

Bollettino n. 1/2019

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



Editoriali dei Presidenti



Costruttori di arca

È ormai tradizione pluriennale che Albino Visintin, persona poliedrica e colta, scelga l'immagine di copertina ma anche quella della quarta di copertina del nostro bollettino annuale. Il soggetto scelto condiziona talora gli argomenti trattati, come in questo numero, ma anche l'editoriale del Presidente.

Penso che la scelta dell'arca sia stata in qualche modo motivata dai recenti ripetuti allagamenti di Venezia, e si colleghi pertanto con le problematiche dell'ambiente. In altre occasioni ho ricordato l'articolo 5 del Codice Deontologico del medico che fa riferimento alla sua responsabilità nei confronti dell'ambiente, alla promozione della salute e alla salute globale. È di quest'anno la collaborazione con Legambiente ed il patrocinio dell'Ordine ad una centralina per il rilevamento dell'inquinamento, posizionata all'esterno di una scuola locale e controllata dagli studenti stessi.

Se devo continuare con la metafora dell'arca mi domando in quale momento siamo, se la stiamo ancora costruendo, se ci siamo già dentro, se siamo già scesi nella terra purificata. A ciascuno di noi la possibilità di scegliere, dopo aver capito se anche a noi è arrivato un messaggio che porta speranza.

Vale la pena impegnarsi ancora, nonostante la fatica, i pochi riconoscimenti del difficile lavoro svolto, il dilagante *burnout*, e un disinteresse assai diffuso? Sì. L'alternativa è rimanere fuori e annegare.

Non credo che le attuali esperienze della vita del medico possano coincidere con la serenità all'interno dell'arca.

La relazione di cura sempre più vacillante, l'incertezza del ruolo della professione, il venire meno dell'autorevolezza, le violente aggressioni subite, le incertezze derivanti da richieste di suicidio medicalmente assistito, l'invasione dell'intelligenza artificiale e, non ultima, una spesa sanitaria in linea con i Paesi dell'Est trovano piuttosto collocazione in acque agitate.



L'insegnamento della Parashat Noach racconta la storia della distruzione dell'umanità con il diluvio universale e del salvataggio della famiglia di Noè e degli animali. Parla poi della torre di Babele e della punizione che Dio infligge agli uomini: parlare lingue diverse e non capirsi più.

Non vorrei che arrivassimo a questa maledizione.

Quel *fil rouge* che nel mosaico di San Marco, riprodotto nella quarta di copertina, contorna e unisce in un'azione comune Noè e gli altri uomini impegnati a costruire mi fa sperare che il dialogo tra noi, con gli altri operatori sanitari e con le persone che assistiamo non verrà meno.

Più volte nella mia vita professionale ho dovuto aiutare i pazienti ad avere speranza nei confronti della malattia.

Voglio condividere con voi la definizione di Jerome Groopman, tratta dal suo libro: "Anatomia della speranza. Come reagire davanti alla malattia".

"La speranza è il sentimento confortante che proviamo quando scorriamo con l'occhio della mente il cammino che può condurci ad una condizione migliore. La speranza non nasconde né sminuisce gli ostacoli.

Speranza non è illusione."

Vi auguro giornate serene, assieme ai vostri cari, ricche di speranza.

In questi giorni di festa Vi auguro di condividere l'armonia e la pace che doveva regnare all'interno dell'Arca.

Roberta Chersevani



Nebbia in Val Padana... e non solo lì!

Mentre mi accingo a scrivere questo trafiletto apprendo che la commissione bilancio del Senato ha giudicato inammissibile l'emendamento "Endrizzi", dal nome del senatore 5 stelle che lo ha presentato. Con esso si intendeva formalizzare che le società odontoiatriche dovessero essere unicamente tra professionisti, escludendo quelle di puro capitale. È noto che l'emendamento era appoggiato dalle associazioni dei titolari di studi cosiddetti "monoprofessionali" e avversato dalla Ancod (associazione catene odontoiatriche) che, con buon impegno mediatico ha paventato che la norma, qualora applicata, avrebbe creato un nuovo caso occupazionale (17.000 dipendenti) in un'Italia già interessata da altre gravi emergenze di lavoro.

Non migliore fortuna ha avuto l'emendamento "Di Marzio" dal nome del senatore estensore, nostro conterraneo e nostro iscritto, che si proponeva di ridurre le quote di capitale (extra professione) nelle farmacie.

Legittimo in democrazia il dibattito sul più giusto modello organizzativo e sacrosanto che ognuno si batta per far valere le proprie idee ma "il problema reale è quello della tutela del Paziente e della sostenibilità del sistema assistenziale odontoiatrico".

A questo proposito devo rilevare che le sensibilità delle associazioni sindacali e quelle del legislatore dovrebbero indirizzarsi (almeno con lo stesso entusiasmo con cui hanno istituito il "sistema ASO") verso un contratto base per il "collaboratore odontoiatra". Un contratto che permetta al giovane o meno giovane di mantenere le prerogative di libero professionista ma nel contempo di poter operare in uno studio non proprio con le garanzie occupazionali e la dignità che gli competono e gli derivano da un lungo training universitario.

Sui "giovani odontoiatri" ho letto ultimamente interpretazioni e categorizzazioni che derivano da sondaggi elaborati dal Collegio dei Docenti (istituzione universitaria) ed EDRA (riferimento culturale del settore) con numeri percentuali che difficilmente indirizzano verso una sintesi con indicazioni inequivocabili.



Le categorie descrittive dell'odontoiatra 4.0, proposte da EDRA, vanno da "motivati, entusiasti, "programmatori" a "cauti, prudenti quasi pavid, consulenti"; dagli "individualisti, ambiziosi, sfidanti" ai "rassegnati, amanti medicina, accademici".

Entrando nello specifico dei dati presentati si evince che il 51% è donna e che il 34% ha dichiarato di essere figlio d'arte e, dato ancora più importante che solo il 18% ha intenzione di aprire uno studio proprio negli anni immediatamente successivi alla laurea. Per motivi economici, avviamento troppo difficile e timori per il rischio imprenditoriale e per la forte concorrenza professionale. Inoltre si evidenzia che l'88% del campione ripenserebbe sulle scelte fatte in tema universitario.

A questo proposito si insinua il dubbio che potrebbe essere interessante il corso di laurea triennale, di recente istituzione, per diventare "Influencer" (figura non ben precisata di influenzatore digitale). In fondo ne è emblematica testimonial Chiara Ferragni che, non dimentichiamo, è figlia e sorella di dentista.

Formulo a Tutti i lettori i migliori auguri di serene festività natalizie. (Almeno quelle!)

Gianfranco Ferrari
Presidente Cao Gorizia

"Domani sarò ciò che oggi ho scelto di essere"
James Joyce



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



ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE 2019

A norma dell'art. 23 e seguenti del D.P.R. 5 aprile 1950 n. 221 tutti gli Iscritti sono invitati a partecipare all'Assemblea, in prima convocazione sabato 14 dicembre 2019 alle ore 23.00 presso la sede dell'Ordine in via Brigata Casale 19/b, Gorizia

e in seconda convocazione

**Domenica 15 DICEMBRE 2019 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 2019
3. Esame ed approvazione del Bilancio Preventivo 2020

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

Seguirà l'intervento dei Professori Paolo Cammarosano e Maria Luisa Bottazzi del CERM (Centro Europeo di Ricerche Medievali) dal titolo: *Cura medica e assistenza ospedaliera nel medioevo*.

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 14/12/2019 (prima convocazione) e del 15/12/2019 (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.

La scelta dell'immagine di copertina è finalizzata a proporre una riflessione sul problema del "cambiamento climatico". Nessuna imposizione interpretativa di tipo teologico e ideologico è stata considerata. Solo una semplice riflessione introduttiva. La lettura ed il significato simbolico di un'opera d'arte trascende le intenzioni dell'autore perché le opportunità interpretative si plasmano in relazione ai momenti storici, alle situazioni socio ambientali, alle impostazioni etico religiose, alle conoscenze culturali fino alla sensibilità individuale, permettendo una continua rilettura a testimonianza della grandezza dell'opera.

La *Porta del Paradiso* di Lorenzo Ghiberti è un'opera d'arte assoluta; le formelle che la compongono sono splendide e armoniose nella loro raffinatissima esecuzione e dotta impostazione scenica.

Il Vasari nella sua opera *Le vite de' più eccellenti architetti, pittori ed scultori italiani* menziona la Porta: nella vita di Michelangelo, che nel rimirare le ante della porta avrebbe esclamato «Elle son tanto belle che elle starebbero bene alle porte del Paradiso. *O divinum opus, o janua digna Polo*» (O opera divina, o porta degna del Paradiso).

La formella riportata in prima copertina è quella che rappresenta la storia di Noè. La parte superiore illustra la fine del diluvio. L'avveniristica arca, a forma piramidale, è finalmente approdata sulla sommità del monte Ararat. Stormi di uccelli fuoriescono dall'alto levandosi in volo. Altri animali hanno già ripopolato la Terra (si riconoscono un'aquila, un cervo, un elefante, un leone, una leonessa, un bue ed un orso).

Noè e la sua gente scendono dall'arca consapevoli di riabitare una terra purificata e senza pericoli. Al suolo ai piedi di Noè spicca la sagoma di un cadavere che testimonia la fine di un'umanità che non ha saputo comprendere e prevenire la fine annunciata. All'angolo superiore destro Dio emerge da una serie di cerchi concentrici che raffigurano l'arcobaleno a suggellare la promessa fatta a Noè di non distruggere mai più ogni essere vivente sulla Terra.

In basso altre storie di Noè che qui non menzioniamo.

La seconda immagine di copertina che completa la chiave di lettura, mostra lo splendido mosaico che illustra il diluvio universale presente nel Nartece della Basilica di San Marco di Venezia. È diviso in due parti: a sinistra il Creatore individua in Noè l'uomo a cui affidare la salvezza della vita sulla Terra, a destra Noè indica agli uomini le finalità del progetto di salvezza e la conseguente costruzione dell'arca (il nastro rosso collega simbolicamente tutti i personaggi coinvolti nell'azione).

La salvezza è quindi affidata ad un uomo giusto... l'unico rimasto...

Il racconto biblico del diluvio è uno scenario apocalittico che la Genesi ha parzialmente attinto dalla cultura orientale antica (l'Epopèa di Gilgamesh e il Poema di Atramkhasis, opere babilonesi che rilevano numerosi punti di contatto col testo biblico).

Una possibile spiegazione su queste convergenze, comunque presenti in più di 500 miti che ricordano il diluvio, è data dall'ipotesi che riguarda l'espansione dell'*Homo sapiens* su tutto il Pianeta.

Una ricerca aggiornata sull'evoluzione del-

la nostra specie la troviamo sul libro *NOI SIAMO SAPIENS* di S. Condemi e F. Savatier – Nuovi Saggi Bollati Boringhieri 2019. Cito testualmente:

«L'uscita dall'Africa dell'*Homo sapiens* distingue la nostra specie da tutte le altre, poiché le specie umane sono sempre rimaste confinate in un particolare ecosistema, il più delle volte tropicale. Il *Sapiens* invece ha conquistato tutti i biotipi della Terra, fino all'Antartico e persino allo Spazio, giungendo addirittura a modificare il clima del pianeta. Questo fenomeno, che per la nostra scala temporale è avvenuto lentamente, su scala geologica è stato fulmineo. Più di 135.000 anni fa, i primi *Sapiens* hanno lasciato l'Africa orientale per avventurarsi prima nella penisola arabica e poi lungo la costa meridionale dell'Eurasia.

Arrivati in Australia 65.000 anni fa e in Cina più di 100.000 anni fa, si sono moltiplicati vivendo per lungo tempo in climi caldi. A partire da 60.000 anni fa, dopo essersi incrociati con le popolazioni non *Sapiens* già esistenti in Europa, sono avanzati verso nord, penetrando in Europa solo intorno ai 43.000 anni fa e nel continente Americano circa 20.000 anni dopo. Tracce di insediamento umano nel riparo di Jabel Faja, non lontano da Dubai, nel corno della penisola arabica, sono stati trovati risalenti a circa 125.000 anni fa, da cui nasce l'ipotesi che i *Sapiens* siano penetrati nella penisola arabica e l'abbiano occupata più di 125.000 anni fa. A questo proposito, è bene ricordare che l'espansione della zona dei monsoni verso nord ha trasformato più di una volta nel corso del tempo, la penisola - oggi nota per la sua aridità - in una distesa verdeggiante attraversata da mandrie di grandi erbivori.

Simili episodi sono avvenuti tra i 160.000 e i 150.000 anni fa, poi tra i 130.000 e i 75.000 anni fa e 125.000 anni fa la Terra ha conosciuto un periodo caldo all'inizio del quale i livelli degli oceani è salito rapidamente di decine di metri, fino a raggiungere 10 m so-

pra il livello attuale. Prima di questo innalzamento oceanico, per passare dall'Africa all'Arabia, e dall'Arabia all'Asia, bisognava attraversare lo stretto di Bab el-Mandreb, tra il Gibuti e lo Yemen oggi largo 30 km per una profondità massima di 30 m e poi il golfo Persico, che oggi ha una profondità media di 50 m.

È quest'ultima profondità a indicarci in quale periodo i primi *Sapiens* potevano emigrare massicciamente in Asia dall'Africa passando per la penisola arabica: prima di 135.000 anni fa. Il clima all'epoca era freddo, il livello degli oceani molto più basso e l'ambiente molto più umido, sia nel Sahara che nella penisola arabica. Simili condizioni non potevano che favorire l'espansione dei *Sapiens* dall'Africa orientale verso l'Asia perché, a quell'epoca, una fascia steppica che passava per Bab-el



Silvana Condemi e François Savatier

NOI SIAMO SAPIENS

ALLA RICERCA
DELLE NOSTRE ORIGINI

La ricerca più aggiornata
sull'evoluzione della nostra specie



Mandreb e per il golfo persico collegava un verde Sahara con un sub continente indiano.

Inoltre, altri Sapiens provenienti dal levante erano riusciti a scendere verso sud, nei territori degli odierni Iraq e Iran, unendosi a quelli che stavano passando alla penisola arabica.

