

Bollettino n. 1/2017

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



ATTENZIONE!!!
CONTIENE INVITO ALL'ASSEMBLEA
ANNUALE DEGLI ISCRITTI 2017

Editoriali dei Presidenti



Medici e odontoiatri: composizione di genere

Sorridenti, entusiasti, soddisfatti per la meta raggiunta, belli, semplicemente giovani. Sereni, senza manifeste ansie per il futuro, con programmi che prevedono sempre un'alternativa, una seconda scelta. Non sanno che rischiano di trovarsi 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.

Hanno raggiunto questa tappa faticosamente. Un test di accesso difficile, spesso improbo, talora con la perdita di un anno, eventualmente trascorso presso qualche corso di studio affine. Un ulteriore ostacolo poi in attesa dell'esame di stato.

Nessuna ansia previdenziale, né sulle possibilità lavorative. Riccamente giovani.

Scarsa l'informazione sul contenzioso medico, sulla necessità di procurarsi un'assicurazione professionale

Questi i volti che incontro quando mi capita di partecipare alla giornata del medico.

Questi i giovani che incontro al mio Ordine nel momento dell'iscrizione.

E la stessa espressione è presente anche quando il programma di vita prevede un soggiorno all'estero, che diventerà definitivo, perché l'organizzazione altrove è più favorevole alla carriera dei giovani.

Non sanno che la relazione di cura è difficile, che le persone/pazienti che assistiamo possono diventare aggressive, che dovranno acquisire nel tempo anche tanta esperienza, accanto alle informazioni e conoscenze, che già hanno.

Tra questi giovani appaiono sempre più numerosi i volti di donna. Il fenomeno è iniziato alcuni anni fa. Valutando i numeri di medici iscritti per fascia di età ci si rende conto del progressivo incremento e si realizza che il sorpasso delle colleghe inizia nella fascia che va da 45 a 49 anni, per poi progressivamente segnare una netta prevalenza nei giovani laureati (vedi tabella). Si stima che nell'ambito degli studi universitari in medicina le studentesse rappresentino il 70%.

Quest'anno a Gorizia abbiamo iscritto 14 neolaureati: 9 femmine e 5 maschi.

Il fenomeno non compare in ambito odontoiatrico.

All'estero la situazione è analoga. Non esiste una spiegazione chiara. Ad un convegno che



L'Osservatorio per la Professione Medica al femminile della FNOMCeO aveva organizzato a Caserta nel 2007 si era ipotizzato che una professione che progressivamente perde di *appeal* economico diventi meno interessante per i giovani maschi, che le ragazze sono in genere più preparate e fanno meno fatica a passare i test di ingresso... Non vi è una vera motivazione.

Preoccupa questa prevalenza di giovani donne. Si sa che la natalità nel nostro paese è molto bassa. L'età del primo figlio si proietta molto in avanti per le donne che hanno una laurea con il rischio che venga a coincidere con una fase della vita in cui la fertilità diventa fisiologicamente scarsa. Il blocco dei *turnover* ed un evidente disagio lavorativo, con turni talora massacranti, tuttora presenti nel nostro paese, rischiano di far diventare una gravidanza un serio problema gestionale, anziché un motivo di festa quale dovrebbe in realtà essere. Altrettanto complessa la situazione in caso di lavoro autonomo. Non siamo sufficientemente organizzati per garantire un supporto alle giovani colleghe che decidono di essere anche madri.

Un progetto a sostegno della genitorialità offerto dall'ENPAM offre spiragli di serenità, una iniezione di *welfare* per la maternità delle professioniste. Consiste in un assegno per cinque mesi di gravidanza, protezione di gravidanze a rischio, coperture di buchi previdenziali, aiuti per asili nido e *baby sitter*, con estensione delle tutele anche alle studentesse di medicina e chirurgia non ancora laureate.

La penalizzazione comunque sussiste perché il maggior impegno familiare delle donne, riferito non solo ai figli ma anche ad una maggior vicinanza ai famigliari anziani, finisce con una rinuncia ove possibile agli straordinari, alla produttività aggiuntiva, alla libera professione intramoenia, ma anche alla ricerca di progressione di carriera. Qualche volta la rinuncia diventa obbligatoria.

Questo spiega anche la minor presenza di donne nei Consigli dell'Ordine, che finisce con il diventare un impegno in più, con riunioni che si svolgono in un orario poco consono, e che comunque allontanano ulteriormente dalla vita familiare.

Cambia qualcosa nella relazione di cura con i pazienti e le persone assistite? Si dice che le colleghe donne offrono maggior empatia, dialogo più protratto e maggiore ascolto; una vocazione femminile per la cura?



Una recente pubblicazione su JAMA relativa a un milione e mezzo di ultrasessantacinquenni esaminati da ricercatori dell'Università di Harvard indica che quelli curati da medici donna guariscono di più e hanno meno ricadute o nuovi ricoveri. I ricercatori di Harvard hanno scoperto una diminuzione della mortalità del 4% e delle ricadute del 5%, su uno spettro amplissimo di patologie: infezioni, aritmie, collassi, polmoniti, insufficienza renale. "Le donne sono in *pole position*, ma è la medicina che deve cambiare", conclude la giornalista Daniela Minerva nel commentare la pubblicazione sulle pagine di Repubblica.

Il mio consiglio alle giovani che leggono è di non fare rinunce, di mettercela tutta, e usufruire al massimo di ciò che la vita può offrire in ogni ambito, senza sacrificare i percorsi di

carriera, magari anche con una maggior partecipazione alla vita dell'Ordine: un contesto che potrebbe utilmente ringiovanire.

Ovviamente con il necessario supporto del compagno giusto.

Ad maiora.

Medici - Maschi/Femmine - Fasce d'età

Nazionale	Maschi	Femmine
<=24	1	3
25-29	8.831	12.083
30-34	11.965	19.112
35-39	10.471	18.724
40-44	11.639	18.541
45-49	11.339	13.411
50-54	19.464	17.329
55-59	34.130	22.475
60-64	52.560	25.334
65-69	39.342	10.986
70-74	15.578	2.846
>=75	18.391	2.713
Totale	233.711	163.557

Roberta Chersevani
Presidente FNOMCeO



Gentili colleghe e colleghi,

si chiude un triennio che mi ha visto peregrinare per l'Italia, prima ad imparare le funzioni a cui la CAO è istituzionalmente tenuta e poi a lavorare con tutto l'impegno di cui sono capace per portarle avanti.

Non è stata una passeggiata visto il tempo sottratto a famiglia e lavoro, ma mi ha reso molto orgoglioso di sostenere la bandiera della sezione di Gorizia, e soprattutto della professione.

Il confronto con gli altri ordini nazionali, mi ha fatto capire che siamo una categoria che ha poca rilevanza a livello istituzionale. Ogni provvedimento legislativo che riguardi la sanità, porta esplicitamente o tra le righe un attacco all'odontoiatria italiana.

Dal tentativo reiterato di introdurre la figura dell'odontoprotesista con tanto di albo professionale, dall'igienista che può aprire il suo studio e lavorare autonomamente, allo screening odontoiatrico fatto dagli otorinolaringoiatri (progetto di odontoiatria sociale della regione FVG), lo scopo è ridurre i costi della sanità affidando molti dei compiti che ci competono ad altri.

La tutela della salute è la parte più importante del ruolo che ricopriamo e quindi ci siamo fermamente opposti in tutte le sedi, allo svilimento della professione e quindi all'abbassamento di qualità dell'offerta sanitaria.

La nostra voce è flebile, forse perché a livello nazionale non si sono creati canali (lobbies) come hanno fatto altri poteri forti, con parlamentari, funzionari statali e via dicendo per perorare le nostre cause nonostante anni di tentativi, tutti andati a vuoto. Vedremo prossimamente se ci sarà un rinnovamento dei vertici con le elezioni nazionali.

Devo invece sottolineare che un importante successo portato a casa dopo molti incontri con in regione, è **il tavolo sulle autorizzazioni degli studi odontoiatrici e sui protocolli di sterilizzazione**. Le quattro Cao FVG hanno ottenuto dall'assessorato l'impegno di rendere omogeneo su tutto il nostro territorio, dalla Carnia in giù, Il criterio autorizzativo, **tramite un tavolo che si riunisca periodicamente con compito di costruire una checklist chiara semplice e condivisa da tutti, estensori e fruitori**, togliendo la possibilità ai "controllori" di formulare all'atto del sopralluogo negli studi le più strampalate richieste che tutti noi ben conosciamo. **distinguendo bene anche il concetto di accreditamento da quello di autorizzazione**

L'accordo è stato portato avanti con ANDI e AIO, che se ci ricordiamo erano già arrivati qualche anno fa ad un tavolo reso vano però dal cambio di governo regionale. Questa volta presentandoci come organo sussidiario dello Stato con l'appoggio dell'Università e del di-



rettore generale del dipartimento dell'igiene pubblica, incontrando e coinvolgendo i direttori da cui dipende l'applicazione della legge sulle autorizzazioni, anche col nuovo governo, le promesse dovrebbero essere mantenute.

Altro argomento di cui abbiamo discusso in regione è il **concetto del tempo di mantenimento della sterilità degli strumenti imbustati** che attualmente è fondato su un decreto che non ha alcun razionale scientifico (un mese di sterilità). Razionalizzando i tempi di scadenza si otterrebbe un grande risparmio di tempo e risorse economiche sia pubbliche che private.

Al tavolo abbiamo nel piatto anche di trattare tutte le problematiche della professione (abusivismo, collaboratori, criticità)

Si chiude anche il triennio dei consiglieri Cao, che devo ringraziare per la bellissima atmosfera che si è creata al nostro interno. Le problematiche e le questioni che abbiamo trattato, hanno sempre visto l'impegno e la massima collaborazione di tutti i componenti, riuscendo sempre ad arrivare a decisioni condivise all'unanimità.

Quest'anno purtroppo c'è stato il caso delle dimissioni rassegnate da una componente della commissione a causa delle note vicende accadute ed accettate evidenziando una particolare sensibilità della collega che non ha voluto essere causa di perturbazioni dei lavori. Abbiamo proseguito in quattro fino ad oggi e così andremo avanti fino alla scadenza naturale del mandato.

Ci saranno a breve le elezioni dell'ordine

Il consiglio si ripropone per quattro quinti ed al posto della componente dimissionaria abbiamo avuto la disponibilità della dott. Maria Gabriella Grusovin, nome che non ha bisogno di presentazioni, per riprendere in caso di vittoria della lista, un'attività di "continuità innovativa" della CAO Gorizia, con un mandato importante in più: **coltivare una generazione di giovani iscritti che prendano il timone dell'istituzione ordinistica nell'ottica del rinnovamento auspicato.**

Devo anche ringraziare la Presidente dell'ordine Roberta Chersevani, che ci ha sempre regalato nonostante i suoi impegni nazionali, la sua massima disponibilità e la sua simpatia.

Gianfranco Ferrari
Presidente Cao Gorizia



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



ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE 2017

A norma dell'art. 23 e seguenti del D.P.R. 5 aprile 1950 n. 221 in prima convocazione
sabato 16 dicembre 2017 alle ore 23.00
presso la sede dell'Ordine in via Brigata Casale 19/b, Gorizia

e in seconda convocazione

**Domenica 17 DICEMBRE 2017 alle ore 10.00
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 2016
3. Esame ed approvazione del Bilancio Preventivo 2018

Verranno poi festeggiati i nostri Colleghi che hanno compiuto 50 anni di Laurea e i giovani Medici che faranno il Giuramento Professionale.

Alle ore 11.00

Percorsi storici della Grande Guerra sul Carso di Castelnuovo

Conferenza a cura dello storico Silvio Stock

Ai sensi dell'art. 24 del DPR 5 aprile 1950 n. 221, chi fosse impedito ad intervenire all'Assemblea potrà farsi rappresentare da un collega consegnandogli la delega sotto riportata. Il Bilancio Preventivo 2018 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 16/12/2017 (prima convocazione) e del 17/12/2017 (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.



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI GORIZIA



Preg.mo
Dott. Rodolfo Ziberna
Sindaco di Gorizia

Gent.ma
Dott.ssa Isabella Alberti
Prefetto di Gorizia

Preg.mo
Dott. Antonio Poggiana
D.G. AAS 2 bassa Friulana-
Isontina

LORO SEDI

Gorizia, 23 ottobre 2017

A seguito delle notizie riportate dai media e di alcuni interventi da parte del volontariato, l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Gorizia non può non esprimere la propria preoccupazione per quanto avviene a seguito della presenza di migranti nella città di Gorizia. In particolare preoccupano le condizioni ambientali della galleria Bombi, ove da qualche tempo i migranti hanno trovato ricovero. Non sono condizioni accettabili per esseri umani, né da un punto di vista morale generale né da quello deontologico professionale.

Questo Ordine non intende esprimere pareri politici, non di competenza, ma il problema della presenza dei migranti sul territorio non può essere risolto con interventi tampone senza definire percorsi che prevedano valutazione dello stato di salute ed il mantenimento della stessa, interventi di istruzione riguardo la lingua italiana, l'accoglienza in ambienti idonei, l'offerta di svolgimento di una attività lavorativa.

Tali interventi consentirebbero inoltre di evitare atteggiamenti, con connotati estremi, che già sono visibili, dall'accoglienza tout court, senza comprenderne le implicazioni generali, all'atteggiamento aprioristico di rifiuto con preoccupanti atteggiamenti razzisti.

L'Ordine mette a disposizione la professionalità dei suoi iscritti per offrire un contributo fattivo, nell'ambito degli interventi previsti dalle Istituzioni preposte, nello svolgimento di attività sanitarie che dovessero rendersi necessarie, considerata l'imminenza della stagione fredda.

