



Bollettino n. 1/2015

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

Editoriali dei Presidenti



Sanzione è la parola che più frequentemente compare oggi sui media dedicati alla medicina e ai suoi operatori; si affianca a razionamento, efficientamento, riduzione della spesa, tagli.

Il ministro della salute minimizza: saranno sanzionati solo quei medici che deviano molto dalle indicazioni dei vari decreti.

Io vedo sanzioni per chi non si adegua al 730 precompilato, per chi non segue i criteri di appropriatezza stabiliti da medici o funzionari lontani dalla relazione di cura medico-paziente, per i medici competenti, perché le vaccinazioni sono in calo, ma lo sono anche in Europa.

I medici fiscali stanno vivendo da tempo una grave ingiustizia, che solo ora sta lentamente risolvendosi.

Il decreto sulla responsabilità professionale rischia di ritrovarsi parcellizzato, in una legge che ha risvolti prevalentemente economici.

L'antitrust non comprende la nostra preoccupazione che la pubblicità può danneggiare la persona bisognosa di indagini e cure.

La lotta all'abusivismo della professione medica e odontoiatrica è vista solo come protesta di lobby e non come protezione del paziente da cure improprie.

I cittadini stanno rinunciando alle cure, la spesa out of pocket aumenta, gli attuali LEA sono datati, la compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dei pazienti – leggi ticket – non potrà che aumentare.

La pervasiva burocrazia toglie tempo alla relazione di cura ed è un tempo che - se dedicato correttamente al paziente – riveste già il significato di cura.

Il turnover dei medici è lento, i turni sono massacranti, i contratti bloccati da anni, il rapporto con gli enti assicurativi difficile.

Il Ministro Lorenzin ha riconosciuto in una recente intervista (Il Sole 24 Ore, 21 Ottobre 2015) che se il nostro sistema sanitario regge è grazie al lavoro dei medici. *“Ho la massima considerazione e stima per i medici e per tutti gli operatori sanitari. Ho visto in quali condizioni lavorano. So che la sanità in questi anni di crisi è stata tenuta in piedi dal loro sacrificio, che hanno rinunciato ai rinnovi contrattuali, che c'è stato il blocco del turn over, che hanno orari di lavoro pesantissimi, che i giovani non vanno avanti”*

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri combatte.



Dal comunicato stampa della FNOMCeO in occasione degli Stati generali della Professione Medica e Odontoiatrica: *"I Medici chiedono di diventare interlocutori istituzionali ascoltati dalla politica sanitaria nazionale e regionale in quanto depositari di cultura e competenza per essere portatori di soluzioni dei problemi nell'interesse dei cittadini."*

Voi cercate di vedere il lato positivo.

Recuperate energie dalle soddisfazioni che questa professione può ancora darvi.

Tra voi e le persone che curate vi è un inimitabile e unico rapporto che si configura nella relazione di cura.

"Il medico non ha a che fare soltanto con un circuito elettrico, sia pure estremamente complesso, ma con un suo simile, con una persona che vive, spera, progetta, ama, si dispera, detesta, esattamente come lui. (G. Federspil - Padova 2007)."

Il medico è e sarà un mediatore: tra la salute e la malattia, tra il benessere e il dolore, tra la vita e la morte.

Roberta Chersevani



Alcune considerazioni sulla professione.

Cari Amici, questo bollettino viene ad uscire in un momento molto particolare ed estremamente importante in cui la professione medica e quella odontoiatrica hanno, di comune accordo, dichiarato lo stato di mobilitazione di fronte alle iniziative legislative e del Governo che sembrano voler penalizzare sempre di più i nostri iscritti. Non si tratta di considerazioni di carattere sindacale e contrattuale: non saremmo noi gli interlocutori! Si tratta di ben altro: la difesa del ruolo dei medici e degli odontoiatri nelle sedi in cui si fanno le scelte e si decidono gli obiettivi. Non è possibile accettare la logica che vuole i professionisti della sanità inquadrati come solerti burocrati che hanno il solo compito di porre in essere scelte operative fatte da altri (spesso manager "lunari") che non conoscono nulla del rapporto medico-paziente e della tutela della salute pubblica, e ancora peggio, non chiedono nulla a chi quotidianamente è sul campo. Inizierò affrontando alcune questioni apparentemente soltanto giuridiche ma che rivestono una grande importanza per la delicatezza dei temi.

La pubblicità sanitaria e l'antitrust

Molte preoccupazioni sta sollevando il contenzioso attualmente in essere fra la FNOMCeO e l'ANTITRUST in merito al provvedimento dell'Autorità che, in data 24/09/2014 nell'annullare alcuni articoli del Codice Deontologico concernenti la pubblicità dell'informazione sanitaria, irrogò anche una pesante sanzione pecuniaria a carico della FNOMCeO.

Come è noto, il ricorso della FNOMCeO, patrocinato da un collegio di legali di tutto rispetto, fu parzialmente accolto dal TAR, anche se furono confermate le altre decisioni sanzionatorie dell'Antitrust.

In data 10 novembre p.v. il Consiglio di Stato ha fissato l'udienza per la discussione nel merito e, quindi, si è in attesa di questa pronuncia auspicando che prevalga la linea della Federazione.

Gli odontoiatri, come ben sapete, sono stati i massimi artefici del prevalere di una linea di rigorosa opposizione al provvedimento dell'Antitrust che, sostanzialmente, intende equiparare le prestazioni professionali a qualsiasi altra prestazione commerciale soggetta, in toto, alle regole esclusive del mercato e della tutela della concorrenza.

È importante, inoltre, menzionare la recentissima sentenza della Corte di Cassazione n.



19246/15 che ha confermato che “l'accertamento della non conformità della condotta degli iscritti agli Ordini professionali ai canoni della dignità e del decoro, è rimesso agli Ordini medesimi, i quali hanno il potere di emanare norme di deontologia che gli iscritti sono tenuti ad osservare sotto pena di applicazione di sanzioni disciplinari”.

Fabbisogno - programmazione - percorsi formativi

La Cao ha più volte portato all'attenzione delle Istituzioni l'importanza dei temi con tutte le criticità e problematiche ancora irrisolte.

Relativamente alla prima questione, più volte ed in tutte le sedi istituzionali, la CAO ha chiarito che **il fabbisogno attuale di dentisti è pari a zero**. In effetti il numero di posti nelle facoltà è inferiore rispetto all'anno passato. Purtroppo occorre rilevare che se da questo punto di vista il buon senso è cominciato a prevalere, dall'altro alcune problematiche di fondo sono rimaste. I tagli orizzontali penalizzano i corsi di laurea virtuosi assimilandoli ai corsi di laurea meno qualificati che non formano adeguatamente i propri studenti. Ed il paradosso, alla fine, è che ci troviamo di fronte a tanti corsi di laurea per pochi studenti invece che pochi corsi di laurea (altamente qualificati) per un adeguato numero di studenti. Nonostante i tagli, è stato istituito un corso di laurea a **Salerno**: già appariva del tutto inutile l'istituzione di un ulteriore corso di laurea nel nostro Paese considerato che già 34 corsi accademici sono operativi sul nostro territorio. Quello che lascia esterrefatti è, però, la considerazione che tutto questo “sforzo” amministrativo dovrebbe permettere l'accesso di 11 studenti (!) con una evidente colpevole dimenticanza del concetto di costo-benefici. Con l'attivazione di Salerno salgono a 35, quindi, le Università sede di corso di laurea in odontoiatria e protesi dentaria. Stupisce, pertanto e non poco, in periodo di scarse risorse economiche, notare come 12 Atenei su 35 abbiano meno di 15 studenti e solo 7 ne abbia più di 30. I costi “normali” per formare un odontoiatra, secondo i dati più recenti, oscillano tra i 320.000 e i 360.000 euro considerando i costi a carico delle strutture sanitarie e quelli a carico delle famiglie.

Creare, quindi, un corso di laurea per 10 studenti comporta un costo di oltre 3.200.000 euro: è evidente l'assurdità di un simile meccanismo che viola in modo evidente qualsiasi criterio di ottimizzazione delle risorse oltretutto in un periodo difficile come quello che sta vivendo il Paese alle prese con tagli di “qualsiasi genere” e operazioni di spending review. Una diminuzione dei posti senza un'effettiva verifica delle potenzialità dei singoli corsi, **rischia di favorire il proliferare di accordi fra Università Italiane e straniere per consentire agli studenti più abbienti, non in grado di superare i test di accesso, di ottenere un diploma di laurea da “spendere”, poi, in Italia.**

Tessera sanitaria-730 precompilato

Relativamente alle problematiche connesse con la trasmissione dati relativa al 730 precompilato, la CAO ha sottoposto all'attenzione del Ministri competenti le problematiche

derivanti dall'emanazione del decreto del 31 luglio 2015 riguardante - Specifiche tecniche e modalità operative relative alla trasmissione telematica delle spese sanitarie al Sistema Tessera Sanitaria, da rendere disponibili all'Agenzia delle entrate per la dichiarazione dei redditi precompilata. La preoccupazione delle professioni odontoiatriche nasce dal fatto che per la nostra categoria intervengono **ulteriori**



complicazioni burocratiche che si aggiungono alla già consistente mole di adempimenti già a carico degli studi odontoiatrici. Inoltre, la categoria non è stata, se non puramente a titolo informativo, coinvolta nelle decisioni che rischiano di penalizzare realmente l'assistenza odontoiatrica. La normativa, poi, non appare chiara considerata che da un lato si impone ai medici e agli odontoiatri di inviare le spese sanitarie sostenute dal singolo paziente mediante il Sistema Tessera Sanitaria mentre dall'altro si rinvia ad accordi tra Stato e Regioni la definizione delle modalità applicative con il consueto rischio di trovarsi in futuro di fronte a regole diverse tra le Regioni.

Non va sottovalutato, inoltre, il problema dell'obbligo per i dentisti e i medici liberi professionisti di dotarsi di programmi informatici che dialoghino con il Sistema Tessera Sanitaria con ulteriori aggravii anche economici per i liberi professionisti stessi. Queste nuove complesse procedure non appaiono inoltre particolarmente decisive considerato che i dati delle parcelle degli odontoiatri liberi professionisti nei confronti dei pazienti sono già fornite al Fisco attraverso il c.d. sistema dello spesometro.

Non vi è nessuna volontà di intralciare riforme che vanno a favorire i cittadini ma non si può negare che le nuove procedure **sembrano costituire una duplicazione e una ulteriore complessità** che va a pesare sui liberi professionisti che già vivono un momento di crisi a causa della consistente riduzione della domanda di assistenza sanitaria derivante dal persistere della crisi economica.

Direzione sanitaria-strutture odontoiatriche

La legge 412/1991, ricorda la nota a firma del presidente FnomeCeo Roberta Chersevani, prevede che "le istituzioni sanitarie private che erogano prestazioni poliambulatoriali, devono avere un Direttore Sanitario o tecnico".

E tra i compiti del Direttore Sanitario c'è "la responsabilità personale di carattere generale sul funzionamento complessivo del presidio con obblighi che attengono anzitutto alla vigilanza sui requisiti igienici e sull'idoneità delle attrezzature tecniche, nonché sul possesso da parte del personale addetto dei prescritti requisiti professionali, ma anche alla vigilanza sulla qualità delle singole prestazioni diagnostiche terapeutiche erogate ai pazienti".

Anche il Codice di deontologia medica, viene ricordato, "ha ampiamente chiarito che il medico che assuma la funzione di medico sanitario deve essere in possesso dei titoli previsti dall'ordinamento per l'esercizio della professione ed essere adeguatamente suppor-



tato per le competenze relative ad entrambi le professioni di cui all'art. 1 (medicina e odontoiatria) in relazione alla presenza delle stesse nella struttura”.

Ma in merito al quesito posto a quale Albo deve essere iscritto il direttore sanitario per non incorrere in sanzioni anche in tema di abusivismo professionale?

Se la direzione è resa in una struttura monospecialistica di odontoiatria, chiarisce la nota, può essere assunta da un laureato in medicina e chirurgia iscritto

ad entrambi gli albi (medicina ed odontoiatria) oppure da un laureato in odontoiatria e protesi dentaria iscritto al relativo albo.

Se invece si tratta di una struttura polispecialistica comprensive di attività odontoiatriche e medica, la direzione sanitaria, specifica la FNOMCeO “potrebbe essere anche attribuita ad un medico iscritto al relativo Albo purchè supportato, nello specifico, da un iscritto all'Albo degli odontoiatri quale responsabile di settore.

Dispositivi medici-sentenza TAR Vicenza

È opportuno ricordare la recentissima sentenza del Tribunale civile di Vicenza n. 1686/2015 che ha chiarito che “il fabbricante è *«la persona fisica o giuridica responsabile della progettazione, della fabbricazione, dell'imballaggio e dell'etichettatura di un dispositivo in vista dell'immissione in commercio a proprio nome»*. L'odontoiatra non immette invece in commercio dispositivi medici, né può vendere prodotti al paziente, ma fornisce una prestazione professionale nell'ambito della quale applica un prodotto per la cura del paziente. Pertanto, a differenza dell'odontotecnico, la cui prestazione tipica consiste nella fabbricazione di un prodotto, nel caso dell'odontoiatra prevale l'attività diagnostica.

