.editriceliguria.it](http://www.editriceliguria.it)*

cui si ricompra un complesso oggetto (e si ingombra la discarica!) solo perché costa di più cambiarne un minimo componente. Ciò non accada per gli esseri umani, per gli ospiti del canile, per alberi di secoli!

La spinta al volontariato è salvifica, massiccia, complessa ed è il vero rimedio contro il prezzo della solitudine e della sottostima a cui ci forza un universo sociale tutto merceologico. E' la risposta a chi lamenta il sudiciume delle strade e dimentica che basterebbe non sporcarle, di chi brontola e brontola sull'inquinamento e dimentica che basterebbe non sprecare costosa energia.

Risorsa preziosa! Non ci illudiamo che, per limitarci allo spazio di questo giornale, medici, paramedici ed ottime strutture possano esaurire la problematica dell'assistenza al malato a qualsiasi livello, da solitudine a malattia grave. Il volontario è, quando non altro, compagnia, non-abbandono, voce del mondo di fuori, quello degli attivi sani; è il bicchier d'acqua versato senza dover "chiamare" personale spesso oberato; è la lettura condivisa delle voci dell'edicola; è la parola che spiega, dolce, che, spesso, sdrammatizza, fa da filtro tra medici e paziente e dà la ricarica per lottare

conto il male che, senza spirito di rivalsa, da solo quasi mai se ne va. E ancora; visto che di tutte queste qualità non si può far mestiere da pagare (se non, di necessità, parzialmente), il fatto che tante persone vi accorrono è indice di ricchezza interiore, di bisogno di dialogo (il volontario dona per quanto riceve, in umanità!), di energie rimaste intatte e che la quotidianità non logora e di rispetto di se stessi e di altri, come appartenenti tutti, solidalmente, alla pianta-uomo. Farla finita con la fretta, la gara e lasciar che il tempo scorra pigro e fruttifero, confidente, di piccoli-grandi messaggi, scambi di voci, di fiati che, presenti, scacciano le angosce e le paure del silenzio di chi rimane da solo, che il male e certa vecchiaia sono solitudine, senso di inutilità che si combatte soltanto ritro-

vando l'umano consorzio. Come un tempo, quando l'anziano era il patriarca, mai discusso, il sapiente della grande casa di figli, generi e nuore e nipoti; come Renzo del Manzoni che dona, una volta di là d'Adda, gli ultimi soldi che ha a più bisognosi di lui e ne ha un senso di gran sollievo: "La c'è, la Provvidenza!" dice. Perché sa, inconsciamente, che aiutare il prossimo è aiutarsi ed è un gesto che induce altra bontà su di noi. Non a caso incontrerà subito dopo il cugino Bortolo che sarà, in ogni senso, la sua salvezza. Con un termine intellettualistico, tale modo di agire si dice "apropaico"; ovvero, col tuo dare il bene condizioni il destino ad essere buono con te. Ed è una forma altissima e bella di "egoismo"!

*Sergio Giuliani*

**Si ringrazia**





Università degli Studi di Ferrara  
Dipartimento di Scienze Biomediche  
e Terapie Avanzate  
Sezione di Endocrinologia



SOCIETÀ ITALIANA DI  
MEDICINA GENERALE

## Il deficit di ormone somatotropo in età adulta

Il deficit di ormone somatotropo (GH) nell'età adulta è una patologia a forte impatto sociale, ma spesso misconosciuta. Se nel bambino la carenza di GH si presenta con un arresto o rallentamento della crescita staturale, nell'adulto si associa ad una riduzione della qualità della vita e della forza muscolare, alterazione della composizione corporea con aumento della massa grassa e riduzione della massa magra, osteoporosi, compromissione del sistema cardiovascolare, con aumento della mortalità. Dal 1996 il trattamento sostitutivo con GH nel paziente adulto con deficit di GH è stato approvato dal Ministero della Sanità ed è entrato nella pratica clinica corrente connessa alla carenza di ormone somatotropo.

In questo contesto la Sezione di Endocrinologia dell'Università degli Studi di Ferrara diretta dal Prof. Ettore degli Uberti, in collaborazione con la Società Italiana di Medicina Generale, ha organizzato per il giorno 11 Ottobre 2003, presso l'Aula E2 dei Nuovi Istituti Biologici dell'Università di Ferrara, un Convegno dedicato a "Il deficit di ormone somatotropo in età adulta". Hanno partecipato esperti di riconosciuta competenza che hanno messo a disposizione la loro ampia esperienza per favorire un aggiornato approfondimento in questo settore. Dopo aver introdotto l'argomento, il professor Ettore degli Uberti della Sezione di Endocrinologia dell'Università di Ferrara ha illustrato le varie problematiche relative all'eziopatogenesi dei deficit di GH, il cui quadro clinico è stato approfondito dal professor Gaetano Lombardi del Dipartimento di Endocrinologia ed Oncologia Molecolare e Clinica dell'Università degli Studi "Federico II" di Napoli. Il problema della dia-

gnosi è stato affrontato dal professor Enio Martino del Dipartimento di Endocrinologia dell'Università degli Studi di Pisa e l'approccio terapeutico dal professor Andrea Giustina del Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche dell'Università degli Studi di Brescia. Il Dr Vincenzo De Sanctis, dell'Unità Operativa di Pediatria ed Adolescentologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara, ha illustrato le problematiche connesse al deficit di GH nella fase di transizione dall'adolescenza all'età adulta, che richiedono una stretta collaborazione tra endocrinologo pediatra e dell'adulto, per fornire a tutti i pazienti l'iter diagnostico-terapeutico, nonché psicologico, più appropriato. Sono stati inoltre illustrati i risultati di uno studio nazionale sull'efficacia e sicurezza della terapia con GH ricombinante nell'adulto da parte del Dr. Domenico Valle. La Signora Roberta Chiorboli, Infermiera Professionale presso la Sezione di Endocrinologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara, ha trattato la gestione dei pazienti affetti da questa patologia dal punto di vista infermieristico. Infine la Dr.ssa Maria Rosaria Ambrosio, endocrinologa presso la Sezione di Endocrinologia dell'Azienda Univer-

sitaria Ospedaliera di Ferrara, e la Dr.ssa Laura Longhini, medico di Medicina Generale, hanno presentato un caso clinico al fine di illustrare la necessità e l'utilità di una stretta collaborazione fra lo specialista endocrinologo ed il medico di Medicina Generale per migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza e ottimizzare l'utilizzo delle risorse.

Al Convegno hanno partecipato inoltre la Sig.ra Valeria Urbinati, presidente ANIPI della Regione Emilia Romagna, che ha arricchito la discussione con il punto di vista del malato ed un gruppo di pazienti affetti da sindrome da carenza di ormone somatotropo.

Il Convegno ha ricevuto l'accreditamento ECM per Medici, Biologi, Chimici ed Infermieri.

Dr.ssa Maria Rosaria Ambrosio  
*Responsabile dell'Ambulatorio per le Patologie Ipofisarie*  
Sezione di Endocrinologia

Università degli Studi di Ferrara  
Direttore: Prof. Ettore degli Uberti  
Tel 0532-236574 236500  
Fax 0532 236514  
e.mail ti8@unife.it

Si ringrazia



## Il Racconto: «L'isola senza metafore»

Il traghetto avanzava lento, guidato dalla pilotina leggera, che con eleganza gli indicava l'attracco. Era la prima volta che Anna assisteva ad uno spettacolo simile; nonostante avesse trascorso l'infanzia ad appena venti km dal mare, nessuno l'aveva mai accompagnata fino al porto.

Quello era il giorno della partenza, e neppure i pianti di sua madre riuscivano a spegnere quell'euforia che sembrava penetrata nel suo corpo esile, scuotendola nel profondo. Suo padre aveva richiamato la famiglia in continente, dove si era recato mesi addietro per lavoro.

“Savona è una città che aprirà molte strade ai nostri figli” aveva scritto quell'uomo sognatore, lasciando credere di aver scoperto l'Eldorado.

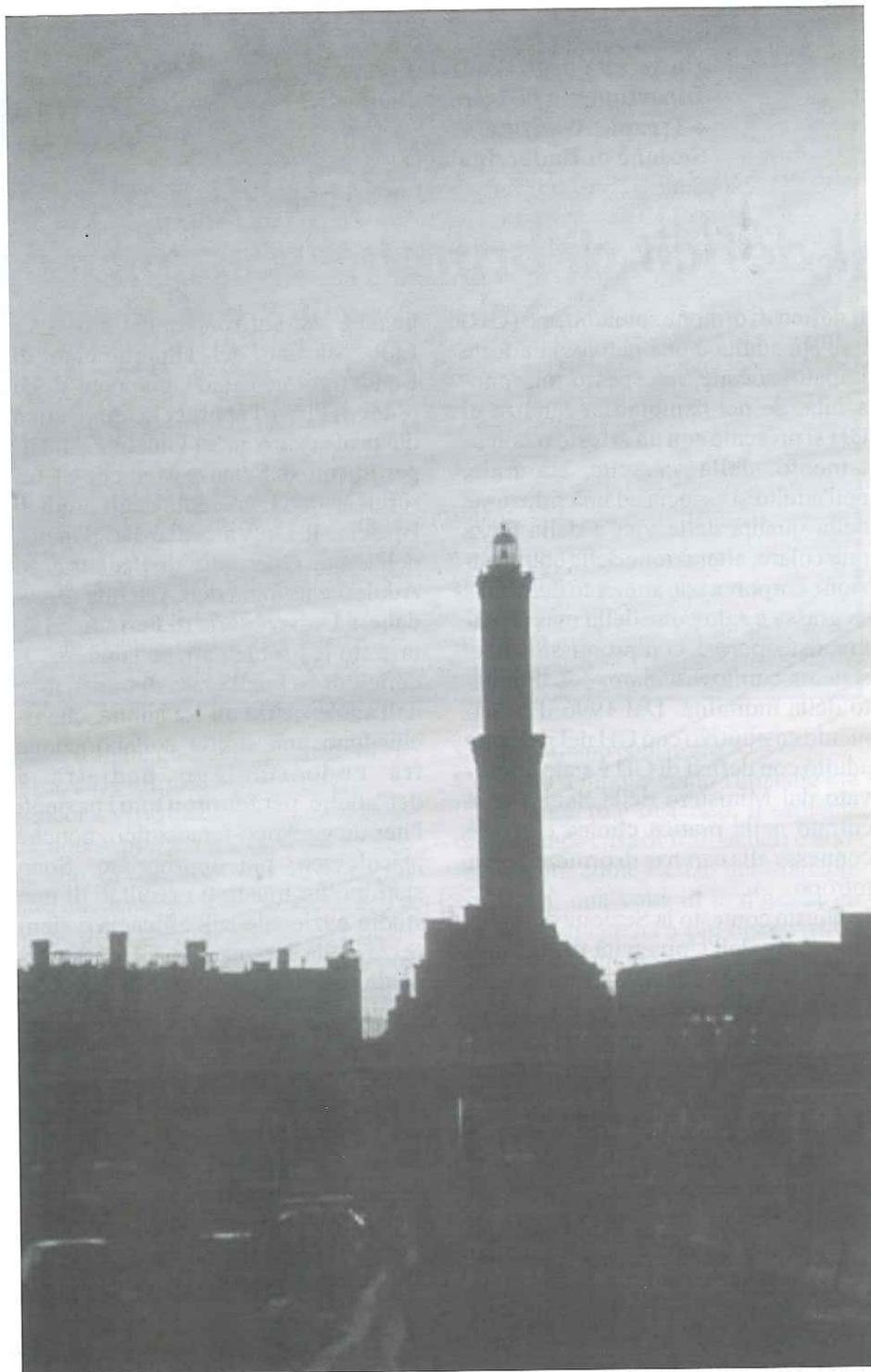
Per sua madre partire rappresentava una sofferenza enorme: la casa era bene avviata e i figli sembravano crescere sani e robusti, a parte Anna, sempre così pallida e scontrosa. Avrebbe dovuto abbandonare parenti ed amici, il mondo in cui era cresciuta, per avventurarsi a quarant'anni in una città estranea. Conosceva l'italiano, anche perché i sardi con la loro parlata così diversa e classica imparano presto la lingua del continente. Anche Anna si esprimeva bene; era solo timida e perciò parlava poco. Ma non era sufficiente conoscere tante parole per comunicare; occorreva quasi cantilenarle a cadenza e sua madre non sapeva come i liguri modulassero le parole. Anche se lo scoprì presto.

