

# *Bollettino* n. 1/2018

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

**ATTENZIONE!!!**  
CONTIENE INVITO ALL'ASSEMBLEA  
ANNUALE DEGLI ISCRITTI 2018





## Editoriali dei Presidenti



Un volto di donna che emerge dall'oscurità, o rosee colombe in volo su sfondo scuro? Il significato dell'opera di Octavio Ocampo dipende anche da chi osserva, e mostra realtà multiple legate alla percezione individuale.

La percezione è un processo complesso, tramite il quale riconosciamo, organizziamo e diamo un senso alle sensazioni che derivano da stimoli ambientali.

Sensazioni di pancia, malumori disinformati e paure non verificate giocano un ruolo importante nella non veritiera percezione della realtà.

La più frequente causa di morte nella popolazione femminile sono i tumori, in particolare mammari - come erroneamente percepito dalle donne in genere - o la patologia cardiovascolare?

La percezione più diffusa del nostro Servizio Sanitario Nazionale è quella di una realtà equa, solidale e universalistica - come giudicata tra i migliori al mondo in diversi report internazionali - o quella di un sistema che non funziona?

Gli italiani stimano di convivere fra un 20% di residenti musulmani, quando questi in realtà sarebbero il 3,7%, con una differenza del 16,3% rispetto a quanto stimato (ricerca Ipsos MORI).

E vado al recente sciopero dei medici. È sempre doloroso per i medici fare questa scelta, ma per un sistema sanitario pubblico, equo, accessibile ed universalistico serve un profondo cambio di rotta. Per lavorare in condizioni di sicurezza e dignità serve far sentire la voce dell'unica categoria professionale con un contratto bloccato da 10 anni. Per ragionare di un futuro sostenibile serve strappare, a chi se n'è appropriato per farci campagna elettorale, la formazione e la programmazione dei fabbisogni.

Senza i medici restano solo i miracoli, recitava un manifesto delle sigle sindacali. I nostri pazienti hanno questa percezione o piuttosto quella che traspare da stampa malevola?

Il passaggio da percezione, a disinformazione, a fake news può essere veloce, tale da influenzare inevitabilmente il modo in cui gli individui interpretano gli sviluppi quotidiani. Buon Natale, a Voi e ai Vostri cari, e che il 2019 ci regali qualcosa di buono, lo meritiamo.

*Roberta Chersevani*



Quando molti anni fa (ahime!) salii le scale dell' Ordine di Gorizia per l'iscrizione all' Albo, mi sentivo fiero di iniziare un percorso importante che mi avrebbe portato fama, benessere e soddisfazioni facendo un lavoro che mi piaceva. Per noi, non figli di dentista, la strada era quella di frequentare con passione, una "bottega" ed avere tanta voglia di apprendere i segreti che l'Università non ci aveva svelato.

Osservando le espressioni dei giovani che quest'anno hanno salito le stesse scale, vedo lo stesso entusiasmo, ma pensavo alla Professione di ieri e di quella attuale.

Noi tutti nell'esercitare la nostra professione affrontiamo ogni giorno le problematiche concrete del mondo sanitario.

Immersi in questa quotidianità constatiamo che la riflessione bioetica più elevata, in qualche modo più teorica, è un approfondimento sicuramente affascinante, però presenta un abisso rispetto alla realtà concreta. Nel quotidiano si presentano problemi e dilemmi etici che impongono a ciascuno di noi la necessità di risolverli con urgenza. Si tratta di interrogativi che suscitano in noi tutti disagio e malessere in parte per la natura stessa dei problemi in parte perché ci accorgiamo di non essere stati preparati a risolverli.

Alcuni nostri colleghi ritengono che il Codice di deontologia professionale sia sufficiente a risolvere tutti i problemi. Altri pensano di risolverli con l'intuizione e con la "coscienza morale" ignorando che quest'ultima deve essere basata anche su elementi cognitivi.

La Commissione Albo Odontoiatri non sottovalutando queste problematiche, propone a tutti i livelli azioni per incidere sul "saper essere" nella nostro lavoro.

"Saper essere" inteso come consapevolezza di sé, del proprio ruolo e delle proprie capacità relazionali ed empatiche, il senso di responsabilità, l'equilibrio/saggezza e tutte le capacità che concorrono ad integrare armonicamente il "sapere" (concettuale) e il "saper fare" (pratico-esperienziale).

A differenza di altre professioni e di quanto accadeva alcuni anni fa, i neolaureati oggi-giorno iniziano immediatamente ad esercitare la professione, magari aprendo uno studio odontoiatrico e "navigando in solitudine". L'aspetto etico e deontologico va di pari passo nella gestione del contenzioso in ambito professionale spesso causa di cattiva od assente comunicazione medico/paziente.

Il Paziente scritto con la P maiuscola, il Paziente che è notevolmente cambiato, anche se talvolta non in senso positivo, vuole e deve essere davvero al centro della nostra attenzione. Sono tante, troppe, le problematiche che oggi l'Odontoiatria è chiamata ad affrontare, ma l'aspetto paziente deve essere preminente, senza il paziente non c'è nulla, decade ogni



attività ed il nostro obiettivo primario deve essere quello di mantenere e riportare il paziente nello studio e gestirlo, per lui e noi, in modo ottimale.

Il mondo della sanità e più in generale potremmo dire il mondo della salute attraversa un momento di grande crisi, pressato da un lato dall'attuale situazione economica e dall'altro da una crisi di identità e culturale, è spesso costretto a "giustificarsi" delle proprie prassi e procedure, che generano costi per la salute.

Il progredire della scienza medica e dell'apporto tecnologico, ha reso il più possibile omogenei i comportamenti terapeutici, come ad esempio attraverso la realizzazione di linee guida, ma ha portato ad un tecnicismo esasperato che, nell'attuale innegabile necessità di personalizzare la cura, non riesce a soddisfare le vere esigenze del paziente. Fino a qualche anno fa si pensava che l'obiettivo dell'odontoiatra dovesse essere il miglior risultato per quella patologia, sviluppando la cultura della "terapia ideale", in contrasto con l'attuale realtà che ha palesato che l'idealità dell'obiettivo è un fatto assolutamente relativo: si deve tendere ad una "proposta terapeutica realmente sostenibile", per aspetti biologici ed economici, che appaghi le reali aspettative del paziente.

In sanità si è sempre parlato di malattia, di cura, di centralità del paziente, solo più recentemente di "prendersi cura" del paziente, la relazione medico-paziente si basa infatti sulla reciprocità ma non è un rapporto paritario tra le parti, è una relazione di aiuto, orientata ad un fine terapeutico nella quale si instaura un rapporto contrattuale basato su precisi obblighi del medico ma anche del paziente.

La vecchia concezione tradizionale, nella quale il medico assumeva un ruolo professionale definito, distante e oggettivante ed esercitava una autorità anche morale sul paziente è superato dal fatto che oggi la relazione salute-malattia non può più essere a carico dei soli professionisti, ma deve coinvolgere attivamente anche la responsabilità dei pazienti. Noi odontoiatri dobbiamo abituarci a questo rapporto di dialogo con il paziente e magari educarlo ed indirizzarlo verso quegli obiettivi terapeutici più importanti per la sua persona.

Il "contratto terapeutico" deve essere realizzato in maniera realmente comprensibile per il paziente, affinché questi si senta partecipe del programma di trattamento, deve farsi largo una nuova logica, il paziente vuole e deve essere davvero al centro della considerazione del curante e discutere con lui delle varie possibilità terapeutiche ed economiche disponibili.

Dobbiamo ripensare al nostro modo di gestire "la relazione", intesa in senso lato, con i nostri pazienti, con il duplice scopo di aiutarci a conservare e allo stesso tempo far crescere tale rapporto.



Il paziente di oggi pretende che l'odontoiatra in veste di operatore sanitario, comprenda i suoi bisogni, che non sono solo alleviare il dolore, curare la carie, inserire un impianto: il paziente ha bisogno di un rapporto umano che può nascere solo da un approccio etico alla professione, da un comportamento corretto ed accogliente.

La "capacità di accogliere" appunto, sulla quale, seppur spesso solo con operazioni di facciata, i grandi gruppi finanziari ed economici hanno investito molto in questi anni, intuendo che la gestione del momento dell'accoglienza è una fase critica e allo stesso tempo condizionante tutta la gestione della relazione con il paziente. È quella che viene chiamata qualità percepita, che nulla ha a che vedere con la qualità della prestazione, ma che può orientare il paziente nella scelta del curante. Se questa fase non viene ben gestita, la relazione "zoppica" e si introducono elementi negativi che possono costringerci persino a rincorrere con affanno il paziente.

Prerogativa dell'odontoiatra quindi non è solo stare al passo con i tempi sul piano delle tecnologie, degli ultimi protocolli terapeutici, ma anche ricostituire quella fiducia smarrita con il paziente, renderlo oggetto attivo della terapia, ricordando però che approccio etico non vuol dire soltanto bilanciare gli aspetti economici con quanto viene proposto, ma anche commisurare le finalità terapeutiche con quanto viene richiesto dal paziente o quello che riteniamo per lui migliore.

L'assistenza odontoiatrica attuale purtroppo è spesso lontana dalle esigenze e dalle reali possibilità del paziente, infatti, il divario creatosi tra paziente e clinico è cresciuto enormemente lasciando libero spazio alle logiche di mercato che senza troppi scrupoli "commerciano" salute, minacciando la dignità degli operatori e la salute stessa del paziente.

Infatti, anche se noi tradizionalmente siamo ancora legati ad un certo modo di vivere la professione, i nostri pazienti vivono oggi in una realtà "molto contaminata", capace di proporre soluzioni e servizi alternativi, attraverso offerte complesse, all'interno delle quali addirittura può risultare vincente, per orientare la scelta di un paziente, l'offerta dei cosiddetti "servizi accessori" piuttosto che la forma e la "sicurezza" nell'erogazione delle terapie vere e proprie.

In conclusione l'Odontoiatria di qualità, nel rispetto della dignità del lavoro del professionista e dei bisogni del paziente, è quella che è in grado di proporre diverse opzioni di trattamento atte alla risoluzione della patologia, ma con un occhio attento all'aspetto economico e senza mai perdere di vista l'Etica professionale.

*Gianfranco Ferrari*  
Presidente Cao Gorizia



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



## **ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE 2018**

A norma dell'art. 23 e seguenti del D.P.R. 5 aprile 1950 n. 221 in prima convocazione  
sabato 15 dicembre 2018 alle ore 23.00  
presso la sede dell'Ordine in via Brigata Casale 19/b, Gorizia

e in seconda convocazione

**Domenica 16 DICEMBRE 2018 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 2018
3. Esame ed approvazione del Bilancio Preventivo 2019

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

**Presentazione del libro del dr. Mauro Melato "I MEDICI TRIESTINI ED IL LORO ORDINE DAL FASCISMO AL GOVERNO MILITARE ALLEATO"**

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 2019 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 15/12/2018 (prima convocazione) e del 16/12/2018 (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.