...

Il passato di Sapiens ci dice qualcosa di utile per il futuro? Dalla creazione dei primi proto-stati, nel quarto millennio a.e.c. in Mesopotamia e in Egitto, le società malgrado tante calamità e frequenti catastrofi (guerre, carestie, malattie, eventi naturali) non hanno smesso di ingrandirsi. Se il suolo terrestre era calcato da meno di un milione di Sapiens all'inizio del Paleolitico superiore, alla fine della stessa epoca se ne contavano meno di 10 milioni; erano meno di 100 milioni all'inizio dell'età dei metalli e meno di un miliardo nel 1800, all'inizio della rivoluzione industriale. Oggi siamo circa 7.5 miliardi.

Tutto ciò suscita una certa apprensione: troppo numerosa, l'umanità devasta la natura. Si stima che circa 1 miliardo di noi viva male - in baraccopoli; l'atmosfera terrestre si sta scaldando rapidamente e l'impatto della vita umana sulle altre forme di vita e sul pianeta è così forte che i geologi chiamano Antropocene l'era geologica attuale, ossia l'"era umana".

I Sapiens continuano ad evolversi. Più che mai restiamo degli animali culturali, il cui ambiente di vita non è più la natura selvaggia, ma la società.

Per milioni di anni la nostra evoluzione è stata prima biologica che culturale. Poi, alcune centinaia di migliaia di anni fa, è comparso Homo sapiens, la cui evoluzione è diventata più culturale che biologica finché, circa 40 mila anni fa, la cultura ha spiccato il volo e ha preso il sopravvento sulla biologia».

Dovremmo essere proprio noi i continui costruttori dell'arca per la tutela della diversità della vita su questa Terra partecipando alla vocazione e alla missione di Noè.



Venezia, Basilica di San Marco, Nartece. Noè fa entrare nell'arca gli animali.

L'arca di Noè: una splendida metafora

Enrico Feoli

Prof. ordinario di Ecologia

Dipartimento di Scienze della Vita - Università degli Studi di Trieste

Già da bambini ci hanno insegnato, almeno a noi nati poco dopo il 1945, cioè nel primo dopoguerra, che la Bibbia va interpretata e non va presa alla lettera. La Bibbia è un insieme di storie magnifiche che raccolgono gli insegnamenti per vivere da uomini "fatti a somiglianza di Dio", dove i 10 comandamenti e il vangelo di Gesù Cristo ne sono l'ultima sintesi. Forse per un laico non è sbagliato pensare che tutto il messaggio della Bibbia possa essere raccolto in questi famosissimi versi di Dante Alighieri: "Fatti non foste per viver come bruti ma per servir virtude e canascenza".

Possiamo dire, senza timore di sbagliare, che oggi viviamo in un mondo basato sulla scienza. Qualcuno potrebbe obiettare: "Eh ma se lo fosse dovrebbe essere un mondo migliore". È vero potrebbe esserlo, ma ciò non dipende dalla scienza di per sé, ma dal fatto che tutte le scoperte scientifiche non vengono applicate subito, molte restano sulla carta o nei laboratori scientifici, per motivi economici, quando non portano profitti immediati o per motivi "politici" quando potrebbero alterare troppo i rapporti di potere consolidati.

In teoria la scienza dovrebbe essere libera di agire e di svilupparsi indipendentemente dall'economia e dalla politica. Condizionare la scienza significherebbe limitare l'innata tendenza dell'uomo ad indagare sulla proprietà principale dell'Universo, cioè la sua diversità fisico-chimica, biologica e funzionale. La scienza scopre sempre qualcosa di nuovo, di diverso rispetto a quello che era già noto.

Il fatto che Noè abbia costruito una grande arca capace di galleggiare e che sia stata in grado di portare in salvo la diversità biologica che avrebbe consentito la vita sulla Terra dopo il diluvio, può condurci ad interpretare l'arca come una metafora che rappresenterebbe la sapienza e l'accortezza necessarie per la nostra salvezza.

Oggi abbiamo bisogno di una nuova arca, che non è solo data dalla conoscenza dei viventi, e delle tecniche di produzione per farci sopravvivere, ma riguarda la conoscenza delle leggi fisico-chimiche e biologiche necessarie per ridurre il consumo di energia e materiali e quindi per ridurre la produzione di inquinanti solidi, liquidi e gassosi, il consumo energetico e l'emissione di gas serra senza compromettere lo sviluppo della qualità della vita umana e non umana sulla Terra.

Non è un mistero che oggettivi indicatori scientifici (ecologici, economici e sociologici) ci mettano nella condizione di vedere nei loro valori segni di imminenti catastrofi ambientali, economiche e sociali. I moniti degli scienziati e non solo di loro, pensiamo all'enciclica del Papa "Laudato Si", al movimento innescato dalla giovane Greta, sono continui, e personalmente li sento dal 1969 quando il mio professore di ecologia Duilio Lausi durante una crociera scientifica nel Mediterraneo, mi parlava della sua idea di impronta ecologica. Una impronta che noi lasciamo nella geo-biosfera (l'ecosistema che ci include tutti sulla Terra) e che dovremmo in qualche modo compensare o "addomesticare"

affinché non ci si rivolti contro. Ma il rumore di fondo è assordante e pochi percepiscono e interpretano nel modo giusto o opportuno quei moniti. I più tendono ad ignorarli o a negarli, soprattutto perché il mondo dell'economia non è pronto o non è ancora in grado di trovare modelli alternativi di sviluppo che potrebbero transitarci senza grandi catastrofi verso la famosa "isola che non c'è" di Thomas More (l'isola di Utopia).

La storia della Terra ha più di 4 miliardi di anni e sembra che gliene restino altrettanti, prima che il sole smetta di funzionare nel modo in cui sta funzionando attualmente. Nei passati 4 miliardi di anni i cambiamenti dell'ambiente chimico fisico e della vita sono stati continui, graduali o improvvisi. Oggi viviamo in un ecosistema terrestre che è ben diverso da quello di un milione di anni fa ed anche da quello di alcune centinaia di migliaia di anni fa. La scienza ci dice che è in atto un riscaldamento globale naturale visto che siamo usciti da poco da un'era glaciale, ma ci dice anche che questo riscaldamento è superiore a quello che ci si dovrebbe aspettare se considerassimo i dati del passato raccolti con le carote di ghiaccio nell'Antartide. In questi ultimi 100 anni la temperatura media della Terra è salita di quasi un grado, può sembrare poco, ma è troppo rispetto all'incremento atteso. Ed infatti i ghiacci dei poli e dei ghiacciai delle montagne si stanno sciogliendo più rapidamente del previsto e la loro riduzione è molto evidente. La conseguenza di questo scioglimento si manifesta con la salita del livello medio del mare. Negli ultimi 25 anni questo è salito di 7 cm ed è stato dimostrato che la velocità di crescita di tale livello non è ogni anno la stessa di quello precedente (3 mm all'anno), ma è data dal valore precedente

più 0,084 mm per ciascun anno (processo cumulativo, l'articolo che spiega questo incremento è apparso il 12 febbraio del 2018 sui Proceedings of the National Academy of Sciences ed è basato sui dati forniti dal 1993 ad oggi da vari satelliti in orbita intorno alla Terra come TOPEX/Poseidon, Jason-1, Jason-2 e Jason-3).

La domanda che è logico porsi è la seguente: Quale è la causa di questo inaspettato incremento della temperatura media?

La scienza ha trovato la causa nel nostro sistema produttivo, cioè il sistema che produce tutti i nostri beni considerati utili o superflui per la nostra esistenza, compresa l'energia per i trasporti, la produzione e il riscaldamento. Questo sistema si basa principalmente sul processo di combustione di combustibili fossili (carbone, petrolio, gas) e di conseguenza emette inevitabilmente gas serra tra i quali il principale è l'anidride carbonica (CO_2). Questa non viene tutta assorbita dai mari e dalla vegetazione terrestre, fatto sta che oggi l'aria ne contiene 400 parti per milione, contro le 320 di circa 100 anni fa. Oggi in seguito alla continua crescita demografica, siamo tra i 7 e gli 8 miliardi di persone, la nostra impronta ecologica, cioè la superficie di biosfera necessaria per mantenere il nostro sistema produttivo globale, sta superando la capacità portante della geo-biosfera totale, cioè il consumo di risorse naturali è più rapido del ripristino naturale di tali risorse.

Dai dati di Mauna Loa, una isoletta delle Hawaii si registra un aumento del 30% della concentrazione di anidride carbonica nell'atmosfera globale da quando Charles David Keeling ha iniziato a misurare la concentrazione atmosferica della CO_2 nel 1958. Il nostro sistema produttivo globale attualmente produce emissioni di CO_2 pari a 29 miliardi di tonnellate per anno (dati EIA, US Energy Information Administration), almeno 100 vol-

te maggiori di quelle dei vulcani, a cui molti danno la causa dell'incremento di CO₂. Con gli stessi dati si può calcolare che dal 1958 c'è stata di fatto una perdita di capacità di assorbimento della CO₂ da parte dei mari e della vegetazione terrestre di quasi il 50% e questo è un dato molto allarmante. Questo decremento è una conseguenza della deforestazione e del cambio dell'uso del suolo, da agricolo a industriale o urbano.

Secondo la FAO, la copertura forestale mondiale è passata, nell'ultimo millennio, dal 70 al 30 % con perdite sempre crescenti, in modo quasi esponenziale negli ultimi 100 anni. Quindi il fatto che la superficie forestale si sia ridotta di più della metà spiegherebbe la perdita attuale del 50% della capacità di assorbimento della CO₂ (il mare compenserebbe la differenza). La scienza quindi, oltre a dirci che una tendenza al riscaldamento globale sarebbe normale ci dice anche che questa tendenza viene accelerata dalle nostre attività rivolte a mantenere un sistema produttivo che deve garantire un certo livello di vita basato su un certo livello di consumi.

Certamente non siamo sulla strada giusta se per mantenerci in vita, con un certo tenore, stiamo consumando più risorse di quante la geo-biosfera sia in grado di ripristinare, abbiamo bisogno di un altro concetto di sviluppo o perlomeno abbiamo bisogno di ripensare allo sviluppo come ad uno sviluppo sostenibile, cioè che non consumi le risorse comuni più di quanto la geo-biosfera sia in grado di restituire o rigenerare e che non crei retroazioni (feed back) positive sull'aumento della temperatura date dai gas serra.

La novità positiva di questi ultimi anni è il fatto che il sistema produttivo umano viene interpretato e visto come un sistema ecologico, cioè un sistema complesso dato da componenti chimico-fisiche e componenti biologiche che interagiscono tra di loro sul-

la base e come conseguenza del come l'uomo lo ha progettato. Di fatto l'uomo è la componente biologica principale di questo sistema che per funzionare ha bisogno di materiali, energia ed informazione, cioè "progettazione". Il concetto di sistema ecologico o ecosistema è il concetto fondamentale dell'ecologia, introdotta dal medico tedesco Ernst Heinrich Haeckel nel 1866 come "scienza della casa", cioè dei rapporti tra viventi e tra i viventi e l'ambiente chimico-fisico che li ospita. L'ecologia in questi anni si è dimostrata sempre di più una scienza indispensabile, perché oltre ad aver portato nella coscienza umana il concetto che l'uomo fa parte integrante della natura, è la scienza che offre un sistema di conoscenze sui limiti di esistenza dei processi vitali all'interno della grande diversità dei sistemi ecologici. Ebbene se da un lato la scienza è responsabile del progresso dell'umanità, dall'altro gli scienziati hanno sempre avuto un peso politico infimo o nullo, anche se le loro scoperte vengono rese tecnologiche e commercializzate per il benessere di tutti. Oggi, questo peso forse diventa maggiore ed infatti dal 1992, anno della prima conferenza di Rio sullo sviluppo sostenibile, stimolata non solo dagli ecologi, ma dagli scienziati di altre discipline, affini e non di tutto il mondo, sono state fatte molte altre conferenze che hanno portato ai famosi accordi di Kyoto e Parigi e a numerose conferenze sui cambiamenti climatici. In questi giorni si sta svolgendo a Madrid, proprio una Conferenza sui Cambiamenti Climatici (Cop 25) dell'ONU, ma dalla stampa le notizie non sono molto confortanti. Secondo il Segretario Generale dell'Onu, Antonio Guterres "siamo vicini a un punto di non ritorno" perché ad un anno dal summit sul clima di Glasgow gli obiettivi dell'Accor-

do di Parigi del 2016 sul taglio delle emissioni stanno per diventare di fatto non più raggiungibili". Dietro le parole di Guterres c'è il rapporto del Programma ambientale Onu, appena pubblicato, che informa con dati scientifici, come gli obiettivi dell'accordo Parigi di limitare a 1,5 gradi Celsius l'aumento della temperatura entro la fine del secolo rispetto ai livelli pre-industriali non potrà essere realizzato se si continua con questo tipo di sistema produttivo e con questo tipo di consumi. L'impegno delle nazioni più sviluppate come quelle dell'Unione europea o Stati Uniti, non può bastare perché se dal 2018 al 2019 queste hanno ridotto le emissioni dell'1,7 per cento, in India sono cresciute dell'1,8 per cento e in Cina addirittura del 2,6 per cento.

Come riassume l'ultimo "World Energy Outlook" dell'Agenzia Internazionale dell'Energia: "India e Cina sono al tempo stesso il problema e la soluzione del cambiamento climatico", perché consumano il 60,2 per cento del carbone usato dall'intero sistema produttivo mondiale ai fini di produzione dell'energia elettrica.

Da queste conferenze delle Nazioni Unite che riportano i risultati di studi e ricerche scientifiche emerge sempre di più la necessità di una programmazione del sistema produttivo globale basato su nuove tecnologie e sul modo ecologico di vedere il rapporto uomo natura. Oggi sembra che anche i capitalisti più convinti (si veda l'Edelman Trust

Barometer) ammettano che la priorità del sistema produttivo non possa essere il profitto, ma la qualità della vita umana.

