

NOTIZIE G.A.T.

PERIODICO D'INFORMAZIONE DEL "GRUPPO AIUTO TIROIDE"

A DIFFUSIONE GRATUITA N.2 - anno 1°

PROGETTO GRAFICO E IMPAGINAZIONE STUDIO CORSETTI - LE

TIPOGRAFIA ITALGRAFICA EDIZIONI s.r.l. - ORIA (Br)

La nostra Associazione compirà nel mese di dicembre il suo primo anno di vita. Possiamo considerarlo un periodo di proficuo impegno rivolto non solo alla promozione di incontri di sensibilizzazione ed informazione sulle malattie tiroidee, ma anche alla riflessione, in ambito associativo, sulla organizzazione operativa del GAT che, pur avendo nelle sue priorità la tutela della malattia tiroidea, intende realizzare attività e servizi associativi che siano di supporto al malato tiroideo ed alla sua famiglia.

In tal senso va intesa l'apertura di uno Sportello di Prevenzione e Diagnosi Precoce delle Malattie Tiroidee, attivo ogni secondo venerdì del mese, in cui l'accesso preferenziale è dato a chi non abbia mai eseguito una ecografia tiroidea o un controllo endocrinologico per malattia tiroidea con particolare attenzione alle classi di rischio (familiarità per malattia tiroidea o tumore della tiroide). Lo sportello dell'associazione è, inoltre, rivolto al supporto endocrino-pediatico dei bambini-adolescenti diversamente abili, con particolare riguardo a quelli affetti da sindrome di Down.

La condivisione di una esperienza di malattia ha animato la nascita e la organizzazione di veri e propri Gruppi d'Ascolto, con distinti ambiti di riferimento, nei quali i soci fondatori testimoniano il loro personale impegno alla umanizzazione della malattia tiroidea proponendosi come mediatori di una relazione d'aiuto. Prosegue, inoltre, l'impegno nella sperimentazione di modelli interattivi rivolti a migliorare la comunicazione tra operatore della sanità e cittadini con il progetto "Valutazioni di contesto sulle malattie tiroidee: il percorso chirurgico", condiviso con il Tribunale per i Diritti del Malato, la FIMMG, lo SNAMI, il Comitato Consultivo Misto, l'URP e la Direzione Generale dell'ASL BR e finalizzato a migliorare l'accesso alla terapia chirurgica delle malattie tiroidee in ambito territoriale. Il progetto è supportato da una indagine conoscitiva, rivolta a coloro che abbiano vissuto una esperienza di terapia chirurgica per malattia tiroidea con la finalità di rivalutarne il percorso diagnostico pre-operatorio, l'orientamento nella scelta delle sedi ospedaliere, nonché esaminare se le dinamiche relazionali e l'adeguatezza della comunicazione sanitaria, incidano favorevolmente sulla costruzione di una relazione terapeutica efficace.

Daniela Agrimi



Gruppo Aiuto Tiroide

Sede legale: via Cicoella, 8b • Lecce

Sede op.va: vie Tumo, 36 • Mesagne (Br)

Cell. 389 050 75 66

www.gruppoaiutotiroide.org

mail: gruppoaiutotiroide@libero.it

Attualità sulle malattie tiroidee

Ablazione percutanea ecoguidata con radiofrequenza delle patologie gozzigene a carattere compressivo

Prof. Stefano Spiezia

La patologia nodulare tiroidea è una patologia piuttosto comune con una prevalenza complessiva che varia dal 5 al 50%. Nella maggioranza dei casi i noduli tiroidei sono lesioni benigne. Le strategie terapeutiche sono numerose ed includono la terapia

Segue a pagina 2

Dalla parte del paziente

Valutazioni di contesto sulle malattie tiroidee: il percorso chirurgico

Risponde il Dott. Francesco Natale

Quale è l'approccio anatomico convenzionale per la chirurgia della tiroide?

L'approccio anatomico convenzionale per la chirurgia della tiroide è la regione anteriore del collo, dove si effettua una incisione a colare di 4-5 cm circa due dita traverse al di sopra della fossetta giugulare, possibilmente in corrispondenza di una plica cutanea.