Odontoiatria solidale

A fronte dei possibili tagli alla sanità, i professionisti odontoiatri non vengono meno al loro senso di responsabilità nel portare avanti, con riservatezza, il loro lavoro con scienza e coscienza anche nei confronti delle categorie più disagiate. Ricordo che sul territorio nazionale operano diverse ONLUS che forniscono, per esempio, gratuitamente cure odontoiatriche a persone, italiane e straniere, in grave stato di disagio economico e sociale provenienti da famiglie a carico dei Servizi Sociali o appartenenti a strutture protette.

La Cao, inoltre, continua a portare avanti il progetto, già approvato a livello nazionale, per un nuovo modello di assistenza odontoiatrica' con l'ambizioso obiettivo di migliorare l'assistenza odontoiatrica attraverso iniziative gratuite in favore delle persone in difficoltà sociale o travolte dalla cosiddetta 'nuova povertà' frutto della crisi economica devastante tuttora in corso. Questo è il terreno sul quale ci muoveremo nei prossimi tempi._

Gianfranco Ferrari

Crisi della figura del medico

ROBERTA CHERSEVANI

Tratto dal Bollettino Brescia Medica n. 374 – Giugno, Luglio, Agosto 2015



Una mattina presto, non molto tempo fa, nel parcheggio del mio vecchio ospedale, per accertamenti. Bloccata da una telefonata mi ritrovo a guardare i colleghi che vanno al lavoro. Il linguaggio non verbale è chiarissimo. Li riconosco e riconosco anche il disagio che vivono e che mi trasmettono. Turni massacranti, vissuti ancora con spirito di servizio. Restano massacranti anche se qualcuno pensa che la monetizzazione li rende meno pesanti. Straordinari senza compenso ma soprattutto senza possibilità di recupero. Stanchezza pericolosa, altro che *risk management*. Progressione di carriera interrotta: la riforma regionale ha abolito un bel po' di "primariati". Una collega è andata in maternità, e non sarà sostituita; questa nascita non è una festa ma un dramma. Una pensione, che alla fine è un miraggio; belli i tempi in cui l'aiuto anziano non faceva guardie o reperibilità, ma era punto di riferimento per i colleghi giovani. Quando l'ultimo contratto? Il burnout che dovrebbe perseguire solo professionisti in contesti difficili si è diffuso. Non vedo giovani: non ci sono, non c'è turnover.

Questo è l'ospedale, sono i medici della dipendenza, ma i problemi sono analoghi anche in altri settori.

Cominciamo dai giovani, disillusi anche solo perché vorrebbero fare i medici. Poi riescono a entrare, si laureano, e si ritrovano in un limbo perché gli accessi alle scuole di specialità e ai corsi di laurea in Medicina Generale non corrispondono al numero dei laureati; si forma una pleora di disoccupati, sottoccupati, senza futuro – il SSN richiede la specializzazione. Inutile che la FNOMCeO predichi inascoltata da anni i numeri che corrispondono al fabbisogno e alla congruenza pre e postlaurea. Il numero di colleghi che decidono di migrare è assolutamente incompatibile con lo sforzo personale e delle istituzioni che li hanno portati al conseguimento della laurea. Ho ap-

purato personalmente, con tristezza e disappunto, che un percorso all'estero, anche se gravato da problemi linguistici, e di posizione, trova una maggiore linearità di percorso. Li perdiamo, perché non tornano e ciò convalida la loro capacità ed il risultato. Si dice di 1000 migrazioni per anno.

Passiamo ai Medici di Medicina Generale, o Medici di Base (un collega qualche anno fa a Trieste si è preso una denuncia per questa definizione), o meglio ancora Medici di Famiglia. La decurtazione dei posti di degenza ospedaliera si raccorda ad un inevitabile maggiore disponibilità del territorio, che non esiste e non ha ancora una chiara programmazione futura.

Sono pazienti cronici, anche la neoplasia si è cronicizzata, con multiple patologie e con somministrazioni terapeutiche multiple, cui fanno fatica a esprimere una necessaria *compliance*. Senza tener conto del *budget*.

Andiamo a vedere il rapporto medico paziente; preferisco il termine persona, che - al di là di riflessioni filosofiche - indica chi bussa alla porta, la apre su invito, e si presenta con tutto il suo vissuto, le sue problematiche pregresse e presenti, e la richiesta di aiuto, conforto, collaborazione. Qui entra in gioco il mio ruolo di medico, non posso estraniarmi, devo esserci, al massimo delle mie capacità di comprensione ed empatia. Il tutto poi si riduce alla disponibilità e predisposizione dei singoli, perché i percorsi formativi ne tengono davvero poco conto.

Quella persona può esprimere una evidente asimmetria, che riporta la relazione medico-paziente ai tempi di un eccessivo (talora ancora rimpianto paternalismo), ma può anche presentare fastidiose difficoltà di comunicazione, perché associate al *menage a trois* cui il web ci sottopone. Arrivano con pagine stampate, da siti incontrollabili e da informazioni

difficilmente gestibili. Al di là della immediata irritazione, esiste il tempo necessario per informare e spiegare? Esiste il tempo di informarci, se l'informazione è valida?

Nell'articolo 20 del Codice Deontologico, dedicato alla relazione di cura, si dice del tempo dedicato equivalente al tempo di cura. Questo è ancora possibile quando la diagnosi è parcellizzata, condivisa da tanti specialisti, grazie all'aumento delle conoscenze e delle specializzazioni? Quando il rapporto medico/paziente tende a ridursi ad un processo molto burocratico di invio e ricezione di risposta, quando la pleora di dati strumentali e di laboratorio complica la diagnosi, portando in ambiti di confusione, sovradiagnosi e rischio di sovratrattamento?

Resta la medicina difensiva. Non per una vera e propria difesa, ma perché è difficile dire di no in un contesto molto personale tra medico e paziente: l'uno che cerca di arrivare alla diagnosi e l'altro con aspettative di salute, diagnosi, guarigione, felicità.

Nel medesimo contesto l'appropriatezza, ancora vista come un paradigma economico, per ridurre la spesa del sistema sanitario, e non come la competenza del medico, che in scienza e coscienza (termini desueti?), in piena autonomia decide ciò che è giusto per quel paziente, in quel momento e in quel contesto. Le linee guida non trasmettono il concetto di alleanza terapeutica (anche questo termine desueto).

Passiamo all'aggiornamento: non solo è previsto per legge, ma fa parte della necessità che il medico avverte di un *life-long learning*. Non si può gestire una professione così complessa, un'arte spesso incerta, senza tener conto dell'informazione, vivace, e concreta che accompagna il nostro percorso. Dopo 30 anni dalla laurea di ciò che abbiamo imparato nel corso di studi resta davvero poco. Ma l'aggiornamento spesso equivale solo a numero di crediti, alle domande *multiple-choice* che distraggono dall'attenzione di ascolto del relatore. I crediti si esprimono in numeri, con

valenza davvero variabile, e dovrebbero documentare la nostra preparazione?

Esiste davvero tutta questa opportunità di aggiornamento, senza difficili assenze sul posto di lavoro, su argomenti sempre idonei, e con la sensazione vera di avere imparato qualcosa? La recente vicenda dei medici competenti, cancellati per legge dai registri di appartenenza, per mancati crediti di aggiornamento, non potrebbe forse indicare un nostro futuro intoppo per mancati crediti?

Passiamo ad un'altra realtà: l'aumento del contenzioso, spesso fomentato da una pleora di avvocati in cerca di lavoro. *Malasanità* compare spesso su tabelloni, vetrine di attività più o meno definite; un'autoscuola della mia città espone a grandi lettere in finestra *Errori medici e ospedalieri*. Tentativi di approfondimento in loco portano alla richiesta di esibire la cartella clinica o altra documentazione di appoggio. "La esamineremo e non le costerà nulla". L'Ordine degli Avvocati, che ho coinvolto non fornisce ulteriori chiarimenti. La triste realtà è che la stragrande maggioranza di queste denunce non approda a nulla. Chi per una volta ha ricevuto una busta verde, e relativa comunicazione, correlerà per sempre il suono del campanello e la voce del postino ad un momento di ansia. La serenità è difficile da recuperare, anche se siamo consapevoli che non ci sono errori, e tanto meno atteggiamenti colpevoli.

Abbiamo bisogno di medici sereni, apprezzati, compresi per l'impegno che dimostrano, per la difficoltà che questa professione - che abbinata la tecnica all'arte - comporta, per la comprensione che cercano di manifestare, per il ragionamento, che essa comporta.

Resta da potenziare la capacità di ascolto, anche protratto - che forse aiuta nell'ipotesi diagnostica, e che sicuramente riduce la conflittualità. Resta da rafforzare l'empatia, ricordando che *"il medico non ha a che fare soltanto con un circuito elettrico, sia pure estremamente complesso, ma con un suo simile, con una persona che vive, spera, progetta, ama, si dispera, detesta, esattamente come lui"* (da G. Federspil, Padova, 2007).



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



ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE 2015

A norma dell'art. 23 e seguenti del D.P.R. 5 aprile 1950 n. 221 in prima convocazione
sabato 12 dicembre 2015 alle ore 23.00
presso la sede dell'Ordine in via Brigata Casale 19/b, Gorizia

e in seconda convocazione

**Domenica 13 DICEMBRE 2015 alle ore 10.30
presso l'Azienda Agricola CASTELVECCHIO
via Castelnuovo, 2 Sagrado (GO)**

Ordine del giorno:

1. Relazione del Tesoriere e dei Revisori dei Conti
2. Esame ed approvazione del Bilancio Consuntivo 2014
3. Esame ed approvazione del Bilancio di Previsione 2016

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

Seguirà l'intervento della Dott.ssa Sara Patuzzo dal titolo: *"I valori della Professione. Passato, presente e futuro del Codice di Deontologia Medica"*.

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 di Previsione 2016 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 12/12/2015
(prima convocazione) e del 13/12/2015 (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.

Gli occhi di Mario

“Anamorfofi” è il titolo della retrospettiva che la galleria d’arte “Mario Di Iorio” della Biblioteca Statale Isontina ha dedicato al medico e artista goriziano Mario Luis (1957-2014).

Nelle due sale della galleria di via Mamelì 12 i curatori Mariagrazia Persolja e Ernesto Paulin hanno ideato un doppio percorso di scoperta della figura dell’artista mentre Giovanni Puntin ha scritto un testo pubblicato nel depliant della mostra.

Da una parte le grandi opere su tela e carta, oltre una ventina, realizzate utilizzando tecniche miste, matite, resine, colori acrilici e sostanze materiche. Dall’altra il racconto visivo e bibliografico tracciato da disegni e schizzi di piccolo formato che, accanto a libri di filosofia greca, di storia delle religioni, di cultura ebraica e esoterismo, provenienti dalla sua biblioteca, sono esposti nelle bacheche.

I quadri, realizzati fra il 1997 e il 2007, seguono un filo rosso nel quale il corpo umano è

fra i soggetti prediletti. Labirinti anatomici, fasci di nervi e viscere che inquietano, pongono domande, emanando un fascino intenso. Personale e originale il suo stile declinato dal figurativo all’astratto.

Laureato in medicina Mario Luis ha svolto a Gorizia l’attività di medico odontoiatra, ma da sempre ha coltivato uno stretto e intenso rapporto con il mondo dell’arte, sia come artista che come frequentatore di musei e gallerie. Lettore insaziabile, le sue conoscenze spaziavano dall’arte alla storia delle religioni, dalla filosofia greca classica all’ebraismo e alle scienze esoteriche. Le sue opere sono state esposte in mostre nell’isontino e in altre regioni italiane.



MARGHERITA REGUITTI
Responsabile stampa e media
Biblioteca Statale Isontina



Il semplice profumo di un dolcetto, nella fluviale *recherche* proustiana, sollecita l'emergere di uno stillicidio di ricordi, sepolti dalle macerie del tempo. Personaggi, situazioni, paesaggi - pagina dopo pagina - prendono corpo, diventano tangibili. Il lettore familiarizza con l'autore, solidarizza con le sue gioie, le sue ansie. Si stabilisce, insomma, un rapporto empatico: i personaggi del microcosmo proustiano si sovrappongono con le vite di chiunque in un tutto indistinto.

Le narrazioni pittoriche di Mario Luis hanno origine dal luogo che precede la ragione; si materializzano in un suono doloroso, una musica afasica che si dissolve nel momento medesimo in cui si manifesta.

Non c'è empatia nelle pitture di Mario Luis: i labirinti anatomici, i fasci di nervi, le viscere esistenziali inquietano, respingono.

È una pittura che ti lascia entrare solo per evidenziare la propria insostenibilità: come un mostro rabbioso, la semantica si divincola dai tentacoli e dalle lusinghe dell'ecrasi

La bellezza del segno è un'impostura; prelude allo sgomento che precede l'irrompere spaventoso di un qualche Minotauro ansante, dalle carni tremante.