## In copertina

a cura di Albino Visintin

Decodificare un'immagine con significati alternativi e fantasiosi è gioco che tutti abbiamo fatto più volte nella nostra vita osservando il continuo divenire delle nuvole. Creare immagini che consentano interpretazioni simultanee ma diverse è un'azione più complessa e articolata. Le immagini della copertina e della quarta di copertina, opere di Octavio Ocampo<sup>1</sup>, rispettivamente *Colomba* e *Il bacio*, sono state scelte proprio per introdurre il tema della "percezione" non solo visiva ma anche psicologica-culturale. Questo per stimolare una riflessione su informazione, disinformazione, controinformazione, fake news ecc., elementi che quotidianamente sommergono una società sempre più "liquida" e indefinita. Eric R. Kandel<sup>2</sup> nel libro *L'età dell'inconscio*<sup>3</sup> scrive:

«Inciso sopra l'ingresso del tempio di Apollo Adelfi c'era il motto "Conosci te stesso".

Da quando Socrate e Platone iniziarono ad indagare sulla natura della mente umana, molti pensatori hanno cercato di comprendere il Se e il comportamento umano. In passato, la ricerca era rimasta limitata all'ambito dell'intelletto e spesso nel quadro non empirico della filosofia e della psicologia.

Oggi, però, i neuroscienziati stanno tentando di tradurre astratte

questioni filosofiche e psicologiche sulla mente nel linguaggio empirico della biologia.

Il principio guida di questi scienziati è che la mente è un insieme di operazioni effettuate dal cervello, un dispositivo di calcolo incredibilmente complesso che costruisce la nostra percezione del mondo esterno, fissa la nostra attenzione e controlla le nostre azioni. Una delle aspirazioni di questa nuova scienza è



Octavio Ocampo, Mouth of flower.



che le sue intuizioni ci porteranno ad una comprensione più profonda di noi stessi, collegando la biologia della mente ad altre aree del sapere umanistico, tra le quali una migliore comprensione del modo in cui creiamo e forse rispondiamo alle opere d'arte.

Molti sono preoccupati che un approccio riduzionista al pensiero umano sia destinato a sminuire il fascino dell'attività mentale e a banalizzarlo. Molto probabilmente è vero il contrario. Sapere che il cuore è una pompa muscolare che muove il sangue nel corpo non ha minimamente alterato la nostra ammirazione per il suo magnifico funzionamento.

Eppure, nel 1628, quando William Harvej descrisse per primo i suoi esperimenti sul cuore e sul sistema circolatorio, i suoi contemporanei erano talmente contrari a questa poco romantica riduzionistica visione da indurre a temere per sé e per la sua scoperta. Scrisse: *“Ma quello che c'è da dire sulla quantità e provenienza del sangue che fluisce è di carattere così nuovo e inaudito che non solo temo per me stesso per l'invidia di alcuni, ma tremo per il timore di avere come nemica la più vasta umanità, tanto le abitudini e i costumi divengono una seconda natura. La dottrina seminata in passato raggiunge in profondità le sue radici, e rispetto per l'antichità influenza tutti gli uomini. Ma il dado è tratto, ma confido nel mio amore per la verità e nell'onestà delle menti educate.”*

Allo stesso modo la biologia del cervello non

nega in nessun modo la ricchezza e la complessità del pensiero. Piuttosto, concentrandosi su una componente di un processo mentale alla volta, la riduzione può espandere la nostra visione e permetterci di percepire impreviste reazioni tra fenomeni biologici e psicologici diventando così fonte di conoscenza in grado di agevolare un nuovo dialogo tra le scienze naturali e le scienze umane e sociali».



- 1 **Octavio Ocampo** (Celaya, 28 febbraio 1943) è un artista messicano. Noto per le sue opere che presentano vari tipi di illusioni ottiche
- 2 **Eric R. Kandel** insegna alla Columbia University di New York e dirige il Center for Neurobiology and Behavior presso la stessa università. Svolge attività di ricerca presso l'Howard Hughes Medical Institute. Nel 2000 è stato insignito del Premio Nobel per la medicina grazie alle sue ricerche sui meccanismi biochimici che portano alla formazione della memoria nelle cellule nervose.
- 3 *L'età dell'inconscio. Arte, mente e cervello dalla grande Vienna ai nostri giorni*. Raffaello Cortina Editore. Prima edizione: 2012

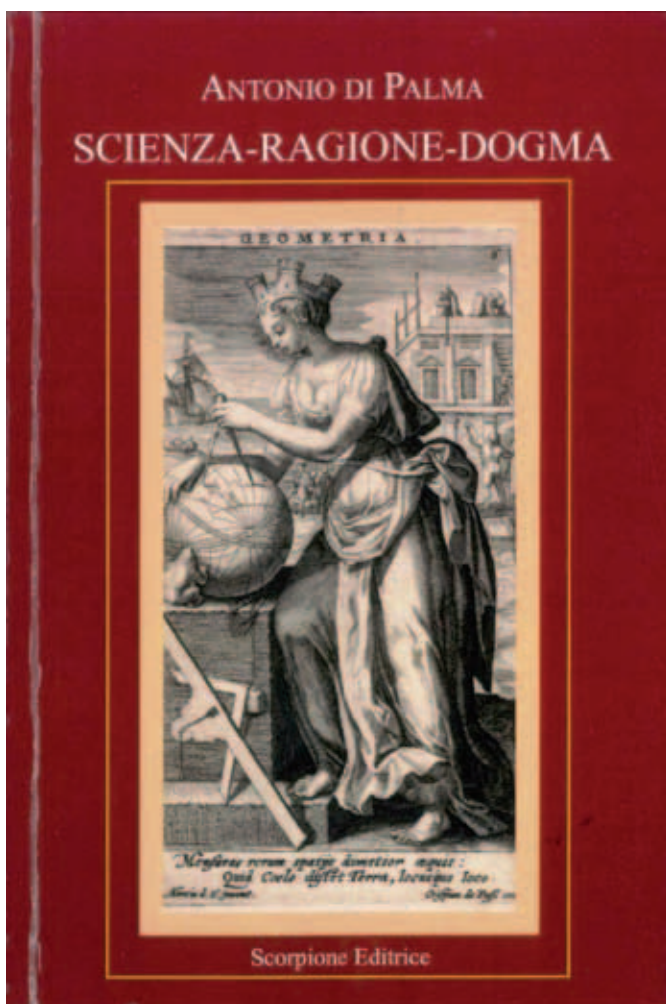
**Antonio Di Palma\***  
**SCIENZA-RAGIONE-DOGMA**

“La religione vede ciò che la scienza non può dimostrare”, sentenza un noto aforisma.

Di fatto per un tempo incalcolabile ogni qualvolta la scienza non ha potuto dimostrare una verità in quel momento apparentemente impercscrutabile, la religione è intervenuta con l'auctoritas dei suoi dogmi. Peraltro negli ultimi cinque secoli i progressi della scienza moderna, e cioè di quella scienza demarcata da ogni condizionamento di tipo dogmatico, religioso o metafisico, svelando verità un tempo considerate imperscrutabili, hanno messo in discussione la inerranza dei dogmi. Tutto ebbe inizio nel XVI secolo, muovendo dall'astronomia, con la cosiddetta rivoluzione copernicana, per espandersi in breve tempo a tutti i settori della scienza e di tutto lo scibile umano. Prese così il via un percorso ricco di successi e conoscenze, destinati a migliorare la qualità della vita degli uomini, restituendo loro dignità e libertà di pensiero. Un percorso difficile, duro e non

privo di ostacoli, come quelli posti dai difensori, e non sempre per soli motivi ideologici, dell'auctoritas e della inerranza dei dogmi.

\*Antonio Di Palma, medico chirurgo, primario radiologo.



**Federico Gelli**  
**Vladimiro Frulletti**  
**CURARE TUTTI**  
**10 SFIDE PER IL DIRITTO**  
**ALLA SALUTE**

La sanità come è e la sanità come dovrebbe essere, partendo dal diritto alla salute come diritto dell'individuo e interesse della collettività, sancito da uno degli articoli più importanti e innovativi della nostra Costituzione, l'articolo 32. Tuttavia, una cosa sono i

co e come politico, racconta quello che è stato realizzato fino ad oggi e quanto rimane ancora da fare, senza pregiudizi ideologici, ma con un approccio estremamente concreto, fondato su dati reali. Intervistato dal giornalista Vladimiro Frulletti, Gelli lancia 10 sfide per il futuro, volte a rimuovere gli ostacoli che impediscono tuttora di attuare pienamente il detta...

La sanità come è e la sanità come dovrebbe essere, partendo dal diritto alla salute come diritto dell'individuo e interesse della collettività, sancito da uno degli articoli più importanti e innovativi della nostra Costituzione, l'articolo 32. Tuttavia, una cosa sono i principi, un'altra la loro attuazione. Federico Gelli, grazie all'esperienza fatta come medico e come politico, racconta quello che è stato realizzato fino ad oggi e quanto rimane ancora da fare, senza pregiudizi ideologici, ma con un approccio estremamente concreto, fondato su dati reali. Intervistato dal giornalista Vladimiro Frulletti, Gelli lancia 10 sfide per il futuro, volte a rimuovere gli ostacoli che impediscono tuttora di attuare pienamente il dettato costituzionale.



principi, un'altra la loro attuazione. Federico Gelli, grazie all'esperienza fatta come medi-

Dall'abbattimento delle liste d'attesa alla diffusione dei farmaci innovativi, alla gratuità delle cure odontoiatriche per le fasce più deboli della popolazione. 10 obiettivi realisticamente raggiungibili nei prossimi anni, in un'epoca, in cui trovano spazio la diffidenza contro la scienza e le fake news che, come è accaduto nel caso dei vaccini, rischiano di far pagare un prezzo troppo alto proprio ai soggetti più indifesi.

**Cristina Aguzzoli  
Anna Maria De Santi  
100 DOMANDE SULLA  
GESTIONE DELLO STRESS**

Lo stress è un problema molto sentito, soprattutto nella società odierna. Si presenta più volte nell'arco della vita di ogni individuo determinando esso stesso condizioni patologiche o presentandosi in concomitanza a patologie preesistenti. Il presente volume intende guidare i terapeuti verso una maggior consapevolezza circa i meccanismi sia fisiologici sia patologici che sot-

tendono lo stress nelle prime fasi della vita e nell'individuo adulto, aiutarli a riconoscerne le conseguenze fisiche, psicologiche e comportamentali, consigliarli nella gestione dei pazienti suggerendo tecniche strutturate e consigli pratici personalizzati anche sulla base delle loro caratteristiche psicologiche e fornire gli strumenti per comprendere e gestire o stress in ambito lavorativo. Il testo è strutturato in 100 brevi domande riguardanti 6 aspetti dell'argomento: ciascuna domanda è fruibile singolarmente ed è arricchita da diversi rimandi intratestuali ad altre domande in cui è approfondito uno specifico aspetto citato.



