

Bollettino n. 1/2013

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

**ATTENZIONE!!!
CONTIENE INVITO ALL'ASSEMBLEA
ANNUALE DEGLI ISCRITTI 2013**



Editoriali dei presidenti



Un solo numero del Bollettino quest'anno.

La riduzione dalla comunicazione stampata è motivata soprattutto dalla quindicinale newsletter dell'Ordine, che si è dimostrata ben accetta dai Colleghi iscritti. Diffonde notizie recenti e immediate e se non vi arriva è solo perché non avete ancora comunicato la vostra mail alla segreteria dell'Ordine.

Questo numero del Bollettino è dedicato soprattutto ai giovani: agli abstracts delle tesi di laurea di quelli che numerosi si sono iscritti quest'anno, alle esperienze di un giovane medico all'estero, ad una giovane Slow Medicine.

Aria fresca in un vivere ovattato, pervaso dalla demotivazione che sta coinvolgendo un po' tutti noi. Il momento non è dei migliori.

Anche l'immagine della scultura in copertina vuole essere un messaggio di speranza.

Una figura umana, elegante e leggera, cammina verso la luce, lasciando impronte nella sabbia melmosa. Non è appesantita nemmeno dalla gabbia che trasporta, perché la struttura è sottile. La foto non evidenzia una porticina che nasce sul davanti, aperta verso la luce. Che possa essere di buon auspicio.

Ricordo che il Bollettino contiene anche l'invito all'Assemblea annuale degli iscritti.

Per gli auguri delle prossime festività spero di incontrarvi personalmente nella restaurata sede del nostro Ordine.

A presto!

Roberta Chersevani



L'incertezza del momento storico attuale è una costante nelle argomentazioni a diversi livelli. Ma una certezza abbiamo: non finirà a breve.

Gli obiettivi posti dall'OMS per l'anno 2010 in merito alla prevenzione della patologia cariosa in età pediatrica che prevedevano la tendenza a zero dell'incidenza della carie, sono stati ampiamente disattesi.

È evidente che l'incidenza della patologia cariosa in età pediatrica è strettamente correlata a problemi di tipo socio-economico.

L'acuirsi della sofferenza economica in uno strato sempre più ampio di popolazione si sta abbattendo con violenza sui bambini compromettendone nella peggiore delle ipotesi la salute e lo sviluppo. È quanto è emerso da un'analisi recentemente presentata nell'ambito della rassegna Trieste Next 2013. In Italia negli ultimi anni la percentuale di famiglie con minori a carico in condizioni di povertà è cresciuta dal 2,8% al 18%. La stessa analisi evidenzia inoltre come solo Bulgaria e Romania accusino una povertà infantile più grave della nostra. Ne derivano conseguenze di ordine materiale e non, come la riduzione degli alimenti di qualità con correlata obesità infantile da cibo spazzatura che spesso è anche cariogeno. Si aggiungono poi le problematiche stress - correlate con un aumento della conflittualità all'interno della famiglia.

In questo contesto socio-economico è altamente probabile che la prevenzione primaria sarà ampiamente disattesa, probabilmente anche la cura della patologia.

Ad un aumento di incidenza di patologia cariosa, il sistema sanitario nazionale sarà sempre più in difficoltà nell'offrire una risposta adeguata, quando già attualmente non è in grado di fornire un'assistenza odontoiatrica completa alla popolazione infantile così come previsto dai LEA. Possiamo auspicare nel miglior utilizzo delle risorse, non certo in un aumento.

Ben vengano pertanto le iniziative su base volontaria e istituzionale atte a promuovere la prevenzione primaria delle patologie orali a qualsiasi livello.

Credo inoltre che si possa iniziare a pensare ad una figura di odontoiatra che per quanto libero professionale, si ponga come "di fiducia", promuovendo una prevenzione che si estenda alla famiglia, nell'ambito di un rapporto fiduciario con il proprio assistito.

È evidente che questa relazione medico-paziente non è ipotizzabile in un contesto che prevede una mera esecuzione di una prestazione odontoiatrica, magari regolata da un timer.



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



ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE 2013

A norma dell'art. 23 e seguenti del D.P.R. 5 aprile 1950 n. 221 in prima convocazione
venerdì 13 dicembre 2013 alle ore 23.00
presso la sede dell'Ordine in via Brigata Casale 19/b, Gorizia

e in seconda convocazione

**Sabato 14 DICEMBRE 2013 alle ore 9.00
presso la Sala Della Torre – Fondazione CARIGO
Via Carducci, 2 Gorizia**

Ordine del giorno:

1. Relazione del Tesoriere e dei Revisori dei Conti
2. Esame ed approvazione del Bilancio Consuntivo 2012
3. Esame ed approvazione del Bilancio Preventivo 2014

Seguirà il Convegno: "Medici ed Odontoiatri: quale previdenza?" che vedrà Relatori il Dr Alberto OLIVETI, Presidente ENPAM, ed il Dr Claudio TESTUZZA Medico-Pubblicista esperto in materia previdenziale.

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

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 2014 è a disposizione dei Colleghi presso gli Uffici dell'Ordine (temporaneamente in via 9 Agosto 6/a – Gorizia).

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 13/12/2013 (prima convocazione) e del 14/12/2013 (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.

Il nostro mestiere di medico è anche strumento di altri, e questi altri sono i pazienti. E in queste nobili "istruzioni per l'uso" è raccolto il vero significato di essere medico, ieri, oggi e per sempre.

Il mestiere di medico: istruzioni per l'uso

FRANCO PANIZON

Professore Emerito, Dipartimento di Scienze della Riproduzione e dello Sviluppo, Università di Trieste

Tratto da: F. Panizon. IL MESTIERE DI MEDICO: ISTRUZIONI PER L'USO. Medico e Bambino 2012;31:567-569

http://www.medicoebambino.com/?id=1209_567.pdf

Nelle mie peregrinazioni ferroviarie, all'edicola della Stazione di Milano, ho adocchiato e comprato un libro (Laterza) dal titolo *Il nostro cervello. Come funziona e come usarlo* (il titolo originale, più serio, era *An introduction to psychology of the human brain and behaviour*, ma probabilmente l'editore pensava che non fosse un buon titolo per vendere). Il motivo dell'acquisto era in realtà la mia recente, infantile, insensata e sfrenata passione per il funzionamento del cervello, non il desiderio di conoscerne le istruzioni d'uso, di cui magari avrei avuto bisogno troppo tempo fa. Ma la buffa proposta di associare queste istruzioni al nobile e gratuito esercizio dell'esplorazione della mente aveva squilibrato il mio asse, e mi costringeva ad annaspare per ritrovare l'equilibrio.

La faccenda era ambigua; bisognava cercare di darle un ordine. L'idea di un manuale di istruzioni presuppone l'idea di uno strumento. E l'idea di uno strumento presuppone l'idea di uno scopo. Il nostro cervello, come d'altronde tut-to il nostro corpo, lo adoperiamo senza bisogno delle istruzioni. Per forza; siamo noi, noi stessi. Il mio cervello è il mio io, e il mio corpo è io. Possiamo davvero imparare a usarci? Possiamo considerarci strumento di noi stessi? Stranamente la risposta è sì, almeno per quel che riguarda il corpo: possiamo coltivare e sviluppare delle attività, mantenerle in esercizio, allenarci. E per la

mente? Cioè per la parte più "nostra" di noi stessi? Qui sono meno sicuro: quale parte del cervello potrà comandare a quale altra parte di fare qualcosa? Tuttavia, anche qui, il mio indifendibile pensiero è che qualcosa sia possibile: se non altro perché abbiamo due emisferi non perfettamente accordati tra di loro, e possiamo immaginare che una parte "volendo" (o senza volere?) comandi qualcosa a quell'altra.

Il problema mantiene la sua ambiguità se applicato alla vita. La vita è uno strumento (se sì, deve avere uno scopo: per testimoniare la gloria del Signore, oppure per essere di aiuto al resto dell'umanità), oppure ha in sé il suo fine? Più facilmente nel primo caso, più difficilmente nel secondo, si potrà pensare a istruzioni per l'uso. Non vorrei, ma mi tocca parlare di medicina. La medicina, il nostro mestiere, è evidentemente uno strumento. Apparentemente il suo scopo è facile da identificare: produrre salute, guarire dalla malattia, prevenire le malattie. Ma non è il solo scopo. Uno scopo, non ignobile, è quello di dare un senso alla propria vita (*vedi sopra*). Un altro scopo, elementare, è, per il dottore, guadagnarsi da vivere. Qualche volta è anche guadagnare molto, magari troppo; oppure guadagnare potere (qui i confini tra il giusto e l'ingiusto sono incerti). Tutto questo, beninteso, finché siamo noi a usare il *nostro* mestiere come *nostro* strumento.



Ma il nostro mestiere (e noi con lui) è anche strumento di altri. Questi altri sono i pazienti, che ci adoperano per tenere in ordine la propria salute (e fin qui va bene), ma anche per utilizzare le proprie malattie (indennizzi) o le non malattie (certificati). Ma poi ci sono i signori della medicina (i “padroni del vapore”) che ci usano per propri scopi, buoni o cattivi, che possono essere la politica della salute (che siano tutti sani) oppure la politica del profitto (che ci siano molti malati, o che molti si credano tali, e che vengano tutti nell’azienda, pubblica o privata, in cui lavoriamo; oppure che quel farmaco, o quel latte, o quel vaccino che quelle date case producono siano prescritti da più medici possibili a più soggetti possibili; e così via): le variabili sono molte e le istruzioni per l’uso non saranno identiche nei diversi casi. Parleremo, però, per pudore, soltanto di noi; e di noi che usiamo il nostro mestiere (e noi stessi) per capire e curare le malattie, o per produrre salute; e, se volete, ancora di noi che cerchiamo di tenerci stretti al nostro mestiere e di non diventare (o non diventare troppo insopportabilmente) strumento in mano ad altri. Posso cercare, approfittando della mia età, di dare delle istruzioni molto generali, per l’uso; per questo uso specifico. Come le istruzioni per vivere che il Signore ha dato a Mosè, per il suo popolo, sarebbe bene che anche queste non eccedessero le dieci. Ma io sono meno bravo del Signore, e per farne 10 ho dovuto fare un trucchetto (*vedi oltre*).