Anna continuava ad osservare tutte le manovre del traghetto finché la madre non la chiamò per l'imbarco. Allora corse vicino a lei contenta, come se partisse verso un'avventura.

Il traghetto non era molto accogliente, anzi non era stato neppure ripulito dalla sporcizia della traversata e bisognava proseguire a zig zag, per non calpestare ogni sorta di sudiciumi. Ma ad Anna nulla importava. Nella sua mente la gioia per quella fuga contava sopra ogni cosa.

Aveva sognato spesso di partire per luoghi lontani, popolati da uomini gentili e da donne serene, che non la tenessero prigioniera delle sue paure.

Quella ragazzina dagli occhi di cer-



biatta, male sopportava l'educazione dei poveri, che non aveva per nulla dolcezze e perdoni, ma ruvidezza e sempre e soltanto “doveri”... I bambini dei poveri sembrano non avere diritti, si comportano spesso in modo aggressivo, rispondono con rabbia agli adulti, creandosi una sorta di difesa ad oltranza per non soccombere.

Anna era una creatura ribelle e dolce, sognatrice e concreta al tempo stesso. Portava dentro di sé sincerità e correttezza, che, da adulta, avrebbe sbandierato con piglio ribelle, causando a se stessa non pochi problemi.

Il traghetto aveva preso il largo. L'isola si allontanava e Anna gioiva. Era felice di lasciare una terra, ai suoi oc-



chi arida, come aridi erano gli occhi di sua madre mentre guardava le montagne confondersi con il mare. Anna non capiva, nel suo cuore infantile c'era posto solo per la speranza, e quella città rappresentava un futuro appagante. Quanto si sentiva vicino a suo padre, in quel momento!

L'arrivo a Savona fu deludente: nessuno in quella città camminava scalzo. I bambini sembravano piccoli adulti e posavano i loro occhi sui suoi vestiti logori, costringendola a trattenere il respiro per non piangere.

Suo padre la conduceva per mano, come mai aveva fatto. Anna cercava di divincolarsi. Non le piaceva quella stretta ruvida che le ricordava il dolore dei suoi piedini scalzi sul greto del fiume dai sassolini tutti pungenti, quando con la madre andavano a fare il bucato.

Savona, però le apparve una bella città, grande e pulita, con le strade asfaltate e con le vie centrali lastricate di pietra. Soprattutto la impressionarono i portici di via Paleocapa, il suo paese era privo di portici e ad Anna apparivano come segno di maestosità e di origini nobili. Le città importanti, le aveva detto la maestra, hanno un centro nobile ed austero e quella ragazzina un poco insolente alla maestra ci credeva.

Non era passata una settimana e Anna si trovava in Piazza Mameli nell'ora in cui la campana suona e il traffico si ferma. Per chi erano quei rintocchi? Al suo paese le campane suonavano così per annunciare la morte di qualcuno. Anna rabbrivì, come sempre faceva, quando il pensiero della morte la coglieva impreparata. Ma quella città non le suggeriva idee di morte e Anna, da un po' di tempo, non ci pensava più.

La morte la impressionava, soprattutto quando compariva nei racconti di sua nonna e negli ammonimenti del parroco e delle suore. L'Inferno, si chiedeva, sarà davvero così terribile? Perché avrebbe dovuto andarci proprio lei? Si confessava e prendeva la comunione tutte le settimane; recitava le preghiere tutte le sere. Forse Dio

non l'avrebbe voluta perché era povera. I poveri, si sa, non piacciono a nessuno. Anche le suore, a Natale, preparavano i regali per i bambini che sostenevano l'asilo, e per lei sull'albero, posto al centro del cortile, regali non c'erano mai. Sei intelligente, ma indisciplinata, l'ammonivano e per questo Gesù non prepara doni per te. Anna provava ad essere buona, studiava il catechismo e nessuno lo sapeva dire bene come lei. La mandavano come premio a qualche gita, ma a Natale regali mai.

Sua madre non si curava dei regali di Natale. Ad ogni richiesta di chiarimento sul perché lei fosse sempre priva di doni, rispondeva che doveva pensare ad aiutarla e non alle stupidaggini.

A Savona Anna ebbe il primo dono per Natale e pensò che, finalmente, Gesù in quella città premiava anche i bambini poveri. Forse aveva ragione suo padre; erano venuti a vivere in una città speciale.

Con il tempo Savona le diveniva sempre più familiare: le strade, i negozi, la gente. Girava per la città da sola o in compagnia del fratellino che Anna portava sempre con sé. Quel bambino era la sua unica compagnia perché anche in quella città per lei era difficile avere amici. I ragazzi savonesi erano diversi da lei e sembravano parlare un'altra lingua. Ogni tanto andava all'oratorio dove incontrava ragazzine come lei che dicevano però cose incomprensibili, giocavano a tennis e descrivevano certe loro vacanze che per Anna avevano dell'incredibile. Lo sci era al centro dei loro svaghi, ma Anna aveva visto la neve una volta sola e non sapeva cosa fosse davvero sciare. Tornava a casa avvilita, con la consapevolezza di non essere piaciuta. Allora cercava di capire che cosa non funzionasse in lei.

Solo da adulta Anna riuscì a trovare qualche risposta. A darle spiegazioni furono la sua psicoterapeuta e la passione per la lettura.

I dintorni di Savona, soprattutto le alture di Spotorno, così ricche di vegetazione a cui Anna non era abituata, le

permettevano per la prima volta di immergersi in una natura scagliosa, ma coloratissima e piena di sapori.

Le ginestre, che emanavano un profumo malizioso e che accendevano soli giallissimi sulle macerie, le rallegravano l'animo. Il poeta della solitudine, complice di paure ignote, la spingeva a guardare oltre se stessa, a non commiserare la sua minuta esistenza e a considerare, oltre l'orizzonte, l'infinito dello spazio e del tempo e la ristrettezza della condizione umana.

Ma oltre l'orizzonte c'è Dio, le aveva insegnato, perché ora le poesie che leggeva con emozione le portavano dubbi sempre più difficili da addormentare?

Anna, in quella città, stava crescendo: non camminava più scalza, andava a scuola e diventava ogni giorno più graziosa. I suoi compagni la guardavano, e lei, in cuor suo, se ne rallegrava. Forse l'amore le avrebbe offerto la possibilità di aprirsi ad un mondo nuovo, pensava. Ma quell'ansia d'infinito, penetrata da tempo nella sua mente, non si dileguò neppure quando le mani di Paolo si posarono sul suo corpo. Le emozioni sono spesso disgiunte dalla serenità e dalle certezze, e Anna lo sapeva bene, perché di certezze aveva solo la sua nuova patria, fatta di gente a cui rassomigliava sempre di più, che l'aveva accolta con diffidenza, e a cui sua madre non si era mai abituata. Come poteva accettare la parsimonia ligure una donna che della generosità aveva fatto bandiera? Ma Anna capì questa dolente ferita solo da adulta.

L'isola era meta di vacanza per la sua famiglia, e Anna, ogni volta, chiudeva gli occhi per ricordare profumi e sapori che avrebbero potuto colmarla di nostalgia e di rabbia per una terra che l'aveva spinta lontano, dandole per anni la sensazione di essere una sradicata.

Per Anna non rappresentava una meta da raggiungere; era solo un'isola senza metafore ed invidiava la grande scrittrice che aveva, in un romanzo da lei divorato, vissuto con passione e descritto, cielo e pietre, colori e verzura, la sua "Isola di Arturo".

## DOMANDA:

La mia fidanzata di 21 anni, due mesi fa è svenuta improvvisamente per due volte consecutive. Per tutta la settimana seguente è stata male, con mal di testa di tipo frontale, vertigini, nausea e debolezza.

Ricoverata in un piccolo ospedale, tutti gli accertamenti di routine risultavano nella norma, tranne la prolattina con un valore di 54.

Uscita dall'ospedale, abbiamo controllato la prolattina che era nella norma, anche se i sintomi erano sempre presenti. Quindi è stata sottoposta ad una RMN della sella turcica con mdc con il seguente referto.

Esame eseguito con sequenze SE, T1 pesate, acquisite dopo somministrazione di mezzo di contrasto, secondo piani sagittali e coronali.

Modesta sinistro-deviazione del peduncolo ipofisario.

Lievemente asimmetrico il profilo ghiandolare ipofisario con l'emidifframma destro più sollevato.

Piccola area di iperintensità di segnale, nelle immagini T2, è presente nella porzione posteriore della ghiandola ipofisaria subito sopra alla neuroipofisi, da riferirsi a minima componente cistica.

Non sono presenti nel contesto della ghiandola ipofisaria ulteriori aree di alterato segnale e difetti o ritardi di impregnazione dopo m.d.c..

Gli aspetti descritti non assumono particolare rilievo patologico, peraltro, nel persistere di una iperprolattinemia elevata, utile eventuale controllo.

Abbiamo consultato tre neurologi, i quali ci hanno detto che i sintomi (che a due mesi di distanza ancora persistono, seppure in forma minore) quasi sicuramente non dipendono dalla cisti. Ma un neurologo ci ha anche detto di consultare un endocrinologo.

Ora quindi cerchiamo soprattutto un buon endocrinologo, con la speranza che i neurologi che abbiamo consultato non si siano sbagliati.

riporto i risultati dei dosaggi effettuati 4-5 giorni prima del ciclo, il quale era in ritardo di circa 17-18 giorni

TESTAL TRH

Esame Prolattina tempi risultato

siero ridosato dopo precipitazione con PEG per macroprolattina

00 13.3

15 100

30 86.3

45 83.8

60 61.4

90 38.6

120 26.1

Tiroxina libera (FT4) 10.4 7.0-17.0

Triiodotironina libera (FT3) 4.0 2.7-5.7

Ormone tireotropo (TSH) 2.9 0.4-3.4

Tireoglobulina (TG) 9.5 <1.0-50 anticorpi antireoglobulina <1 <1.0-30

anticorpi antitireoperossidasi <1 <1.0-10 metodo IFMA

anticorpi anti recettore del TSH <1 <2-

Ormone follicolo stimolante (FSH) 3.6

Ormone luteinizzante (LH) 5.0

Estradiolo 17-beta 204

Progesterone 8.9

Cortisolo 114 85-260 metodo CLIA

ACTH 379-52

Ormone somatotropo (GH) 5.3 0-10

Insulin-like growth factor 1 (IGF1) 373 182-708

Le pongo una domanda: se nella RMN evidenzia una cisti, questa può essere anche un microadenoma o no?