**Ivan Cavicchi\*  
RIFORMARE  
LA DEONTOLOGIA MEDICA  
Proposte per un nuovo  
codice deontologico**

Sulla base di una analisi dei problemi deontologici riconducibili alla crisi della professione medica, Ivan Cavicchi e un gruppo di lavoro multidisciplinare - promosso e organizzato dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia Autonoma di Trento, in collaborazione con il programma FBK per la salute della Fondazione Bruno Kessler e il gruppo di Biodiritto dell'Università di Trento - hanno rielaborato le basi concettuali della tradizionale deontologia medica per mettere in condizione gli Ordini dei Medici di riformare il proprio codice deontologico. Si tratta di una vera e propria «rivoluzione»

destinata a modificare nei prossimi anni la deontologia nel nostro Paese, a influenzare la redazione dei futuri codici di tutte le professioni medico-sanitarie, ma soprattutto a cambiare radicalmente i rapporti tra medici e cittadini, tra professione e società, tra medicina ed economia. Assumendo il malato come «archè», la proposta di rielaborazione cambia postulati, presupposti, linguaggi, concetti, soluzioni e obiettivi, affrontando problematiche usualmente ignorate dalla deontologia convenzionale.

\*Ivan Cavicchi, docente universitario, filosofo della medicina e sociologo.



## **Mauro Melato I MEDICI TRIESTINI ED IL LORO ORDINE DAL FASCISMO AL GOVERNO MILITARE ALLEATO**

*Prefazione di Claudio Pandullo, già Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Trieste*

Perché un altro libro sulla storia del nostro Ordine? Molti progetti nascono per caso, o meglio da osservazioni casuali che stimolano la nostra curiosità, anche se qualcuno potrebbe obiettare che nulla avviene per caso.

Nell'archivio storico del nostro Ordine sono conservati i verbali e le delibere dei vari Consigli Direttivi a partire dagli anni '30 del secolo scorso... coprono effettivamente più di ottanta anni di vita ordinistica e rispecchiano la vita della nostra Città di questo periodo.

Si tratta di una imponente raccolta di fascicoli cartacei, molti battuti con le vecchie macchine da scrivere, alcuni addirittura scritti a mano con bella calligrafia, opera evidentemente di abili segretari e non di nostri Colleghi, considerando la proverbiale ed aneddotica disgrafia medica.

Nello sfogliare queste polverose carte mi sono imbattuto in una serie di verbali e decisioni del Consiglio Direttivo dell'immediato dopo guerra, dal 1946 in poi, dove venivano valutate metodicamente le posizioni di collaborazione dei vari iscritti con il regime fascista. A seconda degli incarichi e della posizione rivestiti dai medici durante il regime fascista ve-

nivano comminate sanzioni che andavano dalla sospensione alla espulsione dall'Ordine ed ovviamente anche allora la non iscrizione impediva di svolgere la professione.

È noto che in molte Regioni la seconda guerra mondiale non si è conclusa il 25 aprile del 1945 ma è proseguita per mesi ed anni con epurazioni, vendette personali e rese dei conti...l'uomo è fatto così e la storia inevitabilmente si ripete con dolorosa monotonia.

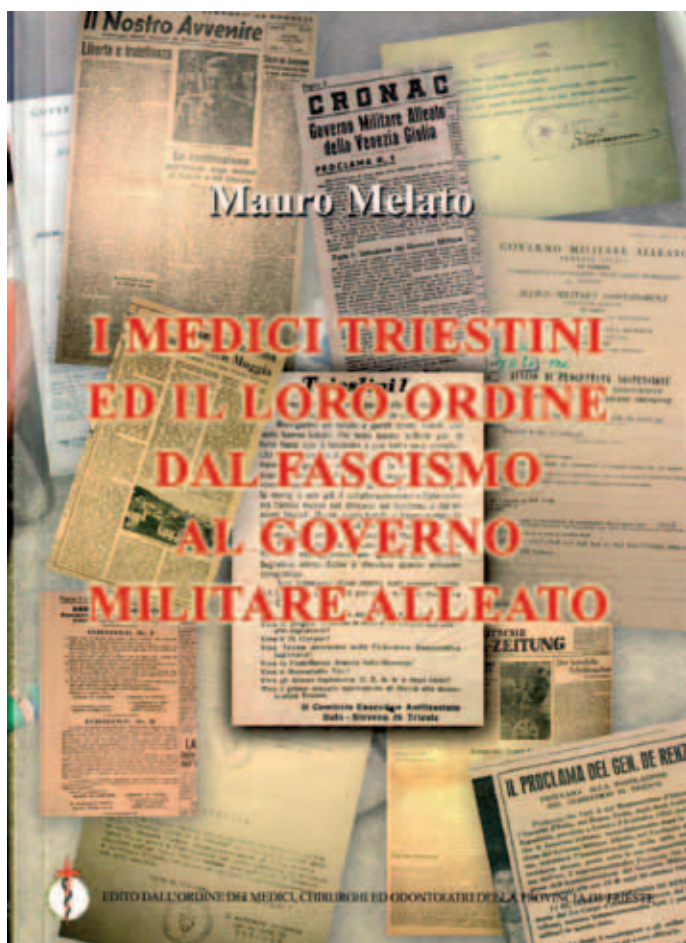
Esaminando questi verbali ho notato che numerosi sono stati i colleghi espulsi in quanto avevano ricoperto ruoli importanti durante il fascismo, anche se in molti casi per ricoprire un pubblico impiego era necessaria l'iscrizione al Partito Nazionale Fascista. Quasi contemporaneamente a questa prima visitazione ed in occasione della dedica di una targa alla dottoressa Laura Weiss mi è stato chiesto se esistesse della documentazione relativa alla Collega.

Navigando, o meglio sfogliando gli archivi dell'Ordine abbiamo scoperto altri verbali del periodo immediatamente precedente il II conflitto mondiale e relativi alla famigerata legge per la purezza della razza del 1938, purtroppo annunciata proprio nella nostra Città in occasione di una adunata oceanica in Piazza Unità.

Per chi non ricordasse, per permettere alla popolazio-

ne di partecipare in massa venne addirittura smontata la Fontana dei Quattro Continenti, che fortunatamente ha ritrovato la sua originaria collocazione non molto tempo fa in occasione della ristrutturazione della Piazza... Ebbene, i medici di origine israelita venivano iscritti in un apposito registro e le iscrizioni venivano esaminate da una apposita commissione istituita per tale scopo.

Questi Colleghi potevano esercitare però con notevoli limitazioni: in genere potevano curare solo i correligionari o proseguire la loro attività solo se risultavano insostituibili nella loro opera.



Mi sono trovato quindi di fronte ad un baratro con una data di inizio, il 1938, ed una fine non bene delineata ma sicuramente molto più in là del 1946. In questo periodo la nostra Città ha sofferto il sanguinoso conflitto mondiale, la fame, le privazioni, i lutti, i bombardamenti. Ha subito due sanguinose occupazioni: la prima nel 1943 da parte del III Reich, che vedeva Trieste già di fatto annessa alla Germania, poi quella delle truppe Jugoslave nel 1945.

Tutte queste occupazioni hanno lasciato scie di sangue, lutti e ferite che forse non si potranno rimarginare. Il periodo era gravato da fatti di sangue, torture, umiliazioni, epurazioni, esecuzioni sommarie o con processi farsa. Infine, il controllo degli alleati che si conclude nel 1954 con il ritorno di Trieste all'Italia. La storia ha dolorosamente percorso la nostra Città e le nostre terre ed anche la nostra professione che ha pagato, come altre, il suo tributo di lutti e sofferenze.

Leggendo questo libro conoscerete la storia di Colleghi che hanno pagato con la vita la colpa di appartenere ad una comunità piuttosto che ad un'altra o di essere iscritti ad un partito piuttosto che ad un altro.

Personalmente mi risulta incomprensibile

la discriminazione di appartenenza quale requisito per praticare una professione intellettuale, è un indice inequivocabile della ottusità di tutti i regimi totalitari. Ma torniamo al volume.

Innanzitutto vorrei ringraziare e complimentarmi con l'amico Mauro Melato per questa importantissima opera di memoria della Comunità medica. Mauro è un instancabile ed attento storiografo della nostra Professione e della storia della nostra Sanità, fortunatamente non è il solo.

Ritengo che sia doveroso da parte nostra riportare alla luce questi documenti che rischiano di andar persi nell'oblio della quotidianità e del già letto e sentito in una sorta di anestesia della memoria. La memoria deve invece rimanere viva, deve essere coltivata ed alimentata e non può esistere peggiore colpa che il dimenticare il passato soprattutto se così doloroso ed ancora vicino.

L'augurio è che, ricordando questo triste periodo e queste dolorose vicende, le generazioni future siano in grado di far sì che la storia non si ripeta.



## Abstract delle tesi di laurea



### **STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO ARITMICO NELLA CARDIOMIOPATIA ARITMOGENA DEL VENTRICOLO DESTRO: DISTRIBUZIONE DEGLI EVENTI E IMPATTO DELLA RIVALUTAZIONE PERIODICA**

*Dr. Chiara Cappelletto*

#### **OBIETTIVI**

La corretta stratificazione del rischio aritmico per la prevenzione primaria della morte cardiaca improvvisa nei pazienti affetti da Cardiomiopatia Aritmogena del Ventricolo Destro è ancora controversa. Il fine di questo studio è quello di valutare la distribuzione degli eventi aritmici maggiori a lungo termine e l'impatto della periodica rivalutazione del rischio aritmico durante il follow-up.

