

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

L'ipofisi è una ghiandola che regola molteplici funzioni del nostro organismo. Una sua alterazione funzionale comporta quindi una cascata di eventi patologici a carico del sistema riproduttivo, del sistema di relazione, del surrene, della tiroide e del sistema scheletrico.

Per questo complesso di motivi, nell'assistenza al malato affetto da patologia ipofisaria appare necessario ricorrere alla consulenza di altri specialisti che concorrono al compenso generale del paziente.

Soprattutto il rapporto tra endocrinologo e neurochirurgo è essenziale e continuo per la definizione della strategia terapeutica ottimale.

Poiché la patologia ipofisaria è, spesso, una patologia cronica, il paziente ha necessità, particolarmente all'inizio delle terapie, di un supporto psicologico.

Quindi, l'assistenza al malato ipofisario dovrebbe vedere coinvolti e cooperanti da un lato il medico di famiglia, che segue continuativamente il paziente; dall'altro (ed è fondamentale la sua presenza!) l'endocrinologo sia per l'approfondimento diagnostico della patologia sospetta, sia per i controlli periodici di follow-up. L'endocrinologo opera (o dovrebbe operare) in un centro pluridisciplinare ove sono immediatamente disponibili le competenze di cui si è detto sopra.

Tale centro dovrebbe essere localizzato nel day hospital o nell'ambulatorio endocrinologico al quale far convergere i vari specialisti in un percorso predeterminato ad hoc per ciascun paziente.

Un problema assai generale che non riguarda specificamente soltanto il paziente ipofisario è il corretto stabi-



Genova: il prof. Lombardi, il prof. Cavagnini, il prof. Martino durante il Convegno.

lirsi della "comunicazione" tra medico e paziente. Tale importante momento di chiarezza può essere visto sotto due aspetti: il primo è legato alla trasmissione di informazioni dal medico al paziente.

Si tratta di un passaggio-fase molto importante in quanto, da un lato, il paziente è assetato di informazioni che riguardano il suo stato di salute; dall'altro il medico, un po' perché e psicologicamente in una posizione di "potere", un po' perché sa che determinate informazioni talvolta è meglio non darle (questo non avviene nei paesi di cultura anglosassone e anche da noi la prassi pietistica, spesso dannosa, sta cambiando), un po' perché crede di non essere capito, tende a ridurre al minimo le informazioni date.

Il secondo aspetto della comunicazione riguarda l'essenziale stabilirsi di un rapporto che il medico deve in-

staurare con il paziente, tale che gli trasfonda fiducia nell'operato degli specialisti e che sensibilizzi il medico verso tutte le problematiche legate alla qualità di vita del paziente.

Il primo incontro nazionale dell'ANIPI aveva l'obiettivo di dare informazioni ai pazienti mettendo a loro disposizione tutti i maggiori specialisti italiani in un incontro-dibattito che si è rivelato, come auspicato, aperto e vivace che ha occupato praticamente tutto il tempo disponibile.

Un altro obiettivo era definire un "codice comportamentale" che riduca al massimo le incomprensioni. La lunga discussione, durata praticamente due giorni, ha sicuramente aperto una via nuova di colloquio e di interazione tra curante e paziente.

Prof. Francesco Minuto



PRIMO CONGRESSO NAZIONALE A.N.I.P.I.

Si è svolto a Genova, nelle giornate 26-27 marzo 2004, il Primo Congresso Nazionale ANIPI, organizzato in collaborazione con la Cattedra Universitaria di Endocrinologia dell' Ospedale S. Martino diretta dal prof. Francesco Minuto.

Il titolo del Congresso era: **“La gestione del paziente con patologia ipofisaria”**. Il Congresso, tenuto nella confortevole sede dell'AC Hotel di Genova, ha registrato un notevole successo sotto tutti i punti di vista.

Ampia è stata la partecipazione di specialisti, medici di base e pazienti, con presentazioni mirate in accordo con lo spirito del Congresso ed interventi molto interessanti, tutto in un clima di grande collaborazione reciproca.

Unico neo la scarsa partecipazione delle Pubbliche Istituzioni. Erano queste infatti le prime destinatarie di un messaggio, di cui l'ANIPI si è fatta promotrice in questo Congresso; cioè la proposta di un progetto per creare, in seno al S. Martino, un centro multidisciplinare per la diagnosi e la terapia del paziente con patologia ipofisaria.

Dopo una presentazione preliminare di questo progetto da parte della presidente regionale e nazionale prof.ssa L. Lasio, lo stesso è stato illustrato nei dettagli dal vicepresidente regionale V. Busatto.

L'ANIPI è convinta che un centro multidisciplinare può essere di grande vantaggio per i malati ipofisari, poiché migliorerebbe sostanzialmente la qualità del Servizio Sanitario Nazionale.

Per centro multidisciplinare si intende un centro costituito da una équipe di specialisti di discipline diverse, raccolti possibilmente in uno stesso edificio, che oltre alle figure principali quali l'endocrinologo, il neuro-radiologo, il neurochirurgo e il radioterapista, comprenda anche l'oculista, l'otorino, il reumatologo, il cardiologo e lo psichiatra. È chiaro che la composizione di questa équipe non è fissa ma può essere modificata a seconda delle esigenze.

Sappiamo tutti quali e quante difficoltà in-



Genova, 26 - 27 marzo 2004 - Primo Congresso Nazionale A.N.I.P.I.

contra attualmente una persona, con seri disturbi dovuti ad una patologia ipofisaria, per arrivare ad una diagnosi sicura il più rapidamente possibile.

Consultazione di più specialisti di discipline diverse, con risposte spesso non sufficientemente correlate con la patologia.

Migrazione da uno specialista all'altro, che costa quasi sempre al paziente grande fatica, disagio in termini di perdita di tempo per gli appuntamenti e gli spostamenti e molto spesso un aggravio di spesa.

I centri specializzati attuali non risolvono completamente queste difficoltà. Anche in questo caso la definizione della diagnosi richiede spesso un percorso tortuoso con ripetuti spostamenti in altri reparti. Non c'è poi, in genere, un rapporto diretto tra gli specialisti che eseguono gli esami e i pazienti, i quali si sentono così oggetto di studio e provano ansia e timore per il loro futuro.

Inoltre, quasi sempre, non c'è neppure un dialogo diretto tra gli stessi specialisti per arrivare a definire insieme il miglior iter diagnostico-terapeutico.

Da tutte queste difficoltà è derivata l'idea di un centro multidisciplinare.

In esso il paziente troverebbe, raccolti in uno stesso edificio, tutti gli specialisti della patologia principale con ambulatori per quelle correlate, con la possibilità di eseguire nello stesso luogo anche tutti gli esami, senza la necessità quindi di dover migrare da un posto all'altro.

Inoltre, data la vicinanza, gli specialisti avrebbero grande facilità di dialogo tra loro per studiare il caso ed arrivare insieme a definire la strategia terapeutica, l'eventuale sostegno psicologico, necessario al paziente per affrontare con più serenità il suo futuro, e l'adeguata assistenza nel follow-up della malattia.

In questo centro il paziente avrebbe anche maggior opportunità d'incontro con le associazioni di volontariato, avendo quindi un ulteriore supporto.

Infine se il centro diventasse anche centro di ricerca, ci sarebbe allora la possibilità di applicare terapie di avanguardia per affrontare le diverse patologie.

È solamente da augurarsi che la proposta di questo progetto venga accolta favorevolmente da chi di dovere.

Vinicio Busatto

Si ringrazia

Si ringrazia



Partire per andare da qualche parte, sia per lavoro, sia soltanto per fare turismo, mi è sempre piaciuto.

Quando visito alcune località privilegiate da me, mi emoziono addirittura. Genova è uno di questi, tre o quattro in tutto, anche perché fin da bambino ho sentito parlare di questa città.

