

PATOLOGIA IPOFISARIA



PERIODICO DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE ITALIANA PATOLOGIE IPOFISARIE

Segreteria e Redazione: 17100 SAVONA - Via Paleocapa, 16/3B - Tel. 347 1484168 / Direttore Responsabile: Dr. Fabrizio Scoccia

I punti d'ascolto ANIPI

Le ANIPI Regionali e alcuni Centri di Endocrinologia hanno rilevato da tempo l'esigenza di offrire ai pazienti ipofisari un servizio aggiuntivo di ascolto e di attenzione.

Il sodalizio sembra funzionare e, infatti, nell'ultimo anno sono scaturiti progetti relativi a "punti di ascolto", ubicati presso i locali dei dipartimenti di endocrinologia e gestiti da personale medico e da volontari dell'associazione.

L'obiettivo di questi "punti d'ascolto" è di dare assistenza, oltre che tecnica e specialistica, anche umana a tutti i pazienti colpiti da problematiche ipofisarie; per cui chi dovesse sentire l'esigenza di approfondire la conoscenza della patologia nella sua complessità o soddisfare richieste riguardanti la propria situazione personale di malattia, potrà farlo, usufruendo di un'opportunità in più all'interno di questi progetti.

I progetti nella loro struttura:

- 1) Reperimento di un locale adatto alla situazione che prevede il rispetto della privacy dei pazienti;
- 2) individuazione del personale medico (specialista o medico specializzando al quinto anno) che presenta competenza scientifica e capacità di comunicazione (utilizzo di un linguaggio adeguato, disponibilità all'ascolto e alla comprensione, sicurezza nel porsi);
- 3) individuazione dei volontari adeguatamente addestrati a confrontarsi anche con pazienti difficili (disponibili a regalare la propria esperienza di malattia, ad ascoltare con pazienza e a



Luisa Lasio, Franco Rulli e Valeria Urbinati.

porsi come tramite con il personale medico);

4) reperimento di risorse economiche che permetteranno di attrezzare e di rendere piacevole il locale disponibile (telefono, tavolo, sedie, ecc.; qualche pianta e qualche stampa per le pareti, onde evitare lo squallore ospedaliero);

5) reperimento di risorse economiche per l'associazione, che si attiverà a produrre materiale da consegnare ai pazienti durante gli incontri, per soddisfare al meglio le richieste;

6) reperimento di fondi per il rimborso spese dei volontari coinvolti. I tempi di sperimentazione e la scansione degli incontri saranno fissati in base alle richieste dei pazienti.

Luisa Lasio

Da quest'anno
è possibile destinare,
oltre all'8 per mille alle
organizzazioni religiose,
anche il 5 per mille al
mondo del volontariato:

se vuoi aiutare
la nostra associazione
puoi firmare
indicando il nostro

Codice Fiscale
94090880488
GRAZIE!

Salute anziani



L'osteoporosi è una malattia metabolica caratterizzata da una riduzione della massa ossea, con conseguente aumento della fragilità dell'osso e conseguente aumento della fragilità dell'osso e conseguente predisposizione alle fratture. Nella maggior parte dei casi il decorso dell'osteoporosi è asintomatico per molti anni e ciò, la rende, un vero e proprio "killer silenzioso". Nelle persone a più alto rischio, le ossa sono talmente fragili, che anche un piccolo trauma può provocare una frattura.

Una frattura vertebrale o del collo del femore può rappresentare la prima, dram-

matica espressione di questa malattia, che rappresenta in tutto il mondo una delle principali emergenze di salute pubblica. Le dimensioni del problema sono tali che, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha riconosciuto nell'osteoporosi il secondo grave problema dopo la demenza.

Quindi lo scopo di prevenire l'osteoporosi consiste nell'evitare fratture osteoporotiche. La Densitometria ossea consente oggi di valutare in modo accurato e preciso la massa ossea, ed è determinante per la diagnosi di osteoporosi. Aiuta quindi a individuare i soggetti a

maggior rischio di frattura. Non è al momento considerato utile, in termini di rapporto costi/beneficio, uno screening densitometrico generalizzato.

C'è invece un ampio consenso nel consigliare l'indagine densitometrica su base individuale, considerata l'età e l'eventuale presenza di fattori di rischio.

La Giunta Regionale Marche, con Deliberazione n. 1323 ME/SAN del 16 luglio 2002, nell'ambito degli indirizzi per l'attuazione della disciplina dei livelli essenziali di assistenza del SSN, ha stabilito che le indagini di densitometria ossea, vengono mantenute a carico del servizio sanitario regionale, fatta salva la partecipazione alla spesa ove prevista in presenza delle seguenti indicazioni.

donne di età > 65 anni;

donne e uomini con:

ipogonadismo o menopausa precoce < 45 anni;

prolungati (>6 mesi) trattamenti con corticosteroidi (>5 mg/die prednisone equivalenti);

anamnesi familiare positiva per fratture di fragilità (di femore, vertebrali o del polso <75 anni)

riscontro radiologico di osteoporosi;

basso peso corporeo (<57 chili) o indice di massa corporea < 19 kg/m;

patologie associate ad osteoporosi, precedenti fratture con fragilità.

È stato sancito, quindi, che la densitometria va eseguita in tutte le donne di oltre 65 anni, ossia quando il rischio di andare incontro a fratture da osteoporosi diventa veramente importante e appare l'età più opportuna per iniziare una prevenzione farmacologica. La densitometria è indicata, inoltre, in tutti i soggetti di ambo i sessi, anche giovani, con fattori di rischio per osteoporosi o con malattie che predispongono all'osteoporosi.

La diagnosi di osteoporosi e l'eventuale terapia non vanno mai formulate sulla base del solo risultato densitometrico, ma solo dopo una valutazione clinica complessiva.

Un nuovo controllo densitometrico è consigliabile solo dopo un intervallo superiore ai dodici mesi.

Ferdinando Silveri
Ancona



La nostra amica Mirella Ranzato ci ha lasciati improvvisamente.

La sua scomparsa prematura ha creato un grande vuoto nei nostri cuori.

Mi fa piacere ricordarla così:

Cara Mirella, ci siamo conosciute a Treviso, durante una riunione un po' movimentata ma proficua.

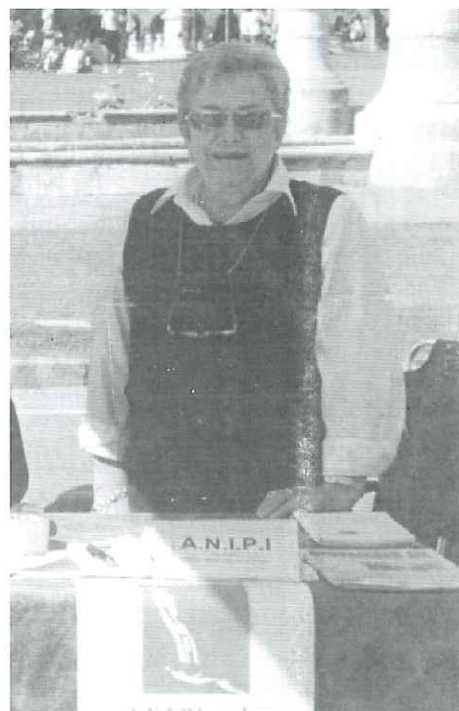
Ti accompagnava tuo marito, affettuoso compagno della tua vita, solerte e pronto a sostenere ogni tua decisione. Eri desiderosa di assumerti l'incarico di occuparti del Veneto, ma anche timorosa di non riuscire a sostenere l'impegno preso.

Ti ho incoraggiata, anche perché mi sembravi adatta a quel ruolo, per la tua disposizione alla comprensione e per la fiducia che avresti potuto infondere in animi spesso in preda alla

solitudine. Infatti non mi sbagliavo, hai svolto il tuo compito con serietà e convinzione. Il tuo pensiero era rivolto costantemente agli altri, sapevi ascoltare e coinvolgere ammalati fragili nei tuoi progetti, regalando loro qualche scampolo di serenità. L'associazione veneta sentirà la tua mancanza come la sentiamo noi. Non ci sentivamo spesso e ci vedevamo poco ma sapevo che il lavoro procedeva alacramente, sostenuta anche da medici e familiari che credevano nel tuo lavoro e nella serietà dei tuoi intenti.

Non sarà facile colmare il vuoto che hai lasciato, ma la tua famiglia provvederà a continuare il tuo operato con la stessa tenacia e caparbia.

Ciao Mirella, grazie per il tuo entusiasmo.



Luisa e tutta l'ANIPI Mirella.



Mirella: gruppo medici e pazienti.

Cara Mirella, ci hai lasciato all'improvviso e non ci sono davvero parole per esprimere il dolore che proviamo tutti noi.

Quando ti ho conosciuto meno di un anno fa ero spaventata e confusa. Tu, con la tua infinita disponibilità e gentilezza, mi hai sostenuto ed incoraggiato.

Mi hai dato speranza e mi hai mostrato vie nuove.

Grazie Mirella. Noi tutti dell'A.N.I.P.I. ti dobbiamo moltissimo. Ricordiamo la

tua sensibilità, ma anche la tua determinazione.

Eri instancabile nel tuo progetto di ottenere per i malati ipofisari una diagnosi precoce, le cure migliori ed una più dignitosa qualità della vita.

Organizzavi incontri con i medici e loro davvero non potevano dire di no alle tue richieste fatte con dolcezza. E poi non finivi di ringraziarli e lo avresti fatto anche ora. Ma lo possiamo fare noi al tuo posto: grazie perché siete qui a salutar-

la! È proprio questo che ricordo di te: l'attenzione nei confronti di tutti e questo è amore, nel senso più ampio e profondo del termine.

Quell'amore che si trasforma in dono e da senso alle nostre vite.