1. Non badare ad altro, se non al miglior uso delle risorse per la soluzione dei problemi dei pazienti.

In questo primo precetto, apparentemente banale, è contenuta la mia cronica indignazione per alcuni diversi ti-pi di comportamento, frutto di alcuni morbi imparentati tra loro: il morbo aziendalistico (il più diffuso e il più grave di tutti), il morbo del sequestro

di persona (il più abietto), il morbo della concorrenza meschina. Il primo tipo di comportamento è quello di chi, per obbedire alle prescrizioni deviate e devianti che derivano dal principio dell’aziendalismo, ricovera chi non deve essere ricoverato, cura in Day Hospital il bambino da ambulatorio, cura in reparto il bambino da Day Hospital. Il se-condo è quello di chi trattiene, per sé o per il proprio Ospedale, il bambino che sarebbe ragionevole trasferire. Il terzo è quello di chi disapprova per abitudine il comportamento di altri e di chi invia lontano piuttosto che inviare vicino (è meglio mandare un paziente in Francia, o a Milano, o a Roma, piuttosto che all’Ospedale della tua città o al Centro di riferimento della tua Regione, che potrebbero comunque costituire confronto e concorrenza).

2. Fai per i tuoi pazienti le stesse scelte che faresti per i tuoi familiari.

Questo vuol dire tante cose, ma prima di tutto vuol dire un dimezzamento dell’impiego di farmaci, di ospedalizzazione e di ogni altra prestazione. È stato infatti dimostrato che i familiari dei medici, in tutte le parti del mondo, subiscono circa la metà degli interventi medici o chirurgici che subiscono i comuni mortali.

3. Aggiornati, ma non troppo.

Sebbene la curiosità, e qualche volta la noia, e qualche volta il bisogno di apparire, spingano a cercare o a seguire l’ultima novità, è quasi sempre meglio restare alla penultima. La maggior parte delle novità sono delle false novità, e non resisteranno al tempo. Nella costruzione della tua cultura, cerca di essere attivo, di sforzarti di non lasciare buchi e incertezze nelle conoscenze che riguardano i problemi di fronte ai quali ti trovi o ti puoi ragionevolmente trovare,

e che costituiscono la trama del tuo sapere vero, piuttosto che accatastare notizie. È bene avere un occhio anche al di là del quotidiano, ma tieni in mente che non si può sapere tutto di tutto. E, naturalmente, non credere a tutto quello che ti raccontano. Chiunque ti racconti qualcosa, ha il suo interesse, magari (*magari!*) soltanto intellettuale.

4. Di fronte a un bambino e a un problema nuovo, scegli un approccio mirato per problemi.

Non è sempre necessario informarsi di tutto (nefasta l'anamnesi secondo un questionario standard); è invece importante informarsi bene delle cose che hanno attinenza (o probabile, o possibile attinenza) col quesito da risolvere. L'anamnesi raccontata dai genitori va lasciata scorrere, va seguita con attenzione, e va "modificata" (integrata, precisata, ridimensionata) con le domande giuste. Per gli esami (*vedi sotto*) chiedi quelli mirati a risolvere i problemi, sulla base delle tue ipotesi diagnostiche (in genere 3 ipotesi - numero magico, come il 10 - bastano, almeno in prima battuta; e tante volte si fa fatica a metterle assieme).

4 bis (NB. È il trucchetto per restare nei 10). Usa pochi esami, scegli bene e conoscine a fondo il significato e le possibilità.

È una conseguenza diretta del quarto comandamento, e ne fa parte (trucchetto). Usa gli esami che possono dare una risposta ai problemi che *tu* hai posto; dunque cerca di avere ben chiare le ipotesi diagnostiche. Nella pratica ambulatoriale ricorda che l'emocromo ("tutta l'ematologia nell'emocromo", "quasi tutta l'infettivologia nell'emocromo"), gli indici infiammatori (malattia/non malattia, tipo di malattia, entità della flogosi), l'esame delle urine ("tutta la nefrologia nell'esame delle urine"),

le transaminasi ("tutte le lesioni d'organo nelle transaminasi"), e in più, per situazioni già particolari, gli ANA e gli EMA dicono, da soli, quasi tutto quello che c'è da dire, nella grandissima maggioranza dei casi. Ancora in ambulatorio, cerca di non chiedere esami che non servono al malato (la ricerca virologica, il TAS, gli AGA, gli anticorpi anti-*Helicobacter pylori*, gli elettroliti, il complemento, le sottopopolazioni linfocitarie, i RAST, le IgE totali e anche le altre Ig, gli anticorpi anti-latte, la sideremia non servono praticamente mai).

5. Usa pochi farmaci e conoscili bene.

È naturale che l'industria proponga diversi tipi di farmaci per le stesse condizioni (*me-too*), ma questo confonde sia il medico che il paziente; farmaci con differenze di efficacia minime, ma con differenze consistenti di eccipienti, confezioni, costo. È anche naturale che l'industria proponga molecole nuove per risolvere problemi già risolti da molecole precedenti. È il caso della terapia antibiotica, che si trova forse di fronte ogni giorno a nuovi problemi veri per ciò che riguarda le infezioni contratte in strutture ospedaliere, ma anche a nuovi problemi finti per ciò che riguarda le infezioni contratte in comunità. Qui il meglio è nemico del bene; e certamente i nuovi antibiotici, in teoria non peggiori dei vecchi, ma molto più costosi e "forzati" nelle loro prestazioni per potersi presentare decentemente sul mercato (prescrizione monodose, fantasmi di resistenza), costituiscono un passo indietro.

6. Affidati ai protocolli.

I protocolli sono di per sé delle "istruzioni per l'uso", e su questo aspetto ci fermeremo un po' di più. Anche questo è un problema di conoscenza. Ci sono protocolli che usi continuamente (e che in qualche modo devi avere introiettato), confrontandoti con protocolli che ti sono stati proposti, pronto

a cambiare quando le conoscenze su quel problema saranno cambiate. Ci sono protocolli per problemi rari, e qui ti conviene affidarti all'esperienza di altri, oppure affidare direttamente il bambino. Il nostro mestiere è quasi la nostra vita. Questo mestiere, abbiamo dovuto e dobbiamo impararlo. Prima di noi molti uomini si sono accaniti a trovare il significato dei sintomi e dei segni, l'efficacia e il pericolo dei farmaci, la diffusione delle malattie, le vie della circolazione del sangue, le leggi della moltiplicazione cellulare. Hanno scritto quello che avevano imparato; e noi ci siamo formati sui libri che avevano scritto. Poi abbiamo messo in atto quello che avevamo imparato, dapprima sotto tutela, poi sempre più liberi. Tanto liberi, a volte, che ogni tanto ci sembra di non dover più ascoltare nessuno, che non ci siano regole a cui obbedire, che le regole siano impacci fastidiosi.

In realtà le regole ci sono sempre. Anche se non volessimo accettare le regole che altri (molti altri, sulla base di pensieri e poi di esperienze oggettive, collaborative, e continuamente testate) ci propongono, delle regole le seguiamo sempre.

Se uno ha la tonsillite, gli facciamo il tampone, e se il tampone è positivo, gli facciamo la penicillina. Se uno ha febbre, confusione, proteina C aumentata e rigidità nucale, gli facciamo la lombare. Se uno ha la diarrea, gli diamo da bere la soluzione glucosalina, e stiamo a vedere. Se uno ha febbre senza altri segni, guardiamo le urine, e se ci sono leucociti, cerchiamo i batteri, e se li troviamo diamo un antibiotico, e alla fine di tutto, facciamo un'ecografia renale. Queste regole, le chiamiamo protocolli; ma è una parola che dà fastidio, e allora li chiamiamo algoritmi, o più ipocritamente, linee guida. Anche così, si sa bene che pochi seguono le linee guida, perché le hanno scritte gli altri, e ciascuno vuole "pensare con la sua testa".

I protocolli sono le "istruzioni per l'uso" della

quotidianità, ricette di cucina (così qualcuno li chiama con dispregio), che contengono tutto il sapere che c'è su quella cosa, ridotto in poche righe, in pillole.

NB. Anche le ricette di cucina, l'espressione minimale delle "istruzioni per l'uso", con le quali non si sbaglia mai (o quasi), contengono un lunghissimo sapere dell'uomo, assai più lungo rispetto al sapere medico; degli uomini che assaggiavano i frutti, le bacche e i funghi per imparare se erano velenosi, che scoprivano i miracoli del fuoco, gli effetti della bollitura e della cottura allo spiedo, il seme, il sale, il miele, la fermentazione, la salvia, la frollatura, che imparavano a conservare, a insaporire, a correggere. E poi tutto in una paginetta di istruzioni per l'uso che riassume diecimila anni di storia, e che nessun cuoco si sogna di disprezzare; al massimo di migliorare.

Queste regole cambiano in continuazione; e oggi più in fretta che mai, sia perché cambia il panorama delle malattie sia perché crescono le conoscenze. Le regole dunque sono vive; e seguirne l'evoluzione vuol dire mantenere in vita il nostro mestiere.