La mia era una famiglia contadina dell'entroterra Piceno, gente semplice, attaccata alla propria terra e faceva una vita sociale molto circoscritta. Le uniche occasioni di uscita dal guscio amato, veri e propri viaggi, erano legate a problemi di salute o, per i maschi, alla vita militare. Guarda caso, sia mio nonno, sia mio padre avevano svolto il loro servizio militare a Genova e ne avevano riportato un ricordo indimenticabile, anche perché si trattava di uno dei pochissimi periodi passati lontani da casa. Mio nonno ricordava i primi fermenti industriali della Genova degli anni 20, le lunghe file di povera gente al porto, dove si imbarcava per trovare un po' di pane e, forse, un po' di fortuna nelle Americhe.

Mio padre era stato a Genova nel 1950 e aveva subito percepito in questa città il risveglio del dopoguerra; le migliaia di persone che arrivavano al porto, per partecipare all'Anno Santo dopo la devastante guerra mondiale ne era uno dei segni.

Io ascoltavo i suoi racconti affascinato e fantasticante su questa grande città italiana aperta sul mondo. Non sapevo ancora che Genova era proprio nel destino della nostra famiglia. Anch'io infatti, nel 1980, dopo gli studi universitari, fui chiamato a svolgere il mio servizio militare al Centro Medico Legale Militare di Sturla, storica propaggine orientale di Genova. Ricordo ancora la piacevole sorpresa di mio nonno e mio padre per questo curioso destino che ha accomunato gli unici maschi della famiglia. Fu un anno sereno, spensierato quello vissuto da me a Genova, dedicato anche a curiosare in giro per conoscere la città e la sua gente, laboriosa, attaccata alle "palanche", come mille leggende raccontano, un po' brontolona, ma anche schietta, generosa e soprattutto intrisa di quel "qualcosa in più" che ha chi è abituato da sempre a comunicare con il mondo prima degli altri. Ne sono testimonianza l'audacia dei suoi na-

vigatori in passato, le intuizioni dei suoi geniali armatori, ma anche dei poeti, attori e dei suoi grandi cantautori. Perdonatemi questo mio inno a Genova, una città che amo e nella quale ho raramente occasione di recarmi, come capita a noi che viviamo sulla sponda dell'Adriatico.

L'occasione più recente, quella del 25 e 26 marzo, è legata al primo Congresso Nazionale dell'ANIPI, al quale sono stato invitato come Direttore responsabile di questo giornale dell'Associazione.

Sono arrivato a Genova, all'Hotel AC, abbastanza incuriosito per questa mia esperienza umana e professionale. Pur già concentrato sui lavori del convegno, anche se con un tempo inclemente, ho dedicato qualche minuto, dalla camera d'albergo, alla contemplazione di questa città, un po' accovacciata, un po' arrampicata sul promontorio, con davanti un bellissimo mare. A ben guardare, assomiglia molto alla mia Ancona.

Veniamo ai lavori del convegno. Dicevo di questa mia nuova esperienza professionale, perché in più di venti anni dedicati all'informazione medico-scientifica, non mi sono mai occupato delle patologie ipofisarie definite, forse impropriamente, rare. Che la gran parte della patologia dell'ipofisi non faccia parte del cosiddetto "circolo mediatico" la dice lunga sulla particolarità di queste malattie, ma anche sulla assoluta inadeguatezza dell'informazione medico-scientifica del nostro paese, lasciata alla buona volontà e allo spontaneismo di pochi, senza una vera e propria scuola e senza un programma. Questo problema, più "politico" e civile che strettamente medico, è stato trattato da molte comunicazioni del convegno. Alla tavola rotonda a cui ho partecipato, medici e pazienti hanno un poco puntato il dito contro di me scegliendomi a simbolo della situazione. Ho dato loro ragione, ho cercato di analizzare le cause della loro giusta insoddisfazione, ho fatto delle promesse per il futuro. L'ambiente assolutamente stimolante fa scattare quei meccanismi che generano voglia di fare e l'entusiasmo, volano indispensabile per ogni impegno a favore di una causa giusta.

Ho promesso che presterò attenzione, nella mia attività di pubblicista, alle pro-

blematiche sociali e scientifiche di queste malattie e che, per quanto potrò, cercherò di sensibilizzare in tal senso tutto l'ambiente dell'informazione medico-scientifica. Dicevo dell'entusiasmo che mi ha preso in queste due giornate. Esso è difficilmente coniugabile con le malattie. Ci può essere di solito la consapevolezza dei problemi, la determinazione ad assolvere il proprio ruolo, l'etica professionale e sociale. L'entusiasmo ha una componente gioiosa, difficilmente riconducibile alla sofferenza, sia essa vissuta come osservatore sia come operatore sanitario o paziente. E proprio la carica gioiosa in questi due giorni è stata la protagonista. Ho visto pazienti felici di stare insieme, di ritrovarsi, felici di essere insieme ai loro medici, felici di discutere, di ascoltare, di essere a tavola con gli altri. Questo momento, taumaturgico per esorcizzare la malattia, ha contagiato tutti allo stesso modo, senza distinzione di ruoli. Con la stessa intensità e attenzione sono stati vissuti da tutti i momenti di importante comunicazione scientifica e i semplici e a volte coloriti racconti delle esperienze dei pazienti. Un connubio vero tra medico e paziente, che presuppone un reciproco aiuto, una reciproca comprensione che va al di là del solo aspetto clinico. Questo è il miracolo di un'Associazione che funziona e che, quindi, crea l'entusiasmo.

Il paziente acromegalico o di cushing ha in sé oltre al disagio fisico e psicologico della malattia, anche la consapevolezza di essere afflitto da una patologia non molto frequente e questa "elezione perversa della natura" gli procura un ulteriore subdolo rancore, che si attenua solo condividendo un po' di vita con gli altri sfortunati come lui. Anzi; la malattia stessa può diventare lo stimolo per lo sviluppo del senso dell'amicizia, della solidarietà, della ricerca di una vita più equilibrata.

Tutto questo ho percepito in queste due giornate particolari.

Tutto questo vorrei che ritenessero una possibile promessa tutti i malati e i medici di questo mondo.

Grazie a tutti e un abbraccio alla Presidente nazionale dell'ANIPI Italia, signora Luisa Lasio.

Dr. Fabrizio Scoccia

Durante il recente convegno dell'A.N.I.P.I. tenutosi a Genova, si è svolta una tavola rotonda sui problemi della comunicazione tra medico e paziente. Durante il dibattito sono intervenuti numerosi pazienti, la maggior parte dei quali ha presentato in poche parole le proprie storie, dalle quali noi medici dovremmo trarre un messaggio importante. La diagnosi, troppo spesso, viene posta tardivamente, quando già sono presenti numerosi segni e sintomi della malattia e il contatto con strutture qualificate e medici preparati avviene talora casualmente. Badate bene: i pazienti non si lamentano per come stanno, o come vengono curati! Anzi, sono consapevoli che i medici che attualmente li curano sono preparati, aggiornati e, quasi sempre, desiderosi di migliorare i programmi di diagnostica e di terapia e, di conseguenza, la loro efficacia, con l'obiettivo finale di garantire una buona qualità della vita ed uno stato di salute soddisfacente.

A me pare che i pazienti dicano altre cose. Essi chiedono nuove e più efficaci vie di comunicazione, possibilità di parlare, interagire con le istituzioni, far sì che i messaggi arrivino dove devono arrivare. Il tutto perché? Per evitare le lungaggini delle diagnosi, per far sì che i medici non specialisti sappiano quali sono i centri territoriali di riferimento e per aumentare la loro sensibilità verso tali patologie, impropriamente definite "rare".

