

Bollettino n. 1/2014

**Ordine dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di Gorizia**

ATTENZIONE!!!
CONTIENE INVITO ALL'ASSEMBLEA
ANNUALE DEGLI ISCRITTI 2014



Editoriali dei Presidenti



Quest'anno un unico Bollettino, che contiene abstract di alto livello, molto istruttivi, tratti dalle tesi di laurea dei nostri neoiscritti, incontrati dal Consiglio al momento dell'iscrizione. Il Bollettino è uno solo, perché ampiamente ed egregiamente sostituito dalla newsletter - per la cui preparazione ringrazio la dott. ssa Cettul - e che porta informazioni ampie e più aggiornate.

Al numero del bollettino serve un rituale editoriale del presidente, ad illustrare ancora una volta il ruolo dell'ordine, che non è lobby, né sindacato, né associazione medica. Il medico si difende da solo, con la sua competenza, professionalità, integrità morale, rafforzato dalla relazione di cura con la persona che assiste e che lo stima. Tre anni fa, all'inizio dell'ultimo mandato elettorale proponevo una serie di osservazioni, che ripropongo, sulla necessaria e ancora oggi attesa riforma degli Ordini professionali. Certo la crisi ha ulteriormente acuito le problematiche esistenti.

L'ammmodernamento degli Ordini in senso europeo non si è verificato, e non per nostra volontà. Vorrei presiedere un Ordine che collabora attivamente con l'insegnamento universitario, valutandone competenze e risultati operativi; vorrei mettere a disposizione degli iscritti una equipe di legali, anche solo per valutare la correttezza di commenti dei media. La tutela dei giovani all'ingresso della professione sfugge all'operato degli Ordini, eppure sono preparati, competenti, entusiasti, orgogliosi di iniziare questa professione. Il momento è ancora più difficile per le incertezze previdenziali e la scarsa conoscenza che hanno del problema.

La tutela delle donne medico sta trovando interessanti percorsi attuativi in ambito ENPAM. Le donne restano mosche bianche all'interno degli Ordini. Nell'ultimo mandato solo 2 Presidenti provinciali: a Gorizia e Fermo. Il Consiglio dell'Ordine di Gorizia - tra pochi - ha una rappresentanza femminile coerente con il numero delle iscritte.

L'integrazione con le professioni sanitarie emergenti può essere buona e proficua localmente ma necessita di regole e chiarimenti più ampi a livello nazionale.

Il riconoscimento del disagio medico è regola imperativa, ma ingessata, perché senza soluzioni. Con chi combattere? La Direzione Generale dell'Azienda, la riforma sanitaria regionale, il primario spocchioso? Non abbiamo i mezzi legali.

La garanzia al cittadino è più agevole, ma sempre nei contesti legislativi attuali.

Restano i principi deontologici, da rafforzare e rappresentare, sempre che il garante dell'Antitrust non ritenga il nostro operato troppo limitativo della concorrenza, con successive penalizzazioni.

Scrivo oggi (28 Ottobre 2014); il Bollettino sarà disponibile a kermesse elettorale conclusa. Posso chiedere di far nascere bimbi dappertutto?

Posso pensare che tutti noi abbiamo le competenze di fare tutto, anche in contesti necessariamente penalizzati per numero di utenze e disponibilità gestionali? Posso insistere



sulla persistenza di un numero eccessivo di servizi, magari mal distribuiti, in un contesto regionale piccolo, al di là di principi di appropriatezza e sostenibilità? Non è compito dell'Ordine.

Io non faccio torte e quindi non sono competente in merito; se ne faccio una sola per Natale, migliore, ma il mio know-how si potenzia solo se faccio torte tutti i giorni. Questo è il modello che ci viene richiesto.

L'autoreferenzialità è triste e pericolosa se non si rapporta con la realtà esterna, tanto più se estesa all'Europa, in cui necessariamente viviamo.

Lasciato l'Ospedale nel 2008, mi ritrovo a gestire - come figura un tempo rappresentativa nel contesto ospedaliero - una piccola realtà ambulatoriale, dove afferiscono persone che vogliono condividere difficoltà di percorso, scarsa comunicazione, talora

freddezza, incomunicabilità, mancanza di educazione. Mi sento privilegiata quando posso ascoltare, penalizzata quando non posso giustificare e spiegare.

Una marea di accertamenti, spesso nello spirito di medicina difensiva, costosi, inconcludenti perché non mirati, che - come una grande rete - qualcosa comunque "pescano", salvo creare una ulteriore medicalizzazione. E forse queste persone stanno bene di salute, solo stressate, penalizzate dal contesto attuale, disorientate da quello che sentono dai media, su Internet o semplicemente al mercato al mattino, e diventano malati.

Ho coordinato per due anni la Consulta Deontologica Nazionale che ha proceduto alla revisione del Codice Deontologico, approntando una nuova versione, aggiornata, più consona al momento che viviamo, e attenta alle problematiche della vita professionale del medico ma soprattutto della persona, che a noi si rapporta. Spero che abbiate l'interesse di leggerlo, con mente libera da giudizi strumentalizzati, quali quelli espressi durante il percorso di approvazione.

Ricordo, come molti di noi, quando a casa chiamavamo il medico, che arrivava ritualmente, e trovava un malato, una brocca e una bacinella, l'asciugamano di lino ricamato e una saponetta appena scartata. Ricordo di aver chiesto il perché della saponetta nuova.

Non ricordo risposte. Eccessivo rispetto? Penso che fosse un segno di riconoscenza per il sentimento di amichevole e sincera protezione che il medico offriva. Paternalismo? No, solo un altro papà o uno zio. Se non riusciamo ad offrire alle nostre persone assistite la serenità che in quel momento si respirava in casa, illudiamole almeno di ricordare il profumo di quella saponetta: hanno l'età per farlo.

E ancora, un grazie sentito alla cooperazione affettuosa della segreteria dell'Ordine, alla vicinanza competente e puntuale del Consiglio, al contributo sostanziale della Commissione Albo Odontoiatri, all'attenzione precisa dei Revisori dei Conti, agli iscritti che si sono fatti vivi, alla direzione FNOMCeO che - riconoscendo il mio operato a livello nazionale - ha portato il nome di Gorizia al di là dell'Isonzo.

Tra poco saremo di nuovo, troppo presto, a festeggiare Natale e il nuovo anno.

Gli auguri più cari a Voi e ai Vostri familiari.

Con questo mio scritto si conclude il mio mandato come Presidente della Commissione Albo Odontoiatri della provincia di Gorizia. Vorrei ringraziare tutti i componenti della Commissione, la dottoressa Monica Massi, la dottoressa Claudia Sfiligoi e i dottori Gianfranco Ferrari e Lorenzo Spessot, per la loro preziosissima collaborazione e per lo splendido clima, che grazie a loro, ha animato tutte le nostre riunioni in questi tre anni di lavoro. Voglio ringraziare anche la dottoressa Erica Cettul e la signora Gabriella Quarantotto, le nostre simpatiche ed efficientissime collaboratrici dell'Ordine.



Argomento di grande attualità in questi ultimi tempi sono le “**convenzioni**”.

Solo pochi giorni fa i soci dell'ANDI hanno ricevuto una mail che li invitava a sottoscrivere una convenzione con la Mapfre, una assicurazione spagnola ancora poco nota in Italia. Questa assicurazione ha più di ottanta anni di storia ed è a tutti gli effetti una multinazionale, leader assoluta in Sud America e tra le prime in Europa. Per capire le dimensioni di Mapfre sappiate che ha più di 35.000 dipendenti e fattura più di 20 miliardi di euro (2010). Un vero colosso! Questo accordo tra Mapfre ed Andi ha scatenato grandi discussioni all'interno dell'associazione, soprattutto perché l'attuale dirigenza pensa di poter governare il rapporto con il gruppo assicurativo, cosa a dir poco discutibile, soprattutto viste le dimensioni del colosso spagnolo.

A questo punto mi sembra opportuno e necessario portare la discussione anche al di fuori di Andi. Il vero problema è che questo accordo apre la strada all'ingresso di un'altra grossa assicurazione sul mercato italiano e questa è solo l'ultima goccia che potrebbe far traboccare il vaso. Il vero problema è donare le chiavi di casa della professione ai terzi paganti ed ai quarti lucranti, che rappresentano la finanza nazionale ed internazionale. Aprirsi al capitale” significa solamente **soccombere al capitale**.

C'è la storia passata a spiegare il perché le convenzioni siano la morte della professione odontoiatrica. L'odontoiatria, nelle nazioni nelle quali le convenzioni si sono sviluppate, è peggiorata sia in termini di qualità che di libertà dei professionisti.

Cosa ne è dell'odontoiatria tedesca e francese? Che ne è dei dentisti statunitensi pentiti di essersi convenzionati? Che dire dei colleghi di Trento convenzionatisi e che poi non sono stati rimborsati, rimettendoci così di tasca propria? Che dire degli 89 studi dentistici di Bologna che hanno aderito alla convenzione con Unisalute (Unipol) e che poi hanno visto la stessa Unisalute aprire un proprio centro dentistico? E che dire della imbarazzante situazione che si crea in sala d'attesa, dove può emergere la discriminazione fra pazienti convenzionati e non convenzionati, ai quali vengono applicate parcelle differenziate per lo stesso trattamento? Ogni convenzione, in realtà, è un contratto con cui il dentista si obbliga a fornire solo alcune prestazioni (**nomenclatore**), a prezzi prefissati (**tariffario**), di solito bassi ed anche i tempi di esecuzione sono prefissati e sono spesso molto brevi (**tempario**).



Senza contare che, solitamente, questi contratti hanno scadenza breve e vengono rinegoziati unilateralmente dalle compagnie assicurative o dai fondi comuni.

Cosa ben diversa sono quelle che, sbagliando, sono chiamate "convenzioni indirette", in questo caso infatti, non c'è alcun contratto tra odontoiatra e compagnie o fondi. L'unico rapporto regolamentato è quello tra il nostro paziente e fondi o assicurazioni, i quali rimborseranno al paziente parte delle spese sostenute presso i nostri studi.

Auspicabile è il modello del fondo sanitario senza convenzioni. Questo modello lascia al paziente la libertà di scelta del medico curante e non condiziona il medico, che può agire secondo scienza e coscienza, così come previsto dal codice deontologico. Solo così si evita il pericolo di essere condizionati da un terzo soggetto che dice al medico come, quanto e quando fare. Nulla osta a perseguire questo sistema.

Per concludere, vorrei leggeste alcuni stralci di un discorso sulle **convenzioni dirette**, tenuto dal dottor **Thomas Machnowski**, Presidente della **Chicago Dental Society**. Discorso tenuto al congresso AIO di Bari (2005).

Questo per farvi comprendere come già circa un decennio orsono, negli Stati Uniti, il problema era cogente.

Tra gli argomenti sindacali di attualità, mi interessa sicuramente la vostra chiara presa di posizione su un concetto spinoso, il terzo pagante, fonte anche negli USA di numerosi dibattiti. Vorrei presentarvi a tale proposito alcune mie osservazioni per quanto riguarda l'industria delle assicurazioni dentali negli Stati Uniti. Vi incoraggio, cari colleghi, a stare molto attenti prima di decidere di accettare una qualsiasi forma di convenzione diretta. Quando toccò a me scegliere di aderire ero più snello, avevo più capelli ed ero molto più ingenuo...

All'inizio, comunque, il sistema piacque a tutti perchè:

- il rimborso massimo annuale era alto per quel periodo
- le percentuali delle tariffe rimborsate erano il 50% per la protesi, l'80% per la conservativa ed il 100% per le prestazioni di prevenzione
- il numero dei pazienti aumentava
- non c'era nessuna restrizione per il paziente nella preferenza dell'odontoiatra, esisteva piena libertà di scelta
- in genere si trattava di assicurazioni malattia a tariffario fisso o di convenzioni dirette.

Al momento si può sottolineare, ad esempio, come i massimali annuali siano rimasti praticamente gli stessi; peccato siano aumentati molto i nostri costi e quindi le nostre tariffe! Sono emerse nuove procedure e tecnologie che non sono coperte dal rimborso e i pazienti devono scegliere i dentisti convenzionati da una lista o dagli opuscoli delle compagnie assicurative; la loro libertà di scelta fra gli odontoiatri è ormai un ricordo. Rifiutando questo meccanismo, personalmente ho perso alcuni pazienti legati ad organizzazioni con operatori convenzionati e terapie regolamentate, ma sono riuscito a sostituirli con altri che guardano al valore del servizio ed alla cura continua. La quintessenza del discorso è che "terapia controllata" è semplicemente

uguale a "denaro controllato". Le compagnie assicurative restringono e limitano le prestazioni eseguibili e di conseguenza il guadagno per l'operatore.

Quando tutte le bollette sono state pagate, quando tutto lo staff, le assistenti, le segretarie e le igieniste sono stati pagati, quando l'affitto e l'ammortamento dell'attrezzatura sono stati pagati, solo allora si può valutare quello che resta a voi e alla vostra famiglia.

La mentalità assicurativa condiziona i vostri pensieri. Il trattamento viene allungato per anni anche se la cura effettiva durerebbe solo mesi. I vostri pazienti vi permetteranno solo le prestazioni coperte dalle assicurazioni per l'anno in corso.

L'otturazione in amalgama diventerà lo standard della terapia. Queste sono tecnologie e protocolli di cent'anni fa! Da dove verrebbero tutti i progressi in medicina se praticassimo ancora la nostra attività a livelli minimi?

"Otturiamo" un dente, oppure "riabilitiamo" un dente, o un cavo orale? Dobbiamo continuare ad essere medici della bocca e rifiutare di farci degradare a riparatori di un dente.

Ora trattiamo alcuni argomenti pro e contro la rete del convenzionamento diretto.

Sarete costretti ad accettare una tariffa inferiore in cambio di più pazienti. Tratterete loro correndo tra una poltrona e l'altra e l'unico vostro desiderio sarà di avere dei pattini ai piedi per fare più in fretta.

Parafrasando il dottor Spreafico nella sua relazione sull'estetica, possiamo sicuramente essere d'accordo che "la realizzazione di una restaurazione estetica richiede ore, non minuti!". È probabile, anzi sicuro, ormai, che non tutti i pazienti possano aderire a questo standard. Quale soluzione migliore allora di un buon convenzionamento, che garantisca a tutti dei livelli di prestazioni minimali a costi ridotti?

Quando, però, tutti gli odontoiatri aderiranno al programma dettato dalle assicurazioni e tutti saranno convenzionati, allora il gioco sarà fatto. L'odontoiatra è incastrato e il terzo pagante può, a questo punto, dettare rimborsi inferiori, ulteriori limitazioni e restrizioni alle prestazioni per i pazienti con un risultato opposto a quello sperato dagli operatori sanitari.

Il livello di rimborso potrebbe rimanere lo stesso per molti anni senza minimamente considerare l'aumento del costo della vita. Il padrone di casa accetterà una riduzione dell'affitto perché si è ricevuto un rimborso inferiore?

Il magazzino dentale farà uno sconto maggiore perché si è ricevuto un rimborso inferiore?

L'odontotecnico chiederà meno perché si è ricevuto un rimborso inferiore? Magari, per sopravvivere, saremo costretti a mandare dei lavori protesici all'estero per avere dei manufatti a costi e qualità minori. Lo staff accetterà delle buste paga più basse perché si è ricevuto un onorario inferiore? Qualcuno del personale se ne andrà, ovviamente.