I valori (credo alti) della prolattina significano la presenza di un prolattinoma o possono essere determinate anche dalla cisti?

## RISPOSTA:

In questo caso, per rispondere correttamente al paziente, bisognerebbe visionare la RMN. Tuttavia una lesione cistica può essere (raramente) anche un adenoma parzialmente colliquoato, ed una cisti (funzionalmente inattiva) può dare iperprolattinemia da disturbo del controllo dopaminergico. I valori di PRL a me sembrano normali con normale risposta al TRH, pertanto dovrebbe trattarsi di una lesione non funzionante. Ma, ripeto, andrebbe visionata la lastra e visti tutti i dati in pos-

sesso del paziente. Non posso che rendermi disponibile ad approfondire il caso.

## DOMANDA:

Mio figlio è affetto da acromegalia e, dopo vari esami, mi è stato consigliato di farlo operare: Vorrei un vostro consiglio e qualche nome di specialista per farlo visitare.

## RISPOSTA

Suo figlio è stato seguito da un brillante endocrinologo. Sono sicuro che lo affiderà in mani di neurochirurghi esperti.

In Italia i centri di endocrinologia specializzati in patologia ipofisaria sono molti. L'eccellenza di un centro è basata sull'esperienza non solo degli endocrinologi che vi lavorano, ma anche dei neurochirurghi, neuroradiologi, dei cardiologi e di altri specialisti di volta in volta coinvolti nella gestione clinica delle conseguenze sistemiche della patologia in questione. Questo concetto è valido soprattutto per sindromi cliniche complesse come l'acromegalia, il morbo di Cushing, l'ipopituitarismo. In pratica, è necessaria la presenza di un valido team di specialisti (guidati dagli endocrinologi esperti in patologia ipofisaria) che abbiano acquisito una lunga esperienza nelle patologie specifiche. Questo, chiaramente, è fortemente condizionato dal numero di casi che un centro raccoglie, trattandosi di patologie piuttosto rare (e anche fortemente sottostimate!). In genere i centri più all'avanguardia sono quelli dove si svolge anche un'attiva ricerca (con l'essenziale e forte partecipazione dei pazienti) sia clinica che di base. In Italia, abbiamo alcuni centri di patologia ipofisaria considerati tra i migliori del mondo. Spero di essere stato abbastanza esauriente. Resto a sua disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti.

Distinti saluti.

## DOMANDA:

Quali sono i migliori centri di cura per patologie ipofisarie in Europa e nel mondo?



## RISPOSTA

In Europa uno tra i migliori (nel mondo) è a Rotterdam, all'Erasmus Medical Center (Prof. Steven WJ Lamberts, Dr. Wouter W de Heder, Dr. Art-Jan van der Lely).

In Gran Bretagna, Londra, St. Bartholomew Hospital (Prof. Asley Grossman, Dr. Paul Jenkins); Oxford (Prof. John Wass, Dr. Helen Turner).

In Francia, Marsiglia (Prof. Philippe Jaquet); Parigi (Prof. Xavier Bertagna).

In Germania, Berlino (Prof. Klaus von Weder); Monaco (Prof. Christian Strasburger).

In Spagna, Barcellona (Prof. Susan Webb); Santiago de Compostela (Prof. Felipe Casanueva).

In Svezia, Goteborg (Prof. Bengt-Ake Bengtsson).

Nella Repubblica Ceca, Praga (Prof. Josef Marek).

Negli Stati Uniti, i migliori centri sono a Los Angeles, California (Prof. Shlomo Melmed); Charlottesville, Virginia (Prof. Mary Lee Vance); Ann Arbor, Michigan (Prof. Ariel Barkan); New York (Prof. David Kleinberg); Boston, Massachusetts (Prof. Anne Klibanski) e molti altri. Mentre in Australia il miglior centro è a Sydney (Prof. Ken Ho).

Spero di essere stato abbastanza esauriente. Resto a sua disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti. Ma, in sintesi mi creda, si fidi degli italiani!!! In Italia abbiamo anche tra i migliori neurochirurghi per la patologia ipofisaria!

## DOMANDA

Vorrei cortesemente avere informazioni sui microadenomi ipofisari e, in particolare, sapere cosa succede quando l'ormone della crescita risulta alto (arrivando addirittura fino a 15). Può trattarsi di acromegalia? In caso affermativo, si deve intervenire chirurgicamente?

## RISPOSTA

La diagnosi di acromegalia credo sia corretta poiché i livelli ormonali sono alterati, considerando l'età di sua sorella, anche se avrei preferito vedere il livello di GH durante la curva da cari-

co con glucosio e valutare il quadro clinico completo. Il medico che segue sua sorella è un endocrinologo? In che città? Inoltre, è un esperto di patologia ipofisaria?

Non conosco i dettagli neuroradiologici (dimensione e localizzazione della lesione ipofisaria), ma se si tratta di un microadenoma potenzialmente asportabile completamente è certamente indicato un intervento neurochirurgico per questo tipo di problema. L'intervento per via transfenoidale (via naso) è la tecnica oggi maggiormente usata e più sicura per il paziente.

Non sono d'accordo sull'affermazione che la terapia farmacologica possa creare problemi per un eventuale gravidanza. Invece, sarà importante rivalutare la paziente dopo l'intervento chirurgico poiché, alcune volte, l'operazione può non essere risolutiva e la terapia medica diventa allora un'importante arma complementare per il controllo della malattia. La recidiva (il riformarsi dell'adenoma) è un'eventualità possibile anche se rara dopo un intervento risolutivo (che determina il completo controllo della ipersecrezione di GH). I sintomi accusati dalla paziente sono compatibili con la malattia diagnosticata.

La saluto cordialmente e la invito a contattarmi se dovesse avere ulteriori dubbi

## DOMANDA

*Innanzitutto la ringrazio per la sua cortese, tempestiva e chiarissima risposta. Se non la disturbo, però, vorrei avere informazioni un po' più dettagliate sul caso di mia sorella. Come avevo già riportato nella mia precedente e-mail, ella ha 28 anni e qualche mese fa si è rivolta ad un endocrinologo per problemi di eccessiva peluria, soprattutto sul viso (evento piuttosto strano, visto che non ha certo una fisionomia tipicamente mediterranea, ma è bionda con la pelle e gli occhi chiari!). In seguito alla risonanza magnetica eseguita con liquido di contrasto, è stato rilevato il microadenoma ipofisario. Successivamente è stata sottoposta ad alcuni esami e praticamente tutti, tranne la prolatti-*

*na, sono risultati piuttosto alti. Le mostro i pochi risultati che, purtroppo, sono a mia disposizione:*

*GH (ripetuto almeno 2 volte, a intervalli, naturalmente):*

*1a v. = 5- 8,6 - 6,6 - 6,4 - 5,1 - 4,1*

*2a v. = 8,3 - 8,4 - 10 - 15 - 7,2 - 6,1*

*ACHT: 48*

*SOMATOMEDINA: 619*

*A causa dell'eccesso di GH il medico ha rilevato la malattia dell'acromegalia ed ha quindi ritenuto opportuno proporle l'intervento chirurgico, per evitare di legarla ad un trattamento farmacologico perpetuo ("a vita") che, sicuramente, le avrebbe impedito anche un'eventuale gravidanza.*

*A tal proposito vorrei formulare alcune domande:*

*1) Lei condivide la proposta del medico? O ritiene che l'operazione sia da evitare?*

*2) Che tipo di intervento sarà? (Il medico ha parlato di un'operazione fatta attraverso la bocca e il naso). Quali rischi può portare? E qual è la percentuale di successo?*

*3) L'adenoma potrebbe riformarsi?*

*4) I mal di testa che mia sorella ultimamente accusa e la famosa peluria possono dipendere da questi ormoni? Ringraziandola in anticipo per la sua disponibilità le porgo distinti saluti.*

*P.S. Mi scuso per aver utilizzato un linguaggio poco medico.*

## RISPOSTA

Cercherò di darle brevemente qualche informazione sugli adenomi ipofisari. Gli adenomi ipofisari sono tumori benigni dell'ipofisi. Si distinguono in microadenomi e macroadenomi per le dimensioni: i primi sono minori di 1 cm. L'ipofisi è una ghiandola endocrina molto importante che produce ormoni che a loro volta regolano altre ghiandole endocrine come la tiroide, le ghiandole surrenaliche, le gonadi, ed inoltre controllano molte altre funzioni dell'organismo, come la crescita staturale, l'allattamento e la composizione corporea. Queste lesioni si sviluppano lentamente e possono dare problemi legati sia alla eventuale produzione in eccesso di questi ormoni ipofisari (adenomi secernenti), oppure non produrre ormoni, ma anzi pro-

vocare la carenza di alcuni di essi (ipopituitarismo) a causa della presenza del tumore stesso e del danno sulle cellule normali dell'ipofisi (adenomi non funzionanti). Inoltre, i macroadenomi in particolare, possono dare sintomi legati alla espansione e alla pressione sulle strutture circostanti alla regione in cui si sviluppano. Tra questi, i disturbi visivi e la cefalea sono i più frequenti. Gli adenomi che, invece, producono ormoni biologicamente attivi determinano sindromi cliniche specifiche che si differenziano in base al tipo di ormone prodotto in eccesso. Quando l'iperproduzione ormonale riguarda la Prolattina, avremo l'iperprolattinemia, con sintomi diversi nel maschio e nella femmina, ma che in entrambi coinvolgono prevalentemente l'apparato riproduttivo e la sessualità. L'iperproduzione di ACTH determina invece un quadro clinico chiamato Morbo di Cushing, caratterizzato da eccesso di cortisolo (cortisone endogeno), molto pericoloso. L'iperproduzione di TSH (molto raro) determina un quadro clinico di ipertiroidismo. Per la produzione in eccesso di GH (ormone della crescita), possiamo avere 2 quadri clinici (a volte sovrapposti) in base all'età di insorgenza della malattia. Il primo, il gigantismo, si verifica quando un adenoma si sviluppa prima della pubertà, mentre l'acromegalia è il quadro clinico che si determina nell'adulto. L'acromegalia è una sindrome clinica molto complessa, spesso diagnosticata in ritardo perché non riconosciuta dai medici non endocrinologi. La fase di diagnosi è critica, non basta determinare i livelli di GH in assoluto (e sicuramente non in una singola campionatura), la diagnosi va fatta anche su altri parametri clinici e bioumorali. Pertanto è determinante rivolgersi presso un buon centro di endocrinologia dove vi siano colleghi esperti in patologia ipofisaria.