Il concetto di rarità andrebbe infatti valutato in modo relativo. Può definirsi rara una patologia che vede parecchie migliaia di pazienti affetti nel nostro paese? Per non parlare poi dei pazienti che pur avendo una malattia neuroendocrina non sanno di esserne affetti, poiché essa non viene riconosciuta dai medici o perché vengono trattati per stati patologici che possono con buona presunzione ritenersi conseguenza delle malattie neuroendocrine piuttosto che semplici stati patologici associati. Alcuni esempi possono essere utili per chiarire questo concetto. Da parecchi anni l'uso sempre più frequente delle tecniche di diagnostica per immagini (TC, RM, ecografia) ha messo in risalto un problema tutt'affatto infrequente e, cioè, il riscontro di masse surrenaliche apparentemente non associate a segni e sintomi clinicamente manifesti. La natura di tali masse è eterogenea, alcune sono tumori maligni, altre sono lesioni non secernenti ormoni, altre, infine, sono adenomi surrenalici veri e propri. Molti di questi possono essere responsabili della c.d. condizione di "pre-Cushing", che numerosi studi clinici hanno dimostrato essere associata ad un modesto ma significativo incremento della secrezione di cortisolo ed a stati patologici correlati, quali l'ipertensione, gli stati di intolleranza al glucosio, l'osteopenia e l'osteoporosi, l'obesità addominale, ecc. Arigor di logica, queste condizioni patologiche dovrebbero essere incluse nella sindrome di Cushing, di cui evidentemente esistono le forme

clinicamente manifeste (quelle classiche) da quelle subcliniche o paucisintomatiche. Un altro esempio deriva da uno studio scientifico di recente pubblicazione (Catargi B et al, *J Clin Endocrinol Metab*, 88:5808, 2003), il quale ha dimostrato, in una popolazione di 200 pazienti con diabete di 2 tipo esaminati con opportune indagini, che in realtà almeno il due per cento era affetto da una forma "occulta" di sindrome di Cushing alla quale, presumibilmente, lo stato diabetico poteva essere correlato. Se voi pensate a quanti diabetici di tipo 2 esistono nel nostro paese, voi potete ben capire come sia ragionevole ritenere che esistano molti pazienti etichettati con diagnosi incomplete e quanto vera sia la conclusione degli stessi autori che recita "...sono necessari altri studi per valutare l'impatto della terapia della Sindrome di Cushing sull'obesità e sul diabete in questi pazienti..". Peraltro, bisogna ricordare che non esistono dati epidemiologici definitivi, eseguiti su migliaia di individui rappresentativi di una determinata popolazione, che dimostrino quanti pazienti con acromegalia, sindrome o morbo di Cushing, ecc. esistano, dal momento che le stime che vengono riportate nei trattati di medicina sono presuntive e derivate dalla valutazione del rapporto fra i pazienti affetti diagnosticati sulla base delle manifestazioni cliniche conclamate e la popolazione generale di riferimento di cui, in realtà, si sa ben poco.

Credo che sia compito primario dell'A.N.I.P.I. non solo coordinare, aiutare ed aumentare la consapevolezza dei problemi medici e terapeutici dei propri soci, di metterli in contatto con i centri di riferimento più vicini e competenti, di organizzare riunioni a livello locale e regionale, ecc. Forse, essa potrebbe anche farsi carico di altre iniziative, al fine di aumentare il servizio sociale che essa indubbiamente svolge e divenire, in tal senso, un importante struttura di riferimento sia per i medici specialisti sia per le istituzioni.

Vorrei sottoporre alla vostra attenzione alcune possibili proposte operative che mi pare siano già state colte da molti dei pazienti presenti a Genova. In sintesi, credo che l'A.N.I.P.I. potrebbe, da sola o con l'aiuto di medici:

- *strutturare con i propri centri di riferimento attività educative in comune*

- *promuovere iniziative che richiamino l'attenzione dei medici generalisti o specialisti di altre discipline sui problemi delle neuroendocrinopatie, sull'opportunità di una precoce diagnosi e sull'assoluta utilità, professionalmente qualificante, di collaborare con i centri endocrinologici di riferimento della città, della provincia o della regione.*

- *di interagire con le istituzioni sanitarie per garantire a tutti i cittadini di poter aver facile ed esplicito accesso alle strutture specialistiche endocrinologiche di riferimento, onde evi-*

tare un "fai da te" da parte di molti medici che, come del resto c'è da aspettarsi, non possono sapere tutto e, quindi, non possono nemmeno improvvisarsi endocrinologi, senza averne titolo e competenza. Un medico professionalmente in gamba dovrebbe, infatti, di fronte ad un sospetto di patologie neuroendocrine, richiedere una consultazione specialistica ed evitare di addentrarsi in un programma diagnostico spesso difficile e che richiede, sempre e comunque, competenze raffinate e buona esperienza clinica.

- *stimolare l'interesse dei media sulla necessità di informare adeguatamente la popolazione su questi problemi medici erroneamente ritenuti rari e frequentemente non diagnosticati o misdiagnosticati. Un'informazione attenta e mirata da parte degli strumenti di informazione più comuni può infatti essere, soprattutto se si evitano atteggiamenti propagandistici o adulatori, estremamente utile ai cittadini e, forse, anche ai medici del territorio, soprattutto quanto interviene in modo capillare nelle realtà locali, dando informazioni semplici ed aggiornate su dove e chi fa cosa. Spesso i media creano, invece, aspettative su possibili cure innovative o strutture miracolistiche, perché questo fa più notizia. Io credo che la vera notizia in ambito sanitario sia anche informare sul quotidiano, sulle piccole grandi cose di tutti i giorni, su cosa si sta facendo nella propria città o provincia al fine di dare un'adeguata assistenza a coloro che sono malati. Anche perché non è infrequente trovarsi di fronte a strutture sanitarie con i fiocchi, che operano bene non solo in ambito assistenziale, ma anche in quello culturale e scientifico. E quando cultura e scienza accompagnano l'attività sanitaria di tutti i giorni, le cose vanno quasi sempre bene, i problemi della cosiddetta mala-sanità sono modesti ed, infine, la gente si sente protetta e garantita da team di professionisti capaci di fare con professionalità il loro mestiere.*

Su queste basi, credo, si potrebbero riproporre esperienze come quelle di Genova, possibilmente dirette non solo a coloro che già sanno di essere pazienti ben gestiti, ma anche a tutti i pazienti orfani di una struttura di riferimento, di un trattamento adeguato ed in linea con i progressi della medicina ed, infine, di un posto dove poter sperare di risolvere, senza tante difficoltà e tanti orpelli burocratici, i molteplici problemi che le malattie neuroendocrine determinano, non ultimi quelli emotivi, psicologici ed affettivi.

Prof. Renato Pasquali

Direttore della U.O. di Endocrinologia, Policlinico S. Orsola - Malpighi, e direttore della Scuola di Specializzazione in Endocrinologia e Malattie del Ricambio, Università di Bologna



L'Acromegalia è una patologia rara, con un'incidenza di 3-4 casi per milione di abitanti per anno ed una prevalenza da 40 a 90 casi per milione di abitanti. È una malattia dovuta ad un eccesso di ormone della crescita (GH) e di IGF-1 ed è sostenuta, nella maggior parte dei casi, da un adenoma ipofisario secernente GH, più raramente dalla secrezione da parte di altri tumori dell'organismo di GHRH, fattore che stimola la liberazione di GH. I livelli di GH cronicamente elevati determinano gravi ed invalidanti alterazioni scheletriche (ingrandimento delle estremità degli arti, accentuazione delle bozze frontali, prognatismo, diastasi interdentaria, osteoartriti), metaboliche (diabete mellito o ridotta tolleranza glucidica), complicanze cardiovascolari, respiratorie, tiroidee, intestinali, della sfera gonadale e sessuale, e psichiche.

L'acromegalia si associa ad una aumentata mortalità per cause cardiovascolari, respiratorie e neoplastiche. Tuttavia queste complicanze possono essere evitate da una tempestiva diagnosi ed una adeguata terapia.