Questa visione richiede l'apertura sia a grandi innovazioni tecnologiche che ad una sperimentazione progettuale dell'intera società che coinvolga il lavoro intelligente di grandi masse di "lavoratori" per trasformare questa società industriale, ormai obsoleta, in una società di ricerca scientifica basata su una intelligenza che non può essere che ecologica. Per non compromettere la salute umana e la funzionalità degli ecosistemi è necessario arrivare da un lato ad una radicale innovazione dei processi produttivi (ottimizzazione dei processi, dematerializzazione dei prodotti, uso delle energie da fonti rinnovabili e riduzione dell'attuale livello di combustione), e dall'altro ad un cambio di stile di vita, sia per quanto riguarda i nostri consumi che le nostre abitudini (uso e non possesso, mezzi pubblici e non privati, risparmio di energia e materiali ecc.). Inoltre sarebbe il caso di non dimenticare la ricerca spaziale, per portare fuori dalla Terra le industrie più inquinanti e per sfruttare nuove risorse e perché no, per valutare la possibilità di iniziare una espansione dell'umanità al di là dei confini terrestri: "al di là delle colonne d'Ercole" (ricordando nuovamente Dante Alighieri). Tutte cose che tutti noi auspichiamo, ma per far sì che il "sogno" diventi realtà, l'ecologia, l'economia e la sociologia si devono incontrare ed integrare per costruire assieme alle altre scienze, quella che metaforicamente possiamo chiamare una nuova arca di Noè.

In copertina:

Lorenzo Ghiberti

Porta del Paradiso, Formella con le *Storie di Noè*

1425-1452

Museo dell'Opera del Duomo, Firenze

In 4ª di copertina:

Storie di Noè, mosaico

sec XIII-XIV

Nartece

Basilica di S.Marco, Venezia



Abstract delle tesi di laurea

FUNZIONALITÀ POLMONARE NEI SOGGETTI IN ETÀ PEDIATRICA CON ANEMIA FALCIFORME DEL DR CONGO

Dr. Vincenzo Barbato

In letteratura sono disponibili scarsissimi dati sulla funzionalità polmonare dei soggetti con anemia falciforme in età pediatrica che vivono in Africa. Studi eseguiti nei Paesi occidentali hanno mostrato che i falcemici hanno un danno polmonare cronico ingravescente che può esitare in una malattia restrittiva polmonare in età adulta.

In questo studio è stata valutata la funzionalità polmonare spirometrica in un campione di soggetti con anemia falciforme in età pediatrica del DR Congo e in un gruppo di controllo di soggetti sani locali di pari età. È stata valutata nei falcemici la presenza di fattori di rischio clinici, laboratoristici e anamnestici per *impairment* respiratorio.

L'ipotesi dello studio è che la progressione del danno cronico polmonare con l'età nei falcemici africani sia più rapido e severo rispetto a quanto riportato nei pazienti che vivono in Occidente, a causa di un andamento più aggressivo della malattia di base per lo scarso accesso a cure di qualità in Africa.

La raccolta dati è stata effettuata a Kinshasa (Repubblica democratica del Congo, di seguito DR Congo) da un medico della Clinica Pediatrica di Udine, coadiuvato da alcuni investigatori locali, presso l'Ospedale di III livello Monkole e in alcune Cliniche perife-

riche, in occasione di uno dei controlli periodici dei falcemici. I controlli sani sono stati reclutati in alcune scuole di Kinshasa. I risultati, spirometrici e antropometrici sono stati normalizzati per età, sesso e altezza ed espressi come z-score, riferendosi ai teorici del GLI-2012 per i dati spirometrici e del WHO-2007 per quelli antropometrici. È stata eseguita un'analisi descrittiva dei risultati, e analisi univariate (test χ^2 o test di Fisher a seconda del numero di osservazioni) e un modello di regressione logistica multipla per valutare l'impatto di vari predittori sul rischio di spirometria patologica (pattern restrittivo, ostruttivo o misto).

Nelle analisi finali sono stati inclusi 125 casi (età media $\pm$ DS: 11.1 ± 3.2 anni, range 4.8-18.3 anni, 58% maschi) e 377 controlli apparentemente sani (età media $\pm$ DS: 9.5 ± 1.6 anni, range 6.2-12.6 anni, 55% maschi). Gli z-scores dei volumi polmonari dinamici dei falcemici ($zFEV_1 \pm$ DS: -1.50 ± 0.99 ; $zFVC \pm$ DS: -1.40 ± 1.02) sono nettamente inferiori a quelli dei controlli ($zFEV_1 \pm$ DS: -0.16 ± 0.79 ; $zFVC \pm$ DS: -0.09 ± 0.83) ($p < 0.05$ sia per la differenza tra gli $zFEV_1$ che $zFVC$). Gli z-scores degli indici antropometrici sono nettamente inferiori nella popolazione falcemica ($zHeight \pm$ DS: -1.14 ± 1.34 ; $zBMI \pm$ DS: -1.84 ± 1.60) rispetto alla popolazione dei controlli ($zHeight \pm$ DS: 0.27 ± 1.06 ; $zBMI \pm$ DS: -0.36 ± 1.03) ($p < 0.05$ sia per la differenza tra gli $zHeight$ che $zBMI$). La maggior parte dei falcemici analizzati (60.8%), aveva una spirometria normale,

mentre il 29.6% aveva un quadro restrittivo, il 5.6% un pattern misto (5.6%) e solo il 4% un pattern ostruttivo. Tra i falcemici, quelli malnutriti con zBMI < -2 avevano in media uno FEV1 di 0.7 zscores e un FVC di 0.8 zscores inferiori rispetto a quelli normotrofici ($p < 0.05$ sia per le differenze di zFEV1 che di zFVC).

Nei soggetti falcemici la funzionalità polmonare correla negativamente con l'età (*adjusted-R²* pari a 0.18 per zFEV1, *adjusted-R²* pari a 0.19 per zFVC; $p < 0.001$).

Alle analisi univariate, l'anamnesi personale positiva per ACS ($p = 0.044$, χ^2) e una di storia di almeno 3 crisi vaso-occlusive nell'anno precedente ($p = 0.013$, Fisher) avevano un'associazione statisticamente significativa con la spirometria patologica, mentre in un modello di regressione logistica multipla solo la storia di ACS è risultata associata ad un rischio aumentato di spirometria patologica con livello di significatività borderline (OR 2.384. 95%CI 0.911-6.238).

La prevalenza del pattern restrittivo nella popolazione di falcemici africani presi in esame è nettamente maggiore rispetto ai dati di letteratura di studi condotti in occidente, indicando probabilmente una maggior frequenza di malattia restrittiva polmonare legata all'anemia falciforme.

In conclusione, questo studio dimostra che il deterioramento della funzione polmonare con l'età correlato all'anemia falciforme ha un decorso più aggressivo nella popolazione pediatrica del DR Congo rispetto a quanto riportato per i pazienti che vivono in Occidente, traducendosi in un'alta prevalenza di pattern spirometrico restrittivo già in età pediatrica. Tra i fattori che aggravano il decorso è stata identificata la malnutrizione (zBMI < -2) e l'anamnesi personale positiva per sindrome toracica acuta.

PALS

PREECLAMPSIA E IPONATRIEMIA

Dr. Lisa Celante

BACKGROUND

Lo scopo dello studio è stato quello di analizzare in modo retrospettivo la prevalenza della preeclampsia associata ad iponatriemia (PALS) nella popolazione delle donne gravide con accesso all'ospedale universitario di Udine negli ultimi quattro anni, e comparare i dati con la letteratura esistente.

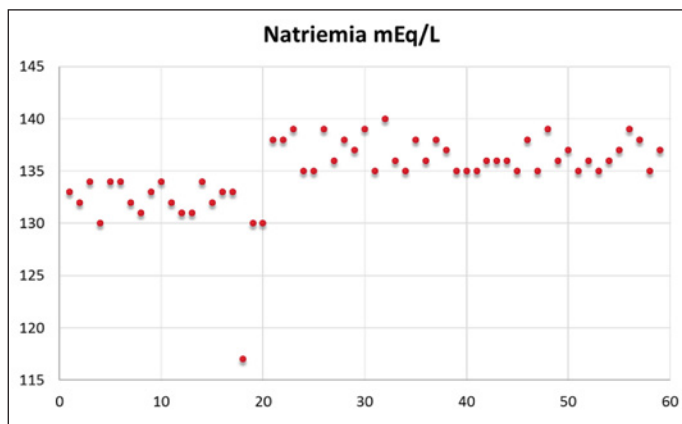
METODI

Sono state incluse nello studio solo le donne con diagnosi di preeclampsia. Le pazienti, in base al più basso valore di sodio misurato 5 giorni prima e 5 giorni dopo il parto, sono state divise in due gruppi: donne con iponatriemia (< 135 mEq/L; severa < 120 mEq/L) e donne con normonatriemia (≥ 135 mEq/L). Per la ricerca in letteratura sono stati usati Pubmed, Ovid Medline, Scopus e DOAJ. "Iponatriemia e preeclampsia" e "Iponatriemia e ipertensione in gravidanza" sono state le parole chiave usate nella ricerca.

RISULTATI

Delle 59 Pazienti con preeclampsia: 20 (34%) sono risultate iponatriemiche e 39 (66%) normonatriemiche. Nei due gruppi, non sono state rilevate differenze statisticamente significative riguardanti le caratteristiche generali, i parametri di laboratorio, eccetto livelli di ALT, l'outcome materno e l'outcome neonatale. Pertanto, nell'ospedale di Udine, nel setting della preeclampsia è stato identificato solamente un caso (1.6%) di iponatriemia materna severa (livello di natriemia 117 mEq/L).

Nella ricerca in letteratura sono stati identificati un totale di 22 studi con inclusi 60 case report di PALS.



L'insorgenza di iponatriemia severa è stata osservata con la maggior incidenza a 33.27 settimane di età gestazionale (95% CI 31.09-35.44). La maggior parte delle pazienti (75%, CI.95 62-84%) era nullipara. Il valore di sodio più basso era di 113 mEq/L, a 25 settimane di gestazione. Nella maggior parte dei casi l'iponatriemia è stata trattata con restrizione di liquidi. In soli 5 casi l'iponatriemia è stata trattata con soluzione salina ipertonica. La risoluzione dell'iponatriemia, quando riportata, si è verificata in circa 48 ore. I livelli di sodio nei neonati erano compresi tra 118 e 128 mEq/L.

CONCLUSIONI

PALS si verifica in circa un terzo delle donne con preeclampsia. L'iponatriemia severa dovrebbe essere trattata con restrizione di liquidi e soluzione ipertonica. Questa deve essere somministrata gradualmente per evitare l'insorgenza di sindrome da demielinizzazione osmotica (ODS), una complicanza potenzialmente fatale. Sia la preeclampsia che l'iponatriemia tendono a risolversi spontaneamente dopo il parto. In caso di iponatriemia materna severa è indicato avvertire il neonatologo per garantire al neonato il miglior trattamento.

Parole chiave:

Preeclampsia; ipertensione in gravidanza; iponatriemia; gestione delle complicazioni in gravidanza;

Messaggio chiave:

una severa iponatriemia può raramente verificarsi durante una gravidanza già complicata da preeclampsia.

Dovrebbe essere oppor-

tunamente trattata o può diventare causa di parto pretermine e ripercussioni negative sul neonato.

INCIDENZA DELL'ISOLAMENTO DEGLI ENTEROCOCCHI VANCOMICINA-RESISTENTI IN TERAPIA INTENSIVA E RISVOLTI TERAPEUTICI NELLO SHOCK SETTICO DI ORIGINE ADDOMINALE

Dr. Anastasia Chernykh

INTRODUZIONE

Le linee guida internazionali non forniscono una chiara direttiva sul regime di antibiotico terapia da applicarsi ai pazienti con shock settico che siano colonizzati da VRE. Mentre il ruolo degli enterococchi nelle batteriemie e nelle sovra infezioni in gruppi selezionati dei pazienti è ben chiaro, il significato degli enterococchi come patogeni primari nelle infezioni intra-addominali polimicrobiche rimane controverso. La presenza degli enterococchi incrementa il tasso delle complicanze infettive post-operatorie, inoltre è stato dimostrato che le infezioni che coinvolgono anche gli enterococchi possono essere trattate con un appropriato drenaggio chirurgico e antibiotici.

Nonostante ciò insorge un punto di domanda sull'eventuale inclusione degli antibiotici mirati contro gli enterococchi nella terapia antibiotica empirica per tutti pazienti o solo per determinate categorie. Ciò nonostante non esiste finora un regime terapeutico stabilito per questi pazienti.

OBBIETTIVI DELLO STUDIO

L'obiettivo principale dello studio è dimostrare la non utilità di un trattamento antibiotico specifico rivolto alla eradicazione dei patogeni VRE colonizzanti il paziente, valutare gli *outcome* dei pazienti con sepsi severa portatori di VRE, che non ricevevano terapia antibiotica empirica mirata ai VRE, individuare eventuali differenze fra gli *outcome* dei pazienti trattati con la terapia mirata contro i VRE e dei pazienti che non ricevevano la terapia mirata contro i VRE. Inoltre dimostrare che l'*outcome* finale del paziente dipende strettamente dal tempestivo trattamento chirurgico, dalla qualità e radicalità del *source control* chirurgico e dal numero degli re-interventi a cui viene sottoposto il paziente. L'obiettivo secondario dello studio è la valutazione dell'incidenza di isolamento dei batteri VRE nei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva dell'Ospedale di Cattinara (Trieste).

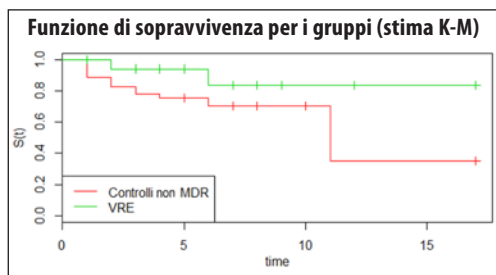
METODI

Lo studio svolto è uno studio sperimentale osservazionale retrospettivo monocentrico condotto presso l'ospedale di Cattinara (Trieste). Nello studio sono stati coinvolti i pazienti che afferiscono alla rianimazione. Lo studio è stato svolto nel periodo dal dicembre 2017 al giugno 2018 e ha compreso i pazienti ricoverati nella terapia intensiva dell'ospedale di Cattinara nel quadriennio 2015-2018 compreso.