E tu hai amato molto. Ora a noi non è dato di sapere perché Iddio ti abbia voluto con sé così presto, ma una cosa è certa: il tuo amore e il tuo sorriso rimarranno per sempre nei nostri cuori.

Ciao Mirella.

Il giorno sabato 3 dicembre 2005 si è svolto a Bergamo un "Incontro Medico-Paziente" organizzato dalla dott.ssa Marcella Montini (Direttore USS Dipartimentale di Neuroendocrinologia, Ospedali Riuniti Bergamo) e dal dott. Giorgio Pagani (Direttore Unità Strutturale Complessa di Endocrinologia, Ospedali Riuniti Bergamo).

Il tema di questo incontro era «La patologia ipotalamo-ipofisaria».

Tra gli scopi principali c'era però anche quello di creare un contatto tra gli endocrinologi di Bergamo, i pazienti e la nostra associazione.

Erano presenti quindi sia la dott.ssa Luigia Lasio, presidente ANIPI Italia, sia il sig. Pietro De Leo, presidente ANIPI Regione Lombardia, accompagnato dal vice presidente.

L'incontro è stato aperto dal dott. G. Pagani, seguito dal saluto all'assemblea del dott. Andrea Giustina.

Successivamente, all'inizio della prima parte, è intervenuta la dott.ssa L. Lasio, che ha illustrato dettagliatamente gli scopi ed i compiti dell'ANIPI.

Abbiamo assistito poi a relazioni molto interessanti. Il dott. Renato Cozzi (Dirigente Medico Struttura Complessa di Endocrinologia, Ospedale Niguarda Milano) ha parlato della "Iperprolattinemia + Acromegalia", mentre la dott.ssa M. Montini ha trattato l'argomento "Ipogonadismi Ipogonadotropi".

Nella seconda parte, il dott. Marco Faustini Fustini (Dirigente Medico Unità Operativa di Endocrinologia, Ospedale Bellaria Bologna) ha parlato degli "Squilibri elettrolitici nella patologia ipotalamo-ipofisaria, mentre il dott. Mauro Doga (Dirigente Medico Unità Operativa di Endocrinologia, Ospedale Carlo Poma Mantova) ha trattato il "Deficit di GH nell'età adulta".

Ne è seguita quindi una discussione generale davvero interessante.

Mentre l'incontro proseguiva tra i medici, la dott.ssa Lasio, la dott.ssa Montini ed il sig. De Leo incontravano diversi pazienti in sede separata, affrontando l'argomento «Problematiche assistenziali del paziente neuroendocrino».

Questo incontro con i pazienti aveva anche lo scopo di informarli sulla istituzione di "Un punto di ascolto ANIPI" nell'Ospedale di Bergamo, che si sarebbe appoggiato alla presidenza dell'ANIPI Regione Lombardia. Incontro molto interessante e proficuo, nel quale i pazienti hanno posto numerose domande alle quali sono state date esaurienti risposte.

Il convegno si è chiuso con una tavola rotonda, che ha affrontato l'argomento «Quali prospettive?» e con la discussione finale.

Vinicio Busatto - ANIPI Italia



Il Dr. Giorgio Pagani e la Dott.ssa Marcella Montini durante l'incontro.



«IL CODICE DA VINCI» di Dan Brown

Questo libro ha sollevato un grande scalpore che mi ricorda quello analogo sollevato dal film "L'ultima tentazione di Cristo" di Martin Scorsese (il tema era Gesù tentato dalla bellezza di Maria Maddalena). Ma, al di là del film, che non era una gran cosa, il Gesù di Scorsese resiste alla tentazione, anche a quella di scendere dalla croce...

Questo romanzo polpettone invece, ispiratosi a vecchie mistificazioni ottocentesche, non può proprio andare. Se si scrive un romanzo e si ricorre alla fantasia è più che lecito ci si possa sbizzarrire. Ma altra cosa è avanzare delle interpretazioni storiche che si basano su chiacchiere e non su documenti, calunniando il cristianesimo nella figura del suo fondatore, nonché la Chiesa cattolica considerata come una congrega, che non desiste nemmeno di fronte all'omicidio per mantenere il segreto su cui si fonda (Gesù non sarebbe morto sulla croce ma fuggito in Francia con Maria Maddalena da cui avrebbe avuto una discendenza identificabile con i regnanti di stirpe merovingia).

Questa è una operazione del tutto scorretta, perché Brown nella introduzione dice che si tratta di un romanzo di fantasia, ma poi subdolamente nelle note attesta che tutto deriva dal ritrovamento di documenti rinvenuti nei primi anni settanta. L'artificio utilizzato è quello di accostare una verità ad un paio di menzogne. È una vecchia tecnica letteraria: le idee ne risulteranno confuse, la luce del fatto accertato renderà credibile anche ciò che non lo è affatto...

Facciamo dei brevi richiami:

- "Teabing, lo studioso, asserisce che il concilio di Nicea, all'epoca dell'imperatore Costantino, decise ai voti la divinità di Gesù". Ciò è un inattendibile tentativo di depotenziare la figura di Gesù, non documentato e credibile in quanto la divinità di Gesù è attestata, subito dopo la morte, dagli apostoli e su di essa si basa il cristianesimo nella fede della risurrezione di rabbi Yeshua di Nazareth.

- "la vita (di Gesù) è stata scritta da migliaia di suoi seguaci in tutte le terre... e più di ottanta vangeli sono stati presi in

considerazione per il Nuovo Testamento, tra cui quelli di Matteo, Marco, Luca e Giovanni". Dove sarebbero dunque tutti questi? A parte qualche vangelo apocrifo (non riconosciuto valido dalla Chiesa) in numero di sei più due gnostici e uno (detto) arabo ed uno (detto) armeno e tutti posteriori ai quattro canonici, non esiste nulla!

- "la parola latina *haereticus* deriva da scelta. Coloro che sceglievano la storia originale di Cristo furono i primi eretici del mondo". Ridicola sciocchezza filologica: *haereticus* è un termine greco e non latino ed indicava comunemente un gruppo o una scuola.

- "i rotoli del Mar Morto furono trovati verso il 1950 in una caverna nei pressi di Qumran, nel deserto della Giudea e abbiamo anche i rotoli copti scoperti nel 1945 a Nag Hammadi. Oltre a raccontare la vera storia del Graal, questi documenti parlano del mistero di Cristo in termini profondamente umani. Naturalmente, il vaticano, per non smentire la sua tradizione di disinformazione, ha cercato di impedire la diffusione di que-

sti testi". I rotoli del Mar Morto però sono proprietà del governo Israeliano che con il vaticano mi pare c'entri poco. E come facevano, qualora avessero voluto, ad impedirne la diffusione? Inoltre, peccato che essi non abbiano nulla a che fare con i vangeli, infatti vi sono testi dell'Antico Testamento... e unico richiamo ipotizzato ai vangeli sono dodici lettere su tre righe (7 q 5) che, secondo un paio di studiosi, potrebbero essere del vangelo di Marco. Comunque se questo fosse vero risulterebbe che i vangeli furono scritti prima del 60 d.c., cosa che la Chiesa avrebbe interesse a divulgare anziché nascondere...

Senza dubbio è un romanzo avvincente, che ha venduto parecchio (grazie alla fama creatasi), ma che sconnette l'obiettività degli eventi. Molte sarebbero le cose da dire: nella impossibilità di farlo in questa sede faccio seguire il mio indirizzo di posta elettronica in caso qualcuno avesse delle perplessità o domande o osservazioni da avanzare.

Alessandro Testa - tetraketis@yahoo.it



L'autore Dan Brown.

Gli attuali criteri per la diagnosi biochimica di acromegalia

L'acromegalia è una malattia cronica e rara che, nella maggior parte dei casi, è dovuta ad un tumore benigno dell'ipofisi che produce l'ormone somatotropo (GH). Tuttavia, la prevalenza di questa insidiosa malattia è sicuramente sottostimata. Infatti, spesso l'acromegalia non viene riconosciuta come tale o viene diagnosticata in ritardo, a causa della sua lenta evoluzione. Da questo deriva la necessità di sensibilizzare i medici non specialisti in patologia ipofisaria nel riconoscere la malattia o nell'anticipare la diagnosi. Oltretutto, le tecniche diagnostiche si sono notevolmente evolute negli ultimi anni, così come la terapia ha fatto progressi sia in campo medico che neurochirurgico. In passato la diagnosi di acromegalia era sostanzialmente basata sull'osservazione delle modifiche somatiche, e soltanto i pazienti con un quadro clinico imponente giungevano all'attenzione dei sanitari. Lo sviluppo del dosaggio dell'ormone somatotropo (growth hormone o GH) ha consentito per la prima volta di confermare il sospetto di acromegalia con una diagnosi biochimica. Il graduale miglioramento delle metodiche di dosaggio ha poi permesso progressivamente di definire in modo più appropriato il concetto di "normalità" e, come risultato finale, è stato possibile effettuare una corretta diagnosi anche in quei pazienti con forme indolenti della malattia. Inoltre, nuovi potenziali marcatori dell'attività di malattia, come i componenti GH-dipendenti del siste-

ma dei fattori di crescita insulino-simile o sistema IGF, sono stati studiati ed introdotti nelle procedure diagnostiche e nel monitoraggio dei risultati della terapia. Il corretto inquadramento dell'attività di malattia, sia dal punto di vista diagnostico che per ragioni di follow-up, è oggi obbligatorio.

L'acromegalia è una sindrome clinica che si determina attraverso anni di prolungata esposizione dell'organismo ad elevati livelli circolanti di GH e del suo mediatore periferico IGF-I.