Il Presidente dell'Ordine
Dr.ssa Roberta Chersevani



Fine vita, svolta del Papa: “Evitare accanimento terapeutico non è eutanasia”

Bergoglio in un messaggio alla Pontificia Accademia della Vita: “Oggi è più insidiosa la tentazione di insistere con trattamenti che producono potenti effetti sul corpo, ma talora non giovano al bene integrale della persona”. Senatori a vita, dopo Francesco serve una legge

PAOLO RODARI - La Repubblica - 16 novembre 2017

CITTÀ DEL VATICANO - “Gli interventi sul corpo umano diventano sempre più efficaci, ma non sempre sono risolutivi: possono sostenere funzioni biologiche divenute insufficienti, o addirittura sostituirle, ma questo non equivale a promuovere la salute. Occorre quindi un supplemento di saggezza, perché oggi è più insidiosa la tentazione di insistere con trattamenti che producono potenti effetti sul corpo, ma talora non giovano al bene integrale della persona”. Sono parole contenute in un messaggio inviato questa mattina da Papa Francesco al Presidente della Pontificia Accademia per la Vita, monsignor Vincenzo Paglia, e a tutti i partecipanti al meeting della World Medical Association sulle questioni del cosiddetto “fine-vita”, organizzato presso l’Aula Vecchia del Sinodo in Vaticano.

Le parole di Francesco non aprono sull’eutanasia. La linea del Papa e della Chiesa, infatti, resta quella di sempre. Eppure sono parole importanti perché dicono che anche per la Chiesa “uno spazio adeguato” deve essere dato “alla dignità dell’essere umano”, ed “evitare accanimento terapeutico non è eutanasia”. Parole che i senatori a vita Elena Cattaneo, Mario Monti, Carlo Rubbia e Renzo Piano chiedono diventino l’occasione per ritorna-

re sulla legge: “Le parole di Papa Francesco sull’accanimento terapeutico e il fine vita, che nella loro ricchezza e articolazione vedono nel paziente, capace e competente, la persona che giudica l’effettiva proporzionalità delle cure, crediamo possano rappresentare un’ulteriore occasione per il Parlamento, di inserire nell’agenda politica del Paese la necessità di dare certezza normativa in questa legislatura alle scelte di fine vita”.

“Su tale necessità, rispetto al tema del cosiddetto ‘Testamento Biologico’ - proseguono - avevamo fatto pubbliche riflessioni, la cui attualità crediamo persistere e rinnovarsi con quanto oggi scritto dal Papa”.

Oggi Francesco ricorda Pio XII. Il quale già ricordò “in un memorabile discorso rivolto 60 anni fa ad anestesisti e rianimatori”, che “non c’è obbligo di impiegare sempre tutti i mezzi terapeutici potenzialmente disponibili e che, in casi ben determinati, è lecito astenersene”. L’aspetto peculiare di tale criterio è che prende in considerazione “il risultato che ci si può aspettare, tenuto conto delle condizioni dell’ammalato e delle sue forze fisiche e morali”. Consente quindi, scrive Francesco, “di giungere a una decisione che si qualifica moralmente come rinuncia all’accanimento terapeutico”.



Papa Bergoglio parte dal presupposto che oggi “la medicina ha sviluppato una sempre maggiore capacità terapeutica, che ha permesso di sconfiggere molte malattie, di migliorare la salute e prolungare il tempo della vita. Essa ha dunque svolto un ruolo molto positivo”. “D'altra parte - ricorda però ancora

Francesco -, oggi è anche possibile protrarre la vita in condizioni che in passato non si potevano neanche immaginare”. Per questo la richiesta di un “supplemento di saggezza” e la rinuncia ai mezzi terapeutici quando non c'è proporzionalità.

Discorso del Santo Padre Francesco ai partecipanti alla plenaria del Pontificio Consiglio della Cultura Sala del Concistoro Sabato, 18 novembre 2017

Cari fratelli e sorelle, vi do il benvenuto e ringrazio il Cardinale Gianfranco Ravasi per il suo saluto e l'introduzione. Questa vostra Assemblea Plenaria ha scelto come tema la questione antropologica, proponendosi di comprendere le linee future di sviluppo della scienza e della tecnica. Tra i tanti possibili argomenti di discussione, la vostra attenzione si è concentrata particolarmente su tre soggetti.

In primo luogo, *la medicina e la genetica*, che ci permettono di guardare dentro la struttura più intima dell'essere umano e addirittura di intervenire per modificarla. Esse ci rendono capaci di debellare malattie ritenute inguaribili fino a poco tempo fa; ma aprono anche la possibilità di determinare gli esseri umani “programmandone”, per così dire, alcune qualità.

In secondo luogo, *le neuroscienze* offrono sempre maggiori informazioni sul funzionamento del cervello umano. Tramite esse, realtà fondamentali dell'antropologia cristiana

come l'anima, la coscienza di sé, la libertà appaiono adesso sotto una luce inedita e possono essere persino da alcuni messi seriamente in discussione.

Infine, i progressi incredibili delle *macchine autonome e pensanti*, che sono già in parte diventate componenti della nostra vita quotidiana, ci portano a riflettere su ciò che è specificamente umano e ci rende diversi dalle macchine.

Tutti questi sviluppi scientifici e tecnici inducono alcuni a pensare che ci troviamo in un momento singolare della storia dell'umanità, quasi all'alba di una nuova era e alla nascita di un nuovo essere umano, superiore a quello che abbiamo conosciuto finora.

Sono in effetti grandi e gravi gli interrogativi e le questioni che ci troviamo ad affrontare. Essi sono stati in parte anticipati dalla letteratura e dai film di fantascienza, fattisi eco di paure e di attese degli uomini. Per questo, la Chiesa, che segue con attenzione le gioie e le speranze, le angosce e le paure degli uo-

mini del nostro tempo, vuole porre la persona umana e le questioni che la riguardano al centro delle proprie riflessioni.

La domanda sull'essere umano: «Che cosa è mai l'uomo perché di lui ti ricordi?» (*Sal 8,5*) risuona nella Bibbia sin dalle sue prime pagine e ha accompagnato tutto il cammino di Israele e della Chiesa. A questa domanda la Bibbia stessa ha offerto una risposta antropologica che si delinea già nella *Genesi* e percorre tutta la Rivelazione, sviluppandosi attorno agli elementi fondamentali della relazione e della *libertà*. La relazione si dirama secondo una triplice dimensione: verso la materia, la terra e gli animali; verso la trascendenza divina; verso gli altri esseri umani. La libertà si esprime nell'autonomia - naturalmente relativa - e nelle scelte morali. Questo impianto fondamentale ha retto per secoli il pensiero di gran parte dell'umanità e conserva ancora oggi la sua validità. Ma, nello stesso tempo, oggi ci rendiamo conto che i grandi principi e i concetti fondamentali dell'antropologia sono non di rado messi in questione anche sulla base di una maggiore consapevolezza della complessità della condizione umana ed esigono un approfondimento ulteriore.

L'antropologia è l'orizzonte di autocomprensione in cui tutti ci muoviamo e determina anche la nostra concezione del mondo e le scelte esistenziali ed etiche. Ai nostri giorni, essa è diventata spesso un orizzonte fluido, mutevole, in virtù dei cambiamenti socio-economici, degli spostamenti di popolazioni e dei relativi confronti interculturali, ma anche del diffondersi di una cultura globale e, soprattutto, delle incredibili scoperte della scienza e della tecnica.

Come reagire a queste sfide? Anzitutto, dob-

biamo esprimere la nostra gratitudine agli uomini e alle donne di scienza per i loro sforzi e per il loro impegno a favore dell'umanità. Questo *apprezzamento delle scienze*, che non sempre abbiamo saputo manifestare, trova il suo fondamento ultimo nel progetto di Dio che «ci ha scelti prima della creazione del mondo [...] predestinandoci ad essere suoi figli adottivi» (Ef 1,3-5) e che ci ha affidato la cura del creato: «coltivare e custodire» la terra (cfr *Gen 2,15*). Proprio perché l'uomo è immagine e somiglianza di un Dio che ha creato il mondo per amore, la cura dell'intera creazione deve seguire la logica della gratuità e dell'amore, del servizio, e non quella del dominio e della prepotenza.

La scienza e la tecnologia ci hanno aiutato ad approfondire i confini della conoscenza della natura, e in particolare dell'essere umano. Ma esse da sole non bastano a dare tutte le risposte. Oggi ci rendiamo conto sempre di più che è necessario attingere ai tesori di sapienza conservati nelle tradizioni religiose, alla saggezza popolare, alla letteratura e alle arti, che toccano in profondità il mistero dell'esistenza umana, senza dimenticare, anzi riscoprendo quelli contenuti nella filosofia e nella teologia. Come ho voluto affermare nell'Enciclica *Laudato si'*: «Diventa attuale la necessità impellente dell'umanesimo, che fa appello ai diversi saperi [...] per una visione più integrale e integrante» (n. 141), così da superare la tragica divisione tra le «due culture», quella umanistico-letterariateologica e quella scientifica, che conduce a un reciproco impoverimento, e incoraggiare un maggiore dialogo anche tra la Chiesa, comunità dei credenti, e la comunità scientifica.

La Chiesa, da parte sua, offre alcuni grandi principi per sostenere questo dialogo. Il primo è *la centralità della persona umana*, che va considerata un fine e non un mezzo. Essa

deve porsi in relazione armonica con il creato, quindi, non come un despota sull'eredità di Dio, ma come un amorevole custode dell'opera del Creatore.

Il secondo principio che è necessario ricordare è quello della *destinazione universale dei beni*, che riguarda anche quelli della conoscenza e della tecnologia. Il progresso scientifico e tecnologico serve al bene di tutta l'umanità e i suoi benefici non possono andare a vantaggio soltanto di pochi. In tal modo, si eviterà che il futuro aggiunga nuove disuguaglianze basate sulla conoscenza, e aumenti il divario tra ricchi e poveri. Le grandi decisioni sull'orientamento della ricerca scientifica e gli investimenti su di essa vanno assunte dall'insieme della società e non dettate solo dalle regole del mercato o dall'interesse di pochi.

Infine, rimane sempre valido il principio che *non tutto ciò che è tecnicamente possibile o fattibile è perciò stesso eticamente accettabile*. La scienza, come qualsiasi altra attività umana, sa di avere dei limiti da rispettare per il bene dell'umanità stessa, e necessita di un senso di responsabilità etica. La vera misura del progresso, come ricordava il beato Paolo VI, è quello che mira al bene di ogni uomo e di tutto l'uomo. Ringrazio tutti voi, Membri, Consultori e Collaboratori del Pontificio Consiglio della Cultura, perché svolgete un servizio prezioso. Invoco su di voi l'abbondanza delle benedizioni del Signore, e vi chiedo, per favore, di pregare per me. Grazie.

© Copyright - Libreria Editrice Vaticana

In copertina

Lucas Crancach il vecchio, *La fonte della giovinezza*, 1546, Staatliche Museum, Berlin.

In quarta di copertina:

Gustav Klimt, *Le tre età della donna*, 1905, Galleria Nazionale d'Arte Moderna, Roma.

La fonte della giovinezza è simbolo di immortalità e di eterna giovinezza. Secondo la leggenda, l'acqua che sgorga dal Paradiso guarisce le malattie e ringiovanisce chi vi si immerge. La mediazione soprannaturale rassicura il futuro ideale dell'uomo.

In contrapposizione *Le tre età della donna* è un'allegoria alla vita e al suo corso. Simbologgia il tempo che trascorre inesorabile e che porta alla morte. Nulla di divino, semplicemente sentimenti che rispecchiano l'animo umano, consapevole del suo inesorabile destino. La bambina e la madre con gli oc-

chi chiusi sognano o immaginano armonie, affinità e serenità future. La terza figura volontariamente si copre gli occhi: non le è più necessario scrutare il futuro, c'è consapevolezza senza mediazione.

La mediazione si trova nell'articolo di Bauman, *Farmaci e malattie*, e che riguarda le nostre debolezze.

«Dal punto di vista del Cigno nero, questo significa che un individuo è esposto all'improbabile solo se lascia che questo lo controlli. Quando siete voi a decidere, siete voi ad avere il controllo; fate in modo che questo sia il vostro obiettivo.»

Nassim Nicholas Taleb, *Il Cigno nero*, Il saggiatore, 2008.

A.V.

Farmaci e malattie

Zygmunt Bauman

da Cose che abbiamo in comune - 44 lettere al mondo liquido

Il concetto di «malattia» è noto a tutte le culture e trova riscontro in ogni idioma. Ogni lingua possiede e conserva, da tempo immemore, un equivalente semantico che indica, come suggerito dal termine *dis-agio*, l'assenza di «agio»: una sofferenza, un dolore fisico o psicologico, un *mal-essere*, un *dis-turbo*, una *in-fermità*. Un termine che ci comunica che l'individuo a cui è riferito non versa in uno stato ottimale e le sue condizioni non sono quelle che *normalmente* ci si aspetterebbe. La malattia segnala la a-normalità della condizione della persona interessata. Nel suo impiego corrente, però, il termine «malattia» (malessere, malanno) è spesso impiegato come fosse intercambiabile con quello di «patologia». Una parola, questa, di cui soltanto all'apparenza è sinonimo, ma che velatamente introduce un significato ulteriore ed essenziale e sposta l'enfasi verso un registro assolutamente diverso, passando da una *condizione*, l'«assenza di agio», all'*azione* che tale stato si presume o si ritiene che richieda. Infatti attribuisce all'azione intrapresa, o in procinto di esserlo, il potere di definire la condizione a cui dovrebbe porre rimedio: al giorno d'oggi è l'intervento dei medici che trasforma una circostanza in emergenza.