Prima fase: Lo studio è stato condotto su 84 pazienti. Sono stati valutati i pazienti maggiorenni ricoverati in terapia intensiva della Struttura Complessa di Anestesia Rianimazione e Terapia Antalgica presso Ospedale di Cattinara (Trieste) che avevano ricevuto una diagnosi di sepsi. È stata osservata la terapia antibiotica impostata, SAPS-II, sono stati analizzati gli *outcome* di sopravvivenza (*cut off* di 10 giorni post-dimissione), numero degli interventi a cui è stato sottoposto ogni paziente ed eventuale recidiva di infezione. Criteri di inclusione dei pazienti: pazienti maggiorenni al momento del ricovero, pazienti che sono stati sottoposti ad almeno un prelievo di tampone microbiologico il cui referto sia registrato e disponibile per la valutazione nell'archivio informatico ospedaliero G2 e le cui immagini siano disponibili per la valutazione.

Seconda fase: Sono state definite due sottopopolazioni che comprendevano 31 pazienti con la conferma dell'isolamento dei VRE dai tamponi microbiologici di sorveglianza ed un terzo gruppo (di controllo) non MDR composto di 53 pazienti con la diagnosi di sepsi. Gruppo 1 – pazienti con diagnosi di shock settico, colonizzati da VRE, che non abbiano ricevuto terapia antibiotica mirata, è costituito da 18 pazienti. Gruppo 2 – pazienti con shock settico, colonizzati da VRE, che abbiano ricevuto da subito terapia antibiotica mirata, è costituito da 13. Gruppo 3 (di controllo) – pazienti con shock settico non colonizzati da VRE, è costituito da 53 pazienti maggiorenni, selezionati in maniera casuale.

Terza fase: È stata valutata l'incidenza dell'isolamento dei batteri VRE nei pazienti ricoverati nella Terapia Intensiva dell'Ospedale di Cattinara nel periodo 2016-2017. Sono stati valutati 101 pazienti i quali sono risultati positivi alla presenza dei VRE tramite i tamponi microbiologici effettuati nel momento del



ricovero nella Terapia Intensiva e durante la degenza, inoltre sono stati valutati i reparti di provenienza di questi pazienti e il tipo di infezione se tale era presente.

RISULTATI

Il primo obbiettivo della nostra tesi sperimentale consisteva proprio nel dimostrare la non utilità di un trattamento antibiotico specifico rivolto alla eradicazione dei patogeni VRE colonizzanti nei pazienti con shock settico. Dall'analisi dei risultati emerge una conferma statisticamente significativa della nostra ipotesi. Dai dati ottenuti non sono insorte delle differenze significative nell'andamento della sopravvivenza tra i pazienti non trattati con la terapia mirata e il gruppo di controllo non MDR. Inoltre confrontando il gruppo 1 con il gruppo 2 (pazienti che hanno ricevuto la terapia mirata per VRE) si è visto che la sopravvivenza superiore a 10 giorni dalla dimissione era simile se non leggermente superiore nel gruppo 1 rispetto al

gruppo 2. È stato visto che un trattamento chirurgico adeguato della fonte addominale batterica associato ad un trattamento antibiotico empirico senza una consistente attività contro i patogeni VRE è sufficiente per portare il paziente alla guarigione. Il secondo obbiettivo dello studio è stata la valutazione dell'incidenza dell'isolamento dei batteri VRE nell'ambito della Terapia Intensiva. Si è visto che la frazione di VRE isolati da tamponi microbiologici ha un valore importante: 19,10% di tutti i tamponi risultati positivi nel 2016 e 23,46% dei tamponi positivi nel 2017, da ciò possiamo dedurre che i patogeni VRE sono diffusamente presenti nell'ambito della Terapia Intensiva e possono creare un impatto negativo importante sulla guarigione e *outcome* dei pazienti, perché generalmente la colonizzazione da VRE procede verso l'infezione. Dai dati raccolti abbiamo visto che circa 3/4 dei pazienti VRE + giungono dai reparti esterni.

CONCLUSIONI

Si può concludere, alla luce dei dati raccolti, che non ci sia una correlazione importante fra la terapia antibiotica mirata contro i VRE e la sopravvivenza dei pazienti in questione. Per quello che riguarda l'incidenza dell'isolamento dei batteri VRE, deve essere effettua-

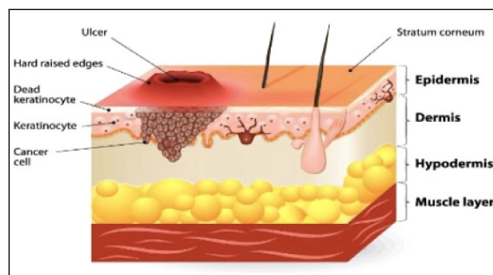
	Gruppo 1 (VRE senza terapia mirata)	Gruppo 2 (VRE con terapia mirata)	Controlli non MDR	Totale
N° soggetti	18	13	53	84
Sesso,% (M/F)	55,56%/44,44% (10/8)	76,92%/23,08% (10/3)	43,40%/56,6% (23/30)	51,19%/48,81% (43/41)
Età media (max/min)	71,49 (87/46)	69,46 (86/40)	71,4 (89/18)	71,43 (89/18)
SAPS-2 medio	45,5	43,61	38,087	42,4
Sopravvivenza <10 gg	5	5	14	24
Sopravvivenza >10 gg	13	8	39	60
Giorni degenza (media)	6,67	9,08	4,34	6,7

ta una maggior collaborazione tra la Terapia Intensiva e i reparti di provenienza dei pazienti di interesse, devono essere applicate e rispettate le norme igienico-sanitarie. Uno stretto controllo e monitoraggio dell'incidenza dell'isolamento in futuro permetterebbe di evitare le criticità, di migliorare e rafforzare i protocolli di sicurezza e di gestione dei pazienti e degli ambienti ospedalieri, così da avere degenze più brevi e terapie migliori nel futuro.

ASPETTI DERMATOSCOPICI DEL CARCINOMA BASOCELLULARE IN RELAZIONE ALLA SEDE ANATOMICA ED AL FOTOTIPO

Dr. Alessia Cossi

Il BCC è un tumore maligno della pelle molto comune che deriva dallo strato basale dell'epidermide. La probabilità di riscontrarne uno durante la propria vita, per una persona di razza caucasica, è del 30%. La prima denominazione fu "ulcus rodens". Non sono state descritte lesioni precancerose per il BCC, e le cellule coinvolte nella sua origine sono ancora oggetto di controversie. Una teoria dimostrerebbe che i BCC derivino dalle cellule pluripotenti immature dell'epidermide interfollicolare e da quelle presenti nella guaina esterna del follicolo pilifero, ed a se-



Rappresentazione schematica BCC ulcerato

guito di ciò deriverebbe la sua definizione di "neoplasma maligno" del centro germinativo follicolare pilifero. Questi tumori sono stati denominati anche "epiteliomi" per il loro basso potenziale metastatico. I fattori di rischio sono: l'esposizione ai raggi solari, l'immunosoppressione, l'esposizione alle radiazioni ionizzanti, i lettini abbronzanti e l'arsenico. Per cui le misure preventive da adottare per ridurre il rischio correlato agli UV includono fotoprotezione e una corretta fotoesposizione. Risulta importante anche la componente genetica e familiare; si stima infatti un'alta incidenza nei soggetti con mutazioni del gene TP53. Il coinvolgimento genetico è stato dimostrato anche sul cromosoma 9; tale mutazione riguarda il gene PTCH, un gene oncosoppressore. L'attivazione inappropriata della via di segnalazione Hedgehog si trova su entrambi, cioè sia nei casi sporadici che nei casi in cui si denota familiarità per BCC. Questo si traduce in mutazioni con perdita di funzione dell'oncosoppressore PTCH1. I contesti di familiarità in cui possono manifestarsi i BCC sono: la Sindrome BCN (Nevoid, Basal, Cell), le sindromi di Rombo o Bazex-Duprè-Christol, la Sindrome di Oley e lo xeroderma pigmentoso. La Sindrome di Gorlin-Goltz è considerata la

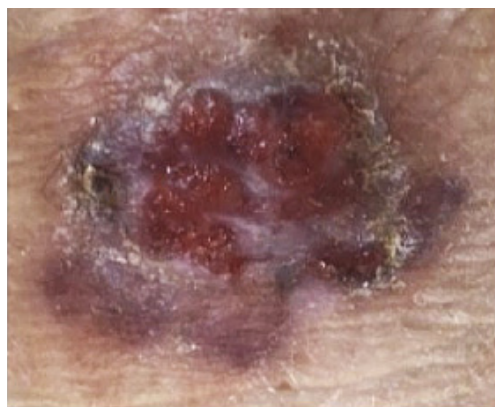
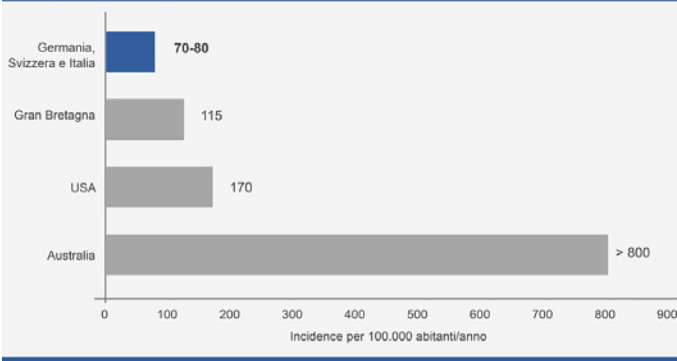


Immagine clinica di BCC gomito dx 20mm di pz della Clinica Dermatologica ASUITS

Incidenza annuale di BCC nei diversi Paesi



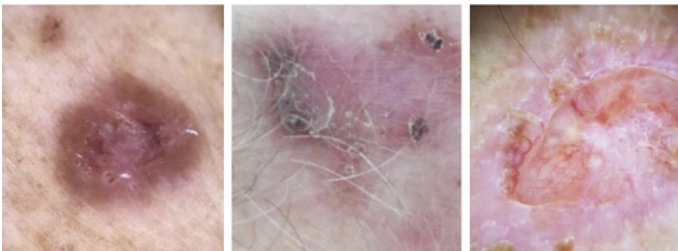
Adattamento grafico da testo in Ref. 1

prima sindrome genetica correlata al BCC, poiché riguarda il gene mutato PTCH1, citato in precedenza. Negli ultimi dieci anni, l'aumento annuo di riscontri di nuovi casi di BCC è circa del 3,7%. Dobbiamo tener conto che ci sono Paesi che hanno un'incidenza maggiore rispetto ad altri, e l'Australia è il Paese con un maggior riscontro di queste lesioni.

A seguito di queste premesse, per il nostro studio sono stati presi in esame 101 pazienti rivoltisi presso la Clinica Dermatologica ASU-ITS ai quali è stato diagnosticato uno o più basaliomi. La discriminante per classificarli è stata la sede anatomica in cui si localizzavano, e di ognuno abbiamo analizzato le seguenti caratteristiche dermatoscopiche: micro-arborizing vessel, macro-arborizing vessel, Ovoid nest, leaf-like areas, spoke wheels, erosion/ulceration, whitish-pink-red homogeneous areas, milium cyst, shiny whitish streaks.

Ci siamo serviti di un dermatoscopio e di una macchina fotografica, in modo tale da poterli analizzare attentamente anche in un secondo momento. Il fine ultimo dello studio era poter delineare questi aspetti dermatoscopici peculiari sito-specifici per poter giungere ad una diagnosi precoce, e

a una diagnosi differenziale più agevole nei casi dubbi. Sono stati elaborati dei grafici inserendo in ordinata la sede anatomica es. "capo -collo" e in ascissa gli aspetti dermatoscopici, il fototipo e le dimensioni, potendo così stimare quali fossero le caratteristiche predominanti e le dimensioni medie dei basaliomi da noi analizzati. Un problema non da poco, sia per il nostro studio che per altre statistiche in generale sui BCC è che non esiste un registro dei tumori che raccolga dei dati su questi. Infatti non è possibile avere una stima reale dell'incidenza, perché ci sono delle condizioni in cui non viene eseguita la biopsia, per cui non viene riportato nel registro dei tumori. Le situazioni in cui non si effettua la biopsia sono per esempio: i trattamenti non chirurgici come la crioterapia, Imiquimod, 5-FU, RT che vengono utilizzati nei BCC a basso rischio, o situazioni in cui i pazienti hanno importanti comorbidità in cui è sconsigliato il trattamento chirurgico. Ad ogni modo, il nostro studio, dovrebbe rispondere alla domanda "La dermatoscopia è in grado di evidenziare delle differenze, in relazione alla sede anatomica?". La ri-



sposta che siamo in grado di dare è: Sì, nel nostro studio abbiamo potuto evidenziare come ciascuna localizzazione presenta delle specifiche peculiarità concernenti i criteri dermatoscopici. Tale evidenza ci porta a dire che la migliore conoscenza delle caratteristiche dermatoscopiche sito-specifiche potrà essere utile nel migliorare le capacità diagnostiche e nella diagnosi precoce.