Non si potrà più perseguire un'odontoiatria di qualità eccellente in un sistema di salute controllata oppure in uno studio con convenzione diretta.

In questo caso ci si troverà di fronte ad un effetto vortice. Ci sono tante aziende che presentano le ultime e migliori tecnologie. Chi mai potrà pagarle dovendo vivere dai redditi imposti dal terzo pagante?





In definitiva, voi avete la responsabilità di curare la salute orale del vostro paziente e non gli interessi dell'agenzia delle convenzioni.

Un sospetto: quando si accetta un rimborso economicamente inferiore da un terzo pagante oppure in una convenzione di favore, si supportano indirettamente i profitti dell'assicurazione o dell'impiegato o dell'agente che si occupa di questo particolare prodotto (contratto).

Chi lavora per chi a questo punto?

Voglio essere io a poter scegliere, io a rinunciare o ad abbassare il mio onorario per un povero, un nullatenente o un portatore di handicap che magari non hanno avuto le mie stesse occasioni nella loro vita. Ma non deciderò mai

più di abbassare il mio onorario per ottenere un contratto con un terzo pagante.

Viaggiando negli Stati Uniti come rappresentante della Chicago Dental Society vedo molti palazzi delle assicurazioni.

Il John Hancock Building (un grattacielo enorme) a Chicago è un perfetto esempio. Le assicurazioni pagano bene i loro impiegati, gli stessi hanno dei benefit particolari, vacanze e malattie pagate, contributi e incentivi per la loro pensione.

Perchè? Perchè non pagano a te quello che ti spetta.

Grazie per la vostra attenzione!

Desidero meditare con grande attenzione prima di farvi coinvolgere nel sistema delle convenzioni.

Convenzionarsi non è un crimine, assolutamente, ma è necessario farlo con grande cognizione di causa. Sapendo bene quali siano i vantaggi e gli svantaggi e, come dice il nostro collega americano, cercando di non farsi travolgere in un vortice, dal quale risulti poi impossibile uscire.

Paolo Coprivez



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI GORIZIA**



ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE 2014

A norma dell'art. 23 e seguenti del D.P.R. 5 aprile 1950 n. 221 in prima convocazione
venerdì 19 dicembre 2014 alle ore 23.00
presso la sede dell'Ordine in via Brigata Casale 19/b, Gorizia

e in seconda convocazione

**Sabato 20 DICEMBRE 2014 alle ore 10.30
presso l'Azienda Agricola Castelvechio
via Castelnuovo, 2 Sagrado (GO)**

Ordine del giorno:

1. Relazione del Tesoriere e dei Revisori dei Conti
2. Esame ed approvazione del Bilancio Consuntivo 2013
3. Esame ed approvazione del Bilancio Preventivo 2015

Al termine verranno festeggiati i nostri Colleghi che hanno compiuto 50 anni di Laurea e i giovani Medici che faranno il Giuramento Professionale.

Seguirà presentazione del volume: **"GORIZIA ED IL FRONTE DELL'ISONZO NELLA GRANDE GUERRA. Organizzazione sanitaria e guerra di trincea in un intreccio di destini umani"**.

Ai sensi dell'art. 24 del DPR 5 aprile 1950 n. 221, chi fosse impedito ad intervenire all'Assemblea potrà farsi rappresentare da un collega consegnandogli la delega sotto riportata. Il Bilancio Preventivo 2015 è a disposizione dei Colleghi presso gli Uffici dell'Ordine.

Il Presidente
Dott.ssa Roberta Chersevani



***** DELEGA *****

Il sottoscritto Dr.....nato a.....il.....delega a rappresentarlo in sede di discussione e di voto all'Assemblea Ordinaria Annuale del 19/12/2014 (prima convocazione) e del 20/12/2014 (seconda convocazione) il/la Dr.....

Data.....

Firma.....

Ai sensi del 3° comma dell'Art. 24 del D.P.R. 221/50 "Nessun iscritto può essere investito di più di due deleghe." La delega deve essere apposta in calce all'avviso di convocazione rimesso al delegato.

Abstract delle tesi di laurea



ALVEOLITE POST ESTRATTIVA

Dr Marco BONAMICO

L'alveolite post-estrattiva è una complicanza particolarmente dolorosa che può seguire l'estrazione dentaria. È un processo infiammatorio dell'osso alveolare, quella parte di osso della mandibola e della mascella che sostiene e circonda la radice o le radici di un dente.

Dopo l'estrazione di un dente, residua una cavità ossea detta alveolo o cavità alveolare in comunicazione diretta con la cavità orale. Il sintomo principale e caratteristico di questa patologia è il dolore tardivo nella zona sottoposta alle manovre estrattive. Il dolore è spontaneo, intenso, persistente, di tipo gravativo, soprattutto notturno e tende ad irradiarsi verso la zona auricolare. Purtroppo può persistere per alcuni giorni o per diverse settimane. Caratteristicamente il dolore dell'alveolite è resistente ai comuni farmaci analgesici e determina difficoltà nell'alimentazione. Può inoltre essere presente alitosi, talvolta gon-

fiore ed ingrossamento dei linfonodi.

ALL'OSSERVAZIONE

- l'alveolo appare circondato, gengiva poco arrossata, leggermente gonfia, liscia e lucente.
- la cavità alveolare può apparire vuota e secca o piena di materiale maleodorante (residui alimentari)
- alla palpazione, o anche al semplice contatto, può scatenarsi un dolore intenso

CAUSE

La patogenesi dell'alveolite non è ben conosciuta, tendendo ad escludere processi infettivi, infatti il trattamento con antibiotici non produce effetti apprezzabili.

L'ipotesi più accreditata è la lisi del coagulo sanguigno intralveolare.

In condizioni normali, il coagulo blocca il sanguinamento, proteggendo i tessuti sottostanti e serve come base per l'organizzazione del cosiddetto "tessuto di granulazione" dai cui dipende la formazione di nuovo tessuto osseo nella cavità alveolare.

Nell'alveolite post estrattiva il coagulo, sviluppatosi nell'alveolo dopo l'intervento, si disintegra oppure viene dislocato attraverso un processo di dissoluzione della fibrina.

Batteri presenti nella saliva possono essere coinvolti nel processo.

La formazione del tessuto di granulazione risulterà insufficiente e la guarigione della ferita risulterà così ritardata.

CONDIZIONI PREDISPONENTI

- Procedure estrattive particolarmente traumatizzanti



- Età superiore ai 40 anni
- Sesso femminile per motivi ormonali
- Presenza di un'infezione dentaria precedente all'estrazione
- Tabagismo
- Scarsa igiene orale
- Malattia parodontale cronica

TRATTAMENTO

Si dovrà intervenire localmente, dato che la somministrazione di analgesici per via sistemica non darà effetti a lungo termine, ottenendo solo una remissione temporanea del dolore.

Bisogna lavare cautamente l'alveolo, previa anestesia locale se necessario, applicando una medicazione antidolorifica nell'alveolo stesso per ridurre la sintomatologia.

Oggiogiorno la terapia più accreditata prevede:

- rimozione di depositi o residui alimenti presenti nella cavità
- lavaggi quotidiani dell'alveolo con soluzione fisiologica, o CHX al 0, 20%, o con soluzione antibiotica
- posizionamento nell'alveolo di una garza sterile imbevuta di Eugenolo (analgesico)

Si ripeterà il trattamento quotidianamente all'inizio, man mano che la situazione mostrerà miglioramenti si provvederà a ridurre la terapia.

PREVENZIONE

- eliminare il tartare attorno alla radice almeno 10 giorni prima dell'intervento
- far eseguire al paziente sciacqui con CHX al 0, 20 % poco prima dell'intervento per ridurre la carica batterica del cavo orale
- ridurre il trauma gengivale
- curettare l'alveolo dopo l'estrazione
- lavare abbondantemente l'alveolo con soluzione fisiologica
- collocare nell'alveolo spugnette sterili di collagene per favorire il coagulo
- non ischemizzare la ferita ma piuttosto lasciar sanguinare per favorire il coagulo

IL PAZIENTE DOPO L'INTERVENTO

- Attenersi alle prescrizioni farmacologiche
- Mantenere il tampone di garza per circa un'ora mordendolo di continuo, non effettuare sciacqui per le prime 24 ore
- Mantenere una posizione eretta evitando di distendersi
- Applicazione di ghiaccio locale per ridurre il gonfiore dovuto all'estrazione
- Non fumare, evitare cibi caldi, si consiglia una dieta a base di liquidi e cibi morbidi freddi
- Trascorse 24 ore dall'intervento, eseguire degli sciacqui con acqua e sale dopo ogni pasto per una settimana per rimuovere residui alimentari dal sito chirurgico
- Si raccomanda l'astensione da qualsiasi attività fisica/sportiva sino alla rimozione della sutura e / o sino a nuove indicazione del professionista.

PREVALENZA E RUOLO PROGNOSTICO DELLE ALTERAZIONI STRUTURALI NEI PAZIENTI CON ARITMIE VENTRICOLARI APPARENTEMENTE IDIOPATICHE: STUDIO DI RISONANZA MAGNETICA

Dr. ssa Silvia BRANCATELLI

Le metodiche diagnostiche impiegate convenzionalmente (ECG a 12 derivazioni, prova da sforzo, ecocardiografia bidimensionale e coronarografia) non sono talora in grado di identificare la presenza di anomalie strutturali cardiache in pazienti con aritmie ventricolari monomorfe originanti dal ventricolo sinistro.

Lo scopo di questa tesi è stato di valutare il ruolo della risonanza magnetica cardiaca nell'identificazione di alterazioni strutturali del tessuto miocardico in pazienti con arit-

mie ventricolari apparentemente idiopatiche, originanti dal ventricolo sinistro.

Sono stati esaminati 46 pazienti consecutivi con aritmie ventricolari monomorfe originanti dal ventricolo sinistro del seguente tipo: complessi ventricolari prematuri (>1000/24 ore), tachicardia ventricolare sostenuta o tachicardia ventricolare non sostenuta con morfologia tipo blocco di branca destra e con risultati negativi alle indagini diagnostiche impiegate convenzionalmente. A scopo comparativo è stato analizzato un gruppo di 74 pazienti consecutivi con aritmie ventricolari monomorfe originanti dal ventricolo destro che soddisfavano gli stessi criteri di inclusione del gruppo sotto esame. I pazienti sono stati reclutati presso la divisione di cardiologia dell'azienda ospedaliero-universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine e presso il laboratorio di risonanza magnetica della fondazione Toscana Gabriele Monasterio / C. N. R di Pisa.

Entrambi i gruppi sono stati sottoposti ad uno studio di risonanza magnetica cardiaca allo scopo di analizzare la funzionalità biventricolare e di rilevare la presenza di anomalie morfologiche quali infiltrazione adiposa del tessuto miocardico, edema, necrosi e fibrosi miocardica. A tale scopo sono state analizzate immagini T1 pesate, T2 pesate ed immagini ottenute dopo somministrazione di mezzo di contrasto a base di gadolinio.

Entrambi i gruppi sono stati infine sottoposti ad un follow-up di 23 ± 20 mesi.

L'outcome primario era rappresentato dal verificarsi di un evento aritmico con morte improvvisa o con un episodio scongiurato di morte improvvisa.

L'outcome secondario era invece rappresentato da un evento aritmico con morte improvvisa/ episodio scongiurato di morte improvvisa o la persistenza/ricorrenza di aritmie ventricolari.

I risultati dello studio possono essere riassunti come segue:

1. La risonanza magnetica cardiaca è stata in grado di individuare la presenza di alterazioni strutturali miocardiche nel 41% dei pazienti con aritmie ventricolari apparentemente idiopatiche originanti dal ventricolo sinistro, mentre ha evidenziato una bassa prevalenza di alterazioni morfo-strutturali in pazienti con aritmie ventricolari destre (5% dei pazienti).
2. Secondo un'analisi di regressione logistica multivariata, le aritmie ventricolari con morfologia tipo blocco di branca destra e con asse del QRS diretto superiormente, un'età superiore ai 40 anni, il sesso maschile, la familiarità per morte improvvisa e/o cardiomiopatie sono correlati in maniera significativa ed indipendente con la presenza di anomalie strutturali miocardiche, come evidenziato dalla risonanza magnetica cardiaca
3. Secondo un'analisi multivariata di Cox, si è evidenziato che la tachicardia ventricolare sostenuta e la presenza di alterazioni strutturali del miocardio sono correlate in maniera significativa ed indipendente all'evento outcome primario. La presenza di alterazioni strutturali del miocardio si è dimostrata essere l'unica covariata correlata in maniera significativa ed indipendente all'evento outcome secondario.

La risonanza magnetica cardiaca è dunque in grado di rilevare la presenza di alterazioni strutturali del tessuto miocardico in una percentuale non trascurabile di pazienti con aritmie ventricolari apparentemente idiopatiche originanti dal ventricolo sinistro.

Essa rappresenta, inoltre, un utile strumento per la stratificazione del rischio in pazienti che si presentano con aritmie ventricolari monomorfe e negatività delle comuni indagini di routine, con conseguente possibilità di selezionare i soggetti con più alto rischio di sviluppare eventi aritmici al follow-up.

In virtù di ciò si ritiene che l'utilizzo della risonanza magnetica cardiaca dovrebbe essere implementato nell'ambito delle indagini diagnostiche effettuate convenzionalmente in questi pazienti, al fine di individuare il substrato patogenetico delle aritmie e di intraprendere un adeguato percorso terapeutico.

CONFRONTO TRA IL PATTERN DI CRESCITA E DI DIFFUSIONE TUMORALE NEI CARCINOMI SQUAMOSI PRIMITIVI E RICORRENTI DI OROFARINGE, IPOFARINGE E LARINGE

Dr. ssa Anna CANDOLO

BACKGROUND

Il trattamento dei carcinomi squamocellulari dell'orofaringe, laringe e ipofaringe ha visto negli ultimi anni una progressiva affermazione dei protocolli radio-chimioterapici con finalità curative e di preservazione d'organo. In questo scenario, la chirurgia, storicamente considerata trattamento di elezione, sta assumendo sempre di più un ruolo di trattamento di recupero dopo fallimento radio-chimioterapico.

Tuttavia a differenza dei trattamenti iniziali, la chirurgia di salvataggio è soventemente più aggressiva, gravata da una maggiore morbilità e soprattutto da una prognosi peggiore con percentuali di sopravvivenza a lungo termine tra il 23 e il 35%.

SCOPO DELLO STUDIO

Lo scopo dello studio è quello di valutare se, nei carcinomi squamosi di orofaringe, laringe o ipofaringe trattati con chirurgia primitiva rispetto a quelli delle chirurgie di recupero (pazienti sottoposti precedentemente a trattamento RT esclusiva o RT-CT o chirurgia e RT adiuvante) vi siano differenze per quanto concerne il pattern di crescita tumorale ed altri parametri istopatologici,

ci, eventualmente predittivi di un diverso outcome nei due gruppi e che possano guidare la scelta sull'estensione della chirurgia di salvataggio.

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto sulla revisione dei preparati istologici di 49 pazienti, 36 sottoposti a chirurgia elettiva e 13 a chirurgia di recupero per carcinoma squamoso dell'orofaringe, laringe o ipofaringe. Per ognuno è stato valutato il pattern di crescita tumorale e sono state evidenziate le differenze anatomicopatologiche esistenti tra i due gruppi. Per ognuno sono state valutate le caratteristiche cliniche di stadiazione ed il tipo di chirurgia eseguita.