L'ipersecrezione ormonale è in oltre il 95% dei casi dovuta alla presenza di un adenoma ipofisario GH-secernente. Negli adenomi ipofisari dei pazienti acromegalici è comunemente riscontrabile anche la co-secrezione ormonale, e tra queste, la co-secrezione di prolattina (PRL) è presente nel 20-30% dei casi. Si può parlare in questo senso di adenomi misti o tumori somatomatotropi. L'origine dell'adenoma ipofisario GH-secernente è stata oggetto di discussione per anni. Il rispettivo ruolo ed importanza di trasformazioni a livello delle cellule ipofisarie stesse, di potenziali alterazioni ipotalamiche, e di produzione locale di fattori di crescita è tuttora controverso. Alcuni autori hanno suggerito che il tumore origini da una anomalia intrinseca delle cellule somatotrope, altri, invece, che sia il risultato di disfunzioni ipotalamiche, o di una insufficiente secrezione o azione della somatostatina, che rappresenta l'inibitore fisiologico della secrezione di GH.

L'acromegalia ha un'incidenza annua di 3-4 casi per milione di abitanti, ma la prevalenza riportata nella popolazione, di circa 40 casi per milione, si suppone in realtà molto più elevata a causa di una sottostima generale della patologia sul territorio. Inoltre, solitamente l'acromegalia viene diagnosticata dopo molti anni dall'insorgenza a causa della scarsa sintomaticità iniziale della malattia. Tuttavia, anche quando i "sintomi" diventano più evidenti, essi sono perlopiù aspecifici, pertanto il paziente ha già consultato diversi specialisti prima di approdare presso un endocrinologo in grado di effettuare la diagnosi corretta. Proprio per tale motivo, è importante saper riconoscere i "segni clinici" della malattia per favorire una diagnosi precoce di acromegalia. Infatti, le modificazioni somatiche e, per esempio, le alterazioni del tono della voce sono considerate manifestazioni che dovrebbero suggerire l'ipotesi diagnostica anche durante un semplice colloquio clinico.

Le ricerche epidemiologiche rivelano che, proprio a causa della sua natura insidiosa, la diagnosi può essere preceduta da circa 4-10 anni di malattia attiva. Per quanto l'elevata mortalità sia stata correlata con i livelli ormonali, gli studi sulla sopravvivenza indicano come mortalità e anche morbilità siano comunque maggiori nei pazienti con più lunga durata di malattia attiva, indipendentemente dai livelli ormonali. Questi studi hanno anche evidenziato come un adeguato trattamento, che sopprima i livelli di GH, riduca significativamente il tasso di mortalità. Uno studio recente ha inoltre rilevato come il parametro ormonale significativamente correlato alla mortalità dei pazienti sia proprio il GH e non l'IGF-I.

L'alto tasso di mortalità e morbilità dell'acromegalia è dovuto principalmente alle complicanze (cardiovascolari, respiratorie, gastrointestinali, metaboliche, osteoarticolari) che inquadrano l'acromegalia come malattia sistemica. Pertanto, una diagnosi nelle fasi iniziali della malattia è molto importante per ridurre la durata di malattia attiva,

Si ringrazia





prevenire l'insorgenza delle severe complicanze sistemiche e, conseguentemente, abbassare l'aumentato indice di mortalità e morbilità di questi pazienti. Questo è il principale motivo per cui è necessario di definire precisi livelli di GH e IGF-I da tenere in considerazione nelle fasi di diagnosi e durante il follow-up della malattia acromegalica. In sintesi, la migliore strategia terapeutica nella malattia acromegalica è decisamente una diagnosi precoce, forse prima ancora delle moderne tecniche integrate di trattamento.

I criteri per la diagnosi di acromegalia

La diagnosi di acromegalia prevede di base un'attenta valutazione clinica, la conferma biochimica, con il riscontro delle alterazioni ormonali e la documentazione dell'attività di malattia, ed infine una valutazione strumentale mediante lo studio della campimetria visiva e le indagini radiologiche come la tomografia computerizzata (TC) o, ancora meglio, la risonanza magnetica nucleare (RMN).

La valutazione clinica del paziente con sospetto di acromegalia è mirata a ricercare o confermare i segni e sintomi caratteristici della sindrome, che sono spesso sfumati o difficilmente valutabili. La valutazione biochimica, in un paziente fortemente sospetto, prevede la misurazione delle concentrazioni basali di GH ed IGF-I, ed eventualmente uno studio dinamico della secrezione di GH durante carico orale (75 g) di glucosio (OGTT).

In relazione alla misurazione dei livelli ormonali basali, un singolo valore di GH non fornisce sufficienti informazioni, in quanto la secrezione del GH pulsatile può essere mantenuta anche nel paziente con adenoma ipofisario. Inoltre, la valutazione del GH su un campione "random" mattutino comporterebbe sicuramente una sovrapposizione dei valori riscontrabili nei soggetti acromegalici e nei normali, dovuta ai picchi secretori presenti nel soggetto normale ed alla sensibilità dell'ormone agli stress fisici e psichici, ai pasti, ecc. Sebbene la determinazione del GH su

un singolo campione basale (di mattina a digiuno) si sia dimostrato poco sensibile e specifico, il riscontro di un valore random inferiore ad un certo limite permette, comunque, l'identificazione dei pazienti clinicamente inattivi o guariti (meglio, "controllati").

Queste considerazioni indirizzerebbero verso uno studio del profilo giornaliero del GH. L'accuratezza nel determinare i livelli del GH è, in questo caso, soprattutto legata alla frequenza dei prelievi nell'arco della giornata. Per questo, è indispensabile effettuare prelievi multipli che forniscano un valore di concentrazione media (nel caso di prelievi discreti) o integrata (per prelievi effettuati in continuo mediante speciali pompe). La valutazione della secrezione spontanea non pochi problemi pratici, per il paziente e per il medico, legati alla necessità di effettuare prelievi in differenti momenti della giornata e della notte e, quindi, anche in ore "scomode" per un paziente non ricoverato. Questo tipo di valutazione, particolarmente utile per stabilire l'effetto del trattamento, fornisce un indice dell'attività secretoria somatotropinica tanto più affidabile quanto più numeroso e/o esteso nel tempo è il campionamento. Tuttavia, è stato dimostrato che lo studio della secrezione spontanea di GH, con prelievi nelle 24 ore, non sembrerebbe offrire informazioni aggiuntive per la diagnosi, in quanto anche il time-course non sempre distingue tra soggetti con acromegalia attiva e soggetti normali, mentre il test OGTT ha una sensibilità decisamente superiore.

Lo studio della restante funzionalità ipofisaria, accompagnata dalla valutazione dell'attività di altre ghiandole endocrine, deve essere regolarmente presa in considerazione nei protocolli di diagnosi dell'acromegalia. Infatti, una valutazione basale e dinamica dell'ipofisi permette di evidenziare prima la possibile co-secrezione ormonale da parte dell'adenoma ipofisario, che può avere importanti risvolti nella scelta terapeutica, ed inoltre consente di rivelare condizioni di ipopituitarismo, a volte ancora subcliniche, ma molto frequenti specialmente nei pazienti con macroadenoma. Lo studio della PRL è decisamente importante poiché molti pazienti possono presentare un'iperprolattinemia anche lieve, ma che identifica precocemente una sofferenza dell'unità ipotalamo-ipofisaria a causa della compressione da parte del tumore sul peduncolo con conseguente deconnessione. L'iperprolattinemia, specialmente se significativa, può anche indicare la co-secrezione di questo ormone dal tumore. Tale evenienza è utile da riconoscere poiché una buona percentuale di pazienti acromegalici con iperprolattinemia presentano adenomi misti GH/PRL-secrenti o adenomi somatomatotropi che rispondono al trattamento con dopamino-agonisti in misura maggiore rispetto ai soggetti con adenoma puro GH-secrente. Indipendentemente dalla potenziale co-secrezione di altri ormoni ipofisarie, che non sembra avere speciali implicazioni terapeutiche, lo studio completo della funzione ipofisaria permette di de-

Si ringrazia

IPSEN

finire il quadro clinico di acromegalia associata ad ipopituitarismo e di intraprendere gli adeguati interventi terapeutici. Infatti questi pazienti presentano un rischio maggiormente elevato di sviluppare le gravi complicanze cardiovascolari, metaboliche e osteoarticolari, che già caratterizzano fortemente il quadro clinico dell'acromegalia.

Nel percorso diagnostico seguono lo studio della regione sellare mediante RMN, la campimetria visiva, e la valutazione delle eventuali co-morbidità determinate dal coinvolgimento sistemico della malattia. In quei rari casi con assenza di segni radiologici diretti o indiretti di adenoma ipofisario alla RMN, occorre effettuare un dosaggio del

GHRH e applicare tecniche di imaging alternative alla RMN. Lo studio delle complicanze sistemiche della malattia deve includere certamente l'ecografia del collo, poiché il gozzo è presente in altissima percentuale, l'elettrocardiogramma ed eventuale ecocardiogramma, a causa della cardiomiopatia acromegalia, ed in casi selezionati, anche esami radiologici di determinati segmenti ossei a causa dell'incidenza dell'artropatia. La coloscopia rappresenta, invece, il metodo migliore di sorveglianza a causa dell'elevata prevalenza di polipi del colon in questi pazienti.

L'approccio diagnostico biochimico all'acromegalia è cambiato e considere-

volmente migliorato negli ultimi anni. Sono stati proposti differenti criteri diagnostici che con molta probabilità continueranno ad evolversi con l'avvento di nuovi metodi di dosaggio ormonale. Per questo sarà decisamente necessario stabilire una ragionevole standardizzazione ed uniformità di veduta sul dosaggio di GH ed IGF-I. Tuttavia, insieme all'uso di rigorosi criteri biochimici, il riconoscimento precoce della sindrome è il punto di forza per un impatto importante sull'evoluzione della malattia.

Prof. Diego Ferone

1Dipartimento di Scienze Endocrinologiche & Metaboliche (DiSEM) e 2Centro di Eccellenza per la Ricerca Biomedica, Università di Genova, Italy.