La Sezione di Endocrinologia dell'Università degli Studi di Ferrara organizza un Corso di aggiornamento su "Acromegalia: Malattia Sistemica" che si terrà a Ferrara il 23 ottobre 2004 presso l'Aula E2 dei Nuovi Istituti Biologici dell'Università degli Studi di Ferrara, in via Borsari, 46. Parteciperanno esperti di riconosciuta competenza nazionale ed internazionale, che metteranno a disposizione la loro ampia esperienza per favorire un aggiornato approfondimento in questo settore. Dopo l'introduzione del professor Ettore degli Uberti della Sezione di Endocrinologia dell'Università degli Studi di Ferrara, presidente del Corso, il professor Enio Martino, del Dipartimento di Endocrinologia dell'Università degli Studi di Pisa, illustrerà l'acromegalia dal punto di vista epidemiologico ed eziologico. Il professor Gaetano Lombardi, del Dipartimento di Endocrinologia ed Oncologia Molecolare e Clinica dell'Università degli Studi "Federico II" di Napoli, affronterà poi il coinvolgimento del cuore, organo bersaglio del GH e dell'IGF-1, che in presenza di eccesso di tali ormoni va incontro ad alterazioni tali da configurare una specifica cardiopatia. L'interessamento vascolare, in particolare l'ipertensione arteriosa, sarà affrontato dal professor Ettore degli Uberti, mentre le complicanze metaboliche verranno approfondite dalla professoressa Gabriella Angeletti del Dipartimento di Medicina Interna e Scienze Endocrine dell'Università degli Studi di Perugia. La compromissione della struttura ossea nell'acromegalia sarà poi affrontata dal professor Andrea Giustina del

Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche dell'Università degli Studi di Brescia, ed il rischio di neoplasie legato all'eccesso di GH ed IGF-1 sarà trattato dal professor Massimo Terzolo, dell'Istituto di Medicina Interna dell'Ospedale San Luigi di Torino. Il problema della diagnosi verrà presentato dalla professoressa Antonina Barreca del Dipartimento di Scienze Endocrinologiche e Metaboliche dell'Università degli Studi di Genova. Il punto di vista del paziente nella sua complessa problematica verrà affrontato dalla Sig.ra Valeria Urbinati, Presidente ANIPI della Regione Emilia Romagna. La terapia dell'acromegalia verrà poi trattata dal

Dipartimento di Medicina Interna dell'Università di Padova, presenteranno alcuni casi clinici che verranno discussi in maniera interattiva con i partecipanti.

Gli obiettivi del Corso sono: l'aggiornamento e l'approfondimento delle conoscenze sugli aspetti clinici e diagnostici dell'acromegalia, nella sua complessità di malattia sistemica, e sull'efficacia delle diverse strategie terapeutiche ad oggi disponibili. Il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e la stretta collaborazione tra questi e gli specialisti endocrinologi sono mezzi di fondamentale importanza per promuovere una diagnosi precoce dell'acromegalia e per ottimizzare il trattamento ed il controllo della malat-



Genova: un momento del Convegno nazionale ANIPI

punto di vista medico dal vista chirurgico dal dottor Roberto Padovani, Primario della Divisione di Neurochirurgia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara, e dal punto di vista radioterapico dal dottor Francesco Cartei, Primario del Servizio di Radioterapia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara. Infine la D.ssa Maria Rosaria Ambrosio, responsabile dell'Ambulatorio delle Patologie Ipofisarie della Sezione di Endocrinologia dell'Azienda Universitaria Ospedaliera di Ferrara, ed il professor Nicola Sicolo, del

tia nei suoi diversi aspetti.

Il Corso, la cui partecipazione è gratuita, verrà accreditato 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 236 574 / 236 500

Fax: 0532 236 514

E-mail: ti8@unife.it

Si ringrazia

IPSEN



La storia del mio calvario inizia nel febbraio 1997, dopo uno sforzo eccessivo nel portare pesi a casa mia, su al terzo piano. Circa un'oretta più tardi, mi sono mancate le forze nelle gambe e nel braccio destro; un amico medico, subito chiamato, mi inviava con urgenza al pronto soccorso, che mi ricoverava a neurologia. Dopo una serie infinita di accertamenti ed esami, la diagnosi fu generica: **"triparesi transitoria"**. E a dire il vero, tutto sembrò passare, ripresi il lavoro e a settembre contento me ne andai in vacanza in Toscana. Feci passeggiate sulle montagne, affaticandomi e sforzandomi nelle salite; ma quando tornai a casa, di nuovo mi si bloccarono le gambe. Nuovo ricovero in neurologia, altri esami, anche dolorosi, e dopo circa quindici giorni di degenza, venivo dimesso con una diagnosi ancora generica:

"paralgie agli arti inferiori". Poi sono stato bene sino all'aprile del 2002, quando mi si è rinfrancata la paresi alla gamba destra e sono stato ricoverato in day hospital dal prof. Granirei, che mi fece fare una Risonanza Magnetica (addormentandomi, perché io soffro di claustrofobia) con puntura lombare, e diagnosticò **"nella sella turcica una grossa lesione"**. Per stabilire se fosse una ciste o un tumore, fui ricoverato a endocrinologia. Lì mi scoprirono nella tiroide un nodulo e un linfonodo, che venne aspirato con l'ago. Mi assicuraron che non correvo pericoli e dopo la dimissione continuai a frequentare quel reparto, che mi teneva in osservazione per la ciste alla sella turcica. Furono loro a consigliarmi l'intervento chirurgico per via nasale e io tremolante accettai. Mi ricoverai in novembre in neurochirurgia.

Fui sottoposto a un'angiografia di controllo alle carotidi e il giorno dopo operato. Mentre la grossa lesione tumorale veniva aspirata, si verificò una emorragia celebrale, anch'essa assorbita.

Prima dell'intervento soffrivo di gran mal di testa e, cosa assai più grave, d'impotenza (**addirittura mi consigliavano il viagra**); inoltre faticavo a camminare e dovevo appoggiarmi a un bastone. Dopo l'intervento, tuttavia, **mi è comparso il cosiddetto diabete insipido**, che controllo con un medicinale, il **Minirin**. Per il resto tutto va meglio, *però faccio fatica a restare per molto tempo in piedi, e a camminare.*

Fortunatamente ho un lavoro che non mi costringe a stare in piedi.

NORIS CHIARIN

Sede operativa: 17100 SAVONA - Via Paleocapa, 16/3B - Tel. 347 1484168 - <http://www.anipi.org> - e-mail: 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 - e-mail: sergiocentobelli@tiscali.it

Presidente: Sergio Centobelli

EMILIA ROMAGNA - Via Angherà, 14 - 47900 RIMINI - Tel. 054 1383777 - 054 4973121 - e-mail: valeria.urbinati@tin.it

Presidente: Valeria Urbinati

LAZIO - Via Dandolo, 74 - 00153 Roma - Tel. 06 9597620 - 339 6067246 - e-mail: roberta.sanna@proteam-group.it

Presidente pro-tempore: Roberta Sanna

LIGURIA - Via Paleocapa, 16/3b - 17100 SAVONA - Tel. 019 856247 / Presidente: Luisa Lasio - e-mail: presidente@anipi.org

LOMBARDIA - Viale Europa, 30/1 - 20060 BUSSERO (MI) - Tel. 02 95039116

Presidente: Pietro De Leo - e-mail: anipietrodileo@tin.it

PIEMONTE - C.so Matteotti, 23 - 10121 TORINO - Tel. 011 5626206 / Presidente: Walter Zaccagnini

TOSCANA - Via Vacciano, 60 - 50015 BAGNO ARIPOLI (FI) - Tel. 055 642818 - e-mail: hopi.bianchi@inwind.it

Presidente: Franco Rulli / Roberto Bianchi - Tel. 055 572789

VENETO - Via Mareggia, 25A - 30028 Piove di Sacco (PD) - Tel. 049 5800153 - e-mail: mirella.ranzato@libero.it

Presidente: Mirella Ranzato

PATOLOGIA IPOFISARIA

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 - presidente@anipi.org - Cod. Fisc. 94060580266

Hanno collaborato a questo numero: Prof. Massimo Giusti, Prof. Diego Ferone

Si ringrazia

Italfarmaco

Si ringrazia

PHARMACIA



UNDICESIMO MEETING DELLA SOCIETÀ EUROPEA DI NEUROENDOCRINOLOGIA

Dal 24 al 27 aprile si è svolto a Sorrento l'undicesimo meeting della Società Europea di Neuroendocrinologia, organizzato dai Proff. Gaetano Lombardi e Annamaria Colao del Dipartimento di Endocrinologia della Facoltà di Medicina "Federico II".