7. Usa te stesso e i tuoi stessi interventi, come strumenti per comprendere il malato e la malattia.

Una volta che ti sei inserito nella storia della malattia, tu stesso ne fai parte. Detto più semplicemente, sappi usare le prescrizioni *anche* come *ex nocentibus* o *ex jvantibus*: una febbre che risponde perfettamente al paracetamolo è una febbre senza flogosi (virale); una tonsillite che non risponde alla penicillina non è streptococcica; un eczema del lattante, o un regurgito, che risponde alla dieta è da ipersensibilità al latte. Banalità; ma la storia potrebbe essere molto più lunga, articolata e complessa di questi miei poveri esempi.

8. Scrivi. Alla fine di una visita, o di un'anamnesi, o al momento della dimissione, cerca di scrivere qualcosa che somigli a una relazione clinica e, se appena ne vale la pena, la relazione clinica.

La scrittura è un modo di costringerti alla coerenza, cioè di costringerti a ragionare. Sullo scritto, ti puoi confrontare col malato: ho descritto bene i sintomi e la storia? Ho preso delle decisioni coerenti, accettabili, comprensibili? Un altro medico che leggesse la relazione che ho fatto potrebbe capire il mio iter mentale, anche se non lo dovesse condividere?

9. Quando sei entrato nella vita di un malato, non lasciarlo a se stesso; dagli sempre la tua disponibilità, anche (o specialmente) al telefono.

Molti fallimenti del rapporto medico/paziente, ma anche della gestione di una malattia, breve o lunga, dipendono dalla sensazione di isolamento in cui si trova il paziente se le cose non vanno come pensavi che dovessero andare.

10. Cerca di modificare positivamente l'ambiente professionale nel quale operi.

Questo è sempre possibile, un po' più o un po' meno, perché ciascuno ha in mano un pezzo di potere. Questa non è solo un'esigenza etica, o di civiltà, ma è anche un'esigenza professionale e anche esistenziale. Questo precetto vuol dire tante cose: avviare rapporti di conoscenza reciproca e di collaborazione tra il medico di famiglia e l'ospedale territoriale; mantenere rapporti di collaborazione e di informazione tra l'ospedale territoriale e quello regionale e/o la sede universitaria. Sono tutte culture e funzioni che si completano a vicenda; sono strutture non in concorrenza ma di servizio. I protocolli hanno molto a che fare con

questo: avere dei protocolli che tutti, in una certa Regione, seguono, vuol dire eliminare confusione, cattiva concorrenza, contestazioni. Costruire una fiducia reciproca (il PdF sappia che l'Ospedale lo potrà aiutare, con e senza ricovero, e che si rivolgerà a lui per informarlo, per essere informato, per collaborare; l'Ospedale sappia che il PdF non lo snobberà, mandando i suoi pazienti difficili in sedi lontane; l'Ospedale piccolo sappia che l'Ospedale grande non gli ruberà il malato; e così via).

PS. Ci sarebbe un'undicesima raccomandazione, l'undicesimo comandamento, che però è un corollario del decimo, e che vale per tutti gli uomini, ma specialmente per i medici e specialmente per i pediatri: guardare in là, quanto più in là possibile (ma non tanto in là da tradire il mestiere). Non pensare solo all'oggi del tuo paziente; pensa, quando puoi, al suo domani (educazione, dieta, scolarità, rinforzo delle buone abitudini e dei buoni sentimenti, prevenzione "vera" ma non ossessiva, nutrizione, attività, socialità); non pensare solo ai tuoi pazienti, ma pensa anche, senza farti accorgere, a tutti i pazienti (uso delle risorse, produzione di un pensiero collettivo); non pensare solo ai presenti, ma pensa anche ai lontani e ai futuri (inquinamento, disparità, prevaricazione, conflitti); ricorda che anche tu, come ciascuno (ma i dottori più di altri, e i pediatri forse più degli altri dottori), ha una minima, ma significativa responsabilità nello scrivere la cultura del nostro tempo e fa parte, quindi, della storia del mondo. Questo è il compito "politico" del nostro mestiere: ma non è separato dal singolo atto diagnostico, terapeutico, di sostegno. Ne è parte, ma come *by product*; ed è conseguenza e supporto della qualità del lavoro.



Cosa deve fare il medico in caso di denuncia

Adriano Fileni (Radiologo e Medico Legale)

In Italia, a differenza di molti altri paesi, il medico può essere denunciato in sede Civile o Penale.

Analizziamo separatamente i due aspetti.

La sede civile ha la finalità di ottenere un risarcimento economico nel caso sia accertato un danno subito dal paziente in relazione a colpa del medico o della struttura sanitaria ove si è svolta la prestazione.

Il paziente, tramite un avvocato, preannuncia l'inizio di una azione civile di risarcimento con una lettera di "messa in mora" con la quale preannuncia una azione di rivalsa per un danno subito. Tale lettera può essere inviata alla Struttura ospedaliera, al medico o ad entrambi; è estremamente importante perché dalla data di ricezione di tale lettera iniziano i tempi del contenzioso. Ricevuta tale lettera è compito del medico, e della struttura ospedaliera, comunicare entri i termini di "apertura sinistro" alle rispettive Assicurazioni, tale richiesta.

Successivamente l'avvocato del paziente provvederà a far stilare una Consulenza Tecnica di Parte (lesa) nella quale verranno indicati i motivi dell'azione legale con la valutazione dei danni e la loro quantificazione economica. Da qui partirà la vertenza civile con le varie fasi che prevedono, per il medico, di dover chiedere l'assistenza di un proprio avvocato, di una Consulenza Tecnica di Parte (medico), per tutelare la propria opera professionale al fine di poter dimostrare la propria incolpevolezza.

Nel processo civile in Italia è il medico che deve provare che la sua opera professionale è stata svolta con perizia, prudenza e diligen-

za e che eventuali danni al paziente non sono derivati da "malpractice".

La valutazione civilistica della responsabilità medica viene valutata con il principio, stabilito dalla Cassazione "del più probabile che non" ed è estremamente favorevole al paziente.

La sede Penale ha la finalità di ottenere una condanna penale del medico per una lesione o morte procurata al paziente.

Il paziente, o i congiunti, denunciano alla Procura della Repubblica tramite Polizia o Carabinieri uno specifico medico o, contro sanitari ignoti, che hanno avuto in cura il paziente.

Nel primo caso il medico riceverà una richiesta di elezione di domicilio per essere informato nelle operazioni preliminari; nel secondo caso solo al termine delle indagini preliminari che hanno portato alla individuazione del medico "responsabile" vi sarà la comunicazione. Il giudice di regola, per individuare la colpa, il danno e l'autore, ricorre ad una Consulenza Tecnica d'Ufficio.

La data di queste comunicazioni segna l'inizio dell'azione penale.

Anche in questo caso occorre effettuare denuncia alla propria assicurazione (anche se è di Responsabilità civile professionale) per "apertura sinistro" e contattare un proprio legale.

In sede Penale per avere la condanna dal medico è necessaria "la quasi certezza" che la sua azione o omissione abbiano causato l'evento e ciò è favorevole al medico.

I tutti i casi raccogliere tutta la documentazione del caso per provare la propria corretta prestazione professionale ed avere "molta, molta" pazienza.

Lettera ad amici e sostenitori di World Friends

Claudio e Nadia Simeoni

Carissimi tutti, siamo rientrati da poco da Nairobi (Kenya) dove ci siamo recati per presenziare al saggio finale del primo anno di attività della scuola di musica e danza. Si tratta di un progetto che World Friends ha attivato a Baba Dogo, una delle più povere baraccopoli di Nairobi, dove risiedono circa 60.000 persone, il 40% delle quali vive al di sotto della soglia di povertà (si vive con circa 2 euro al giorno). I bambini sono tantissimi e molti vivono in famiglie mono-genitoriali, a causa del frequente abbandono dei padri e tantissimi sono gli orfani di madri decedute per AIDS. Pur essendoci all'interno della baraccopoli numerose scuole, pubbliche e private, moltissimi bambini non le frequentano (perché non hanno i soldi per comperare i libri i quaderni o le divise) e vivono per strada. Questo viaggio è stato per noi una grossa opportunità per conoscere da vicino alcune delle attività svolte da World Friends (l'associazione non governativa internazionale fondata da Gianfranco Morino nel 2001 che sosteniamo dal 2006); per visitare l'ospedale sorto con l'aiuto di tanti di noi; per immergerci nella cruda ed inimmaginabile realtà delle baraccopoli.

Avremmo voluto incontrarci con tutti voi per condividere questa esperienza per noi sconvolgente, ma nello stesso tempo edificante. Abbiamo deciso di raccontare quanto abbiamo vissuto in questa mail che cercheremo di far arrivare a tutti quelli che, in diverso modo nel corso degli anni abbiamo coinvolto nel sostegno a World Friends, una organizzazione che si pone come obiettivo: **"avere la testa ed il cuore a sud del mondo"**. Questo significa realizzare interventi umanitari pianificati non in base ai criteri partoriti da lontano, negli asettici uffici delle agenzie

internazionali, ma nati sul territorio, dai bisogni espressi dalle popolazioni locali e con il loro coinvolgimento. La scuola di musica e danza ne è un esempio. Il progetto Banjuka (si legge bangiuka) ha coinvolto un centinaio di ragazzi, 70 dei quali l'hanno frequentata con continuità. Gli insegnanti e gli educatori tutti keniani (9 in totale), hanno fatto un lavoro veramente eccezionale non solo dal punto di vista "artistico" (volto alla valorizzazione e sviluppo dei talenti), ma soprattutto educativo. Il progetto si propone infatti di svolgere un'azione di tutorato al fine di "promuovere l'emancipazione dei ragazzi attrezzandoli con quelle abilità e conoscenze necessarie per affrontare i rischi presenti nel difficile contesto in cui vivono, la baraccopoli". Il saggio finale è stata per noi un'esperienza bellissima e molto emozionante: abbiamo trascorso più di 2 ore tra musica, canti e danze fatti da ragazzini che davano tutto se stessi in ciò che facevano perché, forse per la prima volta, veniva data loro la possibilità di credere in se stessi e di poter dimostrare al mondo di valere qualcosa, di essere qualcuno. Nel "teatro" i bambini della scuola hanno presentato le loro performances di musica, canto e danza di fronte a una platea numerosissima di bambini, genitori, amici che affollavano le sue polverose gradinate ed i muretti di recinzione.