#### **METODI E RISULTATI**

Sono stati analizzati retrospettivamente 98 pazienti con diagnosi "definitiva" di Cardiomiopatia Aritmogena senza precedenti aritmie ventricolari maggiori ed episodi di morte cardiaca improvvisa abortita. I pazienti sono stati valutati al basale, a 22 mesi (IQR 16-26), a 49 mesi (IQR 41-55) e a 97 mesi (IQR 90-108) di follow-up. L'endpoint primario dello studio era composto da: morte cardiaca improvvisa, fibrillazione ventricolare, tachicardia ventricolare sostenuta e interventi appropriati del defibrillatore impiantabile. Durante un follow-up medio di 91 mesi (IQR 34-222), 28 pazienti (29%) hanno raggiunto l'endpoint primario. Il primo evento aritmico si è svilup-

pato in media dopo 35 mesi dalla valutazione basale (IQR 18-86), ma nel 39% (n. 11) dei casi è sopraggiunto dopo i 49 mesi di follow-up. All'analisi multivariata basale i predittori indipendenti dell'outcome primario sono risultati essere: storia di sincope inspiegata (HR 4.034; 95% CI, 1.488-10.932; p value=0.006), tachicardia ventricolare non sostenuta (HR 3.534; 95% CI, 1.265-9.877; p value=0.016), battiti ectopici ventricolari >1000/24h (HR 2.761; 95% CI, 1.120-6.807; p value=0.027) e RVFAC (HR 0.945; 95% CI, 0.906-0.985; p value=0.008). Ciononostante, quando l'impatto prognostico di ogni variabile è stato rivalutato nel tempo, è emerso che solo tachicardia ventricolare non sostenuta (HR 3.282; 95% CI, 1.122-9.598, p value=0.023) e RVFAC (HR 0.351, 95% CI, 0.157-0.780; p value=0.010) hanno mantenuto il loro valore predittivo per tutta la durata del follow-up.

#### **CONCLUSIONI**

Nella nostra esperienza, solo la tachicardia ventricolare non sostenuta e RVFAC hanno mantenuto un impatto prognostico indipendente nel predire gli eventi aritmici maggiori in un follow-up a lungo termine. Dunque, è fortemente raccomandata la periodica rivalutazione del rischio aritmico dei pazienti affetti da Cardiomiopatia Aritmogena del Ventricolo Destro, patologia ampiamente descritta in letteratura come a carattere progressivo.

*NDR questo abstract avrebbe dovuto essere pubblicato sul bollettino del 2017. Ci scusiamo con la Dr. Cappelletto per il disguido.*



## **PATOLOGIA NODULARE TIROIDEA BENIGNA: VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL TRATTAMENTO TERMOABLATIVO E CONFRONTO CON IL TRATTAMENTO CHIRURGICO**

*Dr. Anna Carere*

### **INTRODUZIONE**

La patologia nodulare tiroidea costituisce un riscontro estremamente frequente nella pratica clinica, con una prevalenza che oscilla tra il 50% e il 70%, di cui però solo il 10% risulta obiettivamente palpabile. Si stima che il 90-95% dei noduli tiroidei siano forme benigne: nelle forme non sintomatiche è sufficiente un follow-up clinico, mentre in quelle sintomatiche diviene necessario adottare delle misure più invasive, dalla terapia soppressiva con L-tiroxina finalizzata ad evitare un ingrandimento del nodulo, limitata però sia nel campo di applicazione che nell'efficacia clinica, al trattamento con radioiodio per le forme iperfunzionanti, fino all'intervento chirurgico di emitiroidectomia o di tiroidectomia totale che ad oggi rimane l'unico trattamento risolutivo. Recente è l'introduzione, per quanto riguarda forme nodulari tiroidee benigne, di tecniche non-chirurgiche minimamente invasive, proposte come alternativa in pazienti che non vogliono o non possono sottoporsi alla procedura chirurgica. Queste tecniche includono l'iniezione percutanea di etanolo per il trattamento di noduli cistici, l'ablazione laser per forme prevalentemente solide e da ultimo l'ablazione mediante radiofrequenza per noduli singoli, benigni, non funzionanti e clinicamente sintomatici.

Due sono stati gli obiettivi del nostro studio: 1) il primo è stato quello di analizzare l'efficacia della termoablazione mediante radiofrequenza (RFA) in un arco di tempo di 48 mesi; 2) il secondo è stato quello di confrontare gli

esiti del trattamento con RFA rispetto a quello chirurgico di emitiroidectomia (Emitx) in termini di soddisfazione del paziente.

### **METODI**

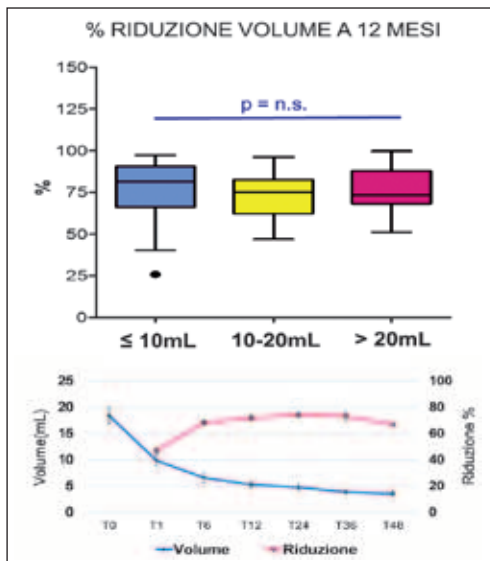
Il nostro studio comprende due parti, la prima (studio 1) osservazionale, la seconda (studio 2) trasversale. Per la prima fase dello studio, svoltasi tra maggio 2012 e marzo 2017, sono stati arruolati e seguiti con controlli periodici ecografici, clinici e laboratoristici, 114 pazienti sottoposti a trattamento con RFA: criteri di selezione sono stati la presenza di un nodulo singolo, benigno e sintomatico in pazienti che rifiutavano o presentavano controindicazioni all'intervento chirurgico.

Per la seconda fase dello studio sono invece stati reclutati e messi a confronto 114 pazienti sottoposti a RFA e 64 sottoposti a Emitx: criteri di selezione rimanevano la presenza di noduli singoli, benigni e sintomatici che fossero stati trattati da almeno 12 mesi. Tutti i pazienti coinvolti sono stati contattati telefonicamente e sono stati sottoposti alle seguenti domande: erano soddisfatti della risoluzione dei sintomi (a livello locale)?; erano soddisfatti del risultato estetico?; erano complessivamente soddisfatti del trattamento ricevuto?; stavano assumendo qualche terapia farmacologica per la patologia tiroidea?

### **RISULTATI**

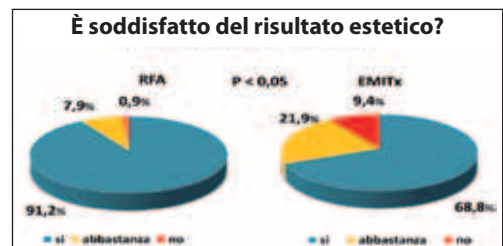
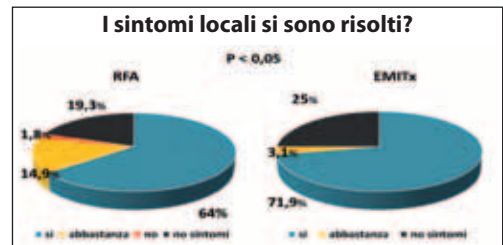
Per quanto riguarda la prima parte dello studio si è visto che con una singola sessione di RFA si è ottenuta una significativa riduzione volumetrica dei noduli trattati, raggiungendo il successo terapeutico (inteso come riduzione > 50% rispetto al volume iniziale) in 105 pazienti già dopo 6 mesi dalla procedu-

ra. Questo trend si è mantenuto per tutta la durata del follow up con percentuali di riduzione del 71,9% a 12 mesi, del 74,2% a 24 mesi, del 73,2% a 36 mesi e del 66,7% a 48 mesi. Suddividendo poi i noduli in base ai volumi iniziali pre-trattamento in forme con Vol < 10mL, con 10mL < Vol < 20mL e con Vol > 20mL, non vi sono state differenze statisticamente significative nelle percentuali di riduzione volumetrica ottenute. Oltre ad una riduzione di volume il trattamento termoablativo si è dimostrato efficace anche nel diminuire l'ecogenicità e la vascolarizzazione dei noduli.



Nella seconda parte dello studio si è ottenuta una più alta percentuale di pazienti completamente soddisfatti in termini di risoluzione dei sintomi nodulo-correlati nel gruppo chirurgico ( $p=0.02$ ). Nel gruppo sottoposto a RFA si è riscontrata invece una più alta percentuale di pazienti completamente soddisfatti del risultato estetico ( $p=0.0003$ ). In termini di soddisfazione complessiva non ci sono state differenze statisticamente si-

gnificative tra i due gruppi ( $p=0.13$ ). In pazienti con noduli non funzionanti, la termoablazione con radiofrequenza si è rivelata di efficacia comparabile alla chirurgia per quanto riguarda la risoluzione dei sintomi nodulo-correlati, mentre nei pazienti con forme iperfunzionanti la chirurgia mantiene un'efficacia superiore.



## CONCLUSIONI

Per quanto riguarda la prima fase dello studio, una singola sessione di termoablazione con radiofrequenza si è dimostrata efficace nel ridurre volumetricamente il nodulo. Tale riduzione non è influenzata dalle dimensioni iniziali del nodulo e si mantiene nel tempo. L'efficacia e la tollerabilità di tale procedura hanno fatto sì che la tecnica di RFA sia stata inserita nelle linee guida AACE/ACA/AME

come valido trattamento di forme nodulari tiroidee singole, benigne e sintomatiche. I dati ottenuti nella seconda fase dello studio confermano che la tecnica di RFA rappresenta una valida alternativa alla tecnica chirurgica per il trattamento di forme tiroidee benigne, sintomatiche e non funzionanti, mentre nelle forme iperfunzionanti la chirurgia rimane la tecnica di scelta.

### **OMICIDI IN FAMIGLIA: UN CASO DI PARENTICIDIO**

*Dr. Laura Carpenito*

Il parenticidio consiste nell'uccisione di un familiare, quale il padre, la madre, entrambi o tre o più componenti del nucleo. Quando a essere coinvolta è la coppia genitoriale parliamo più specificamente di genitoricidio.

Il fenomeno risulta di raro riscontro, da cui, probabilmente, l'esiguità della letteratura in merito.

Il parenticida può essere un adulto, un adolescente o un bambino e tra i fattori di rischio vengono riscontrati storia di abusi, presenza di patologia psichiatrica, dedizione al consumo di sostanze d'abuso (alcolici e altre), conflitti relazionali e particolare interesse economico.

Il caso in esame tratta della vicenda di un giovane adulto che si rende autore dell'omicidio di padre e madre, delitto per cui egli riferisce come possibile movente l'aver agito sotto influenzamento del diavolo. L'omicida compie l'efferato gesto in un particolare stato di "trance delirante" nel contesto di un disturbo delirante di tipo mistico a chiari contenuti satanici, per la comprensione del quale si renderà necessaria una attenta analisi della storia pregressa dell'autore di reato. Da questa ne deriverà un soggetto impegnato in

continui tentativi di auto-attribuzione di un'identità forte e dominante, con una personalità estremamente indifferenziata, mezzi intellettivi ben al di sotto della media e capacità di rapportarsi alla realtà molto povere ed inadeguate.