Risponde il Dott. Francesco Serinelli

Nella sua esperienza chirurgica quotidiana quali sono le patologie tiroidee che più frequentemente deve affrontare?

Il nodulo rappresenta la più frequente patologia chirurgica tiroidea. Colpisce prevalentemente il sesso femminile, interessando il 6.4 % delle donne con età compresa fra i 30 ed i 59 anni. Il più delle volte non è singolo e si accompagna ad un ingrandimento, talvolta molto evidente, di tutta la ghiandola, il c.d. gozzo.

Segue a pagina 3

Progetti condivisi

Decalogo sul consenso informato

Marcella Mancini

Coordinamento Cittadinanzattiva-TDM, Brindisi

Il consenso informato è l'espressione della volontà del cittadino che autorizza il medico a effettuare uno specifico trattamento medico-chirurgico sulla sua persona.

Segue a pagina 4

Ablazione percutanea ecoguidata con radiofrequenza delle patologie gozzigene a carattere compressivo

Prof. Stefano Spiezia
Direttore dell'Unità Operativa a Struttura Dipartimentale di Chirurgia Ecoguidata e delle Patologie del Collo, Dipartimento Chirurgico. Ospedale Santa Maria del Popolo degli Incurabili, ASL NA1
e-mail: stefanospiezia@tiroide.org

Continua dalla prima pagina.

medica soppressiva con levotiroxina, che è indicata in giovani pazienti con piccoli noduli freddi e normale funzione tiroidea; la chirurgia costituisce il gold standard per i noduli maligni, gozzi compressivi (e/o con diametro massimo > 3 cm) e gozzo tossico. La terapia radiometabolica è un'opzione semplice, sicura ed economica nel trattamento dei noduli autonomi iperfunzionanti, oltrechè nel trattamento dei grossi gozzi benigni in pazienti che rifiutano l'intervento chirurgico o ad alto rischio anestesiologicalo.

TERAPIAPER CUTANEA

Tra le terapie percutanee, che rappresentano una valida e consolidata alternativa, ricordiamo l'alcolizzazione (PEI) per i noduli autonomi e le formazioni cistiche, e l'ablazione laser (LTA) per il trattamento dei noduli gozzigeni compressivi e dei noduli autonomi.

L'ablazione con radiofrequenza (RF) è una tecnica usata da svariati anni per il trattamento percutaneo di numerose neoplasie (in particolare l'epatocarcinoma) e per la prima volta nel nostro centro è stata utilizzata anche per il trattamento delle nodularità tiroidee.

Sono trattabili con ablazione RF indotta i pazienti non candidati all'intervento per alto rischio chirurgico e/o anestesiologicalo, eutiroidei portatori di noduli freddi o ipocaptanti alla scintigrafia, con un pattern solido alla ecografia basale e citologia negativa per malignità dopo FNB ecoguidato, e con sintomi di compressione (dispnea inspiratoria prevalentemente notturna, disfagia, senso di oppressione al collo, deviazione dell'asse tracheale).

Prima di ogni trattamento deve essere eseguito un profilo ormonale comprendente il dosaggio delle frazioni libere degli ormoni tiroidei, del TSH, degli anticorpi anti HTG, antiperossidasi e della calcitonina, una ecografia con color Doppler della tiroide e del collo ed una radiografia standard per valutare la presenza di una deviazione dell'asse tracheale. L'accesso alle procedure è avviene in regime di Day Hospital e tutti i pazienti devono sottoscrivere un dettagliato consenso informato.

L'ablazione con RF è condotta utilizzando un ago RITA © Starbust inserito sotto guida ecografica a mano libera.

L'ago, 14G di calibro, 10 cm di lunghezza, composto di 9 uncini espandibili fino a 5 cm, è inserito in ogni



singolo nodulo con tragitto medio-laterale onde direzionare il flusso di energia verso le regioni laterali del collo e lontano da aree a rischio di lesione termica per contiguità quali il nervo laringeo inferiore e le strutture tracheoesofagee; il tempo di esposizione è variabile tra 11 e 20 minuti, raggiungendo una temperatura massima variabile tra 101°C e 105°C.; per raggiungere la necrosi completa del nodulo trattato sono necessarie da una a tre sedute in media. I trattamenti sono monitorizzati sotto ecografia B-Mode in real time per valutare il corretto posizionamento degli uncini ai limiti periferici della lesione. Una volta estratto l'ago RITA si esegue una valutazione ecografica per escludere complicanze intra o extranodulari, mentre l'estensione della necrosi indotta è valutabile con l'ausilio del Color Doppler. I pazienti sono in osservazione per due ore e dimessi senza prescrizione di terapia.