In base al tipo di adenoma, esistono varie opzioni terapeutiche che includono la terapia medica, l'intervento neurochirurgico e, in rari casi, la radioterapia (a basse dosi). Spesso il successo nella gestione di questa patologia è basato sulla combinazione di più

approcci terapeutici. Restando a sua disposizione per ogni eventuale chiarimento, le porgo distinti saluti

## DOMANDA

*Invio la mia "storia" completa: assumo la pillola come contraccettivo dal 1997; a gennaio 2002 inizio una dieta (povera di dolci e di carboidrati). Perdo in pochi mesi circa 10 Kg. Pesavo 57/8 Kg e sono alta 1,58 m. A fine ottobre '02 non ho le mestruazioni (si sospetta che "la pillola", Fedra, non sia più adatta per me"), il 9 novembre '02 eseguo laparoscopia per endometriosi (pur non avendo mai avuto dolori prima dell'operazione). Endometriosi => focolai simili ad un cielo stellato in zona pubica, coagulati durante l'operazione; successivamente, inizio la terapia di sospensione delle mestruazioni con Fedra per 6 cicli; terminata la terapia qualche giorno prima della ricomparsa delle mestruazioni faccio gli esami, e la prolattina risulta a 2101 (intervallo di riferimento 72 - 511).*

*Ripeto l'esame dopo le mestruazioni e la prolattina risulta a 2092.*

*Inizio la terapia con DOSTINEX 0,5, due volte la settimana; il 24 maggio e il 23 giugno eseguo RM senza e con mezzo di contrasto => non alterazioni ossee. Ghiandola ipofisaria presenta dimensioni nella norma. Non si osservano aree di alterato segnale. Non rilievi di significato patologico a carico delle cisterne soprasellari e del chiasma ottico. Il 2 luglio ripeto l'esame della prolattina che risulta 681. In questo periodo sto assumendo ancora DOSTINEX. Il ginecologo parla di semplice DISFUNZIONE; il mio medico dice che i valori sono troppo alti e che ci sarà un microadenoma non visibile.*

*Sto ancora assumendo la pillola Jasmin come contraccettivo.*

## RISPOSTA

Penso che la sua iperprolattinemia non sia necessariamente dovuta ad un microadenoma, ma ad una "disfunzione". Il rilievo di valori elevati di PRL può anche essere correlato all'uso del contraccettivo. Ora segua

la prescrizione del ginecologo; controllerà la PRL dopo due tre mesi dalla sospensione del contraccettivo (in assenza di dostinex).

## DOMANDA:

*Egr. A.N.I.P.I.,*

*Vorrei proporVi un problema che mi pare di interesse generale: la mutuabilità con tesserino di esenzione ticket per patologia - 001 - degli aghi, siringhe e acqua per l'iniezione del farmaco per l'Acromegalia.*

*A fine settembre 2003 ho terminato il Protocollo Sperimentale di Studio sul farmaco "Pegvisomant" e praticamente, da ora in avanti, l'ospedale mi fornirà del "Pegvisomant" fino alla sua commercializzazione nelle farmacie, ma dovrò comprare, a mie spese, aghi, siringhe e acqua in fiale per l'iniezione giornaliera.*

*Dubito che, una volta in commercio, la ditta produttrice del farmaco lo venda già fornito di 30/31 siringhe complete + soluzione d'acqua (quantità mensile), vedere infatti le iniezioni che si facevano giornalmente ogni 8 ore.*

*Allora Vi chiedo:*

*E' giusto che un diabetico venga fornito di tutto l'occorrente per le sue iniezioni d'insulina a spese dello Stato e invece un acromegalico debba comprarsi tutto a proprie spese (che non sono neanche deducibili dalla dichiarazione dei redditi di fine anno)?*

*Io, sinceramente, penso che dovremmo essere trattati alla pari!!!*

*Voi, in quanto associazione di "categoria", non avete la possibilità di "premere su questo tasto" per far in modo che anche gli acromegalici abbiano, nel più breve tempo possibile, lo stesso trattamento dei diabetici?*

*Inoltre, da adesso in poi, dovrò pagarmi anche l'esame del sangue della "Somatomedina C" (IGF1), visto che l'esenzione ticket per patologia "001" non prevede la sua mutuabilità (mutabile solo il "GH"). Costo dell'esame circa Euro 30.*

*Non sono informato sulla situazione delle altre ASL in genere ma, dato che nessun ospedale della mia zona effettua l'esame della "Somatomedina C", devo ricorrere ad un centro privato di*



analisi cliniche convenzionato con la mutua ma che, purtroppo, fa pagare tale esame perché non gli viene rimborsato dall'ASL di Latina.

Che scemenza!!! e pensare che, per la diagnosi e la cura dell'Acromegalia, l'esame del sangue "IGF1" è importante quasi quanto l'esame del "GH"! Per favore, mi potreste spiegare com'è la regolamentazione in tal proposito?

1 - L'IGF1, in base all'esenzione per patologia "001", è mutuabile negli ospedali statali che lo effettuano (a me pare di no)?

2 - Perché le ASL (o forse solo alcune ASL) non rimborsano i centri clinici privati convenzionati che effettuano l'IGF1, pur rimborsando tutti gli altri esami che fanno?

3 - Ho anche l'esenzione ticket per patologia "048" (Adenoma ipofisario = neoplasia benigna), totale per quel che riguarda analisi del sangue ed esami diagnostici.

Con questa esenzione rientra l'IGF1 mutuabile?

4 - Con lo "048" potrei prendere mutuabili aghi, siringhe e acqua in fiale per la mia iniezione giornaliera di "Pegvisomant"?

RingraziandoVi anticipatamente per il disturbo che potrei aver arrecato, porgo i miei cordiali saluti.

## RISPOSTA

Il "Pegvisomant", come Lei sa, non è ancora in commercio in Italia. Pertanto, al momento, non è prevista e non è possibile richiedere a carico del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) l'erogazione di aghi, siringhe e acqua sterile per soluzione iniettabile per la

somministrazione del farmaco. Riten- go, tuttavia, che Lei possa presentare alla Azienda Sanitaria Locale del distretto di residenza una relazione clinica da cui emerge la necessità per il Suo caso della terapia con "Pegvisomant" e tentare di richiedere l'erogazione del materiale di consumo necessario per la terapia.

Per quanto riguarda il dosaggio dell'IGF-1, questa prestazione non è inserita nel Nomenclatore Tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale di molte Regioni, tra cui presumo anche il Lazio. Pertanto non è prevista l'erogazione a carico del Sistema Sanitario Nazionale. È possibile tuttavia richiederne alla Regione l'inserimento nel tariffario anche alla luce dei Livelli Essenziali di Assistenza, in vigore da febbraio 2002. Infatti, le Regioni devono apportare modifiche al Nomenclatore Tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, assicurando l'inserimento di prestazioni in precedenza erogabili solo in regime di ricovero ospedaliero, per le quali vi sia evidenza di un più appropriato regime di erogazione in sede di specialistica ambulatoriale.

In Emilia Romagna, su richiesta dei clinici, il dosaggio dell'IGF-1 è stato ricondotto alla prestazione "ormone somatotropo" ed è presente con lo stesso codice e lo stesso prezzo nel Nomenclatore Tariffario. Pertanto, in questa Regione, il dosaggio dell'IGF-1 è erogato a carico del SSN con pagamento del ticket o con esonero dal pagamento del ticket nei casi in cui l'utente abbia una specifica esenzione,

per patologia (per esempio la 048) o per reddito.

Sperando di aver soddisfatto i suoi quesiti, porgo distinti saluti.

## DOMANDA:

Sono in amenorrea da 9 mesi e mi è stato riscontrato un adenoma ipofisario e un difetto al quarto nervo cranico e nonostante diverse cure non ho riscontri. Vorrei un consiglio su come comportarmi.

## RISPOSTA

Gent.ma Sig.ra Sara,

Da come scrive si può ipotizzare che abbia una "sindrome sellare" da macroadenoma ipofisario. L'assenza di informazioni sul suo stato ormonale (PRL elevata?, gonadotropine basse?, alfa-subunità?, ecc.) impedisce un giudizio su una possibile causa ipofisaria dell'amenorrea (secondaria ad una iper-PRL-mia?, da ipopituitarismo parziale?). Comunque, l'evento amenorrea (secondaria) potrebbe anche concomitare ma non essere strettamente correlato all'adenoma ipofisario. Non saprei cosa consigliarle dal punto di vista terapeutico (intervento?, trattamento sostitutivo?, DA-agonisti?, altro) in assenza di più dettagliate informazioni cliniche e biochimiche. La sua e-mail proviene da Roma: penso che possa trovare in loco numerosi colleghi "ipofisiologi" che potranno aiutarla.

Rimango comunque disponibile ad aiutarla presso la nostra struttura.

Prof. Diego Ferone  
Prof. Massimo Giusti

Si ringrazia



Si ringrazia

# PHARMACIA



Ero un ragazzo normale come tutti gli altri, sognatore, con piccoli e grandi problemi che i giovani hanno e con la passione del mio lavoro d'artigiano.

Tutto iniziò nel dicembre 2001, all'età di 27 anni, quando mi accorsi di essere persistentemente affetto da mal di testa, quasi insopportabile, da stanchezza fisica, da febbre oscillante dai 37°C del mattino ai 38°C della sera, da una forte sete, e che pian piano mi si stringeva il campo visivo, ed inoltre notavo un calo dei riflessi.

Nel mio Io sapevo che c'era qualcosa che non andava bene ma avevo paura di scoprirlo.

Dopo due anni di attività lavorativa come artigiano stavo iniziando a raccogliere le mie gratificazioni econo-

miche e personali, e la soddisfazione dei miei clienti, cosa molto importante per la mia vita.

Ero abile a nascondere la mia realtà alle persone che mi stavano vicino, eccetto che a mia madre e mio padre; infatti, quest'ultimo mi chiedeva continuamente di sottopormi a controlli medici.

Il mattino del Mercoledì 20 Febbraio 2002, come di consuetudine mi alzai per andare a lavorare, ma non riuscivo a poggiare il tallone al suolo per i forti dolori e, nonostante ciò, camminando sulla punta dei piedi, mi recai ugualmente a lavorare, preso dalla responsabilità che sentivo verso due ragazzi volenterosi che lavoravano con me, e, per i quali, ero indispensabile.

Al rientro a casa, mio padre, prendendo di petto la situazione, mi sgridò e mi costrinse con la forza a restare a letto per i quattro giorni successivi.

Il mattino del Lunedì 25 Febbraio 2002 mi ricoverai all'ospedale del mio paese. Un neurologo del reparto medicina, sottoponendomi a diversi esami, tra cui una TAC, riscontrò una lesione dell'ipofisi. Per tale motivo fui trasferito in un ospedale specializzato, dove fui sottoposto a RMN. Il primario riscontrò un cordoma sellare ad espansione soprasellare, con linfodenomegalie. Dovevo, a questo punto, essere sottoposto ad intervento chirurgico, che non poteva essere effettuato per la presenza della febbre, per cui fui trasferito al reparto di medicina dove



avrebbero indagato sulla causa di questa continua febbre.

Il mio stato di salute continuò ad aggravarsi sempre di più, con la perdita di 10 Kg di peso corporeo, il progressivo restringimento del campo visivo ed i continui sbalzi della temperatura. In quest'ultimo reparto fui sottoposto a molteplici analisi cliniche, tra cui un esame broncoscopico per la ricerca di pneumocisti carini e di citomegalovirus nel liquido di lavaggio bronchiale. Gli esiti furono tutti negativi; ma vennero riscontrati linfonodi ingrossati in sede laterocervicale e ascellare destra. Fui sottoposto ad intervento chirurgico e vennero asportati due linfonodi di forma sferica del diametro di 2 cm, per fortuna negativi per la ricerca di cellule maligne.

Con una terapia cortisonica ci fu un miglioramento fisico, con la ripresa dell'appetito, della forza fisica e la scomparsa della febbre.

Il 3 Aprile 2002 venivo trasferito nel reparto neurochirurgia, con lo stato del visus in continuo peggioramento.