La prima volta che mi sono trovato a "leggere" un dipinto di Mario, mi è successa una cosa inconsue-

ta: più cercavo di osservare e più forte si faceva in me la sensazione-percezione di essere osservato.

Un asslouto straniamento.

Una sorta di gioco del rovescio in cui i ruoli sono ribaltati e ogni aspirazione viene inibita un attimo prima dell'intenzione.

Sì, in *Aorte* ricorda *Las meninas*, la grande tela del sommo Spagnolo, dove l'occhio dell'artista ci guarda beffardo. Ma è uno sguardo anche bonario, rassicurante. I dipinti di Mario non sono bonari, nemmeno spaventosi: di orribile hanno soltanto la confessione dell'inconoscibilità del tutto.

Una vera fatica di Sisifo l'esperienza pittorica di questo artista: un disperato tentativo di penetrare - con la bellezza dei volumi, delle proporzioni, della crudele precisione delle linee - i recessi di ognuno di noi. E ogni volta è una sconfitta, un tormentoso risalire dagli abissi.

I dipinti di Mario sono come il punto lontano sul mare che via via diviene bastimento e quando pensi di averlo afferrato, immediatamente torna ad essere un punto lontano.

Non lascia indifferenti - e questa è una vittoria - la pittura di Mario.

Se, finito di guardare l'ultima opera, prima di congedarci, daremo un'ultima occhiata alle nostre spalle, ci accorgeremmo di lasciare una Troia in fiamme.

Mario era un mio amico. Durante le nostre discussioni, pacate, quasi sussurrate, cercavo nei suoi occhi la chiave per decifrare il suo immaginario pittorico esistenziale.

Mario non c'è più. Attraverso i suoi quadri cerco di riprendermi i suoi occhi.

Giovanni Puntin



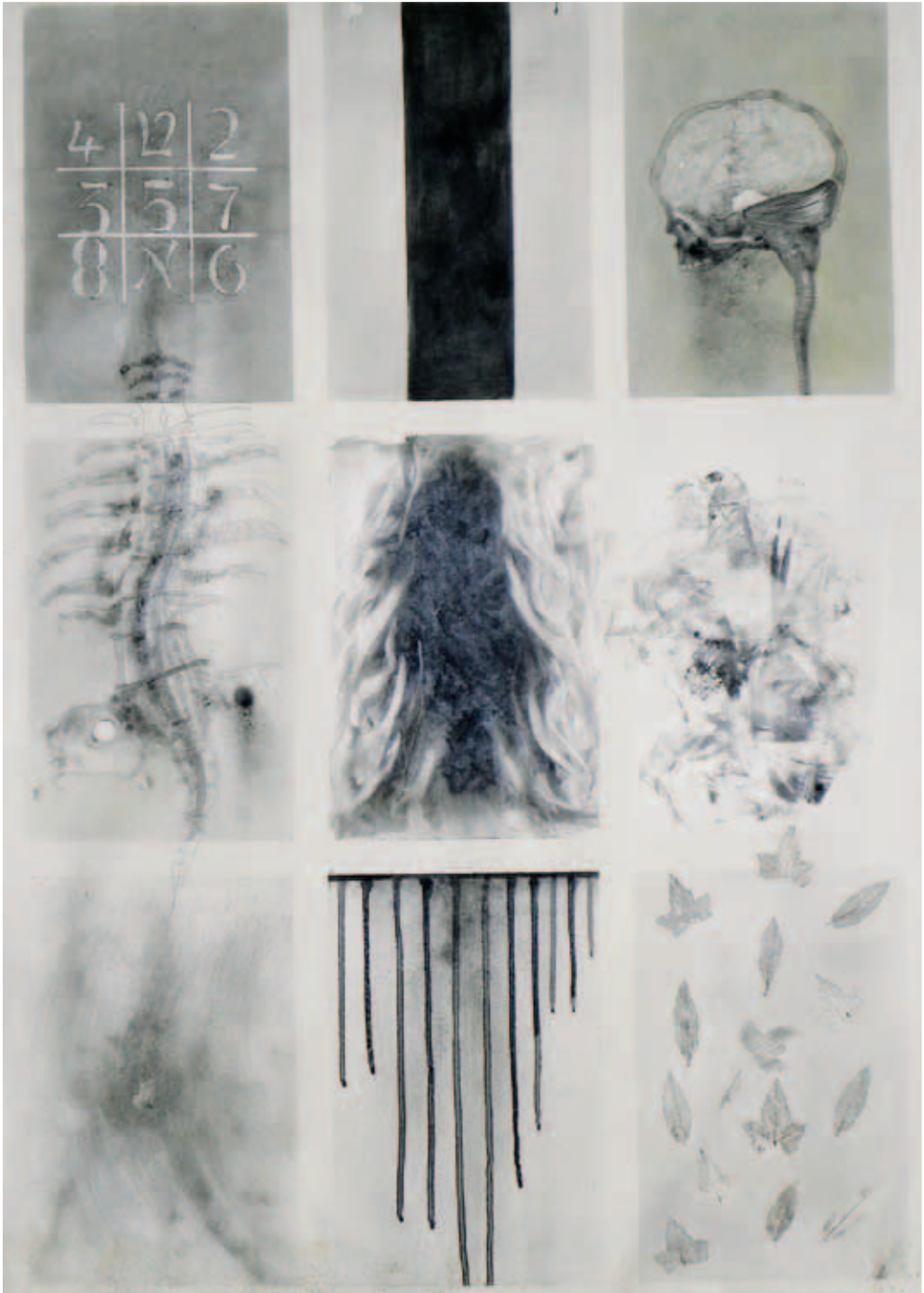
Mario Luis (Gorizia, 1957-2014)

Dopo gli studi liceali, consegue la laurea in medicina e si specializza in odontoiatria.

Persona sensibile, con una naturale capacità di analisi introspettiva e di ricerca nel mondo delle arti figurative. Era lettore insaziabile di saggi e di studi non solo dedicati al mondo artistico, ma anche di quelli rivolti alle antiche culture e alle religioni medio orientali. Veniva pure attratto dall'esoterismo e dalle teorie dei filosofi della Grecia Classica e dalla cultura ebraica.

Durante gli anni della professione di medico dentista continua ad approfondire ed affinare la sua vocazione artistica, già spiccatamente manifestata in età giovanile, esprimendo la propria interiorità con la pittura.

Le sue opere sono state esposte nella mostra personale *Anamorfosi*, presso l'Enoteca "La Serenissima" di Gradisca (settembre 2000), nella collettiva *Artisti per Venezia*, presso la Scoletta San Zaccaria di Venezia (luglio 2001), nella collettiva a Prato della Valle di Padova (maggio 2007), nella mostra personale *Lacerti antropologici*, presso la Libreria "Rebus" di Cormons (febbraio 2008).



**ANALISI COSTO/EFFICACIA
NELLA PANCREASECTOMIA
DISTALE LAPAROSCOPICA**

Dr.ssa Selene Bogoni

BACKGROUND

I dati riguardanti la qualità della vita nei pazienti sottoposti a pancreasectomia distale laparoscopica sono carenti e nessuno studio ad oggi ha riportato dati concreti di analisi costo/efficacia sulla procedura. Lo scopo di questo studio è quello di valutare e comparare la qualità della vita e la "cost-effectiveness" tra la pancreasectomia distale laparoscopica ed "open".

METODI

Quarantuno pazienti sottoposti a pancreasectomia distale laparoscopica e quaranta pazienti sottoposti a pancreasectomia "open" sono stati retrospettivamente studiati e confrontati, in particolare riguardo ai risultati post-operatori, la qualità della vita ed i termini di costo-efficacia. La versione italiana del questionario della European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality-of-Life Questionnaire C-30, versione 3.0 è stato usato per quantificare la qualità della vita.

RISULTATI

I risultati post-operatori sono risultati simili nei due gruppi a confronto; l'unica differenza è stata riscontrata riguardo alla ripresa dell'alimentazione, risultata più precoce nel gruppo laparoscopico piuttosto che nel gruppo

"open" ($P < 0.001$). Rispetto alla qualità della vita, l'approccio laparoscopico è risultato in grado di migliorare la condizione fisica ($P = 0.049$), la funzione "di ruolo" nella società ($P = 0.044$) e la funzione cognitiva ($P = 0.030$), e di ridurre significativamente i disturbi del sonno ($P = 0.050$). L'analisi costo-efficacia ha mostrato che la pancreasectomia distale laparoscopica ha quindi più alte probabilità di risultare vantaggiosa se si è disposti ad accettare un "willingness-to-pay" di 5400 Euro per ogni QALY guadagnato (anni di vita corretti per la qualità).

CONCLUSIONI

In conclusione, nonostante i limiti di questo studio (piccolo campione di pazienti osservati e disegno di tipo retrospettivo), è stato possibile ottenere alcune nuove informazioni riguardo la pancreasectomia distale laparoscopica: essa può essere ritenuta non solo sicura e fattibile ma anche accettabile dal punto di vista del rapporto "cost-effectiveness" nell'ambito dei servizi sanitari Italiani ed Europei. Infatti, sebbene più costosa rispetto all'approccio "open", permette di ottenere miglioramenti significativi nella qualità di vita dei pazienti, con costi accettabili ed in ogni caso suscettibili di ulteriori diminuzioni grazie ad alcuni accorgimenti nell'uso dello strumentario chirurgico.



INCIDENZA E PROGNOSI DELLA CARCINOSI PERITONEALE MICROSCOPICA NEL CANCRO DELLO STOMACO AVANZATO

Dr. ssa Denise Brandolin

INTRODUZIONE

La carcinosi peritoneale (CP), intesa come localizzazione nella sierosa peritoneale di noduli neoplastici, si riscontra solitamente nei tumori dello stomaco in stadio avanzato e viene considerata una malattia incurabile. La CP macroscopica, presente al momento dell'intervento rappresenta un fattore prognostico negativo determinante per la cura dei pazienti. Recentemente è stato valutato anche il ruolo della CP microscopica (la quale non è visibile in sede di intervento chirurgico) e che può essere documentata durante l'esame anatomo - patologico dei campioni esaminati.

MATERIALI E METODI

In questo studio retrospettivo abbiamo preso in considerazione pazienti colpiti da cancro dello stomaco e trattati chirurgicamente in modo radicale. Abbiamo escluso dallo studio i casi di CP macroscopica manifesta all'atto operatorio. Inoltre abbiamo suddiviso la nostra popolazione in due gruppi basati sulla presenza della CP microscopica all'esame patologico.

RISULTATI

La prevalenza della CP microscopica è risultata del 5,5%. La CP microscopica ha avuto un impatto significativamente negativo sulla OS. Nelle analisi multivariate i fattori di rischio maggiormente predittivi per la presenza di CP microscopica sono risultati l'adenocarcinoma di tipo diffuso, l'invasione linfatica e vascolare, lo sviluppo del tumore su un sito di pregressa chirurgia gastrica e l'estensione del tumore superiore ad uno stadio T2. Tra

questi la presenza di invasione linfatica e vascolare sono risultati i fattori di rischio maggiormente significativi e predittivi.

CONCLUSIONI

La CP microscopica presente in almeno il 5,5% dei pazienti operati per cancro gastrico è un fattore prognostico negativo. Questi pazienti che hanno subito un intervento chirurgico con intento curativo potrebbero beneficiare di un trattamento locoregionale maggiormente aggressivo allo scopo di eradicare, al momento dell'intervento chirurgico, la CP microscopica

RISCONTRO ACCIDENTALE DI FIBRILLAZIONE ATRIALE AL CONTROLLO PACEMAKER. EFFETTI SULLA TERAPIA ANTITROMBOTICA

Dr. ssa Stefania Franco

INTRODUZIONE

L'incidenza di fibrillazione atriale (FA) nei pazienti portatori di pacemaker (PM) è elevata. Il riscontro accidentale di FA dovrebbe consentire la tempestiva introduzione di terapia anticoagulante orale (TAO), tuttavia non è noto quale sia il reale impatto di questa informazione nella pratica clinica.

METODI E RISULTATI

Dal 1 luglio al 31 ottobre 2012, 875 pazienti portatori di pacemaker si sono recati per un controllo di routine presso l'Ambulatorio Pacemaker della Cardiologia di Trieste. Tra questi, 406 (46.4%) avevano un pacemaker bicamerale con possibilità di riconoscimento delle aritmie atriali e di loro 270 non avevano alcuna storia di FA. Durante il control-

lo pacemaker in 42 (15.6%) è stato riscontrato almeno un episodio di tachiaritmia atriale all'interrogazione del device. Nell'83% dei casi erano uomini, con un CHA₂DS₂VASc score medio di 4.2 ± 1.3 ed un HASBLED score di 2.4 ± 1.1 . Il 31% era regolarmente seguito da un cardiologo. In tutti i referti era indicata la presenza dell'aritmia, ma una chiara indicazione scritta ad iniziare la terapia anticoagulante era presente in un solo referto del controllo PM, mentre in altri 2 era specificata la necessità di un controllo clinico per valutare un eventuale adeguamento della terapia. Tra questi pazienti solo 1 ha iniziato la TAO. Al successivo controllo PM (9.0 \pm 3.7 mesi dopo), la terapia antitrombotica è stata introdotta in 7 pazienti: 3 iniziarono terapia antiaggregante e 4 TAO con warfarin. Il warfarin è stato prescritto da cardiologi a 2 pazienti, mentre in altri 2 casi la terapia è stata iniziata durante un ricovero ospedaliero. La TAO non è mai stata prescritta dai medici di medicina generale senza una consulenza cardiologica. Durante il follow-up, durato 20.7 \pm 3.6 mesi, si sono verificati 6 eventi avversi: 3 eventi tromboembolici e 3 decessi. Nessuno dei pazienti assumeva TAO al momento dell'evento, al contrario, 2 pazienti erano in terapia con antiaggreganti.