Quindi il termine «patologia» palesa ciò che altrimenti sarebbe rimasto oggetto di dibattito, e forse di controversia: se cioè la *condizione* di cui si parla può essere risolta, e può richiedere un intervento di tipo *medico*. Presuppone che l'esigenza di ricorrere a cure mediche sia già stata decretata («è ovvio»),

e prefigura visite mediche in studio o a domicilio, analisi a cui sottoporsi, trattamenti indicati e medicinali prescritti. Riconferma, benché indirettamente, che la professione medica e farmaceutica hanno e dovrebbero avere la responsabilità e il controllo del corpo e della mente dell'individuo malato. Quando abbiamo l'impressione che malattia e patologia siano la stessa cosa (e dunque, in maniera obliqua ma risoluta, una proiezione dell'intervento di tipo medico), il fatto di star male è definito dalla circostanza di esser soggetto a, avere i requisiti per ed esigere un intervento di tipo medico. «Essere malato» oggi significa chiedere l'aiuto del dottore così come un dottore che offre il proprio aiuto presuppone che ci si trovi di fronte a una condizione di malattia... Ma cosa viene prima, l'uovo o la gallina? E qual è l'uno e quale l'altra?

Come ha suggerito Marcia Angell nella sua recensione di tre lunghi studi per la «New York Review of Books» in data 15 gennaio 2009, «negli ultimi anni le società farmaceutiche hanno messo a punto un metodo nuovo e assai efficace per espandere il proprio mercato. Anziché promuovere farmaci per curare disturbi hanno iniziato a promuovere disturbi che si adattano ai loro farmaci». La nuova strategia è «di convincere gli americani che esistono due soli tipi di persone: quelle che soffrono di patologie che richiedono una cura farmacologica e quelle che ancora non sono consapevoli di soffrirne».

Lasciatemi aggiungere, però, che non sono state necessariamente le società farmaceutiche a inventare e sviluppare tale strategia. È

più probabile infatti che queste si siano semplicemente limitate a fare propria una pratica commerciale divenuta universale ai nostri giorni. L'offerta di nuovi beni non discende più da una domanda esistente, bensì è la *domanda che bisogna creare per accogliere beni già presenti sul mercato, in ciò seguendo la logica delle imprese commerciali in cerca di profitto anziché quella delle esigenze umane in cerca di soddisfazione*. Tale nuova tendenza poteva funzionare a pieno regime soltanto dopo che nelle nostre menti fosse stata insinuata e radicata la convinzione che non c'è né può esserci un limite al livello di perfezionamento delle nostre prestazioni e alla soddisfazione che deriva da ulteriori innalzamenti di tale livello. La nostra attuale condizione, per quanto ottimale, può e dovrebbe essere migliorata ulteriormente...

Mentre la percezione dello stato di *salute* non ha soltanto un limite minimo, ma anche un limite massimo - il cui raggiungimento ci permette di rilassarci -, la qualità di *benessere* [fitness] che è subentrata a sostituirla o a spingerla in secondo piano fra le preoccupazioni contemporanee non ha limiti: gli sforzi per perfezionare lo stato di benessere, a differenza della cura della salute nel senso ortodosso generalmente accettato, non finiscono mai, e questo significa che non potremo mai ridurre i nostri tentativi. Per quanto possiate stare bene, potreste sempre stare meglio; l'appagamento dei vostri sensi potrebbe essere sempre più appagante di quanto sia attualmente, e i piaceri più piacevoli, le delizie più deliziose. L'ingegnosità delle ditte farmaceutiche si riduce ad *aver creato un nesso tra l'autorevolezza e il potere persuasivo della preoccupazione per la propria salute, da un lato, e la ricerca di un benessere e di un livello di approvazione di sé sempre maggiore dall'altro* - che

noi, consumatori in una società di consumatori, siamo spinti, persuasi e allenati a perseguire. Che la strada diretta a questo fine debba passare per l'attento studio degli ultimi spot pubblicitari e sia destinata a finire nei negozi è una convinzione già diventata parte della nostra filosofia di vita - anzi: del nostro buon senso. E nel diventare parte integrale del buon senso, ossia nella sua trasformazione in una di quelle cose che «tutti sanno», «tutti accettano» e «tutti fanno», è stata convertita nella risorsa principale e inesauribile nella lotta ingaggiata dalle imprese per assicurarsi guadagni sempre più consistenti.

Non importa granché se il problema sul quale il farmaco da poco lanciato sul mercato promette di intervenire è serio, gravido di conseguenze, genuinamente minaccioso e profondamente disagiata per chi ne soffre. Ciò che importa ben di più è il suo grado di diffusione, e quindi quanti sono i potenziali consumatori del farmaco e quanto è il guadagno che la ditta può prevedere di trarre. Stando a questo principio, fastidi che la maggior parte di noi è abituata a tollerare regolarmente, quasi quotidianamente (come il bruciore di stomaco, il gonfiore premestruale o - addirittura - la comune mancanza di autostima che si manifesta come timidezza), sono stati recentemente classificati come disturbi: hanno ricevuto dei nomi dotti, fin troppo spesso bizzarri e incomprensibili e perciò inquietanti (il medico o il farmacista possono ad esempio definire il bruciore di stomaco come «disturbo da reflusso gastroesofageo»), tali da richiedere l'intervento urgente di un medico.

Christopher Lane ha tracciato la recente, spettacolare ascesa medica e farmaceutica

di uno dei fenomeni umani più diffusi: l'esperienza di una timidezza protratta o temporanea (chi di noi può dire, con la mano sul cuore, di non essere mai stato timido, cauto o diffidente?!). Questa sgradevole sensazione, tanto comune e frequente, viene oggi definita dai medici con il nome altisonante di «disturbo da ansia sociale». Nel 1980 l'autorevole *Manuale diagnostico e statistico delle malattie mentali* statunitense la definiva «rara» (catalogandola con il termine di «fobia sociale», oggi non più in uso). Nel 1994 però è stata riclassificata «estremamente comune», e nel 1999 il colosso farmaceutico GlaxoSmithKline ha lanciato una campagna pubblicitaria, costata milioni di dollari e angosciante, volta a creare un mercato per il Paxil, un farmaco che garantisce di alleviare o addirittura porre fine a questa «patologia grave» (come la definisce oggi la pubblicità). Lane cita Barry Brand, direttore di produzione del Paxil: «li sogno di ogni operatore di marketing è quello di trovare un mercato non ancora identificato o conosciuto, e di svilupparlo. Con il disturbo da ansia sociale siamo riusciti a fare esattamente questo».

Naturalmente, in casi simili paghiamo per la promessa di essere liberati da una paura e un'ansia *specifiche*, ma raramente, o forse mai, il farmaco che acquistiamo ci rende *generalmente* meno timorosi e meno inclini all'ansia. Una volta accettato che per ciascuno dei fastidi e disagi causati dalle normali seccature e tribolazioni della vita esiste (deve esistere, esisterà sicuramente) un farmaco da acquistare presso la più vicina farmacia, quel potenziale non sfruttato di farmaci

che promettono di migliorare la nostra esistenza rimane una fonte di infinite delusioni per i loro acquirenti e di infiniti guadagni per i loro promotori, distributori e rivenditori. Per ironia della sorte, siamo anche manipolati per finanziare le nostre delusioni. Ogni farmaco che viene introdotto sul mercato per sostituire quelli che lo hanno preceduto e hanno già perso credibilità tende ad avere un costo superiore a quelli di cui prende il posto (come accade con i giocattoli del *Mondo nuovo*, la distopia di Aldous Huxley) - un aumento che la sua maggiore efficacia può difficilmente giustificare.



Un omaggio ironico alla morte, nel tempo in cui il costume moderno decideva di relegarla nell'ombra.

Recensioni

Le terme di Monfalcone tra storia della medicina, storie e narrativa

Aniello Langella

Iniziai nel 1980 a studiare l'area del Lisert di Monfalcone. Mi interessava molto il territorio costiero ed in particolare l'area che dal Lisert si estendeva fino alle bocche del Timavo. Qui, dalla bibliografia reperita e dalla cartografia antica che negli anni avevo collezionato, avrei incontrato quel mondo fantastico che lega il mito alla leggenda e sempre qui avrei riletto con rande attenzione la vera storia del Lacus Timavi, ossia l'antico approdo di Plinio il Vecchio.

Molto mi avevano aiutato le ricerche bibliografiche attraverso le quali avevo riletto le vicende storiche e soprattutto leggendarie che avevano popolato questo territorio: il Caput Adriae.

Per primo ho affrontato lo studio della cartografia antica. Da questo primo approccio direi quasi iconografico e descrittivo, sono passato alla raccolta dei dati bibliografici, sparsi un po' nelle varie biblioteche ed a volte in archivi poco accessibili. Ho ricercato alle radici della medicina del secolo XVII e fino al ricco Ottocento, nel tentativo spero riuscito, di percorrere i progressi della scienza medica applicata alla clinica ed all'utilizzo delle acque termali.

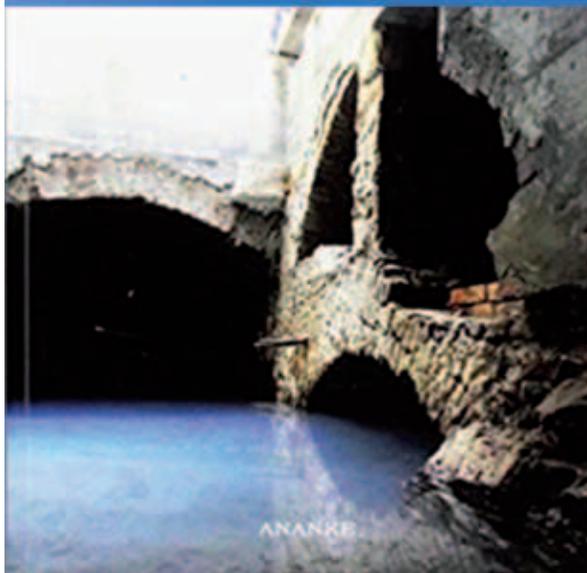
Attraverso l'analisi di tutti i dati raccolti sul nascere, in maniera apparentemente disordinata, è nata poi la costruzione della ricerca e del testo. Dovevo dare un senso alla ri-

cerca storica applicata alla medicina di un termalismo primitivo che ripercorreva le sue tappe fondamentali a partire dal I secolo a.C., fino a giungere ai nostri giorni.

Esplorare il territorio del Caput Adriae mi ha condotto così allo studio della fonte termale del Lacus Timavi, quella fonte che oggi tutti riconoscono nel toponimo detto

Aniello Langella

Le terme romane di Monfalcone
tra storia della medicina,
fatti e leggenda



delle Terme Romane di Monfalcone. Così nel corso di tanti anni sono giunto di recente alla elaborazione di un testo che è stato pubblicato e che tratta proprio di quello che fu il mio primo soggetto: descrivere la storia della fonte termale di Monfalcone. Nel testo non parlo solo di terme romane. Il senso del testo e la sua contenutistica potrebbe sembrare scontato dalla lettura del titolo. Ma in realtà il mio è un testo di storia della medicina. Io ho letto le antiche cartografie. Il Mongini del secolo XV, l'Hortelius del secolo XVI e tanti altri. Ho cercato nelle immagini di comprendere il senso di questo viaggio che conduce al Caput Adriae. Il punto più a nord del Mediterraneo. Quella terra duemila anni fa parlava a quel mare perché portava salute. Guidava la gente sulla strada del benessere spirituale e materiale perché godeva

del dono dell'acqua. Elemento catartico in senso cristiano e laico ed in ogni sua accezione curativo in quanto benefica nei suoi componenti chimici. E questo lo sapevano bene i cartografi che mai hanno consentito di ritrovare quelle antiche terme, parte del Lacus Timavi e del più ampio bacino del Caput Adriae.

Ho poi trattato la materia medica a partire dalla romanità. Giungo al secolo XVI per trattare delle malattie comuni e tra queste la peste, le endemie virali. Esamino nel testo le metodiche di cura. Approdo con grandi difficoltà all'Illuminismo che vere scoperte in campo medico. Risalgo lentamente al secolo XVIII guardando all'Ottocento dotto e guerafondaio ed in questo clima ritrovo relazioni sanitarie interessantissime.

Il mio testo non parla l'italiano. Si esprime in latino, a tratti in greco. Ma non disdegna il tedesco e lo sloveno. Qui, al Caput Adriae



si concentrano le aspirazioni ed i desideri di coloro che cercavano la salute del corpo, il sollievo dalle malattie ed in quelle acque era possibile. Risalivano questo fiume marino lungo, propaggine del Mediterraneo e che oggi chiamiamo Adriatico. Giungevano così al confine terrestre con il continente.

Il mio è un viaggio nella storia della medicina, guidato dalle antiche cartografie. Una disamina dei mali fisici fatta alla luce della storia dell'arte a partire dalla romanità. Un difficile compito che ho affrontato con passione e parlarne oggi, quasi mi emoziona.