Il 5 Aprile 2002 venivo sottoposto ad intervento neurochirurgico per via transfenoidale per l'asportazione subtotale della lesione espansiva sellare. All'esame istologico la lesione risultava essere una neoplasia epitelio-morfa di tipo cordoma nella sua variante epiteliale anaplastica.

Il 20 Aprile 2002 venivo dimesso con la diagnosi di cordoma sellare ad espansione soprasellare e linfadenomegalie.

A distanza di un mese, riscontravo un miglioramento delle condizioni fisiche ma non di quelle visive. Il 10 Maggio 2002 venivo ricoverato nel reparto di medicina per controlli. Successivamente fui ricoverato d'urgenza nel reparto di neurochirurgia, a causa della quasi totale cecità.

Era il pomeriggio del 21 Maggio 2002 quando mi venne detto che l'indomani sarei stato nuovamente sottoposto ad intervento chirurgico.

In quell'istante mi sentii crollare il mondo addosso, non avevo mai creduto di dover subire un altro intervento, ma speravo piuttosto in un trattamento radiante a Parigi, già precedentemente prospettato.

Il giorno dell'intervento chirurgico era il mio compleanno, compivo 28 anni, era chiaramente anche quello di mia sorella gemella, ma era anche l'onomastico di mia madre (S. Rita da Cascia); festeggiamenti che avrei preferito celebrare a casa, con la mia famiglia.

Venni sottoposto ad intervento per una ricrescita della lesione espansiva, ma questa volta per via transcranica. L'esame istologico confermò il precedente referto, cioè cordoma sellare e soprasellare.

Al risveglio dall'anestesia la prima cosa che felicemente notai, riaprendo gli occhi, fu la sensazione di vedere nuovamente, cosa che, col passare dei giorni, migliorava sempre più.

Il 29 Maggio 2002 fui dimesso e col tempo miglioravano tutte le mie sofferenze, tanto da riprendere a lavorare e a riprovare la grande gioia di guidare.

Già al primo intervento mi era stato detto che la massa tumorale non poteva essere del tutto asportata, perché situata in una zona molto delicata, chiamata seno cavernoso, irraggiungibile con le attuali metodiche e che sarebbe stato necessario un trattamento radiante, effettuabile solo in Francia.

A questo punto iniziavano le incomprendimenti tra me, paziente, e Dottore per chi doveva inviare il mio plico al radioterapista Prof. Jean Louis Habrand dell'Istituto Gustave Roussy (I.G.R.) centro oncologico di Villejuif (Parigi).

La persona che fu incaricata dell'invio del plico arbitrariamente spedì una parte dei documenti, ritenendo l'altra non opportuna, richiudendoli nel cassetto per andarsi a godere le dovute ferie meritate, facendo slittare di parecchio la chiamata a Parigi.

Passarono quasi due mesi ma all'I.G.R. non pervenne il plico completo, così, con l'aiuto di mio padre, decisi di andare a ritirare di persona il plico completo dall'ospedale e il giorno dopo partii per Parigi senza avere nessun appuntamento con il Prof. Habrand.

Giunto lì, il Professore fu così umano che mi ricevette all'istante e con

l'aiuto di un interprete mi trasmise tanta forza e coraggio dandomi tutte le soddisfazioni che cercavo, ma suo malgrado mi disse che era stato un peccato aver perso quasi due mesi di tempo per una negligenza.

Inoltre mi disse che il mio caso poteva essere curato solo da lui e che mi avrebbe chiamato tra Dicembre 2002 e Gennaio 2003 per il trattamento dovuto.

Durante l'attesa il male si risvegliò, andando a comprimere sia i nervi ottici che il chiasma ottico, finendo con lo spegnere definitivamente il visus dell'occhio destro e gran parte di quello sinistro, il tutto nel giro di 15 giorni. A quel punto si aggiunsero anche i problemi dell'ipopituitarismo, con gravi conseguenze per la tiroide. Infatti già mi era stato diagnosticato in precedenza un ipotiroidismo, per il quale ero in cura presso un endocrinologo, più amico che Dottore.

Restai in attesa della chiamata alcuni mesi, a nulla servivano le molteplici sollecitazioni che inviavo all'I.G.R., compreso una RMN che evidenziava la crescita del male di 23 mm; con questo nulla da ridire in quanto vi erano centinaia di persone da tutta Europa in lista di attesa. Detto fatto, il 24 Dicembre 2002 mi chiamò all'I.G.R. per il primo colloquio e per me fu una soddisfazione che un Primario passasse la vigilia di Natale con me fino alle 19..

Il mio soggiorno in regime di Day Hospital durò 93 interminabili giorni, per la dura e lunga terapia fononica e protonica, in una terra straniera e con differenza di lingua.

L'ultima risonanza magnetica dell'encefalo, a distanza di 6 mesi dalla radioterapia, evidenzia la crescita della massa tumorale di 14 mm, totalizzando ben 37 mm.

Nella metà di Settembre 2003 sarò di nuovo a Parigi per il primo controllo post-radiante e sentirò il parere dello specialista sulle mie condizioni generali e, se ci sarà bisogno di un altro intervento chirurgico, lo affronterò a testa alta.

Concludendo, mi sento comunque motivato a guardare il futuro con estrema fiducia, quest'ultima, medicina indispensabile per ogni ammalato.

PITUITARY 2004

# Gestione clinica integrata dei tumori ipofisari

**Bologna, 30 gennaio 2004**

## Presidenti

G. Frank

*U. O. Neurochirurgia Ospedale Bellaria Bologna*

M. Faustini-Fustini

*U.O. Endocrinologia Ospedale Bellaria - Bologna*

## Comitato Scientifico

G. Frank (Bologna) - M. Faustini-Fustini (Bologna) - M. Anagni (Bologna) - D. Mazzatenta (Bologna)

Promosso da:

**Presidio Ospedaliero Bellaria-Maggiore - Dipartimento di Neuroscienze  
Centro di Chirurgia dei Tumori Ipofisari**

Sono stati richiesti i seguenti Patrocini:  
**SINch Società Italiana di Neurochirurgia**  
**AME Associazione Medici Endocrinologi**  
**SIE Società Italiana di Endocrinologia**

## PROGRAMMA

È in corso la richiesta di accreditamento ECM

08,45 Registrazione partecipanti e consegna materiale ECM  
09,00 Salute delle Autorità  
09,10 Salute ANIPI - Associazione Nazionale Italiana Patologie Ipofisarie

### I SESSIONE

Moderatori: F. Calbucci (Bologna), V. Chiarini (Bologna), E. de Divitiis (Napoli)  
09,15 Lecture  
Defining expertise in neurosurgery of pituitary tumours  
The view of an "endocrinologist"  
F. F. Casanueva, (Santiago de Compostela, Spain)

Tavola Rotonda

Quanti centri di chirurgia ipofisaria? Uno, nessuno, centomila

09,45 Il Centro di Chirurgia dei Tumori Ipofisari dell'Ospedale Bellaria  
G. Frank, M. Faustini-Fustini (Bologna)  
10,00 Interazione endocrinologo-neurochirurgo  
M. Losa (Milano)  
10,15 Il paziente con patologia espansiva della regione sellare: modello assistenziale di gestione multidisciplinare  
P. Cappabianca (Napoli)  
10,30 Il Centro di Neurochirurgia Endocrina di Padova  
M. Scanarini (Padova)  
10,45 Dibattito tra Pubblico ed Esperti  
11,00 Coffee break

### II SESSIONE

Moderatori: F. Colombo (Vicenza), G. Faglia (Milano), E. Ghigo (Torino)

Tavola Rotonda

Trattamento del paziente acromegalico: attualità e prospettive

11,20 Introduzione  
G. Faglia (Milano)  
11,30 La terapia medica: indicazioni attuali e prospettive future  
G. Lombardi (Napoli)  
11,50 La terapia chirurgica  
G. Maira (Roma)  
12,10 Dibattito tra Pubblico ed Esperti  
12,40 Lettura Magistrale  
Adenomi ipofisari TSH-secerneanti  
P. Beck-Peccoz (Milano)  
13,10 Lunch

### III SESSIONE

Moderatori: C. Carani (Modena), R. Pasquali (Bologna)

14,30 Resistenza all'azione degli analoghi della somatostatina e dopamina nei tumori ipofisari  
A. Spada (Milano)  
14,50 Dibattito tra Pubblico ed Esperti  
15,00 Discussione interattiva di casi clinici  
M. Faustini-Fustini, U. Pagotto, E. Pasquini, F. Roncaroli\* (Bologna, \*Londra)  
15,45 Coffee break

### IV SESSIONE

Moderatori: A. Angeli (Torino), M. Boscaro (Ancona), F. Mantero (Padova)

Tavola Rotonda

Trattamento del paziente con malattia di Cushing: attualità e prospettive

16, 05 Criteri di guarigione della malattia di Cushing  
G. Arnaldi (Ancona)  
16,15 Terapia medica: indicazioni attuali e prospettive future  
M. Terzolo (Torino)  
16,30 La terapia chirurgica  
M. Scanarini (Padova)  
16,45 La terapia radiante frazionata  
F. Spagnolli (Bologna)  
16,55 La radiocirurgia  
F. Colombo (Vicenza)  
17,05 Dibattito tra Pubblico ed Esperti  
17,25 Compilazione del questionario ECM  
17,35 Conclusioni  
G. Frank, M. Faustini-Fustini (Bologna)



L'AnipiER in un anno di attività ha organizzato vari incontri e convegni: Convegno "Dalla parte del Paziente", 30 novembre 2002, a villa Smeralda di San Marino di Bentivoglio, con l'Unità Operativa Semplice dell'Ospedale di Bentivoglio; incontro "Pazienti e Medici per una Migliore Qualità dell'Assistenza Sanitaria", 8 febbraio 2003, all'Ospedale Sant'Orsola di Bologna, con l'Azienda Ospedaliera S. Orsola Malpighi e la Scuola di Specializzazione in Endocrinologia e Malattie del Ricambio; convegno su "Patologie Ipofisarie Aspetti Gestionali Bisogni del paziente", 5 aprile 2003, all'Arcispedale S. Anna di Ferrara, con l'Università degli Studi di Ferrara e

l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara; incontro con pazienti e medici dell'Unità Operativa di Endocrinologia e Malattie del Ricambio degli ospedali Maggiore e Bellaria di Bologna, 17 maggio 2003; convegno "Il deficit di ormone somatotropo in età adulta", tenuto l'11 ottobre 2003 nella Sezione di Endocrinologia dell'Università di Ferrara; incontro di iscritti a Rimini il 28 settembre, per affrontare, in uno scambio diretto di esperienze, difficoltà e problemi dei pazienti con malattie ipofisarie.

Sono previsti incontri con le autorità regionali per discutere i problemi che interessano i pazienti e che riguardano i centri terapeutici specialistici.

Tutti questi incontri e convegni ci hanno confermato nell'idea che è importantissimo diffondere le conoscenze sulle malattie ipofisarie, farci carico come pazienti di scambi di esperienze, migliorare i rapporti con i centri di diagnosi e terapia. In particolare, nell'incontro del 28 settembre, è nata l'idea di aprire, presso i centri specializzati con cui siamo in contatto, uno sportello di ascolto dei malati, con la presenza di un delegato dell'Associazione e di un medico del centro, una volta al mese. La risposta è stata positiva e speriamo di poter portare a realizzazione nel nuovo anno questa idea.