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 Kennedy, 109 - 00153 Valmontone - ROMA
Tel. 06 9597620 - 339 6067246
Presidente: Roberta Sanna

LIGURIA - Via Paleocapa, 16/3b - 17100 SAVONA - Codice Fiscale per donazione 5 per mille: 9204420091
Tel. 019 856247 - e-mail: presidente@anipi.org
Presidente: Luisa Lasio

LOMBARDIA - Viale Europa, 30/1 - 20060 BUSSERO (MI)
Tel. 02 95039116 - e-mail: anipietrodeleo@tin.it - Codice Fiscale per donazione 5 per mille: 91540610150
Presidente: Pietro De Leo

PIEMONTE - C.so Matteotti, 23 - 10121 TORINO
Tel. 011 5626206 - e-mail: anipi.piemonte@virgilio.it - Codice Fiscale per donazione 5 per mille: 97581020019
Presidente: Walter Zaccagnini

TOSCANA - Via di Vacciano, 60 - 50015 BAGNO A RIPOLI (FI)
Tel. 055 642818 - e-mail: anipitoscana@fastwebnet.it
Presidente: Franco Rulli / Roberto Bianchi - Tel. 055 572789

VENETO - Via Mareggia, 25 A - 30028 Piove di Sacco (PD)
Tel. 049 5800153 - e-mail: anipi.veneto@libero.it - Codice Fiscale per donazione 5 per mille: 92156410281
Presidente: Giuseppe Frison

MARCHE - Via Santa Lucia, - Terme S.Lucia - Tolentino Macerata (MC)
Tel. 0733 968227 - Fax 0733 958042

PATOLOGIA IPOFISARIA

Periodico di informazione a cura dell'ANIPI Italia - ONLUS - Reg. Trib. di Savona n. 549 del 03/05/04

Direttore Responsabile: Fabrizio Scoccia - Capi Redattori: Luisa Lasio e Sergio Giuliani

Sede operativa: 17100 SAVONA - Via Paleocapa, 16/3B - Tel. 347 1484168 - www.anipi.org - e-mail: presidente@anipi.org

Sede legale: via di Vacciano, 60 - 50015 Bagno a Ripoli (FI) - Presidente: Luisa Lasio - Cod. Fisc. 94090880488

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



*Il più bello dei mari
è quello che non navigammo.*

*Il più bello dei nostri figli
non è ancora cresciuto.*

*I più belli dei nostri giorni
non li abbiamo ancora vissuti.*

*E quello
che vorrei dirti di più bello
non te l'ho ancora detto.*

Nazim Hickmet

Avevo compiuto il mio quarantesimo anno di età e mi pareva di aver raggiunto un bel traguardo. Conducevo una vita tranquilla in compagnia di una donna meravigliosa con la quale avevo iniziato una nuova esistenza serena e gioiosa; a tenerci allegri contribuiva anche il nostro cane.

Ma poiché la vita ci riserva sempre grandi sorprese non sempre piacevoli, la sera di S. Valentino del 2002, mia moglie ed io fummo coinvolti in un grave incidente stradale, per fortuna senza conseguenze nefaste per entrambi. Ma non era finita, il mese successivo mio padre si ammalò e dopo poco tempo se ne andò, lasciando tutta la famiglia nel dolore.

Apparentemente ripresi una vita normale, ma non era così, la sensazione che qualcosa non andasse mi seguiva in ogni ora del giorno. Mentre meditavo su quanto mi stava accadendo, mi accorsi della comparsa di una tumefazione in regione mammaria sinistra. Senza allarmarmi tanto, diedi a questo fatto giustificazioni personali, senza valore scientifico, che comunque col tempo poco mi convincevano. In seguito, preso da scrupoli, mi rivolsi ad un medico, il quale mi sottopose a numerosi controlli e, avendo rilevato un eccesso di prolattina, mi avvio verso un ulteriore accertamento, la risonanza magnetica, che avrebbe finalmente svelato il mistero.

In quella macchina, avvolto in quel rumore, meditavo, ma ignoravo cosa si stesse cercando e ciò mi spaventava. I pensieri più nefasti si susseguivano nella mia mente e mi pareva di non aver vissuto mai momenti così bui. Queste emozioni, l'attesa del verdetto mi procurarono una tensione tale che scoppiasti in lacrime.

Macroadenoma ipofisario non secernente fu il verdetto finale, avevo allora quarantuno anni. Un'età nella quale non mi sarei mai aspettato di dover e accettare un problema così delicato e, per quanto fossi circondato dall'amore della mia famiglia, mi sentii solo e impreparato ad affrontare un intervento chirurgico difficile e delicato. Al momento della diagnosi, il macroadenoma si presentava come un voluminoso processo espansivo in regione sellare e parasellare e aveva già interessato, comprimendole le vie ottiche e l'infundibolo ipofisario, in una situazione di normale funzionalità ipofisaria.

Dopo un primo periodo di scoramento, di meditazioni solitarie, mi sono guardato intorno e, in particolare, ho tremato di emozione nel vedere quanto amore ci fosse negli occhi di mia moglie. Quell'amore mi ha dato la forza di uscire dal buio in cui ero precipitato e incominciai a ritrovare il mio sano ottimismo. Non mi piaceva sentirmi malato, avevo un adenoma, ma io sarei stato più forte di lui.

Da allora non è stato semplice, ho subito a marzo 2003 un intervento di neurochirurgia a Genova, con asportazione subtotale della massa per via transsfenoidale. Per la persistenza di un residuo, venivo, dopo pochi mesi, sottoposto ad un secondo intervento, senza però risolvere definitivamente i problemi. Infatti, una risonanza eseguita nel 2004 evidenziò un tessuto adenomatoso, che avrebbe potuto ricrescere in poco tempo. Mi venne consigliato un trattamento radioterapico-radio chirurgico per prelevare il possibile incremento adenomatoso. Mi sottoposi così a questo trattamento presso una struttura milanese: si trattava del ter-

zo intervento in due anni.

Durante questo percorso, oltre all'amore di mia moglie, ho potuto contare anche sul sostegno di persone dell'ambiente ospedaliero, in particolare, ho conosciuto medici che mi hanno seguito e che continuano a seguirmi con simpatia; alcuni di loro sono diventati dei veri e propri amici. La malattia mi ha consentito di scoprire che nel mondo c'è anche spazio per la solidarietà vera e che sono circondato da un mondo affettivo eccezionale.

Attualmente sto bene e, dopo tante terapie, la mia vita ha ripreso il suo ritmo, anche se interrotto da periodici controlli strumentali e ormonali, che nulla tolgono alla consapevolezza di essere comunque una persona fortunata.

Questa esperienza mi ha insegnato che non bisogna mai smettere di sorridere. La malattia ci aiuta ad assaporare quanto di meraviglioso la vita dona a tutti noi.

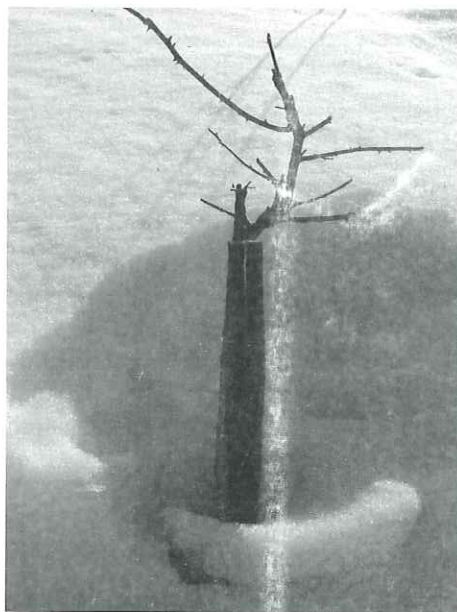


Foto Venditti - «La speranza oltre il gelo»

Dedicato a Giuan

Grazie per avermi insegnato a lottare,
come hai fatto tu fino in fondo alle tue forze.

Grazie per avermi insegnato, comunque, a sorridere,
come hai fatto tu davanti alle difficoltà.

Grazie di essermi stato vicino, anche se in silenzio,
come ho fatto io con te, piangendo.

Grazie per continuare a vivere dentro di me.



III incontro campano medici-pazienti sulla patologia Ipo-fisaria "Cushing"

Napoli, 9 luglio 2005

Giornata importante quella del 9 luglio 2005, quando, presso il Policlinico Federico II di Napoli, si è tenuto il terzo incontro campano medici-pazienti sulle patologie ipofisarie, specificamente sulla Sindrome di Cushing.

Il congresso è stato presieduto dalla figura più rilevante in questo campo, la prof.ssa Colao, che ha effettuato una breve ma esauriente presentazione della malattia. Si è avuta inoltre la partecipazione del dott. Pivonello, il dott. Fagiano, la dott.ssa De Martino, la dott.ssa Tauchmanova, il dott. Mazza, Marzano Scarpa e il neurochirurgo prof. Cappabianca.

Da tramite e a metterci a nostro agio è stato il sig. Sergio Centobelli presidente dell'associazione A.N.I.P.I. onlus Regione Campania.

Tra l'altro, anch'egli paziente nonché uno dei promotori dell'interessantissimo incontro Campano sulla patologia Sindrome di Cushing. Il Sig. Centobelli ci ha illustrato l'importanza dell'associazione, che si estende sul territorio nazionale, e che ricopre un ruolo rilevante nel sostegno ai pazienti con patologie ipofisarie.

Si è rivelato un momento molto utile per promuovere lo sviluppo della solidarietà e l'informazione tra i pazienti, ed aumentare la sensibilità e l'interesse nei confronti delle malattie dell'ipofisi, malattie che, anche se molto rare, sono in grado di alterare l'equilibrio della vita della persona coinvolta in questa problematica.