Sono intervenuti oltre milleduecento delegati provenienti da tutti i paesi d'Europa e D'oltreoceano.

Era presente anche l'ANIPI, nelle persone del Presidente regionale per la Campania, Sig. Sergio Centobelli, del Presidente

si è parlato delle terapie neurochirurgiche che permettono di intervenire sugli adenomi ipofisari in maniera poco invasiva mediante approccio endonasale unilaterale per via transfenoidale e sotto guida endoscopica.

Tra gli ipopituitarismi menzioniamo il deficit di GH, nell'ambito del quale è stata dedicata particolare attenzione alla possibilità di carenza dell'ormone non soltanto nell'infanzia, ma anche nella fase di transizione, nell'adulto, nell'anziano, con peculiarità che sono proprie di ogni fase della vita.

Un argomento a cui è stato dedicato molto spazio è stato quello dei tumori neuroendocrini, la cui diagnosi e terapia sono state rivoluzionate dall'evi-

perta, la Ghrelina e le Cortistatine. La Ghrelina interviene nel rilascio del GH, nella secrezione acida gastrica e nella stimolazione dell'appetito; le Cortistatine hanno alta analogia strutturale con la somatostatina e legano i cinque sottotipi recettoriali di quest'ultima, ma hanno almeno un recettore specifico. Sicuramente studi futuri permetteranno una migliore definizione del loro ruolo nella fisiologia umana e in breve tempo potrebbero emergere risvolti rilevanti nella patologia e nella pratica clinica. In molti casi sono state evidenziate relazioni tra il sistema neuroendocrino e condizioni patologiche di importante rilevanza sociale.

Si è parlato del profilo neuroendocrino della anoressia nervosa, patologia la cui eziologia è ancora sconosciuta e nel trattamento della quale non sono stati fatti sostanziali progressi. Finora si sono studiati soprattutto gli aspetti psicologici, mentre le alterazioni endocrine sono state poco esaminate. Le recenti acquisizioni sulla regolazione neuropeptidica dell'appetito potrebbero suggerire un ruolo dei peptidi oressizzanti e anoressizzanti in questa malattia.

D'altra parte, alterazioni non identificate della regolazione della sazietà potrebbero essere presenti in pazienti obesi, così come, lesioni ipotalamiche sono una causa seppure rara di obesità.

Infine è stato considerato il rapporto tra sonno e sistema endocrino.

Durante il sonno aumenta marcatamente la secrezione di prolattina e di GH, mentre il rilascio di cortisolo e di TSH è inibito.

Gli effetti modulatori del sonno sono stati osservati anche per gli ormoni che controllano l'appetito e la regolazione del glucosio. Pertanto i disordini del sonno potrebbero promuovere lo sviluppo di alterazioni endocrine e metaboliche o aumentare la severità di patologie precedentemente esistenti. Potrebbe esistere anche un nesso di causalità inverso, ovvero alterazioni ormonali potrebbero determinare disturbi del sonno.

In conclusione, vogliamo sottolineare il grande contributo formativo del meeting. Occasioni come questa costituiscono per il medico stimoli fondamentali nello svolgimento della sua attività di ricerca e clinica e gli permettono di essere sempre aggiornato sulle nuove acquisizioni scientifiche. Viene da se che sono i pazienti a godere dei frutti di tali acquisizioni, perché il nostro impegno è rivolto ad assicurare loro le migliori cure possibili.

Dr.ssa Di Somma



Sorrento 24 - 27 aprile 2004 - 11° Meeting della Società Europea di Neuroendocrinologia.

Nazionale Luisa Lario e del Vicepresidente di ANIPI. Sono state tenute 5 letture magistrali, 11 simposi, 7 sessioni di comunicazioni orali, 12 incontri con l'esperto e 14 sessioni di poster.

I più noti esperti del settore hanno trattato le principali tematiche della moderna Neuroendocrinologia, con attenzione sia alla ricerca di base che all'applicazione clinica delle nuove acquisizioni scientifiche.

Sono stati illustrati aspetti eziopatogenetici, clinici, diagnostici, prognostici e terapeutici relativi alle più svariate patologie, dai tumori ipofisari,

all'acromegalia, alla sindrome di Cushing. Grande risalto è stato dato alle prospettive terapeutiche, sia mediche che radioterapiche e chirurgiche. In particolare

denza che tali tumori esprimono recettori per la somatostatina. Ciò ha portato ad utilizzare per la localizzazione tumorale analoghi della somatostatina marcati con radiotraccianti, rilevabili mediante scintigrafia (Octreoscan). Inoltre, l'acquisizione che la somatostatina svolge un'azione inibente sulla secrezione di molti peptidi, oltre a possedere un probabile effetto antiproliferativo, ne ha suggerito l'impiego nella terapia dei tumori neuroendocrini. Sono stati descritti numerosi casi di tumori neuroendocrini rilevati dal Octreoscan, nei quali gli analoghi della somatostatina hanno dato significativi risultati terapeutici.

Due sessioni di comunicazioni orali sono state dedicate a peptidi di recente sco-

Uscendo dalla stazione ferroviaria di Piazza Garibaldi o si sceglie uno dei comodissimi bus urbani (scendere a Piazza Amore) o si percorre, sempre a diritto, Corso Umberto (il "Rettifilo" dei partenopei).

A Piazza Amore, si prende destra per via Duomo e si è di colpo nella Napoli storica, quella dove dieci culture, dominanti e dominate con l'acquistarle, si fondono in un'armonia unica e sempre da scoprire più a fondo. Basta un elenco breve: la religiosità di alta caratura e quella di devozione popolare (a pochi passi, al Pio Monte, c'è la più bella tela del Caravaggio "Le sette opere di misericordia"), la presenza angioina, quella aragonese, spagnola; il riaffiorare continuo del sostrato greco romano e italico) Ma stop agli elenchi e poniamoci in via!

A metà della strada, prima di giungere al maestoso Duomo, svoltiamo a sinistra ed ecco Spaccanapoli, la "ruga" strettissima e rettilinea che unisce la collina di San Martino e la porta di Forcella. Ci inoltriamo in San Biagio dei Librai (qui lavoravano gli artigiani del libro, dal codice all'incunabolo alla carta stampata e rilegata e Napoli è, ancor oggi, splendido motore di case editrici di alta e di altissima qualità: entrare, per credere, in una delle librerie della vicinissima Port'Alba!) e siamo all'incirca paralleli al lunghissimo Rettifilo; al di sopra la terza via, pressoché parallela, che attraversa i "Tribunali", quartiere spagnolo poi divenuto "proletario".

Uno spezzone di Spaccanapoli si chiama "via Benedetto Croce", perché a Palazzo Filomarino trascorse la sua vita di studi operosi (ora sede di un centro studi a lui dedicato). C'è una sua bellissima pagina un cui descrive il panorama, rinchiuso e, al tempo stesso, vastissimo, che vede dalla finestra: strettissime vie alate dalla fuga dei campanili robusti e dalla guglia dell'Immacolata a centro piazza del Gesù Nuovo.

Si visiti ora la stupenda chiesa di Santa Chiara, gioiello angioino-aragonese gravemente colpita dai bombardamenti aerei e rinata a nuova vita rifatta con sapiente pazienza. Si rifletta su cosa e quanti furono i bombardamenti aerei su Napoli, obiettivo imprescindibile dall'aviazione anglo-americana prima e tedesca (una volta che si fu liberata) poi. La chiesa ha interno "pulito" (non d'orpello barocco), a pietra solida e precisa. Chiara come il nome a cui la sovrana Sancia di Maiorca la volle consacrata.