Valeria Urbinati

Presidente Anipi Emilia - Romagna

## ANIPI Piemonte



**Convegno A.N.M.I.L. Asti  
26 Ottobre 2002**

**Prevenzione  
degli infortuni  
sul lavoro**

***Quando e a chi conviene?***

L'Associazione di volontariato A.N.I.P.I. Regione Piemonte, che ho l'onore e l'onere di presiedere, si occupa dei portatori di patologie ipofisarie, delle loro patologie e della ricerca indirizzata all'approfondimento delle cure e della prevenzione (come cita il nostro statuto all'art. 2 punto 1). "sostenere, incoraggiare, promuovere la ricerca delle patologie ipofisarie per migliorare la prevenzione e la cura". Illustri medici e clinici hanno sinora evidenziato che la prevenzione delle patologie ipofisarie è assai problematica perché in effetti non se ne conoscono con certezza le cause. Ricercatori hanno ipotizzato ma non provato che in alcuni specifici ambienti di lavoro (industria dei cosmetici) il contatto prolungato con alcuni prodotti avrebbe potuto essere la causa dell'insorgere di adenomi ipofisari. Ma la statistica ci insegna che per ave-

re dati certi bisogna procedere su un gran numero di casi, su soggetti ben identificati, e in ambienti analoghi per poter effettuare dei rilievi che permettano di avere dei dati certi e non ipotetici. Casi sporadici potrebbero essere delle semplici coincidenze ma non danno certezze che permettano di giungere a conclusioni atte a generare azioni di prevenzioni nel settore delle patologie ipofisarie. Essendo stato ampiamente dimostrato che la prevenzione ha sempre un costo minore della cura è ovvio che per poter giungere ad una prevenzione delle patologie ipofisarie, ipoteticamente determinate da particolari condizioni di lavoro, occorre sostenere con il massimo vigore la ricerca delle cause. Queste patologie sono rare o relativamente rare. Le Associazioni di volontariato, come quella che rappresento, hanno però poca possibilità di operare se non nel raccogliere fondi per destinarli a questo scopo. È un onere non indifferente che, per la ricerca, dovrebbe essere compito delle Università, degli Enti scientifici pubblici o privati e che per la parte finanziaria, dopo una opportuna sensibilizzazione da parte della Associazioni di volontariato dovrebbe essere compito sia del settore

pubblico sia di quello privato, non dimenticando le industrie farmaceutiche che alla ricerca pura orientata dovrebbero, per statuto, riservare una parte dei loro budget. Queste ricerche forse non potranno dare risposte economiche nell'immediato, ma sicuramente allevieranno le sofferenze di chi soffre e, con una adeguata opera di prevenzione, ridurranno i costi per la collettività ed in ultima analisi anche per le stesse industrie.

Lo scarso interesse da parte dei ricercatori è anche determinato dal fatto che queste patologie sono patologie marginali, non sono mortali che, pur avendo qualche difficoltà a livello diagnostico, se ben curate, permettono a certe condizioni, una vita normale o quasi normale.

L'ANIPI è presente a questo evento perché tra i nostri associati ci sono dei soci dell'ANMIL, che hanno chiesto la nostra collaborazione, e noi volentieri gliela abbiamo data presentando un team di tecnici che gli interventi della seconda parte di questo convegno avranno il compito di approfondire gli aspetti medico-terapeutici e normativi degli infortuni sul lavoro, dando così una risposta al quesito posto: "QUANDO E A CHI CONVIENE?"



## ANIPI Piemonte

Voglio infine evidenziare che è imperativo di tutti diffondere la coscienza della prevenzione che è raggiungibile a, livello individuale, solo attraverso una conoscenza di noi stessi, del nostro corpo, delle nostre malattie e del mondo in cui viviamo.

La conoscenza ci permette di vivere in

armonia con noi stessi e con l'ambiente che ci circonda, impedendoci di compiere quegli atti che portano all'infortunio, sia esso di origine traumatica che patologica.

ANIPI Regione Piemonte ha assunto come emblema "il Gabbiano che vola", che trasmette un messaggio di-

scritto ed incoraggiante.

Invita a conoscere perfettamente se stessi ed i propri malanni come egli conosce se stesso e le leggi della natura che lo circonda, per volare liberi verso la luce, la conoscenza e la vita.

*Walter Zaccagnini*



## ANIPI Lombardia

Quelli dei pazienti endocrinopatici che afferiscono alle Strutture Ospedaliere (ed i pazienti con affezioni ipotalamo-ipofisarie generalmente appartengono a questa categoria) hanno avvertito (a volte con ansia ed insoddisfazione) il profondo mutamento che la progressiva applicazione della riforma del Servizio Sanitario Nazionale, avviata con il decreto legislativo n. 502, del 30 dicembre 1992, ha indotto nella assistenza ospedaliera.

Infatti l'adozione del nuovo sistema di pagamento a prestazioni dei produttori (gli ospedali) ha comportato, come atteso, profonde implicazioni sulla rete della assistenza ospedaliera, sulla organizzazione interna degli ospedali e sulle loro modalità di funzionamento. Il nuovo sistema di pagamento a prestazione finanzia gli ospedali in base al numero ed alla complessità dei ricoveri effettuati secondo tariffe predefinite ed indipendenti dai costi effettivamente sostenuti da ciascun singolo ospedale. Al contrario il precedente sistema di finanziamento, prevedendo il rimborso dei costi sostenuti, creava una progressiva deresponsabilizzazione degli amministratori e dei clinici rispetto al volume della assistenza prestata ed alla appropriatezza nell'utilizzazione delle risorse disponibili. D'altro canto, il nuovo sistema di remunerazione ha implicito in sé il rischio di comportamenti opportunistici, quali i ricoveri ripetuti, la modificazione dell'assistenza fornita, la selezione della patologia, la manipolazione delle informazioni riportate sulla scheda di dimissione del paziente (SDO).

Molteplici sono le ricadute di questa innovazione e tutte si ricollegano al forte incentivo alla responsabilizzazione gestionale ed alla razionalizzazione organizzativa all'interno delle Aziende Ospedaliere, cioè alla ricerca delle modalità più efficienti con cui gli operatori dell'ospedale nel loro insieme danno risposta ai problemi di salute della comunità.

Il ruolo dell'ospedale nel sistema dei servizi sanitari è destinato a cambiare, e l'ospedale a caratterizzarsi prevalentemente come struttura per l'accoglienza di pazienti acuti ad elevato grado di gravità o complessità. La riduzione dei tempi di degenza e le dimissioni sempre più precoci necessariamente determineranno la istituzione di sistemi di assistenza postacuta, in degenza o domiciliare, nonché livelli di assistenza pre-ospedaliera.

In termini strutturali questo significa che la rete ospedaliera del SSN presenta una eccedenza di posti letto a fronte di una carenza di posti letto per la degenza postacuta e a lungo termine. In alcuni contesti, soprattutto nell'ambito delle discipline mediche, questo si è già tradotto in consistenti ridimensionamenti strutturali come conseguenza dell'attuale riforma sanitaria.

I professionisti responsabili dei processi sanitari sono diventati consapevoli della crescente pressione derivante dalla necessità di contenimento della spesa sanitaria e più attenti al recupero di efficienza. Il costante richiamo su questi aspetti, probabilmente diverso nei vari contesti regionali, impone ai professionisti un con-

tinuo ripensamento dei processi di diagnosi e cura ed un uso sempre più appropriato del livello di assistenza, nel perseguimento di una maggiore efficienza.

La stessa Società Italiana di Endocrinologia con la propria Commissione DRG e Qualità ha attuato una analisi approfondita inerente l'appropriatezza del ricovero per la patologia endocrino-metabolica applicando criteri tesi a circoscrivere il numero di pazienti da avviare al ricovero ordinario utilizzando lo strumento PRUO (Protocollo per la Revisione dell'Uso dell'Ospedale, già in uso in diverse regioni italiane), dove si elencano parametri clinici di appropriatezza al ricovero e condizioni di inappropriatazza. La Commissione ha potuto rilevare che molte situazioni patologiche dell'area endocrino metabolica sono di fatto da avviare al ricovero ospedaliero ed alcune possono configurare vere emergenze endocrino-metaboliche (basti pensare alle alterazioni elettrolitiche quali ipo e ipernatriemia, alla secrezione inappropriata di ormone antidiuretico, alla apoplezia ipofisaria, all'iposurrenalismo acuto, per menzionare solo le affezioni che possono colpire pazienti con malattie ipotalamo-ipofisarie).

La opportunità del ricovero per alcune affezioni endocrino metaboliche e la loro gestione più appropriata da parte di Specialisti endocrinologi è stata recepita nella Regione Lombardia, dove il Piano Sanitario Regionale 2001-2003 ha previsto la presenza di letti di degenza ordinaria dedicati alla patologia endocrina.



Persiste, tuttavia, la problematica relativa alla scarsa remunerazione prevista per un ricovero dell'area endocrino-metabolica "non complicato", che pone a rischio le strutture endocrinologiche rispetto ad altre discipline più remunerative per le aziende ospedaliere. In altre parole l'assorbimento di risorse economiche per effettuare tests molto importanti per i pazienti con patologia ipofisaria (si pensi al cateterismo dei seni petrosi inferiori per la determinazione di ACTH nei pazienti affetti da malattia di Cushing o ad alcuni tests diagnostici ormonali dinamici) può essere superiore alla remunerazione che una Regione rimborsa alla Azienda Ospedaliera per quel tipo di ricovero

Tale problematica è complicata dalla inclusione da parte del Legislatore di tutte le malattie endocrino metaboliche che non presentano eventi complicanti in un'unica categoria in termini di "peso" e, quindi, di assorbimento di risorse e di conseguenza di remunerazione.

## LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

L'articolo 1 del DL 229/99 (atto di indirizzo e coordinamento su integrazione socio-sanitaria) prevede che il SSN assicurati, attraverso risorse pubbliche, i livelli essenziali di assistenza definiti nel rispetto dei principi di parità di diritti, bisogno di salute, equità di accesso all'assistenza, qualità e appropriatezza delle cure ed economicità nell'impiego delle risorse.

Con un Decreto del Presidente del Consiglio del 29 ottobre 2001 sono stati definiti i Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria, riconducibili alle tre macroaree della Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro, Assistenza distrettuale ed Assistenza ospedaliera, e le relative Linee Guida di applicazione.

Il documento prevede una redistribuzione dei fondi fra le tre macroaree dell'assistenza: aumento della quota destinata alla prevenzione, aumento delle quote per l'assistenza distrettuale (quella fornita dal territorio) e riduzione per la quota della assistenza

ospedaliera.

In particolare sono state identificate 43 tipologie di ricoveri ospedalieri ad elevato rischio di inappropriatazza; due di queste sono relative a diagnosi endocrinologiche: *diabete in pazienti di età > di 35 aa e malattie endocrine senza complicanze*. Occorre ricordare che quest'ultima tipologia di ricovero ricomprende praticamente tutte le affezioni endocrine. Negli intenti del Legislatore i casi trattati in regime di ricovero ordinario o di Day Hospital dovrebbero essere spostati in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse.

Nello stesso Decreto viene dato inoltre alle Regioni il compito di stabilire, sulla scorta di rilevazioni regionali, il numero massimo di ricoveri di accertata inappropriatazza ammessi.