Il primo follow-up ecografico e Color Doppler è programmato a 1 mese studiando l'ecogenicità, l'ecostruttura e i margini della lesione indotta, la presenza di spots calcifici, la presenza o assenza di flusso intra e perinodulare e il volume del nodulo; a 3, 6 e 12 mesi il follow-up ecografico è associato ad una valutazione del profilo ormonale e ad esame clinico palpatorio con valutazione dei sintomi compressivi secondo un punteggio arbitrario (0= assente, 1= presente) attribuito a ciascun sintomo. La deviazione tracheale è valutata con esame radiologico convenzionale a 12 mesi.

I pazienti portatori di una patologia gozzigena compressiva e sintomatica, solitamente anziani e affetti da patologie concomitanti che non possono accedere ad un trattamento chirurgico convenzionale, possono così ottenere importanti benefici dalla terapia ablativa con radiofrequenza. Questa produce una necrosi seguita da riduzione del volume complessivo della zona trattata che viene sostituita da tessuto fibrocitriziale con conseguente remissione dei segni clinici e dei sintomi legati alla compressione.

La riduzione di volume è particolarmente evidente già a trenta-sessanta giorni dopo la procedura ablativa

con un miglioramento sensibile se non la scomparsa della sintomatologia compressiva.

Bibliografia

- 1)Huysmans D, H et al. Radioidine for nontoxic multinodular goiter. *Thyroid* 1997; 7: 235-239
- 2)Gharib H. Current evaluation of thyroid nodules. *Trends Endocrinology and Metabolism* 1998; 5: 365-369
- 3)Cerbone G et al. Percutaneous ethanol injection under Power Doppler ultrasound assistance in the treatment of autonomously functioning thyroid nodules. *J Endocrinol Invest* 1999 Nov; 22(10): 752-759
- 4)Solbiati L. New applications of ultrasonography: interventional ultrasound. *Eur J Radiol* 1998 May; 27 Suppl 2: S200-206
- 5)Spiezia S et al. Power Doppler Ultrasonographic assistance in percutaneous ethanol injection of autonomously functioning thyroid nodules. *J Ultrasound Med* 2000; 19: 39-46
- 6)Spiezia S et al. Ultrasound-guided laser thermal ablation in the treatment of autonomous hyperfunctioning thyroid nodules and compressive nontoxic nodular goiter. *Thyroid* 2003 Oct; 13(10): 941-947
- 7)Spiezia S et al. Efficacy and safety of radiofrequency thermal ablation in the treatment of thyroid nodules with pressure symptoms in elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 2007 Sep;55(9):1478-9
- 8) Deandrea M et al. Us-guided percutaneous radiofrequency thermal ablation for the treatment of solid benign hyperfunctioning or compressive thyroid nodules. *Ultrasound Med Biol.* 2008 Jan 18. M. Us-guided percutaneous radiofrequency thermal ablation for the treatment of solid benign hyperfunctioning or compressive thyroid nodules. *Ultrasound Med Biol.* 2008 Jan 1

Dalla parte del paziente

Valutazioni di contesto sulle malattie tiroidee: il percorso chirurgico

Risponde il Dott. Francesco Natale
Dirigente Medico U.O.C. ORL,
Ospedale A. Perrino- Brindisi

Continua dalla prima pagina

Quale tipo di intervento chirurgico può essere praticato sulla ghiandola tiroidea?

Sulla ghiandola tiroidea possono essere praticati interventi di asportazione completa della tiroide (tiroidectomia totale) oppure interventi parziali generalmente si asporta un solo lobo tiroideo (lobectomia o istmolobectomia)

In presenza di una formazione nodulare che impegni quindi un solo lobo della tiroide con dimensioni superiori ai 3-4 cm ed una iniziale compressione/dislocazione tracheale quale tipo di intervento chirurgico è indicato?