### **DERMATITI PROFESSIONALI NEI MECCANICI: RISULTATI DEL DATA BASE TRIVENETO**

*Dr. Annalisa Delneri*

Le dermatosi occupazionali sono molto comuni e si collocano al secondo posto tra le malattie professionali. In Europa si stima che l'incidenza dei nuovi casi riportati sia tra 0.5 e 1.9 per 1000 lavoratori all'anno. La principale forma di dermatosi lavoro-correlata è nel 90-95% dei casi la dermatite da contatto, suddivisa in base all'eziologia e ai meccanismi patogenetici in irritativa e allergica. In questo studio retrospettivo abbiamo scelto di approfondire la prevalenza delle dermatiti da contatto professionali nei meccanici del Triveneto e di valutare l'andamento delle sensibilizzazioni ai diversi allergeni e il riscontro di un'associazione con l'occupazione in quanto supponiamo presentino un rischio significativo di sviluppare la patologia a causa della loro frequente esposizione con oli e grassi industriali, solventi, carburanti, adesivi e colle, gomme e i loro derivati, materiali di rivestimento, fluidi idraulici, vernici, metalli pesanti, resine sintetiche, detersivi e saponi contenenti particelle abrasive, solventi o tensioattivi.

Nel nostro studio sono stati raccolti i dati di 18566 pazienti con anamnesi positiva per sintomi e/o segni di sospetta dermatite allergica da contatto, sottoposti a patch test

in otto dipartimenti di Medicina del Lavoro o Dermatologia del Nord Est d'Italia : Belluno, Bolzano, Trento, Rovigo, Padova (tre cliniche), Pordenone e Trieste (Bolzano, Trento e Rovigo hanno partecipato allo studio solo dal 1998 al 2004). Attraverso un questionario standardizzato sono state raccolte informazioni sulle caratteristiche individuali, l'anamnesi lavorativa, la storia familiare e personale di atopica (asma e/o rinocongiuntivite allergica con almeno un prick test positivo a un aero-allergene allergene rilevante) e la localizzazione della dermatite. Tutti i pazienti sono stati assegnati a una determinata categoria occupazionale. Abbiamo preso in considerazione il gruppo dei meccanici (n=1072) e analizzato le sue caratteristiche e le sue sensibilizzazioni in confronto con il gruppo degli impiegati (n=5052) e con la popolazione generale (n=18566). Infine i nostri dati sono stati confrontati anche con quelli presenti in letteratura, confermando e rafforzando diverse associazioni.

La dermatite allergica da contatto è stata la diagnosi finale più frequente, interessando il 56.2% dei meccanici, seguita dalla dermatite irritativa con il 43.8% . La dermatite irritativa è risultata significativamente maggiore fra i meccanici rispetto agli impiegati (1.35 OR, 1.18-1.54 IC95%) e alla popolazione generale (1.26 OR, 1.11-1.42 IC95%). L'area anatomica più coinvolta è rappresentata dalle mani nel 45% dei meccanici e abbiamo trovato un'associazione statisticamente significativa per i seguenti allergeni: il nickel con il 22,4%, il diaminodifenilmetano (DMD) con il 3,4%, i tiurami con il 2,4%, la resina epossidica con l'1,8%, i mercaptobenzotiazoli con l'1,7% e la miscela di mercaptani con l'1,6%. I nostri risultati, in accordo con i dati di letteratura, suggeriscono la necessità

di aumentare le strategie preventive al fine di evitare le sensibilizzazioni responsabili di dermatite allergica .

## AYAHUASCA: ATTUALI PROSPETTIVE TERAPEUTICHE E VALUTAZIONE DEGLI ESITI ATTRAVERSO LA SOMMINISTRAZIONE DEL QUESTIONARIO CORE-OM

*Dr. Marco Fracasso*

A livello di salute mentale globale, l'impatto dei disturbi depressivi, dei disturbi d'ansia e dei disturbi da abuso di sostanze è enorme. Queste cifre sono in costante aumento per la crescita e l'invecchiamento della popolazione. Sebbene esistano vari trattamenti farmacologici e psicosociali per queste entità nosologiche, i tassi di recidiva e di ricorrenza rimangono comunque troppo elevati.

Nuove prospettive di trattamento emergono però nel contesto della recente ricerca sugli psichedelici ad azione preponderantemente serotoninergica, quali LSD, psilocibina, MDMA, DMT e ayahuasca.

Quest'ultima è una bevanda psichedelica sacra dell'Amazzonia che nella sua preparazione prevalente è costituita prevalentemente da due piante, *Banisteriopsis caapi* e *Psychotria viridis*. La prima contiene delle beta-carboline inibitrici reversibili delle monoaminoossidasi-A (RIMA), la seconda l'agonista recettoriale 5HT-2A N,N-dimetiltriptamina (DMT). Utilizzata da secoli in contesti rituali dalle popolazioni indigene, conosce negli ultimi vent'anni una espansione internazionale per le sue proprietà terapeutiche. La letteratura esistente con studi pilota e controllati mostra un effetto antidepressivo, ansiolitico e anticraving, ad insorgenza d'efficacia rapida e che si protrae nel tempo, unita ad un modesto corredo di effetti collaterali, ed un

profilo di sicurezza accettabile. I meccanismi terapeutici molecolari si basano su un'azione agonistica al recettore 5HT2A, da parte della DMT, ma anche delle le beta-carboline, il release di monoamine, e di fattori di crescita neuronali. I meccanismi terapeutici psicologici che emergono dagli studi comprendono un aumento delle capacità legate alla meditazione e una capacità dell'esperienza di far rivivere eventi emotivi salienti in un contesto sicuro.

In questo studio osservazionale pilota abbiamo verificato l'influenza dell'assunzione dell'ayahuasca su una misura di disagio psicologico, il questionario CORE-OM (*Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure*), somministrato prima dell'esperienza di assunzione, e in follow-up dopo 1, 3, 6 e 12 mesi. I partecipanti allo studio, condotto in Slovenia, sono stati 14.

Il punteggio totale M ha mostrato una riduzione, nell'intervallo temporale a 0 ed 1 mese [ $r=0.64$ , median(difference)=-2.355], con un *p-value* vicino alla significatività statistica [ $p=0.052$ ], che conferma questo effetto positivo in acuto e sub-acuto, in linea con i dati offerti dalla letteratura scientifica internazionale.

Il resto dei risultati non ha raggiunto la significatività statistica, ma si può ipotizzare che con una numerosità più elevata, la differenza fra 0 e 1 mese potrebbe essere risultata di significatività statistica.

Il potenziale di questa antica terapia è promettente e in gran parte inesplorato. Alcuni studi suggeriscono che possa essere d'aiuto anche nei disturbi di personalità, nei disturbi dell'alimentazione, nei disturbi legati all'impulsività, nel lutto e nel trauma. Non meno importante è il ruolo che potrebbe assumere nel trattamento di patologie non psichiatriche. Sono necessari ulteriori studi, sia di tipo controllato e randomizzato, per consolidare

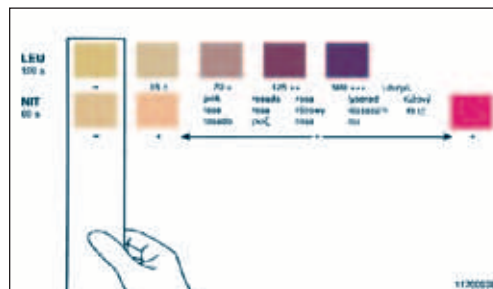
ed esplorare la conoscenza sull'efficacia e sicurezza dell'ayahuasca.

## IL RUOLO DELL'ESTERASI LEUCOCITARIA NELLE INFEZIONI PERIPROTESICHE DUBBIE

*Dr. Giulia Marsoni*

### INTRODUZIONE

Le infezioni peri-protesiche sono una grave complicazione dell'intervento di protesizzazione articolare. La loro diagnosi è un argomento molto dibattuto, in quanto ad oggi non esistono dei criteri discriminativi che garantiscano una diagnosi precoce e certa. Il test dell'esterasi leucocitaria si è dimostrato, anche grazie al basso costo e alla rapidità d'esecuzione, un possibile buon metodo nell'identificazione della patologia, in grado di affiancare le tecniche classiche, seppur senza sostituirle del tutto. Il Gold Standard diagnostico ad oggi resta infatti l'esame colturale del liquido sinoviale. Lo scopo dello studio è quello di dimostrare l'accuratezza diagnostica del test della leucocito-esterasi, confrontando i risultati ottenuti con quelli dell'esame colturale, dell'esame istologico estemporaneo e della sonicazione degli impianti protesici; in particolare ci si prefigge di dimostrare la capacità del test di escludere in sede intra-operatoria o ambulatoriale una possibile infezione



peri-protetica. In secondo luogo si è voluto confrontare i risultati ottenuti con quelli, presenti in letteratura, relativi al test dell'alfa defensina, metodo recentemente studiato con l'analogo fine.

## METODI

L'accuratezza del test della leucocito-esterasi è stata studiata in 18 pazienti (di cui 5 positivi per infezione) presi in esame dal dicembre 2016 al settembre 2017. L'aspirato di liquido sinoviale delle articolazioni di ginocchio e anca è stato valutato con una striscia colorimetrica per il test urine standard (i cui possibili risultati sono negativo, +, ++ e +++); di questi pazienti sono stati inoltre collezionati i materiali utili all'esecuzione degli altri esami diagnostici quali: esami ematochimici, esami istologici pre ed intraoperatori, esami chimico-fisici e colturali su liquido sinoviale e liquido sonicato. La presenza dell'infezione è stata discriminata in base all'adempimento dei criteri del consensus internazionale del 2014 e relativamente ad essa è stata descritta, mediante utilizzo

dell'indice  $k$  di Cohen, la correlazione del test della leucocito-esterasi con i suddetti metodi diagnostici. Inoltre di questi sono stati comparati anche sensibilità, specificità, valore predittivo positivo e valore predittivo negativo.

## RISULTATI

La concordanza tra i risultati del test della leucocito-esterasi e quelli dell'esame colturale, dell'esame istologico estemporaneo e della sonicazione dei componenti protesici è risultata essere rispettivamente: 88,24% ( $k=0,721$ ), 87,5% ( $k=0,714$ ) e 81,25% ( $k=0,586$ ).

**Tabella 2A.** Confronto tra colturale e leucocito-esterasi

	Colturale +	Colturale -	Totale	
LE +	4	2	6	$k = 0,721$
LE -	0	11	11	
Totale	4	13	17	

L'esterasi leucocitaria ha dimostrato una sensibilità del 100%, una specificità del 92,31%, un valore predittivo positivo dell'83,33% e un valore predittivo negativo del 100%. Gli

stessi parametri sono risultati per l'esame colturale rispettivamente di 80%, 100%, 100% e 92,31%, per l'esame istologico estemporaneo intraoperatorio di 80%, 100%, 100%, 91,67% e per la sonicazione dei componenti protesici di 80%, 90,91%, 80% e 90,91%. In merito al confronto con i dati relativi al test dell'alfa defensina, è emerso come quest'ultima sia dotata di una maggiore specificità e valore predittivo positivo, mentre la sensibilità sia minore.