CONCLUSIONI

I pazienti con episodi di FA asintomatica riscontrata accidentalmente al controllo pacemaker non ricevono adeguata terapia anticoagulante, nonostante presentino un elevato rischio tromboembolico ed un rischio emorragico accettabile. Riportare la presenza dell'aritmia sul referto del controllo PM, così come includere un suggerimento riguardante la necessità di introdurre una profilassi antitrombotica, non sembrano aver migliorato

le strategie di prevenzione del tromboembolismo. Il nostro studio evidenzia la necessità di migliorare la comunicazione con i medici referenti, e magari incoraggiare un maggior coinvolgimento dei cardiologi nella gestione terapeutica di questi pazienti.

VITA, MORTE E MIRACOLI DI 400 BAMBINI SUPERALLERGICI

Dr. Marco Franzoi

Secondo quanto redatto dalle linee guida della "National Institute of Allergy and Infectious Diseases", l'allergia alimentare può essere definita come un "effetto avverso dovuto ad una risposta immunitaria specifica che si verifica in maniera riproducibile all'esposizione ad un dato alimento". L'allergia alimentare è quindi una circostanza in cui un individuo può sviluppare una reazione immunologica eccezionale e spropositata quando esposto ad un antigene alimentare specifico e la risposta smodata del sistema immunitario può essere indipendente dalla quantità dell'offendente ingerito.

Il fenomeno dell'anafilassi alimentare è un problema sempre più frequente e importante, sia in termini di impatto sociale che in termini di qualità di vita. Dare una percentuale precisa dell'incidenza risulta essere molto difficile, in quanto i fattori chiamati nella valutazione sono molto eterogenei: la stessa definizione di allergia, le metodologie utilizzate negli studi, le diverse aree geografiche che interessano differenti popolazioni con differenti esposizioni alimentari e le dissimili condizioni socio-economiche che possono influire su tutti gli altri fattori considerati. Per questo problema, non solo di interesse pediatrico, le recenti stime considerano percentuali di incidenza comprese tra il 2% e il

6%, percentuale che aumenta in modo importante se si considera la *life-time prevalence*, con cui raggiunge il 17,3%.

La prognosi per le allergie alimentari è sempre stata positiva, malgrado le variazioni tra i singoli alimenti. Nel complesso possiamo fare una distinzione tra il gruppo rappresentato da uovo, latte, frumento e soia, che tipicamente si risolvono durante l'infanzia, e le allergie verso arachidi, noci, pesce e molluschi che invece tendono a persistere oltre il periodo dell'infanzia. In particolare, statisticamente, l'allergia al latte vaccino è la più frequente, con una percentuale di incidenza compresa tra il 2,5% e il 3%, seguita dall'uovo con prevalenza di poco minore (2%).

Ad oggi non sono disponibili trattamenti che garantiscano una guarigione ed una prevenzione delle allergie alimentari, e l'unica pratica indicata dalle attuali linee guida è la *dieta di eliminazione* dell'offendente (o *avoidance*) adiuvata dalla tempestiva disponibilità di farmaci per la gestione della sintomatologia anafilattica. Malgrado la dieta di esclusione risulti essere la via più rapida e sicura nella gestione della sintomatologia, risulta anche essere quella più difficile da mantenere nel lungo periodo in quanto la maggior parte degli allergeni sono presenti nella dieta di tutti i giorni e il rischio di reazioni severe per contatti accidentali può essere molto elevato e la maggior parte degli alimenti di comune impiego mostrano spesso una *cross-reattività* tra loro. Il trattamento che attualmente mostra risultati promettenti, è l'*immunoterapia orale specifica* (o *desensibilizzazione orale specifica*) che ha lo scopo di indurre una tolleranza immunitaria nei confronti dell'alimento responsabile dell'anafilassi per mezzo di progressive e ripetute esposizioni ad un determinato antigene alimentare.

Questo studio ha il principale obiettivo di valutare, nei bambini con grave allergia ali-

mentare, i motivi che hanno portato ad intraprendere una dieta di eliminazione nei confronti di un alimento, distinguendo i casi in cui si è optato per un'esclusione dell'alimento a seguito di una reazione IgE-mediata, dai casi in cui l'eliminazione è avvenuta senza che fossero presenti reazioni allergiche acute immediate. Collateralmente è stata valutata la casistica dei bambini che si sono rivolti alla Clinica Pediatrica dell'Istituto per l'Infanzia "Burlo Garofolo" di Trieste per procedere al protocollo di desensibilizzazione orale dal 2001 al 2014, valutandone l'esito al termine della fase di *rush* ospedaliera.

Per questo sono stati presi in considerazione solamente i bambini considerati "superallergici", ovvero bambini che presentassero almeno uno dei seguenti parametri:

- presenza di reazioni di grado 2-3 per contatto o inalazione
- presenza di reazioni di grado 4-5 per ingestione
- reazioni di grado 5 indipendentemente da quantità dell'alimento e dalla via di esposizione
- e/o RAST $>85 \text{ kU}_A/\text{L}$
- e/o Skin Prick Test $>8\text{mm}$ (diametro del pomfo)

Della coorte iniziale di 407 bambini, ne sono stati studiati 380, in quanto 27 hanno raggiunto spontaneamente la tolleranza durante la fase di desensibilizzazione ospedaliera. Il gruppo è rappresentato per il 64% da maschi e solo per il 36% da femmine, distribuiti eterogeneamente in un range di età comprese tra l'1 e i 22 anni. Secondo l'incidenza di anafilassi per alimenti, il più rappresentato è il latte con 327 casi (pari al 86%), in seconda è l'uovo, a cui sono allergici 225 bambini (corrispondenti al 55,28%), men-

tre altri alimenti come frutta secca, soia, pesce e carne sono risultati presenti in percentuali di molto minori. Il numero di casi di "poliallergia" alimentare riscontrati tra i 380 piccoli superallergici, riguarda 206 pazienti, indicando come sia frequente una predisposizione verso la sensibilizzazione a più di un alimento.

Rispondendo al principale degli obiettivi che questo studio si pone, sono stati suddivisi i soggetti che hanno avviato la dieta in seguito ad una reazione acuta IgE-mediata ("anafilattica") provocata dall'alimento stesso, da quelli che hanno eliminato un alimento già introdotto per curare, ad esempio, sintomi gastrointestinali (coliche, vomiti/rigurgiti), o per trattare un eczema o per riscontro di un prick test positivo. Esistono infine soggetti che non hanno mai introdotto un determinato alimento perchè ritenuti soggetti a rischio allergico, ad esempio per familiarità o per riscontro di IgE specifiche verso alimenti non ancora introdotti nella dieta in presenza, o meno, di eczema.

Nel campione considerato in questa tesi, emerge che ben 195 (pari al 51%) bambini hanno eliminato un alimento in base a condizioni che non erano correlabili ad un'anafilassi alimentare, rappresentate per il 76% dei casi dalla comparsa o dall'aggravamento di dermatite atopica e in misura minore (8%) da una familiarità. Lo stesso approccio di avoidance è stato suggerito anche alle madri in 53 casi (13%) sia in fase di gravidanza che in fase di allattamento, seguendo indicazioni che individuavano in questo tipo di pratica un'efficace prevenzione delle allergie alimentari. Inoltre in ben 114 bambini (30%), l'alimento in causa non era stato mai nemmeno introdotto nella dieta, per il riscontro

di una prick positività o perchè il soggetto è stato considerato a rischio. Solamente in 185 casi l'eliminazione dell'alimento mostrava una giustificazione clinica, con la presenza di reazioni acute di vario grado.

Nel campione considerato in questo studio, risulta che ben l'83% di tutti i bambini messi in dieta di esclusione ha successivamente mostrato reazioni allergiche dovute a contatti accidentali e non in corso di tentativi di reintroduzione. Le manifestazioni oltretutto hanno mostrato un incremento della gravità con il ripetersi dei contatti accidentali (contaminazioni alimentari).

Per quanto riguarda l'andamento della desensibilizzazione, è stato analizzato per ogni singolo bambino la quota di alimento raggiunta durante la fase ospedaliera (della durata di circa 10 giorni), che è una misura indiretta del successivo outcome (raggiungimento o meno della tolleranza), focalizzando l'attenzione su latte e uovo ai fini statistici.

Nel gruppo che ha affrontato la fase di desensibilizzazione orale in ambiente ospedaliero, 196 (pari al 53%) hanno raggiunto la massima dose prevista, pari a 20mL per il latte e a 10mL per l'uovo. Tale quantità ha permesso di proseguire a domicilio una dieta libera garantendo di essere al riparo da reazioni gravi per contaminazioni accidentali. Nel caso di 159 soggetti la dose è stata comunque superiore a quella tollerata all'inizio del programma di desensibilizzazione, ma non ha raggiunto le dosi massime previste dal programma di desensibilizzazione, fermandosi tra i valori 10-20mL per il latte e 5-10mL per l'uovo. Dei 380 bambini, solamente 6 hanno mostrato reazioni severe per dosi molto basse e diluite dell'alimento, e quindi si è preferito non proseguire l'introduzione dell'alimento per la presenza di un rischio troppo elevato di reazioni anafilattiche gravi.

Considerando il concetto di tolleranza orale come di un processo progressivo che segue esposizioni continue all'alimento, il sospendere l'assunzione di un cibo può giocare un ruolo deleterio, favorendo quindi una sensibilizzazione. In un panorama dettato dai concetti di esclusione ai fini della prevenzione, supportato da linee guida che indicavano specificatamente un'introduzione di latte vaccino e dei derivati passato l'anno di vita, di uovo dopo i 2 anni e di pesce e frutta secca dopo i tre, la presenza di bambini che non hanno mai assunto alimenti per i quali poi hanno manifestato reazioni, non può essere considerata inusuale. Anche se è ormai abbastanza associato come un'esposizione precoce a scapito di una tardiva possa essere la chiave principale di prevenzione di un'allergia alimentare, la pratica attuale è quella di rimandare l'introduzione di alcuni alimenti. Questo va contro le recenti evidenze riportate in letteratura, in cui si identifica una finestra temporale compresa tra i 4 e i 6 mesi per il corretto sviluppo di una tolleranza orale. Lo strumento dell'esclusione di un alimento deve quindi essere ristretto ad una condizione di anafilassi alimentare attiva, e protratto per un massimo di 2-4 settimane, al termine delle quali deve essere programmata una graduale reintroduzione dell'alimento offendente.

ISTEROSCOPIA AMBULATORIALE: LINEE GUIDA ED APPROPRIATEZZA DIAGNOSTICA

Dr. Emanuele Galati

L'obiettivo di questo studio è stato quello di valutare le isteroscopie effettuate dal gennaio 2012 al giugno 2014 presso l'ambulatorio di isteroscopia della "U.C.O. Cli-

nica Ostetrica e Ginecologica" del "I.R.C.C.S. materno infantile Burlo Garofolo" di Trieste e, alla luce di un percorso diagnostico elaborato sulla base delle linee guida delle principali società scientifiche internazionali e della casistica italiana, individuare il numero delle isteroscopie "inappropriate" e i rispettivi quadri istologici. Questo al fine sia di quantificare l'effettivo numero di isteroscopie inappropriate che di valutare criticamente le indicazioni stesse in base all'outcome istologico. Quindi sono state identificate le cause di inappropriatezza e verificati l'esito isteroscopio ed istologico associati a questi quadri. È stato inoltre focalizzato il problema dei polipi endometriali individuati all'ecografia e indagati all'isteroscopia in assenza di sanguinamento. Sono risultate appropriate il 56% delle isteroscopie effettuate e si è dimostrata una buona correlazione tra i criteri di appropriatezza e la diagnosi di carcinoma uterino, con un rischio più di 17 volte superiore nelle isteroscopie appropriate rispetto alle inappropriate. Ne risulta che una maggiore aderenza alle linee guida potrebbe ridurre gli accessi all'ambulatorio di isteroscopia nei casi definiti inappropriati con un possibile vantaggio sia in termini di costi che di salute. Lo studio evidenzia inoltre come i criteri di accesso all'isteroscopia proposti dalle Società Scientifiche e dal Servizio di Isteroscopia della Clinica Ginecologica siano caratterizzati da alta sensibilità e di conseguenza espongano di per se stessi al rischio di avere molti falsi positivi.