RISULTATI

Dalla comparazione tra i dati istologici valutati ed i dati clinici sono emerse le seguenti relazioni statisticamente significative:

- in 12 dei 13 pazienti (92%) sottoposti a chirurgia di recupero e in 10 dei 35 pazienti (29%) sottoposti a chirurgia primitiva si evidenzia un pattern di crescita del carcinoma squamocellulare a focolai multipli (multicentrico);
- il pattern di infiltrazione con crescita a cellule singole o piccoli aggregati di cellule neoplastiche si apprezza nell'85% dei preparati istologici del gruppo sottoposto a chirurgia di recupero verso un 14% del gruppo operato in prima battuta. Il pattern di crescita di tipo espansivo per contro prevale nel gruppo trattato con chirurgia primitiva rappresentando il 71% dei casi vs appena l'8% del gruppo di salvataggio;
- la fibrosi peritumorale di grado lieve-moderato o intensa prevale con il 77% nei pazienti del gruppo della chirurgia di recupero (CS) verso il 18% del gruppo trattato con chirurgia primitiva (CP) ($p < 0,001$);

- l'invasione perineurale presenta differenze percentuali nei due gruppi essendo presente nel 54% e nel 28% dei pazienti sottoposti a chirurgia di recupero (CS) e a chirurgia primitiva (CP), rispettivamente;
- la concordanza tra la classificazione clinica (cT) e quella anatomopatologica (pT) è risultata essere dell' 80% nel gruppo CP e 100% nel gruppo CS.

CONCLUSIONI

Le maggiori differenze nell'ambito del pattern di crescita tumorale tra i tumori squamosi primitivi e i tumori squamosi ricorrenti sono risultate essere la multifocalità dei secondi (presente nel 92% dei casi), in cui sono riscontrabili, in un tessuto fibroso più o meno rappresentato (77% dei pazienti), piccoli clusters o singole cellule neoplastiche (85 % dei preparati istologici esaminati).

Per contro il pattern di crescita dei tumori primitivi, quindi non pretrattati con radioterapia, presenta nel 71% dei casi una tipica crescita neoplastica a margini espansivi in assenza di multifocalità, con tessuto fibroso intra e peri-tumorale rilevabile solo nel 17, 5% dei pazienti. Tale quadro istologico spiega le difficoltà di detezione radiologica delle recidive neoplastiche. Nessun esame infatti, per quanto sofisticato, è in grado di rilevare la presenza di malattia microscopica sparsa in un contesto di fibrosi ed edema post attinico, situazione che pone quindi dubbi interpretativi sia sulla presenza che sulla estensione della malattia.

Le evidenze anatomopatologiche emerse in questo studio andrebbero confermate su casistiche più ampie e con un follow-up sufficientemente lungo da poterle correlare con la sopravvivenza e la prognosi. Tuttavia tali dati dovrebbero essere considerati nella scelta terapeutica, soprattutto quando vie-

ne presa in considerazione un'opzione chirurgica conservativa come trattamento di salvataggio.

CAMBIAMENTI NELLA CAPACITAZIONE E MOTILITÀ DEGLI SPERMATOZOI INDOTTI DAI VARI TAMPONI DI LAVAGGIO IN COMMERCIO

Dr. ssa Chiara CATTELAN

PRESUPPOSTI DELLO STUDIO

La preparazione dello sperma per la fecondazione assistita avviene attualmente secondo protocolli che includono la separazione per gradiente di densità e metodi di lavaggio, entrambi diretti a isolare gli spermatozoi più "capaci" e più "mobili" possibile per la successiva fecondazione degli ovociti (Henkel e Senili, 2003). Nell'ultimo decennio, crescente interesse è stato dedicato agli eventi regolati dallo stress ossidativo. La produzione di ROS endogene, infatti, è direttamente coinvolta sia nella capacitazione dello sperma sia nella fosforilazione tirosinica (Tyr - P) (Aitken et al, 1998; Ledere et al, 1997, Donà et al., 2011), sebbene recenti studi abbiano dimostrato come una eccessiva produzione di ROS sia presente nello sperma di pazienti infertili (Lavranos et al., 2012; Pasqualotto et al., 2008). Per questi motivi, il contenuto di ROS sia endogenamente prodotto dallo spermatozoo che presente nel liquido seminale, viene considerato come nuovo parametro nella valutazione della fertilità/infertilità maschile (La Vignera et al., 2013). La discussione sulle caratteristiche dei metodi di lavaggio e preparazione degli spermatozoi che ne possono modificare la capacità fecondante in rapporto con la concentrazione di ROS e con gli eventi della Tyr - fosforilazione, è ancora aperta.

SCOPO DELLO STUDIO

Sono stati fatti molti sforzi per migliorare la qualità dello sperma aggiungendo molte sostanze, come vitamine, antiossidanti, sali e sostanze chimiche, ai tamponi in commercio utilizzati per il lavaggio dello sperma, in considerazione della particolare suscettibilità di queste cellule allo stress ossidativo. Lo scopo di questo studio è esaminare gli effetti di diversi tipi di tamponi, comunemente utilizzati nei centri di fertilità, sulla capacitazione degli spermatozoi e sulla loro vitalità.

MATERIALI E METODI DI RACCOLTA E ANALISI

Sono stati analizzati campioni di sperma di 48 donatori sani (valori normali di numero di spermatozoi, motilità, morfologia e volume). Dopo la separazione in gradiente di densità al 40/80 %, gli spermatozoi sono stati incubati in vari tamponi e analizzati in base alla produzione di specie reattive all'ossigeno (ROS), alla vitalità, alla fosforilazione della tirosina (Tyr - P) e alla reazione acrosomiale (AR). È stato, inoltre, esaminato l'effetto di 3 settimane di conservazione delle confezioni aperte di ciascun tampone sui medesimi parametri per valutarne le possibili alterazioni.

RISULTATI

In un recente studio è stato riportato che l'intervallo 0,05-0,1 valore RLU è adatto per il verificarsi di una corretta capacitazione (Donà et al., 2011a). Sulla base di questi valori noti, sono state confrontate le curve di generazione di ROS nello sperma ottenuto in presenza di diversi tamponi di lavaggio durante 180 min di incubazione. I valori più alti di produzione di ROS sono stati ottenuti con SM-Cook o con tutti i tamponi conservati, marcati con *, che risultavano assolutamente incompatibili con la sopravvivenza delle cellule. Infatti, l'eccessiva generazione

di ROS ottenuta in presenza dei tamponi conservati aveva alterato le membrane degli spermatozoi e causato la perdita di integrità di membrana (come indicato dal numero di cellule marcate con propidio iodide, PI) compromettendo così i nuclei delle cellule.

CONCLUSIONI

In questo studio, abbiamo messo in evidenza non solo l'importanza di una scelta corretta del tampone da utilizzare nella preparazione degli spermatozoi, ma anche il problema ben noto su come i tamponi devono essere conservati, in quanto albumina umana, glucosio, lattato, ecc. promuovono la contaminazione da parte di batteri/funghi, con conseguente aumento della produzione di ROS nel tampone.

L'EPIDEMIOLOGIA DELL'ANEURISMA DELL'AORTA ADDOMINALE IN FRIULI VENEZIA GIULIA

Dott.ssa Sara Cocetta

BACKGROUND

L'aneurisma dell'aorta addominale è una dilatazione dell'aorta, che presenta un diametro maggiore o uguale a 3.0 cm ovvero 2 deviazioni standard sopra la media. Solitamente l'AAA è una patologia che colpisce soprattutto maschi anziani.

I principali fattori di rischio correlati ad AAA sono l'età superiore a 65 anni, il sesso maschile, il fumo, la presenza di BPCO, la presenza di coronaropatia, l'ipertensione e la patologia vascolare aterosclerotica periferica. La familiarità è anche un fattore di rischio, infatti è stata stimata una prevalenza tra i parenti di 1° grado del 15 - 25%. Il sesso femminile e la presenza di diabete

mellito mostrano relazione inversa con la presenza di AAA. Lo sviluppo di AAA è dato dalla distruzione delle principali proteine che compongono la tonaca media della parete aortica (elastina e collagene). Non si conoscono i fattori inizianti il processo ma è chiara la presenza di una predisposizione genetica. Spesso l'AAA è associato a importante aterosclerosi della parete del vaso e con la presenza di un trombo murale. Una volta formatosi, l'aneurisma è destinato ad aumentare il suo diametro fino alla rottura. Aneurismi con diametri maggiori hanno un maggiore tasso di crescita annua anche se è stata riportata una notevole variabilità interindividuale. Per gli aneurismi con diametro maggiore di 6 cm il rischio di rottura cresce in maniera significativa e un tasso annuo di crescita elevato implica un alto rischio di rottura.

La rottura è la complicanza più frequente. La mortalità per rottura di AAA raggiunge l'85 - 90%. La rottura dell'aneurisma dell'aorta addominale si presenta nel 30% dei casi con tipica triade di sintomi: dolore lombare improvviso, ipotensione/shock, reperto di massa addominale pulsante. La rottura di un AAA può simulare diverse condizioni di addome acuto e quindi viene misdiagnosticato nel 30% dei casi. La prognosi dipende dalle dimensioni della fissurazione, le percentuali di sopravvivenza oscillano tra il 10 e il 35%. Le altre complicanze possibili, oltre la rottura, sono eventi tromboembolici e erosione delle strutture attigue. Generalmente però l'AAA rimane asintomatico anche fino alla rottura o ad altre complicanze.

L'AAA è riportata come decima causa di morte tra gli uomini over 55 in USA e si stima causi l' 1.3% di tutti i decessi tra gli uomini nella classe d'età 65 - 85 anni. Circa il 5% delle morti improvvise è attribuibile a

AAA. Secondo la Società Italiana per la Chirurgia Vascolare ed Endovascolare (SICVE) in Italia ci sono circa 6,000 decessi ogni anno per rottura dell'AAA e circa 84,000 persone sono portatori di questa patologia, con 27,000 nuove diagnosi ogni anno. Dall'esperienza inglese dello studio MASS, che ha introdotto lo screening per AAA nel Regno Unito, anche in Italia da marzo 2010 è partito lo studio OASIS, condotto dalla SICVE, che prevede lo screening ecografico per la prevenzione dell'AAA e coinvolge 27 Centri in tutto il Paese nel progetto "Un minuto che vale una vita". Dall'analisi di 5,709 schede dello studio OASIS è emerso che "sono stati valutati pazienti tra 65 e 70 anni sono stati il 47,3 %, 71-75 il 32.7% e 76-80 il 19.7%. L'incidenza di AAA è risultata del 2.5% tra i 65-70 anni, 4% tra 71-75 e 4.2% tra 76-80." Nello studio OASIS non sono coinvolti centri del Friuli Venezia Giulia.

OBIETTIVI PRIMARI

1. Stimare i tassi di ospedalizzazioni per AAA nella popolazione della Regione Friuli Venezia Giulia (FVG) nel periodo dal 1 Gennaio 2005 al 31 Dicembre 2011;
2. Stimare i tassi di mortalità per AAA nella popolazione del FVG nel periodo dal 1 Gennaio 2005 al 31 Dicembre 2011;
3. Descrivere le caratteristiche demografiche, la distribuzione dei fattori di rischio individuati dagli studi di letteratura, quali fumo, familiarità, consumo di alcolici, obesità, e di selezionate comorbidità, quali dislipidemia, cardiopatia ischemica, ipertensione, diabete, BPCO e insufficienza renale cronica, nei soggetti ospedalizzati per AAA presso l'AOU di Udine nel periodo dal 1 Gennaio 2009 al 31 Dicembre 2011

OBIETTIVI SECONDARI

1. Descrivere la distribuzione per età e genere dei soggetti ospedalizzati per AAA;

2. Descrivere la distribuzione per età e genere dei deceduti per AAA;
3. Calcolare il Valore Predittivo Positivo (VPP) dei codici di dimissione ospedaliera International Classification of Diseases 9th revision Clinical Modification (ICD-9-CM) per AAA nei ricoveri presso l'AOU Santa Maria della Misericordia di Udine nel periodo dal 1 Gennaio 2009 al 31 Dicembre 2011;
4. Descrizione delle terapie pre - ricovero in corso nei soggetti ospedalizzati per AAA presso l'AOU Santa Maria della Misericordia di Udine nel periodo dal 1 Gennaio 2009 al 31 Dicembre 2011.

MATERIALI E METODI

Disegno di studio: Lo studio sull'epidemiologia dell'AAA in FVG è uno studio di incidenza retrospettivo.

Popolazione: Lo studio è stato condotto nella popolazione residente nella Regione FVG, approssimativamente di 1.200.000 abitanti.

Fonti dei dati: Le fonti dei dati utilizzate per questo studio sono:

1. Database sanitari della Regione FVG dal Repository Regionale di Microdati (RRM);
2. Cartelle cliniche dall'Archivio della Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine (AOUD).

RISULTATI

Dall'analisi dei dati sul campione esaminato è emerso che la classe di età più rappresentata, sia nei maschi che nelle femmine, è compresa tra i 74 e 84 anni. Il rapporto maschi/femmine indica che i casi maschi sono 9 volte più numerosi delle femmine. L'età media della popolazione esaminata è 74,3 anni con deviazione standard 8,4. L'età media delle femmine era superiore a quella dei maschi.

Dalle cartelle cliniche dei pazienti ricoverati presso AOUD dal 01 gennaio 2009 al 31 dicembre 2011 con codici di dimissione ICD-9-CM per AAA in qualunque posizione sono state estratte ed analizzate informazioni su

caratteristiche del paziente, fattori di rischio, comorbidità, terapia farmacologica domiciliare, caratteristiche patologiche dell'AAA, procedure chirurgiche ed esito; e per la conferma del codice di dimissione.

LIMITI

Lo studio analizza dati dei soggetti deceduti e ospedalizzati tra il 1 gennaio 2005 e il 31 dicembre 2011 provenienti dal database regionale in base al codice di morte/codice di diagnosi ICD-9-CM. La seconda parte è una revisione delle cartelle dei soggetti ricoverati presso AOUD tra 01 gennaio 2009 e il 31 dicembre 2011.

Nell'analisi dei fattori di rischio, che provengono dalle cartelle, il limite principale è la popolazione da cui sono estratti i dati. La popolazione presa in esame sono soggetti ricoverati, più spesso per intervento di correzione dell'aneurisma quindi non sono inclusi tutti i pazienti asintomatici o con aneurisma di dimensioni inferiori al limite di diametro che pone indicazione di intervento (5 cm). L'analisi di questa popolazione può giustificare anche l'età media più avanzata dei soggetti rispetto agli studi presenti in letteratura. Infatti, gli aneurismi sono sottoposti a sorveglianza e follow - up ecografici seriatim prima di raggiungere le dimensioni che determinano indicazione all'intervento. Essendo stati studiati i primi ricoveri con codice ICD-9-CM non è stato possibile determinare l'epoca di comparsa dell'AAA e valutare quindi il motivo che ha portato alla diagnosi e il tempo trascorso tra la diagnosi e il ricovero.

Non è stato possibile analizzare in maniera completa le abitudini voluttuarie dei pazienti. In particolare il consumo di alcolici era quasi sempre menzionato come "vino a pasto" ma senza il dato quantitativo (non è stato possibile calcolare i grammi di etanolo consuma-

ti die dai soggetti) e l'abitudine al fumo non è riportata nel 30.8% nelle cartelle cliniche.