	N° PZ note	Criteri dermatoscopici									fototipo					dimensione
		MICRO arborizing vessel	MACRO arborizing vessels	Ovoid nest	Leaf-like areas	spoke wheels	Erosion/ulc eration	whitish-gink red homogeneous areas	milium cist	Shiny whitish streaks	I	II	III	IV	V	mm
capo-collo	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	11
	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	8
	3	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	10
	4	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	12
	5	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	7
	6	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	30
	7	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	16
	8	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	9
	9	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	11
	10	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	9
	11	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	6
	12	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	6
	13	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	14
	14	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	10
	15	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	5
	16	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	12
	17	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0	0	7
	18	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	15
	19	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	10
	20	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	6
	21	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	17
	22	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	14
	23	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	10
	24	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	9

CONFRONTO DELLA CASISTICA PRE/POST-EBUS NELLA BRONCOSCOPIA A FIBRE OTTICHE PRESSO L'AZIENDA SANITARIA INTEGRATA SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA DI UDINE CON ANALISI DI PERFORMANCE

Dr. Stefano Giurissa

INTRODUZIONE

L'agoaspirato transbronchiale linfonodale (TBNA, transbronchial needle aspiration) ha permesso di ampliare gli orizzonti diagnostici dell'esame broncoscopico consentendo un accesso più agevole e mirato per il cam-

pionamento delle strutture linfonodali all'interno del mediastino, prima raggiungibili solo con mediastinoscopie o VATS.

Dal 1978 il dott. Ko-Pen Wang implementò una tecnica di agoaspirazione transbronchiale in corso di broncoscopia flessibile come metodica di stadiazione del mediastino nelle neoplasie polmonari: con i colleghi della John Hopkins University di Baltimora pubblicò un articolo ove venne dimostrata la possibilità di campionare i linfonodi sotto-

carinali e paratracheali destri. La naturale evoluzione tecnica fu l'EBUS-TBNA che permette di visualizzare le immagini ultrasonografiche in B-mode in tempo reale, dotando di sonda ecografica convessa distale miniaturizzata un broncoscopio flessibile con canale operatore: è divenuta possibile la visualizzazione della penetrazione dell'ago nella parete bronchiale e nel linfonodo, migliorando la precisione del campiona-

mento, e nel contempo, definendo la sede e l'estensione dell'infiltrazione di malattia rispetto alle strutture mediastiniche più importanti, oltre ai rapporti anatomici con i grossi vasi o i tronchi nervosi.

OBIETTIVI DELLO STUDIO

Obiettivo primario: valutare l'impatto dell'introduzione della tecnica EBUS-TBNA nell'iter diagnostico/stadiativo mediastinico rispetto alla TBNA convenzionale all'interno del centro "Hub" pneumologico broncoscopico dell'ospedale Santa Maria della Misericordia di Udine. Particolare interesse è rivolto all'accuratezza nell'identificare i veri negativi per invasione neoplastica linfonodale mediastini-

ca a livello delle stazioni N2, dato fondamentale per identificare i pazienti da avviare al trattamento chirurgico con intento radicale. Si è voluto inoltre verificare se l'introduzione dell'EBUS-TBNA sia stata in grado di diminuire il numero di campioni con referto citologico inadeguato in proporzione alle prestazioni erogate rispetto all'uso della semplice TBNA convenzionale. Parallelamente ci si attende anche una diminuzione di referti citologici non adeguatamente fenotipizzati (NSCLC, NOS sec. W.H.O. 2015).

Obiettivo secondario: questo studio si propone anche di valutare l'impatto della citoassistenza (di seguito ROSE - Rapid On Site Evaluation), introdotta e integrata nella prassi dell'iter diagnostico in maniera codificata nell'arco temporale 2014-2017 ed effettuata dal citopatologo o, in sua assenza, dallo pneumologo stesso. Precedentemente la pratica ROSE era facoltativa e il suo responso era considerato solo come indicativo-qualitativo. All'interno del grande gruppo del NSCLC, viene anche analizzato dal punto di vista descrittivo osservazionale lo stato mutazionale

dell'adenocarcinoma, valutato su prelievo citologico transbronchiale mediante broncoscopia, in termini di qualità di materiale per le analisi di biologia molecolare di terzo livello.

MATERIALI E METODI

In questo studio osservazionale retrospettivo vengono presi in considerazione due lassi temporali pari ciascuno a una durata complessiva di 3 anni e mezzo, considerando lo spartiacque dell'introduzione dell'EBUS-TBNA utilizzata a Udine presso la Pneumologia bronoscopica dall'anno 2013; i dati sono stati estratti interrogando il database (AP-Sys - INSIEL) della SOC di Anatomia Patologica.

Il primo intervallo considerato comprende le prestazioni bronoscopiche in TBNA convenzionale e le prestazioni di chirurgia toracico-mediastinica con analisi dei linfonodi mediastinici, effettuate dal 1 luglio 2009 al 31 dicembre del 2012: per quanto riguarda il braccio bronoscopico 2009-2012,

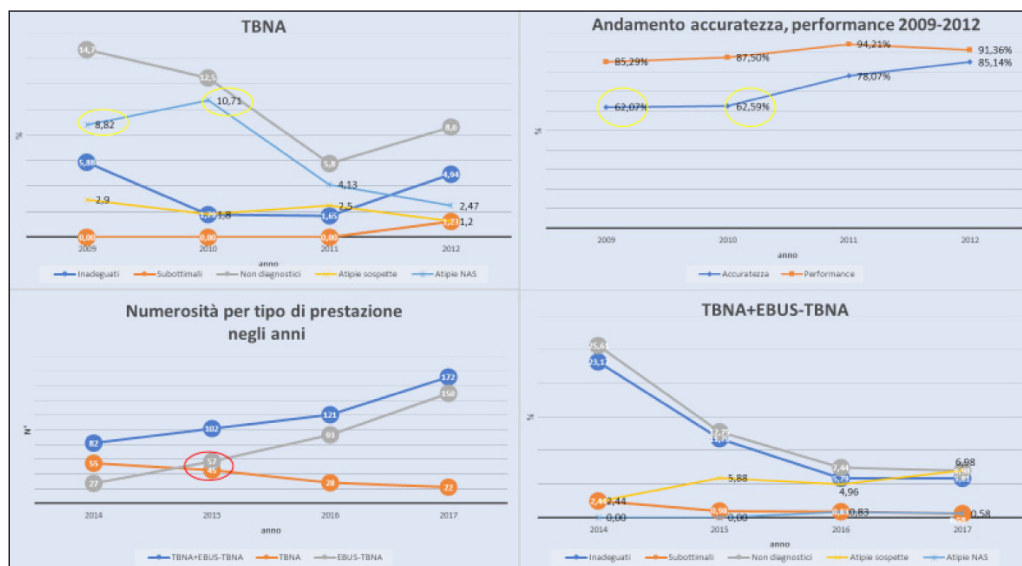


Figura 1

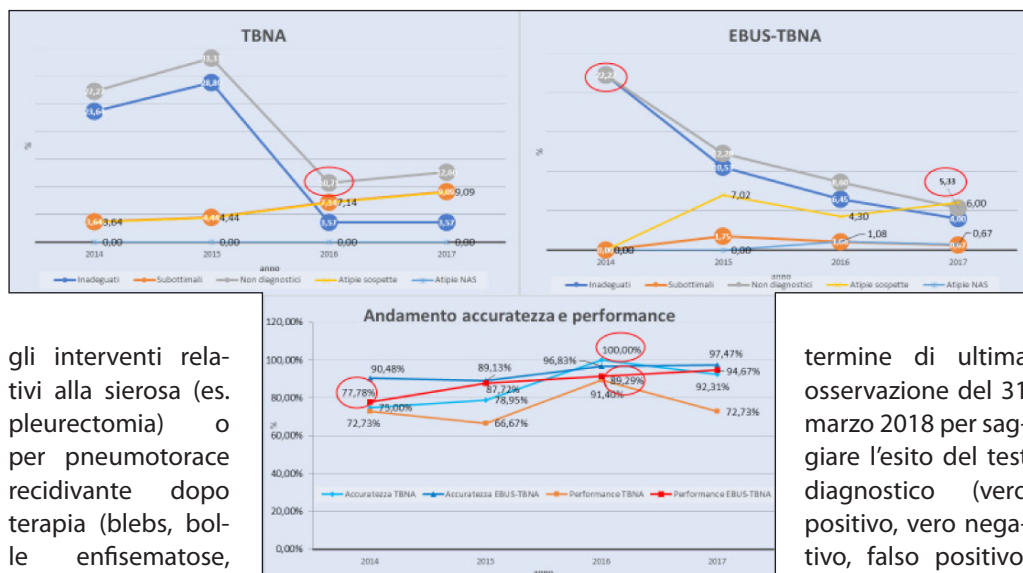
le prestazioni complessive di analisi citologica erogate ammontavano a 2552; di queste sono state prese in considerazione esclusivamente le TBNA convenzionali che hanno effettuato un campionamento delle stazioni linfonodali IASLC (ammontanti a 477), mentre le citologie esclusivamente esfoliative, i BAL (lavaggi bronco-alveolari), le TBNA periferiche o sottomucose/parenchimali su vegetazioni endoluminali o transparietali/transtoraciche sono state escluse. L'ammontare finale delle TBNA effettuate su stazioni linfonodali ATS-IASLC è risultato pari a 404 per il suddetto triennio.

Per quanto concerne il braccio chirurgico 2010-2012, la totalità delle prestazioni di chirurgia toracico-mediastinica ammontano a 439, ma a loro volta sono stati selezionati tramite l'analisi di ogni referto, 337 interventi con referto positivo per neoplasia polmonare primitiva o mediastinica primitiva con relativo status linfonodale, mentre

interventi terapeutici o diagnostici/stadiativi per timomi o per linfomi non primitivi o comunque patologie di area timica (cisti mesoteliali, tiroide ectopica, paratiroide ectopica etc.) sono stati esclusi.

In maniera analoga si è proceduto per quanto concerne il periodo dal 1° luglio 2014 al 31 dicembre del 2017. In entrambi i bracci si sono selezionate le prestazioni d'interesse con le medesime caratteristiche sopramenzionate mediante l'analisi puntuale di rispettivamente 2084 esami broncoscopici con citologia e 1377 interventi chirurgici toraco-mediastinici. Nel braccio della casistica broncoscopica 2014-2017, i casi di TBNA convenzionale e EBUS-TBNA per lo studio linfonodale mediastinico ammontano a 478. Per quanto riguarda la casistica chirurgica sempre nello stesso lasso di tempo, la casistica di prestazioni di chirurgia toracico-mediastinica con analisi dei linfonodi mediastinici risultano pari a 435.

Si è proceduto inoltre alla revisione puntuale di tutti i decessi e dei pazienti viventi con



gli interventi relativi alla sierosa (es. pleurectomia) o per pneumotorace recidivante dopo terapia (blebs, bolle enfisematose, apical cap etc.), gli

termine di ultima osservazione del 31 marzo 2018 per saggiare l'esito del test diagnostico (vero positivo, vero negativo, falso positivo, falso negativo).

Figura 2

ANALISI STATISTICA

I dati quantitativi sono stati sintetizzati con media, mediana, intervallo interquartile e range. Per le variabili qualitative sono state calcolate le distribuzioni di frequenza assoluta e relativa, con relativo intervallo di confidenza al 95%.

Nella prima parte dello studio sono descritte le variazioni delle percentuali dei referti citopatologici non conclusivi (campioni inadeguati, subottimali, non diagnostici, atipie sospette, atipie NAS) per entrambi i lassi temporali dello studio (2009-2012/2014-2017), considerando la sola tecnica TBNA, la sola tecnica EBUS-TBNA ed entrambe le tecniche. Allo stesso modo si sono analizzate le percentuali dell'andamento della performance e dell'accuratezza, della globalità delle prestazioni broncoscopiche erogate in funzione degli anni d'interesse per i due bracci dello studio. Graficamente si è analizzata la prevalenza delle categorie dimensionali delle lesioni target linfonodali visualizzate/campionate grazie la sonda ultrasonografica nell'EBUS-TBNA e successivamente si è sintetizzata la distribuzione anche delle frequenze relative percentuali degli esiti citopatologici ROSE rispetto le categorie dimensionali (Figg. 1->3).

Si è anche analizzata la concordanza fra i referti citopatologici definitivi e i referti citopatologici ROSE, stratificando per lettore del campione, pneumologo o patologo o entrambi (Figg. 3-4).

Si è provveduto ad una sintesi grafica delle frequenze relative percentuali delle mutazioni genetiche riscontrate nei markers molecolari (Fig. 3). Allo stesso modo sono state rappresentate le prevalenze percentuali dei campioni inadeguati, subottimali, atipie NAS, atipie sospette e NSCLC, NOS fra i due trienni 2009-2012 e 2014-2017, stratificando i dati per metodica (EBUS-TBNA, TBNA convenzionale o entrambe) per quanto concerne il triennio 2014-2017 (Figg. 3-4). Il test del Chi-quadrato è stato utilizzato per il confronto tra proporzioni. Sono state confrontate anche le differenze dei TEST di sensibilità, specificità, valore predittivo positivo, valore predittivo negativo, accuratezza, performance, prevalenze di

campioni inadeguati subottimali, atipie NAS, atipie sospette per il triennio 2014-2017 con o senza impiego della ROSE. Nella seconda parte statistica inferenziale grazie al software

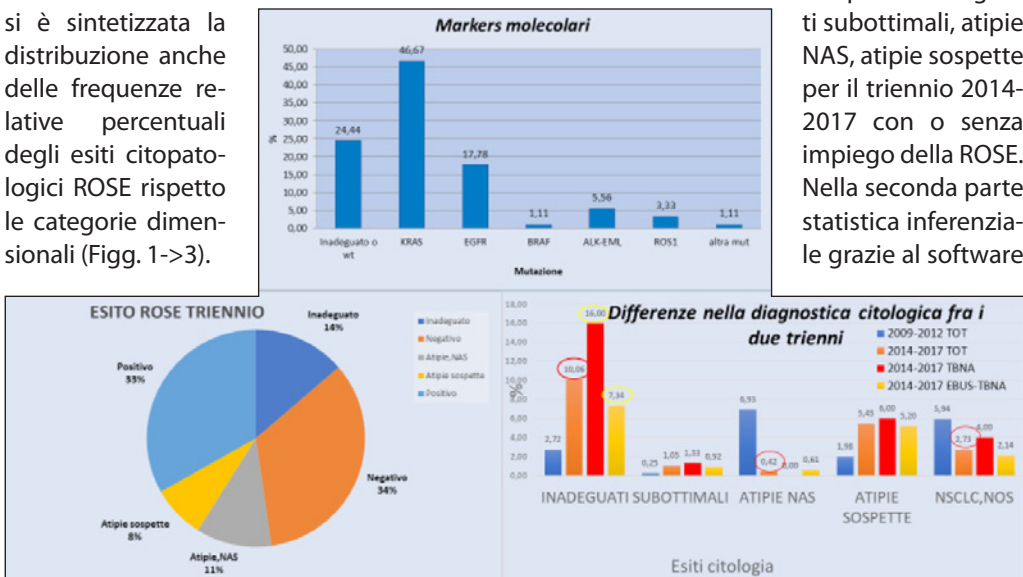


Figura 3

STATA sono calcolati:

- gli intervalli di confidenza per sensibilità, specificità, valore predittivo positivo, valore predittivo negativo, accuratezza, performance nel confronto fra trienni 2009-2012 e 2014-2017;
- intervalli di confidenza per sensibilità, specificità, valore predittivo positivo, valore predittivo negativo, accuratezza, performance nel confronto nel triennio 2014-2017 fra EBUS-TBNA/TBNA-convenzionale;
- intervalli di confidenza per sensibilità, specificità, valore predittivo positivo, valore predittivo negativo, accuratezza, performance nel confronto nel triennio 2014-2017 fra ROSE/senza ROSE;
- intervalli di confidenza per le percentuali di campioni inadeguati e atipie NAS fra trienni 2009-2012 e 2014-2017 (Fig. 5).