L'incontro ha permesso di conoscere bene l'evolversi della malattia, ha consentito uno scambio di esperienze tra i pazienti ancora affetti da questa patologia e quelli fortunatamente guariti, offrendo quest'ultimi, con la loro testimonianza, uno spiraglio di speranza. Il dialogo tra i pazienti ha consentito, inoltre, di porre in evidenza quanto sia importante la diagnosi precoce e le cure tempestive per una totale guarigione. Io stessa, attualmente ancora affetta dalla malattia, tenuta sotto controllo dalle cure farmacologiche, ho sperimentato in prima per-



Un momento dell'incontro..

sona il problema della diagnosi tardiva. Infatti, quando i primi sintomi comparvero, non furono riconosciuti e collegati alla Sindrome di Cushing, permettendo così alla malattia di aggravarsi.

Il mio caso

Tutto cominciò molti anni addietro, quando all'età di 15 anni circa, comparve l'amenorrea. Moltissime furono le indagini e le cure a cui fui sottoposta, ma tutte senza esito. I medici non riuscivano a trovare una causa attendibile e spiegavano questo problema attribuendone la responsabilità ad un fattore di stress, ansia, che poi col tempo, dicevano loro, sarebbe scomparso. Ma intanto nessuna soluzione, nemmeno l'ultimo tentativo, verso i 20 anni, quello della cura omeopatica diede i risultati sperati. Al contrario la situazione stava peggiorando, vedevo giorno per giorno il mio fisico cambiare, irrobustirsi pur continuando a sottopormi a diete rigidissime; la pelle sempre più sottile e fragile, sensibilissima anche ad un urto semplicissimo. Anche i lineamenti di quella ragazzina, così carina, cominciarono a cambiare. Il tempo passava e nessuno capiva cosa mi stesse succedendo. Nel febbraio 2003 però la situazione precipitò. Tutto ebbe inizio con un leggero mal di schie-

na, che peggiorava però con il passare dei giorni. Credevo che tutto ciò dipendesse dalla ginnastica eccessiva che facevo quotidianamente con l'intento di perdere peso. Ma quando questi dolori bloccarono totalmente i miei movimenti, le indagini diedero modo di diagnosticare un'osteoporosi avanzata. Strano per una ragazza della mia età (25 anni attualmente) ma si trattava proprio di osteoporosi.

Tante sono state le sofferenze provate, bastava un piccolissimo movimento e subito dolori insopportabile e fitte orrende attraversavano tutto il mio corpo, al punto che non potevo proprio più muovermi. Per quasi due mesi rimasi completamente a letto, senza potermi sdraiare, stando solo seduta. Giorni e giorni senza dormire e a piangere, a piangere continuamente, privata di qualsiasi capacità di movimento, non più autosufficiente, non in grado di poter camminare: UN INCUBO TOTALE, con la paura che non sarei più riuscita a scendere da sola da quel letto. La sofferenza mi induceva alla preghiera: chiedevo a Dio la cessazione di quei dolori e la guarigione.

Ma non era finita! Contemporaneamente ecco che all'improvviso, nel giro di una settimana, il peso aumentò spaventosamente e tante strisce di colore violaceo comparvero sull'addome. Co-



sì a questo punto a mio fratello venne l'idea di portarmi da un endocrinologo a Nocera di cui aveva sentito parlare molto bene. Di sua iniziativa mi ha prenotato una visita. Non volevo nemmeno andarci, proprio perché soffrivo tanto per ogni minimo movimento. Ma lui insistette tanto che alla fine mi lasciai convincere: e fu una fortuna nella sfortuna. Questo dottore appena mi vide prese atto di tutti i problemi che mi ritrovavo e mi disse che quasi al 100% si trattava di una rara malattia che colpisce l'ipofisi, la ghiandola principale del nostro corpo, denominata Sindrome di Cushing. E non si sbagliò, perché una risonanza magnetica evidenziò un adenoma ipofisario. Mi indirizzò subito da un prof. di Napoli, che, data la gravità della mia situazione, la sera stessa della visita mi fece ricoverare. In ospedale iniziò una lunga serie di indagini per più di un mese, fui esaminata dalla testa ai piedi. Fu orrendo stare in quell'ospedale, tra la sofferenza per la mia malattia e la sofferenza degli altri pazienti! Poi la decisione dell'operazione: il 22 maggio. La paura che provai in quei momenti è ora indescrivibile, ma ciò che mi diede coraggio fu la assicurazione, da parte dei medici, che dopo l'intervento, con il tempo, avrei risolto i miei problemi. Purtroppo così non fu, dopo l'operazione non avvertii alcun miglioramento, anzi continuai a stare male e, infatti, come previsto, un'ulteriore risonanza rivelò altre cellule tumorali, e ciò significava che la malattia era ancora in atto. Grandissima fu la delusione dopo questa notizia, perché mi ero illusa che avrei davvero risolto il problema e sarei andata incontro solo alla guarigione. I dottori mi spiegarono che spesso questa malattia non si risolve con un solo intervento, ma necessita di ulteriori approcci. Ero punto e daccapo: continuavo a stare male per il dolore fisico e per l'ansia di dovermi sottoporre ad un altro intervento, con l'aggravio di dover trascorrere altri giorni in quell'ospedale... Mi riarmai di coraggio, anche se fu un periodo bruttissimo; non concepivo alcun futuro per me, davanti ai miei occhi vedevo solo un muro invalicabile, il buio totale. Mi sentivo esclusa dal mondo e dalla vita, senza più alcun interesse, ma con il continuo e ossessivo assillo di

questa orrenda malattia. Ho vissuto i giorni più brutti della mia vita, trascorrendo il tempo chiusa in casa tra sofferenze e dolori, con la vergogna di me stessa ogni volta che mi guardavo allo specchio.

Mi sembrava di vivere in un inferno, di non essere più normale. Sognavo di uscire, di camminare, di tornare ad una vita normale e magari vivere una nuova storia d'amore, divertirmi come tutte le ragazze della mia età. Dentro di me c'era una rabbia enorme, ce l'avevo con il mondo intero, perché non riuscivo ad accettare questa situazione. Avrei voluto prendermela con chissà chi, ma non era colpa di nessuno. Purtroppo era capitato e soffrivo ancora molto, ma un poco alla volta, (appoggiandomi anche alla fede nel Signore e alla mia stupenda famiglia) sono andata avanti senza mai arrendermi, nonostante i tanti momenti di debolezza.

Non so, ma dentro di me ho trovato una forza ed un coraggio che effettivamente neanche io riesco a spiegarmi. Forse perché amo la vita, o forse mi rendo conto che sarei stata egoista se mi fossi arresa, visto che i miei cari stavano soffrendo altrettanto quanto me e non sarebbe stato giusto lasciarmi andare, mi ritrovai forte e desiderosa di ricominciare a sorridere. Non volevo che la mia giovinezza volasse via tra ansie e paure, per non parlare dei dolori fisici. Così proprio nei momenti in cui mi sembrava di "cadere giù", mi pareva che qualcuno mi prendesse per mano e mi dicesse di non arrendermi, perché ce l'avrei fatta, anche se si trattava di dover ancora combattere questa lunga "guerra". Ma la storia non è finita qui! Sono stata sottoposta addirittura ad altri due interventi; in totale tre operazioni nel corso di due anni!

Le persone che in quei frangenti mi hanno sostenuta e aiutata sono miei genitori e mio fratello e, con il loro aiuto, dopo il terzo intervento, anche se non si prospettavano soluzioni, ho cominciato ad uscire e a vivere, non considerando quello che gli altri avrebbero potuto pensare di me, visto che fisicamente non ero più la ragazza carina di una volta. Ho ripreso a frequentare costantemente la chiesa, intraprendendo con i bambini un percorso di catechista. Con-

temporaneamente anche gli studi universitari, ai quali ero tornata, mi davano grandi soddisfazioni. Insomma stavo facendo tutto il possibile per non cercar di rimanere preda della mia malattia, ma al contrario di fare qualcosa per me, che mi mantenesse attiva e che fosse anche utile.

Così ho continuato a vivere la mia vita nel più normale dei modi possibili, anche se garantisco che non è stato facile e ancora non lo è, anche perché da un lato mi sento un po' diversa dalle altre ragazze della mia età. Quest'esperienza che sto vivendo ha cambiato molto la mia esistenza: da alcuni punti di vista è stata positiva, perché in questo periodo ho capito tante cose, che forse una persona che non ha mai sofferto non può comprendere. Ho imparato ad apprezzare la vita, anche le cose che magari quando si sta bene possono sembrare banali o che ci sembra ci siano dovute e basta, ma che poi, quando vengono a mancare, se ne capisce la vera importanza e si desiderano con tutto il cuore. (Ricordo quei giorni in cui piangendo dicevo che il mio sogno più grande era quello di poter tornare a camminare da sola, oppure farmi una lunga passeggiata, magari in riva al mare o in un bel prato per ammirare la bellezza della natura o lo splendore del sole).

Sono diventata molto più forte e sicura, nel senso che ho imparato a lottare e cercar di non arrendermi mai. Però su molte cose sono penalizzata, e tra queste anche il fatto di avere ancora forti dolori alla schiena che mi impediscono di svolgere attività fisica. Probabilmente chi mi vede può pensare che io stia benissimo, poiché faccio tutto il possibile per nascondere ciò che ho e anche per sopportare questa dura battaglia che non vuole avere termine. Faccio un appello a tutti quelli che come me sono coinvolti in questo tipo di patologia: *non bisogna arrendersi mai!* e non si devono abbandonare la speranza e i sogni; e intanto: *Carpe diem = cogli l'attimo.*

Dunque impariamo ad apprezzare giorno per giorno anche le piccole cose che la vita ci offre senza pretendere troppo perché come sostiene uno di quei detti "popolari": *dopo il temporale c'è sempre il sereno!*

Maria Falivene



Workshop politematico di aggiornamento in Endocrinologia clinica

Si sono svolti il 14 e 15 ottobre 2005 a Castellammare di Stabia, presso il Centro Congressi delle Nuove Terme, gli "Incontri Stabiesi di Endocrinologia", dal titolo "Workshop politematico di aggiornamento in Endocrinologia clinica" e dedicati a tematiche risultate negli ultimi tempi di particolare rilievo scientifico ed attualità per acquisizioni fisiopatologiche, diagnostiche e terapeutiche.