**Tabella 1.** Criteri del consensus internazionale 2014

<b>Criteri maggiori</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Due colture periprotesiche positive per un organismo fenotipicamente identico O</li> <li>2. Tratto fistoloso comunicante con l'articolazione</li> </ol>
<b>Criteri minori</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proteina C Reattiva (PCR) elevata E Velocità di Eritrosedimentazione (VES) elevata</li> <li>2. Elevata conta leucocitaria sinoviale O risultato "++" sul test della leucocito-esterasi</li> <li>3. Elevata percentuale neutrofila sinoviale (PMN%)</li> <li>4. Analisi istologica su tessuto periprotesico positiva</li> <li>5. Singola coltura positiva</li> </ol>

La positività ai suddetti criteri è verificata per la presenza di almeno un criterio maggiore oppure ad almeno tre criteri minori. Note: dati da Parvizi J, Gehrke T. Definition of periprosthetic joint infection. *J Arthroplast.* 2014;29(7):1331. doi:10.1016/j.arth.2014.03.009.)

**Tabella 2B. Confronto tra estemporanei e leucocito-esterasi**

	Istologici +	Istologici -	Totale	
LE +	4	0	4	k = 0,714
LE -	2	10	12	
Totale	6	10	16	

## CONCLUSIONI

Il test dell'esterasi leucocitaria ha dimostrato avere una buona correlazione con gli esami colturali, gli esami istologici estemporanei e una moderata correlazione con la recentemente studiata tecnica di sonicazione dei componenti protesici. Inoltre è stata confermata la sua accuratezza diagnostica, in particolare per l'ottimo valore predittivo negativo, il quale mostra la probabile capacità del test di fungere da screening precoce e quindi di guidare l'intervento terapeutico.

**Tabella 2C. Confronto tra sonicati e leucocito-esterasi**

	Sonicati +	Sonicati -	Totale	
LE +	4	2	6	k = 0,586
LE -	1	9	10	
Totale	5	11	16	

*In verde i pazienti di cui le analisi prese in considerazione (esame colturale, esame istologico estemporaneo e sonicato) e test della leucocito-esterasi concordano nella loro negatività, in rosso i pazienti di cui esse concordano nella loro positività. Note: LE = test della leucocito-esterasi.*

**Tabella 3. Confronto dell'accuratezza dei test presi in esame**

	Sensibilità	Specificità	Valore predittivo positivo	Valore predittivo negativo
Esterasi leucocitaria	100%	92,31%	83,33%	100%
Esame colturale	80%	100%	100%	92,31%
Esame istologico estemporaneo	80%	100%	100%	91,67%
Sonicazione componente protesica	80%	90,91%	80%	90,91%

## FOLLOW-UP A LUNGO TERMINE DEI NATI VERY LOW BIRTH WEIGHT

*Dr. Chiara Nicassio*

La nascita pretermine, soprattutto nei soggetti di peso molto basso, comporta un elevato rischio di incidenza di condizioni patologiche che possono concorrere a determinare un danno cerebrale, con conseguenze a lungo termine sullo sviluppo neurosensoriale e psico-intellettuale.

Nei paesi occidentali, gli esiti di questi bambini sono un problema da non sottovalutare considerando che i nati al di sotto dei 1500gr (Very Low birth Weight) si attestano tra l'1% e 1,5%, a seconda dell'area geografica. In Italia la mortalità per questa classe di peso si attesta attorno al 15% e l'incidenza di disabilità in vario grado nei sopravvissuti può arrivare fino al 50% nelle età gestazionali bassissime.

L'aumento della sopravvivenza nel-l'ultimo ventennio, soprattutto dei nati nelle età gestazionali più basse, ha incrementato la prevalenza di bambini che avranno, crescendo, maggior richiesta di cure speciali, sia in campo riabilitativo che educativo.

La maggiore incidenza di disabilità che colpisce questi bambini è dovuta a una serie di problemi e patologie legate specificatamente a queste condizioni che sono determinate da due aspetti principali: da un lato l'imaturità anatomico-funzionale dei vari organi e apparati nel caso della nascita pretermine, dall'altro una sofferenza cronica intrauterina, nel caso dei nati con ritardo di crescita intrauterino, che può aver determinato già durante la vita fetale l'evol-

luzione di una prognosi sfavorevole. Tra queste patologie un ruolo particolare è riconosciuto ai casi di leucomalacia periventricolare, emorragia intraventricolare, sindrome da distress respiratorio, broncodisplasia polmonare, enterocolie necrotizzante, retinopatia del prematuro e corioamnioniti.

Tutti i bambini ricoverati nella terapia intensiva neonatale di Udine con un peso al di sotto dei 1500g vengono sottoposti ad una visita di follow up a 2 anni per un bilancio dello stato di salute globale e dello sviluppo psicomotorio e ad una all'età di 7 anni per una seconda valutazione della salute psicofisica e intellettuale.

In questo studio sono stati analizzati 747 bambini nati tra il 1996 e il 2006 e i parametri valutati sono stati lo sviluppo motorio e le funzionalità sensitive e cognitive.

Dall'analisi dei dati raccolti si evidenzia che il 5,2% dei bambini a 7 anni ha una disabilità motoria, mentre la funzionalità visiva e quella uditiva risultano ridotte rispettivamente nell'8% e nel 3,9% dei casi all'età di 2 anni. I risultati ottenuti ai test cognitivi risultano inferiori alla norma nel 20,3% dei bambini all'età di 2 anni e nel 9,9% dei casi a 7 anni. Sono stati riscontrati problemi comportamentali nel 4,4% dei bambini. Questo numero non è un dato da potersi considerare definitivo perché riferito solo a quello che è stato possibile osservare nel limitato tempo della visita di follow-up. Maggiori approfondimenti andrebbero condotti ed è ragionevole pensare che il numero di bambini con questo tipo di problemi sia più elevato. Il 12,9% dei bambini in età scolare necessita di sostegno didattico. Globalmente il 16,5% dei bambini presenta esiti nel neurosviluppo.

In conclusione si può affermare che la pre-

maturità è associata a un maggiore rischio di sviluppare una disabilità neurosensoriale, motoria, cognitiva e comportamentale, in particolare nelle bassissime età gestazionali e nei bambini di peso estremamente basso. Nello sviluppo di queste alterazioni ricoprono un ruolo importante le patologie sviluppate in epoca perinatale, legate all'immatùrità globale di organi e apparati; altrettanta importanza viene rivestita dall'ambiente a cui il bambino viene esposto in epoca perinatale e durante l'infanzia.

Gli studi di follow-up sono essenziali per permetterci di conoscere il destino a distanza dei neonati prematuri e per orientare quindi gli interventi terapeutici sulle specifiche esigenze di questo gruppo di bambini.

Il programma di follow-up eseguito a Udine ci permette di constatare come gli esiti della nostra popolazione rispecchino quelli osservati in ambito internazionale. Il ruolo del monitoraggio non è però limitato alla valutazione dell'evoluzione del bambino a rischio ma è fondamentale per dare consapevolezza e sostegno ai genitori. È infatti evidente come un genitore attento, informato e a cui vengono forniti i giusti strumenti e suggerimenti può modificare positivamente i traguardi raggiungibili da questi bambini.

## **INFLUENZA DELLO SPESSORE SUL COLORE NELLA STRATIFICAZIONE DI UN NUOVO COMPOSITO**

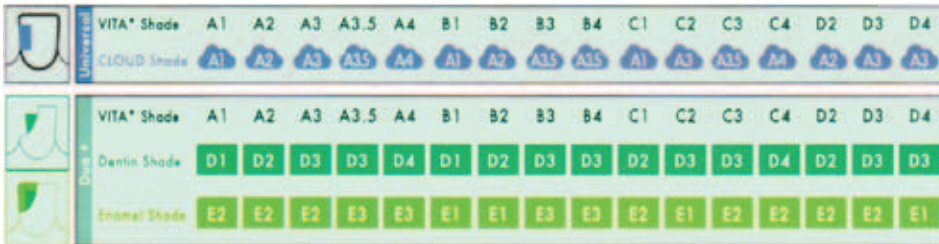
*Dr. Beatrice Salidu*

Per questo studio è stato scelto di analizzare la resa estetica di un nuovo composito universale nano-ceramico, il Ceram.X® (Dentsply DeTrey, Konstanz, Germany).



Viene fornito in due sistemi: Ceram.X® UNIVERSAL, a singola traslucenza intermedia, composto da 5 tinte ed il Ceram.X® DUO, a doppia traslucenza, composto da tre varianti cromatiche "E" e quattro "D".

forniti dalla casa produttrice. Valori di  $\Delta E$  minori di 3,3 sono stati considerati ideali, accettabili se compresi tra 3,3 e 5,5, infine non accettabili se maggiori di 5,5.



La matrice resinosa di questo composito contiene nano-particelle altamente disperse, chimicamente simili a vetro o ceramica. Il riempitivo è una miscela di particelle sferiche SphereTEC™ di diverse dimensioni e pre-polimerizzate di vetro di bario e fluoruro d'itterbio non agglomerati.

Lo scopo di questa ricerca è valutare allo spettrofotometro la resa cromatica del composito UNIVERSAL a confronto con le combinazioni equivalenti dei due compositi DUO in diversi spessori.

In base ai risultati di uno studio preliminare, per lo studio principale è stato deciso di usare l'olio di vaselina come mezzo da interporre tra i campioni di composito invece di analizzarli polimerizzati uno sull'altro, al fine di ridurre lo spreco di materiale e di tempo.

Sono stati effettuati campioni di 7 spessori diversi per ogni tinta Universal, 3 spessori per ogni E e 5 per ogni D. Ogni campione è poi stato riprodotto per 5 volte. Sono state effettuate 10 misurazioni per campione/abbinamento di campioni con lo spettrofotometro intraorale SpectroShade (MHT S.r.l.) su sfondo grigio neutro.

È stata calcolata la differenza di colore  $\Delta E$  prima tra i differenti spessori di ogni tinta e poi tra i match dei due rispettivi sistemi

Si è scoperto che l'aspetto finale del restauro eseguito mediante questo materiale è influenzato dagli spessori delle due masse, in particolare da quella traslucente "E"; per modulare il valore dei restauri, i clinici possono variare gli spessori delle masse E1 ed E3, mentre attraverso l'utilizzo della massa E2 è possibile modularne l'opacità; utilizzando le masse con spessori minimi, si ha una maggiore influenza da parte dei tessuti sottostanti e, in vitro, esiste corrispondenza per ogni tinta del sistema UNIVERSAL con un solo abbinamento del sistema DUO.