La cosa più scioccante per noi è stata quella di muoverci all'interno della baraccopoli: non ci sono parole per descrivere quello che si vede, si prova e si pensa in questi luoghi di miseria e degrado dimenticati dal mondo. Accompagnanti da Hesbon e Giorge, i due responsabili keniani del progetto abbiamo camminato attraverso viuzze polverose ma leodoranti e quasi impraticabili a causa dei rivoli di liquami non ben definiti che vi scorrono e delle tante immondizie sparse ovun-

que. Le strade sono affiancate da baracche decrepite costruite con fango, cartoni, legno, lamiera arrugginite o, nel migliore dei casi, da fatiscanti costruzioni in muratura a più piani. L'acqua potabile manca e viene acquistata in bidoni da 20 l., i gabinetti sono dislocati uno ogni 30 abitazioni circa., le fognature inesistenti. Girando tra le vie abbiamo conosciuto/incontrato molte persone e molti bambini, visitato i loro quartieri, siamo entrati nelle loro scuole (aule piccole, buie, logore, sovraffollate, nulla che assomigli neanche lontanamente alle nostre), abbiamo assistito ad alcune lezioni di educazione alla salute, ci siamo seduti nei loro banchi ecc. La maggior parte delle attività quotidiane si svolgono all'esterno, sulla strada: è qui che la gente si incontra, trascorre il tempo, improvvisa qualche attività commerciale/artigianale, lava e stende i panni, cucina quel po' di cibo che trova esposto su bancarelle tutt'altro che invitanti. Il nutrimento base è costituito da una specie di polenta e da focacce di mais cotte su fumose stufette a carbone che intossicano l'aria e la rendono irrespirabile. I Bambini sono da per tutto: spuntano a frotte dai vi-

coli, ti vengono incontro sorridenti e incuriositi, chiedono la foto: pochi sono i bianchi (da loro chiamati "musungo") che girano da quelle parti. La strada è l'ambito di gioco ma anche la vera "scuola di vita", dei bambini e dei ragazzini. Una scuola che non risparmia loro le sue brutture (prostituzione, droga, AIDS, malavita...) sin dalla tenera età. Quando la povertà estrema e il degrado toglie all'uomo ogni forma di dignità la persona diventa facile preda della violenza, della delinquenza, dello spaccio e futuro di questi bambini è spesso tragicamente segnato. Molto e molto altro vorremmo ancora raccontarvi su quello che abbiamo visto ma la cosa richiederebbe troppo tempo. In allegato troverete alcune foto che possono darvi un'idea di cosa stiamo parlando. Concludiamo queste righe dicendo quanto questa esperienza abbia interrogato le nostre coscienze, quanta "vergogna" abbiamo provato nel sentirci dei privilegiati, figli di un benessere che non abbiamo meritato e del quale un giorno dovremo rendere conto.



All'interno di Baba Dogo c'è uno spazio gestito da World Friends e da AMREF (African Medical and Research Foundation), un organizzazione internazionale con sede a Nairobi, che opera da più di 50 anni a favore di bambini e ragazzi e che da molto tempo collabora con W-F su specifici progetti. In questa costruzione abbiamo potuto visitare le 4 piccole stanze che vengono destinate alle sedute di fisioterapia a favore di bambini disabili (qualcuno si ricorderà che per il 2013 W-F aveva lanciato, con la proposta dei famosi calendari, proprio la campagna "nessu-

no escluso"). Il Neema Hospital: dal mese di gennaio nel reparto "maternità" ci sono stati 2.200 parti. A fine anno saranno più di 3.000! La campagna "nati nel posto giusto" lanciato da W-F nel mese di ottobre 2009, ha permesso di raccogliere i fondi per la costruzione della maternità: è stata inaugurata, insieme con la Fisioterapia, il 18 febbraio 2011 e completata con la sala operatoria il 12 settembre 2011. Alle 12.05 locali, in sala operatoria è nata la prima bambina con parto cesareo. Tutte le informazioni sui progetti attuati, sull'operatività dell'ospedale e molto altro sono riportate sul sito di W-F (www.world-friends.it) che vi invitiamo a visitare.

Un saluto da Edmonton

Dr.ssa Francesca Verginella

Specializzanda in Anestesia e Rianimazione - Un. di Trieste

Revisore supplente OMCeO Gorizia

Ormai sono passati due mesi dal mio arrivo qui. Qui vuol dire Edmonton, Alberta, Canada. Dove sono esattamente? Sono a 8.000 km dalla mia vita quotidiana e da dove sono cresciuta.

Mentre percorro sull'autobus la lunga strada di ritorno verso il mio alloggio, mi fermo a pensare e a realizzare esattamente cosa sto facendo. Sono contenta e serena, sto affrontando un periodo di tre mesi lontano da casa e da tutto ciò a cui ero abituata. È molto strano, ma reale e concreto.

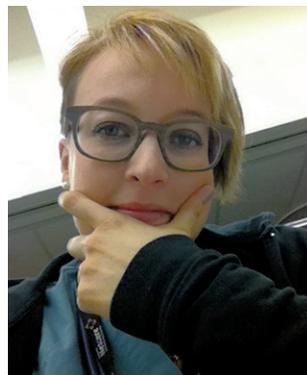
Oggi è l'ultimo giorno nel terzo ospedale che ho frequentato, un altro ciclo si chiude e lunedì si ricomincia a rimettersi in gioco, per la quarta volta in un mondo che non è quello a cui sono abituata.

Un po' di malinconia mi pervade il cuore a pensare agli affetti oltre oceano, ma dopo un attimo l'entusiasmo per questa nuova esperienza riprende il sopravvento... come quasi ogni giorno quando la mente vola.

L'Alberta è un regione canadese lontana dal mare ed economicamente in crescita grazie

all'industria e alle risorse petrolifere. E si vede. Si vede ogni giorno.

Quando sono arrivata, i primi giorni, mi sono sentita sperduta in un mondo che non ha niente a che vedere con il nostro vecchio continente. Qui tutto è appena nato, si sta formando e definendo. Non esiste il centro città, se non per i grattacieli con gli uffici, non esistono luoghi storici dove mentre cammini ti senti a spasso nella storia. Perché qui una storia, quella storia a cui noi europei siamo tanto abituati, non c'è. Tutto è iniziato poco più di un secolo fa e la storia si sta formando ora. Non si può dire però che non siano all'avanguardia. Tutto funziona, a modo loro, ma funziona. La sanità, a differenza della vicina America, è pubblica per tutti i residenti in questa regione e le tasse sono molto basse... come ha detto qualcuno, forse perché tutti le pagano.





Il sistema sanitario è uno dei migliori al mondo e me ne sono resa conto varcando le soglie dei 3 ospedali che per ora ho frequentato: il personale, sia medico che infermieristico, è sempre tranquillo e sorridente, professionale, disponibile. Nessuno alza la voce, nessuno manca di rispetto.

Basta osservare meglio però per capire che le situazioni critiche esistono anche qui: giro il mio sguardo in pronto soccorso e da una parte vedo una ragazza ubriaca scortata dalla polizia, non perché carcerata, ma perché pericolosa per il personale in quanto violenta. Nell'altra stanza, una giovane di 17 anni, intubata, con una grave polmonite ab ingestis trovata in coma a casa da overdose di cocaina e ketamina...
Benvenuta Francesca nel felice Canada!

Tutti lavorano, nessuno sbuffa, e ci si aiuta a vicenda. Esiste un *thank you* e un *you are welcome* per ogni gesto. Alla fine di un'urgenza, o *megacode*, tutte le persone coinvolte si ringraziano e fanno il debriefing, esattamente come le linee guida e i sacri testi insegnano.

Ho visto discussioni anche qui, siamo umani,

ma poi tutto si risolve un attimo dopo senza rancore. Il lavoro altrui non è mai messo in discussione a priori e ogni cosa si decide sulla base della letteratura scientifica, e non sul pensiero di uno o di pochi.

Agli specializzandi viene data responsabilità crescente per anzianità, e sono considerati veri medici, a tutti gli effetti. Tanti reparti sono gestiti per lo più da loro durante la notte, mentre di giorno

hanno uno strutturato di riferimento.

Quando uno specializzando non è d'accordo con un membro dello staff, viene ascoltato e se dà buone motivazioni si segue la sua strada.

In un mondo come quello italiano, tutto questo è inimmaginabile. Competizione ce n'è tantissima, ma è contro se stessi e i propri limiti, non contro il prossimo.

Che altro dire? Quando tornerò a casa ricorderò tutto questo come una sorta di paradiso speciale, dove fare il medico è un piacere e non uno status sociale, dove aiutare il prossimo è il motivo per cui, chi lavora in ospedale, si alza la mattina; per loro è normale così.





Audit clinico sui trattamenti plasmferetici "therapeutic plasma exchange" in un reparto di nefrologia

Dr. Mattia Braida

INTRODUZIONE

La plasmferesi terapeutica è un trattamento che consiste nella separazione del sangue nella sua componente cellulare e in quella plasmatica, la quale viene poi eliminata e rimpiazzata con un fluido sostitutivo, nella maggior parte dei casi una soluzione di albumina o plasma fresco da donatore, oppure depurata e restituita al paziente. Questo permette la rimozione dal circolo di macromolecole patologiche quali anticorpi, citochine e altre proteine circolanti. La plasmferesi è una metodica terapeutica nota da quasi un secolo. Storicamente veniva effettuata nei centri immunotrasfusionali tramite centrifugazione, ma la necessità di trattamenti più rapidi ha portato allo sviluppo della plasmferesi su membrana con circolazione extracorporea. È in questo scenario che il medico nefrologo entra in gioco, in quanto principale conoscitore delle tecniche di filtrazione su membrana.