Ci si soffermi nel Chiostro, da non molto, con faticosa opera, riaperto a nuova vita. Quivi le fanciulle dell'aristocrazia, "destinate" alla monacazione passeggiavano



Il Cristo Velato

guardando nelle maioliche effigiati i panorami e le scene di vita comune che a loro sarebbero state precluse. Un risarcimento artistico, quindi, per la prigionia molto, molto spesso involontaria. Queste scene festose (la maiolica s'estende ovunque, dai sedili alle colonne dei pergolati) ancor oggi danno gioia e sano senso di vivere al nostro occhio.

Al "Munasterio 'e Santa Chiara" è dedicata la più bella e ardua canzone del secondo dopoguerra napoletano. Altro che melassamandolino o Malaparte! La canzone di Rocco Galdieri è tenero-tragica-profonda come il sentimento di un innamorato "verace".

Più avanti, la piazza con la Porta Cumana, limite occidentale delle mura cittadine, è dominata dalla mole della chiesa del Gesù Nuovo, voluta dai Gesuiti e per genialità dell'architetto conserva la facciata del palazzo dei principi di Sanseverino, decaduti, sull'area del quale sorse.

La facciata è in perfetto bugnato a punta di diamante di pietra scura (il colore degli edifici di Napoli non è mai "sereno" come il nome della pietra fiorentina o roseo come, da noi, la pietra del Finale. L'architettura opera col materiale in loco e qui basolati e facciate sono di pietra lavica.

Si torna sui propri passi, fino alla Piazza di san Domenico Maggiore. I Domenicani erano dediti al sapere, non alle opere di pietas come i fratelli Francescani. Attorno a loro si formavano le biblioteche e gli "studia" del tempo (pensate che nel convento annesso alla chiesa studiarono Giovanni Pontano e Giordano Bruno, formandosi una cultura validissima, approfondita e, come si sa, rischiosa.

Qui convenivano i figli della grande aristocrazia per apprendere i meccanismi e le abilità adatte a conoscere e a reggere i poteri e i confronti con gli altri regni e principati. Sie-

te, quindi, nell'ombelico della cultura napoletana (ed a San Biagio dei librai si stampavano i testi per queste "Università"). Nella chiesa, rimaneggiata, da vedere, nella seconda cappella a destra, residui affreschi di Pietro Cavallini, dei primi anni del Trecento.

Fatti pochi passi in una viuzza a destra della chiesa si incontra la Cappella Sansevero, inaspettato e splendente gioiello di decorazione settecentesca. Qui si comprende come non sia esatto parlare di "Barocco", ma di differenziati "Barocchi" (si pensi a quello genovese!) e neppure di Settecento aggraziato e rococò: c'è ben altro. Del resto, c'è il Mozart delle ariette e quello, profondo e caotico, del "Requiem".

Al centro della decoratissima e, al tempo stesso, miracolosamente sobria cappella giace il "Cristo velato" di Giuseppe San Martino. Coperto d'un velo leggerissimo, che pare, per miracolo d'arte, non aver nulla del marmo, fece sospirare d'impotenza Antonio Canova e, al tempo stesso, lo provocò a costruire l'impagabile canone artigiano della propria arte scultorea.

Scendete, dopo l'ammirazione, nella cavea sotterranea dove il principe Raimondo di Sangro, in fama di alchimista, di stregone e di mago, ma soltanto, invece, uomo colto e curioso oltre i limiti consentiti dal suo tempo, costruì della macchine anatomiche così interessanti e di abili mani che fanno pensare non certo a diavolerie, ma al progredire degli studi anatomico-scientifici cui tanto debito deve la nostra salute quotidiana.

E adesso riemergete e, nella piazza, permettetevi le dolcezze esclusive di Scaturchio, la pasticceria più nobile di Napoli. È un trionfo (dopo tanta "arte"! di babà, di roccocò, di piccola pasticceria, di sfogliatelle impagabili. Avanti!

Prof. Sergio Giuliani



ASSOCIAZIONE NAZIONALE PATOLOGIE IPOFISARIE - ONLUS

Relazione sul 2003 tenuta
all'Assemblea di
Rimini il 18 aprile 2004

Dai 23 iscritti del 2002 siamo passati ai 36 del dicembre 2003 (+ 10 del 2004). Abbiamo continuato con l'impegno di mantenere i contatti con i centri endocrinologici della Regione. Si può dire che con alcuni centri i rapporti si sono consolidati (vedi locandina degli incontri e dei convegni), con alcuni ci sono stati i primi contatti (Bufalini di Cesena, che ha chiesto la nostra partecipazione alla preparazione di un video poi trasmesso sulla rete regionale), con altri vanno solle-

citati (Reggio e Piacenza).

I rapporti col Nazionale sono stati continui e questo è servito molto per capire come fare per rafforzarci sia nei confronti delle autorità regionali che dei centri ospedalieri.

A fine anno si è conclusa la nostra esperienza del sito ANIPI Emilia Romagna su "Superava" e stiamo valutando se è possibile usufruire di una parte di quello nazionale o come e se valga la pena di avere uno spazio tutto nostro: bisogna comunque tenere presente che il Direttivo deve prendersene la responsabilità ed uno dei suoi membri curare l'aggiornamento.

Il dott. Meringolo e la dott.ssa Ciccarelli hanno curato una pubblicazione sulle patologie

ipofisarie. Come concordato nel Direttivo abbiamo fatto una presentazione: alcune ditte farmaceutiche dovrebbero fare una donazione che servirà a coprire le spese (per ora a carico degli autori).

Oltre che col telefono, quest'anno ho cercato di mantenere i contatti con gli iscritti ed i simpatizzanti via email, ma soprattutto inviando materiale per posta. Questa linea sembra in parte "pagare", perché stanno arrivando le quote per il 2004: del resto, essendo una associazione di volontariato, ma anche di ammalati, è molto difficile ottenere un impegno "partecipativo" agli incontri, ed è quindi essenziale mantenere i contatti per altre vie. Per questo, e per avere sempre più iscritti, stiamo facendo nascere presso gli ospedali che collaborano con noi gli "sportelli di ascolto", con degli iscritti ANIPI come riferimento e un medico.

C'è anche la necessità di sostituire nel direttivo uno dei soci fondatori, Fiamenghi Emanuela, con cui si sono persi i contatti. Propongo, per dare un rappresentante alla provincia di Ferrara, in cui abbiamo un terzo degli iscritti, il signor Noris Chiarini, che ha sempre partecipato agli incontri e ci dà un valido supporto.

E veniamo al bilancio: per adesso siamo riusciti con una politica da formiche e con molto volontariato da parte di tutti i membri del direttivo (viaggi, telefonate, etc.) a restare nel budget. Aumentando il numero degli iscritti e gli impegni... dovremo trovare dei modi di farci finanziare.

Buon lavoro a tutti.

La presidente
Valeria Urbinati



Valeria Urbinati, presidente ANIPI Emilia Romagna con la prof.ssa Luisa Lasio.

È uscito nel mese di marzo un agile volumetto dal titolo "La patologia ipofisaria" dei dott. Domenico Meringolo (Ospedale Bentivoglio - Bologna) ed Enrica Ciccarelli (Ospedale S. Giovanni Battista - Molinette, Torino) La pubblicazione va a coprire una carenza di informazione (al di là dei Convegni specialistici, negli ultimi 2 o 3 anni frequenti in alcune regioni del Nord, in particolare nella E- Romagna) nei riguardi sia della pubblica opinione che dei medici di base e del personale medico specializzato. Infatti il testo, con un linguaggio semplice e nello stesso tempo scientificamente fondato su co-

noscenze specifiche, fa il punto sulle modalità di cura oggi disponibili nel campo della patologia ipofisaria considerata ancora malattia rara ma che, grazie anche alla diagnostica recente, tanto rara non appare, almeno nelle regioni Emilia - Romagna e Piemonte.