Un limite si è rivelato anche il diverso formato delle cartelle cliniche, infatti nel periodo esaminato sono stati modificati i layout disponendo in maniera diversa la valutazione medica. Il nuovo formato si è rivelato più efficace per la raccolta dei dati.

DISCUSSIONE

La prima fase dello studio ha analizzato i decessi per AAA presenti nel Repository dei Microdati regionali. In FVG il tasso di mortalità per AAA nel periodo 2005-2011 è risultato negli uomini di 5.5 decessi per 100,000 abitanti per anno e nelle donne di 2.0 decessi per 100,000 abitanti per anno. La mortalità risultata più elevata nella classe di età 65 anni e più, con un tasso di 15.1 decessi per 100,000 abitanti per anno, rispetto alla classe di età inferiore a 65 anni, con un tasso di 0.2 decessi per 100,000 abitanti per anno. Nell'intervallo di tempo studiato non ci sono state importanti variazioni del tasso di mortalità.

In FVG il tasso di ospedalizzazione per AAA è risultato di 46.9 per 100,000 persone per anno negli uomini e 8.2 per 100,000 persone per anno nelle donne. Il tasso era più elevato nella classe di età 65 anni e più, 101.4 per 100,000 persone per anno, rispetto alla classe di età inferiore a 65 anni, 4.6 per 100,000 persone per anno. Il rapporto tra i tassi di incidenza negli uomini e nelle donne è di 5,7.

Il pattern per sesso ed età dei tassi di mortalità ed ospedalizzazione per AAA è in accordo con i risultati degli studi precedenti. I tassi di ospedalizzazione per AAA in FVG misurati nel nostro studio sono decisamente inferiori rispetto a quelli riportati negli studi di screening e in quelli basati su report di autopsie.

Gli studi di screening mostrano una prevalenza tra il 4.0% e il 7.2%. Tale differenza può riflettere differenze di metodo infatti gli studi di screening rilevano anche i casi subclinici mentre lo studio in FVG si basa sui dati di ospedalizzazione.

Gli studi autoptici mostrano una prevalenza tra 0.5 e 3.2%. Tale differenza può essere spiegata dal fatto che non tutti i membri di una popolazione hanno un riscontro autoptico e quindi una quota di casi di AAA può non essere rilevata.

Più simili ai risultati ottenuti per il FVG sono quelli dello studio di Acosta e coll.. Tale studio basato su dati sulle ospedalizzazioni per rottura di AAA a Malmö nel periodo compreso tra il 2000 e 2004, trovò un tasso di ospedalizzazione per rottura di AAA complessivo di 10.6 per 100,000 persone/anno. Negli uomini questo tasso era 46 per 100,000 persone/anno nella classe di età 60 - 69 anni e 117 per 100,000 persone/anno nella classe d'età 70 -79 anni.

Il PPV dei codici di dimissione per AAA è complessivamente molto elevato, 0.96. Tale valore indica una ottima abilità dei codici di dimissione per AAA nel predire la presenza di patologia (veri positivi). Pertanto i tassi di ospedalizzazione per AAA trovati rappresentano una stima accurata, poiché i falsi positivi sono molto pochi. Vi è una certa variabilità della capacità di predire i veri positivi per codice: il codice più frequente, 441.4 Aneurisma addominale senza menzione di rottura, ha un PPV di 0.98, mentre il codice aspecifico 441.9, Aneurisma aortico di sede non specificata senza menzione di rottura, ha un PPV molto basso, di 0.39.

L'età media della nostra popolazione è risultata 74.3 anni, simile a quanto riportato in altri studi. La classe di età più numerosa è risultata quella dei soggetti con età compresa tra 74 e 84 anni. Gli studi in letteratura indicano una netta prevalenza del sesso maschile tra i soggetti affetti da AAA. Anche nel nostro

studio il 90% dei soggetti sono maschi, e il 10% femmine.

Il 67.1% dei soggetti esaminati della nostra popolazione presentava un BMI maggiore a 24.99 e rientrava nelle classi di sovrappeso o obeso. In letteratura, un BMI elevato è un fattore di rischio per AAA. Essendo uno studio retrospettivo non è stato possibile trovare il parametro della circonferenza vita. È tuttavia lecito presupporre, che in base alla distribuzione dei valori di BMI nella popolazione, una quota rilevante dei soggetti avesse un valore aumentato della circonferenza della vita.

La maggioranza dei casi di AAA erano fumatori attivi (34,5%) o ex fumatori (47.6%). Anche questo risultato è in accordo con i dati di letteratura: Wong e coll. indicano un rischio 15 volte aumentato di sviluppo di AAA nei maschi che fumano più di 25 sigarette/die. Teun e coll indicano un rischio di 7.6 volte maggiore di sviluppo di AAA nei soggetti fumatori rispetto ai non fumatori. I soggetti arruolati nello studio Tromso erano ex fumatori nel 41.8% e nel 51.6% erano fumatori attivi.

In letteratura c'è una forte evidenza di familiarità per AAA. Un limite del nostro studio è che la familiarità è raramente riportata in cartella clinica, solo in 5 cartelle si sono trovate informazioni a riguardo. Pertanto non è possibile indicare la frequenza della presenza di familiarità tra i soggetti affetti da AAA.

Nel nostro studio il 38.1% dei pazienti presentava una esplicita diagnosi di dislipidemia in cartella e una percentuale simile, il 39.3%, era in terapia con farmaci ipolipidizzanti. Tra i farmaci ipolipidizzanti più prescritti sono risultate l'atorvastatina e la simvastatina. La dislipidemia è un fattore di rischio riconosciuto negli studi precedentemente pubblicati.

Circa un terzo (32.6%) dei pazienti con AAA aveva una diagnosi pregressa o attuale di car-

diopatia ischemica riportata in cartella. La cardiopatia ischemica e AAA condividono fattori di rischio e la presenza di aterosclerosi nella patogenesi e sviluppo. Il nostro risultato è in linea con quello di diversi studi precedenti, che dimostrano che pazienti con patologia coronarica hanno una maggiore incidenza di AAA. Il 75.5% risultava affetto da ipertensione, ulteriore fattore di rischio cardiovascolare.

Nel nostro studio il 18.7% dei soggetti aveva diagnosi di diabete e il 12.8% dei soggetti assumeva terapia specifica per il diabete. Shantikumar in una review sull'associazione tra diabete e AAA ha trovato una prevalenza di diabete in pazienti con AAA tra il 6% e il 14%. I nostri risultati risultano compatibili con i dati di letteratura. Diversi studi riportano infatti un'associazione negativa tra diabete e AAA.

Le informazioni raccolte indicano che il 24.8% dei soggetti esaminati sono risultati affetti da BPCO. Studi in letteratura indicano una correlazione positiva tra BPCO e AAA. Tra i nostri soggetti il 56.7% presentava storia di fumo ed il 24.8% era affetto da BPCO. Solo una parte dei soggetti fumatori sviluppa BPCO, incrociando i dati si è visto che il 37.3% e il 32.9% rispettivamente tra i soggetti fumatori attivi o ex fumatori ha anche diagnosi di BPCO.

Nei soggetti arruolati nel nostro studio il primo quartile cade a 50 mm, che è un diametro che da linee guida indica necessità di intervento. La scelta della popolazione ha influenzato anche i dati sul diametro medio dell'aneurisma: infatti la maggior parte dei nostri soggetti entra per correzione dell'aneurisma. I piccoli aneurismi sono poco numerosi nel nostro studio, invece sono i più frequenti nei dati degli studi di screening, che includevano una popolazione sana ed asintomatica con età a partire da 65 anni.

femminile, rendendo la diagnosi ritardata o difficile.

A partire da quel momento, gli studi sulle differenze di genere - in cardiologia, ma non solo - hanno continuato a mettere in evidenza le lacune teoriche e le carenze pratiche nell'approccio alla salute della donna. Nonostante ciò, ad oggi permane un uso preferenziale di modelli animali maschili nelle procedure di sviluppo dei farmaci ed una scarsa presenza di donne nei *trial* clinici. Allo stesso modo, per quanti elementi siano stati scoperti sulle differenze di genere in termini di farmacocinetica e farmacodinamica, poco si è fatto per sviluppare degli approcci terapeutici "*gender-based*".

La cardiopatia ischemica è la principale causa di morte femminile nei paesi occidentali, a tutte le età. La mortalità per patologie cardiovascolari, in particolare per cardiopatia ischemica, non è diminuita nelle donne tanto quanto negli uomini, nel corso degli ultimi decenni. La mortalità intraospedaliera in seguito a IMA è più elevata nelle donne di età superiore a 70 anni e la sopravvivenza post-IMA a 6 mesi è inferiore. La differenza di genere in termini di cardiopatia ischemica si basa in larga misura sulla fisiopatologia. Le donne infatti, pur essendo più anziane e avendo più fattori di rischio, presentano al momento della diagnosi livelli inferiori di aterosclerosi coronarica e tale minor rischio aterosclerotico risulta essere specifico per l'albero coronarico, molto meno invece per gli altri distretti vascolari.

L'altro elemento importante che va considerato è la differenza di presentazione clinica dell'infarto miocardico. Nella donna più giovane, in particolare di età inferiore a 50 anni, è meno frequente il riscontro della classica sintomatologia di dolore precordiale e sono invece comuni sintomi aspecifici, quali malessere, vertigini, dispnea, senso di peso retrosternale o dolore ai quadranti addominali superiori. Questo può condiziona-

re un eventuale ritardo nel ricovero e nell'intervento rispetto al sesso maschile.

Il diabete di tipo 2 è un fattore di rischio coronarico molto forte nelle donne, dal momento che aumenta il loro rischio di sviluppare o di morire per cardiopatia ischemica fino a sette volte, contro l'aumento del rischio di due-tre volte nell'uomo. È stato peraltro messo in luce come il ruolo protettivo degli estrogeni contro lo sviluppo di aterosclerosi nella donna si annulli in presenza di diabete mellito. Inoltre, l'utilizzo della terapia estrogenica sostitutiva in menopausa, pur migliorando il profilo metabolico globale, non si è rivelato utile nel ridurre il rischio cardiovascolare nelle donne diabetiche. È stato dimostrato in modelli sperimentali che, in condizioni di diabete, si genera una distribuzione non favorevole dei recettori per gli estrogeni $E_{\alpha}/ER\beta$, con riduzione dei livelli di ossido nitrico e un aumento nella produzione di radicali liberi ed endotelina-1. A livello delle cellule muscolari lisce e del microcircolo questo comporta un aumento della vasocostrizione e dei livelli di infiammazione, spiegando in parte la patogenesi del coinvolgimento vascolare nella donna diabetica in cui viene meno l'effetto protettivo degli ormoni femminili.

Altri lavori hanno ipotizzato che una parte di questa maggiore mortalità sia da attribuirsi a possibili disparità nel trattamento delle donne rispetto agli uomini. È stato infatti dimostrato nell'ultimo decennio come gli uomini con diabete o con patologia cardiovascolare ricevessero antiaggreganti, statine o antipertensivi più delle donne e che queste venissero sottoposte meno spesso ad interventi di angioplastica, con degenze in media più lunghe.

Loggetto di questa tesi è uno studio osservazionale di coorte eseguito su un campione

di 796 soggetti sottoposti ad angioplastica primaria o rescue in seguito ad IMA STEMI tra il 1 dicembre 2003 e il 31 dicembre 2009. I dati sono stati ricavati dal Registro degli STEMI trattati con Angioplastica della Struttura Complessa di Cardiologia dell'Ospedale di Cattinara. Tale Registro descrive dati anamnestici, clinici e terapeutici che hanno reso omogenea l'analisi del campione.

Il campione si componeva di 199 donne e 597 uomini; in totale, 146 pazienti erano risultati diabetici e, di questi, 45 erano donne.

L'obiettivo che ci si è posti è stato di valutare da un lato il ruolo prognostico delle differenze di genere sulla mortalità intraospedaliera, a 30 giorni e a 72 settimane dopo STEMI trattato con angioplastica e dall'altro gli eventi intraospedalieri, a 30 giorni e a 72 settimane (re-IMA, nuova angioplastica, *bypass*, ictus, AOAI). L'analisi del campione si è focalizzata inizialmente sulle differenze tra uomini e donne, per poi passare alla valutazione delle differenze nel sottogruppo di soggetti diabetici.

I risultati del nostro studio hanno confermato i dati già presenti in letteratura. Nel complesso, infatti, la mortalità delle donne - sia intraospedaliera che a 30 giorni - risulta superiore e statisticamente significativa, con un distinguo però per quanto riguarda le donne diabetiche dal momento che, nonostante la mortalità sia comunque maggiore, non raggiunge i livelli di significatività statistica. L'analisi della mortalità a lungo termine, invece, non ha dato risultati significativi. Tali risultati possono essere letti alla luce di diverse caratteristiche peculiari del sesso femminile. È noto infatti che la sintomatologia tende ad essere più sfumata ed aspecifica nella donna e questo condiziona i tempi d'arrivo in ospedale e d'intervento. Per tale motivo, il ricorso ad angioplastica *rescue*

è superiore nelle donne. Inoltre, abbiamo osservato anche che le donne presentano più fattori di rischio cardiovascolare. Infine, è emersa una differenza di trattamento farmacologico tra donne e uomini in termini di minor utilizzo di antiaggreganti e statine. Per quanto riguarda le donne diabetiche, peraltro, spicca un differente impiego della terapia antidiabetica, che conduce al dato importante del peggior controllo metabolico rispetto alla controparte maschile.

Riteniamo quindi sia importante valorizzare la medicina di genere, in grado di evidenziare le differenze cliniche e di *outcome* tra maschi e femmine nelle diverse condizioni morbose. In ambito cardiologico in particolare, l'attenzione rivolta al trattamento individuale dei fattori di rischio, il miglior controllo metabolico del diabete con un impiego più accorto degli insulino-sensibilizzanti, il precoce riconoscimento dei sintomi di infarto, il maggior ricorso agli inibitori della glicoproteina IIb/IIIa potrebbero ridurre la complicità infartuale e migliorare la sopravvivenza libera da eventi ischemici nelle donne, diabetiche e non.