STUDIO OSSERVAZIONALE SUI  
**DISTURBI A LIVELLO DEL DISTRETTO  
 TESTA-COLLO IN PAZIENTI AFFETTI DA  
 NEOPLASIE SOLIDE E SOTTOPOSTI A  
 TERAPIE ANTINEOPLASTICHE**

*Dr. Giada Targato*

**INTRODUZIONE**

I pazienti oncologici, sottoposti a terapia antineoplastica, possono lamentare la presenza di disturbi a livello del distretto testa-collo, i quali possono essere causati dall'azione tossica dei chemioterapici (nella forma di

stomatotossicità e/o neurotossicità) o, raramente, da progressione tumorale. Il danno stomatotossico può portare allo sviluppo di mucosite orale con conseguente iposalivazione, edema, eritema ed ulcerazioni che possono causare dolore, difficoltà nella deglutizione e nella fonazione. L'azione neurotossica chemio-mediata può coinvolgere le fibre nervose, sia sensitive che motorie, del distretto testa-collo e si manifesta prevalentemente con parestesie e/o anestesi periorali. Esiste, inoltre, una rara neuropatia sensitiva che non è provocata da neurotossicità bensì dalla presenza di malattia metastatica: si tratta della numb chin syndrome (NCS), la quale è causata da compressione o infiltrazione del nervo mandibolare o di una delle sue branche distali. Generalmente si verifica in pazienti con metastasi ossee del corpo della mandibola, ma può essere anche una conseguenza di metastasi della base cranica o di disseminazione leptomeningea.

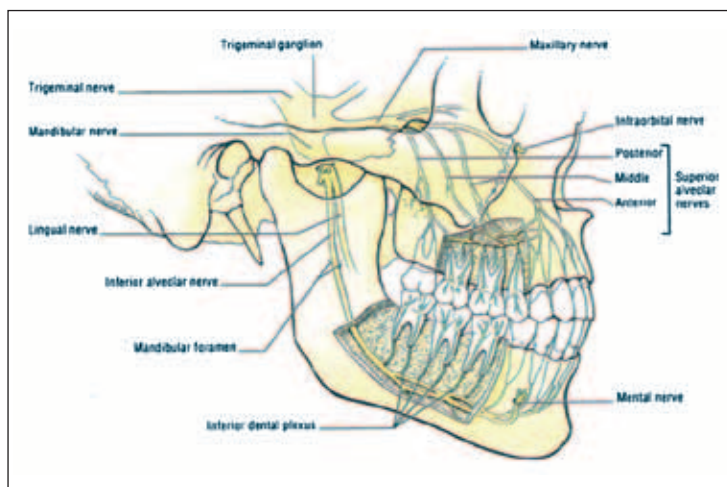
### OBIETTIVI DELLO STUDIO

Con questo studio abbiamo voluto valutare la presenza di disturbi a livello della regione testa-collo in un gruppo di pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia e la frequenza, la durata, l'intensità di tali sintomi ed il loro impatto sulla qualità di vita dei pazienti. Abbiamo inoltre analizzato le possibili cause di tali disturbi (stomatotossi-

cità, neurotossicità, NCS) ed i possibili fattori di rischio legati sia alle caratteristiche dei pazienti che al tipo di trattamento chemioterapico impostato.

### MATERIALI E METODI

Ai pazienti è stato chiesto di compilare un questionario riguardante la presenza di parestesia e/o anestesia a livello della regione labiale e mentoniera, di dolore, ulcere orali, xerostomia, disfagia, alterazioni labiali e nella fonazione. Per ciascun parametro abbiamo chiesto il livello di distress (in una scala da 0 a 10), la frequenza, la durata dei sintomi e l'eventuale trattamento impostato nei loro confronti. Abbiamo indagato anche il grado di consapevolezza dei pazienti riguardo la possibilità di sviluppare tali effetti collaterali in corso di chemioterapia. Alcuni pazienti hanno compilato il questionario più volte durante il corso del loro trattamento chemioterapico e ciascun questionario è stato relazionato con il tipo di classe farmacologica (divisi in derivati del platino, fluoropirimidine, taxani ed un gruppo "miscelaneo") ed il ciclo che i pazienti stavano effettuando al momento della compilazione. A conclusio-



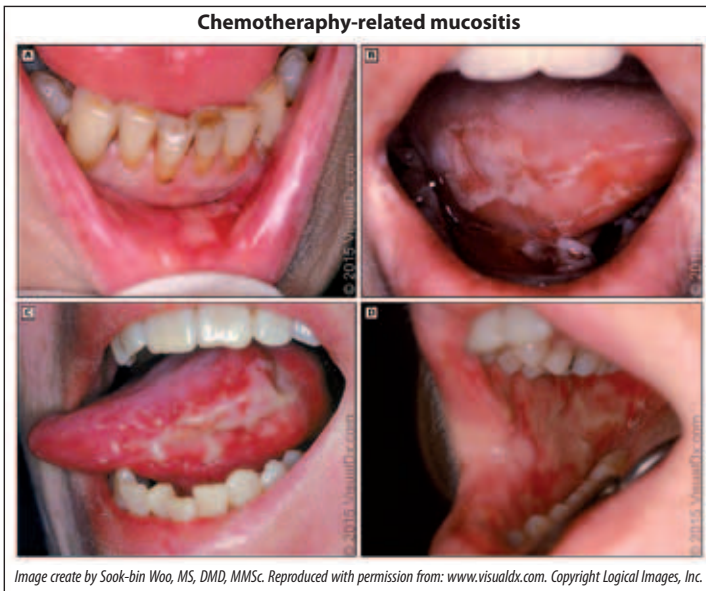
ne dello studio sono state effettuate delle analisi multivariate, nelle quali per ciascuna delle variabili dipendenti (parestesia, anestesia, dolore, ulcerazione, xerostomia, disfagia, alterazioni labiali e vocali) si è andati a valutare l'influenza data dall'età dei pazienti, dal sesso, dal tipo di neoplasia, dalla presenza di metastasi, dal tipo di chemioterapia, dal ciclo in atto e dalla presenza di terapia domiciliare non oncologica. Abbiamo considerato significativo un  $p \leq 0.05$ .

**RISULTATI**

Sono stati arruolati 194 pazienti (105 femmine e 89 maschi), mentre i questionari raccolti sono stati 491, con una media di 2.5

alla terapia con derivati del platino (17 su 33 per parestesia, 12 su 20 per anestesia). Dalle analisi multivariate è emerso come l'utilizzo di questa classe farmacologica aumentasse il rischio di anestesia periorale rispetto all'utilizzo dei taxani (OR 5.16;  $p=0.041$ ). Nessun caso di NCS è stato diagnosticato nei pazienti che lamentavano tali alterazioni della sensibilità. I questionari che riportavano dolore orale erano maggiori di quelli che lamentavano ulcerazioni (106 contro 75) ed in entrambi i casi erano maggiormente colpite le donne (rispettivamente 63.2% e 68.4%), mentre l'età si era dimostrata un

debole fattore protettivo (OR 0.98,  $p=0.014$ ; OR 0.95,  $p=0.000$ ). Inoltre, secondo la nostra analisi, i pazienti metastatici avevano un rischio maggiore di sviluppare ulcere orali (OR 2.02,  $p=0.026$ ). Anche per quanto riguarda lo sviluppo di disfagia, l'età si è dimostrata un fattore lievemente protettivo (OR 0.96,  $p=0.000$ ), mentre è stata trovata una correlazione con la tipologia di chemioterapia, con un aumentato



questionari compilati per paziente. Il 41.3% dei questionari proveniva da pazienti sottoposti a terapia con derivati del platino, il 23.6% con taxani, il 19.8% con fluoropirimidine ed il restante 15.3% riguardava altre classi farmacologiche. La maggior parte dei questionari in cui venivano riportate parestesie e/o anestesi facevano riferimento

rischio nei pazienti sottoposti a terapia con fluoropirimidine (OR 2.95,  $p=0.006$ ) e derivati del platino (OR 3.26,  $p=0.001$ ) rispetto ai taxani. Abbiamo osservato come anche la presenza di xerostomia e di alterazioni a carico delle labbra fosse presente maggiormente in individui di sesso femminile (60.4% e 66.5%) e come per lo sviluppo di

alterazioni labiali, il sesso maschile fosse un fattore protettivo (OR 0.50,  $p=0.001$ ). Anche l'età si è dimostrata un fattore lievemente protettivo per lo sviluppo di tali manifestazioni (rispettivamente OR 0.98,  $p=0.013$ ; OR 0.98,  $p=0.009$ ), mentre la presenza di metastasi è risultata un fattore di rischio (rispettivamente OR 1.66,  $p=0.042$ ; OR 1.64,  $p=0.021$ ). Per quanto riguarda lo sviluppo di xerostomia, è emerso come i pazienti sottoposti a terapia con derivati del platino (OR 2.16,  $p=0.016$ ) ed a farmaci del gruppo "miscellaneo" (OR 2.14,  $p=0.032$ ) abbiano un rischio aumentato di sviluppare tale condizione rispetto a quelli sottoposti a terapia con i taxani.

La maggior parte dei pazienti (79.9%) ha affermato di essere stato informato dal personale medico dei possibili effetti collaterali della chemioterapia a livello del distretto testa-collo.

## CONCLUSIONE

Tutti i membri del team multidisciplinare dovrebbero essere a conoscenza del fatto che i pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia possono sviluppare delle complicanze a livello del distretto testa-collo. È pertanto necessario conoscere i possibili fattori di rischio per tali complicanze, sia correlati alle caratteristiche del paziente che della chemioterapia, in modo tale da prevenire o intercettare precocemente queste manifestazioni, migliorando così la qualità di vita dei pazienti oncologici. È altresì importante che l'oncologo presti attenzione al problema della NCS. Infatti, nonostante questa rara sindrome si manifesti con sintomi apparentemente banali, può essere il primo segno di progressione della malattia

o un segno di ripresa della stessa, ed in entrambi i casi si tratta di un fattore prognostico estremamente negativo.

## CONFRONTO TRA VITRECTOMIA 27/25-GAUGE E VITRECTOMIA 25-GAUGE NEL TRATTAMENTO DEL DISTACCO RETINICO REGMATOGENO

*Dr. Andrea Zuliani*

### SCOPO DELLO STUDIO

L'obiettivo di questo studio è confrontare la sicurezza e l'efficacia dell'intervento di vitrectomia via pars plana 27/25-gauge con l'intervento di vitrectomia via pars plana 25-gauge in pazienti con distacco retinico regmatogeno.

### MATERIALI E METODI

Nello studio sono stati inclusi in modo prospettico i pazienti affetti da distacco retinico regmatogeno sottoposti a intervento chirurgico di vitrectomia via pars plana 25-gauge o vitrectomia via pars plana ibrida 27/25-gauge presso la Clinica Oculistica dell'Ospedale Santa Maria della Misericordia di Udine.