NUOVI APPROCCI TERAPEUTICI NON CONVENZIONALI IN TEMA DI ENDOMETRIOSI

Dr. ssa Carlotta Giuliani

L'endometriosi è una delle patologie ginecologiche benigne più frequenti, raggiunge una prevalenza del 10% della popolazione femminile in età fertile, ed è caratterizzata dall'impianto e dalla proliferazione di tessuto endometriale al di fuori della cavità uterina capace di indurre una risposta infiammatoria generale a livello pelvico.

L'endometrio ectopico risente degli stimoli ormonali, come la normale mucosa uterina, ed assume atteggiamenti proliferativi e funzionali del tutto simili a quelli dell'endometrio normale; è quindi una malattia tipica dell'età riproduttiva in cui è presente una certa funzionalità ovarica e si presenta eccezionalmente nella pubertà o nell'adolescenza. Tende a regredire nel post-menopausa e, in accordo a diversi studi, è più frequente nelle nullipare. I sintomi clinici più comuni includono algie pelviche croniche, dismenorrea, dispareunia, sanguinamenti uterini anomali e infertilità.

Ad oggi la patogenesi dell'endometriosi non è del tutto chiara, e sono state proposte diverse teorie per spiegarne i meccanismi patogenetici alla base, tra queste le più accreditate includono la teoria della mestruazione retrograda (teoria di Sampson), la metaplasia degli epitelii di origine celomatica e le alterazioni a carico del sistema immunitario.

La capacità delle cellule endometriosiche di sopravvivere in sede ectopica è strettamente correlata all'alterazione dell'ambiente ormonale della pelvi delle donne affette, conseguenza dell'iper-espressione dei recettori E_2 per gli estrogeni e della resistenza al progesterone, e all'elusione del sistema immunitario per disregolazione dell'attivi-

tà macrofagica e delle cellule Natural Killer. Ciò determina la possibilità di aderire, invadere e proliferare nei tessuti al di fuori della cavità uterina grazie ad una fitta rete di supporto vascolare indotto dalla produzione di fattori di crescita vascolare (VEGF) da parte delle lesioni endometriosiche stesse, in aggiunta la proliferazione nervosa frequentemente accompagna l'angiogenesi (*neuroangiogenesi*) e probabilmente contribuisce al dolore associato alla malattia.

L'endometriosi è sempre più concepita come una condizione infiammatoria pelvica, il fluido peritoneale delle donne con endometriosi è caratterizzato, infatti, da un alterato profilo citochinico e chemochinico: i macrofagi peritoneali iper-esprimono la ciclo-ossigenasi-2 (COX-2) rilasciando grandi quantità di prostaglandine rispetto alle donne sane. A livello delle lesioni, il TNF- α promuove la produzione da parte delle cellule endometriali di prostaglandine $PGF_{2\alpha}$ e PGE_2 . Infine, una componente forte dello stato infiammatorio cronico nella patologia endometriosica è data dallo stress ossidativo.

La scelta della terapia medica, che inibisce lo sviluppo dell'endometriosi, e della terapia chirurgica, che mira invece a rimuovere le lesioni, dipende da diversi fattori che comprendono innanzitutto l'età della paziente, la sua sintomatologia e le sue necessità riproduttive. Essendo l'endometriosi una malattia non prevedibile e caratterizzata da notevoli variazioni individuali nel suo decorso naturale, la scelta tra il trattamento medico e quello chirurgico dev'essere sempre personalizzata. Il trattamento medico, che si basa prevalentemente su una terapia di tipo ormonale volta a ridurre i livelli circolanti di estrogeni, dispone di diversi farmaci, tra questi ricordiamo i contraccettivi orali combinati, gli agonisti del GnRH, il danazolo e i progestinici, tutti gravati da una serie di effetti collaterali, conseguenza dello stato ipoestrogenico indotto dagli stes-

si, tali da rendere impossibile una terapia a lungo termine o che spesso inducono la stessa paziente ad interrompere il trattamento.

L'interesse verso terapie non convenzionali per il trattamento dell'endometriosi sta aumentando costantemente: negli ultimi anni sono stati proposti numerosi farmaci di tipo non ormonale che mirano ad interferire nei processi patogenetici della malattia, tra questi gli inibitori delle COX-2, gli anti-angiogenetici, gli anti-TNF- α (etanercept e infliximab), alcuni immunomodulatori (imiquimod, levamisole e temsirolimus), la metformina e melatonina.

La recente introduzione sul mercato di una miscela di molecole potenzialmente efficace sia nella gestione della sintomatologia dolorosa pelvica che nel controllo delle lesioni endometriosiche potrebbe rappresentare una valida alternativa ai trattamenti ormonali attualmente disponibili.

Lo scopo di questo studio è stato, quindi, quello di determinare i meccanismi d'azione della miscela di N-acetil-cisteina, acido α -Lipoico e bromelina valutandone le proprietà anti-infiammatorie e anti-proliferative tramite studi *in vitro* su cellule di derivazione endometriosica. Le indagini preliminari delle proprietà anti-infiammatorie sono state svolte su cellule UtMEC (cellule di derivazione endoteliale uterina ottenute da isterectomie) e successivamente, sulle linee cellulari endoteliali (EEC) isolate da cisti endometriosiche.

Sulle due popolazioni sono stati testati i farmaci sia singolarmente che in miscela e la valutazione dell'effetto anti-infiammatorio (dopo stimolazione con TNF- α) è stata eseguita tramite l'analisi dell'espressione di VCAM-1 (Vascular Cell Adhesion Molecule 1), proteina espressa dalle cellule endoteliali per favorire l'adesione linfocitaria e leucocitaria all'endotelio stesso durante gli stati flogistici. I valori ottenuti sono stati, quindi, rapportati a quelli espressi dalle cellule en-

doteliali normali non sottoposte a stimolo infiammatorio e non trattate con i farmaci (cellule "resting").

Sulle cellule UtMEC i tre farmaci hanno dimostrato una diversa efficacia nel ridurre l'espressione di VCAM, in particolare l'acido **α -lipoico** si è dimostrato in grado di abbassarne i valori del 33.7% ($P < 0.05$).

Sicuramente più interessante è il dato ottenuto dal trattamento con la miscela che ha ridotto del 50% ($P < 0.05$) l'espressione del gene VCAM-1 portandola a livelli basali, come se lo stimolo infiammatorio non ci fosse mai stato.

Questi risultati hanno trovato conferma nei test successivi sulle cellule endoteliali endometriosiche (EEC) in cui gli effetti dei singoli farmaci non sono stati particolarmente significativi, mentre la miscela si è rivelata capace di abbassare l'espressione di VCAM del 48% ($P < 0.05$) rispetto alle cellule non trattate, raggiungendo valori che sono addirittura inferiori a quelli presentati dalle cellule "resting": l'attività anti-infiammatoria della miscela è in grado di portare lo stato infiammatorio cellulare a livelli inferiori a quelli basali grazie ad un effetto sinergico, e non semplicemente additivo, dei tre componenti. Il secondo obiettivo del nostro studio era quello di valutare l'effetto anti-proliferativo delle tre molecole inizialmente su un modello di cellule endometriali (AN3CA) di origine neoplastica e, poi, sulle cellule endoteliali (EEC) isolate da cisti endometriosiche. La quantificazione dell'effetto anti-proliferativo sulle AN3CA è stato eseguito mediante valutazione spettrofotometrica e i test sono stati effettuati sia in presenza che in assenza della stimolazione estrogenica con 17- β -estradiolo. I risultati maggiormente significativi si sono ottenuti ai dosaggi di NAC 5 μ g/ml, acido **α -lipoico** 10 μ g/ml e bromelina 1,5 μ g/ml, che in miscela hanno deter-

minato una riduzione dell'8% ($P < 0.05$) della vitalità cellulare rendendo marginale la stimolazione estrogenica, e suggerendo, anche in questo caso, un effetto di tipo sinergico delle tre componenti.

La valutazione sulle cellule EEC è stata, invece, di tipo puramente morfologico mediante osservazione microscopica delle colture cellulari. Dopo 72 ore di trattamento con i singoli farmaci non è stato riscontrato alcun segno di sofferenza e le cellule endoteliali hanno raggiunto la confluenza, mentre il trattamento con la miscela ha determinato il blocco della proliferazione cellulare, sottolineando nuovamente come l'effetto delle tre componenti sia di tipo sinergico e non additivo.

Da questi studi preliminari, sembrerebbe che la miscela possa essere in grado di contrastare la progressione delle lesioni endometriosiche andando ad interferire in alcuni dei processi patogenetici della malattia, a partire dallo stato infiammatorio cronico che caratterizza l'ambiente pelvico di queste donne.

L'iper-espressione di diverse citochine tra le quali l'IL-1 β e l'IL-8, capaci di stimolare la neoangiogenesi, l'IL-6 e il TNF- α che promuovono la proliferazione endometriale, i fattori di crescita come VEGF e HIF-1 α entrambi coinvolti nel reclutamento di progenitori endoteliali circolanti e di alcune chinasi tra le quali MAP-3 e PI3K responsabili della sopravvivenza e dell'invasione cellulare, possono essere contrastati dalle molecole oggetto dello studio. Inoltre, l'efficacia neuroprotettiva dell'acido α -lipoico, mediata dalla sua capacità di stimolare l'attività della superossido dismutasi (SOD) e, quindi, opporsi allo stress ossidativo tipico della malattia, potrebbe rappresentare un utile meccanismo per trattare la sintomatologia algica in

queste donne, che spesso assume i caratteri del dolore neuropatico.

Il blocco di fattori proliferativi, infine, potrebbe permettere di arrestare la progressione delle lesioni o addirittura di indurne la regressione costituendo un presidio terapeutico efficace per quelle donne che non tollerano la terapia ormonale o che cercano una gravidanza.

I risultati del nostro studio, sebbene limitati ad un numero esiguo di campioni, sono sicuramente incoraggianti e aprono nuove possibilità terapeutiche nell'ambito di una patologia così complessa e diffusa come quella endometriosica.

La valutazione dell'efficacia su modello animale ci permetterà di comprendere meglio le potenzialità dei farmaci dal punto di vista della regressione del numero e delle dimensioni delle lesioni endometriosiche e lo studio, con opportuni strumenti, della percezione del dolore da parte degli animali trattati rispetto ai controlli potrà fornirci ulteriori informazioni sulla possibilità di alleviare uno dei disturbi più invalidanti e frequenti della malattia qual è l'algia pelvica.

SCREENING E SORVEGLIANZA DELL'IPOACUSIA IN FVG: PERCORSO DI DIAGNOSI E DI PRESA IN CARICO

Dr. Marco Gregori

INTRODUZIONE

L'ipoacusia permanente è uno dei difetti congeniti più frequenti nell'uomo. La mancata diagnosi-riabilitazione si associa a importanti disabilità comunicativo-relazionali, motivo per il quale sono stati sviluppati lo screening e la sorveglianza audiologica, sistemi che permettono individuazione e riabilitazione precoci dei bambini ipoacusici.

MATERIALI E METODI

Lo studio ha analizzato il tipo di ipoacusia e il relativo percorso di diagnosi audiologica-eziologica e di presa in carico di 48 bambini individuati ipoacusici in FVG tra il luglio 2012 e il giugno 2014.

OBIETTIVI

Valutare la resa dello Screening e della Sorveglianza in FVG in termini di n° di casi identificati e avviati al percorso diagnostico-terapeutico e infine, definire l'eziologia delle sordità permanenti riscontrate.

RISULTATI

Lo screening ha individuato 28 bambini ipoacusici, ad un'età media di 2,4 mesi, mentre la sorveglianza ne ha identificati 20, ad un'età media di 13,1 mesi. Le ipoacusie erano principalmente di natura neurosensoriale (87,5%); considerando la gravità, il 44% erano moderate e il 38% severe-profonde. I tassi di lost-to follow-up (mancata presentazione ad un appuntamento per più di 6 mesi) erano: 26% gruppo screening e 35% gruppo sorveglianza.

Il 40% dei casi aveva una causa genetica certa, il 17% una non-genetica (prematrità, ecc) e nel 41% dei casi non è stata individuata una causa eziologica certa.

CONCLUSIONI

I programmi di screening e sorveglianza sono indispensabili ed efficaci nell'individuazione dei casi di ipoacusia. Alcune criticità sono state individuate nel percorso diagnostico-riabilitativo, per il quale in regione si stanno elaborando alcune strategie per aumentarne l'efficacia. La distribuzione delle cause eziologiche è in linea con i dati presenti in letteratura.

TERAPIA DI SALVATAGGIO CON RITUXIMAB, LENALIDOMIDE E BENDAMUSTINA (R2-B) PER I PAZIENTI CON LINFOMA MANTELLARE; STUDIO PROSPETTICO DI FASE 2.