L'istituto termale di Monfalcone, antico di circa duemila anni, si trova in una zona della città particolarmente interessante per le testimonianze, non solo di un passato lasciati nei documenti che hanno attraversato le varie epoche, ma soprattutto per aver custodito in modo assolutamente accidentale le tracce di un altrettanto passato geologico

che costituiscono le basi per un discorso più ampio e che territorialmente abbraccia quel vasto spazio che oggi va dalla collina carsica al castello di Duino e dalla strada costiera al mare. Descrivere questi luoghi, leggendone le varie epoche geologiche attraverso i documenti, nel tentativo di definire un progetto storico, vuol dire per me tentare di far rivivere un momento, una struttura che è parte essa stessa della storia e che contiene per quasi bane-

nale coincidenza tutte le premesse per poter sviluppare un progetto culturale più ampio. Se affidiamo alla *terma monfalconese* il compito di guidarci in questo difficile compito, e questa è la mia intenzione, abbiamo anche compreso che essa come edificio storico e come sintesi architettonica del tempo che l'ha attraversata, è anche la rappresentante

più eloquente di un contesto territoriale ricchissimo di storia, mitologia, geologia. Una sintesi bella di un passato affascinante e per certi versi ancora misterioso, le cui tracce oggi si possono rileggere con difficoltà e grazie solo alla acquisizione corretta dei dati che ci provengono dalle fonti. Questa è il racconto di un edificio antico e delle sue antiche storie ancora in parte da scoprire. Un viaggio se volete, alla riscoperta di un complesso luogo di aggregazione culturale, inserito in un frammento della costa dell'alto Adriatico, che da secoli siamo soliti indicare come il Lisert, dove la presenza umana da millenni sembra non abbia mai avuto discontinuità abitativa. Oggi il Lisert si identifica con l'area industriale posta ad est della città di Monfalcone e confina proprio ad est con il canale navigabile nei pressi delle Foci



del Timavo. La storia di quest'area è antichissima e la relazione con l'istituto termale è molto intima. Per il Marcon il termine Lisert deriva da lucertola (*liserta*), ma potrebbe anche derivare dal celtico *dysert* che vuol dire deserto, come altri asseriscono; per il Bullet invece sarebbe parola composta da *Lis* o *Lix* che starebbe per acqua; per il Sarra starebbe

ad indicare un "luogo chiuso", ossia un specchio di acque chiuse tra terre; Renato Duca ne "L'Agro Monfalconese" del 1981, ritiene il termine Lisert una voce latina che corrisponderebbe a *Desertumo* ossia una fascia di sicurezza posta ai confini dello stato romano.

Partire dal toponimo per studiare l'area è stato un lavoro impegnativo faticoso e lungo. Ho voluto introdurre questa ricerca partendo proprio dal tentativo di identificazione della radice semantica del termine e già dalle prime battute si può intuire quanto arduo sia stato questo compito. Qualunque sia l'etimo dal quale attingere ragguagli circa la terminologia e quantunque ancor oggi non vi sia concorde opinione tra gli studiosi sul tema, penso sia importante e quasi obbligatorio presentare l'argomento partendo dallo studio geografico del luogo. L'antico istituto termale del Lisert e l'area circostante del Lacus Timavi è l'oggetto del mio studio.

Al centro di quest'area oggi territorio, ma una volta mare e laguna, c'erano due isolette, due formazioni calcaree circondate dal mare: le due INSULAE CLARAE. Oggi la zona è totalmente irriconoscibile sotto il profilo geologico e ambientale. In circa 2000 anni la natura e soprattutto l'uomo hanno stravolto qualsiasi elemento del passato e delle interessanti vicende storiche di quel territorio, oggi si possono scorgere solo labili tracce attraverso complessi studi e ricerche. Durante questo viaggio a ritroso nel tempo ho affrontato tematiche storiche e mediche e dalle relazioni tra le due ho voluto tentare di comprendere i perché di tante controversie politiche e di tanti momenti di abbandono ed inoltre ho cercato di recuperare quei dati sanitari e quella terminologia medica del passato che ha attraversato tanti secoli di storia.

Aver "riportato alla luce" l'antica fonte termale, averle ridato dignità medica e sanitaria attraverso i processi di autorizzazione, accreditamento e convenzione, per me è stato un successo, una meta raggiunta nella mia carriera di medico. Quelle acque dimenticate da duemila anni avevano ritrovato la loro esatta collocazione nel loro naturale ambito, pronte a dispensare alla città e non solo un messaggio di salute e di speranza. Il lavoro poi di ricerca storica mi aveva consentito inoltre di diffondere il messaggio a vari livelli ed in diversi ambiti. Non posso dimenticare l'opera di recupero dell'edicola dedicata al culto di Sant'Antonio Abate che per diversi secoli venne anche indicato come santo propizio alla Fonte. Non ultimo e sempre derivato dal mio interessamento alla ricerca storica, l'aver recuperato molteplici reperti archeologici, raggruppati in un'area prossima al moderno edificio termale, che identificammo come lapidarium.

Il mio lavoro di ricerca è durato circa 30 anni e continua ancora. Il testo completato nel 2015, mi fu "acquistato" grazie agli Archeolclub Italia, dalla Ananke edizioni d'arte di Torino e dato alle stampe nel 2016. Artefice di questo progetto editoriale, la Prof.ssa Susanna Viganò Presidente di Archeoclub di Brescia alla quale va ancora oggi il mio grazie. Oggi sto ultimando il secondo volume del testo che riguarderà esclusivamente la cartografia del Lacus Timavi, del Caput Adriae in relazione alla Fonte Termale. Un terzo ed ultimo volumetto sarà dedicato alla medicina termale relativa alla Fonte del Lisert. In questo testo saranno anche trattati i momenti salienti della storia della Fonte in relazione alla storia della medicina a partire dalla prima metà del secolo XVII.

Alla fine, ma non da ultimo il mio ringraziamento all'Ordine dei Medici di Gorizia per aver recensito il mio testo.

Storie di farmaci, medici, industrie

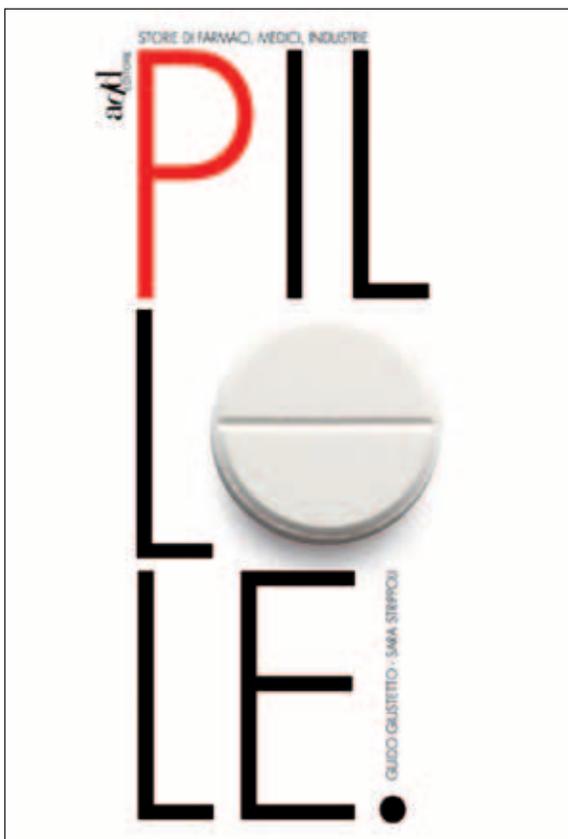
“I cittadini devono fare la loro parte, capendo che il marketing astuto delle grandi industrie farmaceutiche induce a coltivare la speranza che una pillola possa risolvere tutti i problemi. Evidentemente, non è così.”

Questo non è un libro contro i farmaci, ma un libro che spiega perché sia meglio mostrare un “sano scetticismo” di fronte a ciò che succede nel mondo dell’industria farmaceutica. Non è male sapere che un allarme era già stato lanciato nel 2001 da undici direttori fra le maggiori riviste mediche che sottolineavano l’intrusione degli interessi delle aziende del farmaco nella ricerca, con gravi problemi per la salute pubblica. Quando la malattia c’è, nessuna persona di buon senso può negare i benefici dei farmaci su salute e prevenzione e negli anni i progressi in campo farmaceutico sono stati enormi.

Ma come sta mutando il mondo dell’industria nei suoi rapporti con i medici, con le istituzioni e con i pazienti stessi? La sensazione è che si sia rotto quel patto etico tra industria del farmaco e società, grazie al quale si manteneva un equilibrio tra la necessità (e il diritto) di fare profitti da parte dell’industria e l’utilità sociale dei suoi prodotti.

Pillole racconta Big Pharma, termine che indica le industrie farmaceutiche con miliardi di ricavi, e per farlo spiega quanto costa davvero un farmaco, perché conviene evitare la pubblicità diretta al pubblico, chi sono e cosa fanno gli “informatori medici”, quali

sono le informazioni che arrivano al medico. Per raccontare vizi ed errori, tattiche di marketing, dimenticanze fatali nella comunicazione degli effetti collaterali e politiche promozionali aggressive, gli autori sono andati virtualmente in giro per il mondo a cercare storie che guardano con attenzione a quello che succede nell’industria farmaceutica. Perché anche sapere come funzionano le cose vuol dire prendersi cura della propria salute.



Abstract delle tesi di laurea



CAPILLARY LEAK INDEX (CLI): INDICE DI STRATIFICAZIONE DEL PAZIENTE CRITICO

Dr. Mitja Bresciani

INTRODUZIONE

Nel corso dello studio del dott. Corde-mans [1] il Capillary Leak index (rapporto tra Proteina C reattiva e Albumina) veniva definito come il parametro della permeabilità capillare, assumendo che l'aumentata permeabilità capillare indotta da infiammazione sistemica è associata ad alti livelli di PCR e ipoalbuminemia. Lo scopo della nostra tesi è di verificare l'ipotesi che il rapporto PCR/ Alb (Capillary Leak Index-CLI) possa essere relazionato alla mortalità e morbilità nei pazienti ricoverati presso il reparto di terapia intensiva.

MATERIALI E METODI

Sono stati raccolti i dati relativi ai pazienti ricoverati e degenti per un periodo superiore a 48 ore presso la SOC di Rianimazione dell'Ospedale di Cattinara (afferente all'A-OUTS "Ospedali Riuniti" di Trieste), nel periodo compreso tra il 3 novembre 2013 e il 21 febbraio 2014. I pazienti che soddisfacevano il criterio di inclusione venivano valutati prospetticamente fino a un tempo massimo prestabilito di 28 giorni complessivi di degenza. A tutti i pazienti è stato applicato il monitoraggio clinico e strumentale abitualmente codificato per i degenti presso tale reparto. Tutti i dati raccolti sono stati computati elettronicamente in un foglio di calcolo di

Microsoft Excel, opportunamente impostato a tal scopo.

RISULTATI

Su un totale di 208 pazienti, 84 pazienti (40%) hanno soddisfatto il criterio di inclusione. L'outcome è di 70 pazienti (83%) sopravvissuti e 14 pazienti (16 %) deceduti. Il SAPS II medio gruppo "deceduti" è di 68 (81,3% di morte) con $p < 0.001$, del gruppo "sopravvissuti" è di 45 (34,8% di morte); il SOFA score medio (primi 8 giorni) del gruppo "sopravvissuti" è 7,27 ($p = 0,1046$), del gruppo "deceduti" invece 11 ($p = 0,0074$). Sono stati considerati i primi tre valori CLI di ogni paziente rappresentativi della prima settimana di degenza. Confrontando i valori CLI 1,2 e 3 dei due sottogruppi: CLI 1 (deceduti vs sopravvissuti) è di $p = 0,74$, il CLI 2 (d vs s) $p = 0,24$ e il CLI 3 (d vs s) $p = 0,93$. Da una sub-analisi sul gruppo di 18 pazienti ricoverati per shock settico e sepsi severa non emergono differenze significative tra i due sottogruppi. Tenendo conto della variazione del valore CLI percentuale confrontato con la base 100 iniziale emerge una differenza significativa tra la tendenza del gruppo deceduti e quella del gruppo sopravvissuti. Nel primo la variazione non è significativa ($p = 0,375$), nel secondo invece è significativa ($p = 0,004$).

CONCLUSIONI

I dati della nostra osservazione dimostrano che in una popolazione eterogenea di pazienti critici il CLI non consente di formulare ipotesi predittive nella prima settimana di ri-

covero. Il limite dello studio è rappresentato dalla relativa esiguità del campione e dal fatto che il gruppo “deceduti” aveva un valore SAPS e SOFA superiore all’altro (i soggetti deceduti al ricovero in terapia intensiva erano già in gravissime condizioni). Tuttavia emerge una riduzione significativa del CLI nel gruppo sopravvissuti quando si consideri la variazione percentuale nel tempo ($p=0,004$). Il valore va inquadrato nella riduzione della risposta infiammatoria dell’organismo all’insulto iniziale ed alla diminuzione della permeabilità capillare più che alla riduzione della produzione di PCR.

[1] Colin Cordemans¹, Inneke De laet¹, Niels Van Regenmortel¹ **Fluid management in critically ill patients: the role of extravascular lung water, abdominal hypertension, capillary leak, and fluid balance** Cordemans et al. *Annals of Intensive Care* 2012, 2(Suppl 1):S1

IDENTIFICAZIONE PRECOCE DI MARKERS DIAGNOSTICI E PROGNOSTICI IN PAZIENTI CON CAP E HCAP

Dr. Alessia Degrassi

RAZIONALE

L’identificazione dei fattori di rischio per batteri multi-resistenti può far aumentare la prevalenza di terapie antibiotiche appropriate e migliorare la sopravvivenza dei pazienti infetti. Questo concetto, in particolare, è applicabile alle polmoniti, che sono ancora una delle cause più frequenti di sepsi nei paesi occidentali. Attualmente la stratificazione del rischio di resistenze si basa sulla definizione di HCAP, che di recente è stata messa in discussione da numerosi studi e meta-analisi che hanno osservato come non vi sia un vantaggio in termini di sopravvivenza applican-

do gli schemi di terapia antibiotica ad ampio spettro nei pazienti classificati come HCAP. Gran parte di essi, infatti, risulta avere patogeni sensibili, quindi la terapia ad ampio spettro in costoro risulta essere un overtreatment.