Per quanto concerne la Regione Lombardia, il livello di appropriatezza è stato definito analizzando i ricoveri di tutte le strutture erogatrici con uno strumento nuovo, derivato dal PRUO (RL-PVA, Regione Lombardia-Protocollo Valutazione Appropriatezza). I risultati ottenuti, dopo una fase propedeutica, sono serviti a stabilire gli obiettivi aziendali con precise ricadute economiche. L'azienda che effettui un numero maggiore di ricoveri "inappropriati" rispetto alla soglia regionale verrà penalizzata della quota finanziaria di tutti quei ricoveri che si discostano dalla soglia.

Ad ulteriore disincentivazione dei ri-

coveri "inappropriati" la Regione Lombardia ha ridotto le tariffe per la remunerazione delle due tipologie endocrino-metaboliche "a rischio", del 40% del loro precedente valore.

Potrà essere interessante confrontare le diverse esperienze regionali tenuto anche conto della notevole differenza di remunerazione per le affezioni endocrine rilevabile a livello interregionale.

Ritengo che, pur nella consapevolezza dell'obbligo di contenimento della spesa sanitaria, vada difesa l'efficacia e la qualità della prestazione dello specialista in Endocrinologia e metabolismo, riconoscendo il vantaggio, anche in termini di economicità, della gestione specialistica delle affezioni endocrino-metaboliche.

Che venga garantita o continui ad essere garantita la possibilità di ricovero dei pazienti particolarmente complessi o con emergenze endocrino-metaboliche in strutture dove la gestione diretta da parte di organici specialistici risulterà più efficace ed efficiente di quella offerta da strutture di medicina non specialistiche.

Paola Lori

## Bibliografia

- Mara Bergamaschi L'organizzazione nelle aziende sanitarie Mc Graw Hill, 2000
- Francesco Taroni DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali Il Pensiero Scientifico Editore, 1997
- Commissione DRG e Qualità Appropriatezza del ricovero ordinario o di Day Hospital per l'area endocrino-metabolica, Società Italiana di Endocrinologia.



Così i primi estimatori, quasi tutti inglesi come gli Hanbury, chiamarono quell'arco di costa da cui s'inarcano, verso nord, le prime Alpi marittime e brevi, forti fiumane scavano valli di gran passaggio. Non percorreremo la bellissima valle Roja, ricordata anche dal Foscolo, ma la val Nervia, ad est di Ventimiglia e risaliremo decisi verso nord, anche noi come le antiche vie del sale o, come spiega Nico Orenigo, delle acciughe in salamoia che viaggiavano su carri a condire di mare la cucina dei piemontesi.

La nostra meta sia Pigna, chiave di valle e proprio alla base dei grandi valichi: il colle della Melosa, Cima Marta e la colla di Langan.

Ma sostiamo a Dolceacqua, capoluogo del marchesato dei Doria, per ammirare lo stupendo ponte (l'arco ha ben 33 metri di luce!) che affascinò il grande Claude Monet tanto che fuggì letteralmente dalle sue dorate ninfee di Giverny per dipingerlo. Nella parrocchiale di Sant'Antonio si visitò la "Santa Devota", splendido polittico del Nizzardo Ludovico Brea, dei primissimi anni del Cinquecento.

La strada sale e sale; sarebbe bello poter imboccare tutti i vorticosi diverticoli che portano a borghi con vista da paradiso; ma abbiamo deciso che si vada per Pigna.

Una terra è, anche, i suoi scrittori; quelli robusti, validi e non soltanto da folklore. Avremo avuto cura di avere con noi i brevi, intensissimi e "classici" ormai romanzi di Francesco Biamonti, nato, vissuto e venuto meno nella parallela valle ad est, quella di San Biagio della Cima, di Soldano, che s'inerpica da capre a Perinaldo, ad Apricale (con vedute da primo giorno della Creazione) per far capo a Bajardo, altra visita che guai a perderla: ma sarà per la volta prossima! Biamonti conosceva, percorreva passo passo questi luoghi, li amava come parte di sé e ne ha ricreato luci, genti, sentire con estremo rigore e saggio lavorar sulle parole come sui colori di tavolozza lavorarono il suo amato Cézanne (ma la conoscete tutti davvero la meravigliosa, magica montagna della Sainte Victoire, che ci appare in tutti i lavori di Cézanne e incombe chiara sull'autostrada alle porte di Aix en Provence?) e l'amico Morlotti. Insieme lottarono, con strumenti diver-

si, affinati nella lunga amicizia, per consumare l'oggetto-Liguria di monte, quella che i Romani ignorarono perché non di loro vantaggio e che s'accommodò, si dispose a una vita come poche altre dura e così serbata dalla propria asprezza e per giungere, quindi, a cogliere la verità dell'avventura, dell'avvento umano nella natura e nel tempo.

Pigna era l'avamposto dei Savoia verso il mare, da loro naturalmente cercato per esportare i loro prodotti e quelli di passaggio su un asse che andava da Ginevra e dalla Valtellina al Mediterraneo e ad un porto su di esso, tentato prima ad Oneglia importuosa per natura e trovato poi a Nizza e, meglio, a Savona e a Genova. Il suo nome è il suo stemma: la pigna chiusa come una mano dalle cento dita e che lotta per non cedere l'aroma dei minuscoli pinoli: forza cocciuta e profumata dolcezza insieme. Subito ci soccorre la prima pagina de "L'angelo di Avrigue" di Francesco Biamonti:

*"...Per scendere sulla piazza prese un carruggio a svolte in cui il vento non entrava d'infilata. Si ricordava che portava ad una piazzola... e dalla piazzola si scendeva per una scalinata alla piazza grande.*

*...La piazza era vuota. Un ragazzo l'attraversava, undici o dodicenne e con gli occhi già rassegnati. Portava un sacco di pigne, che le sue mani alzate dietro il capo curvo, trattenevano a stento... Veniva da lontano; dalle alture di scisti e sabbie con rosmarini ondosi e casoni fessurati. Il mare da lassu' è di un azzurro immobile e smorzato.....*

*Erano stati tenaci lavoratori. Avevano costruito ripiani, scavato e ulivato. Da zero fino a seicento metri sul mare. La fatica tradotta in opere e le pena blanda dalla "buona morte", San Sebastiano e Nostra Signora dei Dolori. Feticci inventati per consolare e uniti all'idea di questa fatica, da sola insostenibile....*

*Chi nel passato aveva creduto in una qualsiasi forma di felicità terrena, a di fuori del possedere una casa in paese e una campagna rocciosa, si era perduto. La vita era sempre stata uniforme. - Ciascuno conosceva il suono delle campane, la loro eco nei vicoli, l'inclinazione del sole sulle case, la linea d'ombra sui due versanti della*

*valle in qualsiasi ora e mese di qualsiasi anno.....*

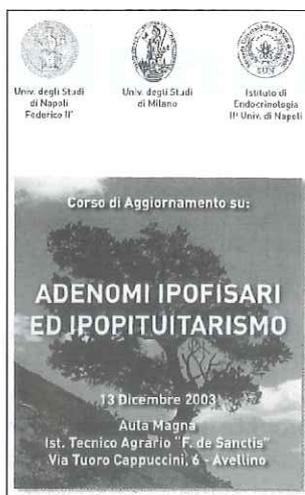
La letteratura avvalora il silenzio, la costanza, la povertà a viso aperto. Come la pittura, del resto. Entriamo nella parrocchiale quattrocentesca di San Michele, dove risplende di piena bellezza ed emoziona il polittico del santo, a trentasei scomparti, di Giovanni Canavesio. Si guardino con attenzione quei visi come tagliati in materia soda e scura, i visi di qui, i corpi fatti di fatica come pietra e, al tempo stesso, il riscatto degli sfondi d'oro e dei minii vivaci. Fuori del "miracolo estatico" della gran pittura, alla facciata, i segni della vita quotidiana: le misure di lunghezza e di capacità per gli aridi, strumenti primi del povero mercato di questi paesi abituati a viver di fatica e di poco, ma di colori d'alberi e di pietre e di sapori forti di piante da aroma.

Si va ora alla chiesetta, appena fuori paese, di San Bernardo, appena restaurata, vera Cappella Sistina delle Alpi marittime, con la sua e più grande collega di Nostra Signora del Fontano a Briga (altra puntata da non perdere!). Il pittore di Pinerolo, nel 1482 (dieci anni prima del ciclo del Fontano), dipinge le storie della Passione di Cristo e del Giudizio Universale fortemente influenzato dall'arte del grande Giacomo Jaquerio. La narrazione si svolge agile e piana, non senza la ricerca di "effetto" teso a redimere o a far astenere dal peccato tramite la soggezione alla grandezza di Cristo e alla gloria dei cieli e la paura delle punizioni corporalmente e vivacemente raffigurate. Una vera *Biblia pauperum* per chi viveva in questi luoghi né altro vedeva o conosceva e aveva soltanto scarni rapporti col mondo della tradizione, della fede e della cultura se non per opera di frati e di viandanti di passo o della felicissima committenza a un grande e misurato artista come Giovanni Canavesio. Battete pure le nocche sugli affreschi: risuoneranno, perché pannelli staccati dall'intonaco, risanati e ricollocati su muro asciutto: riproduzioni ottime che testimoniano (v. la foto) una tecnica avanzata e coraggiosa, proprio qui dove, uscendo dalla piccola chiesa, si vede, erta e prossima e solitaria, una delle vie di Francia.

Sergio Giuliani



## A dicembre ad Avellino il corso di aggiornamento rivolto ai medici



Il 13 dicembre 2003 si è svolto ad Avellino il primo incontro scientifico (con accreditamento E.C.M.) sulla patologia ipofisaria al quale hanno partecipato i Professori Paolo Beck-Peccoz, dell'Università di Milano, Gaetano Lombardi e Gianfranco Fenzi dell'Università di Napoli "Federico II", Antonio Bellastella, della Seconda Università di Napoli, ed altri relatori tra cui il sottoscritto, specialista in Endocrinologia e medico di Medicina Generale.

Hanno portato i loro saluti la Presidente dell'ANIPI Nazionale Dott.ssa Luisa Lasio e il Presidente dell'ANIPI della Campania Sergio Centobelli.

La Dott.ssa Luisa Lasio ha puntualizzato gli scopi umanitari e solidali dell'Associazione.

Inoltre, a questo evento hanno partecipato anche alcuni pazienti della neo-associazione irpina AMEI (Associazione Malati Endocrini Irpina), la cui Presidente Prof. Raffaella Bocchino ha dato il suo saluto ed ha illustrato i principali scopi dell'Associazione.

Le finalità delle associazioni che si occupano dei pazienti endocrini possono essere così sintetizzate:

- a) conoscere l'esperienza di ogni paziente per trarre conclusioni, se possibile, utili per aiutare gli altri;
- b) fornire informazioni sui Centri di elevata esperienza nel campo di queste patologie;
- c) impegnarsi con ogni mezzo per far conoscere le patologie endocrine per arrivare ad una diagnosi precoce e per ottimizzare la terapia.

L'Ammalato è al centro dell'attenzione delle Associazioni: egli deve essere incoraggiato ed aiutato ad affrontare la propria malattia e, se possibile, a guarirla.

Lo scopo del convegno scientifico di Avellino è stato quello di divulgare le problematiche della patologia ipofisaria e di offrire un aggiornamento ai Medici di Medicina di base. La presenza dell'Associazione dei pazienti a questo incontro di Avellino va nella direzione di creare una più intensa sinergia e un più ricco interscambio tra gli ammalati e i ricercatori delle patologie ipofisarie.