Dr. ssa Miriam Marangon

INTRODUZIONE ED OBIETTIVI

Il linfoma mantellare è una neoplasia linfoide dell'adulto, rappresenta circa il 7% dei linfomi non Hodgkin ed ha caratteristiche peculiari intermedie tra quelle dei linfomi aggressivi ed indolenti. È una patologia curabile ma che purtroppo nella maggior parte dei casi non risulta eradicabile.

Negli ultimi anni la sopravvivenza è significativamente migliorata grazie all'uso di nuovi approcci terapeutici, attestandosi attualmente attorno ad una mediana di 4-5 anni; nonostante si ottengano buone risposte alla prima linea di trattamento, la neoplasia tende a ricadere più volte e con intervalli liberi da malattia piuttosto brevi, rendendo necessario l'impiego di numerosi interventi farmacologici successivi. Per questo motivo, vi è l'esigenza di ricercare nuovi agenti terapeutici e nuove associazioni di farmaci per la gestione del linfoma mantellare ricaduto o refrattario.

Nel panorama dei possibili trattamenti di seconda linea o di linee successive, in questi ultimi anni è stata dimostrata l'efficacia di agenti di nuova generazione ed, in particolare, della Bendamustina (un chemioterapico a prevalente azione alchilante), della Lenalidomide (un agente biologico immunomodulatore) e del Rituximab (un anticorpo monoclonale anti CD20).

In particolare, gli studi di fase II che hanno indagato l'associazione Bendamustina-Rituximab hanno dimostrato l'efficacia della combinazione di questi agenti terapeutici

nel linfoma mantellare ricaduto: uno studio ha infatti osservato un tasso di Risposte Complete (CR) del 50% (bisogna tuttavia tenere presente che il dato non era specifico per il linfoma mantellare, in quanto lo studio prendeva in considerazione anche altri tipi di linfoma) ed un secondo studio più recente ha riscontrato un tasso di Risposte Complete del 42%.

Anche Lenalidomide si è rivelata un agente efficace quando impiegato nella terapia di seconda linea del linfoma mantellare: il suo utilizzo in monoterapia ha portato al raggiungimento di tassi di Risposta Globale (ORR) e di Risposta Completa rispettivamente del 53% e del 20% nel primo studio internazionale che prendeva in considerazione anche pazienti affetti da linfoma mantellare, mentre nello studio che ha portato all'approvazione di Lenalidomide da parte dell'FDA è stato raggiunto un tasso di Risposta Globale del 28% e di Risposte Complete del 7.5%.

Il recente studio *Len-Dex*, che impiegava l'associazione Lenalidomide-Desametasone in pazienti affetti da linfoma mantellare ricaduto o refrattario, ha osservato un tasso di risposta globale del 52%, con un tasso di risposte complete del 24%.

Lo studio multicentrico presentato, condotto nell'ambito della Fondazione Italiana Linfomi e coordinato dalla Clinica Ematologica di Udine, ha preso in considerazione l'uso combinato di Lenalidomide insieme a Rituximab e Bendamustina (R2-B) nei linfomi mantellari. Questo studio, unico nel suo genere nel panorama internazionale, si prefiggeva di valutare l'attività e la sicurezza di questa combinazione nei pazienti affetti da linfoma mantellare ricaduti o refrattari alla prima linea di terapia. Obiettivi primari dello studio erano la valutazione del tasso di risposte complete (in particolare ci si pre-

figgeva, mediante l'associazione dei tre farmaci, il raggiungimento di un aumento del tasso di risposte complete del 20% rispetto agli studi precedenti) e dell'efficacia di una terapia di mantenimento con Lenalidomide per 18 mesi in termini di sopravvivenza libera da progressione (*maPFS*). Si è inoltre effettuata la valutazione della malattia minima residua con analisi molecolare e sono state valutate la sopravvivenza libera da malattia e la sopravvivenza globale (obiettivi secondari dello studio). La valutazione della tossicità è stata analizzata seguendo la classificazione CTCAE.

DISEGNO DELLO STUDIO E ANALISI STATISTICA

Lo studio R2-B è uno studio di fase II prospettico, multicentrico, non randomizzato.

Lo studio è stato diviso in quattro parti: una fase di induzione (4 cicli di trattamento con Bendamustina, Lenalidomide e Rituximab), cui seguiva una fase di consolidamento (2 cicli con Rituximab e Lenalidomide), una fase di mantenimento (Lenalidomide per un massimo di 18 mesi) ed una fase di follow-up.

La dimensione del campione richiesta per il disegno dello studio, utilizzando un errore α di 0.05 ed un errore β di 0.20, era di 42 pazienti.

I risultati ottenuti con la terapia oggetto di studio venivano considerati positivi se 23 o più pazienti raggiungevano una Remissione Completa (CR) al termine della fase di consolidamento.

La proporzione attesa di pazienti che raggiungessero una Risposta Globale (*Overall Response Rate*, $ORR = CR + PR$) era del 75-80% (32-34 pazienti). I pazienti che hanno raggiunto una Risposta Globale e che sono stati trattati con terapia di mantenimento sono stati in seguito valutati in termini di efficacia e di effetti collaterali a lungo termine.

RISULTATI

Tra Giugno 2012 e Giugno 2013 sono stati arruolati nello studio 42 pazienti, con mediana di età di 70 anni, prevalentemente di sesso maschile (74%).

Il campione preso in considerazione non si è rivelato del tutto rappresentativo della popolazione dei pazienti affetti da linfoma mantellare, a causa dell'età avanzata dei soggetti arruolati (età mediana 70 anni, a fronte di una mediana di 60 anni nella popolazione generale di pazienti con linfoma mantellare). Nonostante ciò lo studio ha evidenziato un'alta efficacia della terapia di combinazione, avendo ottenuto un tasso di Risposta Globale del 79% ed un tasso di Risposte Complete del 55%. Poiché si è ottenuto un quadro di Risposta Completa al termine della terapia di consolidamento in 23 pazienti, l'*endpoint* primario dello studio si può considerare raggiunto.

Per quanto riguarda la sicurezza, si è osservato che l'associazione di Bendamustina, Lenalidomide e Rituximab non comporta un marcato incremento nell'insorgenza di eventi avversi severi rispetto all'utilizzo dei singoli agenti; si considera pertanto accettabile il profilo di tossicità di questa combinazione di agenti terapeutici.

Gli eventi avversi severi più frequentemente osservati sono stati quelli ematologici, in particolare si è riscontrata una neutropenia di grado 3 nel 26% dei pazienti in corso di induzione e consolidamento e nel 29% nella fase iniziale della terapia di mantenimento, di grado 4 nel 40% dei pazienti in corso di terapia di induzione e consolidamento e nel 29% nella fase iniziale del mantenimento. Il secondo evento avverso riscontrato per incidenza è stato la trombocitopenia, verificata nel 14% dei pazienti in corso di terapia di induzione e consolidamento (12% grado 3, 2% grado 4) e nel 7% dei pazienti nella fase iniziale del mantenimento.

Il profilo di sicurezza non si discosta molto da quello osservato con l'impiego di Lenalidomide in monoterapia: nello studio che ha portato alla sua approvazione da parte dell'FDA si è infatti riscontrata l'insorgenza di neutropenia di grado 3/4 nel 43% dei pazienti e di trombocitopenia di grado 3/4 nel 28%, mentre nello studio *Len-Dex* il 53% dei pazienti ha sviluppato neutropenia di grado 3/4 ed il 22% trombocitopenia di grado 3/4. Analogamente risulta il profilo di sicurezza dell'associazione Bendamustina-Rituximab, come sottolinea un recente studio che ha osservato quali eventi avversi più frequenti nell'impiego della combinazione dei due farmaci quelli ematologici, in particolare neutropenia (36%) e trombocitopenia (9%).

Al momento attuale non sono ancora disponibili risultati significativi in merito all'impatto della terapia sulla Sopravvivenza Libera da Progressione (PFS), alla Malattia Minima Residua (MRD), all'insorgenza di secondi tumori ed all'espressione di *Cereblon*, proteina individuata recentemente e considerata uno dei target d'azione di Lenalidomide. Questi elementi verranno valutati in fasi successive dello studio.

CONCLUSIONI

In conclusione, visti i promettenti risultati in termini di efficacia ed il profilo di tossicità favorevole, l'associazione Bendamustina-Lenalidomide-Rituximab può essere considerata un utile strumento terapeutico nella gestione del linfoma mantellare ricaduto o refrattario, potendosi inserire nel sempre più ampio panorama di agenti farmacologici attualmente in studio per il trattamento di questa complessa patologia.



STUDIO MULTICENTRICO LONGITUDINALE SULLA DEPLEZIONE DEI LINFOCITI B NEL LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO REFRATTARIO: STUDIO LESIMAB

Dr.ssa Laura Nieves Martin

OBIETTIVO

L'obiettivo principale di questa tesi è stato quello di studiare l'efficacia e la sicurezza di uno o più corsi di trattamento di rituximab in pazienti con lupus eritematoso sistemico (LES) refrattario, nonché indagare un eventuale effetto del rituximab sui livelli lipidici.

METODI

Coorte retrospettiva, multicentrica, nazionale di pazienti con LES refrattario a terapia immunosoppressiva standard, i quali sono stati trattati con rituximab. Come indicatori di effectiveness sono stati adottati il tasso di risposta a 6 mesi e alla fine del follow-up. La risposta completa è stata definita come un SELENA-SLEDAI ≤ 2 e un SFI da 0. La risposta parziale è stata definita come una riduzione di ≥ 4 punti nel SELENA-SLEDAI senza peggioramenti, né comparsa di nuovi sintomi. La sicurezza è stata analizzata mediante la raccolta di eventi avversi. Il profilo lipidico è stato studiato nel sottogruppo di pazienti che avevano tutti i dati completi all'inizio e durante il follow-up.

RISULTATI

Su 116 pazienti (Per-Protocol Population), 73 (62,9%) hanno ottenuto una risposta ai 6 mesi (risposta completa in 22 pazienti e parziale in 51). Su 128 pazienti, 97 (77,6%) hanno ottenuto una risposta finale dopo un follow-up medio di $20,0 \pm 15,2$ mesi (completa in 50 pazienti e parziale in 47). Il grado di attività infiammatoria della patologia (SELENA-SLEDAI), il trattamento preventivo

con dosi elevate di prednisone e l'assenza di precedenti ematologici gravi, si sono correlati ad una maggior probabilità di risposta dopo il primo corso di trattamento con rituximab. Il tempo medio per ottenere una risposta è stato di 6,5 mesi (IC 95%, 5,0-8,0). Tra coloro che hanno ottenuto risposta, 37 pazienti (38,1%) hanno recidivato dopo il primo corso di trattamento con rituximab. La ricaduta è stata grave in 7 casi e lieve-moderata in 29 casi. Il tasso d'infezioni gravi è stato di 12,6/100 pazienti/anno. La somministrazione periodica di 4 dosi settimanali si è correlata ad un rischio maggiore d'infezione grave. Si sono verificati 6 decessi: 2 per infezioni e 4 per complicazioni della patologia. Dei 79 pazienti scelti per la sotto-analisi lipidica, il 69% ha mostrato qualche anomalia lipidica basale, principalmente LDL > 100 mg/dl (34%) e HDL < 50 mg/dl (27%). I livelli basali di colesterolo totale (CT) e colesterolo legato a lipoproteine a bassa densità (LDL) si sono correlati positivamente alla proteinuria, mentre i trigliceridi (TG) al SELENA-SLEDAI. Dopo il trattamento, sono diminuiti i livelli di TG sia a breve, sia a lungo termine. L'analisi di regressione lineare multipla ha individuato la riduzione dell'attività infiammatoria del LES e, principalmente, la proteinuria come l'unica variabile indipendente relazionata alla diminuzione dei livelli di TG alle 24 settimane ($p=0,001$) e CT ($p=0,005$) e TG ($p<0,001$) alla fine del follow-up.

CONCLUSIONI

Rituximab può rappresentare un'opzione efficace per il trattamento di pazienti con LES grave refrattario a terapia convenzionale, con un profilo di sicurezza accettabile. Inoltre, rituximab migliora il profilo lipidico a breve e lungo termine dei pazienti con LES refrattario attraverso il miglioramento dell'attività e, in particolare, della nefrite lupica.



INFEZIONI SITO CHIRURGICO IN CHIRURGIA COLORETTALE 5 ANNI DI ATTIVITÀ DELLA SC CHIRURGIA GENERALE AOUTS

Dr. Elija Prinic

Le infezioni del sito chirurgico (SSI) in chirurgia colorettalesono ancora oggi un'importante causa di mortalità e morbilità. Lo scopo dello studio è stato quello di identificare l'incidenza delle SSI nella SC di Chirurgia Generale AOUTS nell'arco di 5 anni di attività (2010-2014) e di descrivere le caratteristiche della popolazione selezionata analizzando la relazione tra lo sviluppo delle SSI e le variabili legate al paziente e all'intervento chirurgico. Su un'analisi di 687 pazienti che hanno subito un intervento che prevedeva una resezione colica ne deriva che il tasso globale di infezione post chirurgica sia del 19,9%. Da notare però che l'incidenza vede un trend di diminuzione nell'arco del periodo analizzato e ciò è attribuibile ad una serie di misure preventive, come la sorveglianza attiva, l'applicazione di linee guida e protocolli internazionali. Emerge inoltre come esistono precisi fattori di rischio per l'insorgenza delle SSI nei pazienti sottoposti a chirurgia colorettales. Bisogna pertanto agire sulle variabili modificabili come uno scadente stato nutrizionale (ipoalbuminemia), controllo delle comorbidità (ASA) e su aspetti prettamente chirurgici come il rigoroso rispetto di procedure da parte di tutte le figure professionali, nonché un rigoroso monitoraggio perioperatorio (glicemia, saturazione d'ossigeno, temperatura). Va sottolineata la funzione e l'azione di grande valore esercitata da organi di controllo attraverso la periodica reportistica e gli incontri di audit con i reparti di chirurgia con l'obiettivo finale di garantire al paziente il miglior e il più sicuro trattamento possibile.