Per quanto riguarda la plasmferesi su membrana, esistono tre metodiche principali:

- la tecnica a cascata o a doppia filtrazione, in cui due filtri sono posti in serie al fine di restituire il plasma originario al paziente, limitando la perdita di proteine quali albumina e fattori della coagulazione;
- l'immunoassorbimento, che sfrutta l'affinità di alcune molecole nei confronti di elementi del plasma, permettendo una rimozione selettiva con perdita pressoché nulla di proteine plasmatiche fisiologiche;
- il therapeutic plasma exchange (TPE);

Al fine del nostro studio ci siamo concentrati

esclusivamente sul TPE.

Il TPE è la metodica afe-
retica più vecchia, essendo nota fin dall'inizio del secolo scorso. A introdurre questo trattamento nella pratica clinica fu Abel nel 1914, il quale perfezionò quelle che erano le comuni pratiche del salasso terapeutico. La definizione del TPE secondo Mariangeli e Splendiani parla di "una tecnica terapeutica che consiste nella rimozione di elevate quantità di plasma e nella sua sostituzione con soluzione di albumina o plasma".

In pratica, il sangue del paziente viene fatto scorrere attraverso filtri a fibre capillari. Il plasma, contenente le macromolecole patologiche, viene così filtrato, eliminato e sostituito con una soluzione di albumina al 5% o con plasma fresco da donatore. I filtri sono così costituiti, hanno membrane di polisulfone e più recentemente polietersulfone, di spessore compreso tra i 50 e i 150 micron, con pori di diametro variabile da 0,2 a 0,8 micron. Gli accessi vascolari utilizzati per il TPE sono o le vene anticubitali oppure quelli usati per l'emodialisi (cateterizzazione venosa della succlavia, femorale o giugulare). Per il trattamento a lungo termine si può prevedere il confezionamento di una fistola atero-venosa. La quantità di plasma sottratta per ogni seduta di TPE viene decisa in base al calcolo del volume plasmatico totale o TPV. Solitamente, si trattano 1-1,5 TPV, equivalenti a circa 40-60 mL di plasma su kg di peso corporeo. Si pratica in genere una rimozione di 20-50 mL/min di plasma, che si ottiene con un flusso ematico di 50-150 mL/min. L'ematocrito all'uscita del filtro non deve essere superiore a 60-65%. Alla fine si ottiene una rimozione di plasma di circa 1/3 del flusso ematico. Durante la filtrazione del sangue entrano in gioco due forze:

- la pressione trans-membrana (PTM), ov-

vero la pressione differenziale tra i due lati della membrana, che favorisce la filtrazione, ed è direttamente proporzionale alla velocità del flusso ematico;

- lo shear rate (SR), che consiste nella forza ortogonale alla superficie della membrana che si esercita sugli elementi figurati spingendoli verso l'asse del lume capillare, dove la velocità del flusso è massima; lo shear rate è direttamente proporzionale al flusso e agisce in opposizione alla pressione trans membrana;

La risultante di queste due forze determina la velocità di filtrazione.

Un aumento eccessivo della PTM, ottenuto con un aumento del flusso di sangue, comporta un proporzionale aumento dello SR, fino a un punto in cui il processo di filtrazione non aumenta più nonostante aumenti la PTM. Questo fenomeno avviene in quanto valori elevati di PTM determinano la deposizione di piastrine sulla superficie della membrana, le quali formano uno strato che si oppone alla filtrazione. Inoltre, lo strato piastrinico favorisce l'emolisi per intrappolamento dei globuli rossi.

Le indicazioni all'utilizzo del TPE rappresentano ancora motivo di discussione. Non esistono infatti, almeno nella maggior parte dei casi, studi randomizzati e trial clinici abbastanza robusti da fornire la certezza e la chiarezza dell'impiego del TPE come trattamento di prima linea.

Relativamente al nostro studio, abbiamo preso in considerazione le più recenti linee guida dell'ASFA, le quali classificano le indicazioni in quattro gruppi:

- I: raccoglie le patologie per cui l'afesi è accettata come terapia di prima linea
- II: comprende invece le indicazioni per cui l'afesi è accettata come terapia alternativa a quella di prima linea
- III: raccoglie tutte le patologie in cui il ruolo dell'afesi non è ancora del tutto stabilito
- IV: fa riferimento alle patologie in cui l'afesi non ha alcun impiego o causa addirittura danno

LO STUDIO

Il nostro studio nasce dalla necessità di avere uno strumento che permetta il confronto per quanto riguarda i trattamenti di TPE in diversi centri, sia a livello nazionale che internazionale, e di avere una chiave di lettura che permetta, in futuro, un approccio razionale e maggiormente consapevole dal punto di vista clinico e terapeutico. Allo stato attuale infatti non esiste un accordo comune a livello internazionale né per quanto riguarda le indicazioni all'utilizzo del TPE, né riguardo la gestione dei trattamenti plasmateretici. Inoltre, l'assenza in letteratura di dati esaurienti in grado di fornire un punto di vista panoramico sul trattamento in discussione impedisce un impiego chiaro del TPE. Lo strumento migliore per i nostri scopi ci è sembrato l'audit clinico.

MATERIALI E METODI

Abbiamo valutato retrospettivamente una coorte di pazienti dal febbraio 2001 al febbraio 2012. I trattamenti aferetici di plasma exchange sono stati gestiti e monitorati dal personale medico e infermieristico della Nefrologia e Dialisi. Dal 2003 sono state utilizzate le macchine Lynda Belco, precedentemente macchine per emodialisi Gambro AK 100. Per ogni singola procedura venivano monitorizzati i parametri emodinamici del paziente e parametri macchina specifici della metodica. Il flusso sangue (Q_b) impostato non superava i 150 ml/min. Il rapporto plasma/sangue non superava il 20% (max 30 ml/min). Dal 2003 si utilizza il plasmafiltro in polietere-solfone, superficie 0.45 m². Precedentemente venivano utilizzati filtri in polisolfone.

A tutti i pazienti veniva posizionato un catetere venoso centrale ad alti flussi con 2 lumi in vena femorale o vena giugulare. Il volume trattato veniva standardizzato a soli 2 litri fino al 2005. Successivamente e fino ad ora, il volume da trattare viene stabilito in base al calcolo del TPV.

Sono stati osservati i dati di genere, la malattia di base, la mortalità a un anno dall'inizio del trattamento, i giorni di ricovero per anno in coloro che sopravvivevano all'anno. Di quest'ultimi la persistenza o meno dei segni di malattia che avevano posto indicazione al trattamento aferetico. Sono stati individuati i reparti di degenza per l'invio. Inoltre, sono state osservate le complicanze relative al trattamento.

ANALISI

In totale sono stati trattati 52 pazienti, ma abbiamo potuto rintracciare i dati di 49 di essi. Di questi, 28 sono maschi (57,1%) mentre 21 sono femmine (42,9%). L'età media dei pazienti all'epoca del trattamento è di 60 anni, con una deviazione standard di +/- 18 anni e un range di età che va da 11 a 88 anni; l'età mediana all'epoca del trattamento è di 65 anni.

Sono state effettuate in totale 344 sedute di TPE con una media di sedute per paziente pari a 7, con una deviazione standard di +/- 6,6; il range va da 1 a 41 sedute.

Per quanto riguarda i reparti di provenienza, sono emerse quattro ampie aree cliniche: la medicina, la nefrologia, le terapie intensive e le medicine specialistiche. Di quest'ultima bisogna considerare che la quasi totalità dei casi proviene dalla clinica neurologica.

Riguardo invece le indicazioni relative alla malattia di base, quasi il 40% dei pazienti si presentava con patologie ematologiche, e quasi il 20% con patologie neurologiche. È inoltre risultato che quasi la metà di tutte le sedute di TPE sono state effettuate per patologie ematologiche, in particolare PTT e mieloma multiplo.

Emerge anche la scarsità di indicazioni classificate nella categoria I: essenzialmente, le patologie neurologiche demielinizzanti, la miastenia gravis, PTT, SUE e le micronangiopatie, e la glomerulonefrite focale segmentaria. In molti casi la categoria è la III, che fa riferimento a tutte le patologie per cui non

sono presenti dati sufficienti. Sono inoltre presenti anche casi per cui in letteratura non c'è una categoria di indicazione, probabilmente effettuati sulla base di case-reports isolati. Questo dà l'idea di quanto difficile sia la decisione di effettuare il trattamento aferetico, proprio a causa della scarsità di studi randomizzati ampi e meritevoli.

Per quanto riguarda i dati relativi a mortalità e morbilità, il tasso di mortalità risulta elevato, 42,9%, ma il tasso di miglioramento è molto importante, oltre il 70%. Questo dimostra l'elevata efficacia del trattamento.

Parlando infine delle complicanze, abbiamo studiato un campione di 34 pazienti selezionati dal totale. Circa il 95% di tutte le complicanze erano lievi o moderate. In particolare, le due complicanze più frequenti, coagulazione del circuito e rottura del filtro, sono dovute ad accorgimenti tecnici come insufficiente dosaggio dell'eparina o flusso ematico troppo lento, e non incidono clinicamente sul paziente. In 2 casi è stato necessario interrompere la seduta a causa di complicanze gravi, relative però alle condizioni critiche dei pazienti.