RISULTATI

EBUS-TBNA si dimostra estremamente efficace all'interno del percorso diagnostico-stadiativo del mediastino per la patologia neoplastica maligna primitiva del polmone in:

- sensibilità (diminuzione dei falsi negativi),
- specificità (aumento dei veri negativi),
- performance (riduzione del numero di referti inadeguati, riduzione di referti citologici NSCLC NOS non ulteriormente tipizzati).

EUS-B/EBUS-TBNA all'interno del PDTA del carcinoma polmonare si conferma *gold-standard* per la stadiazione del mediastino nel paziente potenzialmente chirurgico, per la diagnosi di natura e istotipo in casi selezionati.

Nell'esperienza in esame la ROSE risulta utile nel modulare il percorso diagnostico-terapeutico, con tale razionale: se la ROSE risulta positiva per malignità, si tende a ridurre la quota di esami ripetuti per campione quali/quantitativamente insufficiente. La ROSE non sembra un valore aggiunto in termini di valore predittivo negativo nell'E-BUS-TBNA, ma nel caso in cui il campione risulti inadeguato e/o indeterminato, obbliga il clinico alla ripetizione del prelievo fino all'ottenimento di un prelievo adeguato. È prevedibile quindi una diminuzione degli esami ripetuti, con un risparmio sia sui costi diretti e indiretti dati dalla ripetizione dell'e-

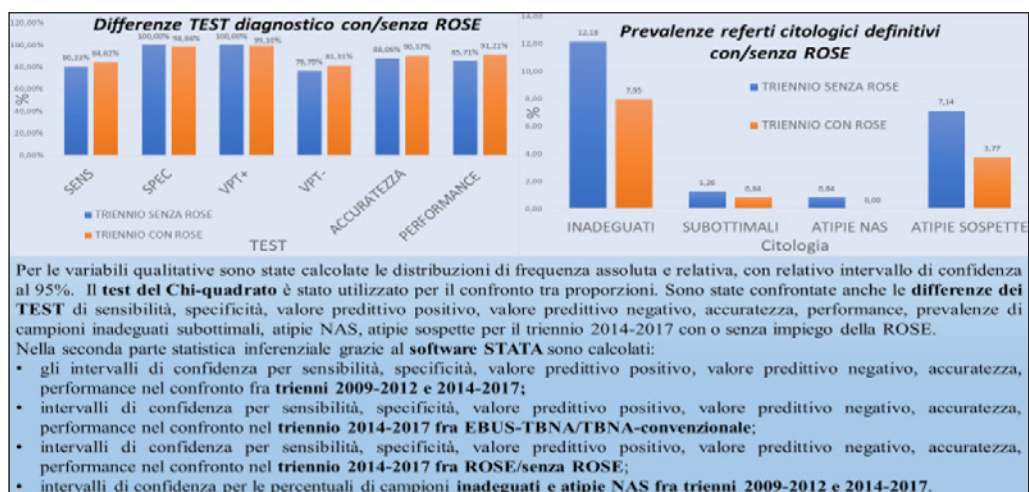


Figura 4

same stesso sia in termini di disagio per il paziente.

CONCLUSIONI

Dopo l'introduzione dell'EBUS-TBNA nell'anno 2013 e un periodo iniziale con fisiologica curva di apprendimento da parte degli operatori pneumologi broncoscopisti, EBUS-TBNA si è confermata metodica estremamente utile all'interno del percorso diagnostico-stadiativo del mediastino per la patologia neoplastica maligna primitiva del polmone, in particolare per quanto riguarda i parametri di specificità (aumento dei veri negativi), sensibilità (diminuzione dei falsi negativi), performance (riduzione del numero di referti inadeguati, riduzione di referti citologici NSCLC NOS non ulteriormente tipizzati/caratterizzati).

L'analisi dei dati raccolti conferma, pertanto, come la metodica EUS-B/EBUS-TBNA sia da considerare, all'interno del PDTA del carcinoma polmonare, il *gold-standard* sia per la stadiazione del mediastino nel paziente potenzialmente chirurgico, sia per la diagnosi di

natura e istotipo in casi selezionati.

La ROSE si dimostra un valore aggiunto non tanto sul valore predittivo negativo dell'esame, quanto soprattutto nel caso in cui il campione ricavato con esame broncoscopico risulti, durante la procedura, inadeguato e/o indeterminato, obbligando il clinico a eseguire più prelievi fino all'ottenimento di un prelievo adeguato. È prevedibile quindi una diminuzione degli esami ripetuti, con un risparmio sia sui costi diretti e indiretti dati dalla ripetizione dell'esame stesso, sia in termini di disagio per il paziente.

Infine, allo stato dell'arte, la stadiazione sistematica del mediastino mediante EBUS-TBNA (cd. mediastinoscopia medica) deve essere considerata la prima scelta nella stadiazione del paziente potenzialmente chirurgico e doverosamente acquisita dal Percorso Diagnostico-Terapeutico ed Assistenziali (PDTA) con l'ottica del generale miglioramento dell'iter diagnostico-terapeutico e, conseguentemente, dell'outcome del paziente.

	Periodo 2009-12 % (IC 95%)	Periodo 2014-17 % (IC 95%)	p-value	EBUS-TBNA/ TBNA	TBNA Periodo 2014-17 % (IC 95%)	EBUS-TBNA Periodo 2014-17 % (IC 95%)	p-value
Sensibilità	60,7 (54,4-66,7)	82,7 (77,5-87,1)	p<0,001	Sensibilità	77,3 (67,1-85,5)	85,5 (79,3-90,5)	p=0,1
Specificità	99,1 (94,9-100,0)	99,4 (96,7-100,0)	p=1	Specificità	100,0 (90,0-100,0)	99,2 (95,9-100,0)	p=1
VPP	99,4 (96,5-100,0)	99,5 (97,4-100,0)	p=1	VPP	100,0 (94,7-100,0)	99,3 (96,2-100,0)	p=1
VPN	51,2 (44,2-58,2)	79,0 (72,9-84,3)	p<0,001	VPN	63,6 (49,6-76,2)	84,5 (77,8-89,8)	p<0,001
Accuratezza	72,0 (67,1-76,4)	89,3 (85,97-91,93)	p<0,001	Accuratezza	83,7 (76,0-89,3)	91,6 (87,9-94,3)	p<0,01
Performance	90 (86,77-92,66)	88,5 (85,3-91,07)	p=0,4	Performance	82,7 (75,7-88,0)	91,2 (87,5-93,8)	p<0,007
ROSE/ SENZA ROSE	SENZA ROSE Periodo 2014-17 % (IC 95%)	ROSE Periodo 2014-17 % (IC 95%)	p-value				
Sensibilità	80,5 (72,4-87,1)	84,7 (77,4-90,4)	p=0,4	INADEGUATI	2,7 (1,5-4,9)	10,0 (7,6-13,1)	p<0,001
Specificità	100,0 (95,4-100,0)	98,9 (93,8-100,0)	p=1	ATIPIE NAS	6,9 (4,8-9,9)	0,4 (0,1-1,7)	p<0,001
VPP	100,0 (96,3-100,0)	99,1 (95,1-100,0)	p=1	SENS SPEC VPP+ VPN- VP/M+ VN/M- VP/T+ VN/T- ACCURATEZZA (VP+VN)/(VP+VN+FP+FN) PERFORMANCE TOT-(INADEGUATI+SUBOTTIMALI+ATIPIE NAS)/TOT			
VPN	76,7 (67,3-84,5)	81,3 (72,6-88,2)	p=0,4				
Accuratezza	88,1 (82,8-91,9)	90,4 (85,7-93,7)	p=0,4				
Performance	85,7 (80,6-89,6)	91,3 (86,9-94,2)	p=0,06				

Figura 5

RAZIONALE DEL FOLLOW-UP NELLA PATOLOGIA ERNIARIA

Dr. Caterina Godina

OBIETTIVI

La patologia erniaria è una condizione benigna che vede un'incidenza del 5% sulla popolazione mondiale. Le ernie più frequenti sono quelle del distretto inguinale, per le quali si eseguono in tutto il mondo circa 20 milioni di interventi di riparazione ogni anno. Lo scopo di questo studio è di dimostrare la necessità

un registro clinico, dove inserire i dati dei pazienti operati di ernia inguinale e crurale, la tecnica chirurgica utilizzata e gli outcome dopo l'intervento. L'obiettivo della tesi è anche quello di evidenziare l'importanza di un follow-up dopo l'intervento di inguinoplastica, allo scopo di valutare i pazienti a distanza di tempo dalla chirurgia, porre attenzione alla qualità della vita e riscontrare recidive o complanze.

MATERIALI E METODI

In questo studio sono stati presi in considerazione 218 pazienti operati di ernia inguinale e crurale presso la Clinica Chirurgica-ASUITS tra il 1 gennaio e il 31 dicembre 2017. Dopo aver dato il consenso informato al trattamento dei dati ed essere stati inclusi nello studio, i pazienti sono stati contattati per via telefonica e sottoposti al questionario validato COMI.

RISULTATI

Su 218 pazienti sono stati contattati telefonicamente 213 pazienti, in quanto 5 sono deceduti, e in totale 166 hanno risposto alle domande del questionario.

Analizzando la scala VAS del dolore utilizzando lo score categorico (0-2;3-5;6-9) si osserva come dopo l'intervento con utilizzo di protesi tension-free i pazienti riferiscano una netta diminuzione del dolore in sede inguinale. Nel periodo post-operatorio la qualità di vita è risultata essere buona o molto buona nel 96% dei casi, e il 73% dei pazienti è tornato a svolgere la normale attività quotidiana e lavorativa a 1-7 giorni dall'intervento.

Score VAS	Dolore	Pre-intervento	Post-intervento	p-value
0-2	Assente-Lieve	64	158	P<0.001*
3-5	Moderato-Forte	76	7	
6-9	Molto Forte	26	1	
	Totale	166	166	

L'86% dei pazienti che si sono sottoposti all'intervento non ha riportato alcuna complicanza.

Nei pazienti con ernia asintomatica (25) non c'è stata una differenza significativa del dolore in sede inguinale tra prima e dopo l'intervento, mentre nel 28% si è verificato un aumento del dolore dopo la riparazione.

CONCLUSIONI

Da questo studio si evince che i pazienti operati per ernia inguinale e crurale traggono grande giovamento dall'intervento di inguinoplastica, e sembrano apprezzare non solo l'outcome positivo dell'intervento, ma anche la qualità dell'assistenza medica e la rapida ripresa delle normali attività quotidiane. Nonostante la sostanziale benignità della patologia erniaria infatti, essa può condurre a un peggioramento della qualità della vita di chi ne soffre e portare a limitazioni notevoli, che influiscono sulla performance fisica e psichica dei pazienti. Si rende sempre più evidente quindi la necessità di creare un registro e impostare un follow-up strutturato che consenta allo staff medico di

seguire i pazienti nel tempo e di individuare e trattare eventuali recidive e complicanze. La presa in carico del paziente non influisce positivamente solo sul paziente stesso ma ha un peso rilevante anche sulla pratica clinica e chirurgica, come viene dimostrato in molti studi presenti in letteratura. Infine, è necessario tenere in considerazione e valutare attentamente la possibilità di una 'waiting strategy' (trattamento conservativo) per i pazienti con ernia asintomatica.

PILOT STUDY: FORMULATION OF A PREDICTIVE RISK SCORE FOR POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN POST-BARIATRIC SURGERY

Dr. Martin Iurilli

INTRODUCTION

Obesity is an increasingly emerging condition worldwide; it is present in all age groups. At the same time as obesity, also the bariatric and post-bariatric reconstructive surgery operations (body contouring) are increasing. Body contouring is a surgical technique with very high post-operative complication rates. For this reason, recently, some authors tried to identify the predictive factors for complications of post-bariatric surgery.

After an accurate analysis of the current literature, in order to prevent and reduce these complications, this study has set itself the goal of producing a hypothesis of a surgical risk score to be applied in the everyday pre-surgical clinical practice.

METHODS

In this retrospective study were included all patients who, in the Department of Plastic and Reconstructive Surgery (ASUIs, Trieste, Italy), from January 2014 to February

2018, underwent body contouring surgery. In particular, all the conditions prior to plastic surgery were analyzed, looking for potential predictors of complications.

RESULTS

In a sample of 30 patients, using Odds Ratio and consulting current literature, particular predictors of complications have been identified. All these factors have been used to propose a risk score hypothesis named "Body Contouring 19 Score", with a maximum of 19 points and a risk threshold of 7.5 points.

CONCLUSION

This risk score has been retrospectively applied to the same cohort of patients. It demonstrated valid predictive values. In fact, all patients with risk scores superior to 7.5 points (except for two false positives) encountered complications. Vice versa, no patient with a risk score lower than 7.5 had complications. Considering this a pilot study, further studies with more relevant samples, should be performed to confirm, modify or not confirm the results of the present study.