VARIABILITÀ PRESSORIA DELLE 24 ORE E STIFFNESS ARTERIOSA NELL'IPERTENSIONE ESSENZIALE

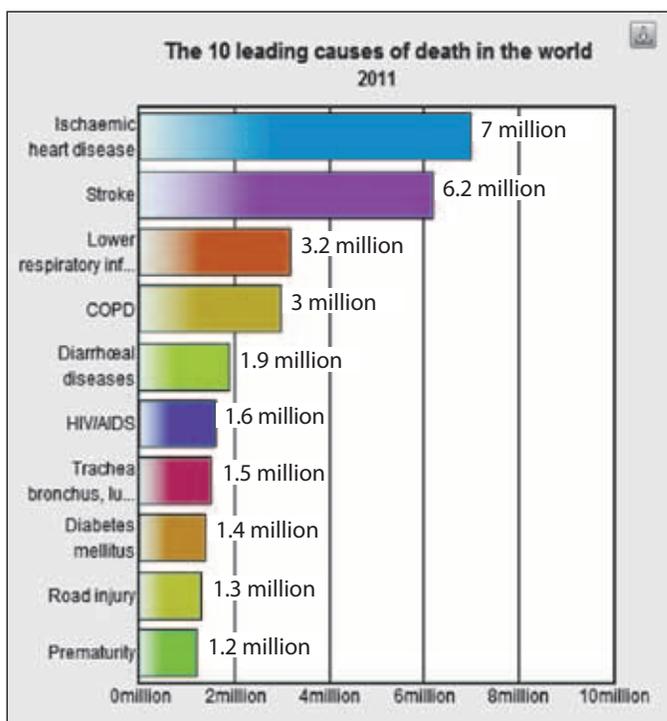
Dr Matteo DEGENHARDT

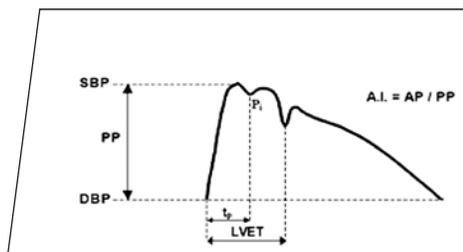
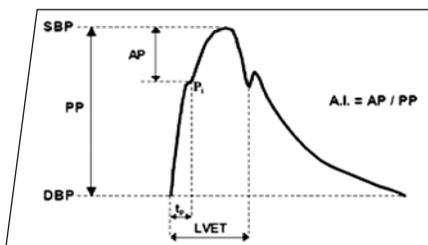
L'ipertensione arteriosa, favorendo l'aterosclerosi, è il maggior fattore di rischio per gli eventi cardiovascolari e cerebrovascolari, prima e seconda causa di morte al mondo. Il danno al sistema cardiovascolare è indagabile anche in fase preclinica attraverso la tonometria arteriosa percutanea ed il monitoraggio pressorio delle 24 ore, o Ambulatory Blood Pressure Monitoring (ABPM). Precedenti lavori hanno già mostrato una associazione tra la pulse wave velocity (PWV)

e alcuni indici di variabilità pressoria della pressione sistolica (wSD e ARV). Il nostro studio ha voluto valutare se esistono correlazioni significative tra gli indici di variabilità a breve termine delle pressioni arteriose, e le pressioni arteriose medie delle 24 ore, e gli indici di stiffness arteriosa diretti e ricavati dalla pulse wave analysis. Metodi: 91 pazienti affetti da ipertensione arteriosa essenziale (età: $60,7 \pm 12,2$ anni; sesso: M = 38%) sono stati sottoposti ad una visita di controllo preliminare, ad una tonometria arteriosa percussiva ed ad un monitoraggio della pressione arteriosa nelle 24 ore. Sono stati considerati i seguenti indici di stiffness arteriosa: velocità dell'onda di polso carotido-femorale (PWV c-f), Form Factor carotideo, Augmentation Index e S.E.V.R. (subendocardial variability ratio), o indice di Buckberg. Sono state considerate le pressioni arteriose medie delle 24 ore sistolica, diastolica, media e differenziale, ed i seguenti indici di variabilità pressoria:

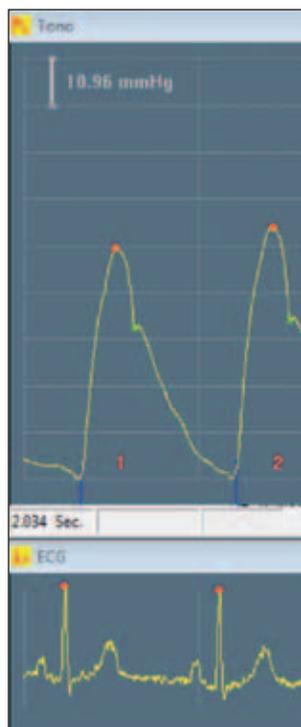
deviazione standard semplice (SD), deviazione standard ponderata sul periodo diurno e notturno (wSD) ed ARV (average real variability). Sono stati quindi costruiti dei modelli di regressione lineare per identificare associazioni statisticamente significative ($p \geq 0,05$) tra gli indici di stiffness arteriosa e quelli di variabilità pressoria. Risultati: La pulse wave velocity si associa con la pressione sistolica media ($p = 0,0051$) ed anche, ed in misura maggiore, con la pressione differenziale media delle 24 ore ($p = 0,0001$). Altre associazioni significative sono emerse tra la pressione diastolica media delle 24 ore con il Form Fac-

tor c ($p = 0,0274$) e con il S.E.V.R. ($p = 0,0041$) e tra la media delle pressioni arteriose medie delle 24 ore ed il S.E.V.R. ($p = 0,0205$). Per quanto riguarda gli indici di variabilità pressoria, soltanto la deviazione standard semplice della pressione arteriosa differenziale ha correlato in maniera significativa con la PWV c-f ($p = 0,0006$). Gli indici di stiffness indiretti ricavati dalla pulse wave analysis (Form Factor c, A.I. e S.E.V.R.) non mostrano correlazione alcuna con la pressione differenziale e con gli indici di variabilità pressoria a breve termine. Conclusioni: Vista l'associazione tra la PWV c-f e l'outcome cardiovascolare è possibile che la deviazione standard delle pressioni differenziali possa diventare un elemento aggiuntivo nella quantificazione del rischio cardiovascolare del paziente affetto da ipertensione essenziale.





Due tracciati tonometrici carotidei limite, quello di un giovane di 19 anni e quello di un anziano con arteriosclerosi avanzata, modificati dalle caratteristiche elastiche delle pareti dei grandi vasi.



Un tracciato tonometrico come appare con le apparecchiature utilizzate (Pulse Pen).

IL RUOLO DELL'“AMBULATORIO PRE-DIALISI” SULLA QUALITÀ DELLA VITA DEI PAZIENTI CHE INIZIANO E PROSEGUONO CRONICAMENTE LA DIALISI

Dr.ssa Giulia GODEAS

Jean Philippe Assal, consulente dell'“Organizzazione Mondiale della Sanità”, sostiene che “al paziente cronico il medico proibisce mille attività e ne impone cento altre. Chiede di prendere ad orari definiti decine di pillole al giorno. Ci sono patologie la cui terapia richiede al paziente tre ore di impegno al giorno. Altre, come il diabete, chiedono una decina di atti fra misurazioni e iniezioni. E questo ogni giorno per tutta la vita. Il medico fa bene, ma fa presto a scrivere su un foglio: faccia quattro controlli della glicemia e tre insuline al giorno”. Di queste difficoltà alle quali va incontro il paziente si dovrebbe tenere conto nel momento in cui si prescrive una terapia, tanto più che, secondo la definizione dell'“Organizzazione Mondiale della Sanità” del 1998, l'educazione terapeutica “dovrebbe permettere al paziente di acquisire e mantenere le capacità e le competenze che lo aiutano a vivere in maniera ottimale con la sua malattia”. Si tratta di un processo interattivo che deve aiutare lui e la sua famiglia a comprendere la malattia e il suo trattamento e che deve metterlo nelle condizioni di realizzare attivamente il percorso terapeutico, prendendosi cura del proprio stato di salute e mantenendo o, ancora meglio, migliorando la propria qualità di vita.

Il paziente affetto da malattia renale cronica deve intraprendere un cammino faticoso, tra rinunce, cambiamenti e adattamenti delle sue occupazioni quotidiane, dal lavoro svolto alle attività ricreative e ai suoi gusti per quanto riguarda la cucina, deve inoltre far fronte ad una terapia complessa. Tutto questo mina il suo senso di indipendenza

e ha delle ricadute su tutta la famiglia. Per affrontare al meglio questo difficile percorso, egli ha bisogno del sostegno di figure professionali che lo accompagnino e lo affianchino nei vari passaggi che la malattia comporta.

Nel momento in cui le necessità di programmare l'inizio del trattamento sostitutivo diventano impellenti è fondamentale l'intervento di una équipe multidisciplinare (medico nefrologo, infermiere specializzato nella dialisi peritoneale o emodialisi, dietista, psicologo) che, sotto la coordinazione del medico nefrologo, consenta il migliore approccio al trattamento dialitico dal punto di vista sia clinico che psicologico. Questa struttura organizzativa e clinica è stata definita "ambulatorio "pre-dialisi". A partire dal 2009 ne è stato istituito uno all'interno della S.C. Nefrologia e Dialisi dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Trieste.

Gli obiettivi principali dell'"ambulatorio pre-dialisi" sono tre: l'arrivo in dialisi nelle migliori condizioni possibili, il supporto psicologico e la migliore aderenza alla terapia. L'équipe deve sviluppare la capacità di accogliere e accompagnare il paziente nel percorso di cura instaurando un rapporto di fiducia reciproca. Per questo motivo è indispensabile non solo spiegare, con termini assolutamente comprensibili lo stato della malattia, le sue complicità e il trattamento dialitico, ma anche motivare il paziente a seguire tutte le indicazioni. L'informazione e l'accettazione dello stato di malattia sono due aspetti fondamentali. Il paziente deve comprendere ed esprimere la propria reazione riguardo la necessità di iniziare il trattamento dialitico e deve essere rassicurato con un valido sistema di sostegno. In questo momento ha bisogno non solo di informazioni, ma anche di comprensione, di sostegno per esprimere liberamente le sue emozioni e le sue paure. Infatti le reazioni davanti alla necessità di iniziare la dialisi possono essere di accettazio-

ne, ma anche di rabbia, depressione e rifiuto. Proprio per questo è importante instaurare una relazione terapeutica attraverso un atteggiamento empatico. Il medico deve spiegare le possibili conseguenze di un rifiuto e i rischi della dialisi e far capire che il trattamento dialitico viene meglio sopportato se si adotta uno stile di vita corretto. Deve illustrare anche i vantaggi e gli svantaggi dell'emodialisi e della dialisi peritoneale e, assieme al paziente, in base alla sua età e al suo vissuto quotidiano, scegliere il trattamento migliore. Nel caso dell'emodialisi il programma educativo consiste anche nel supportare il paziente durante la creazione della fistola artero-venosa, un momento difficile in quanto la persona può avere l'impressione che il proprio corpo si deformi. Inoltre la presenza di uno psicologo è fondamentale in queste circostanze, specialmente per individuare quadri di depressione e ansia in modo precoce. Non bisogna dimenticare il ruolo della dietista, che ha il compito di integrare le restrizioni riguardanti le proteine ed i liquidi con i gusti e le abitudini del paziente in modo tale da rendere tutto il contesto il più accettabile possibile.

Lo scopo di questa tesi è stato quello di valutare, sia dal punto di vista prettamente clinico che da quello di tipo psicologico, il ruolo di questo ambulatorio sui pazienti che, in stato di uremia, si preparano ed iniziano il trattamento sostitutivo, confrontando i parametri ematochimici e psicologici dei soggetti seguiti dall'"ambulatorio pre-dialisi" con quelli dei pazienti seguiti dall'ambulatorio nefrologico tradizionale e con i "late referral".

Dal 2010 199 pazienti hanno iniziato la dialisi e tra loro 59 hanno partecipato a questo studio. 23 sono stati seguiti dall'ambulatorio pre-dialisi, 16 da quello nefrologico, mentre 20 sono stati classificati come "late referral". È

importante sottolineare come il primo gruppo abbia cominciato la dialisi con una fistola (14 con una nativa, 2 con una protesica), mentre ben 15 pazienti "late referral" hanno iniziato il trattamento sostitutivo con un accesso temporaneo. Ad un anno dall'inizio dell'emodialisi tutti i 20 pazienti dell'"ambulatorio pre-dialisi" presentano un accesso permanente, invece due pazienti di quello nefrologico e 5 "late referral" continuano la terapia con un accesso temporaneo. Iniziare il trattamento dialitico con una fistola garantisce una bassa incidenza di complicanze infettive e trombotiche, ma anche migliori risultati in termini di pervietà. Un accesso temporaneo comporta invece un maggior numero di complicanze (specialmente infezioni) che hanno come conseguenza un aumento dei giorni di degenza.

Negli anni presi in esame, cioè dal 2010 al 2012, si sono verificati 65 decessi. Il numero minore è stato registrato nel gruppo della predialisi (15 pazienti) nonostante fosse quello con un'età media maggiore ($72,18 \pm 11,61$). 26 sono stati i decessi dei "late referral" e 24 dei pazienti seguiti dall'ambulatorio nefrologico. Il maggior numero di decessi avviene nel primo anno di trattamento sostitutivo e sono stati individuati dei fattori di rischio modificabili come il tipo di accesso con il quale si inizia la dialisi, l'educazione del paziente prima del trattamento sostitutivo e lo stato di nutrizione. Questi sono i tre punti di cui si occupa principalmente l'"ambulatorio pre-dialisi".

Dai dati di laboratorio che sono stati presi in considerazione, cioè la fosforemia, l'albuminemia, la potassiemia e la pressione arteriosa sistolica all'inizio della dialisi e poi a distanza di sei, dodici, diciotto, ventiquattro mesi, sono state dedotte delle differenze non significative tra i tre gruppi considerati. Per valutare l'aspetto psicologico è stato usa-

to il questionario SF36. In due delle dieci scale disponibili, cioè salute generale e vitalità, i pazienti seguiti dall'ambulatorio pre-dialisi hanno ottenuto dei punteggi migliori.

La riduzione della mortalità e il miglior tipo di accesso vascolare ottenuto nel gruppo dell'"ambulatorio pre-dialisi" suggeriscono e giustificano di per sé l'importanza di questo approccio ambulatoriale nei pazienti con insufficienza renale cronica avanzata. Davanti alla necessità di considerare i singoli bisogni del paziente in termini di conoscenza di malattia e di "compliance" alla terapia, il team multidisciplinare permette di non trattare i pazienti come un gruppo omogeneo, ma di utilizzare una terapia individualizzata.

STUDIO PROSPETTICO RANDOMIZZATO NEL TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLE FORCAZIONI MANDIBOLARI DI SECONDO GRADO

Dr.ssa Stefania Olivier

OBIETTIVI

La progressione della malattia parodontale a livello dei settori posteriori può causare un coinvolgimento della zona della forcazione dei molari inferiori e superiori. Il trattamento di questo tipo di lesioni è diverso a seconda dell'entità del coinvolgimento della forcazione stessa.

Il trattamento chirurgico rigenerativo di queste lesioni risulta essere predicibile nelle forcazioni mandibolari di II grado, meno nelle lesioni delle forcazioni mascellari e mandibolari di III grado.

Sono molte le tecniche chirurgiche sviluppate e i materiali proposti per rendere ancora più efficace il risultato della rigenerazione in questi siti.

In questo studio abbiamo analizzato alcune tecniche chirurgiche per il trattamento delle forcazioni mandibolari di II grado.

MATERIALI E METODI

È stato disegnato uno studio prospettico doppio cieco randomizzato. Sono stati selezionati 30 pazienti che presentavano lesioni della forcazione vestibolari di II grado in almeno un molare inferiore.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti a terapia causale. Al baseline sono state misurate tutte le variabili cliniche come PH (profondità orizzontale della tasca), PPD (profondità di sondaggio), CAL (livello di attacco clinico), e RG (recessione gengivale). Inoltre dopo aver eseguito una radiografia endorale sono state misurate anche le variabili radiografiche HTR (altezza del tronco radicolare), SR (grado di separazione radicolare), PF (perimetro della forcazione).

I pazienti sono stati divisi in tre gruppi e ciascuno è stato trattato con le diverse tecniche chirurgiche: la detersione del difetto a lembo aperto (OFD), l'OFD associato alla rimodellazione del tetto della forcazione con piezosurgery e un terzo gruppo in cui è stato inserito del biomateriale.

Le variabili cliniche e radiografiche sono state analizzate a 180 giorni dopo la chirurgia.