CONCLUSIONI

Quindi, osservando il numero totale di pazienti trattati e rapportandolo all'arco temporale risulta evidente che il TPE viene raramente considerato quale trattamento di prima linea e spesso si ricorre ad esso quale ultima risorsa. Nonostante il tasso di mortalità sia alto, bisogna considerare che tutti i pazienti deceduti erano in condizioni critiche relative alla malattia di base e non al TPE. L'elevato tasso di miglioramento (più del 70%) e le complicanze, lievi e nella maggior parte dei casi e relative all'apparecchiatura (coagulazione del circuito e rottura del filtro) e non al paziente, confermano che questo trattamento è efficace e sicuro. Si può inoltre notare che il TPE è utilizzato in numerosi ambiti clinici, anche se ha un ruolo predominante in ambito neurologico, ematologico e nefrologico.

In conclusione, il TPE è una metodica efficace, sicura e relativamente semplice da eseguire. Il

Centro di Nefrologia e Dialisi di Trieste prende in carico il trattamento di tutte le indicazioni a livello provinciale in quanto in possesso dell'abilità tecnica necessaria al corretto svolgimento del TPE. Considerando però i reparti di provenienza e le diverse indicazioni di base, appare fondamentale un approccio multidisciplinare nel trattamento dei pazienti con TPE, al fine di ottenere un migliore inquadramento clinico, una maggiore razionalità nella scelta delle adeguate indicazioni e una maggiore completezza terapeutica.

La gestione delle donne con patologia mammaria a Trieste: confronto tra il biennio 2000/2001 e 2010/2011

Dr.ssa Ana Custrin

Il presente studio, svolto presso l'U. C. O di Anatomia Patologica Istopatologia e Citodiagnostica dell'Università degli Studi di Trieste, ha preso in considerazione tutti gli esami citologici e istologici di pertinenza mammaria eseguiti rispettivamente nel biennio 2000/2001 e nel biennio 2010/2011. Le donne della nostra casistica sono state suddivise in sei fasce di età. Questa suddivisione è basata sul diverso impatto della patologia mammaria nelle diverse fasce d'età e sul diverso ruolo della mammografia come esame di screening. Le donne inoltre sono state suddivise in altre due popolazioni; ovvero quelle residenti a Trieste e provincia e quelle non residenti. In questo modo è stato possibile valutare l'eventuale afflusso di donne provenienti da altre sedi potesse influenzare le modificazioni riguardanti l'incidenza dei tumori e della patologia mammaria benigna.

I dati ISTAT riguardanti i censimenti del 2001 e del 2011 sono stati utilizzati per suddividere la popolazione totale di donne residenti sulla base delle stesse fasce d'età, in modo da poter paragonare in maniera corretta la patologia insorta nella popolazione trattata nei due diversi periodi, tenendo conto della diversa composizione e numerosità della popolazione.

Nello studio sono state incluse tutte le donne sottoposte ad accertamenti cito-istologici di pertinenza senologica comprendenti sia gli agoaspirati (FNA), che le microbiopsie, che le biopsie chirurgiche eseguiti su noduli insorti nella ghiandola mammaria. Sono stati inoltre inclusi nell'analisi anche lo studio dei linfonodi e le lesioni cutanee su cicatrici di pregressa quadrantectomia e/o mastectomia. Per ciascuna donna sono stati considerati separatamente sia i singoli noduli nella stessa mammella che quelli insorti nella mammella contralaterale, come pure gli approfondimenti eseguiti sui linfonodi ascellari o sui noduli a livello della parete toracica. Nella casistica del primo biennio è stato inserito il follow-up a 5 e a 10 anni, riportando gli eventuali rilievi ottenuti all'esame strumentale. Per le pazienti perse al follow-up è stato verificato che fossero ancora iscritte al SSR e in caso di decesso sono state indicate la data e le cause iniziale, intermedia e finale di morte. Lo studio ha dimostrato un significativo incremento dell'incidenza del carcinoma mammario nella popolazione triestina dal 1984 al 2011. Lo screening programmato (attivato a Trieste dal 2006) e le altre metodiche di imaging e di prelievo, permettono di identificare lesioni con un parametro T minore. I pTis sono infatti aumentati da 16 casi nel primo biennio a 62 casi nel secondo biennio. Il più elevato ricorso alle metodiche diagnostiche pre-operatorie (FNA, CB e la VAB) (FNA 918 vs 1797; CB 91 vs 218; VAB 0 vs 108), ha permesso di ridurre il numero di esami estemporanei intraoperatori (CONG 296 vs 6) e il ricorso alla biopsia chirurgica incisoriale diagnostica (CHIR 46 vs 7). L'incremento dell'utilizzo dell'CB (91 vs 218) è solo in piccola parte riservato ad una migliore caratterizzazione delle lesioni citologiche indeterminate (C1 145 vs 154), mentre il suo utilizzo è stato, il più delle volte, riservato alla caratterizzazione biomolecolare necessaria per la scelta delle donne da can-

didare alla neoadiuvante (C5 seguiti da CB 14 vs 43).

In 10 anni si sono registrati una diminuzione notevole di mastectomie (MASTECT 180 vs 155; - 13.9%) e un aumento ancora più importante delle quadrantectomie (QUART 224 vs 399; + 78.1%), nell'ambito di interventi chirurgici meno demolitivi.

Per quanto riguarda i tumori recidivati, nel primo biennio si sono osservati solo 4 casi, mentre nel secondo biennio sono aumentati a 26, questo a causa del ricorso a una chirurgia più radicale in passato, mentre progressivamente ora si cerca di scegliere un approccio più conservativo.

L'introduzione del protocollo sentinella (introdotto in via sperimentale a Trieste nel 2002) ha determinato una migliore selezione delle pazienti da sottoporre a dissezione ascellare (DISSEZ. ASC. 1. battuta 345 vs 136; 2. battuta 6 vs 49) con una conseguente riduzione delle dissezioni ascellari non necessarie (NO) (DISSEZ. ASC. NO 205:28 in totale). L'obiettivo che si mira a raggiungere è quello di ridurre ulteriormente i reinterventi a livello ascellare.

Per il biennio 2000/2001 è stato possibile calcolare le curve di sopravvivenza a 5 e a 10 anni per le donne con diagnosi di carcinoma invasivo. I dati riguardanti la sopravvivenza a 5 anni hanno un andamento concordante con le curve riportate dall'AJCC, anche se percentualmente la sopravvivenza per i tumori diagnosticati a Trieste è più alta rispetto alla popolazione mondiale.

Gentamicina in monosomministrazione giornaliera nelle endocarditi infettive da *Enterococcus spp* all'ospedale di Udine negli anni 2004-2012.

Dr.ssa Silvia Duranti

Enterococcus spp rappresenta la terza più comune causa di endocardite infettiva (EI), dopo *S.aureus* e streptococchi.

Nonostante la rilevanza epidemiologica, esistono pochi studi che focalizzano la loro attenzione sulle caratteristiche di questa patologia e sulla sua terapia ottimale. Le linee guida internazionali più recenti (2012) danno indicazione ad eseguire una terapia di associazione con amoxicillina o penicillina ad alte dosi e gentamicina in somministrazione frazionata (in due o tre volte al giorno) per 4-6 settimane.

OBIETTIVO DELLO STUDIO

Gentamicina è un farmaco concentrazione-dipendente con attività battericida e un valido effetto post-antibiotico (PAE post-antibiotic effect), nonostante l'emivita plasmatica sia relativamente breve (2,5-4 ore). La sua efficacia terapeutica dipende dal picco di concentrazione plasmatica che raggiunge dopo la prima somministrazione (Cmax), e non dal tempo in cui la concentrazione plasmatica resta al di sopra della MIC. La monosomministrazione giornaliera è stata pensata al fine di massimizzare l'attività battericida attraverso l'ottimizzazione del rapporto Cmax/MIC e per ridurre la potenziale tossicità. Lo studio ha come obiettivo verificare la tollerabilità e, dove possibile, l'efficacia della monosomministrazione giornaliera di gentamicina in un gruppo di pazienti affetti da EI da *Enterococcus spp*.

MATERIALI E METODI

Sono stati selezionati tutti i casi di EI accertata secondo i criteri di Duke modificati (2005) a eziologia enterococcica, registrati negli Ospedali della provincia di Udine, trattati con una terapia antibiotica di associazione comprendente gentamicina in monosomministrazione giornaliera per almeno 14 giorni. Tutti i pazienti sono stati sottoposti al monitoraggio delle concentrazioni plasmatiche di farmaco (TDM) e della funzionalità renale attraverso il calcolo della clearance della creatinina (CLCr) con la formula di Cockcroft e Gault; di questa è stato studiato l'andamento nel corso della terapia. La valutazione

dell'outcome è stata rilevata a 6 e a 12 mesi dalla diagnosi di EI.

RISULTATI

Da giugno 2004 ad agosto 2012 sono stati arruolati nello studio 21 casi di EI enterococche con diagnosi certa. La valvola coinvolta più frequentemente era l'aortica, nativa in 14 casi su 21. In tutti i pazienti è stato eseguito almeno un esame ecocardiografico transesofageo, che è risultato positivo in 20 pazienti. E.faecalis era la specie identificata nella maggior parte dei casi.

I pazienti sono stati sottoposti al monitoraggio delle concentrazioni plasmatiche di gentamicina: sia le concentrazioni di valle (pre-dose) che le concentrazioni di picco (post-dose) di ogni paziente risultavano essere mediamente in range terapeutico. Sulla base del monitoraggio plasmatico del farmaco si è provveduto, dove necessario, a modificare il dosaggio e l'intervallo di somministrazione di gentamicina.

L'analisi della varianza delle CLCr a uno, due, tre, quattro e sei settimane di terapia rispetto alla basale risultava statisticamente non significativa ($p=0,393$). Dato che ciascun paziente presentava un diverso valore di CLCr basale, per studiare la variazione della CLCr al termine del trattamento con gentamicina è stata calcolata la CLCrRatio. La CLCrRatio è il rapporto di due CLCr: è stata confrontata la CLCrRatio di fine del trattamento (CLCr fine-trattamento/CLCr basale) con la CLCrRatio pre-trattamento (CLCr basale/CLCr basale=1) e si è potuto osservare in 7 pazienti una riduzione significativa della funzionalità renale (considerata come una riduzione > 30%).