Diventati ormai tradizione a cadenza biennale, gli "Incontri" si sono articolati nel corso del pomeriggio del 14 e della mattina e pomeriggio del 15/X e sono stati rivolti sia a specialisti e cultori della materia che a non specialisti, nonché nell'occasione a biologi. Notevolissimo come al solito il numero dei partecipanti.

Il Convegno è stato organizzato dalla U.O.S. di Endocrinologia dell'Ospedale San Leonardo di Castellammare di Stabia DEA di II livello, ASL NA 5, in collaborazione con il Dipartimento di Endocrinologia ed Oncologia Molecolare e Clinica dell'Università Federico II di Napoli e con la Sezione Scientifica di Endocrinologia e Andrologia Medica, Dipartimento di Internistica Clinica e Sperimentale, della Seconda Università di Napoli. Esso si è avvalso come al solito di moderatori e relatori di alta qualificazione. Tra i numerosi patrocini, quello della Società Italiana di Endocrinologia. L'evento è stato accreditato dalla Commissione Nazionale del Ministero della Salute, ai fini del programma ECM, con n. 8 Crediti per 200 Medici e n. 9 Crediti per 50 Biologi.

Tra i promotori nonché Direttore Scientifico e Coordinatore degli "Incontri" il



Sergio Centobelli, ANIPI Campania, interviene durante il Workshop.



Foto Venditti - «Ombre»

dott. Alfonso Coppola, Responsabile della U.O.S. di Endocrinologia dell'Ospedale San Leonardo di Castellammare di Stabia.

Il programma scientifico ha previsto, nell'ambito delle 2 giornate, tre Letture magistrali, di cui una su "Attualità e prospettive nella terapia medica degli adenomi ipofisari", relatore il prof. G. Lombardi di Napoli, tre Sessioni di relazioni, la prima dedicata all'insulino-resistenza, la seconda inerente le ipertensioni endocrine, la terza relativa alle problematiche endocrine dell'invecchiamento, e due Incontri con l'Esperto, il primo sul consenso informato, il secondo su tematiche di diagnostica strumentale del nodulo sospetto della tiroide.

Presidente degli "Incontri" il prof. Lucio Zarrilli, illustre cattedratico e per an-

ni Direttore del Dipartimento di Endocrinologia ed Oncologia dell'Università Federico II. Presente al Convegno l'A.N.I.P.I. - Campania, con il presidente Sergio Centobelli.

"L'acquisizione di importanti e moderne conoscenze in tema di fisiopatologia e diagnostica e l'aumento delle prospettive d'intervento terapeutico - ha dichiarato il dott. Alfonso Coppola - rendono indispensabili il confronto e l'aggiornamento soprattutto su tematiche di particolare risonanza".

"Relativamente agli adenomi ipofisari - ha quindi proseguito - essi rappresentano un argomento di notevole rilievo per le recenti acquisizioni e nello stesso tempo un settore di ricerca tra i più attuali. È noto che l'approccio terapeutico può essere medico, chirurgico o radio-

terapico e può rendersi necessario un trattamento combinato.

Per alcuni di essi, grazie alla disponibilità di farmaci efficaci e ben tollerati, la terapia medica rappresenta il trattamento di elezione o comunque di prima scelta.

I farmaci non solo sono in grado di ridurre o normalizzare gli elevati livelli dell'ormone, ma incidono anche sulle dimensioni dell'adenoma.

Tra le attualità e prospettive, alcuni composti hanno la possibilità di agire anche in pazienti resistenti ai trattamenti medici tradizionali.

Per altri adenomi esistono studi clinici per definire l'efficacia di alcuni interessanti composti, per altri ancora la terapia medica ha il suo razionale solo dopo l'intervento chirurgico".

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FERRARA
SEZIONE DI ENDOCRINOLOGIA
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA



SEZIONE EMILIA-ROMAGNA DELLA
SOCIETÀ ITALIANA DI ENDOCRINOLOGIA

Corso di Aggiornamento PATOLOGIE IPOFISARIE: MEDICI E PAZIENTI A CONFRONTO

La Sezione di Endocrinologia dell'Università degli Studi di Ferrara, diretta dal Prof. Ettore degli Uberti, ha organizzato in collaborazione con la Sezione ANIPI Regione Emilia-Romagna e con l'Ufficio Aggiornamento della Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, un corso di aggiornamento dal titolo "PATOLOGIE IPOFISARIE: MEDICI E PAZIENTI A CONFRONTO" che si è tenuto a Ferrara sabato 17 settembre 2005 dalle ore 08.30 alle ore 17.00 presso l'Aula aula E2 dei Nuovi Istituti Biologici dell'Università degli studi di Ferrara. L'evento, svolto sotto l'egida della Società Italiana di Endocrinologia Sezione Emilia-Romagna, ha raccolto il personale sanitario ed amministrativo, nonché i pazienti affetti da patologie ipofisarie provenienti da tutti gli ospedali regionali che si occupano di tali patologie. Finalità del corso è stata riunire medici, operatori sanitari e pazienti per prospettare modelli di gestione delle malattie ipofisarie. Sono stati presentati schemi aggiornati per la diagnosi e la terapia dei tumori ipofisari e dell'ipopituitarismo, nonché affrontati gli aspetti organizzativi e legislativi che sottendono la gestione delle patologie ipofisarie. "Punto di Ascolto" per pazienti con patologie ipofisarie.

La Sezione di Endocrinologia
dell'Università degli Studi di Ferrara

Punto di Ascolto per pazienti con patologie ipofisarie

La Sezione di Endocrinologia dell'Università degli Studi di Ferrara diretta dal Prof. Ettore degli Uberti, facendo propria un'istanza avanzata dall'A.N.I.P.I (Associazione Nazionale Italiana Patologie Ipofisarie) della Regione Emilia Romagna, ha attivato un "Punto di Ascolto" per pazienti con patologie ipofisarie.

Presso il DH della Sezione di Endocrinologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara è stata individuata ed adeguatamente attrezzata una stanza dove il Personale volontario dell'ANIPI Regione Emilia Romagna terrà riunioni con i pazienti affetti da tali patologie ed i loro familiari. L'obiettivo è quello di favorire l'incontro dei pazienti tra loro per favorire il confronto delle singole esperienze.

Parteciperanno alle riunioni i Medici e gli Infermieri della Sezione di Endocrinologia e, se necessario, anche altri gli Specialisti, Neurochirurghi e Neuroradiologi, che cooperano nel contesto delle attività dell'Unità dell'Ipofisi, attiva presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara sin dal 2001.

Il Personale Sanitario sarà disponibile per discutere i quesiti inerenti le Patologie Ipofisarie, e per fornire informazioni sui percorsi diagnostici e terapeutici specifici inerenti le diverse patologie.

Per verificare il grado di soddisfazione sul Punto di Ascolto verrà somministrata una scheda per la rilevazione delle valutazioni dei pazienti.

La prima riunione si è tenuta il 16 settembre 2005 alle ore 10.00.

Referenti per questa iniziativa sono la Dr.ssa Maria Rosaria Ambrosio, Responsabile dell'Ambulatorio dedicato alle Patologie Ipofisarie della Sezione di Endocrinologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, ed il Sig. Noris Chiarini, Rappresentante dell'ANIPI per Ferrara.

Dr.ssa Maria Rosaria Ambrosio
Responsabile dell'Ambulatorio per le Patologia 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



Il progetto comune, l'aiuto, la relazione: sintesi di un'esperienza

L'idea di fondo che nel 2002 ha dato vita alla nostra associazione è che costituirsi in gruppo aiuta a conoscere i diversi aspetti della propria malattia e ad affrontarla in maniera più costruttiva di quanto ognuno possa fare da solo e senza confronto con altri.

Nel nostro percorso di gruppo, abbiamo appreso quanto siano importanti la volontà di porsi degli obiettivi comuni e la capacità di organizzare le nostre stesse risorse per tradurli in progetti.

Il 2005 è stato per noi un anno importante perché, con queste premesse e grazie alle opportunità offerte dal *Centro Servizi per il volontariato della Provincia di Padova*, abbiamo concretamente svolto sensibilizzazione all'esterno, ma abbiamo anche avuto l'occasione di intraprendere un percorso per noi stessi, attraverso la comunicazione e la collaborazione all'interno del gruppo. In particolare, abbiamo potuto realizzare un progetto denominato "Aiuti psicologici ai malati ipofisari con particolare attenzione al sostegno familiare", con lo scopo sia di far conoscere alla popolazione generale l'incidenza e le caratteristiche delle patologie ipofisarie, sia di attivare un gruppo di aiuto - mutuo - aiuto rivolto ai malati e ai loro familiari.

I gruppi hanno coinvolto un numero di circa 22 partecipanti, tra pazienti e familiari interessati alla malattia, con riunioni a cadenza di tre settimane, "facilitate" da una psicopedagogista con ruolo di conduttore. Da quanto emerso a distanza di un anno, ciascuno di loro ritiene di aver ricevuto qualcosa di significativo, sia dal punto di vista del benessere psicologico, sia per quanto riguarda la positività delle relazioni che nel tempo si sono create.

È stata l'occasione per malati e familiari per condividere l'esperienza della malattia, mettendo in comune la sofferenza incontrata, ma anche le strategie e le risorse che permettono di affrontarla e in alcuni casi di superarla.

Questi momenti sono stati documentati da un "diario" scritto a turno da ogni partecipante al gruppo. La storia delle vicende personali legate alla condizione di malato, e il confronto tra i malati e i loro familiari, ha fatto emergere alcuni bisogni che sono stati sentiti da tutti come caratterizzanti i vissuti legati alla malattia.