OBIETTIVI

analizzare i motivi che guidano la scelta della terapia antibiotica empirica e proporre uno score per individuare i pazienti con infezione da batteri MDR e con CAP-DRP, che possa prendere il posto della classificazione HCAP per indirizzare al meglio la terapia empirica. Analizzare le variabili cliniche indipendenti di mortalità e la performance di alcuni marcatori per predire l’outcome e il danno d’organo.

METODI

è stato condotto uno studio multicentrico, prospettico e osservazionale che ha riguardato pazienti con almeno due segni di SIRS ed evidenza di polmonite. I patogeni identificati che sono risultati resistenti alla terapia per le CAP proposta dalle linee guida sono stati definiti CAP-DRP; i batteri resistenti a 3 o più classi di antibiotici sono stati classificati MDR.

RISULTATI

in totale, 389 pazienti con polmonite e due o più segni di SIRS sono stati considerati (210 CAP, 179 HCAP). Sono stati individuate le variabili cliniche predittive di infezioni da batteri multi-resistenti e sono stati proposti due score per l’identificazione precoce di infezioni MDR (ospedalizzazione pregressa, istituzionalizzazione del paziente, età, conta dei globuli bianchi) e CAP-DRP (ospedalizzazione pregressa, istituzionalizzazione del paziente, uso di PPI/antiH₂, status non

ambulatoriale del paziente). Sono stati individuati i marcatori e le variabili cliniche predittive di danno d'organo e mortalità (con particolare interesse al ruolo dei marcatori e della presepsina -sCD14).

CONCLUSIONI

I modelli diagnostici che proponiamo sono dotati di una adeguata performance per orientare in modo sicuro la terapia antibiotica empirica in pazienti con LRTI definita o probabile. È auspicabile una loro adeguata e corretta validazione prospettica per confermarne l'applicabilità nella pratica clinica ordinaria.

QUANTIFICAZIONE DELLE CALCIFICAZIONI DELL'ARCO AORTICO E CORRELAZIONE CON GLI EVENTI CEREBROVASCOLARI IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A TAVI

Dr. Jasmina de Groot

INTRODUZIONE

Gli eventi cerebrovascolari (CVE) come l'ictus cerebri ischemico e l'attacco ischemico transitorio (TIA) continuano ad essere frequenti e invalidanti complicazioni peri-procedurali dell'impianto valvolare aortico trans-catetere (TAVI). La manipolazione dello strato dell'intima dell'aorta durante la procedura di protesizzazione, in particolare durante il passaggio della curvatura dell'arco aortico, può causare micro-embolizzazioni do-

Addressing empirical antimicrobial therapy in bacterial pneumonia: a new heterogeneous scoring system

A. Degrassi, F. Mearelli, N. Fiotti, C. Casarsa, G. Biolo
University of Trieste, Trieste, Italy

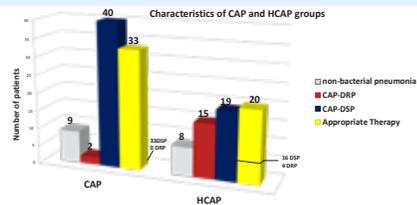
INTRODUCTION

Health care associated pneumonia (HCAP) ability to identify pneumonia sustained by multi drug resistant pathogens is controversial. [1] We sought to provide a new scoring system addressing the empirical antimicrobial therapy based on the correct identification of resistant pathogens in patients with pneumonia.

METHODS

In this prospective observational study, we considered 93 adult patients with microbiological confirmation of pneumonia. We looked for the prevalence of Community Acquired Pneumonia - Drug Resistant Pathogens (CAP-DRP) among patients classified and treated as having CAP or HCAP. The primary goal was to assess whether the appropriateness of initial empiric therapy would affect the short term mortality and if we could improve it with a new scoring system.

RESULTS



We considered 51 CAP and 42 HCAP patients with microbiological confirmation of infection. Receiving inappropriate empirical therapy was an independent risk factor for 30 days' mortality ($P=0.018$, OR 5.32 [95%CI. 1.26-22.73]). Among 76 bacteria-sustained pneumonias, 22.3% had CAP-DRP. After applying HCAP definition, we found 4.7% of CAP-DRP among CAP, and 44% among HCAP.

Previous hospitalization, residence in nursing home or long-term facilities, non-ambulator status and usage of PPI/antiH2 were predictors of CAP-DRP pneumoniae and were turned into an equation that identifies them with AUC of 0.84 [95%CI. 0.732-0.962], performing better than HCAP model (AUC=0.780, 95%CI. 0.663-0.898); Figure 1.

CAP-DRP score= (hospitalization * 4.743) + (residence in nursing home * 4.31) + (non-ambulatory status * -2.444) + (usage of PPI/antiH2 * - 2.361)

A score higher than 0.933 is a predictor of CAP-DRP, meanwhile a score under this cut leads to higher probability of CAP-DSP pneumonia.

CONCLUSIONS

HCAP-addressed empirical therapy leads to overtreatment and undertreatment of a considerable percentage of patients with pneumonia. Among them, the score system we propose may help to choose the most appropriate empiric antimicrobial therapy, aiming at reducing inappropriate initial therapy and its associated mortality.

REFERENCES

[1] Chalmers JD et al. Clin Infect Dis 2014; 58(3): 330-9

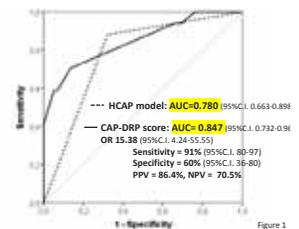


Figure 1

vute a frammentazione di eventuali placche ateromasiche calcifiche presenti a tale livello. Attualmente non esiste correlazione accertata tra la quantità di calcio nell'arco aortico e il verificarsi di CVE post-procedura TAVI.

OBIETTIVO

L'obiettivo dello studio è stato accertare l'Angio TC come strumento di quantificazione

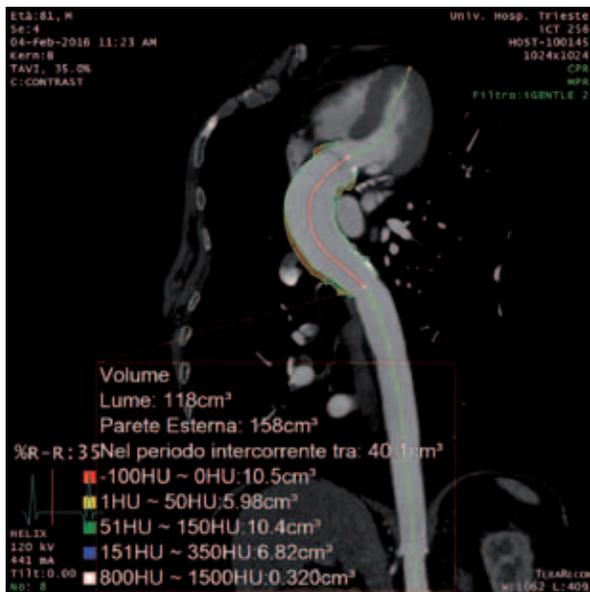


Fig. 1: Ricostruzione tramite il tool “analisi placca”. Dalla ricostruzione 3D dei vasi maggiori addomino-toracici selezionare il tragitto del vaso partendo dal ventricolo sinistro. Dopo la selezione del segmento da analizzare applicare il tool “analisi placca” e modificare la mappa colori in base ai valori di AT desiderati.



Fig. 3: Ricostruzione MPR con misurazione della quantità di calcio con AT 800 HU della valvola aortica. L'immagine a sinistra è una ricostruzione assiale della valvola aortica in cui si visualizza la placca calcifica.

del calcio a livello dell'arco aortico e della valvola aortica per stabilire quale sia il suo eventuale impatto nei CVE nei pazienti che si sottopongono a TAVI per via trans-aortica o trans-femorale, durante un follow up di sei mesi dall'intervento.

MATERIALI E METODI

In questo studio sono stati retrospettivamente misurati le quantità di calcio nell'arco aortico (dall'emergenza dei tronchi sovraortici alla valvola aortica) nelle immagini Angio-TC cardio-sincronizzata di 98 pazienti che si sono sottoposti a TAVI. A tale scopo è stato utilizzato un tool di “analisi placca” in dotazione alla workstation di ricostruzione 3D dotata di workflow dedicato alla ricostruzione delle immagini Angio-TC pre-TAVI. La quantificazione è stata effettuata con tre differenti soglie di attenuazione (AT: 500-1500 HU, 700-1500 HU, 800-1500 HU) per individuare quale fosse la più sensibile e specifica. Gli CVE sono stati registrati in un follow up di sei mesi tramite revisione di cartelle cliniche e dati radiologici disponibili (TC capo e RMN encefalo).

RISULTATI

6 di 98 pazienti (6,12%, percentuale coerente con la letteratura a disposizione) hanno avuto un CVE, nello specifico 3 di essi un TIA e 3 un ictus ischemico. In tutti i 98 pazienti la media della quantità di calcio nella valvola aortica è 0,72 cm³ con

AT 500-1500 HU, $0,17 \text{ cm}^3$ con AT 700-1500 HU, $0,09 \text{ cm}^3$ con AT 800-1500 HU. La media della quantità di calcio nell'arco aortico è $5,7 \text{ cm}^3$ con AT 500-1500 HU, $1,02 \text{ cm}^3$ con AT 700-1500 HU, $0,45 \text{ cm}^3$ con AT 800-1500. Nei pazienti che hanno avuto un CVE è stata misurata la media della quantità di calcio nella valvola aortica pari a $3,06 \text{ cm}^3$ con AT 500-1500 HU, $0,57 \text{ cm}^3$ con AT 700-1500 HU, $0,13 \text{ cm}^3$ con AT 800-1500 HU; nell'arco aortico una quantità di $16,77 \text{ cm}^3$ con AT 500-1500 HU, $1,8 \text{ cm}^3$ con AT 700-1500 HU, $0,78 \text{ cm}^3$ con 800-1500 HU.

CONCLUSIONI

È stata osservata una correlazione significativa ($p \text{ value} < 0.001$) tra la quantità elevata di calcio di placca nell'arco aortico misurato tramite Angio-TC e il verificarsi di CVE. È stata identificata la AT con il limite inferiore di 700 HU come più sensibile e specifica. La quantificazione delle calcificazioni dell'arco aortico si può affermare come potenzialmente utile nella predizione del rischio di CVE e può definirsi accurata nella selezione di quei pazienti che necessitano sistemi di neuro-protezione durante la procedura TAVI.

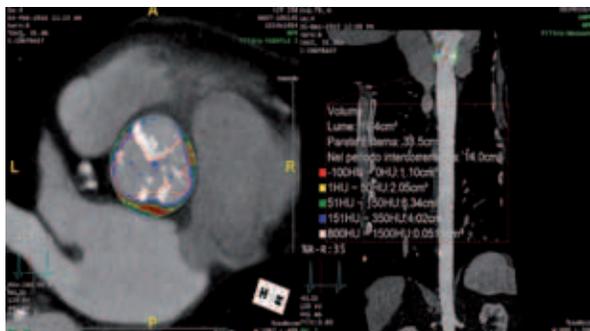


Fig. 2: Ricostruzione MPR con misurazione della quantità di calcio dell'arco aortico con AT 800 HU.

DETERMINANTI DELLA RISPOSTA DEL SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA ALDOSTERONE AI TEST DA CARICO SALINO IN PAZIENTI CON IPERTENSIONE ARTERIOSA ESSENZIALE: RUOLO DEL BRAIN MATRIURETIC PEPTIDE E DELLA SODIURIA

Dr. Nicholas Dodici

OBIETTIVO

Lo studio descritto in questa sede nasce dall'osservazione secondo cui non tutti i pazienti affetti da ipertensione arteriosa essenziale rispondono allo stesso modo ai test da carico salino. La comunità scientifica è ormai consapevole del ruolo cruciale del sistema renina angiotensina aldosterone (SRAA) nella regolazione dei valori della pressione arteriosa, tuttavia, questo sistema, sembra funzionare in modo diverso nei singoli pazienti ipertesi tanto che questi stessi pazienti vengono distinti in base ai loro valori di reninemia basale ed in base alla loro risposta ai test da carico salino.

Nei soggetti normotesi, infatti, l'infusione di un carico salino andrebbe ad inibire il SRAA aumentando la natriuresi. Anche i pazienti ipertesi con bassi valori di reninemia basale presentano una normale soppressione del SRAA seppur accompagnati da una peculiare natriuresi esagerata. I pazienti, invece, con reninemia basale normale o alta possono presentare o meno una soppressione del SRAA e per questo vengono distinti in "responders" e "non responders". L'obiettivo dello studio è stato quindi valutare quali fossero i determinanti della risposta del SRAA al test da carico salino ed in particolare valutare il ruolo del BNP come possibile predittore della risposta del SRAA e della natriuresi.