OTTIMIZZAZIONE EMODINAMICA IN PAZIENTI TRAPIANTATI DI FEGATO E COMPLICANZE POST OPERATORIE

Dr. ssa Francesca Sinopoli

INTRODUZIONE

Il paziente epatopatico in attesa di trapianto di fegato è un paziente ad alto rischio e pertanto con un'elevata mortalità perioperatoria. Tutto ciò ha portato alla ricerca di strategie terapeutiche che riducano il rischio di complicanze perioperatorie e massimizzino i benefici dei trattamenti per i pazienti. Tra queste è stata presa in considerazione l'ottimizzazione emodinamica postoperatoria, che si basa sul "ripagamento" del debito di ossigeno che si instaura durante la procedura chirurgica nel più breve tempo possibile.

Questo viene attuato mediante l'incremento del trasporto di ossigeno in periferia (delivery di ossigeno, DO₂I) aumentando la gittata cardiaca e la concentrazione media di emoglobina. Il valore di DO₂I che si è dimostrato massimizzare i benefici di questa strategia a fronte dei possibili effetti collaterali è stato > 600 mL/min/m². Questo target di trattamento è presente solo in una bassa percentuale di pazienti ad alto rischio al termine di un intervento di chirurgia maggiore. Sulla base di questi presupposti, scopo del nostro lavoro è stato quello di indagare la possibilità di attuare questa strategia terapeutica in pazienti ad alto rischio chirurgico e di valutare i suoi effetti su alcuni indici di utilizzo di ossigeno da parte dei tessuti periferici (come la SvO₂ e la lattacidemia) e su alcune complicanze postoperatorie precoci.

METODI

Sono stati arruolati 48 pazienti sottoposti a

trapianto ortotopico di fegato tra novembre 2011 e settembre 2014. Sono stati analizzati i dati intraoperatori nelle 4 fasi principali dell'intervento (inizio, fase anepatica, fase di riperfusione e fine), i dati postoperatori relativi alle prime 6 ore dall'ingresso in terapia intensiva (più precisamente all'ingresso e a distanza di 1, 2, 4 e 6 ore), e quelli a 24 e 48 ore. In più sono state valutate le complicanze postoperatorie precoci.

Dopo l'ingresso in terapia intensiva è stato avviato il monitoraggio emodinamico e calcolata la DO₂I. Nei casi in cui la DO₂I fosse risultata > 600 mL/min/m² non è stato effettuato alcun intervento; nei casi in cui la DO₂I fosse risultata < 600 mL/min/m² è stato avviato il protocollo di ottimizzazione con infusione di un primo fluid challenge (FC), ovvero infusione rapida di 250 mL di soluzione con albumina 4%. All'avvio del FC e dopo 20 minuti è stata ricalcolata la DO₂I e la variazione del stroke volume index. Qualora la DO₂I fosse risultata > 600 mL/min/m², si era raggiunto il target e ci si fermava fino a nuova rivalutazione. Se la DO₂I risultava < 600 mL/min/m² e la variazione di stroke volume fosse stata > 5% il paziente è stato considerato responder ed è stato trattato con ulteriori FC fino a variazione di SV < 5% al fine di ottenere una DO₂I > 600 mL/min/m². Qualora non fosse stato possibile raggiungere il valore target solo con i FC, è stata avviata infusione di dobutamina 0.5 mcg/kg/min e rivalutati i medesimi parametri a 20 minuti. Nei pazienti responder alla dobutamina, al fine di raggiungere il target di DO₂I, la dose di farmaco è stata incrementata fino ad un massimo di 2 mcg/kg/min. Per mantenere una concentrazione di Hb tra 8-10 g/dL si è provveduto all'infusione di emazie concentrate.

RISULTATI

Di 48 pazienti arruolati, 4 sono stati eliminati per dati incompleti o insufficienti o per problematiche tecniche. Dei 44 rimasti, 11 sono risultati non ottimizzabili perchè presentavano un valore di DO₂I > 600 mL/min/m² all'ingresso in TI, mentre per i restanti 33 con valore di DO₂I < 600 mL/min/m² è stato avviato il protocollo di ottimizzazione. Di quest'ultimi, al termine delle 6 ore, 19 pazienti sono risultati ottimizzati avendo raggiunto il target, mentre 14 (42%) sono rimasti con valori di DO₂I < 600 mL/min/m² e pertanto sono risultati non ottimizzati. La differenza tra ottimizzati e non ottimizzati è risultata statisticamente significativa nelle ultime 2 ore di ottimizzazione.

Dal punto di vista dei parametri quali la SvO₂ e i lattati, le differenze sono risultate minime e non statisticamente significative. Questi parametri non sono stati in grado di dimostrare alcun effetto sull'estrazione di ossigeno o sulla quantità di debito di ossigeno sviluppato nell'intraoperatorio. Per quanto riguarda le complicanze postoperatorie (generali, respiratorie, cardiovascolari, infettive e renali) le differenze in questi due gruppi sono risultate minime e non significative. L'unico dato che sembra evidenziare uno svantaggio nel gruppo dei pazienti non ottimizzati riguarda l'aumento della creatinina nella terza giornata postoperatoria.

CONCLUSIONI

Nella nostra esperienza l'ottimizzazione emodinamica si è dimostrata una strategia clinica implementabile solo in circa la metà dei pazienti sottoposti a trapianto ortotopico di fegato. I limiti principali di questo studio sono stati la ridotta numerosità del campione e la sua eterogeneità. Inoltre i parametri che possono meglio dimostrare l'efficacia clinica di questa strategia come la SvO₂ e i lattati sono probabilmente troppo poco sensibili ad evidenziare alterazioni locali della perfusione.

Maria Chiara Coco
LA CAMERA DEI SEGRETI

I debutti sono sempre un rischio sia per l'au-

tore sia per chi si azzarda a parlarne. In questo caso credo possa essere difficile sbagliarsi perché, anche se si tratta di un caso raro, la poetessa sa il

fatto suo. Capita proprio a proposito *La camera dei segreti*, il primo libro di Maria Chiara Coco. La sua poesia colpisce soprattutto per sincerità e sicurezza di scrittura.

Il segreto di Maria Chiara Coco sta nel fatto di avere quindici anni, più o meno quelli dell'esordio di Rimbaud oltre un secolo fa e, oltre alla sua invidiabile giovinezza, di possedere già una precisa capacità di composizione della scrittura e soprattutto mille idee con le quali confrontarsi. Credo sia naturale per ognuno avere una propria stanza dei segreti. Soprattutto vale per i poeti. Non per i sognatori. È soprattutto il poeta che porta dentro di sé il peso del proprio essere con tutti i pensieri, le idee, gli scatti improvvisi di umori, luci, rabbie, so-

Maria Chiara Coco

LA CAMERA DEI SEGRETI



Prefazione di Quirino Principe
Postfazione di Francesco Solitario



gni, gioie e tribolazioni riuscendo, qualche volta, a liberarsene dando sfogo alla scrittura senza enfasi. Infatti questa di Maria Chiara Coco è poesia scoppiettante che sgorga da un mondo appartato e solitario.

Riuscendo a trovare una via di fuga dalle mura della sua condizione di incomunicabilità fisica e orale la donna scopre la propria identità riuscendo a esternare emozioni e passioni attraverso la parola scritta e a svelarne dunque gioia e dolore spesso celati per costrizione. Così trova libertà e coraggio di svelarsi senza alcuna autoconsolazione: "*Segreti canti | cerco e | ascolto | verso sera. | Silenzio. | Credo che fremiti, | adesso, | suscitino | questi miei versi | questo mio | canto.*" (11 febbraio 2003). Un canto che è un viaggio di vita perché l'opera contiene testi scritti dai sette ai quindici anni. Un libro dunque che si può definire di formazione e di scoperta esistenziale, di grande dolore e di folgorante gioia attraverso il cammino della scrittura che via via insegue la crescita fisica e la maturità intellettuale come ne *Il sentiero Rilke*, una delle sue ultime poesie del marzo 2008: "*Sul sentiero dove stanno | sospese certezze di esistere, | trepide ridenti assenze di foglie, | ecco il nostro poetare. | Buongiorno cuore libero, | oltre non puoi osare, | resisti, l'orizzonte, presto, | tra un attimo, raggiungerai.*"

A un certo punto della sua introduzione Quirino Principe scrive che "non è possibile leggere e rimanere indifferenti, o pensare ad altro" perché leggendo i versi di Maria Chiara Coco "si è colpiti e turbati dalla personalità imprevedibile e forte fuor di misura..., dalla qualità mai convenzionale del suo modo di essere, dalla superiorità intellettuale e morale con cui l'autrice domina sé stessa..." perché in sostanza è ciò che vuole la sua

Anima

L'anima serena accoglie in sé certezza che consola amari cammini, accoglie sicurezza di essere sulla strada giusta anche se avremo contrario il vento nel nostro andare.

Limiti l'anima non ha, accoglie estremi desideri vincendo solitudini grandi, ascoltando sussurri che diventano voci. (22 novembre 2007)

E poi Francesco Solitario in postfazione ci dice che "con l'ingenuità dei suoi anni, e con la pulita trasparenza del suo sentire, Maria Chiara Coco si è così avvicinata al cuore del mistero più oscuro e insieme più essenziale dell'uomo: la Potenza della Parola!". Il 18 agosto 2002, a nove anni, Maria Chiara risponde Con coraggio: *Cessa di vivere | vilmente. | Vicende difficili che | crescono | vanificano | rinfocolando dure fastidiose | prove | oltre le tue forze. | Accingiti a vivere | con coraggio.*"

Una voce di speranza e di impegno. Ne abbiamo bisogno.



Maria Chiara Coco

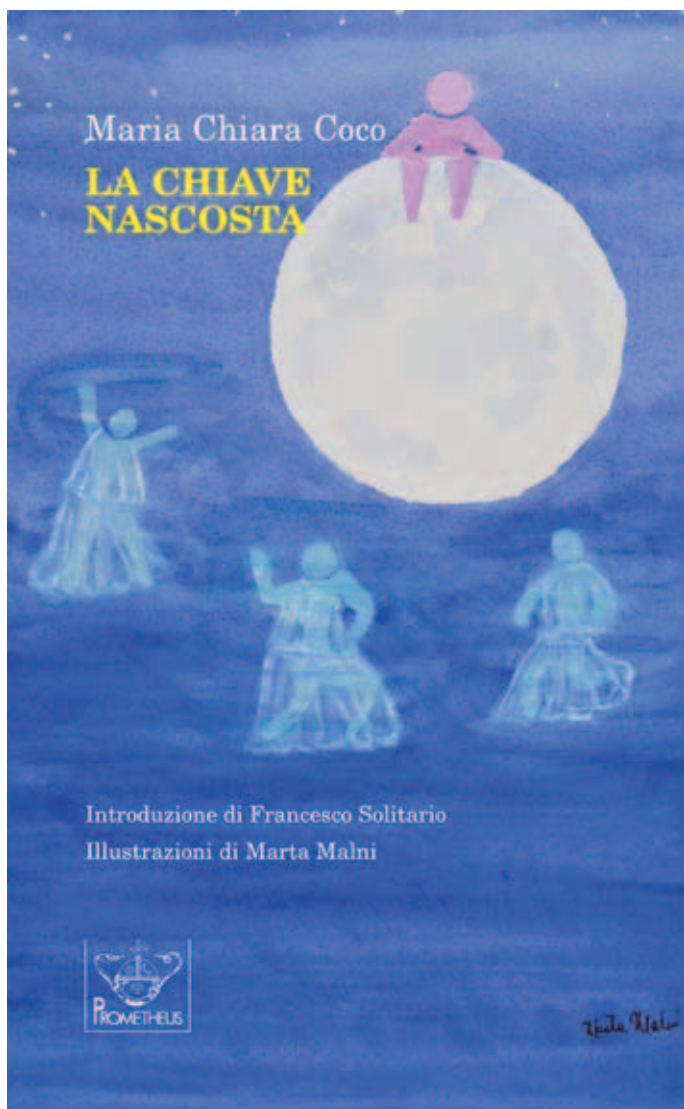
LA CHIAVE NASCOSTA

«Questa raccolta di poesie, *La chiave nascosta*, segue, a distanza di pochi anni, la precedente dal titolo *La camera dei segreti* (2010). Sembra ovvio l'intento dell'Autrice: se in *La camera dei segreti* aveva tenuto per sé, chiusa nella propria intimità, i segreti che la parola e l'immaginazione nascondono, con *La chiave nascosta* l'Autrice sembra

volerci dare la possibilità, la chiave appunto, per entrare in quella camera dei segreti. Ma, sia ben chiaro, non sarà un'impresa facile, perché quella chiave è nascosta, e bisognerà trovarla, recuperarla, scoprirla, se si vuole entrare in quella camera dei segreti che è sempre una raccolta di poesie. Una sfida, un gioco intellettuale, una parafrasi della vita umana, che Maria Chiara Coco riserva

al lettore sensibile. Così, in queste pagine di introduzione, accettiamo per primi la sfida, e cerchiamo di dare un aiuto a quel lettore sensibile che volesse, al pari, accettare l'invito della poetessa. (...) Il linguaggio poetico di Maria Chiara è estremamente arioso, leggero, raffinato, ricco di mille sfumature, fatto di "mille colori", come

lei stessa afferma. Un linguaggio che non ci si aspetterebbe da una giovanissima donna, perché è un linguaggio che sembra portare in sé l'esperienza di una vita intera, e delle emozioni che solo un'intera vita può donare. Per di più Maria Chiara si avvale anche di un simbolismo delle parole complesso, fine e ricercato, ostacolo per chi non vede, ma porta aperta per chi riesce a penetrarvi. Un simbolismo talmente ricco e raffinato che per essere decifrato per intero in tutta la raccolta sarebbe necessario un altro libro. Noi qui, solo ad esempio, per accettare la sfida di Maria Chiara, e per dare, come dicevamo all'inizio, un aiuto al lettore sensibile e interessato, cercheremo di offrire qualche "chiave" (non più nascosta) di lettura della raccolta».