Ci è sembrato importante affrontare alcune parole chiave nel vissuto di tutti noi, come

"malattia", "cura", "benessere" e "medico". In particolare abbiamo messo in evidenza due aspetti significativi che sono emersi dal confronto all'interno del gruppo, rispetto alla relazione con il medico curante.

1. Il primo riguarda la consapevolezza dei bisogni che i malati esprimono nei confronti del professionista che li prende in cura.

Ci sembra di poter sintetizzare questi bisogni in 5 categorie che emergono con maggiore evidenza e che sono sentiti importanti dai pazienti e dai loro familiari.

- *bisogno di essere riconosciuti come Persona*: la malattia spesso debilita, rende la persona sofferente, porta con sé vissuti di svalutazione, di riduzione delle risorse e può ridurre l'autostima. Il paziente, pertanto in questo momento di debolezza, chiede al medico un riconoscimento globale della sua dignità di persona, anche se sofferente, e proprio per questo più indifesa. Inoltre, poiché la malattia si colloca in un particolare momento della vita della persona e in un particolare quadro personologico e caratteriale, si chiede anche al medico la capacità di vedere la persona nella globalità dei suoi aspetti e una individualizzazione dell'intervento.

- *bisogno di essere accolto e ascoltato*: non solo rispetto alla malattia o al sintomo, ma in una dimensione di comprensione profonda e della sofferenza che questa porta con sé, non solo come sofferenza fisica o psicologica, ma come momento critico di una vicenda umana complessa. Da questo nasce l'importanza di trovare nell'altro una certa sensibilità.

- *bisogno di avere un adeguato livello di informazione sulla malattia e sul processo di cura*: per alcune persone avere molte informazioni sulla malattia e sul percorso della cura è un fattore rassicurante e "di protezione". Per altre persone, invece, può risultare come ulteriore "fattore di stress". Si evidenzia pertanto un bisogno di accedere alle informazioni secondo il proprio livello di tollerabilità; è quindi importante che il malato concordi con il medico curante il livello di coinvolgimento e di informazione più adeguata alle caratteristiche della persona in cura.

- *bisogno di potersi affidare*: sono emerse alcune caratteristiche del medico che aiutano il paziente ad affidarsi a lui e a creare una relazione di fiducia. Assieme alla competenza professionale e tecnica specifica sulla

malattia, sono stati più volte citati gli elementi di umanità che caratterizzano la sua capacità di relazionarsi con il paziente. Di questi i più importanti: la sensibilità, la pazienza, la gentilezza, che "dicono" di un incontro vero tra persone.

- *bisogno di uscire dall'isolamento*: spesso la sofferenza e l'incertezza che accompagna la malattia porta le persone a chiudersi in se stesse e ad isolarsi dal proprio ambiente di vita. Il medico a volte rimane l'unico riferimento importante sul "tema della malattia", con il quale poterne condividere paure, dubbi, ansie, sofferenze. Viene molto apprezzata la disponibilità del medico di "permettersi" di essere questo riferimento umano per la persona malata, che rassicura e rafforza le risorse presenti. Il medico inoltre può essere anche chi aiuta a rompere questo isolamento, coinvolgendo opportunamente la famiglia o le risorse sociali del malato (anche dando informazione per esempio delle associazioni che possono supportare i malati).

2. Il secondo aspetto riguarda la presenza di alcuni medici che hanno contribuito alla realizzazione del nostro progetto. Infatti all'attivazione del nostro gruppo di autoaiuto hanno contribuito alcuni medici che con la loro partecipazione professionale e umana sono diventati realmente compagni di viaggio nel nostro percorso di salute. I malati e i loro familiari si sono sentiti liberi di esprimere le proprie ansie e raccontare i vissuti delle diverse tappe della malattia, trovando un ascolto e una accoglienza umana che le ha fatte sentire maggiormente capite. Questo ha contribuito, a detta degli stessi malati, a aumentare la sicurezza in se stessi e ad avere una maggiore fiducia e una sensazione di maggior padronanza nell'affrontare le Conseguenze della malattia.

Infine, abbiamo sperimentato come sia possibile - medici e malati assieme - partecipare alla costruzione di un progetto comune di salute e di promozione umana.

Mirella Ranzato

In collaborazione con studio associato di psicologia

Dal «Diario di bordo»

Giovedì, 9 Giugno 2005

Sono veramente contenta che "il giro di boa" del nostro diario di bordo questa volta



tocchi a me, perché della serata di ieri ho molto da scrivere, anche senza soffermarmi tanto a pensare, infatti basta solo ricordare le molte impressioni ed emozioni che tutti assieme, spero, siamo riusciti a trasmettere. In verità la serata stava per incominciare con un po' di rammarico da parte mia a causa dell'assenza del dottor Paoletta, che alcuni conoscono e stimano, e poi della telefonata di Rino per dire che lui e Alberto non sarebbero potuti venire. I "nostri pilastri portanti", ci sono certamente mancati.

Dopo un po' però è arrivato Marco e così non ho avuto più il tempo per pensare.

Ci siamo messi a parlare di come speravamo sarebbe andata la serata e subito dopo è arrivata anche Simonetta, bellissima con il suo sorriso solare e il pancione, che ormai, dice, gli prende il respiro.

Via via sono arrivati anche Alessandra e Paolo, che vedo sereni e distesi e ci sembrano già dei vecchi amici, Sabrina, Teresa e Giovanni, Ivana, Giuseppe, e poi ci ha emozionati un po' tutti l'arrivo della dottoressa Sonino e del professor Fava, che ci hanno messi subito a nostro agio e sono diventati subito dei "nostri".

Simonetta ha preso per prima la parola, ha presentato il gruppo e salutato Alessandra e Paolo che lei non conosceva, perché all'ultimo incontro al suo posto c'era Marco, e ha spiegato un po' il percorso del nostro gruppo in questi mesi. Dice che lei è soddisfatta perché lo vede ad ogni incontro sempre più affiatato, le dispiace doverlo lasciare per qualche tempo, ma tutti sanno il perché, infatti passa il testimone a Marco che, anche se non era sempre presente, era in ogni modo informato sul lavoro che stavamo facendo.

Alessandra poi ha incominciato a raccontare la sua storia alla dottoressa Sonino, che l'ha seguita con interesse, così pure il prof. Fava. Ad un certo punto anche Paolo ha cominciato a raccontare la sua vicenda, non più teso e titubante come la prima volta, ma sereno e disteso, direi anche allegro, perché anche noi delle volte entravamo nei discorsi con qualche battuta ironica, cercando di sdrammatizzare il tema che stavamo affrontando.

Nel frattempo arrivò anche Paolo Berti, adesso il gruppo era proprio al completo.

La serata andò avanti piacevolmente, con le nostre domande sulle reciproche malattie e le risposte sempre esaurienti, gentili e professionali della dottoressa Sonino e del prof. Fava.

Tutti fecero il loro intervento per raccontare, e molte volte raccontarsi, qualcosa di loro stessi, esprimendo il proprio pensiero e dialogando con il professor Fava. Mi è piaciuto molto anche Giovanni, che noi non co-

noscevamo perché era la prima volta che accompagnava Teresa. Sabrina ha approfondito il suo sapere sul "cushing" e trovando anche delle assicurazioni su certi suoi importanti problemi da parte della dottoressa Sonino.

Insomma una serata di quelle che non si dimenticano facilmente, finita poi davanti un tavolo con un po' di ristoro per tutti.

Si era fatto abbastanza tardi, ma il gruppo faceva fatica a staccarsi: Alessandra continuava a ringraziarmi perché lei e Paolo avevano passato una bellissima serata, anche Sabrina faceva lo stesso; Ivana, malgrado in quell'occasione non avesse affrontato nessun tema personale, parlava serenamente anche lei, tanto che non si era accorta dell'ora tarda che avevamo fatto; Simonetta alla fine si è perfino commossa, quando a lei e alla dottoressa Sonino abbiamo offerto un piccolo omaggio floreale per ringraziarle, con la speranza che tornino presto.

Alla fine sembrava di essere ad una festa di famiglia e non ad un incontro di persone con patologie un po' particolari e così difficili da diagnosticare, curare e soprattutto sopportare!!

Grazie a Simonetta, Marco, Paolo, ai due illustri ospiti: dottoressa Sonino e professor Fava. Un grazie al mio segretario particolare, Vittorino, sempre disponibile e attento che l'associazione e il gruppo funzionino perfettamente.

Giovedì, 27 ottobre 2005

I presenti sono: Mirella, Vittorino, Alessandra, Paolo, Sabrina, Gabriella, Teresa e figlia, Rino, Alberto, Giuseppe, Ivana, Marco, Prof. Sicolo.

Anche questo incontro è stato per tutti noi, credo, veramente positivo; abbiamo avuto fra noi il prof. Sicolo, che molto gentilmente ha accettato l'invito a partecipare a una nostra riunione.

È arrivato puntualissimo e ci ha subito messo a nostro agio, rivelandosi una persona disponibile e simpatica; noi ne abbiamo approfittato per porgli delle domande sulle nostre patologie, lui ci ha risposto, informandoci anche dei nuovi farmaci che stanno per uscire.

Sabrina ha parlato allora del Cushing e così anche Alessandra e Gabriella; era piacevolissimo ascoltare il professore e, grazie alla sua professionalità e competenza, il clima è stato sereno e amichevole, tanto che non ci siamo accorti del passare del tempo.

Alla fine, siccome avevo preparato uno spuntino per tutti, la serata è terminata in un clima di festa e amicizia, ripromettendoci di ritrovarci al più presto.

Piove di Sacco, 30/01/06

*Carissimi soci e simpatizzanti,
è con commozione che vi scrivo per informarvi che il giorno 19 gennaio 2006 è mancata improvvisamente la cara presidente Mirella Ranzato.*

Il dolore di questo momento è stato attenuato dal calore e dalla vicinanza che molti di voi ci hanno dimostrato. Crediamo veramente che questi segni di umanità siano espressione semplice e autentica di quanto sia importante la condivisione anche di momenti così tristi.