Tutti noi vogliamo augurarci che questo incontro scientifico di Avellino non resti isolato ma sia seguito da altri con pari interesse e partecipazione.

*Dott. Fiore Carpenito*

## L'A.N.I.P.I. al convegno di Napoli

Il 20 dicembre 2003 si è svolto all'Università Federico II di Napoli, nell'aula del Dipartimento di Endocrinologia ed Oncologia Molecolare, il primo incontro Campano dedicato alle persone affette da patologia ipofisaria. Tale evento iniziale è stato dedicato all'Acromegalia, una malattia subdola e altamente invalidante.

Anche noi dell'A.N.I.P.I. Regione Campania, che abbiamo partecipato con immenso piacere, sottolineiamo il successo dell'incontro sotto l'aspetto della partecipazione, risultata assai numerosa e desiderosa di intervenire e di ascoltare. Infatti il dibattito è stato caratterizzato da domande di alto interesse scientifico per i pazienti presenti e da stimolo per i medici, i quali si sono distinti per le risposte chiarificatrici, dimostrando che esiste anche un linguaggio non settoriale a cui ricorrere con i malati. Si può tranquillamente dire che è stato un incontro essenzialmente centrato sul tema, non dispersivo, in cui sono state sviscerate le problematiche che tanto fanno stare in ansia gli acromegalici. Tale incontro aprirà la strada per altri piccoli convegni dedicati alle singole patologie ipofisarie: trattare una patologia ad ogni incontro ci pare interessante, in quanto benché ci siano similitudini notevoli tra le patologie ipofisarie, per ognuna di esse esiste un rimedio differente, e trattarle insieme, significa spesso generare nelle persone confusione.

Per il futuro, quindi, la speranza di tutti noi è riposta nella buona volontà dei medici e degli infermieri, che in collaborazione con l'ANIPI, possano contribuire, non solo a salvare la vita ai pazienti ipofisari, ma a migliorarne anche la qualità, partendo proprio da una informazione corretta.

Con gratitudine si ringrazia per la partecipazione l'E.M.I. (Associazione Italiana Endocrinologia Metabolismo Ipofisario - Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale); la Prof.ssa A. Colao per la terapia molecolare; il Prof. R. Scarpa per le complicanze reumatologiche ed infine il Dott. R. Pivonello che ha illustrato il futuro della terapia medica.

*Sergio Centobelli*



Il 26 e 27 marzo 2004 l'appuntamento è a Genova

# Primo Congresso Nazionale A.N.I.P.I.

## LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON PATOLOGIA IPOFISARIA

Nelle giornate del 26 e del 27 marzo 2004 si svolgerà, nella città di Genova, il primo Congresso Nazionale dell'ANIPI. L'organizzazione prevede la collaborazione della Cattedra di Endocrinologia del locale Ospedale S. Martino, diretta dal Prof. Francesco Minuto e dell'Anipi Regione Liguria. Tale congresso, fortemente voluto e preparato da tempo, risponde ad importanti finalità dell'Associazione, quali l'informazione, l'assistenza e la prevenzione.

La nostra Associazione si prodiga per informare e per sostenere i pazienti ipofisari in modo fattivo, ogni giorno, con costanza e abnegazione. Si tratta di un lavoro per natura sotterraneo, condannato ad essere scarsamente appariscente, ma continuo, presente e concreto: chi si accorge di noi quando, in solitudine, davanti al computer, rispondiamo, ogni mese, ad un centinaio di e-mail, che arrivano puntualmente al nostro indirizzo di posta elettronica? O quando trascorriamo ore e ore al cellulare per tranquillizzare pazienti che devono affrontare un intervento chirurgico e che vivono nell'angoscia? Il nostro è un servizio sotterraneo, concreto, diffuso e privo del clamore della chiacchiera televisiva. Noi non abbiamo la notorietà di certe associazioni, che, attraverso i mass-media o il sostegno di personaggi famosi, riescono a pubblicizzare e a far conoscere i problemi che affliggono i loro aderenti e a far ricadere su di essi concreti aiuti. I nostri strumenti economici sono limitati, come limitate sono, spesso, le nostre energie fisiche.

Ma fra i pazienti non devono sussistere distinzioni di trattamento, ed è per questo che anche noi, seppur in ombra, ci attiviamo perché i malati ipofisari abbiano le conoscenze e le cure a cui hanno diritto e che il progresso scientifico e la solidarietà, spesso quella porta-a-porta, mettono a loro disposizione

Ci auguriamo, perciò, che l'incontro che ci prepariamo ad organizzare ci possa garantire sia una diffusa conoscenza, a livello di coscienza comune, delle patologie ipofisarie, sia l'attenzione, compresa e responsabile, perché finalmente informata, da parte degli esperti, medici, tecnici e politici, del Ministero della Sanità. Difatti spesso, a livello di gente comune, non si sa che gli ormoni in eccesso o in difetto possono creare gravi scompensi al fisico o i medici di famiglia non sono sempre consapevoli di doversi confrontare con malati bisognosi di particolari attenzioni e di cure sempre più ricercate, per poter proseguire un cammino di vita quasi normale.

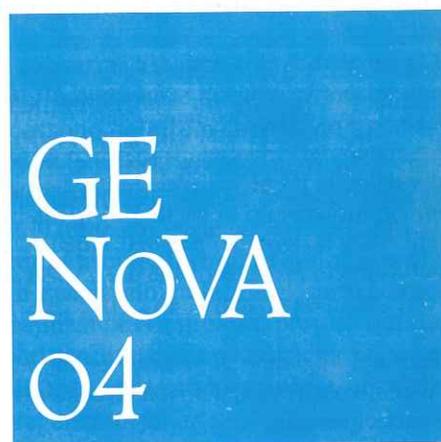
Riponiamo anche le nostre speranze nei giovani studenti di Medicina e di Endocrinologia i quali, oggi più che mai, dovrebbero ricevere ed acquisire responsabilmente una formazione globale che li aiuti a non scindere mai la sfera psicologica dei propri pazienti da quella fisica, al fine di fornire loro una terapia risolutrice e un'assistenza completa.

Gli obiettivi che ci prefiggiamo sono tanti e certamente di non facile, né tantomeno immediato raggiungimento.

L'Endocrinologia è una disciplina non ancella di alcun'altra e va potenziata come ogni altro settore della ricerca medica. Occorrono cospicui, certo, ma irrimandabili investimenti per la realizzazione delle terapie che ormai conoscenze e studi di avanguardia propongono agli ammalati.

Ma non soltanto di scienza e di tecnologie si tratta: le malattie recedono o, meglio, neppure si impiantano se si diffondono metodologie, anche semplici, di autorivelazione, di constatazione e di autoassistenza immediata. Convinti come siamo che la cooperazione umanitaria e il dialogo siano essenziali come non mai nella sfera patologica che ci riguarda e che siano l'indispensabile base sicura per l'impianto di ogni trattamento, ci auguriamo di poter avere con noi a Genova moltissimi pazienti e familiari, non solo per parlare di malattie ma anche per incontrarci, solidarizzare e distrarci insieme.

*Luisa Lasio*





## Venerdì Mattina

Ore 8.30 registrazione dei partecipanti

CERIMONIA INAUGURALE (ore 8:45-9:30)

### Presentazione dell'incontro e saluto agli intervenuti

Francesco Minuto (Genova), Luisa Lasio (Savona)

#### Saluto ai partecipanti

Assessore regionale Salute

Preside Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Genova

Presidente Società Italiana di Endocrinologia

Ordine dei Medici Ordine dei Medici della Provincia di Genova

Assessore Servizi Sociali Comune di Genova

Istituto Superiore Sanità - Responsabile div. Malattie Rare

Maria Chighine, Presidente Ass. Tutela del malato

CENTRI INTERDISCIPLINARI PER IL MALATO

IPOFISARIO - IL PUNTO IN LIGURIA

(ore 9:30-10:30)

## PRESENTAZIONE

Luisa Lasio (Savona)

### Il paziente ascolta e partecipa al miglioramento dell'assistenza alla sua malattia

**È possibile organizzare anche in Liguria un centro pluridisciplinare per i malati ipofisari?**

Un centro pluridisciplinare può migliorare l'approccio diagnostico e terapeutico verso il paziente?

L'esperienza di un centro dell'Emilia-Romagna

Il punto di vista dell'associazione ANIPI

Il punto di vista delle associazioni mediche

Il punto di vista del manager della sanità

Il punto di vista del politico

DISCUSSIONE GENERALE FRA TUTTI GLI INTERVENUTI CONCLUSIONI

COFFEE-BREAK (10:30-11:00)

TAVOLA ROTONDA

RAPPORTI MEDICO-PAZIENTE (ore 11:00 - 12:30)

## PRESENTAZIONE

### Il paziente formula quesiti (FAQ) allo specialista coinvolto nella cura della sua malattia

#### Rispondono:

- Endocrinologi
- Neurochirurghi
- Ginecologi
- Psichiatri
- Medico di base
- Medico legale
- Geriatra
- Metabolista

DISCUSSIONE GENERALE CON MEDICI e PAZIENTI  
CONCLUSIONE

COLAZIONE DI LAVORO (ore 12:30-14:30)

## Venerdì Pomeriggio

Sessione NUOVI FARMACI

14:30 - 15:30 Somavert (Spec)

Sessione Endocrinologia della transizione (Spec, Pediatri, MMG)

16:00-16:30 Diabete

16:30-17:00 Ipopituitarismo

Sessione plenaria 17:30-18:30 LETTURA MAGISTRALE

## Sabato Mattina

Sessione plenaria 09.00-10:00 LETTURA MAGISTRALE

(MMG e spec) "La patologia cardiovascolare nell'iper e nell'ipopituitarismo"

Sessioni "Incontra l'esperto" (MMG)

10:30-11:30 / 11:30-12:30

Sala a Cushing

Sala b Iperprolattinemia

Sala c Acromegalia

Sala d Ipopituitarismo

IN CONTEMPORANEA - tavola rotonda  
comunicazione tra medico, paziente e infermiere

Interventi programmati dei pazienti.

Risposte degli specialisti su casi personali

## INFORMAZIONI GENERALI

SEDE: AC Hotel - Corso Europa - Genova

### ICRIZIONE AL CONVEGNO

L'iscrizione al Convegno è gratuita ma obbligatoria.

Si prega di comunicare l'adesione via fax alla segreteria organizzativa (010 8318246)

### ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE

Sarà rilasciato a tutti gli intervenuti che ne faranno richiesta

CREDITI ECM: Sono stati richiesti i crediti ECM

SEGRETERIA SCIENTIFICA: Francesco Minuto, Antonina Barreca,

Massimo Giusti, Diego Ferone

ANIPI - Luisa Lasio

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Studio Viale Von Der Goltz- Via Goito, 26-7a - 16122 Genova - tel.

010-8398462 - fax 010-8318246

studioviale@studiovialevondergoltz.it

www.studiovialevondergoltz.it

i gesti più semplici richiedono  
alta tecnologia

nordipen®

La penna ad alta tecnologia



Ideali per la somministrazione del primo hGH liquido



Un comodo accessorio per superare la paura dell'iniezione

nordipenmate®

**Stabile anche a 25 gradi**



  
novo nordisk®

**GHT**