In agili capitoletti gli autori riportano una serie di informazioni sui varitumori ipofisari: diagnostica, cause, sintomi, complicanze e terapie, avvalendosi in questo del supporto dei collaboratori dott. M. Alescio, D. Bianchi, T. Cammarota, G. Faccani, M. Frattarelli, G. La Rosa, m. T. Nasi, U. Riccardi, M.D. Scarfoglio, A. Visca. L'intento de-

gli autori, supportato dalla loro competenza scientifica nel settore endocrinologico e dalla ricca esperienza maturata nel rapporto quotidiano con pazienti ipofisari, è quello di far conoscere in maniera più capillare il "problema ipofisi", rendendo in questo modo un "servizio" ai malati, ai loro familiari e al mondo medico in generale. Il testo, in numero limitato di copie, può essere richiesto direttamente agli autori o all'ANIPI regionale di E- Romagna e Piemonte.

Valeria Urbinati



V° INCONTRO MULTIDISCIPLINARE IN ENDOCRONOLOGIA CLINICA

Il 24 gennaio 2004 si è tenuto presso la ASL 15 Cittadella - Camposampiero, in provincia di Padova, un incontro tra medici di medicina generale e specialisti sul tema "Adenomi ipofisari: inquadramento clinico, terapia ed aspetti cardiovascolari e metabolici associati". L'obiettivo era quello di divulgare ai medici di medicina generale alcune delle più recenti acquisizioni in tema di malattie ipofisarie. Siamo stati invitati come associazione regionale A.N.I.P.I.

Hanno partecipato come relatori il dott. Agostino Paoletta, il dott. Natalino Simioni ed il Prof. Nicola Sicolo in qualità di specialisti endocrinologi, il dott. Massimo Scanarini neurochirurgo, il Prof. Q. Altavilla anatomo - patologo, il dott. M.Q. Patrassi primario del Dipartimento di Medicina Interna dell'Ospedale di Cittadella ed il dott. R. Mazzarotto della Radioterapia di Padova. Dopo il saluto del Direttore sanitario della ASL 15, dott.ssa M. Qiacobbo, si è dato inizio ai lavori. L'incontro è stato caratterizzato dalle relazioni dei vari specialisti e dalla partecipazione interattiva dei medici con la discus-

sione di casi clinici. Numerose sono state le problematiche emerse durante l'incontro che hanno dato luogo ad una accesa e costruttiva discussione tra tutti i medici partecipanti. Uno dei temi più importanti è stato quello della diagnosi precoce degli adenomi ipofisari. Sappiamo che alcune patologie ipofisarie, come ad esempio l'acromegalia, impiegano anni a manifestarsi e spesso sono proprio i medici di medicina generale che per primi, avendo le giuste conoscenze, potrebbero essere in grado di fare diagnosi ed inviare il paziente allo specialista. Una diagnosi precoce riduce, non solo le complicanze, ma anche i costi di gestione della malattia. Il fornire ai medici di medicina generale una serie di informazioni e consigli pratici da parte di specialisti esperti è perciò determinante per raggiungere il duplice obiettivo della diagnosi e cura degli adenomi ipofisari.

Altri importanti elementi emersi in discussione sono stati quelli riguardanti i tempi di prosecuzione delle varie terapie farmacologiche e dei risultati della neurochirurgia e della radioterapia. Il nostro intervento era previsto alle ore 10.55. Con non poca emozione ho presentato a tutti i medici intervenuti l'Associazione A.N.I.P.I. e le sue finalità ribadendo che i punti primari sono quelli di divulgare il

più possibile le caratteristiche di queste malattie e di sensibilizzare sempre più i medici generici e l'opinione pubblica verso questo tipo patologie che sono ritenute rare ma che in realtà, forse, sono solo difficili da diagnosticare. Se individuate in tempo e ben curate possono condurre ad una notevole riduzione delle complicanze e rendere quasi normale la vita di chi ne è affetto. Nostro impegno inoltre, è senza dubbio quello di renderci visibili come Associazione e contribuire affinché la ricerca in campo clinico e terapeutico in questo settore continui sempre con maggiore impegno ed efficacia da parte di tutti. Ho assicurato che ci faremo portavoce anche presso le Istituzioni della Regione Veneto, se sarà necessario, affinché tutti i medici abbiano maggiori risorse disponibili da poter utilizzare per la diagnosi e cura di queste malattie e che si riesca ad eliminare sempre più tutti quei percorsi burocratici che spesso impediscono un normale iter terapeutico nei confronti di chi soffre di queste complesse patologie. L'incontro si è concluso con la promessa di un arrivederci presto per ripetere tutti insieme, chissà, in un prossimo futuro una bella ed emozionante esperienza come quella che personalmente ho vissuto in questa giornata.

Mirella Ranzato

PROGRAMMA DEL CORSO

VENERDÌ POMERIGGIO

Ore 13.00 -14.00:

Registrazione dei Partecipanti

Welcome Lunch

Questionario di Ingresso E CM

Saluti di Benvenuto

I^ SESSIONE ORE 14.30- 15.30

Moderatori: N. Simioni, R. Vettor

Tema: Tireopatie e Gravidanza

Esperto: E. Roti

"Analisi dello Statement del Delphi"

II^ SESSIONE: ORE 15.30 -16.30

Lavori di Gruppo sui punti di "non-consensus" del Delphi.

COFFÈE BREAK: ORE 16.30 - 17.00

III^ SESSIONE: ORE 17.00 - 18.30

Moderatori: N. Simioni, R. Vettor

Tema: Tireopatie e Gravidanza

Esperto: E. Roti

"Aggiornamento dello Statement del Delphi alla luce dei risultati dei lavori di gruppo".

IV^ SESSIONE: ORE 18.30- 20.00

Moderatore: F. Fallo

Esperto: E. degli Uberli

Incontro con l'esperto su un caso clinico di "Sindrome di Cushing: ... un caso emblematico"

ORE 20.00: CENA SOCIALE

SABATO MATTINA

V^ SESSIONE: ORE 08.45 -10.45

"A Caccia di Tumori NE"

Moderatori: A. Paoletta, M. Marchetti

Ore 08.45-9.20: Caso clinico di MEN I: II° tempo: vvero "La storia familiare ... infinita" (E. De Carlo, D. Rubello, C. Pasquali)

Ore 09.20-10.00: Caso Clinico di Iper-PTH:

ovvero "una lunga marcia...diagnostico terapeutica"

(C. Marlini, D. Rubello, MR Pelizzo)

Ore 10.00- 10.45: Caso clinico di Iper-PTH:

ovvero "L'iper-PTH c'è ...ma non si vede" (P. Maffei, D. Rubello, MR Pelizzo)

Ore 10.45-11.15: Coffèe Break

VI^ SESSIONE. ORE 11.15-12.15

Moderatore: G. Menzinger

Incontro interattivo con l'esperto sul

Tema: "L'evoluzione dell'insulinoterapia alla luce dell'avvento degli analoghi"

(A. Avogaro)

12.15: COMPILAZIONE QUESTIONARI

Questionario ECM di apprendimento

Questionario ECM di valutazione

Questionario degli organizzatori di valutazione interna.

12.45: CONCLUSIONE CORSO



I relatori con la presidente Mirella Ranzato (ANIPI Veneto).



Pochissimi «addetti ai lavori» lo avevano visto e già se ne parlava molto con acre polemica di questo film che solo nello scorso aprile è arrivato nelle sale cinematografiche italiane.

Prima di allora, quindi senza che la stragrande maggioranza lo avesse veduto, si sentivano commenti ovunque e da chiunque.

L'accusa di maggior rilievo mossa a questo evento cinematografico dell'anno suona come glaciale e dai tristi ricordi: antisemitismo.

Esponenti di comunità ebraiche di vari paesi (fra cui anche la italiana rappresentata da Bruno Vespa da un signore non certo dotato del carisma del rabbino Elio Toaff) si sono fatti portatori di questa accusa infamante.