METODO

Per condurre questo studio osservazionale sono stati studiati 54 pazienti (27 uomini, 27 donne) di età compresa tra 18 e 80 anni, affetti da ipertensione arteriosa di cui 49 soggetti affetti da ipertensione essenziale e 5 affetti da iperaldosteronismo primitivo. Sono stati esclusi dallo studio i pazienti con ipertensione severa, con clearance della creatinina $<30\text{ml/min}$, con proteinuria $>3\text{g}/24\text{h}$, le pazienti gravide, i pazienti con malattie croniche debilitanti, affetti da iMA, angina instabile o stroke nei 12 mesi precedenti l'arruolamento. Per ogni paziente sono stati ottenuti dati identificativi, antropometrici e riguardanti il monitoraggio delle 24 ore della pressione arteriosa (ABPM).

I pazienti sono stati inoltre sottoposti a prelievi ematici e raccolte urinarie basali e dopo test da carico salino per valutare il profilo glucidico e lipidico, la funzionalità renale e l'omeostasi idro-salina. I pazienti con ipertensione arteriosa essenziale sono stati suddivisi in tre interquartili in base ai valori di BNP al basale e successivamente confrontati tra loro.

RISULTATI

L'analisi dei dati al basale dimostra alcune relazioni già note in letteratura come la relazione direttamente proporzionale tra BNP, età e MDRD e la correlazione tra BNP e sesso femminile mentre non evidenzia altre relazioni note come il legame tra insulino resistenza e bassi livelli di BNP (dovuta ad alti valori di BM) presumibilmente a causa della bassa numerosità campionaria dello studio.

È stata dimostrata la relazione inversamente proporzionale tra BNP e PRA e tra BNP e ARR (rapporto aldosterone/renina) e tramite un'analisi multivariata si è sottolineato come queste relazioni siano indipendenti da parametri quali età, sesso femminile ed MDRD.

È stato evidenziato come i pazienti affetti da iperaldosteronismo primitivo presentino livelli di BNP basali più elevati rispetto ai pazienti affetti da ipertensione essenziale tuttavia il BNP basale risulta un marker di screening non adeguatamente sensibile per farci sospettare questa patologia. In seguito al test da carico salino si è osservata la fisiologica soppressione del SRAA in tutti gli interquartili di pazienti ma si è evidenziato come la reninemia post carico è significativamente inferiore nei pazienti con i più alti livelli di BNP e ciò è coerente con la classificazione dell'ipertensione in base ai livelli di reninemia. La spiegazione dei bassi livelli di reninemia in questi pazienti (che costituiscono circa il 20% della popolazione ipertesa) sono diverse: secondo molti studi questi pazienti sono sodio sensibili e presentano una minor soppressione della renina e aldosterone in seguito al test da carico. Alla base della sodio sensibilità di questi pazienti è probabile che ci sia una maggior sintesi di ormoni mineralcorticoidi, una maggior sensibilità della corteccia surrenalica all'angiotensina I o la presenza di sistemi RAS locali che secernono angiotensina il non rilevabile in circolo. In questi pazienti, l'ipertensione è dovuta ad un'espansione volêmica causata dal maggior riassorbimento sodico che provocherebbe una maggior perfusione delle cellule juxtaglomerulari con conseguente soppressione dei livelli di reninemia. Infine è stato evidenziato come a parità di funzione renale e a parità di reninemia, il BNP rimane ancora significativamente correlato alla sodiuria post carico. In altre parole, a parità di espansione di volume (ovvero a parità di reninemia bassa), i pz con maggiori livelli di BNP mostrano una natriuresi ancora maggiore. Questo evento potrebbe far

desumere che in questi soggetti, i diversi livelli di BNP possano rispecchiare una maggiore predisposizione a sviluppare un danno miocardico (questa ipotesi tuttavia dovrà essere confermata da studi successivi).



**STRATIFICAZIONE PROGNOSTICA
DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO
CARDIACO ACUTO :
IL RUOLO DELLA FUNZIONE
VENTRICOLARE DESTRA ANCHE
ALLA LUCE DELLE NUOVE LINEE GUIDA
DATI DEL REGISTRO SCOMPENSO
CARDIACO ACUTO DI TRIESTE**

Dr. Cristina Faggioli

INTRODUZIONE

Lo scompenso cardiaco acuto (SCA) è un importante problema di salute a livello mondiale. La stratificazione prognostica in fase acuta rappresenta ancora oggi una vera sfida per il medico, nonostante siano stati proposti svariati modelli multiparametrici che includono dati demografici, clinici e laboratoristici. La funzione sistolica ventricolare sinistra non viene considerata generalmente un determinante maggiore di outcome sfavorevole ed in importanti registri la prognosi non divergeva in modo chiaro nei gruppi di pazienti con frazione di eiezione (FE) conservata o ridotta. Dall'altro lato invece, la funzione ventricolare destra sta emergendo come forte predittore di outcome nello scompenso cardiaco cronico, ma non era stata precedentemente investigata nello SCA.

Scopo dello studio: Nel presente studio abbiamo cercato di valutare l'impatto sulla sopravvivenza a 2 anni di una ridotta funzionalità ventricolare destra in un'ampia coorte di pazienti ricoverati per SCA e di determinare

l'evoluzione a breve termine durante il ricovero della funzione ventricolare destra dopo una terapia adeguata.

METODI

Abbiamo analizzato retrospettivamente i pazienti ricoverati con diagnosi primaria di SCA presso la S.C Cardiologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti di Trieste" in un periodo compreso tra il 1 Gennaio 2009 e il 31 Dicembre 2014. La funzione sistolica ventricolare destra è stata valutata con ecocardiogramma entro 24 ore dal ricovero e al momento della dimissione (tempo mediano di 8 giorni). La disfunzione ventricolare destra è stata definita da una TAPSE ("tricuspid annular plane systolic excursion") < 16 mm e/o una frazione di accorciamento delle aree del ventricolo destro < 35%. L'endpoint primario dello studio è stato definito dalla mortalità da tutte le cause entro 2 anni dal ricovero.

RISULTATI

Un totale di 560 pazienti con una valutazione della funzione del ventricolo destro disponibile è stato incluso nello studio. La nostra casistica è risultata costituita soprattutto da individui con un'età media di 69 ± 12 anni, il 70% era di sesso maschile e il 49% aveva una cardiopatia ischemica di base. Mediamente, la pressione arteriosa sistolica (PAS) di presentazione era di 128 ± 26 mmHg, i valori di creatinina e BNP medi erano di $1,36 \pm 0,64$ mg/dl e 776 (95% CI 707-845) pg/ml. Un ventricolo destro disfunzionante è stato identificato in 241 pazienti (il 43% della coorte complessiva). In questi pazienti era più frequente l'eziologia non ischemica di SC (54% Vs 41%, $p = 0,002$); essi erano più giovani (66 ± 14 Vs 72 ± 10 anni, $p < 0,001$) e con un tasso di comorbidità meno impegnativo. La PAS al momento della presentazione



Tabella 1. Caratteristiche clinico-strumentali dei pazienti a 24 mesi dal ricovero, distinti in pazienti con o senza disfunzione ventricolare destra.

Variabili	Pazienti totali (n=560)	Pazienti con disf. destra (n=241,43%)	Pazienti senza disf. destra (n=319,57%)	P value
Età (anni)	69±12,6	66±14	72±10,6	<0,001
Maschi (%)	70,5%	75%	67%	0,039
PAS (mmHg)	128±26,5	120±23	133±27	<0,001
PAD (mmHg)	74±14	73±14	75±14	0,270
PAM (mmHg)	92±16	88±16	94±17	<0,001
PAS<90 mmHg (%)	6	9	4	0,024
FC (batt/min)	85±24	87±21	83±25	0,055
ANEMIA (%)	22,3%	17,4%	26%	0,016
BPCO (%)	18,6%	20%	17,6%	0,477
CARDIOPATIA ISCHEMICA (%)	49%	41%	54,5%	0,002
CARDIOPATIA IPERTENSIVA (%)	41%	30,7%	48,6%	<0,001
DIABETE MELLITO (%)	36%	32%	39%	0,091
FA (%)	52%	47%	56%	0,037
ICTUS CEREBRALE (%)	9%	6,6%	11%	0,078
IRC (%)	39,6%	38,6%	40%	0,658
IPERLIPIDEMIA (%)	49,6%	42,7%	55%	0,005
IPERTENSIONE ARTERIOSA (%)	73%	65%	79%	<0,001
PRESENZA DI BYPASS(%)	12%	10%	14%	0,223
IMA (%)	25%	14%	33%	<0,001
ARRESTO INTRAOSPEDALIERO (%)	1,7%	2%	1,6%	0,825
CONTROPULSAZIONE INTRAOSPEDALIERA (%)	1,3%	2%	0,8%	0,432
EDEMA POLMONARE INTRAOSPEDALIERO (%)	3%	2,9%	3,1%	0,936
FA INTRAOSPEDALIERA (%)	6,5%	10,7%	3%	0,021
Na ⁺ (mEq/L)	139±3,5	139±3,3	139±3,7	0,504
K ⁺ (mEq/L)	4,3±0,5	4,4±0,5	4,3±0,4	0,111
ALBUMINA (g/dl)	3,4±0,5	3,4±0,6	3,4±0,5	0,876
Hb (g/dl)	12,4±2	12,7±2	12,2±2	0,004
CREATININA (mg/dl)	1,36±0,64	1,37±0,7	1,35±0,6	0,783
UREA (mg/dl)	61,4±37	65±42	58,6±32	0,040
BNP (pg/ml)	776 (707-845)	944 (826-1061)	644 (565-723)	<0,001
GLICEMIA (mg/dl)	105,4±38	100,7±31	108,6±42	0,084
GLOBULI BIANCHI (n·10 ³ /ml)	7,7±3	7,8±3	7,6±3	0,554
LINFOCITI (%)	19,7±9,4	20,2±9,7	19,4±9,2	0,340
PCR (mg/dl)	29,3 (23-35)	28,8 (21-37)	29,6 (20-39)	0,894
DURATA QRS (msec)	130±36,7	132±39,6	128±34,4	0,266
INTERVALLO QT (msec)	437±58,9	435±60,7	438±57,4	0,564
ATSASIN (cm ²)	31,8±8,4	33±8,5	30,7±8,1	0,002
VTDVSIN (ml)	151±71	167±69	138±70	<0,001
VTSVSIN (ml)	103±64	120±63	88±62	<0,001
ATDVDX (cm ²)	25±8	27±8	22±8	<0,001
ATSVDX (cm ²)	18±8	21±7	13±6	<0,001
FEVS (%)	37±16	32±15	41±16	<0,001
PAPs (mmHg)	47,8±16	52±17	43±14	<0,001
IM ≥2+ (%)	88%	94%	81%	0,003
IT ≥2+ (%)	24%	28,6%	20,5%	0,035

I valori sono espressi come media ± deviazione standard, mediana con range interquartile o percentuale(%).

ATDVDX: area telediastolica ventricolo destro; **ATSASIN:** area telesistolica atrio sinistro; **ATSVDX:** area telesistolica ventricolo destro; **BPCO:** broncopneumopatia cronica ostruttiva; **FA:** fibrillazione atriale; **FC:** frequenza cardiaca; **FEVS:** frazione di eiezione ventricolare sinistra; **Hb:** emoglobina; **IM:** insufficienza mitralica; **IMA:** infarto miocardico acuto; **IRC:** insufficienza renale cronica; **IT:** insufficienza tricuspidalica; **K:** potassio; **Na:** sodio; **PAD:** pressione arteriosa sistemica diastolica; **PAM:** pressione arteriosa sistemica media; **PAPs:** pressione arteriosa polmonare sistolica; **PAS:** pressione arteriosa sistemica sistolica; **VTDVSIN:** volume telediastolico ventricolo sinistro; **VTSVSIN:** volume telesistolico ventricolo sinistro.

era più bassa (120 ± 23 Vs 133 ± 27 mmHg, $p < 0,001$). La disfunzione ventricolare destra era prevalente nei pazienti con FE ventricolare sinistra ridotta (56%), rispetto ai sottogruppi con FE conservata (31%) e intermedia (20%). La sopravvivenza a 2 anni dal ricovero era sovrapponibile nei 3 differenti gruppi di FE ventricolare sinistra (FE $< 40\%$ Vs FE compresa tra 40 e 49% Vs FE $> 50\%$), invece i pazienti con disfunzione ventricolare destra han-

no mostrato un outcome peggiore rispetto a quelli con funzione sistolica destra normale (mortalità a 2 anni 52% Vs 40%, $p = 0,01$). Infine, in un tempo mediano di 8 giorni, la funzione ventricolare destra è stata rivalutata in 479 pazienti mostrando una normalizzazione dopo terapia nel 46% di essi.