In questo caso è indicato un intervento chirurgico di asportazione del lobo sede del nodulo con tecnica chirurgica convenzionale, se non ci sono cellule tumorali.

In presenza di un voluminoso ed inveterato gozzo tiroideo multinodulare, con sintomatologia prevalentemente disfagia (difficoltà nella deglutizione), iniziale crescita nel mediastino e compressione/dislocazione tracheale, quale tipo di intervento chirurgico è indicato?

In tali condizioni è sicuramente indicato l'intervento chirurgico di tiroidectomia totale con tecnica convenzionale, anche con sollecitudine, per alleviare la sintomatologia disfagica e/o respiratoria. **L'intervento chirurgico convenzionale sulla tiroide è sostenuto in anestesia generale o locale?**

Attualmente l'intervento chirurgico convenzionale sulla tiroide è sostenuto in anestesia generale

Che tipo di sutura viene praticata nella chirurgia della tiroide?

Generalmente viene praticata la sutura intradermica vale a dire una sutura all'interno della cute, per ridurre al minimo gli inestetismi della cicatrice, salvo i rari casi in cui tale procedura non è possibile effettuarla.

Quali sono le complicanze più frequenti nell'intervento di tiroidectomia?

Le complicanze più frequenti sono l'emorragia, che

può avvenire durante l'intervento chirurgico e che viene prontamente risolta, oppure nelle ore successive all'intervento, anche in questi casi viene risolta con terapia medica e solo raramente si rende necessaria la riapertura della ferita chirurgica.

Altra complicanza è data dalla lesione dei nervi laringei in particolare dei laringei ricorrenti, si tratta di due nervi che decorrono al di sotto della ghiandola tiroidea e che raramente possono essere lesionati durante le manovre chirurgiche. Questi nervi sono responsabili dell'apertura delle corde vocali per cui una lesione bilaterale (rarissima) può comportare difficoltà alla respirazione, una lesione unilaterale non dà difficoltà respiratorie ma solo una leggera alterazione della voce.

Negli interventi sulla tiroide per patologia nodulare benigna è indicata la rimozione dei linfonodi locali?

Negli interventi per patologia nodulare benigna non è indicata la rimozione dei linfonodi locali, tale procedura viene effettuata solo per i tumori maligni della tiroide.

Nel corso di un intervento chirurgico per sospetta malignità sulla tiroide, l'esame istologico estemporaneo viene sempre praticato? E se sì in quali casi?

L'esame istologico estemporaneo viene praticato raramente e solo nei casi in cui vi è un dubbio di malignità.

Risponde il Dott. Francesco Serinelli
Direttore U.O.C. Chirurgia Generale, Ospedale S.
Camillo De Lellis- Mesagne

Continua dalla prima pagina

Si stima che tra i 5 e gli 8 milioni di italiani siano attualmente affetti da gozzo tiroideo.

Quindi tra il 10 ed il 12 % di tutta la popolazione, percentuale che nelle regioni in cui è presente il gozzo endemico (e la Puglia ne fa parte) raggiunge circa il 30%.

Nel 90% dei casi si tratta di patologia benigna, infatti soltanto il 5-6 % risulta essere un carcinoma. Ebbene la nostra casistica rispetta proprio questa percentuali, noi sottoponiamo ad intervento chirurgico prevalentemente pazienti affette da patologia gozzigena benigna.

I carcinomi rappresentano, in una revisione dei casi che ho effettuato di recente, il 9 % degli interventi totali.

Cosa si intende per Tiroidectomia video assistita o MIVAT?

La tecnica chirurgica, in generale, sta evolvendo verso interventi sempre meno demolitivi, e, comunque con vie di accesso notevolmente ridotte.

Anche la chirurgia della tiroide, in casi selezionati, ha scelto la tecnica mininvasiva, la MIVAT è l'acronimo anglosassone di "Minimally Invasive Video Assisted Thyroidectomy". E' una tecnica ideata dal Prof. Paolo Miccoli dell'Ospedale Santa Chiara di Pisa e, messa a punto dal gruppo di Pisa e dall'equipe romana dell'Università Cattolica guidata dal Prof. Rocco Bellantone.