Notiziari e giornali riportavano che "accusa di antisemitismo strisciante nel film" fosse attribuibile a causa delle ascendenze del regista: il padre apparterebbe ad una corrente cristiana fondamentalista. Visto e rivisto nonostante la mia preparazione storica teologica non ho potuto rilevare niente che suonasse come manifesto antisemitismo in questo film che si attiene abbastanza ai racconti evangelici; a voler essere pignolo alcune sequenze come ad esempio il ricordo dell'episodio della adultera sono lievemente alterate rispetto al testo evangelico, ma non nel loro significato. Dicono che lo stesso pontefice dopo averlo visto abbia espresso un giudizio favorevole sull'opera, ora visto che è il primo papa della storia a recarsi in visita nella sinagoga di Roma non credo proprio che tolleri un atteggiamento inaccettabile come quello antisemita.

Certamente il curriculum dell'autore dell'opera non testimonia nel passato cinematografico un impegno tale da poter sostenere una tematica complessa come la passione di Cristo è.

Gli ilari personaggi di detective un po' confusionari e fortunati o quelli simbolo quali Bravehart che possono rischiare la raffigurazione di una storia di maniera impediscono l'accostamento ad un tema tanto delicato e caro a cristiani e non per i suoi alti contenuti emotivi evocati.

Poi arrivarono i pettegolezzi: ogni giorno in quel di Matera ove il film è stato girato Mel Gibson passava un'oretta raccolto in preghiera in chiesa, prima di recarsi sul set cinematografico.

Un atteggiamento insolito per un regista, spia di un particolare onere ed onore sentito dalla coscienza individuale nello svolgimento della propria opera...mi ricorda

un mio bisnonno classe 1862 il quale qualsiasi lavoro si apprestasse a svolgere iniziava sempre con le stesse parole mormorate "per Cristo". Indubbiamente un dato questo che testimonia la volontà genuina di voler fare il proprio meglio, mi porta al sorriso ogni altra ipotesi alla "speriamo che vada bene e non ci perda i soldi stanziati": Mel Gibson ha avuto una carriera

ruoli. Il nostro vecchio buon latino che mi mette alla prova per vedere se i remoti quattro esami universitari di latino sostenuti negli anni verdi (non c'entrano Bossi ed Alfonso Pecoraro Scanio...) hanno lasciato qualche pallida traccia cercando di non leggere i sottotitoli. Il quadro di insieme è più che buono; per quanto concerne l'accusa di "essere una seduta di tortura



fortunata e ben remunerata...

La lingua di recitazione: Aramaico e Latino. Aramaico e Latino? Ma come fa uno nel 2004 (dico nel duemilaequattro!!!) a produrre e sceneggiare un film parlato in un idioma persiano antico adottato dagli ebrei dopo la cosiddetta cattività babilonese e nella lingua dei nostri romani (asterix e Totti non c'entrano...)? Ci vuole un coraggio da leoni...che solo un'alta motivazione può giustificare. Il risultato è strabiliante: il linguaggio condisce con armonia e mistero un film che scorre rapido, intenso e significativo.

Teologicamente attendibile, cinematograficamente valido con utilizzo encomiabile della tecnica del flashback, una scena fra tutte: Gesù cade sotto la croce e mamma Maria ricorda un Gesù bambino che cade piangendo ed ella corre a confortarlo. Lucicione agli occhi di alcune persone guardate per studiare la reazione del pubblico... silenzio da pubblico tedesco dal primo minuto all'ultimo che evidenzia completa partecipazione dello spettatore.

La lingua aramaica che musicalmente sottolinea nel mistero gli ammiccamenti degli attori che si rivelano tutti bravi nei loro

che dura per quasi tutto il film", be' il tema è specificato nel titolo ed il realismo crudo è una scelta come lo è la tecnica della reticenza dantesca, può essere ritenuta valida oppure no: in effetti io trovo molto realistico e storico il fatto che i soldati romani addetti alla fustigazione scherzassero fra loro durante l'esecuzione, se erano abituati per servizio a comminare tali pene non potevano non esserne assuefatti al punto di scherzarsi sopra.

Paragonando il film alle altre due grandi opere sul tema (non considero "grandi" opere le americanate stile "Il re dei re" o "l'ultima tentazione di Cristo" o "Jesus Crhriste Superstar" più uno specchio dell'epoca in cui vide la luce che degli eventi narrati) quella maestosa di Rossellini e quella intimistica con mamma madre di Gesù di Pasolini trovo più rispettosa e distaccata, ma sentita e palpitante quella di quello che fino a qualche tempo fa era un istrionesco attore australiano americanizzato. Però, come è noto già al latino antico, sui gusti non si discute

Alessandro Testa

i gesti più semplici richiedono
alta tecnologia

nordipen®

La penna ad alta tecnologia



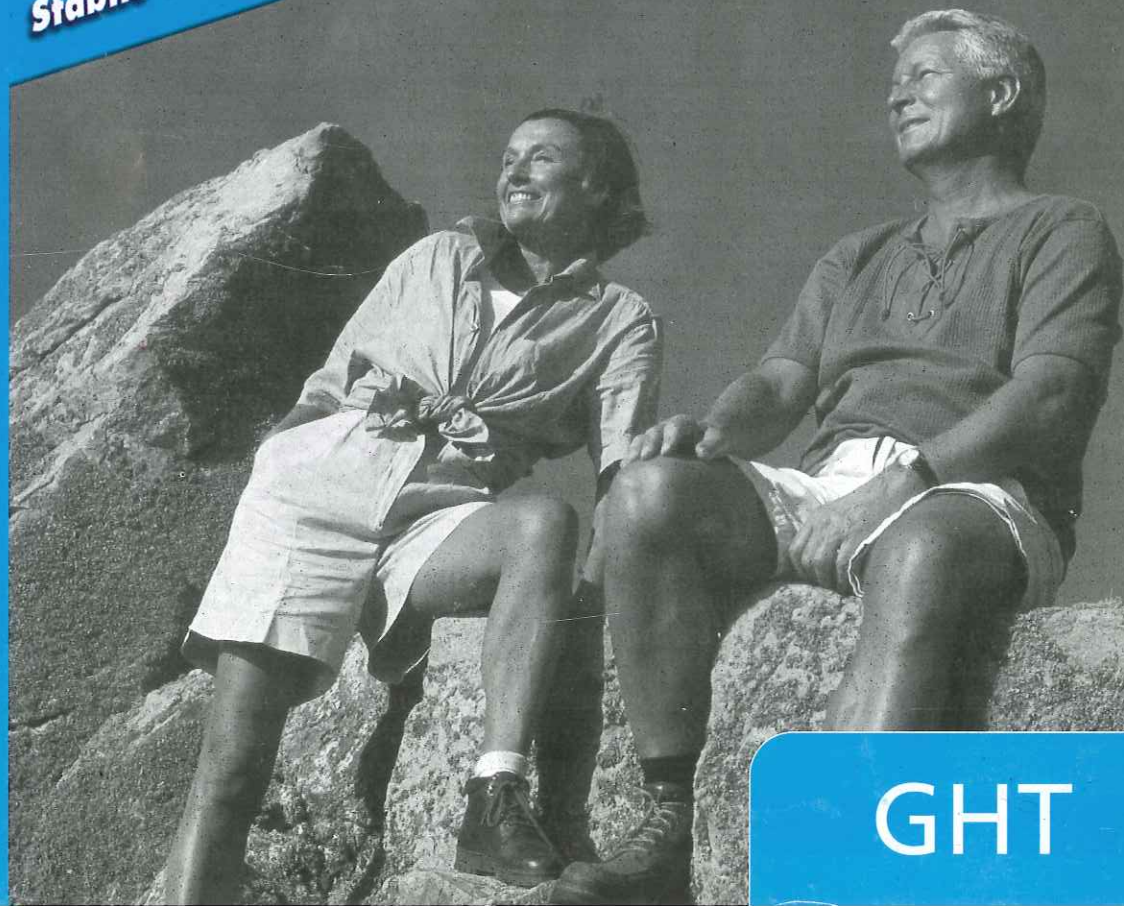
Ideali per la somministrazione del primo hGH liquido



Un comodo accessorio per superare la paura dell'iniezione

nordipenmate®

Stabile anche a 25 gradi




novo nordisk®

GHT