CONCLUSIONI

Nello SCA la funzione sistolica del ventricolo destro si è dimostrata impattante sulla prognosi, al contrario della frazione d'eiezione

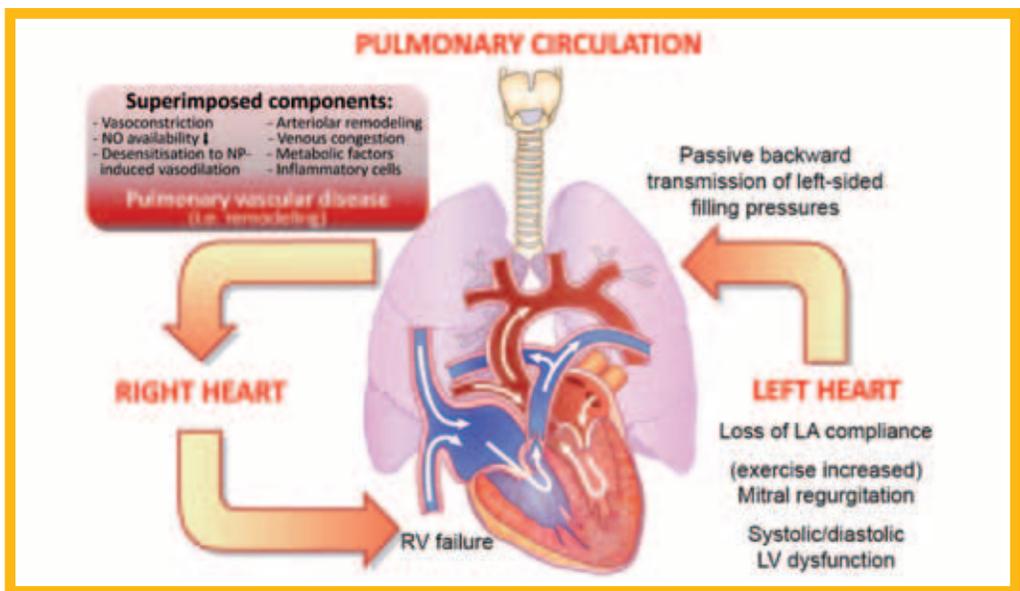
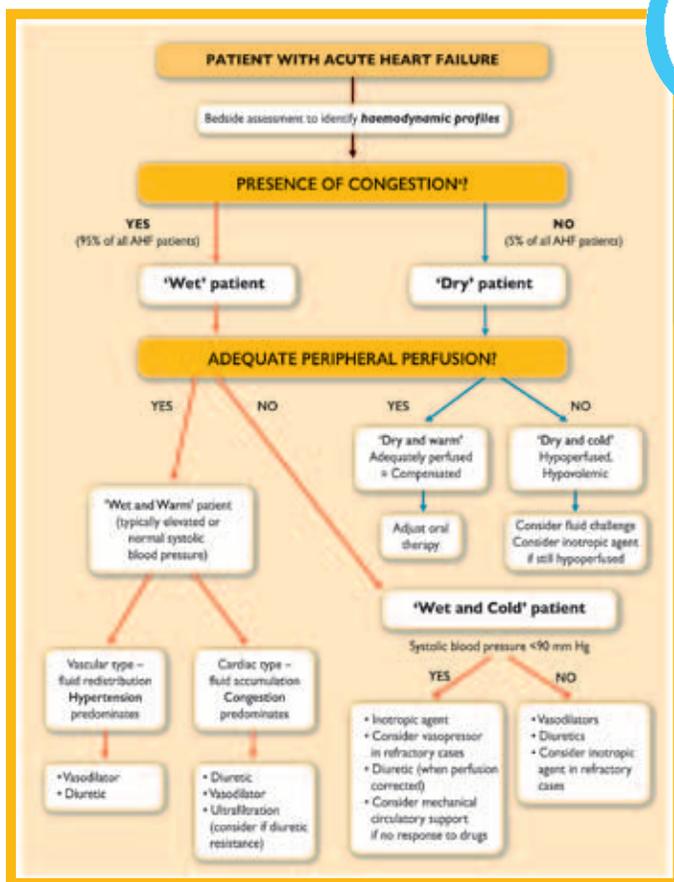


Figura 1. Rappresentazione schematica della fisiopatologia dell'ipertensione polmonare correlata alla disfunzione del cuore sinistro: l'ipertensione polmonare è primariamente la conseguenza della trasmissione retrograda delle elevate pressioni di riempimento sinistre, che si instaurano a causa della disfunzione sistolica o diastolica del ventricolo sinistro. In secondo luogo, l'insufficienza mitralica funzionale determina un aumento della pressione atriale sinistra e della PAP, le quali peggiorano di solito sotto sforzo fisico. In aggiunta al rimodellamento e alla disfunzione ventricolare sinistra, la dilatazione dell'atrio sinistro, la sua rigidità dovuta alla fibrosi interstiziale, la sua ridotta compliance e contrattilità contribuiscono all'alterazione del circolo polmonare e del cuore destro (componente post-capillare dell'ipertensione polmonare). Diversi fattori concomitanti presenti nel circolo polmonare (come la ridotta disponibilità di NO, l'aumentata espressione di endotelina 1, la desensibilizzazione alla vasodilatazione indotta dal peptide natriuretico, l'infiltrazione di cellule infiammatorie, fattori metabolici e neurogeni e l'ipossia) possono indurre vasoconstrizione arteriolare e nel tempo un rimodellamento strutturale delle arterie di resistenza polmonari (componente pre-capillare dell'ipertensione polmonare). Tutto questo conduce alla disfunzione del ventricolo destro: la sua dilatazione e lo stress di parete portano ad un aumentato consumo miocardico di ossigeno, che assieme a una concomitante perfusione coronarica ridotta causano ischemia e progressiva insufficienza ventricolare destra (Rosenkranz S, Simon R, Gibbs J, Wachter R, De Marco T, Vonk-Noordegraaf A, Vachiéry JL. Left ventricular heart failure and pulmonary hypertension. Eur Heart J. 2015; doi:10.1093/eurheartj/ehv512).

Figura 2. Algoritmo gestionale dello SCA basato sul profilo clinico nella fase iniziale. I pazienti vengono differenziati in base alla presenza o assenza di congestione a riposo (wet vs dry) di ipoperfusione (warm vs cold). Segni/sintomi di congestione: ortopnea, dispnea parossistica notturna, crepitii bi-basali, un'anomala risposta pressoria alla manovra di Valsalva, congestione venosa giugulare, reflusso epato-giugulare, epatomegalia, ascite ed edemi declivi (HF guidelines, EHJ 2016).

ventricolare sinistra. L'incremento della numerosità della nostra popolazione campionaria e futuri studi multicentrici e/o possibilmente prospettici saranno necessari per confermare i nostri dati preliminari e determinare gli effetti di una terapia mirata di supporto per la funzione ventricolare destra in questo specifico setting di pazienti.



RETTOCOLITE ULCEROSA IN ETÀ PEDIATRICA: CORRELAZIONE TRA ATTIVITÀ CLINICA E MARCATORI DI ATTIVITÀ ENDOSCOPICA, MUCOSALE E BIOCHIMICA DURANTE IL FOLLOW-UP

Dr. Giulia Furlan

In questo studio retrospettivo si valutano le correlazioni che intercorrono tra due metodi non invasivi, la determinazione del Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index e il dosaggio della calprotectina fecale, e l'attività di malattia a livello mucosale, valutata mediante il Mayo score, su una popolazione pediatrica affetta da RCU. L'obiettivo dello studio è ve-

dere qual è il valore predittivo dei due test non invasivi e valutare se questi possono affiancare e magari sostituire quelli invasivi, come la colonscopia.

VALUTAZIONE DELLA RISPOSTA VIROLOGICA SOSTENUTA IN UNA COORTE DI PAZIENTI HCV POSITIVI TRATTATI CON I NUOVI FARMACI ANTIVIRALI AD AZIONE DIRETTA

Dr. Sara Mirabella

INTRODUZIONE

Il virus dell'epatite C costituisce un rilevante problema di salute pubblica con una prevalenza del 3% nella popolazione mondiale.

È considerato inoltre la principale causa di epatite cronica, di cirrosi epatica e di carcinoma epatocellulare (HCC). La mortalità dei pazienti con infezione cronica da HCV risulta essere superiore rispetto al resto della popolazione non infetta.

La terapia per l'eradicazione del virus dell'epatite C ha subito importanti modifiche nel corso degli ultimi decenni fino ad arrivare al periodo attuale che vede l'impiego dei nuovi DAA (farmaci antivirali ad azione diretta), regimi terapeutici INF-free, con il conseguimento di tassi di SVR (risposta virologica sostenuta) attorno al 90% dei casi trattati con conseguente eradicazione virale.

La candidabilità dei pazienti con infezione cronica da HCV agli schemi terapeutici con i nuovi DAA è strettamente vincolata al rispetto dei criteri stabiliti da AIFA e recepiti da AISF.

OBIETTIVI DELLO STUDIO

Questo studio ha come obiettivo principale l'identificazione di eventuali predittori clinici significativi per il conseguimento di una risposta virologica sostenuta a 12 settimane dal termine della terapia e la valutazione di quali pazienti siano più a rischio, rispetto ad altri, di sviluppare gravi complicanze al trattamento antivirale tali da renderne l'avvio più rischioso rispetto ai potenziali benefici dello stesso.

MATERIALI E METODI

In questo studio sono stati raccolti in modo retrospettivo i dati di 144 pazienti affetti da epatite virale cronica HCV relata candidabili, secondo criteri AIFA, al trattamento con i nuovi DAA ed afferenti all'Ambulatorio di Epatologia presso la Clinica Medica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Santa Maria

della Misericordia di Udine in un di tempo periodo compreso tra Febbraio del 2015 e Giugno del 2016. Dall'analisi della documentazione clinica dei singoli pazienti sono stati raccolti dati epidemiologici di base, parametri di laboratorio, presenza di comorbilità metaboliche, di coinfezione con HBV e/o HIV, tipo di trattamento avviato, eventuali complicanze insorte a seguito del trattamento e i valori di SVR a 3, 6 e 12 mesi dal termine della terapia.

RISULTATI

I dati ottenuti sono stati elaborati con il sistema SPSS "Statistical Package for Social Science" (versione 22.0, IBM, New York, NY, USA). Al momento dell'analisi dei dati, l'SVR a 3 mesi dal termine della terapia, era disponibile in solo 111 pazienti della nostra popolazione; pertanto 33 pazienti sono stati esclusi dall'analisi statistica per la valutazione dell'obiettivo dello studio. Su un totale, dunque, di 111 pazienti, 99 (89.2%) hanno raggiunto SVR3, confermando pertanto la negativizzazione virale sia al termine del trattamento sia tre mesi dopo il termine dello stesso. Dodici pazienti (10.8%) non hanno raggiunto l'SVR3 perché hanno presentato un relapse virologico dopo il termine del trattamento.

Abbiamo valutato con i dati al basale in nostro possesso l'eventuale presenza di fattori predittivi indipendenti della risposta virologica sostenuta: la sola presenza di HCC è risultata essere un fattore predittivo significativo per il mancato conseguimento di SVR [(Odds Ratio (OR)= 7.550, 95% Intervallo di Confidenza (IC) 1.414-40.330).

Per quanto riguarda l'identificazione di quali pazienti siano esposti ad un rischio maggiore di sviluppare severe complicanze in corso di trattamento antivirale, abbiamo identificato la presenza di varici esofagee e

l'età del paziente come fattori predittivi significativi indipendenti per l'insorgenza di complicanze gravi, con un OR (95% IC) di 5.83 (1.984-17.130) e di 1.057 (1.001-1.117) rispettivamente.

CONCLUSIONI

Questi dati ci hanno portato a concludere che la presenza, prima dell'avvio del trattamento, di ipertensione portale di qualunque grado, indicativa di patologia epatica in stadio avanzato, possa porre i pazienti ad elevato rischio di sviluppare severe e, potenzialmente fatali, complicanze durante la terapia o entro 30 giorni dal termine della stessa e che la presenza di HCC al basale possa essere correlata con il mancato conseguimento di SVR3.

VASCULITI "MAGGIORI" E RARE IN ETÀ PEDIATRICA: PERCHÉ SI SBAGLIA?

Dr. Francesco S. Novati

INTRODUZIONE

Le vasculiti dell'infanzia sono un complesso ed interessante capitolo della reumatologia pediatrica; si stima un'incidenza di circa 50 casi ogni 100.000 bambini l'anno, con differenze geografiche di distribuzione nel mondo per ogni vasculite. Rappresentano un ambito clinico spesso condiviso con altre specialità pediatriche, come la dermatologia, la cardiologia e la nefrologia, caratteristica che mette in evidenza la natura multisistemica di queste patologie. L'esordio di alcune vasculiti (ad esempio la Porpora di Schönlein-Henoch e la Malattia di Kawasaki) è spesso rapido, e le caratteristiche diagnostiche si palesano in qualche giorno; in molte vasculiti altresì, la presentazione clinica è più subdola e la sintomatologia ha un esordio più lento; in

questi casi la diagnosi è spesso difficoltosa e ritardata e richiede un forte sospetto clinico ed un'accurata indagine degli organi potenzialmente coinvolti, come cuore, polmoni, fegato e reni.

In questi casi la diagnosi definitiva richiede frequentemente la biopsia di uno o più tessuti e talvolta studi angiografici.

OBIETTIVI

Il fine di questo lavoro è stato quello di realizzare uno studio retrospettivo inerente le sindromi vasculitiche "maggiori" e rare ad esordio pediatrico, giunte all'osservazione dei medici della Clinica Pediatrica dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste. In particolare, si è posta attenzione alle caratteristiche cliniche ed alle modalità di insorgenza di queste sindromi, analizzando ed evidenziando gli elementi che hanno complicato la diagnosi e ritardato l'intervento terapeutico.

Nella nostra trattazione, sono state prese in considerazione le seguenti patologie:

- Arterite di Takayasu
- Granulomatosi associata a poliangerite o granulomatosi di Wegener
- Poliangerite Microscopica
- Sindrome di Churg-Strauss o granulomatosi eosinofila con poliangerite
- Sindrome di Hughes-Stovin.

Ricordiamo che la Sindrome di Hughes-Stovin non è ad oggi formalmente considerata una sindrome vasculitica, bensì un raro disordine ad eziologia e patogenesi sconosciute, il cui *primum movens* patologico è ritenuto essere una vasculite.

MATERIALI E METODI

Sono stati considerati, attraverso l'analisi delle caratteristiche cliniche e dell'evoluzio-

ne nel tempo, tutti i casi di vasculiti rare diagnosticate presso la Clinica Pediatrica dell'IRCCS Burlo Garofalo di Trieste dal 1993 ad oggi (2016).