RISULTATI E DISCUSSIONE

I risultati della sperimentazione hanno evidenziato un miglioramento dei parametri clinici e radiografici in tutti i gruppi trattati. Non ci sono differenze statisticamente significative tra nessuno dei tre gruppi. Si può quindi dedurre che non ci sono sostanziali differenze nell'esito finale tra le tecniche chirurgiche analizzate. L'utilizzo del piezosurgery sembra aumentare la riduzione della profondità di sondaggio e il guadagno di attacco clinico rispetto al solo OFD. Con il trattamento chirurgico con piezosurgery e inserimento di un biomateriale si ha una riduzione del perimetro della forcazione maggiore rispetto agli altri gruppi.

Indipendentemente dal tipo di tecnica chirurgica che si utilizza, scollare un lembo,

avere un accesso diretto alla forcazione e detergerla in modo accurato migliora la guarigione dei tessuti, promuove il guadagno di attacco clinico e la riduzione della profondità di sondaggio.

Mediante un'analisi multivariata dei valori ottenuti con la sperimentazione, sono state valutate quali variabili cliniche e radiografiche sono tra loro correlate con valori statisticamente significativi.

Il grado di divergenza radicolare al baseline è correlato al livello di attacco clinico a 180 giorni ($p < 0,03$). Da questi dati è possibile dedurre che, in forcazioni ampie e con radici molto divergenti, è più difficile ottenere un guadagno di attacco clinico e una chiusura o riduzione della profondità delle forcazioni trattate.

Anche l'altezza del tronco radicolare e il perimetro della forcazione risultano strettamente correlati tra loro sia al baseline sia alla rivalutazione a 180 giorni ($p < 0,01$; $p < 0,043$): a parità di perdita di supporto osseo, un elemento dentario con tronco radicolare corto è soggetto ad un coinvolgimento della forcazione precoce rispetto ad un elemento con tronco più lungo. È quindi probabile aspettarsi lesioni con un perimetro maggiore al baseline e con una minor riduzione dello stesso dopo la chirurgia.

CONCLUSIONI

I fattori predittivi il successo del trattamento con la completa chiusura delle forcazioni sono legati alle caratteristiche anatomiche della forcazione e del difetto piuttosto che alla tecnica chirurgica utilizzata.

La sola misura della profondità orizzontale della forcazione, senza tenere conto delle altre variabili anatomiche del dente e della lesione, non è sufficiente per poter prevedere l'entità della guarigione dopo il trattamento chirurgico. Un tronco radicolare corto che

predispone ad un precoce coinvolgimento della forcazione, e radici molto divergenti sono fattori predittivi negativi per la rigenerazione del tessuto parodontale nella zona della forcazione.

In caso di coinvolgimento delle forcazioni dei molari inferiori ha senso fare chirurgia poiché anche con la sola rimozione del tessuto di granulazione e mediante una detersione accurata si ottiene una guarigione con riduzione della profondità di sondaggio orizzontale. Infine, la rigenerazione del tessuto parodontale, le variabili anatomiche della forcazione e del difetto sono i fattori che influenzano maggiormente la predicibilità del risultato finale.

SIGNIFICATO DIAGNOSTICO DELLA STRUTTURA A CRISALIDE E DEL RETICOLO INVERSO NELLA DIAGNOSI DERMATOSCOPICA DEL MELANOMA

Dr.ssa Irene POZZETTO

INTRODUZIONE

Il melanoma è potenzialmente la forma più pericolosa di neoplasia cutanea, colpendo soprattutto soggetti di età compresa tra i 30 e i 60 anni, la cui incidenza sta aumentando negli ultimi decenni.

L'Italia figura al 15° posto in Europa in entrambi i sessi, sia per incidenza (da sola) che per incidenza e mortalità. La regione Friuli Venezia Giulia è al secondo posto per l'incidenza del melanoma nell'uomo ed al terzo posto nella donna. Punte superiori a 10 per 100.000 abitanti in ambedue i sessi si riscontrano a Trieste.

Il rischio di sviluppare un melanoma è strettamente dipendente dall'interazione tra fattori di rischio genetico-costituzionali o endogeni e fattori di rischio ambientali o esogeni.

Le radiazioni ultraviolette (UV), in particolare modo le radiazioni solari di tipo UVB, rappresentano il principale fattore di rischio esogeno. L'esposizione solare di tipo intermittente, quale quella di natura ricreazionale, conferisce un rischio maggiore rispetto a un'esposizione cronica, per esempio di tipo occupazionale.

Per quel che riguarda i fattori endogeni, il numero dei nevi melanocitici comuni e/o nevi atipici, il fototipo, gli indici di esposizione solare e la storia familiare o personale di melanoma, contribuiscono in maniera statisticamente significativa allo sviluppo di questa neoplasia.

Il riconoscimento di gruppi di soggetti a rischio e l'applicazione di adeguate strategie di prevenzione primaria e secondaria, rappresentano i punti chiave per ridurre la morbilità e la mortalità.

Clinicamente è possibile diagnosticare dal 65% all'80% dei melanomi utilizzando il criterio ABCDE (Asimmetria, Bordi, Colore, Dimensioni, Evoluzione). Le lesioni cutanee considerate sospette devono sempre essere esaminate con una adeguata illuminazione coadiuvata da lenti di ingrandimento e tecnica dermatoscopica.

La dermatoscopia è una tecnica non-invasiva anche conosciuta come dermoscopia, microscopia ad epiluminescenza o microscopia di superficie, la quale permette una rapida osservazione *in vivo* della pelle, mediante la visualizzazione delle caratteristiche morfologiche spesso impercettibili all'occhio nudo umano. Questi dettagli morfologici, sono stati minuziosamente descritti e approvati dal Consensus Netmeeting del 2001 e frequentemente rappresentano reperti diagnostici.

L'integrazione della dermoscopia nel contesto della valutazione clinica globale del paziente si è dimostrata capace di migliorare ulteriormente la diagnosi pre-operatoria del melanoma, pertanto viene sempre più im-

piegata per la diagnostica differenziale con le lesioni cutanee pigmentate e non.

Come primo approccio, bisogna differenziare una lesione cutanea come di natura melanocitica o non melanocitica, soltanto nel caso in cui ci si trovi davanti ad una lesione melanocitica, si passa alla suddivisione in benigna o maligna. Questo secondo *step*, viene effettuato mediante l'applicazione dei cosiddetti algoritmi diagnostici, quali: l'analisi di pattern modificata, l'ABCD-rule, il Metodo di Menzies, il 7-point checklist e l'ultimo introdotto, il metodo CASH.

Ognuno di essi utilizza criteri e caratteristiche dermoscopiche differenti, ma assicurano una buona sensibilità nel discernere una lesione come presumibilmente maligna e che quindi necessita di ulteriori valutazioni, ad esempio la biopsia escissionale.

Limite principale della dermoscopia è il fatto che richiede una adeguata preparazione da parte del clinico, risultando quasi dannosa se effettuata dai non esperti ed inoltre, nonostante numerosi studi abbiano dimostrato che migliori l'accuratezza diagnostica del melanoma, non può sostituire l'esame istopatologico, *gold standard* della diagnosi.

Negli ultimi anni, con lo scopo di aumentare il riscontro di ulteriori caratteristiche dermoscopiche che possano fungere da criteri melanoma-specifici, sono stati descritti due nuovi parametri, quali la struttura a crisalide e il reticolo inverso.

I NUOVI CRITERI DERMOSCOPICI

La **struttura a crisalide** (o *White Streaks o Chrisalys Structure, CS*) è stata individuata mediante l'utilizzo del dermatoscopio a luce polarizzata, specialmente nelle lesioni cutanee con una maggiore quantità di

collagene a livello dermico, come risultato dell'interazione della luce polarizzata e le proprietà birifrangenti del collagene. Infatti, modificando l'angolo di polarizzazione, cambia il numero, la sede e la morfologia di tale struttura. Questo fe-

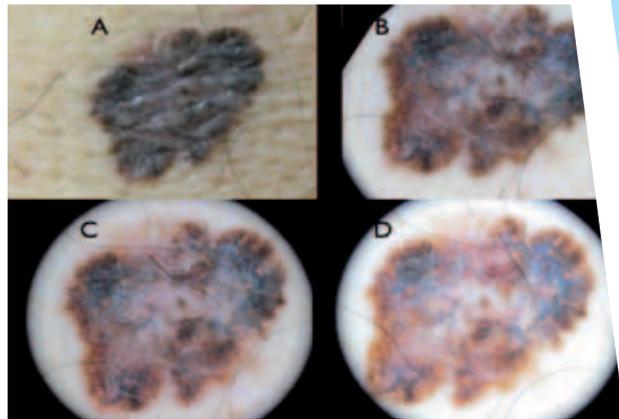


Fig. 1.1 Visione clinica della lesione pigmentata (A), immagine dermoscopia a luce polarizzata con angolo di 0° (B), 45° (C) e 90° (D).

nomeno è chiamato "dipendenza angolare della luce polarizzata" e probabilmente riflette l'orientamento non casuale del collagene nel derma. (Fig 1.1)

Si definisce come la presenza di spesse, brevi e brillanti strutture lineari biancastre, a volte disposte ortogonalmente o disperse in modo stellare.

È stato postulato che la struttura a crisalide si correla con la fibroplasia dermica ed il fatto che venga comunemente osservata nelle cicatrici da biopsia e nei dermatofibromi, la cui caratteristica istopatologica è la fibrosi cutanea, supporta questo concetto.

La crisalide potrebbe rappresentare la sintesi *de novo* o il *remodeling* del collagene di tipo I nel derma papillare, stando a significare i cambiamenti nella matrice extracellulare indotti dalla progressione del tumore e dall'invasione dermica.

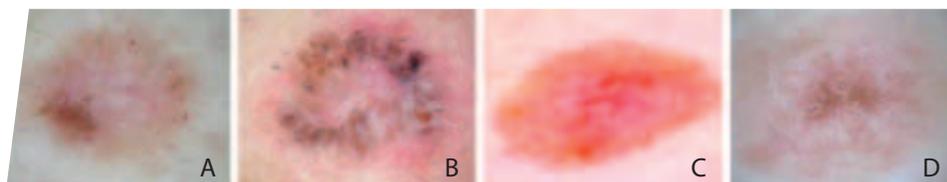


Fig.1.2 Struttura a crisalide presente in dermatofibroma (A), carcinoma basocellulare (B), Spitz nevi (C) e melanoma (D).

Questa struttura viene osservata anche in altre lesioni oltre i già citati dermatofibromi (Fig.1.2 A) e cicatrici, quali: carcinomi basocellulari (Fig.1.2 B), granuloma piogenico, nevi di Spitz (Fig.1.2 C), porocheratosi e melanomi maligni cutanei (Fig.1.2 D).

La peculiarità è che essa rappresenta un ulteriore importante carattere dermoscopic nella diagnosi del melanoma, nonché uno strumento per differenziare quest'ultimo dai nevi atipici e nell'identificare lo stato avanzato o iniziale di una lesione. A questo proposito, negli ultimi anni, sono stati condotti alcuni importanti studi con lo scopo di identificare tale parametro in una larga serie di lesioni melanocitiche benigne e maligne e osservarne la frequenza e la prevalenza.

PRINCIPALI STUDI A CONFRONTO

Nello studio di Shitara et al. i melanomi con le seguenti caratteristiche dermoscopiche, hanno una maggiore possibilità di mostrare anche la struttura a crisalide: presenza di aree senza strutture identificabili, macchie irregolari, oppure pattern multi-componente o aspecifico e regressione. Infatti i melanomi con regressione hanno 3.2 volte più probabilità nel mostrare la struttura a crisalide, rispetto a quelli senza. Questo fatto potrebbe essere correlato all'ipotesi istopatologica della fibrodisplasia dermica. Inoltre il suo riscontro, si associa alle altre strutture dermoscopiche relative all'invasione dermica nel melanoma, ovvero il velo blu-bianco, globuli bianco-rossastri "milky-red" e vasi polimorfi.

L'analisi retrospettiva effettuata nello studio di Balagula e colleghi, ha rivelato che la presenza della CS nei melanomi è stata frequentemente associata con il pattern vascolare polimorfo (OR = 12.5).

Le strutture vascolari sono significativamente aumentate nel melanoma invasivo rispetto a quello *in situ*. Questi risultati supportano l'evidenza preclinica della complicata relazione tra la risposta stromale indotta dal tumore e la neoangiogenesi: sia la degradazione che la sintesi di nuove fibrille di collagene, sono entrambi necessari per lo sviluppo della rete vascolare. La sintesi de novo del collagene tipo I, ha dimostrato fungere da *trigger* angiogenica negli stadi iniziali del melanoma, assieme alla futura rete vascolare nel derma papillare, in cui sono concentrati alti livelli di collagene.

Nella analisi prospettica di questo gruppo di studio, tra tutti i tumori melanocitici primari, la struttura a crisalide è stata osservata in oltre due terzi dei melanomi. Per questo motivo, può rappresentare un parametro aggiuntivo che può aiutare a distinguere i melanomi dai nevi melanocitici.

Nel set dei dati prospettico, la CS è stata individuata esclusivamente nei melanomi invasivi e nelle metastasi da melanoma cutaneo, ma non è stata identificata nei melanomi *in situ*.

Allo stesso modo, nel set di dati retrospettivo di 229 melanomi, tale struttura era 3,4 volte più comunemente riscontrata tra i melanomi invasivi (41%), rispetto a quelli *in situ* (17%). Inoltre, i melanomi che mostravano la CS risultavano essere anche più spessi. Sebbene sia stata osservata una significati-

va associazione tra i cambiamenti istologici di regressione ed il suo riscontro, le analisi hanno tuttavia dimostrato che l'associazione tra la crisalide e lo spessore della lesione, era indipendente dalla presenza di fenomeni regressivi. Presi insieme, questi dati suggeriscono che essa è una caratteristica dermatoscopica che nel melanoma sta ad indicare una maggiore probabilità di invasione cutanea e tumori più spessi. Infatti, la presenza della struttura a crisalide nei melanomi è correlata allo spessore medio di Breslow e alle strutture in regressione.

La media dello spessore di Breslow di tutti i melanomi in esame era di 0.87 mm, mentre la media dello spessore di Breslow dei melanomi mostranti la crisalide era di 1.27 mm e la media dello spessore senza tale struttura di solo 0.30 mm ($p < 0.05$).

Interessante è il fatto che tutti e quattro i melanomi dello studio con uno spessore tumorale maggiore di 0.9, mostravano la struttura a crisalide, correlandosi con un rischio di 4,46 volte maggiore nella diagnosi di melanomi spessi rispetto ai sottili (OR = 4,46, 95% CI 1,444-13,792, $p = 0,009$).

La sua presenza ha infatti comportato una sensibilità del 67,7% e una specificità del 68% per il rilevamento del melanoma > 1 mm di spessore.

La valutazione dermatoscopica ha evidenziato la struttura a crisalide nel 31.0% del totale numero dei melanomi cutanei e nel 1.3% dei nevi melanocitici totali. Questa differenza è stata calcolata come statisticamente significativa ($p < 0.05$).

Inoltre è stata più frequentemente rilevata nei melanomi con uno *score* TDS suggestivo di malignità (> 5,45), sebbene sia stata anche osservata in 3 casi con TDS nell'intervallo di benignità (<4,75; 3,8%), evidenziando la sua possibile importanza nel supporto diagnostico dei melanomi piani, come nel caso di melanoma Spitzoide.

Nello studio di Shitara e colleghi, questa

caratteristica dermatoscopica è correlata con un rischio di 10,33 volte maggiore di una diagnosi di melanoma invasivo, rispetto al melanomi in situ (OR 10,33, 95% CI 3,812-28,014, $p < 0.005$), dato superiore al valore ottenuto da Balagula et al. (25) (OR 3.4, 95% CI 1,9-6,3).