In sintesi l'intervento si effettua attraverso un'incisione di circa 2 cm al di sopra del giugulo, che permette l'introduzione degli strumenti operatori, segue quindi una tecnica operatoria molto simile a quella tradizionale, prevedendo il controllo dei movimenti attraverso un monitor.

Come è possibile operare in un campo operatorio così limitato?

Naturalmente la MIVAT prevede l'utilizzo di un'attrezzatura adeguata che comprende anche una minitelecamera di 5 mm che ci consente di visualizzare, ingrandendole, piccole aree altrimenti difficilmente raggiungibili.

Essa permette di seguire anche il più piccolo movimento su di un monitor che notoriamente magnifica le immagini e quindi anche le strutture da trattare. Si utilizza ancora un apparecchio per diresi ed emostasi ad ultrasuoni, che sostituisce con risultati eccellenti tutte le legature necessarie in chirurgia tradizionale.

Quanto pesa mediamente la ghiandola tiroide?

Alla ghiandola tiroidea non patologica vengono attribuite le seguenti dimensioni: larghezza 7 cm, altezza 3 cm lo spessore varia da 0.5 a 2 cm ed in

ultimo il suo peso è di circa 20 grammi.

L'intervento di tiroidectomia video assistita è eseguibile in anestesia locale?

Questo tipo d'intervento è tanto poco traumatico che, in casi selezionati, può essere eseguito anche in anestesia locale, con il blocco bilaterale dei plessi cervicali. La tiroidectomia in anestesia locale è indicata anche in caso di noduli maligni, a patto che il tumore non superi il centimetro e non presenti interessamento linfoghiandolare. Il metodo è particolarmente adatto per chi ha controindicazioni all'anestesia generale, ad esempio pazienti con patologie respiratorie e/o cardiache, insufficienza renale o nelle donne in gravidanza.

Ricordo solo come notizia che l'estremo in chirurgia endocrina è la tiroidectomia in ipnosi che il Prof. Defecheraux effettua in Belgio a Liegi.

Quali sono i limiti della chirurgia mininvasiva?

Il limite maggiore è rappresentato dalle dimensioni della ghiandola, in realtà l'intervento mininvasivo può essere effettuato solo se la tiroide non supera nella sua parte più spessa i 3 cm e, comunque, deve essere inferiore a 30 ml. Un'altra controindicazione è da considerarsi la presenza di tiroidite.

Quali sono i vantaggi della tecnica video assistita?

Come ho accennato la tecnica ha come scopo quello di raggiungere la loggia tiroidea con un piccolissimo accesso, quindi un indubbio vantaggio è rappresentato dall'incisione, e ciò non è poco, se si considera che essa viene effettuata sulla regione anteriore del collo, zona scoperta, ed ancora se si ricorda che le patologie della ghiandola sono più diffuse nel sesso femminile ed in età giovanile.

La dissezione della ghiandola dalla struttura peritracheali viene effettuata sotto visione endoscopica, notevolmente ingrandita (fino a tre volte) ciò rende di certo più facile la loro identificazione, con un rischio di danni iatrogeni più contenuto. Mi riferisco sia ai nervi laringei inferiori (o nervi ricorrenti) ma anche alle paratiroidi, fondamentali per il metabolismo del calcio ed ai nervi laringei superiori che raramente si riesce con la tecnica tradizionale ad individuare. I tempi di recupero post-operatorio sono più veloci. E non ultimo di si deve considerare anche la ridotta durata dell'atto operatorio (circa 40 minuti).

Nel sospetto di una neoplasia differenziata micronodulare della tiroide è sempre necessaria la tiroidectomia totale?

Per carcinoma differenziato della tiroide (CTD) si intendono il carcinoma papillare ed il carcinoma follicolare. Esso costituisce il 1 % dei tumori maligni umani.

E' la più frequente neoplasia endocrina ed ha pertanto un impatto socio-sanitario significativo. Costituisce il 90 % dei tumori maligni della tiroide.