I pazienti sono stati sottoposti al baseline, al primo giorno, a una settimana, a quindici giorni, a un mese, a tre mesi e a sei mesi post intervento alle seguenti valutazioni: misurazione dell'acuità visiva con miglior correzione (BCVA - best corrected visual acuity), biomicroscopia, misurazione del tono oculare (IOP - intraocular pressure) mediante tecnica di Goldmann, valutazione del fondo oculare e misurazione dello spessore centrale retinico (CRT - central retinal thickness) mediante tomografia ottica computerizzata (OCT - ocular coherence tomography).

I due gruppi (vitrectomia via pars plana

25-gauge e vitrectomia via pars plana ibrida 27/25) sono stati resi omogenei mediante metodica propensity score matching. I dati sono stati ricavati dal sistema informatico di archiviazione e refertazione ospedaliero "G2".

## RISULTATI

Il successo anatomico a 6 mesi è stato raggiunto complessivamente nel 100% dei casi in entrambi i gruppi di pazienti, mentre il successo anatomico a 6 mesi dopo un singolo intervento chirurgico è stato raggiunto nel 93% dei pazienti sottoposti a 25-gauge PPV (pars plana vitrectomy) (n=28) e nell'87% dei casi di pazienti sottoposti a 27/25-gauge PPV (pars plana vitrectomy) (n=26). I pazienti sottoposti a vitrectomia 25-gauge presentavano a 6 mesi dall'intervento un miglioramento medio della BCVA (best corrected visual acuity), espresso in logMAR, pari a  $-0.71 \pm 0.96$  SD (standard deviation), mentre nei pazienti sottoposti a vitrectomia 27/25-gauge il miglioramento era pari a  $-0.67 \pm 1.01$  SD (stan-

dard deviation). Il tempo medio di intervento, espresso in minuti, della 25-gauge PPV (pars plana vitrectomy) era di  $90.7 \pm 29.6$  SD (standard deviation), mentre della 27/25-gauge PPV (pars plana vitrectomy) era di  $86.1 \pm 30.1$  SD (standard deviation). Durante il follow up, tra i pazienti sottoposti a 25-gauge PPV (pars plana vitrectomy), 4 (13%) hanno avuto episodi di aumento severo ( $>30$  mmHg) della pressione intraoculare, mentre tra i pazienti sottoposti a 27/25-gauge PPV (pars plana vitrectomy) solamente 2 (7%). Non è stata rilevata una differenza statisticamente significativa per alcun outcome analizzato.

## CONCLUSIONI

Da questo studio comparativo, prospettico e non randomizzato, non emergono differenze statisticamente significative tra la vitrectomia via pars plana 27/25-gauge e la vitrectomia via pars plana 25-gauge in termini di sicurezza ed efficacia nel trattamento del distacco retinico regmatogeno.



## Medici disponibili alle sostituzioni dei MMG aggiornati a novembre 2018

Si pregano i medici inseriti nell'elenco sottostante che non intendano più svolgere l'attività di sostituzione di comunicare la loro rinuncia alla segreteria dell'Ordine

ANTONIO JAMILE KARINA	Gorizia	0481.21484	3479056592
BARONE GIUSEPPA MARISA	Gorizia		3926502826
BOGONI SELENE	Grado		3405149380
BRAIDA MATTIA	Cormons	0481.61345	3293866033
BRAGANTINI FRANCESCO	Udine		3284558249
BROZIC ELISA	Staranzano		3315808584
BRUNELLI MARTA CLAUDIA	Monfalcone		3493290563
BUCCONI SERGIO	Monfalcone		3483144767
CAMPAGNER LAURA	Sagrado		3283845506
CAPPELLETTO CHIARA	Monfalcone	0481.40833	3401602863
CAPRÌ CHIARA	Trieste		3392157831
CHERNYKH IRINA	Monfalcone	0481.066007	3927417970
CITTERIO STEFANO	Gorizia		3454674399
COLLELUORI CARMINE	Monfalcone	0481.791491	3386760489
CONTENTO MARGHERITA	Monfalcone		3490883326
CORBATTO SILVIA	Staranzano	0481.486012	3405694066
CORONICA FRANCESCO	Gorizia	0481.33798	3294071488
CROCI ELEONORA	Ronchi dei Legionari		3473696922
CUSTRIN ANA	Savogna		3491268367
DEGENHARDT MAX	Ronchi dei Legionari	0481.779982	3405902773
DEL FORNO ANNAROSA	Gorizia	0481.522267	3336143393
DELPIN ANNA	Gorizia	0481.393152	3283013204
DODICI NICHOLAS	Gradisca d'Isonzo		3492511050
FACCHINETTI RITA	Grado	0431.85628	3475386197
FAGOTTO DANIELA	Turriaco	0481.767086	3384393086

FONTANINI ANDREA	Gorizia		3488283599
FURLAN GIULIA	Monfalcone		3341716151
GALLAS GIOVANNA	Gradisca d'Isonzo		3408497240
GIUSTO MARCO	Trieste		3421705805
GOLJEVSCEK SERENA	Gorizia	0481.536961	3289778842
GORIAN AIRÌ	Gorizia		3450555801
GORLATO GAIA	Gorizia	0481.521230	3336302707
GRAZZINA NICOLETTA	Gorizia	0481.536844	3489255143
JUNGHietu VERDES GABRIELA	Gorizia	0481.350549	34950822929
LANZARO ALESSIO	Fogliano-Redipuglia	0481.474394	3348596409
LIPANJE FEDERICA	Monfalcone	0481.40425	
LOBELLO LEILA	Monfalcone		3388798983
LOMBARDI SANDRA	Gorizia	0481.82128	3334740533
LORENZUT SIMONE	Gorizia		3289486881
LOSITO RAFFAELE	Gorizia (Omceo TA)	3313672871	3479221211
MACRINI SVEVA	Gorizia (Omceo UD)		3407897093
MARAGNA VIRGINIA	Gradisca d'Isonzo		3207683228
MARINELLI ALESSANDRA	Gradisca d'Isonzo		3392724324
MARSONI GIULIA	Gorizia		3479831456
MARTINES ROSANNA	Gorizia	0481.390273	
MASO ELISA	Turriaco	0481.470414	
MASTROBUONI FLAVIA	Monfalcone	0481.483544	3409193098
MELON FRANCESCA	Grado		3392416532
MENEGUZZI CRISTINA	Duino-Aurisina		3357027782
MIGLIOZZI FRANCESCA	San Pier d'Isonzo		3407623995
MIRABELLA SARA	Gorizia	0481.524030	3466871909
NDIP EMMANUEL	Gorizia	0481.547430	3395485036
NICASSIO STEFANIA	Staranzano		3493876131
NICOTRA ALESSANDRA	Gorizia		3406231800
NOVATI FRANCESCO SILVIO	San Canzian d'Isonzo		3888816689

NUOVO CHIARA	Aiello del Friuli		3403402152
OLIVO ELISA	Monfalcone		3386731705
PANOZZO MYRIAM	Gorizia	0481.81112	3403402485
PANZERA ANGELA	Cormons	0481.60406	3490848648
PATAMIA MARIO	Palmanova	0432.928574	3470798549
PERETTI ALBERTO	Trieste (Omceo VI)		3479426485
PIAN MARTINA	Staranzano	0481.711522	3920509177
PIROZZI FABRIZIO	Gorizia		3402251865
PRINCIC ELIJA	Gorizia		3295458286
RIDOLFO ALESSANDRO	Gorizia	0481.532700	3489276314
SAMY ANTONIOUS	Udine (Omceo UD)		3281587565
SARTORI ARIANNA	Mariano del Friuli		3334469999
SIMEONE ERICA	Gorizia	0481.21396	3471216792
SIMONIT FRANCESCO	Monfalcone		3313028553
SIRCH CRISTINA	Fogliano-Redipuglia		3485661874
SPAZZAPAN LUCA	Ronchi dei Legionari		3401945044
SPAZZAPAN PETER	Gorizia		3287530955
TANZI NICOLANNA	Cormons	0481.60656	3490720923
TAGLIAPIETRA FABIO	Monfalcone		3405669436
TOGNON MARIA LUISA	Monfalcone		3402961317
VACCHI OLIVIA GIULIA BIANCA	Gorizia	0481.391102	3393562067
VERBANO LISA	Ronchi dei Legionari	0481.777449	3334526391
VERSACE GRAZIELLA	Gorizia	0481.32753	3208074140
VESCOVI CATERINA	San Pier d'Isonzo	0481.70705	3285485731
VETRIH ALESSANDRA	Gorizia	0481.533570	3471304841
VISINTIN ALESSIA	Gorizia		3495341404
ZORAT FRANCESCA	San Canzian d'Isonzo		3402732499
ZANETTE EMANUELA	Udine		3492340599
ZULIANI ANDREA	Gorizia		3487941984
ZURLO MARIA MICHELA	Trieste (Omceo TS)		3334954434



## Sommario

<i>Editoriale del Presidente dell'Ordine</i>	1
<i>Editoriale del Presidente la Commissione CAO</i>	2
<i>Assemblea ordinaria annuale</i>	5
<i>In copertina</i>	6
<i>Recensioni</i>	8
<i>Abstract delle tesi di laurea</i>	
<i>Dr. Chiara Cappelletto</i>	14
<i>Dr. Laura Carpenito</i>	17
<i>Dr. Annalisa Delneri</i>	17
<i>Dr. Marco Fracasso</i>	18
<i>Dr. Giulia Marsoni</i>	19
<i>Dr. Chiara Nicassio</i>	21
<i>Dr. Beatrice Salidu</i>	22
<i>Dr. Giada Targato</i>	23
<i>Dr. Andrea Zuliani</i>	26
<i>Medici sostituiti</i>	28

**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 Manuela Bosco

Dr Fulvio Calucci

Dr.ssa Teresa Carbone

Dr. Paolo Coprives (odontoiatra)

Dr. Gianfranco Ferrari (odontoiatra)

Dr.ssa Francesca Medeot

Dr.ssa Laura Zulli

**Commissione Albo Odontoiatri:****Presidente:**

Dr. Gianfranco Ferrari

**Componenti:**

Dr. Paolo Coprives

Dr.ssa Maria Gabriella Grusovin

Dr. ssa Monica Massi

Dr. Lorenzo Spessot

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

Dr.ssa Marcella Bernardi

**Componenti effettivi:**

Dr. Romano Guerra

Dr.ssa Leila Tomasin

**Componente supplente:**

Dr Walter Ziani

**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

Pec: segreteria.go@pec.omceo.it

tel. 0481 531440

Novembre 2018

copia omaggio

anno 18 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.