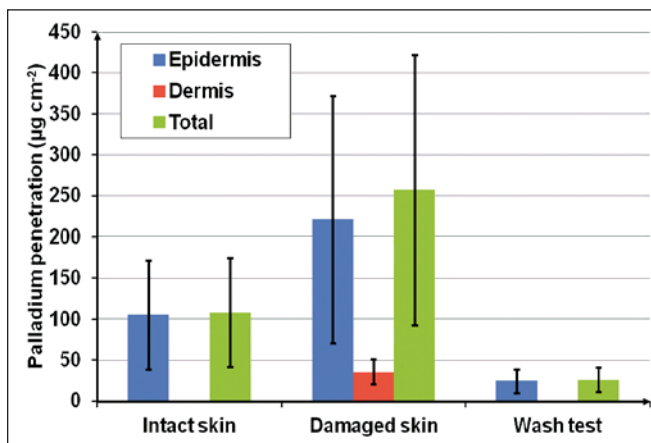
ASSORBIMENTO PERCUTANEO DI MICROPOLVERI DI PALLADIO: RISULTATI DI UNO STUDIO IN VITRO

Dr. Linda Piapan

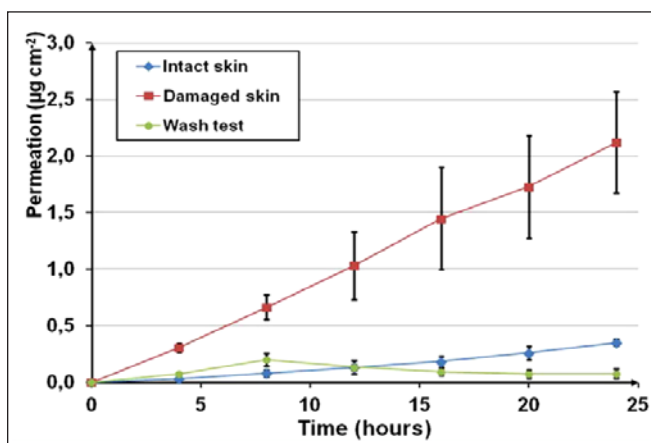
Il palladio (Pd) è un metallo nobile che appartiene agli elementi del gruppo del platino (PGE). Grazie alle sue preziosissime proprietà catalitiche, meccaniche ed ottiche, il palladio ha visto negli ultimi decenni una produzione e un impiego sempre più ampi. Sia la popolazione generale che quella lavo-

rativa possono essere esposte a questo metallo: attualmente l'uso del palladio metallico è molto comune nei moderni convertitori catalitici delle autovetture, nei gioielli "nichel free" e in molti materiali usati in ambito odontoiatrico. Il Pd agisce principalmente come sensibilizzante a livello cutaneo, pertanto nei soggetti suscettibili l'esposizione cutanea può provocare dermatiti allergiche da contatto (DAC). Inoltre, numerosi case reports riportano la formazione di granulomi simil-sarcoidei a seguito dell'utilizzo di piercing ed orecchini contenenti palladio. Infine, nonostante il meccanismo di tossicità non sia ancora totalmente chiaro, l'esposizione cutanea può rappresentare anche una via d'ingresso per la diffusione sistemica di questo metallo. Sono pochi i dati in letteratura riguardanti l'assorbimento del Pd attraverso la cute, pertanto questo lavoro di tesi si propone di valutare la permeazione e penetrazione cutanea *in vitro* di palladio sotto forma di micropolveri metalliche (APS 0.5-1.7 μm), dal momento che il numero di consumatori e lavoratori potenzialmente esposti a questo metallo è in aumento.

Usando il metodo *in vitro* delle celle di diffusione di Franz e campioni di cute umana crioconservati provenienti dalla Banca della Cute dell'Ospedale CTO di Torino, è stato valutato l'assorbimento di polvere fine di palladio attraverso cute umana integra e lesa, e l'effetto



della rapida decontaminazione usando un comune detergente. Sulla superficie esterna dei campioni di cute è stato applicato per 24 ore 1 mL di una sospensione di 2.5 g di polvere di palladio in 50 mL di sudore sintetico a pH 4.5. La capacità di permeazione del Pd, valutata mediante Spettrometro di Massa con sorgente al Plasma Induttivamente Accoppiato (ICP-MS), è risultata maggiore attraverso i campioni di cute lesa ($p = 0.03$). Sono stati calcolati un flusso di permeazione di $0.02 \pm 0.01 \mu\text{g cm}^{-2} \text{ h}^{-1}$ e un lag time di $6.00 \pm 3.95 \text{ h}$ attraverso i campioni di pelle integra e di $0.10 \pm 0.02 \mu\text{g cm}^{-2} \text{ h}^{-1}$ e $2.05 \pm 1.49 \text{ h}$ attraverso i campioni di



cute lesa. Il protocollo di abrasione cutanea, inoltre, ha determinato un incremento di penetrazione del Pd all'interno del derma ($p = 0.04$), rendendo così il metallo disponibile per l'assorbimento sistemico. La decontaminazione tempestiva (dopo 15 minuti dall'inizio dell'esposizione) con un comune detergente, invece, ha ridotto significativamente la penetrazione e permeazione cutanea del metallo.

Questo studio ha pertanto dimostrato che l'esposizione cutanea in un sistema *in vitro* alla polvere di palladio (APS di 0.5-1.7 μm) determina una permeazione e penetrazione di questo metallo attraverso la pelle sia integra che lesa e che una decontaminazione tempestiva della cute dopo che la pelle è stata imbrattata con le micropolveri di palladio può prevenire l'assorbimento percutaneo del metallo stesso. Circa l'effetto dei detergenti di uso comune sull'assorbimento percutaneo di sostanze chimiche gli studi in letteratura, però, sono discordanti. La pulizia con il detergente della cute contaminata dovrebbe rimuovere la maggior parte delle sostanze depositatesi, ma numerosi studi hanno dimostrato che essa può alterare la normale funzione di "barriera" della cute e determinare, di conseguenza, un aumento dell'assorbimento percutaneo di sostanze tossiche.

Pertanto, come principio precauzionale, è bene promuovere sempre una detergenza cutanea delicata in associazione ad una idratazione corretta e, in ogni caso, prevenire la contaminazione della cute quando si utilizzano sostanze potenzialmente nocive per la salute. Il rischio cutaneo correlato al palladio è un rischio concreto, per cui è necessario ridurre quanto più possibile l'esposizione cutanea a questo metallo che, alla luce del suo crescente impiego, si prefigura come l'allergene del XXI secolo.

VALUTAZIONE A LUNGO TERMINE DEI VIZI DI REFRAZIONE E DELLO STRABISMO NEI BAMBINI NATI PREMATURI

Dr. Boris Spessot

SCOPO DELLO STUDIO

Lo scopo di questo studio è valutare la prevalenza dei difetti di refrazione e delle alterazioni della motilità oculare nei bambini nati prematuri e cercare le eventuali relazioni tra il peso alla nascita, l'età gestazionale, la presenza e severità della retinopatia del prematuro (ROP) con l'equivalente sferico, il potere cilindrico e lo strabismo. Lo scopo ultimo è verificare l'appropriatezza dell'adozione del follow-up oftalmologico suggerito dalle linee guida dell'American Academy of Ophthalmology per l'identificazione e correzione dei difetti potenzialmente ambliopizzanti.

MATERIALI E METODI

Sono stati inclusi tutti i pazienti nati prima della 32^a settimana di gestazione (SG) e/o con peso alla nascita (PN) inferiore ai 1500 grammi sottoposti a valutazione ortottica e visita oculistica completa presso l'Ambulatorio Pediatrico della Clinica Oculistica di Udine tra gennaio 2011 e dicembre 2017. In totale sono stati esaminati 1024 occhi e prese in esame 512 visite oculistiche. I pazienti sono stati suddivisi in 3 gruppi in base all'età al momento della visita: 0-36 mesi (gruppo 1), 3-5 anni (gruppo 2) e >6 anni (gruppo 3). I pazienti di ogni gruppo di età sono stati poi suddivisi in 4 sottogruppi a seconda della presenza e della gravità della retinopatia del prematuro: pazienti non affetti da retinopatia del prematuro (NO-ROP), pazienti con retinopatia del prematuro regredita spontaneamente (R-ROP), pazienti sottoposti a

trattamento laser (L-ROP), e pazienti sottoposti a vitrectomia (V-ROP). La prevalenza dei difetti refrattivi è stata valutata facendo riferimento al numero degli occhi, mentre quella dello strabismo è stata calcolata sul numero dei pazienti. L'indice di Spearman è stato utilizzato per l'analisi statistica delle relazioni tra le variabili studiate.

RISULTATI

Nel gruppo 1 (0-36 mesi) la prevalenza di ipermetropia è del 28.3% (157/556 occhi), quella di miopia dell'11.7% (65/556 occhi), quella di astigmatismo del 30.6% (170/556 occhi). Lo strabismo è presente nel 9.3% dei pazienti (26/278 bambini). Nel sottogruppo di pazienti senza retinopatia del prematuro (NO-ROP) la prevalenza di ipermetropia è del 30.5% (116/384 occhi), di miopia del 7.9% (30/384 occhi), di astigmatismo del 28.16% (107/384 occhi), mentre lo strabismo è presente nel 5.8% (11/190 bambini) dei pazienti. Nel sottogruppo di pazienti con ROP regredita spontaneamente (R-ROP) la prevalenza di ipermetropia è del 25% (30/120 occhi), di miopia del 9.2% (11/120 occhi), di astigmatismo del 26.7% (32/120 occhi), mentre lo strabismo è presente nel 3.4% (2/59 bambini) dei pazienti. Nel sottogruppo di pazienti sottoposti a trattamento laser (L-ROP) la prevalenza di ipermetropia è del 22.5% (11/49 occhi), di miopia del 34.7% (17/49 occhi), di astigmatismo del 51% (25/49 occhi), mentre lo strabismo è presente nel 39.1% (9/23 bambini) dei pazienti. Nel sottogruppo di pazienti sottoposti a vitrectomia (V-ROP) non è presente ipermetropia, la prevalenza di miopia è del 100% (7/7 occhi), di astigmatismo dell'85.7% (6/7 occhi), mentre lo strabismo è presente nel 66.7% (4/6 bambini) dei pazienti. Nel gruppo 2 (3-5 anni) la prevalenza di ipermetropia è del 28.9% (93/322 occhi), quella

di miopia del 9.6% (31/322 occhi), quella di astigmatismo del 20.8% (67/322 occhi). Lo strabismo è presente nel 12.4% dei pazienti (20/161 bambini). Nel sottogruppo di pazienti senza retinopatia del prematuro (NO-ROP) la prevalenza di ipermetropia è del 26.4% (56/212 occhi), di miopia del 4.7% (10/212 occhi), di astigmatismo del 17.9% (38/212 occhi), mentre lo strabismo è presente nel 7.6% (8/106 bambini) dei pazienti. Nel sottogruppo di pazienti con ROP regredita spontaneamente (R-ROP) la prevalenza di ipermetropia è del 37.5% (27/72 occhi), di miopia del 5.6% (4/72 occhi), di astigmatismo del 12.5% (9/72 occhi), mentre lo strabismo è presente nel 2.9% (1/35 bambini) dei pazienti. Nel sottogruppo di pazienti sottoposti a trattamento laser (L-ROP) la prevalenza di ipermetropia è del 33.3% (10/30 occhi), di miopia del 30% (9/30 occhi), di astigmatismo del 50% (15/30 occhi), mentre lo strabismo è presente nel 50% (7/14 bambini) dei pazienti. Nel sottogruppo di pazienti sottoposti a vitrectomia (V-ROP) non è presente ipermetropia, la prevalenza di miopia è del 100% (8/8 occhi), di astigmatismo del 62.5% (5/8 occhi), mentre lo strabismo è presente nel 66.7% (4/6 bambini) dei pazienti. Nel gruppo 3 (>6 anni) la prevalenza di ipermetropia è del 40.4% (59/146 occhi), quella di miopia del 9.6% (14/146 occhi), quella di astigmatismo dell'11.6% (17/146 occhi). Lo strabismo è presente nel 9.6% pazienti (7/73 bambini). Nel sottogruppo di pazienti senza retinopatia del prematuro (NO-ROP) la prevalenza di ipermetropia è del 47% (47/100 occhi), di miopia del 5% (5/100 occhi), di astigmatismo del 15% (15/100 occhi), mentre lo strabismo è presente nel 12% (6/50 bambini) dei pazienti. Nel sottogruppo di pazienti con ROP regredita spontaneamente (R-ROP) la prevalenza di ipermetropia è del 27.5% (11/40 occhi), di miopia del 20% (8/40 occhi), di astigmatismo del 5% (2/40 occhi),

mentre lo strabismo è presente nel 5% (1/20 bambini) dei pazienti. Nel sottogruppo di pazienti sottoposti a trattamento laser (L-ROP) la prevalenza di ipermetropia è del 16.7% (1/6 occhi), di miopia del 16.7% (1/6 occhi), mentre non è stata riscontrata presenza di astigmatismo o strabismo. In questo gruppo di età non ci sono pazienti sottoposti a vitrectomia (V-ROP).

L'equivalente sferico è correlato negativamente con la presenza di retinopatia del prematuro (ROP) e la sua severità in tutti i gruppi di età e in modo statisticamente significativo ($p \leq 0.01$), positivamente con il peso neonatale e l'età gestazionale alla nascita, in modo significativo nei gruppi 1 e 2 (0-36 mesi e 3-5 anni) ($p < 0.05$) ma non significativo nel gruppo 3 (>6 anni) ($p = 0.165$ e $p = 0.394$). L'astigmatismo è correlato positivamente con la presenza di retinopatia del prematuro (ROP) e la sua severità nei gruppi 1 e 2 (0-36 mesi e 3-5 anni) e negativamente nel gruppo 3 (>6 anni) ($p < 0.05$). È stata evidenziata una correlazione negativa tra astigmatismo, peso neonatale ed età gestazionale alla nascita nei gruppi 1 e 2 (0-36 mesi e 3-5 anni) ($p < 0.05$) mentre nel gruppo 3 (>6 anni) è stata osservata una correlazione positiva e statisticamente significativa solo tra astigmatismo e peso alla nascita ($p < 0.05$). Lo strabismo è correlato positivamente con la ROP e la sua severità, negativamente con il peso e l'età gestazionale alla nascita in modo statisticamente significativo ($p < 0.01$) nei primi 2 gruppi (fino ai 5 anni), ma non nel terzo gruppo (>6 anni) ($p > 0.05$).