Il trattamento deve soddisfare i seguenti requisiti: - essere il più radicale possibile per eliminare tutti i focolai tumorali

- tendere ad ottenere una guarigione definitiva
- essere associato a bassa incidenza di recidive locali e di metastasi a distanza

- permettere una ottima qualità di vita, evitando complicanze iatrogene

Ancora il CTD è multifocale in un'elevata percentuale di casi a prescindere dal suo basso o alto rischio. Quindi il trattamento di scelta in tutti i casi di carcinoma tiroideo differenziato è la tiroidectomia totale.

Questo è chiaramente indicato anche dalle linee guida della SIE (Società Italiana di Endocrinologia), AIMN (Ass. Italiana Medicina Nucleare ed Imaging Molecolare), AIEM (Ass. Italiana di Fisica Medica), Società Italiana di Endocrinochirurgia. L'intervento di lobectomia ed istmectomia può essere preso in considerazione solo nel caso di carcinoma papillare unificale di diametro inferiore ad 1 cm scoperto incidentalmente all'istologia dopo interventi parziali eseguiti per altra patologia tiroidea.

Nel sospetto di una neoplasia differenziata della tiroide è sempre necessaria una tiroidectomia totale con rimozione dei linfonodi locali? E perché?

Lo svuotamento del comparto centrale del collo dovrebbe essere eseguito in tutti i casi. La linfonodectomia di "principio" delle altre catene cervicali, eseguita a scopo profilattico, non è invece la terapia di scelta nel carcinoma tiroideo differenziato. Essa verrà eseguita unilateralmente solo in caso di metastasi linfonodali documentate ecograficamente e/o con esame citologico e/o con dosaggio della tireoglobulina sul liquido di lavaggio dell'ago utilizzato per eseguire la agoaspirazione o ancora in caso di secondarietà linfonodali dimostrate dalla esplorazione chirurgica.

Ai fini medico-legali chi pone l'indicazione e l'indirizzo dell'intervento sulla tiroide: il Clinico o il Chirurgo?

In tutti gli ambienti in cui è possibile si deve creare un "team" multidisciplinare costituito da un Endocrinologo, un Medico Nucleare ed un Chirurgo esperto in trattamento della patologia tiroidea; a tale team dovrebbero afferire citopatologi, anatomopatologi, specialisti in diagnostica per immagini. Il Chirurgo deve essere informato con precisione circa il tipo di sospetto clinico, lo stato locale prima di eseguire l'intervento, è pertanto utile inviare all'operatore una scheda con le informazioni ecografiche relative alle dimensioni dei noduli, il loro rapporto con le strutture vicine, l'eventuale presenza di metastasi linfonodali laterocervicali, il referto citologico ove presente ed il risultato delle indagini ematochimiche che possono influenzare la condotta operatoria.

Quindi l'indicazione al trattamento chirurgico è prevalentemente clinica, la scelta del tipo d'intervento spetta al chirurgo.

Un contributo alla diagnosi precoce

Sportello G.A.T.

Il GRUPPO AIUTO TIROIDE in collaborazione con il CENTRO SALUTE DONNA di MEDICINA MODERNA comunica:

Apertura di uno sportello gratuito di prevenzione e diagnosi precoce delle malattie tiroidee e di consulenza endocrino-pediatrica presso il CENTRO SALUTE DONNA, attivo ogni 2° venerdì del mese dalle ore 16.00 alle ore 18.00.

L'accesso preferenziale è dato a chi non abbia mai eseguito una ecografia tiroidea o un controllo endocrinologico per malattia tiroidea con particolare attenzione alle classi di rischio (familiarità per malattia tiroidea o tumore della tiroide).

Lo sportello dell'associazione è, inoltre, rivolto al supporto endocrino-pediatrico dei bambini-adolescenti diversamente abili o affetti da sindrome di Down.

Il CENTRO SALUTE DONNA è ospitato presso gli ambulatori di MEDICINA MODERNA in Via Brindisi, 148 a Mesagne. Per prenotare una consulenza presso il nostro sportello è disponibile il seguente numero 389 050 75 66 attivo dalle ore 17.30 alle 18.30 del lunedì, mercoledì e venerdì.

Costruiamo una relazione d'aiuto

Gruppo d'ascolto

Nell'associazione la condivisione di una esperienza di malattia ha animato la nascita e la organizzazione di veri e propri gruppi d'ascolto, con distinti ambiti di riferimento, nei quali i soci fondatori testimoniano il loro personale impegno alla umanizzazione della malattia tiroidea proponendosi come mediatori di una relazione d'aiuto.