È stata inoltre studiata la terapia concomitante con farmaci dal potenziale nefrotossico: in particolare si è posto l'accento su cinque farmaci con potenziale nefrotossico di frequente utilizzo (furosemide, glicopeptide, cefalosporina, ACE-inibitore, ampicillina). Dei 7 pazienti che mostravano una variazione significativa di CLCr, tutti assumevano furosemide e 6 assumevano in concomitanza

almeno altri tre farmaci dalla potenziale nefrotossicità.

La terapia chirurgica è stata eseguita in 8 pazienti mediamente al 9° giorno dalla diagnosi. Si sono osservati episodi di embolizzazione in 13 casi su 21, 3 dei quali con localizzazioni multiple; la sede era soprattutto splenica (54%), vertebrale (38%) e cerebrale (23%).

L'outcome a un anno è stato favorevole in 17 pazienti su 21. Nel periodo di follow up si sono registrate due recidive, una a 6 mesi e una a 1 anno. In entrambi i casi di recidiva i pazienti sono stati sottoposti a ulteriore trattamento combinato medico-chirurgico. La mortalità è stata del 9,5% (2 pazienti), per cause però non legate all'EI, ma alle comorbidità oncologiche.

DISCUSSIONE

L'EI da *Enterococcus* spp è da sempre considerata un'infezione di difficile cura, anche prima delle emergenti resistenze ai farmaci più comunemente utilizzati. È importante, ai fini di una maggiore efficacia, raggiungere un alto picco di concentrazione plasmatica di farmaco post-somministrazione, piuttosto che mantenere costantemente concentrazioni superiori alla MIC. Questo è ottenibile mediante la somministrazione di tutta la dose giornaliera in una sola volta, sfruttando anche il PAE. Dal punto di vista della tossicità, la monosomministrazione giornaliera ha le potenzialità teoriche per poter ridurre la nefrotossicità di cui sono frequentemente causa gli aminoglicosidi. Infatti il meccanismo di danno renale è dovuto al fatto che questi farmaci, essendo idrosolubili, penetrano all'interno delle cellule tubulari renali attraverso un meccanismo di trasporto con cinetica di tipo saturativo. Somministrando quindi la dose tutta in un'unica volta si riesce verosimilmente a saturare il sistema di trasporto, consentendo l'eliminazione renale della maggior parte del farmaco, prima che

il trasportatore possa rendersi nuovamente disponibile.

Valutando l'efficacia del trattamento in monosomministrazione in base all'analisi della distribuzione delle concentrazioni plasmatiche di farmaco, specificatamente delle concentrazioni di picco (Cmax: la concentrazione plasmatica di gentamicina 30 minuti dopo la somministrazione) i dati rilevati consentono di affermare che gentamicina in monosomministrazione ha permesso di ottenere concentrazioni efficaci. Osservando invece le Cmin (la concentrazione plasmatica di gentamicina prima della somministrazione del farmaco) si vede come mediamente tutti i pazienti presentavano valori plasmatici di gentamicina inferiori alla soglia a rischio di tossicità.

Per analizzare meglio il problema della nefrotossicità in corso di terapia con gentamicina è stata studiata la variabilità della CLCr per ogni paziente a ogni settimana di terapia e la variazione della CLCr di fine trattamento rispetto ai valori basali. Questo ci permette di osservare che la maggior parte dei pazienti presenta una variazione del valore della CLCr rispetto al basale minore del 30%, considerata nello studio soglia significativa.

Quando ci si trova di fronte ad una riduzione del valore della CLCr bisogna ragionare sul reale significato clinico di una tale variabilità, che potrebbe essere correlata almeno in parte al danno renale indotto dalla patologia stessa, ai farmaci concomitanti, nonché alla variabilità intrapersona, variabili impossibili da quantificare efficacemente. Si è visto che la somministrazione di gentamicina in concomitanza con altri farmaci nefrotossici, in particolare furosemide, caratterizza tutti i pazienti dello studio che hanno mostrato una riduzione significativa della CLCr.

Anche l'età è correlata ad una fisiologica riduzione della funzionalità renale: l'età media dei pazienti dello studio ($72 \pm 8,3$ anni), analogamente a quella riportata in altri lavori,

mostra che l'EI enterococcica colpisce pazienti mediamente più anziani se confrontata con l'EI da altri agenti eziologici.

Lo studio presenta alcune limitazioni. La numerosità ridotta del campione e l'assenza di un gruppo di controllo rappresentano i limiti maggiori alla potenza dello studio. Un altro problema è la differente durata di terapia con gentamicina che presentano i pazienti arruolati nello studio. Infine c'è la difficoltà di valutare la nefrotossicità: trattandosi di uno studio retrospettivo l'unico dato a disposizione è la creatinina. La creatininemia da sola non è un parametro affidabile per la misura della funzione renale. È più sensibile e specifico considerare il valore del filtrato glomerulare mediante il calcolo della clearance della creatinina.

La nefrotossicità può dipendere da molti fattori, tra i quali il danno renale indotto dall'EI stessa (tendenzialmente su base immuno-mediata) e la concomitanza con altre condizioni di riduzione della funzione renale, fisiologiche, patologiche e iatrogene. Il danno indotto dall'EI si può ritenere distribuito uniformemente poiché il confronto avviene tra soggetti tutti affetti da EI, mentre il danno indotto da farmaci nefrotossici utilizzati in concomitanza a gentamicina permette solo delle osservazioni di tipo qualitativo, difficilmente quantificabili.

CONCLUSIONI

Gli aminoglicosidi rappresentano tuttora uno dei cardini nella terapia di associazione delle EI da *Enterococcus* spp, e la monosomministrazione giornaliera dimostra efficacia sia in termini farmacocinetici che di outcome clinico, oltre a una buona tollerabilità in termini di nefrotossicità. Per raggiungere questi obiettivi risulta fondamentale il monitoraggio delle concentrazioni plasmatiche, al fine di garantire un'adeguata esposizione del farmaco; una short-therapy di 2-3 settimane; e un'attenzione particolare nell'evitare una terapia concomitante con farmaci nefrotossici, in particolare furosemide.

La “violenza sessuale”: aspetti giuridici e medico-legali in Italia e nella federazione russa

Dr.ssa Gabriela Junghietu Verdes

La violenza in genere ha sempre fatto parte dell'esperienza umana; nessuna comunità ne è immune. È estremamente difficile individuare la violenza di genere e contro i soggetti deboli a causa delle molteplici forme che tale violenza può assumere e dei numerosi contesti in cui questa si consuma.

Un'analisi comparativa della violenza sessuale in Russia e in Italia ha permesso non solo di approfondire la conoscenza generale della problematica in entrambi i paesi, ma ha permesso, altresì, di avviare una riflessione utile all'individuazione di strategie di prevenzione ed intervento operativo a contrastare questo fenomeno.

La ricerca si è basata su una *desk review*, condotta attraverso un'analisi comparativa delle strategie sanitarie medico-legali e del quadro giuridico nei due paesi. È interessante che tale “delega” avvenga proprio in una fase di crescente attenzione al fenomeno, e cioè parallelamente con il palesarsi di una realtà di violenza contro le donne, fino ad oggi sommersa. In particolare, sono stati presi in considerazione quei fattori di rischio che aumentano la vulnerabilità della donna; in seguito sono state analizzate le gravi conseguenze per la salute fisica e psichica, immediate e future, che colpiscono, non solo le vittime e la loro famiglia, ma anche la comunità di appartenenza e l'intera società. Oltre all'alto costo della violenza in termini di sofferenza e di dolore, esiste anche un aspetto economico che si traduce in una spesa ingente per la sanità pubblica.

Oggi si discute molto del fenomeno della “violenza sessuale” anche dal punto di vista giuridico e sociale. A tal proposito, si sottolinea che, nella realtà italiana, gli atti lesivi della libertà sessuale hanno avuto una diversa collocazione normativa nel corso del secolo scorso. Le prevalenti fattispecie di reato, la

violenza carnale e gli atti di libidine violenta, riconoscevano come soggetto offeso, non la vittima in sé, ma la sua famiglia e il contesto sociale in cui avveniva il fatto. Invece, il legislatore moderno ha ritenuto che tale comportamento antiggiuridico danneggia in primo luogo la persona, e lo sanziona attraverso una serie di nuovi articoli (dal 609-bis al 609-decies).

Consistenti variazioni ha subito anche il diritto della Federazione Russa riguardante la violenza sessuale in quanto segue una linea di costante evoluzione.

Le norme del Codice Penale vigente riservano una parte importante ai crimini contro le persone e riconoscono a tutti, indipendentemente dal sesso o dall'età, il diritto all'integrità ed alla libertà sessuale, perseguendo e punendo i colpevoli che lo calpestando (ai sensi degli art. 131-135 c. p. russo, cap. 18). Gli articoli citati sono stati confrontati con la normativa vigente del diritto italiano.

Tanto che, maggiore è il numero dei fattori socio-economici negativi imposti dalla società, maggiore è la probabilità del verificarsi di fatti di violenza come le tendenze globali relative al movimento migratorio, la prostituzione, la povertà, la disoccupazione conseguente alla profonda crisi che ha funestato e sta funestando i sistemi economici mondiali. In particolare, uno dei fattori che favoriscono la violenza contro la donna e che contraddistingue la cultura russa, è il concetto fortemente “patriarcale” della famiglia, secondo il quale il matrimonio conferisce alla donna una posizione di dipendenza economica dal proprio partner.