Oltre alla sua utilità nella diagnosi del melanoma, implica un aumentato rischio di malignità di 10 volte, dato relativo a: melanomi, BCC, SCC e carcinoma neuroendocrino (OR: 10,534, 95% CI 6,357-17,455, $p < 0,0005$).

Il **reticolo inverso** (*Negative Pigment Network - NPN*) è una variante del reticolo atipico che descrive un *pattern* biancastro reticolare, visto come negativo nel reticolo pigmentato, caratterizzato da aree più chiare che compongono le griglie della rete e aree più scure che riempiono i fori tra le maglie. Può essere visualizzato indistintamente mediante dermatoscopia a luce polarizzata che convenzionale.

A livello istopatologico è stato accertato che il NPN rappresenta le pliche reticolari allungate ipomelanitiche, con grandi nidi di cellule pigmentate situate nelle papille dermiche. Sulla base di alcune varianti nella sua presentazione, esso può essere classificato in due tipologie: il tipo A (Fig.1.3.1), definito come un reticolo con le maglie aventi tutte lo stesso spessore, come previsto dalla definizione di reticolo pigmentato con linee serpiginoze relativamente ipopigmentate che compongono le corde della rete, circondate da strutture tubulari allargate o simil-globulari; mentre il tipo B (Fig.1.3.2), se questo mostra i fori delle maglie riempiti da un *pattern* vascolare punteggiato, analogamente con le maglie dello stesso spessore.

Può essere riscontrato nei melanomi, nel nevo di Spitz e nei nevi displasitici, ma anche nei nevi di Reed, nei nevi di Clark e nei dermatofibromi.



Fig. 1.3.1 Immagine dermatoscopica di un nevo melanocitico con un NPN di tipologia A (freccie)

Fig. 1.3.2 Immagine dermatoscopica di un nevo di Spitz con un NPN di tipologia B, regolarmente distribuito lungo tutta la lesione (freccie)

Inizialmente si è supposto essere una caratteristica dermoscopica melanoma-specifica, in quanto esso risulta essere presente fino ad un terzo dei casi nei melanomi. Tuttavia, la sua correlazione con il nevo di Spitz, il nevo displasico e con i nevi melanocitici in espansione, hanno annullato tale ipotesi.

Il reticolo inverso dovrebbe essere differenziato dai suoi simulatori come i nevi che mostrano un *pattern* globulare o ad acciottolato, con ampie linee ipopigmentate, corrispondente a livello istopatologico a fibrosi. Entro lo stesso spettro di strutture dermoscopiche legate al riscontro istologico di fibrosi, vi è il reticolo bianco-centrale, una caratteristica peculiare dei dermatofibromi, il quale in alcuni casi, può risultare indistinguibile dal reticolo inverso.

L'iperplasia pseudoepiteliomatosa e la presenza di denso di collagene, sono reperti istologici frequentemente osservati nei dermatofibromi e nei nevi di Spitz, pertanto è probabile, che il reticolo inverso e il reticolo bianco-centrale rappresentino strutture dermoscopiche correlate.

La diagnosi differenziale può anche includere la struttura a crisalide, in quanto quando quest'ultima è orientata in modo ortogonale, può simulare un NPN. Tuttavia essa può diffe-

renziarsi dal reticolo inverso anche per la presenza di linee rette ortogonali (non serpigino) brevi, spesse e bianco brillante, discontinue, che non costituiscono un modello reticolare. Botella-Estrada e colleghi osservarono in un caso di melanoma, la struttura a crisalide al centro della lesione, progressivamente

fusa con il reticolo inverso situato alla periferia, suggerendo che la crisalide e il reticolo inverso siano manifestazioni della stessa caratteristica istopatologica: l'aumento del collagene che si verifica a diversi livelli nel derma. (Fig. 1.4)

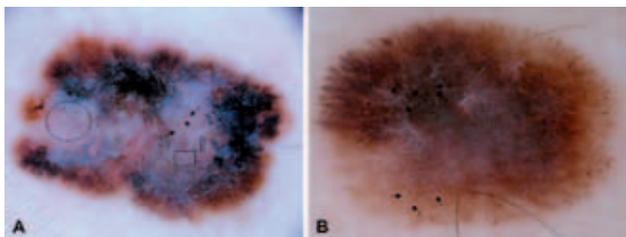


Fig. 1.4 Immagini dermatoscopiche di melanoma invasivo indicanti la struttura a crisalide (A) e il reticolo pigmentato alla periferia della lesione (B)

PRINCIPALI STUDI A CONFRONTO

Dallo studio di Pizzichetta et al. la frequenza di comparsa del NPN è risultata essere più alta nel gruppo dei melanomi (34,6%) rispetto al gruppo dei nevi di Spitz (28,8%), in quella dei nevi melanocitici (18,2%) e nei dermatofibromi (11,3%).

Esso è stato osservato più spesso nei melanomi invasivi (36,8%) che nei melanomi in situ (28,0%), ma nella valutazione della frequenza del reticolo inverso nei melanomi sottili, spessi e in situ, nessuna differenza statisticamente significativa è emersa tra lo spessore secondo Breslow e la presenza/assenza del reticolo.

Inoltre è emerso che la sensibilità e la speci-

ficità del NPN nel melanoma sono del 34.6% e 77.2%, rispettivamente, nel nevo di Spitz 28.8% e 73.9%, nel nevo melanocitico del 18.2% e 67.7% ed infine nel dermatofibroma dell'11.3% e 73.2% rispettivamente.

Sebbene i nevi di Spitz spesso rivelano un NPN, la sua presenza in una lesione pigmentata non conferisce una maggiore probabilità che la lesione sia un nevo di Spitz; infatti per questi nevi, il rischio di avere un NPN è soltanto del 10% (OR 1.1), risultato non statisticamente significativo.

Al contrario, la presenza del reticolo inverso si determina in modo significativo ad un aumentato rischio di melanoma (OR 1,8), mentre la sua assenza risulta maggiormente associata con la diagnosi di nevo melanocitico e dermatofibroma.

Nei nevi melanocitici, il reticolo inverso era più frequentemente distribuito alla periferia della lesione, mentre nei nevi di Spitz, questo vi era più che altro disposto regolarmente, evidenziando un modello maggiormente incline alla tipologia B.

Dunque, lo schema complessivo morfologico del reticolo inverso, come ad esempio la sua distribuzione irregolare e la posizione periferica, insieme al *pattern* multicomponente e alla pigmentazione asimmetrica, potrebbero essere utilizzati come caratteristiche aggiuntive nella distinzione dei melanoma dai nevi di Spitz e altre lesioni benigne.

CONCLUSIONI

Sebbene la struttura a crisalide non possa essere considerata un criterio melanoma-specifico, in quanto riscontrata anche nei dermatofibromi, cicatrici e carcinoma basocellulare, rappresenta un'ulteriore caratteristica dermatoscopica la quale permette di discriminare le lesioni cutanee melanocitiche in benigne e maligne. Inoltre, secondo la correlazione tra la sua presenza e lo spessore di Breslow, la sua identificazione potrebbe sommarsi agli altri criteri come strumento

per la diagnosi pre-operativa dei melanomi spessi.

Il rilevamento del reticolo inverso si è riscontrato più frequentemente nei melanomi invasivi e nei melanomi *in situ* rispetto alle neoformazioni melanocitarie benigne ed inoltre, la sua presenza, si correla in modo statisticamente significativo ad un aumentato rischio di melanoma.

Entrambe le strutture, per poter migliorare l'accuratezza diagnostica del melanoma cutaneo, dovrebbero associarsi alle altre caratteristiche dermoscopiche suggestive di malignità e andrebbero valutate nel contesto clinico globale del paziente. Ulteriori studi sono necessari per investigare la presenza della struttura a crisalide e del reticolo inverso in un'ampia serie di lesioni cutanee non melanocitarie, con lo scopo di valutare la loro utilità come *markers* melanocitici maligni.

“LA FATICA DEL FEMORE”

Analisi dei marker occupazionali di stress femorale nel riconoscimento personale. Studio di popolazioni moderne e storiche

Dr Francesco SIMONIT

I marker di stress occupazionali (MOS) sono delle alterazioni morfologiche ossee dovute ad intense trazioni muscolo-tendinee. Tipicamente valutati in ambito bioarcheologico attraverso un esame esterno dell'osso in maniera semiquantitativa, sono in grado di definire le alterazioni morfologiche e patologiche sviluppate dallo scheletro a seguito di attività lavorative.

Con questo studio si è voluto verificare l'utilità del porre le basi per un sistema semiautomatico di quantificazione dei MOS tramite analisi numerica delle forme a partire da una sezione assiale ossea ottenuta tramite MSTC

e di metterne a punto le potenzialità negli ambiti:

- forense, in un contesto di riconoscimento personale, in maniera da ottenere un nuova tipologia di informazioni da aggregare ai dati già attualmente ricavabili con la TC post-mortem;
- antropologico, per studiare e comparare lo stato fisico di popolazioni antiche svolgenti un'attività fisica nota, in modo tale da creare dei "modelli naturali" con cui confrontare i soggetti moderni;
- ortopedico, al fine di verificare se sia possibile procurare al clinico una serie di informazioni utili circa i progressi carichi sostenuti dalle regione del terzo diafisario prossimale del femore, in vista di un intervento di sostituzione di protesi d'anca. Si spera quest'ultimo filone possa essere oggetto di eventuali studi futuri.

La Legge di Wolff stabilisce che l'osso sia una struttura particolarmente sensibile e responsiva agli eventi meccanici. In particolare, l'osso è in grado di modificare ed adattare la propria forma in modo tale da ottenere la miglior configurazione possibile tra i carichi cui esso viene sottoposto ed il suo stesso peso, attraverso la deposizione od il riassorbimento di materiale corticale.

I tipi di forze che vanno ad agire su un osso lungo quale il femore sono riconducibili a quattro categorie essenziali: la tensione, la compressione, la flessione e la torsione.

Grazie agli studi compiuti dalla biomeccanica si è visto che nelle ossa degli arti inferiori prevalgono gli eventi di flessione e di torsione durante la locomozione, e che la resistenza dell'osso a questi tipi di carico non dipende soltanto dalla quantità di materiale corticale, ma anche dalla maniera in cui esso è disposto nello spazio. Da qui il concetto che attraverso un'analisi della morfologia dell'osso sia possibile risalire ai tipi di stress cui esso è stato sottoposto. Tale analisi è stata effettuata attraverso lo studio di alcune

precise proprietà della sezione assiale, ossia le *aree* (indicatori generici di flessione e compressione) ed i *momenti secondi di inerzia*, sommatorie vettoriali dotate di una sensibilità superiore alle aree, capaci di fornire una stima delle dinamiche di flessione e torsione. Le aree in questione sono state l'Area Totale (AT), delimitata dal margine esterno del periostio, l'Area Midollare (AM), delimitata dal margine interno dell'endostio, l'Area Corticale (AC), data dalla differenza delle prime due ed infine l'area corticale espressa in percentuale rispetto all'AT (AC%). Per i momenti secondi quelli di interesse sono stati I_x ed I_y (quantificanti la flessione lungo i due rispettivi assi dello spazio) e J (dato dalla somma dei primi due ed indicante il grado di torsione). Altro parametro è stato l'indice numerico I_x/I_y .

Studi effettuati su popolazioni preistoriche americane di cui erano noti i regimi di attività, avevano dimostrato che i valori di tali proprietà a livello del femore mediale correlavano in maniera importante con il livello di utilizzo dell'arto inferiore.

In questo studio si è proceduto ad un'analisi delle PSA femorali a livello della diafisi mediale e di quella prossimale ad 1 cm dal piccolo trocantere sui femori destri dei soggetti presi in esame.

Lo studio è stato condotto su 3 popolazioni di cui erano noti i livelli di utilizzo dell'arto inferiore, ossia: un gruppo di soggetti moderni (10 maschi e 10 femmine, i cui dati erano stati precedentemente anonimizzati), una popolazione di epoca alto-medievale di orizzonte culturale longobardo fondata su un'economia agricola di villaggio (10 maschi e 10 femmine) e 9 individui maschi adulti (XII-XIII secolo) di origine nobile, i cui resti sono conservati presso la chiesa di San Giovanni dei Cavalieri a Prata di Pordenone e di cui era noto fossero dediti alla pratica equestre ed all'addestramento nell'utilizzo delle armi.

Le PSA sono state misurate con una nuova metodologia: a differenza dei lavori precedenti, in cui esse venivano valutate segnando

direttamente l'osso e attraverso complessi calcoli matematici, si è ricorso a scansioni MSTC ed a processi di segmentazione dell'immagine per l'isolamento della sezione assiale ed ad una valutazione numerica delle PSA attraverso l'utilizzo di un software appositamente creato dal prof. Fabio Cavalli. Sono stati inoltre misurati manualmente i tradizionali indici morfometrici di platimeria (anch'esso 1 cm al di sotto del piccolo trocantere) e di robustezza (diafisi mediale).

I dati ottenuti sono stati organizzati in grafici a dispersione ed analizzati e si sono eseguiti dei test *t* di Student in maniera da ricavare tutti i confronti possibili tra i vari campioni.

I risultati delle PSA hanno trovato importanti correlazioni con i tipi di trazioni muscolari cui i due distretti femorali presi in esame vanno incontro ed hanno consentito di differenziare in maniera soddisfacente le varie popolazioni tra esse, tra l'altro molto più efficacemente dei tradizionali indici morfometrici.

I momenti secondi di inerzia si sono dimostrati degli indicatori particolarmente sensibili e hanno discriminato con un'ottima validità le varie popolazioni, mentre, a conferma di quanto già presente in letteratura, meno efficienti si sono invece rilevate le Aree, seppur sempre con maggior efficacia rispetto agli indici di platimeria e robustezza.

Dal punto di vista forense, questo studio ha rappresentato un importante punto di partenza. Particolarmente utile sarebbe ampliar-

ne la casistica, dopo approvazione da parte di un comitato etico, su un pool di soggetti di epoca attuale di cui sia noto il tipo di attività svolta, per l'analisi delle differenze inter-individuali all'interno di una popolazione. In ambito antropologico questo nuovo tipo di indagine dei MOS si è rilevata uno strumento alquanto robusto per lo studio di popolazioni in base al loro stato fisico, decisamente più valido degli indici morfometrici classicamente utilizzati.

Restano da vedere i possibili risvolti di questa nuova metodologia in ambito clinico.

È già in fase di studio l'applicazione di questo nuovo metodo a volumi di osso, che potrebbe portare a risultati ancora più accurati.

Merita infine porre attenzione sulle caratteristiche di esecuzione di questo nuovo tipo di analisi. Il sistema infatti è ripetibile, non distruttivo nei confronti dell'osso (a differenza degli studi svolti in passato), relativamente facile da usare, ha portato a risultati soddisfacenti nonostante il ricorso a test statistici non particolarmente robusti ed è stato eseguito per la prima volta in maniera esaustiva sulla regione subtrocanterica del femore. Questo lavoro deve essere inteso come un *work in progress* che abbiamo intenzione di sviluppare ulteriormente nel futuro.