- Gruppo d'ascolto per l'Ipotiroidismo: referente Elia Caccioli, mercoledì dalle ore 17 alle ore 19 al numero telefonico 347 525 48 84

- Gruppo d'ascolto per l'Iperitiroidismo: referente Pacciolla Marialucia, mercoledì dalle ore 17 alle ore 19 al numero telefonico 320 927 75 52

- Gruppo d'ascolto per la Tiroidite di Hashimoto: referente Serravalle Teresa, venerdì dalle ore 17 alle ore 19 al numero telefonico 349 385 25 89

- Gruppo d'ascolto per il Carcinoma della tiroide: referenti Dello Monaco Elena, 377 108 20 28 venerdì dalle ore 17 alle ore 19 al numero telefonico ed Oronzo Malvica, mercoledì dalle ore 17 alle ore 19 al numero telefonico 389 072 99 98

Opera dell'artista Elena Picciolo

Trulli di Cisternino

L'artista Elena Picciolo originaria di Gallipoli (Le) ed attualmente residente a Torchiarolo, ha iniziato la sua carriera artistica nel 1965 e a tutt'oggi è presente nel mondo dell'arte a livello nazionale (Roma, Firenze, San Remo) ed internazionale (Los Angeles). Ha partecipato ad innumerevoli concorsi e mostre di pittura tra i quali: il 1° Trofeo Internazionale della Repubblica Francese, nel 1992 ed il Premio Campidoglio d'Oro di Roma. Presente su: l'Antologia dell'arte figurativa- Edizioni dell'Accademia Internazionale Burckhardt di Roma ed Artisti Contemporanei del XX Secolo di Bologna. Caratteristica della sua pittura sono i nudi femminili, a questo forte simbolo artistico che è la donna, si accosta la particolare tecnica del "sabbaiato", ossia olio su tela sabbaiata, che viene utilizzata per rappresentare le tipiche abitazioni che caratterizzano la sua terra natia, il Salento. Recentemente l'artista ha avuto la possibilità di consegnare una sua opera al Santo Padre Benedetto XVI ed ha ricevuto e il titolo di "Ambasciatore della Cultura Locale", conferitogli dal sindaco di Torchiarolo, quale promotore del patrimonio culturale ed artistico del territorio, nell'ambito del progetto interreg III A Grecia Italia 200/2006.

Progetti condivisi

Decalogo sul Consenso Informato

Marcella Mancini
Coordinamento Cittadinanzattiva-TDM, Brindisi

Il consenso informato è l'espressione della volontà del cittadino che autorizza il medico a effettuare uno specifico trattamento medico-chirurgico sulla sua persona. Non si può prescindere da tale consenso. Perciò, prima di sottoporsi a un intervento, poni al tuo medico queste domande.

1. E' necessario l'intervento che dovrò subire? Ci sono alternative terapeutiche?

2. Quali sono le complicanze e i rischi più frequenti per questo tipo di intervento?

3. Si può eseguire lo stesso intervento utilizzando altre tecniche chirurgiche, per esempio quelle mini-invasive come la larascopia?

4. Queste tecniche sono in uso in questa struttura, sia pure in altri reparti?

5. Sarò operato con strumenti chirurgici monouso?

6. Quale è l'incidenza di infezioni ospedaliere in questo reparto, rispetto alla media, per l'intervento al quale dovrò sottopormi?

7. In questa struttura esiste un reparto dove sia possibile trattare l'emergenza?

8. Nell'eventualità dovessi provare dolore dopo l'intervento, saranno utilizzate terapie antidolorifiche adeguate?

9. Dopo quanto tempo potrò ritrovare alle mie normali abitudini di vita?

10. Ci sono particolari prescrizioni che dovrò seguire su dieta e trattamenti?

Centro Studi Medici

via Brindisi, 148
MESAGNE

T. 0831.779206 fax 0831.776383



Laboratorio di Patologia Clinica

dott. C.D. Mardighian & C. Snc
via Brindisi, 148
MESAGNE

T. 0831.771763 fax 0831.776383