*Dalla Introduzione di
Francesco Solitario*

Roberta Milanese,
Simona Milanese
**IL TOCCO, IL RIMEDIO,
LA PAROLA**

Nel V secolo a.C. Ippocrate aveva già formulato una «ricetta» estremamente efficace e universale: solo «il tocco, il rimedio, la parola» possono davvero guarire. Sono passati più di due millenni, eppure gli insegnamenti del padre della medicina sembrano del tutto ignorati. Paradossalmente, gli enormi passi avan-

ti in campo scientifico e tecnologico hanno fornito ai medici di oggi strumenti potentissimi dal punto di vista diagnostico, terapeutico e farmacologico, rendendo tuttavia il rapporto tra medico e paziente sempre più distaccato e frettoloso. L'iperspecializzazione e al tempo stesso la scarsa formazione agli aspetti relazionali della professione, i ritmi di lavoro sempre più stressanti e le lungaggini burocratiche non fanno che peggiorare la situazione. Le autrici affrontano numerosi meccanismi psicologici che entrano in gioco nella relazione tra medico e assistito – come

ottenere la compliance del paziente, come sfruttare il celebre effetto placebo e insieme scongiurare l'effetto nocebo o il fenomeno dell'overdiagnosis, sintomo di una società sempre più ipocondriaca. L'approccio è di tipo strategico, con un'ampia casistica di accorgimenti linguistici e suggestivi utili per non incorrere nelle trappole che incidono negativamente sull'esito del trattamento. Una buona comunicazione influisce direttamente sull'efficacia e l'efficienza della cura, con ripercussioni positive sulla qualità della vita dei pazienti e del sistema sanitario in generale: il medico, quando veste i panni del «persuasore strategico», non solo fa sentire meglio il paziente, persino nei casi più gravi, ma si sente meglio a sua volta, evitando peraltro la sempre più diffusa sindrome del burnout. In tutti i sensi, quindi, «curare» significa prendersi cura della persona, prima ancora che della malattia.



Ferdinando Pellegrino
NON HO TEMPO PER...

**Come logora curare:
operatori sanitari sotto stress**

Incalzati dal tempo non si riflette abbastanza sulle **PROBLEMATICHE LAVORATIVE** e sul riflesso che hanno nell'economia psichica dell'individuo, il quale deve fungere da modulatore di istanze spesso contraddittorie e difficili da gestire.

STRESS, TEMPO E BENESSERE fanno parte del lessico quotidiano: "non ho tempo, non c'è tempo, è tardi per tornare indietro" esprimono una preoccupazione crescente per la ricerca del tempo perduto perché incalzati dall'agire quotidiano.

La **DIMENSIONE DEL TEMPO** sembra, oggi, aver conquistato una padronanza vitale nell'economia dell'individuo, rispetto al passato i ritmi della vita sono accelerati ed ogni istante sembra aver acquisito un valore unico.

E-mail in tempo reale, SMS, impegni incalzanti costituiscono un ingranaggio che lascia margini ristretti - ristrettissimi - di discrezionalità; si ha quasi l'impressione che l'individuo debba vivere in **SCHEMI PRE-COSTITUITI** - labirinto - da cui non ha alcuna possibilità di svincolarsi.

Non c'è tempo per riflettere, per dare risposte a se stessi e alle proprie ambizioni, per ritrovare la giusta dimensione del tempo, di quel tempo caro ai nostri nonni, quel tempo

necessario per crescere e per maturare.

In tali situazioni si evidenziano in molti contesti forme più o meno manifeste di logorio professionale come la **sindrome del burn-out**, epilogo di vicende personali e professionali che determinano nel tempo una **CONDIZIONE CRONICA DI DISADATTAMENTO**. Lo stress diventa così fonte di disagio e sofferenza, piuttosto che espressione di entusiasmo e vitalità.

Problematiche personali si intrecciano

Ferdinando Pellegrino

**Non ho
tempo per ...**

**Come logora curare:
operatori sanitari sotto stress**



MEDISERVI
CENTRO DI PREVENZIONE

inevitabilmente con quelle lavorative dando luogo a CONDIZIONI DISADATTIVE che contrastano con l'esigenza di assicurare la massima EFFICACIA PROFESSIONALE.

Come si colloca, quindi, l'individuo rispetto a se stesso e al mondo del lavoro? Di quali strumenti dispone per gestire la complessità delle problematiche che gli si presentano? Come deve implementare le proprie competenze professionali? Come può far fronte e gestire al meglio le tensioni quotidiane? Può riappropriarsi di una dimensione temporale più ampia, meno affannosa, più rispettosa del proprio ben-essere?

Il libro nasce proprio da questa esigenza: COME AFFRONTARE AL MEGLIO LE DIFFICOLTÀ LAVORATIVE; esso è frutto dell'attività di docenza svolta negli ultimi cinque anni a oltre 5000 professionisti attraverso specifici percorsi formativi articolati su lezioni frontali e su esperienze di gruppo.

L'OTTICA FORMATIVA nasce dall'esigenza di valorizzare gli aspetti positivi della personalità, di concentrare l'attenzione su risorse insite in ciascuno di noi, come l'autostima e la reponse ability, che - ritrovate e valorizzate - consentono di implementare la propria EFFICACIA UMANA E PROFESSIONALE.

Partendo dalla definizione dello stress e delle sue conseguenze sullo stato di salute, il discorso va ad articolarsi sulle POTENZIALITÀ DELL'INDIVIDUO di migliorare la funzionalità della mente, nei suoi aspetti emotivi e cognitivi, grazie ad un allenamento continuo ed articolato su più fronti - il FITNESS COGNITIVO-EMOTIVO - onde consentire lo sviluppo armonico delle capacità adattive dell'individuo.

Walter Ricciardi, Vincenzo Atella, Claudio Cricelli, Federico Serra

LA TEMPESTA PERFETTA

Il possibile naufragio

del Servizio Sanitario Nazionale: come evitarlo?

Il nostro Servizio Sanitario Nazionale è uno dei migliori al mondo: ha infatti assicurato agli italiani un buon livello complessivo di salute, rispondendo, nel tempo, alle aspettative di assistenza sanitaria di tutti i cittadini.

Eppure, complice anche la recente crisi economico-finanziaria internazionale, si profila all'orizzonte una possibile "tempesta perfetta" che rischia, in assenza di un significativo cambiamento di rotta, di farlo "naufragare".

Gli autori, Walter Ricciardi, Vincenzo Atella, Claudio Cricelli e Federico Serra, con la preziosa prefazione del Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, attraverso un'oggettiva e sistematica analisi, presentano una fotografia articolata della storia e delle prospettive del nostro "sistema salute": i trend demografici e sanitari, le colpe di chi è "guida" o è "a bordo" della nave, gli allarmi lanciati e rimasti inascoltati per anni, le principali carenze strutturali e qualitative.

Seguendo il percorso logico disegnato, si possono così già scorgere i primi segnali che ci dicono chiaramente che non c'è tempo da perdere: iniziano a scarseggiare alcuni servizi, aumentano le disuguaglianze e si comincia a gridare "Uomo in mare!".

Fortunatamente la buona salute di un Paese è lenta sia a costruirsi, così come a deteriorarsi. Ci sono quindi ancora ampi margini per riportare il nostro Servizio Sanitario Nazionale in acque tranquille, permettendoci di riprendere una serena navigazione verso il "porto sicuro" descritto nell'ultimo capitolo.

Il libro rappresenta un prezioso strumento, non solo per gli addetti ai lavori, ma anche per tutti i cittadini che vogliono ca-

pire meglio cosa sia stato, cosa è e cosa potrà essere il nostro Servizio Sanitario Nazionale.



WALTER RICCIARDI, VINCENZO ATELLA,
CLAUDIO CRICELLI, FEDERICO SERRA

LA TEMPESTA PERFETTA

IL POSSIBILE NAUFRAGIO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: COME EVITARLO?



VITA E PENSIERO | RICERCHE
ECONOMIA

In copertina

Commento tratto da *Il Sole 24 ore - arte e cultura* del 12/05/2015

<http://www.ilsole24ore.com/art/cultura/2015-05-12/opere-non-perdere-biennale-the-key-the-hand-chiharu-shiota-padiglione-giappone>

Un silenzio denso avvolge la maxi installazione *The Key in the Hand*, di Chiharu Shiota, nel Padiglione del Giappone. Due grandi barche di legno si intuiscono nello spazio centrale, dietro una fitta ragnatela di fili rossi tra loro annodati che pende dal soffitto. All'estremità di ogni filo sta attaccata una chiave, e il reticolato color rosso sangue è costellato di 180mila chiavi. «Ogni chiave evoca ricordi intimi, è un oggetto familia-

re che protegge persone e spazi importanti nelle nostre vite», spiega l'artista giapponese che nei mesi scorsi ha chiesto a migliaia di persone - via internet - di donare le loro chiavi per realizzare questo lavoro. «Spero che ciascuno tragga ispirazione dall'opera, che contiene l'accumulo dei ricordi di tutto il mondo, per ripensare il senso dell'essere in vita», afferma Chiharu Shiota, artista di Osaka classe 72.



Sommario

<i>Editoriale del Presidente dell'Ordine</i>	1
<i>Editoriale del Presidente la Commissione CAO</i>	3
<i>Crisi della figura del medico</i>	7
<i>Assemblea ordinaria annuale</i>	9
<i>Gli occhi di Mario</i>	10
<i>Abstract delle tesi di laurea</i>	
<i>Dr.ssa Selene Bogoni</i>	14
<i>Dr.ssa Denise Brandolin</i>	15
<i>Dr.ssa Stefania Franco</i>	15
<i>Dr. Marco Franzoi</i>	16
<i>Dr. Emanuele Galati</i>	19
<i>Dr.ssa Carlotta Giuliani</i>	20
<i>Dr. Marco Gregori</i>	22
<i>Dr.ssa Miriam Marangon</i>	23
<i>Dr.ssa Laura Nieves Martin</i>	26
<i>Dr. Elija Princic</i>	27
<i>Dr.ssa Francesca Sinopoli</i>	27
<i>Recensioni</i>	29
<i>In copertina</i>	36
<i>Medici sostituiti</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. Antonio Colonna

Tesoriere:

Dr. ssa Liliana Foghin

Consiglieri:

Dr. ssa Chiara Bregant

Dr. Fulvio Calucci

Dr. Paolo Coprivez

Dr. Gianfranco Ferrari

Dr. ssa Francesca Medeot

Dr. ssa Francesca Verginella

Dr. ssa Laura Zulli

Commissione Albo Odontoiatri:**Presidente:**

Dr. Gianfranco Ferrari

Componenti:

Dr. Paolo Coprivez

Dr. ssa Monica Massi

Dr. ssa Claudia Sfiligoi

Dr. Lorenzo Spessot

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

Dr. Lucio Medeot

Componenti effettivi:

Dr.ssa Marcella Bernardi

Dr.ssa Leila Tomasin

Componente supplente:

Dr.ssa Silvia Marizza

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 2015

copia omaggio

anno 15 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.

ATTENZIONE!!!
CONTIENE INVITO ALL'ASSEMBLEA
ANNUALE DEGLI ISCRITTI 2015