Questo studio retrospettivo è stato effettuato attraverso la raccolta dei dati riportati nelle cartelle cliniche dei pazienti oggetto dello studio. Sono stati presi in considerazione le generalità, i dati anamnestici, l'esame obiettivo, gli esami di laboratorio e di diagnostica per immagini di ogni paziente; è stata posta particolare attenzione ai sintomi d'esordio, all'*iter* diagnostico che ha portato alla diagnosi di vasculite ed alle strategie terapeutiche utilizzate. È stata inoltre valutata l'evoluzione nel tempo delle patologie, con gli eventuali esiti a distanza conseguenti alla progressione delle stesse.

La storia clinica dei pazienti è stata poi confrontata con i casi presenti in letteratura, ponendo particolare attenzione ai criteri classificativi più aggiornati per le vasculiti ad esordio pediatrico ed alle ultime linee guida, ove presenti, per il trattamento di tali patologie.

RISULTATI E CONCLUSIONI

In totale sono stati arruolati nello studio 10 pazienti, 5 di sesso maschile e 5 di sesso femminile; l'età media di esordio delle patologie è stata di 12,2 anni, il follow-up clinico medio di 30,8 mesi e la mortalità durante il follow-up è stata del 10%. L'interessamento clinico all'esordio è stato in prevalenza legato a sintomi costituzionali (9 pazienti su 10), disturbi muscolo-scheletrici (5 pazienti su 10) e sintomi a carico del sistema respiratorio (4 pazienti su 10); per quanto riguarda il quadro laboratoristico all'esordio, nella maggior parte dei pazienti, si è riscontrato un aumento di VES e PCR (rispettivamente 9 e 7 pazienti su 10), la presenza di trombocitosi (4 pazienti su 10) ed anemia (4 pazienti su 10).

I principali esami effettuati ai fini dell'inquadramento diagnostico sono stati: TC (10), radiografia convenzionale (9), ECG (9) ed ecocardiografia (5).

Per quanto riguarda il trattamento, la totalità dei pazienti ha ricevuto almeno un ciclo di terapia con CS, FANS, ciclofosfamide, MTX, azatioprina e farmaci biologici (in particolare Infliximab, Rituximab e Anakinra).

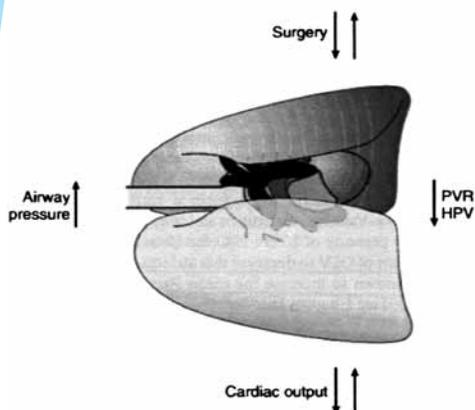
Abbiamo confrontato il nostro ritardo diagnostico mediano, la sintomatologia d'esordio dei nostri pazienti con quella riportata in letteratura.

Vasculite	Sesso	Età di esordio
Arterite di Takayasu (3)	M	14
	F	16
	F	10
Granulomatosi associata a poliangioite o granulomatosi di Wegener (1)	M	14
Poliangioite microscopica (1)	F	10
Sindrome di Churg-Strauss o granulomatosi eosinofila con poliangioite (4)	F	12
	M	15
	F	17
	M	2
Sindrome di Hughes-Stovin (1)	M	12

VENTILAZIONE MONOPOLMONARE IN CHIRURGIA TORACICA: TECNICHE PROTETTIVE E CONVENZIONALI

Dr. Caterina Peratoner

INTRODUZIONE



In chirurgia toracica c'è un aumentato rischio di ipossiemia intraoperatoria e di danno indotto dal ventilatore (VILI: Ventilator Induced Lung Injury) dovuto alla necessità di utilizzare la ventilazione monopolmonare (OLV: One Lung Ventilation) e di porre il paziente in decubito laterale. Il VILI è causato dal barotrauma, dal volotrauma e dall'atelettotrauma, fattori che generano danno alla membrana alveolo-capillare (biotrauma).

Il VILI può essere evitato grazie all'utilizzo del-

la ventilazione protettiva: bassi TV (Tidal Volume), PEEP (Positive End Expiratory Pressure) e manovre di reclutamento alveolare (RM).

OBIETTIVI

Confrontare le tecniche convenzionale e protettiva su:

- Rapporto PaO₂/FiO₂ intra- e post-operatorio;
- Incidenza di ipercapnia e acidosi intra- e post-operatoria;
- Gradiente alveolo-arterioso;
- Compliance e driving pressure intraoperatorie;
- Necessità di sostegno volemico;
- Predittività delle PFR (Prove di Funzionalità Respiratoria) ed emogasanalisi.

PAZIENTI E METODI

Lo studio fa parte di un trial clinico multicentrico randomizzato controllato (fig. 1) che prevede l'arruolamento di 2000 pazienti. I criteri d'inclusione ed esclusione hanno permesso di arruolare (giugno 2015 - giugno 2016) 40 pazienti, che sono stati randomizzati con rapporto 1:1, ottenendo due gruppi da 20 pazienti.

Un gruppo è stato ventilato con tecnica convenzionale: TV durante OLV: 6 ml/kg peso ideale; ZEEP (Zero End Expiratory Pressure). L'altro gruppo è stato ventilato con tecnica protettiva: TV durante OLV: 4 ml/kg peso ideale, PEEP, RM.

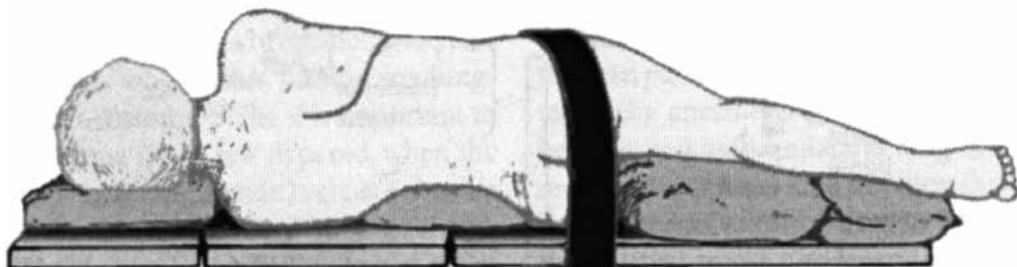




Figura 1. Centri aderenti al trial

non parametriche; test di Mann-Whitney per l'analisi di valori e variabili parametriche; coefficiente di correlazione di concordanza per variabili parametriche secondo Pearson per le tabelle di correlazione; modelli di regressione multipla con stepwise method per approfondire ulteriormente indici di correlazione.

RISULTATI E DISCUSSIONE

La tecnica protettiva non comporta un maggior impegno emodinamico, infatti non si sono registrate differenze né nei valori pressori, né nelle quantità di fluidi infusi nei due gruppi.

I valori di ossigenazione intraoperatoria sono sovrapponibili tra i due gruppi, tut-

	CONVENZIONALE			PROTETTIVA			P value
	Numero pazienti	Mediana	25°-75° percentile	Numero pazienti	Mediana	25°-75° percentile	
F l u i d i totali (mL)	20	825,0	600,0-1100,0	20	950,0	725,0-1075,0	0,4811
Fluidi totali (ml/kg/h)	20	3,4	2,5-4,6	20	3,8	2,5-4,7	0,5162
Colloidi (mL)	20	0	0-125	20	125	0-225	0,4470
Diuresi totale (mL)	19	250,0	162,5-375,0	20	200,0	110,0-397,5	0,5412
MAP	20	67,5	65,0-72,0	20	66,5	60,2-71,7	0,5978

RACCOLTA DEI DATI

Dati generali, emogasanalitici, ventilatori ed emodinamici dei pazienti sono stati raccolti nelle tre fasi: preoperatoria, intraoperatoria e postoperatoria.

ANALISI STATISTICA

Per le analisi dei dati sono stati utilizzati: Modelli ad Effetti Misti (MEM), test esatto di Fischer e test del Chi Quadro per variabili

tavia si evidenzia un peggioramento nella fase di riespansione polmonare di $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ e di D(A-a)O_2 rispetto alla prima misurazione dopo l'induzione dell'anestesia nel gruppo convenzionale (fig. 2), ma non nel protettivo (fig. 3).

Si registrano valori maggiori di ipercapnia in ventilazione protettiva, pur rimanendo nel range di ipercapnia permissiva descritta in letteratura e prevista dal protocollo.

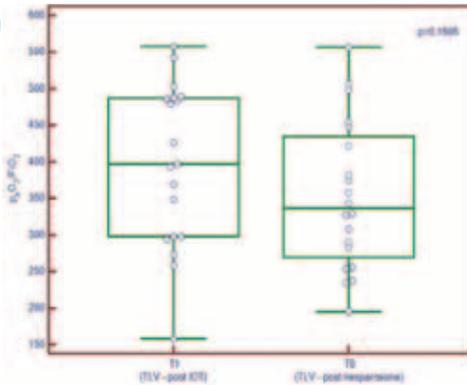


Figura 3. Gruppo protettivo

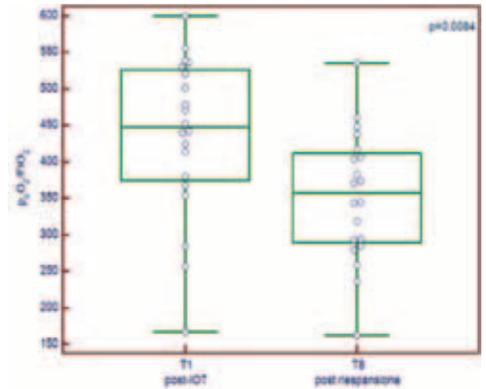


Figura 2. Gruppo convenzionale

L'ipercapnia, inoltre si risolve completamente con la riespansione del polmone operato, senza generare acidosi significativa nel postoperatorio (fig. 4).

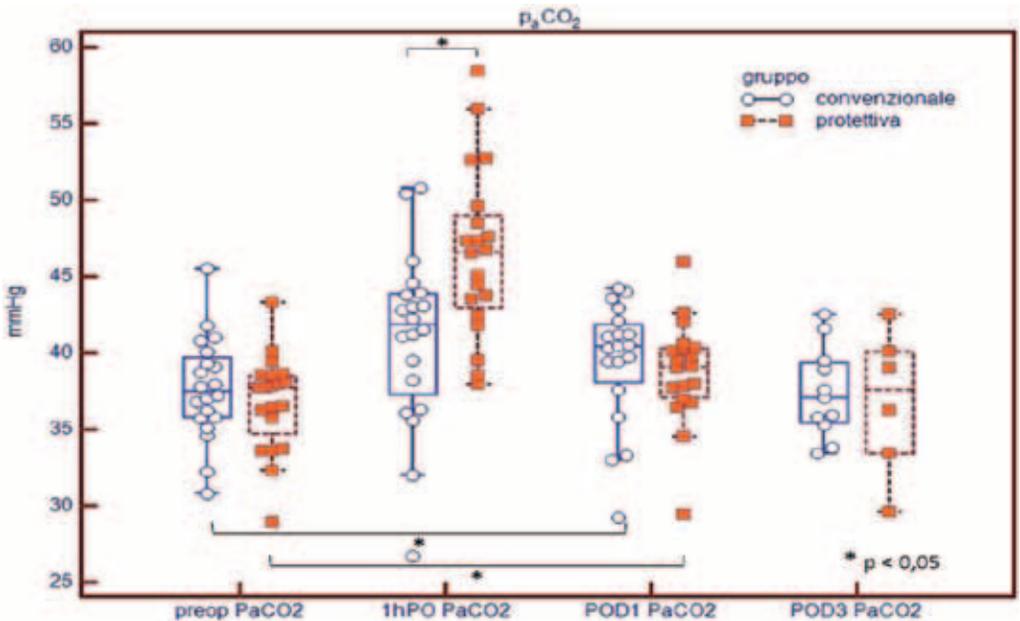


Figura 4. Valori di P_aCO_2

Infine, la tecnica protettiva assicura una driving pressure minore in corso di OLV.

Sommario

<i>Editoriale del Presidente dell'Ordine</i>	1
<i>Editoriale del Presidente la Commissione CAO</i>	4
<i>Assemblea ordinaria annuale</i>	6
<i>Migranti a Gorizia. la posizione dell'Ordine</i>	7
<i>Fine vita, svolta del Papa: "Evitare accanimento terapeutico non è eutanasia"</i>	8
<i>Discorso del Santo Padre Francesco ai partecipanti alla plenaria del Pontificio Consiglio della Cultura</i>	9
<i>In copertina</i>	11
<i>Farmaci e malattie</i>	12
<i>le terme di Monfalcone tra storia della medicina, storie e narrativa</i>	15
<i>Storie di farmaci, medici, industrie</i>	19
<i>Abstract delle tesi di laurea</i>	
<i>Dr. Mitja Bresciani</i>	20
<i>Dr. Alessia Degrassi</i>	21
<i>Dr. Jasmina de Groot</i>	22
<i>Dr. Nicholas Dodici</i>	24
<i>Dr. Cristina Faggioli</i>	26
<i>Dr. Giulia Furlan</i>	29
<i>Dr. Sara Mirabella</i>	29
<i>Dr. Francesco S. Novati</i>	31
<i>Dr. Caterina Peratoner</i>	34
<i>Medici sostituti</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. 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: info@ordinemedici-go.it

tel. 0481 531440 fax 0481 534993

Novembre 2017

copia omaggio

anno 17 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.