CONCLUSIONI

Da questa tesi si evince che nei bambini nati prematuri oggetto di studio la prevalenza di strabismo ed errori refrattivi, in particolare miopia e astigmatismo, è maggiore rispetto a quella descritta in letteratura nei bambini nati a termine, e correla con l'età gestaziona-

le, il peso alla nascita, la presenza e la gravità della retinopatia del prematuro. Questi dati concordano con quelli presenti in letteratura. Nella popolazione studiata è stato osservato inoltre che fino ai 6 anni di età la prevalenza di errori refrattivi e strabismo è simile tra i bambini prematuri senza storia di retinopatia del prematuro e quelli con retinopatia regredita spontaneamente. Questo suggerisce che la nascita prematura, anche in assenza di retinopatia della prematurità, sia un fattore predisponente allo sviluppo di difetti refrattivi e strabismo che richiede un programma mirato di screening e follow-up oculistico.

In conclusione riteniamo che tutti i bambini nati prematuri e con basso peso alla nascita necessitino di un programma di screening e follow-up oculistico più precoce e frequente rispetto ai bambini nati a termine, con tempistiche paragonabili a quelle adottate nei bambini che hanno presentato retinopatia della prematurità, come accade da anni presso l'Ambulatorio Pediatrico della Clinica Oculistica Universitaria di Udine.

STUDIO IN VITRO SU SUPERFICI RADICOLARI CONDIZIONATE: VALUTAZIONE DI BAGNABILITÀ, SMEAR LAYER E ADESIONE DEL COAGULO SANGUIGNO

Dr. Giulia Tacchino

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

Il condizionamento radicolare è una metodica utilizzata in chirurgia parodontale per promuovere la guarigione della ferita grazie a diversi fattori fra cui la rimozione dello *smear layer*, permettendo l'esposizione del substrato dentale e quindi della matrice collagenica.

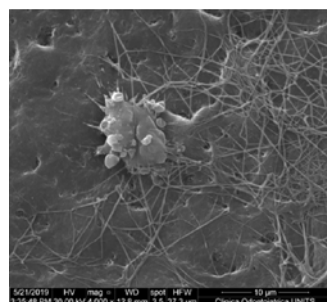
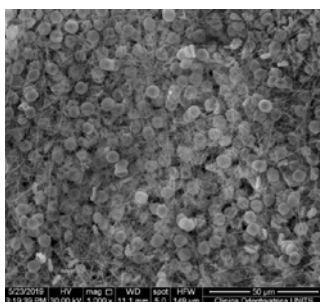
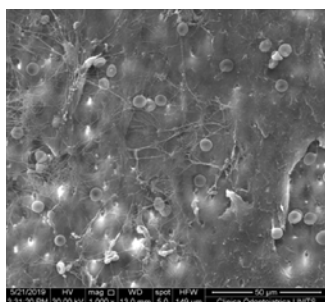
Ciò favorisce l'adesione della fibrina alle fibre collagene sulla radice dentale, facilitando la formazione di un attacco connettivale. Il presente studio sperimentale *in vitro* indaga l'efficacia di alcuni condizionanti radicolari, ipotizzando che il condizionamento modifichi la bagnabilità superficiale. È stata valutata l'efficacia dei condizionanti nella rimozione dello *smear layer* prodotto dalla strumentazione radicolare con curette e nel promuovere la formazione e l'adesione del coagulo sanguigno su superfici radicolari condizionate.

MATERIALI E METODI

Previa approvazione del Comitato Etico,

RISULTATI E CONCLUSIONI

Pur con i limiti di uno studio *in vitro*, il condizionamento radicolare si è dimostrato efficace nel rimuovere, seppur talvolta parzialmente, lo *smear layer*. Il condizionamento della superficie radicolare modifica la bagnabilità superficiale e favorisce la formazione e l'adesione del coagulo sanguigno, anche in presenza di forze tensili: i campioni del gruppo controllo, infatti, mostrano un distacco del coagulo se sottoposti a forze oscillanti. La formulazione gel, infine, permette un adeguato controllo della deposizione del condizionante sul sito desiderato, ma i suoi residui devono essere lavati accuratamente in quanto l'EDTA rimasto sulla superficie può inibire il processo coagulativo.



sono stati preparati 90 campioni attraverso sezione al microtomo di elementi dentari estratti per motivi parodontali. I campioni sono stati valutati al microscopio ottico indagando la bagnabilità superficiale prima e dopo il condizionamento radicolare con soluzione fisiologica (gruppo controllo), acido citrico ed EDTA in soluzione acquosa e formulazione gel. L'analisi al microscopio elettronico a scansione (SEM) ha permesso di valutare il substrato dentale indagando la rimozione dello *smear layer* e la ricopertura del campione da parte del coagulo sanguigno, in presenza e in assenza di forze tensili simulate da una piastra oscillante, ricreando le tensioni di un lembo suturato.

A MAGNETIC RESONANCE IMAGING-BASED STUDY ON PUNCTATE WHITE MATTER LESIONS (PWML) IN PRETERM INFANTS AND THEIR CORRELATION WITH BRAIN VOLUMES

Dr. Carolina Varotto

Ci sono stati dei complessivi miglioramenti nel supporto intensivo neonatale, i quali hanno portato ad un aumento generale della sopravvivenza dei bambini nati pretermine. Tuttavia, la percentuale di disabilità di questi neonati a lungo termine è rimasta fissa al 10%.

Source	Dependent Variable	df	F	Sig.
GA	Frontal	1	3.248	.075
	Parietal	1	4.211	.044
	Occipital	1	2.867	.094
	Temporal	1	2.640	.108
PMA	Frontal	1	55.555	.000
	Parietal	1	57.787	.000
	Occipital	1	50.796	.000
	Temporal	1	59.082	.000
BW	Frontal	1	14.475	.000
	Parietal	1	16.992	.000
	Occipital	1	11.715	.001
	Temporal	1	16.022	.000
Gender	Frontal	1	18.301	.000
	Parietal	1	7.091	.009
	Occipital	1	10.812	.002
	Temporal	1	20.518	.000
Overall PWML	Frontal	1	.052	.820
	Parietal	1	.066	.797
	Occipital	1	.349	.556
	Temporal	1	.425	.516

Il danno cerebrale, come anche la compromissione dello sviluppo neurologico, rappresenta un problema consistente nel pretermine. I tipi di danno cerebrale con le loro manifestazioni coprono un ampio spettro di possibilità, non solo rappresentate dalla paralisi cerebrale ma anche date da altre manifestazioni cliniche quali alterazioni del comportamento.

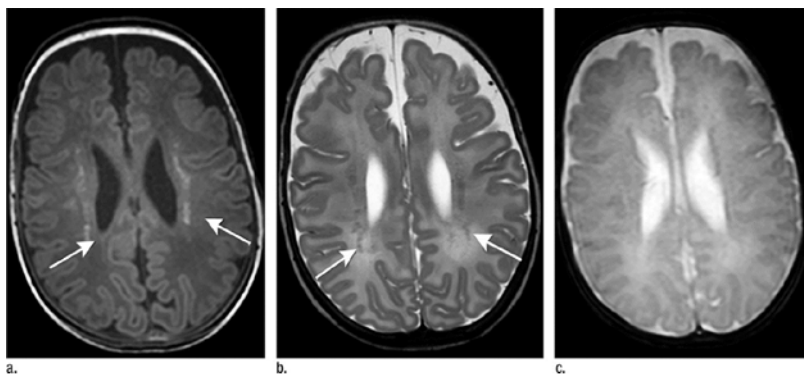
Ultimamente, l'uso più diffuso della risonanza magnetica ha posto l'attenzione su lesioni quali le lesioni puntate della sostanza bianca (PWML), le quali sono lesioni non cistiche della sostanza bianca e rappresentano dei reperti più subdoli e diffusi, molto variabili sia dal punto di vista delle regioni cerebrali in cui si trovano, sia dal punto di vista dell'effetto che possono avere sull'anatomia cerebrale e l'outcome neurologico.

Abbiamo studiato 307 risonanze magnetiche di neonati pretermine dalle 24 alle 33 settimane di gestazione che sono stati sottoposti ad uno scan a termine.

Di questi, 83 mostravano lesioni puntate allo scan a termine. Abbiamo estratto, per ogni neonato, i volumi totali delle lesioni puntate e correlato con i volumi cerebrali frontali, parietali, temporali ed occipitali per valutare se il volume di queste lesioni potesse avere un impatto sui volumi cerebrali.

Nessuna correlazione significativa è stata evi-

denziata nell'analisi statistica, quindi possiamo affermare che, almeno nelle prime fasi dello sviluppo neurologico, la quantità di lesioni puntate presenti a livello della sostanza bianca non influisce sui volumi cerebrali.



Adapted from "Clinical Implications of MR Imaging Findings in the White Matter in Very Preterm Infants: A 2-year Follow-up Study" - de Bruine

**LA DECITABINA NELLA TERAPIA
DELLA LEUCEMIA ACUTA
NELL'ANZIANO:
ASPETTI CLINICI, CROMOSOMICI
E MOLECOLARI**

Dr. Marco Zubiz

La leucemia acuta mieloide è data da alterazione nei processi di differenziazione e proliferazione delle cellule staminali emopoietiche e delle linee da esse derivanti, tipica dell'anziano, con una mediana di esordio di 70 anni, e decorso altamente aggressivo se non trattata. Presenta una spiccata eterogeneità clinica, cromosomica e molecolare. Attualmente nell'iter diagnostico è necessario includere metodiche di ultima generazione come la Next Generation Sequencing per analizzare il genoma e le mutazioni geniche e molecolari di ogni singolo paziente, al fine di impostare una corretta terapia. La terapia convenzionale, risalente ancora agli anni '70, prevede una fase di induzione, consolidamento ed eventuale trapianto allogenico di midollo osseo, che però necessitano di una chemioterapia ad alte dosi per mandare il paziente in aplasia midollare, e sono accompagnate da una severa e prolungata pancitopenia. Il paziente anziano di conseguenza non vi può accedere per l'alto rischio di mortalità connesso con la terapia stessa: in questi casi si può ricorrere a farmaci epigenetici, come Decitabina e Azacitidina, che hanno un'azione demetilante e a livello di isole CpG, ovvero sequenze di citosina e guanina che precedono geni Housekeepers, fondamentali per il corretto funzionamento del ciclo cellulare, e che in questi pazienti sono fortemente metilate, ovvero silenziate da un punto di vista trascrizionale. Questo meccanismo è considerato uno dei meccanismi chiave nella leucemogenesi, anche se non l'unico.

Sono stati presi in esame nello studio 21 pazienti con LAM, afferenti al centro di Trieste, con età media e mediana alla diagnosi di 75 anni, cui è stata somministrata decitabina ev al dosaggio di 20 mg/m². Questi pazienti presentavano una gamma estremamente variabile di sintomi all'esordio, da asintomatici al coma, con emocromo e conta dei blasti nel sangue periferico anche estremamente variabile. È stato valutato il sottotipo FAB, calcolato il CCI, valutato il cariotipo, e compiute indagini molecolari. Circa il 30% dei pazienti non hanno risposto alla terapia, con sopravvivenza inferiore ai 30 giorni (range 2-23), mentre il 70% era responsivo con una sopravvivenza molto migliore (range 124-610 giorni). È stato osservato che il cariotipo non influenza la prognosi nei pazienti anziani con terapia demetilante: dei 6 pazienti non responsivi 4 avevano un cariotipo normale mentre uno dei responsivi aveva un cariotipo supercomplesso.

Un grande vantaggio della terapia è stato di poter trattare ambulatorialmente e dimettere questo tipo di pazienti, non possibile fino a poco tempo fa.

Un punto di debolezza invece è rappresentata dal ritardo con cui arrivano i risultati molecolari, che attualmente devono essere condotti in pochi centri specializzati, e che vanno a modificare la prognosi grazie alla disponibilità di nuovi farmaci a bersaglio molecolare, in aggiunta ai demetilanti. La prognosi delle LAM rimane ancora pessima nei pazienti oltre i 65 anni, una parte di essi (70%) può beneficiare del trattamento con demetilanti e controlla temporaneamente la malattia che però poi si ripresenta in tutta la sua gravità. In futuro, dotando i centri ematologici di nuove tecnologie per disporre di risultati molecolari in poche ore, si potranno allestire terapie personalizzate per ogni paziente.

Sommario

<i>Editoriale del Presidente dell'Ordine</i>	1
<i>Editoriale del Presidente la Commissione CAO</i>	3
<i>Assemblea ordinaria annuale</i>	5
<i>In copertina</i>	6
<i>L'arca di Noé: una splendida metafora</i>	9
<i>Abstract delle tesi di laurea</i>	
<i>Dr. Vincenzo Barbato</i>	13
<i>Dr. Lisa Celante</i>	14
<i>Dr. Anastasia Chernykh</i>	15
<i>Dr. Alessia Cossi</i>	18
<i>Dr. Stefano Giurissa</i>	20
<i>Dr. Caterina Godina</i>	26
<i>Dr. Martin Iurilli</i>	27
<i>Dr. Linda Piapan</i>	27
<i>Dr. Boris Spessot</i>	29
<i>Dr. Giulia Tacchino</i>	31
<i>Dr. Carolina Varotto</i>	32
<i>Dr. Marco Zubiz</i>	34

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

Dicembre 2019

copia omaggio

anno 19 n. 1

n. 300 del Registro dei Periodici
iscritto al Tribunale di Gorizia

Periodico 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.