Recensioni

M. Balistreri, M. Benato, M. Mori

ETICA MEDICA

NELLA VITA MILITARE

Per iniziare una riflessione

Nel novero delle specialità militari, la professione del medico è peculiare in quanto:

1. il militare, in questo caso, è anche un operatore di salute;
2. il medico militare, poi, esercita la sua pro-

fessione in un'organizzazione gerarchica che ha proprie regole e deve, pertanto, tener conto delle decisioni che vengono prese dai comandi;

3. il medico militare, inoltre, ha valori morali che sottopone costantemente al vaglio e che attengono alla sua coscienza di uomo.

L'obiettivo di queste riflessioni è quello di far emergere e condividere alcuni "orizzonti di idealità" o "principi morali" che dovrebbero

caratterizzare il comportamento del medico militare tenendo conto delle logiche, degli assetti istituzionali e delle relazioni in cui opera. Le guerre e i conflitti armati, quali che siano le loro cause, sono sempre degli eventi drammatici che infliggono enormi sofferenze alla popolazione civile, specie alle persone più vulnerabili e in particolare ai bambini, ma anche agli adolescenti e alle minoranze etniche e religiose. Essi generano gravi violazioni dei diritti umani e alti livelli di disgregazione in ambito istituzionale e sociale, che favoriscono, nel protrarsi del tempo, il riemergere di altre forme di conflittualità.

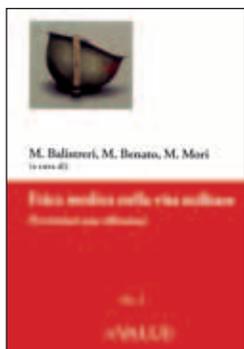
Guerre e conflitti, soprattutto quelli interni, da sempre generano diaspore e migrazioni, che rendono esasperate situazioni già complesse. Oggi, poi, siamo di fronte a una guerra mai dichiarata in cui il mondo intero è diventato un campo di battaglia privo di confini e in cui diventa sempre più difficile individuare chiaramente chi è il nemico. Lo stesso concetto di "guerra" è cambiato; la minaccia non appartiene più a un governo, spesso non è convenzionale, è dinamica e accidentale, è imprevedibile, come ora si insegna nelle scuole di guerra. La conoscenza e la trasmissione del sapere nell'ambito di ricerca che riguarda il bioterrorismo diventa funzione specifica della sanità militare chiamata a operare in una rete di condivisione di informazioni, integrando a quelle pubbliche e private un'attività di intelligence in grado di fronteggiare le minacce sanitarie sempre più planetarie. Nasce da qui l'esigenza di un coinvolgimento sempre più forte di professionalità e ri-

sorse tecnico-scientifiche che siano in grado di rispondere e offrire una reazione solidale e adeguata a questi nuovi scenari.

C'è bisogno di una nuova valorizzazione sia dei contenuti della sanità militare che del suo capitale umano e per questo occorre investire nella formazione professionale dei medici militari. A partire da questo scenario nasce la riflessione sul ruolo del medico militare che esercita la propria professione mosso da un ideale di solidarietà nei confronti della collettività, impegnandosi non soltanto a garantirne la difesa esterna e a salvaguardarne le libere istituzioni, ma anche a soccorrerle in caso di pubbliche calamità o catastrofi naturali accettando regole, vincoli, limitazioni del tutto peculiari.

Quello delle armi è un mestiere antico che sempre di più si caratterizza per l'indubbio aspetto vocazionale e per uno stile di vita che gli deriva da un codice etico e da un sistema di valori e norme che lo differenziano dalle professioni civili. Basti pensare all'accettazione della morte per l'onore della nazione o della Forza Armata oppure l'adesione a valori come quelli di patria, dovere, onore, disciplina, spirito di corpo, che possono anche non essere generalmente compresi o condivisi ma che sono caratteristiche esclusive della professione militare. Il riferimento alla morale e all'etica è una costante del mondo militare. Se è vero, pertanto, che in tutte le istituzioni sta crescendo il bisogno di affinamento delle doti morali e di miglioramento del comportamento individuale - e che proprio da questi aspetti dipendono la fiducia, la stima, la considerazione nonché l'approvazione da parte dei cittadini - questo è ancora più vero per il mondo militare che da sempre riflette sui propri valori e sui propri doveri. Il mio vuole essere un contributo a questa riflessione cui è chiamata anche ogni società civile interessata a costruire un orizzonte di convivenza meno segnato dalla violenza e più rispettoso dei diritti umani.

Maurizio Benato



T. Pirroni, L. Boldrini
**LA RADIOLOGIA ITALIANA
 DURANTE LA GRANDE GUERRA**

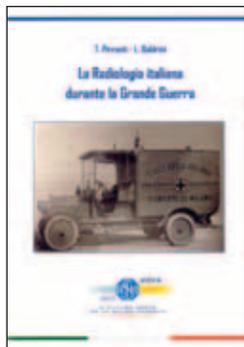
Quando cominciai la mia carriera di Medico Radiologo, uno dei miei maestri, il prof. Granone di Torino, mi rivelò come, durante la II guerra mondiale, fu fatto prigioniero in Russia, nel corso della ritirata, perché decise di rimanere a presidiare i feriti dell'ospedale da campo in cui esercitava la sua professione di Medico Radiologo. Tornò in Italia 7 anni dopo.

Questo piccolo episodio si iscrive nella "storia" della medicina e della Radiologia in particolare durante questi primi cento anni e naturalmente non può dimenticare quanto è stato fatto durante le guerre mondiali e le altre situazioni che hanno visto la Radiologia protagonista nell'ambito della Medicina Militare. Si tratta di un bagaglio culturale che è nostro dovere come società scientifica mantenere e rappresentare quale segno di partecipazione e di appartenenza alla vita e alla storia del nostro paese.

Bene hanno fatto quindi il prof. Tommaso Pirroni e i suoi collaboratori, proprio in occasione del prossimo centenario anche della prima Guerra Mondiale, a raccontare come la Radiologia fosse presente ed attiva con i mezzi allora possibili a supporto della Medicina Militare e in questa integrata.

La narrazione, interessante ed emotivamente coinvolgente, scorre veloce lasciando il desiderio in chi legge di approfondire la tematica

e meglio conoscere come la Radiologia o meglio la Diagnostica per Immagini rappresenti una parte fondamentale del percorso diagnostico-terapeutico che la Medicina attua quando si deve affrontare una problematica clinica.



Ma soprattutto questa opera come altre iniziative attuate o in attuazione da parte della Società Italiana di Radiologia Medica (SIRM) si propone e a mio giudizio realizza la sempre attuale necessità di puntualizzare come "dietro" le immagini diagnostiche ci siano uomini che le hanno realizzate e attraverso queste sono arrivati a proporre una diagnosi, elemento base per la successiva impostazione terapeutica.

Uomini quindi e non solo macchine, come descritto in questo simpatico, curioso e completo libretto ai cui autori va ancora una volta il plauso della società tutta.

*Il presidente SIRM
 Carlo Faletti*

Sara Patuzzo
**STORIA DEL CODICE ITALIANO
 DI DEONTOLOGIA MEDICA**

Il Codice di deontologia medica rappresenta la summa delle regole comportamentali che i medici sono chiamati a rispettare nella loro professione. Tali norme di condotta si ispirano a principi etici condivisi dalla categoria, che affondano le loro radici in un antico passato, quando l'arte medica muoveva con graduale consapevolezza i suoi primi passi lungo il sentiero della conoscenza.

Scrutare l'evoluzione etica di questi principi e della relativa produzione deontologica significa delineare lo sviluppo della stessa professione medica, sino a determinarne gli attuali punti di forza nonché gli aspetti critici. Da una parte il vertiginoso pro-



gresso biomedico e biotecnologico e il nascere di conseguenti interrogativi bioetici, dall'altro la maturazione del diritto di autodeterminazione da parte del paziente, stanno modificando nel profondo la figura del medico, il suo rapporto con il proprio sapere e la prassi clinica, con la società e la singola relazione di cura. La complessità del sistema sanitario in tutte le sue sfaccettature e del corrispettivo corpus giuridico, teso a garantire sempre maggiore efficienza e opportunità, tuttavia spesso problematizza l'attività del singolo professionista, atomo in un mondo che continuamente muta i propri contorni.

Riuscire a stare al passo con i cambiamenti storici e culturali delle nostre moderne società rappresenta la vera sfida della professione medica, nel seguire l'inevitabile corrente del divenire e allo stesso tempo restando saldamente ancorata a se stessa, a ciò che di più profondo la individua: i propri principi morali.

Per tali ragioni la ricostruzione storica dell'etica e soprattutto della deontologia medica presentata nel volume "Storia del Codice italiano di deontologia medica. Dalle origini ai giorni nostri" scritto da Sara Patuzzo, filosofa di formazione, ricercatrice in Bioetica e Deontologia medica all'Università di Verona, edito da Minerva Medica e patrocinato dalla FNOMCeO, può rappresentare per tutti i soggetti coinvolti nel contesto sanitario una luce capace di illuminare il passato, il presente e di riflesso il futuro dell'operosità medica. Con una prosa chiara e gradevole, viene ripercorso più di un secolo della deontologia medica italiana, offrendo interessanti spunti di riflessione sulla storia intellettuale del mondo medico e le connesse trasformazioni sociali. Il contributo che ne risulta permette da un lato di delineare i tracciati etici e deontologici sui quali nel tempo si è mossa la professione medica, e dall'altro di ripercorrere la storia delle Associazioni mediche, fonti

dell'autoregolamentazione disciplinare.

Il volume, che in apertura presenta un'utile descrizione dei termini ricorrenti in materia ("etica", "etica medica", "deontologia", "deontologia medica"), al fine di cogliere l'evoluzione complessiva dei diversi impegni etici formali riconosciuti dai medici volge inoltre lo sguardo temporale in una duplice direzione: al passato del Codice di deontologia medica, con l'indagine sulle precedenti forme del Giuramento e del Galateo dei medici, e al suo futuro prendendo in esame il progetto di un unico Codice deontologico indirizzato a tutti i medici europei.

Di rilievo anche il CD allegato al volume, che colleziona tutti i testi dei Codici di deontologia medica a partire dal Codice deontologico della Camera dei Medici dell'Istria, datato 20 dicembre 1897 e riportato alla luce dall'Autrice, sino all'edizione attualmente in vigore, il Codice deontologico approvato dalla FNOMCeO il 18 maggio 2014.

Sara Patuzzo è Professore a contratto e Assegnista di ricerca in Bioetica, Deontologia medica, Logica e Filosofia della Scienza presso il Dipartimento di Sanità pubblica e Medicina di comunità, Sezione di Medicina legale, dell'Università di Verona.

Laureata a pieni voti *cum laude* in Filosofia all'Ateneo veronese, dopo una specializzazione e diversi perfezionamenti *post lauream* consegue il Dottorato di ricerca in Filosofia teoretica, morale e Ermeneutica filosofica all'Università di Torino, durante il quale vince la Borsa di ricerca "Master dei talenti della società civile" della Fondazione Gorla.

Oltre all'attività accademica, attualmente è impegnata come esperto della Consulta Deontologica Nazionale e del Centro Studi, Documentazione e Ricerca della FNOMCeO, componente del Comitato scientifico delle Scuole di Etica medica dell'OMCeO di Rimini e dell'OMCeO di Modena, del Comitato etico per la pratica clinica della ULSS 20 di Verona e del Comitato di redazione della rivista "Decidere in medicina" per la Rubrica "Bioetica e Deontologia".

Sommario

<i>Editoriale del Presidente dell'Ordine</i>	1
<i>Editoriale del Presidente la Commissione CAO</i>	3
<i>Assemblea ordinaria annuale</i>	7
<i>Abstract delle tesi di laurea</i>	
<i>Dr. Marco Bonamico</i>	8
<i>Dr. ssa Silvia Brancatelli</i>	9
<i>Dr. ssa Anna Candolo</i>	11
<i>Dr. ssa Chiara Cattelan</i>	12
<i>Dr. ssa Sara Cocetta</i>	13
<i>Dr. ssa Silvia Corbatto</i>	18
<i>Dr. Matteo Degenhardt</i>	20
<i>Dr. ssa Giulia Godeas</i>	22
<i>Dr. ssa Stefania Olivier</i>	24
<i>Dr. ssa Irene Pozzetto</i>	26
<i>Dr. Francesco Simonit</i>	31
<i>Recensioni</i>	33
<i>Medici sostituti</i>	37
<i>In copertina</i>	37

Direttore responsabile:

Dr. Adriano Segatori

Comitato di redazione:

Il Consiglio dell'Ordine

Presidente:

Dr. ssa Roberta Chersevani

VicePresidente:

Dr. Albino Visintin

Segretario:

Dr. Fulvio Calucci

Tesoriere:

Dr. ssa Liliana Foghin

Consiglieri:

Dr. ssa Marcella Bernardi

Dr. Antonio Colonna

Dr. Paolo Coprizev

Dr. Max Degenhardt

Dr. Gianfranco Ferrari

Dr. ssa Silvia Marizza

Dr. ssa Leila Tomasin

Commissione Albo Odontoiatri:**Presidente:**

Dr. Paolo Coprizev

Componenti:

Dr. Gianfranco Ferrari

Dr. ssa Monica Massi

Dr. ssa Claudia Sfiligoj

Dr. Lorenzo Spessot

Collegio dei Revisori dei Conti:**Presidente:**

Dr. Lucio Medeot

Componenti effettivi:

Dr. Paolo Cappelletto

Dr. Pierluigi Ceccarello

Componente supplente:

Dr. ssa Francesca Verginella

Proprietario:

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Gorizia

*Per gli iscritti all'Ordine***Consulenza fiscale****Dott. Vittorio Gradenigo**

P. zza Vittoria 41, 34170 Gorizia

Tel. 0481 534787 / Fax 0481 30111

E-mail egoserv@tmedia. it

Consulenza legale**Avv. Alberto Tofful**

Via Morelli 34, 34170 Gorizia

Tel. 0481 33367 / Fax 0481 34778

E-mail altofful@tin. it

Avv. Rossanna Gregolet

Via IX Giugno 103, 34074 Monfalcone

Tel. 0481 412414 / Fax 0481 419490

E-mail rgregolet@tiscalinet. it

Segreteria: Orari di apertura al pubblico

lunedì: 10. 00-14. 00

martedì: 10. 00-13. 00 16. 30-19. 00

mercoledì: 10. 00-14. 00

giovedì: 10. 00-14. 00 16. 30-19. 00

venerdì: 10. 00-13. 00

www. ordinemedici-go. it

e-mail: ordmedgo@libero. it

tel. 0481 531440 fax 0481 534993

Novembre 2014

copia omaggio

anno 14 n. 1

n. 300 del Registro dei Periodici

iscritto al Tribunale di Gorizia

Periodico quadrimestrale distribuito a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Gorizia e a tutti gli Ordini d'Italia. È organo ufficiale di stampa dell'Ordine e pertanto le notizie pubblicate hanno carattere di ufficialità e di avviso per tutti i colleghi. Le richieste di pubblicazione o di comunicazione di congressi e manifestazioni devono pervenire all'Ordine almeno due mesi prima della data di pubblicazione. I colleghi sono invitati a collaborare alla realizzazione del Bollettino. Gli articoli sono pubblicati a giudizio del Comitato di Redazione. AVVERTENZA: il Bollettino tratta una materia di interesse professionale riportando argomenti e fatti che potrebbero determinare in coloro che sono estranei alla categoria degli apprezzamenti non equilibrati. Il Bollettino è scritto per gli iscritti agli Albi, non è quindi una pubblicazione per sale di attesa. Gli articoli firmati non comprendono la responsabilità degli altri componenti il comitato di redazione.