Farà piacere sapere che fino all'ultimo giorno il suo pensiero e la sue energie sono state spese per la crescita dell'associazione e la promozione del benessere dei malati.

Il mio desiderio, quello del direttivo e di molti soci che in questi giorni si sono fatti vicini con la presenza e l'affetto, è di continuare attivamente a portare avanti le finalità e gli obiettivi dell'associazione, così come Mirella avrebbe voluto.

In modo particolare, in questi mesi, proseguire nella realizzazione dei progetti: "Corso per facilitatori di gruppi di auto-mutuo-aiuto", la pubblicazione di un opuscolo informativo sulle malattie ipofisarie rivolto alla popolazione, ai medici e ai pazienti e il mantenimento degli incontri periodici del gruppo di auto-mutuo-aiuto.

Abbiamo inoltre raccolto l'invito dei medici che collaborano attivamente con la nostra associazione a continuare con l'impegno profuso in questi anni, con la stessa determinazione e attenzione ai bisogni dei malati.

Come prevede lo statuto associativo l'incarico di presidente viene assunto pro-tempore dal vicepresidente sig. Giuseppe Frison.

**Codice Fiscale per la donazione
del 5 per mille all'ANIPi Veneto
92156410281**



News dalla Lombardia: apertura centro d'ascolto/confronto tra pazienti affetti da patologie ipofisarie

Nella giornata del 23 gennaio 2006, si è svolto il 1° incontro presso la S.C. Endocrinologia dell'Ospedale Niguarda di Milano. Incontro organizzato dalla nostra associazione di volontariato A.N.I.P.I. (Associazione Nazionale Italiana Patologie Ipofisarie reg. Lombardia) e dall'Ospedale NIGUARDA reparto endocrinologia, con l'ausilio diretto del personale medico.

Questa iniziativa si prefigge l'intento di creare un momento di aggregazione e coesione tra tutti coloro che direttamente od indirettamente convivono con le cosiddette "patologie ipofisarie" (tumori ipofisari ipopituitarismo- acromegalia- cushing-diabete insipido prolattinoma - etc...).

Tale ambizioso progetto si pone come obiettivo primario: consentire lo scambio di esperienze e di informazioni tra pazienti e all'occorrenza in caso di domande più strettamente di carattere medico, su cure, dubbi e farmaci. Saranno presenti dei medici specialisti in patologie ipofisarie, indispensabili a fornire un supporto più adeguato.

Attualmente, in via sperimentale, il centro d'ascolto si attiverà con cadenza mensile, presumibilmente di lunedì pomeriggio dalle ore 14,00 alle ore 17,00 circa e laddove si rilevasse un'auspicata diffusa adesione e partecipazione, l'associazione si regolerà per differenziarne gli incontri.

È innegabile che lo spirito partecipativo sarà cardine e leva per consentire adeguata crescita ed interesse diffuso, ed è mia personale consapevolezza che tale iniziativa riscuoterà certamente grande riscontro aggregativo. Tale momento sarà anche occasione di far conoscere meglio gli scopi principali della nostra associazione di volontariato "ANIPI" e quali iniziative vengono realizzate. Per avere informazioni sulle date e orari di detti incontri, si prega di contattare la segreteria del reparto endocrinologia Tel. 02 64444578

Pietro De Leo
Presidente associazione
ANIPI reg. Lombardia

Come è stato annunciato in precedenza, abbiamo attivato da gennaio 2006 un punto di incontro per pazienti affetti da patologia ipofisaria presso la S.C. Endocrinologia dell'Ospedale Niguarda.

Tale evento è nato dalla necessità, sentita da alcuni, di promuovere la diffusione delle eventuali iniziative della Associazione e permettere ai pazienti affetti da problematiche comuni, di incontrarsi periodicamente. Sono già avvenuti due incontri ed abbiamo la sensazione che la iniziativa abbia un elevato gradimento e possa essere nucleo di partenza di iniziative volte al miglioramento della qualità di vita di noi pazienti attraverso un coinvolgimento di medici ed altri operatori sanitari, eventualmente psicologi e, perché no, rappresentanti della Regione.

In questa occasione desideriamo annunciare per tempo i prossimi incontri in modo che ciascuno di voi, a propria volta, ne possa dare la massima diffusione e l'adesione sia elevata.

La nostra Presidentessa, che legge per conoscenza, potrà contribuire alla diffusione di questo messaggio.

Le date dei prossimi incontri sono quindi:

lunedì 27 marzo alle ore 14 presso la S.C. Endocrinologia, Ospedale Niguarda

lunedì 8 maggio alle ore 14 presso la S.C. Endocrinologia, Ospedale Niguarda

Auguriamo a tutti noi una grande adesione e cogliamo l'occasione per porgerci a tutti i nostri più cordiali saluti

Giuseppina Piccinelli e Pietro De Leo

Per comunicazioni: telefono 02 6444 2208 - segreteria.endocrinologia@ospedaleniguarda.it

Per donare il 5 per mille all'ANIPI Lombardia indicare il C. Fiscale 91540610150



Pietro De Leo durante l'incontro di Bergamo.



L'ANIPI Liguria e il suo Punto d'Ascolto presso la Clinica Universitaria del DISEM di Genova

L'ANIPI Regione Liguria e la Cattedra di Endocrinologia hanno anch'esse rilevato da tempo l'esigenza di offrire ai pazienti ipofisari un servizio aggiuntivo di ascolto e di attenzione.

Il "punto di ascolto", ubicato presso i locali di endocrinologia del DISEM e gestito da personale medico e da volontari dell'associazione, sarà funzionante nei prossimi mesi, e i pazienti, seguiti dalla struttura, potranno usufruirne almeno due volte al mese.

All'interno del "punto d'ascolto" verrà data assistenza, oltre che tecnica e specialistica, anche umana a tutti i pazienti colpiti da problematiche ipofisarie; per cui chi dovesse sentire l'esigenza di approfondire la conoscenza della patologia nella sua complessità o soddisfare richieste riguardanti la propria situazione personale di malattia, potrà farlo, usufruendo di un'opportunità in più all'interno di questo progetto.

L'associazione darà notizia della prossima apertura attraverso lettera a tutti gli iscritti. Intanto coloro che volessero aderire all'iniziativa possono mettersi in contatto con il direttivo dell'ANIPI. Regalare un po' del proprio tempo agli altri può far bene a se stessi.

Da quest'anno
è possibile destinare,
oltre all'8 per mille alle
organizzazioni religiose,
anche il 5 per mille al
mondo del volontariato:
*se vuoi aiutare
la nostra associazione
Ligure puoi firmare
indicando il nostro
Codice Fiscale
9204420091
GRAZIE!*



Foto Venditti - «Dietro l'angolo»

Seminario di aggiornamento pediatrico



Il giorno 14 maggio 2005 all'Impruneta, ridente cittadina presso Firenze, famosa per l'industria del cotto e anche per la festa dell'Uva, presso la Villa Cesi, si è tenuto un incontro tra endocrinologi pediatri, medici e pediatri di famiglia organizzato dall'ANIPI Toscana, con il patrocinio della Regione Toscana, unitamente allo storico ospedale pediatrico fiorentino E. Meyer, conosciuto da anni a tutti i fiorentini con l'appellativo "l'Ospedalino Meyer", ove una volta i ragazzi di Firenze e dintorni, con problemi di salute, dovevano per forza passare di lì per curarsi.

Purtroppo, alla numerosa presenza qualificata dei medici Meyer, non ha risposto un'altrettanta adeguata presenza dei medici pediatri di base. Assenti, pare, per una concomitante manifestazione. Lo scopo dell'incontro era quello di creare un'efficace integrazione fra ospedale e territorio, al fine di migliorare la qualità assistenziale.

Dopo il saluto del Sindaco dell'Impruneta, Dott.ssa Ida Gigli Beneforti e alla presenza dell'Assessore della Pubblica Istruzione Paolo Venturi, sono iniziati i lavori del convegno.

Interessanti sono stati i temi affrontati dai relatori Prof. Salti (Iperfunzioni endocrine ipofisarie),

Dott. Galluzzi (Implicazioni endocrine dei tumori endocranici), Dott. Genitori (Strategie chirurgiche nell'approccio ai tumori soprasellari del bambino e dell'adolescente: una serie di 125 casi).

I problemi tiroidei in genere sono stati trattati efficacemente dai Dottori Manoni, Guarnieri, e Stagi. Anche il Prof. Chiarelli, direttore della Clinica Pediatrica 2 dell'Ospedale Meyer, è stato un apprezzato moderatore.

La giornata, malgrado le assenze non previste, può considerarsi positiva.



Università degli Studi di Firenze
Dipartimento di Pediatria
Azienda Ospedaliero - Universitaria Meyer

ANIPI
Associazione Nazionale Italiana
Patologie Ipofisarie

Clinica Pediatrica 2^a
Direttore: Prof. F. Chiarelli

**III INCONTRO TOSCANO
tra ENDOCRINOLOGI PEDIATRI,
MEDICI e PEDIATRI di FAMIGLIA**

Sabato 14 Maggio 2005

Impruneta (Fi), Villa Ce.S.I.



Con il patrocinio di:

Regione Toscana
Azienda Ospedaliero - Universitaria A. Meyer
Dipartimento di Pediatria, Università degli Studi di Firenze
Comune di Impruneta

i gesti più semplici richiedono alta tecnologia

ideali per la somministrazione:
facili da usare, maneggevoli
grazie alla struttura ergonomica

Depositato presso il Ministero della Salute in data del 18/02/2005



Un comodo accessorio
per superare la paura
dell'iniezione




novo nordisk®

nordipen®