Tale ricerca ha fatto emergere una serie di elementi di criticità in entrambi gli Stati, ma ha anche permesso di individuare alcune “buone pratiche” che possono essere oggetto di implementazione e potenziamento.

L'esperienza globale nell'ambito della violenza sessuale dimostra che per arginare il fenomeno e tutelare i diritti della persona

alla libertà da ogni forma di violenza, è necessario percepire il fenomeno, promuovere una cultura non violenta, controllare strettamente l'esecuzione di tutte le leggi in merito, punire gli autori e assistere le vittime, elaborare misure preventive, ricevere un finanziamento statale stabile e aggiornare le statistiche e promuovere la ricerca.

Disparità nel carcinoma papillare della tiroide: Studio di genere

Dr. Alessio Lanzaro

INTRODUZIONE

Il carcinoma della tiroide rappresenta il tumore endocrino più frequente. È sostanzialmente un tumore raro, circa l'1% di tutti i tumori maligni, ma occupa il settimo posto tra i tumori maligni più frequenti nella donna, mentre nell'uomo esso è solamente al quindicesimo posto.

Si tratta di una delle diagnosi di cancro in più rapida crescita negli ultimi decenni in tutto il mondo senza differenze geografiche.

Il carcinoma papillare della tiroide (PTC) costituisce l'80-85% delle neoplasie tiroidee rappresentando quindi la più frequente neoplasia che colpisce la ghiandola tiroidea. L'incidenza del PTC è aumentata nelle ultime tre decadi, sebbene sia aumentata maggiormente tra le femmine rispetto ai maschi e in maggior misura rispetto al carcinoma follicolare e alle altre forme istologiche.

L'incidenza di cancro papillare della tiroide nella donna è quasi tre volte superiore rispetto agli uomini e questa disuguaglianza di genere è specifico per il sottotipo istologico: le forme istologiche più aggressive, come il carcinoma anaplastico e il carcinoma midollare della tiroide, hanno tassi di incidenza simili in uomini e donne. Di contro, i carcinomi tiroidei differenziati di origine follicolare, come il carcinoma follicolare e soprattutto il cancro papillare della tiroide, sono più fre-

quenti nella donna. I tumori papillari sono quindi più frequenti nella donna in età fertile, mentre l'incidenza tra i due sessi si eguaglia dopo gli 80 anni e prima della pubertà.

Nelle femmine il tasso di incidenza età-specifica aumenta sensibilmente all'inizio dell'età riproduttiva, con un aumento che vede il suo picco tra i 40 e 49 anni, mentre negli uomini il picco è tra 60-69 anni.

La prognosi in caso di carcinoma differenziato della tiroide è peggiore negli uomini che nelle donne. Le donne hanno un'età più precoce di insorgenza, ma gli uomini tendono ad avere una malattia più aggressiva e uno stadio maggiore alla diagnosi. Inoltre, nella maggior parte degli studi, il sesso maschile è associato ad un minor percentuale di sopravvivenza libera da malattia e mortalità più elevata.

È stato quindi ipotizzato che fattori Ambientali e dietetici, ma soprattutto Genetici, Riproduttivi ed Ormonali possono essere fattori aventi impatto sulla Disparità di Genere. Fattori dietetici e nutrizionali sono stati implicati come fattori di rischio per i tumori differenziati di origine follicolare. La carenza di iodio è considerata un fattore di rischio per lo sviluppo del carcinoma papillifero della tiroide. Si associa infatti ad una lenta ma continua iper-stimolazione della ghiandola tiroidea da parte dell'ormone tireostimolante. Studi hanno riscontrato un effetto protettivo dello iodio e dei fitoestrogeni nella dieta delle donne, ma non ci sono evidenze che dimostrino il ruolo di fattori dietetici e ambientali nella disparità del PTC.

Per quanto riguarda il possibile ruolo delle radiazioni ionizzanti è documentato che l'esposizione alle radiazioni ionizzanti, soprattutto durante l'infanzia, determina un aumento del rischio di carcinoma tiroideo istologicamente correlabili al sottotipo papillare ma non sembrano giocare un ruolo nella disparità di genere, avendo entrambi i sessi un uguale aumento del rischio dopo l'esposizione.

Interessante è l'associazione tra tiroidite

(HT) e PTC. Infatti l'HT sembra essere una lesione pre-neoplastica e l'incidenza di HT è quasi 3 volte più frequente nei pazienti con PTC rispetto ai pazienti con altre patologie tiroidee benigne o con altri istotipi di carcinoma. I pazienti con PTC e HT sono soprattutto donne giovani, e sembrerebbe esserci una minor aggressività della malattia neoplastica quando associata a tiroidite e una prognosi migliore.

Per quanto riguarda i fattori genetici bisogna tener presente che mutazioni puntiformi e riarrangiamenti genici sono presenti nel 70% dei carcinomi tiroidei e in circa i 2/3 dei PTC. La mutazione BRAFV600E è presente in circa il 30-40% dei PTC e la sua presenza è associata a un fenotipo più aggressivo. Questa mutazione sembrerebbe più comune nei maschi e la sua ricerca su prelievo biotipico si effettua già e potrebbe diventare un esame di routine.

Numerosi studi hanno poi analizzato il riarrangiamento del gene RET/PTC, soprattutto il riarrangiamento RET/PTC3 e del gene NTRK nei PTC, ma non ci sono evidenze statisticamente significative nella loro associazione con il genere.

I fattori riproduttivi ed ormonali sono quindi un'ipotesi logica alla base della disparità tra maschi e femmine soprattutto in età fertile, anche se molti studi hanno evidenziato risultati inconcludenti riguardo una associazione forte tra fattori riproduttivi e PTC.

È noto invece l'influenza che gli estrogeni hanno su numerosi tessuti bersaglio come l'epitelio mammario, l'epitelio endometriale e per l'appunto il tessuto tiroideo, modificando la crescita e la differenziazione delle cellule tiroidee. Gli estrogeni hanno quindi un ruolo centrale nella patogenesi del PTC tramite la loro azione sui recettori alfa e beta espressi dal tessuto tiroideo.

Quindi, come sottolineato da numerosi autori, la diversa concentrazione estrogenica, la variabilità nell'espressione di ER-a e ER-b ed eventuali polimorfismi, potrebbero spiegare la disparità di genere.

SCOPO DELLO STUDIO MATERIALI E METODI

Lo scopo del nostro studio è stato quello di considerare la nostra esperienza riguardo tutti i pazienti sottoposti a chirurgia per PTC e confrontare i due sessi per quanto riguarda le variabili cliniche, istopatologiche, riproduttive ed ormonali per determinare se vi sia effettivamente un ruolo degli estrogeni nella patogenesi del PTC. Sono stati 92 i pazienti sottoposti a tiroidectomia per PTC da gennaio 2007 ad aprile 2012 presso l'Unità Operativa Complessa di Chirurgia Generale dell'Università degli Studi di Trieste.

Sono stati analizzati dati clinici ed istopatologici, e si sono confrontati femmine e maschi tenendo conto delle seguenti variabili: età, il tipo di intervento chirurgico, tipo di dissezione linfonodale, dissezione del compartimento centrale o laterale; dall'esame istologico definitivo: la stadiazione secondo il TNM, mono/plurifocalità, associazione o meno con tiroidite cronica, la terapia con radioiodio con il numero di sedute e dose.

Inoltre si sono contattati i pazienti e si è indagato sul follow up, si è preso in considerazione il tempo di follow-up, si sono indagate le recidive da un punto di vista laboratoristico valutando i livelli di tireoglobulina, anticorpi antitireoglobulina e antiperossidasi, l'esito di eventuali ecografie e scintigrafie e PET-TC.

Nelle donne inoltre si sono inoltre prese in analisi altre variabili per indagare i fattori riproduttivi: età del menarca, il numero e l'età delle gravidanze, soprattutto età alla prima e ultima gravidanza, le eventuali interruzioni di gravidanza, la terapia orale con estrogeni, età e tipo di menopausa.

Analizzando in dettaglio i risultati si è visto che il rapporto F/M sia di quasi 2 a 1 (61F e 31M) e si è notato come l'incidenza nelle donne sia maggiore nel periodo riproduttivo, tra i 30 e 60 anni, con il picco di incidenza tra i 40 e 49 anni, mentre nei maschi tra i 60 e 69 anni. Quindi l'insorgenza nella donna è

più precoce rispetto ai maschi che hanno un'insorgenza tardiva, avvalorando quindi quanto riscontrato in letteratura.

Tenendo conto di una p-value $p < 0.05$ come valore statisticamente significativo è interessante notare come, nella nostra realtà, l'incidenza è stata proprio maggiore nelle donne rispetto agli uomini, e di come quest'ultimi hanno avuto uno stadio peggiore alla diagnosi ma non statisticamente significativo.

Non abbiamo riscontrato invece differenze tra i due sessi per quanto riguarda il tipo di intervento (tiroidectomia o lobectomia), il tipo di dissezione linfonodale, lo stadio alla diagnosi (leggermente più avanzato per gli uomini ma non statisticamente significativo, come anche il diametro tumorale) la mono o plurifocalità della neoplasia, terapia con radioiodio (sia nel numero di sedute, che dose media).

Però è stato evidente l'outcome peggiore nei maschi che hanno avuto 3 recidive con re intervento (quasi 1 maschio su 10) contro 1 sola recidiva nelle femmine, supportato anche dai dati laboratoristici in cui i maschi hanno avuto un dosaggio maggiore di tireoglobulina ma soprattutto di anticorpi anti-tireoglobulina.

Associazione tra tiroidite e PTC è risultata maggiore nelle femmine con il 51% ma non c'era nessuna relazione tra la coesistenza di tiroidite e una minor aggressività della malattia.

Nelle donne si sono indagate delle variabili inerenti i fattori riproduttivi e comparando i nostri risultati con quelli di altri studi caso controllo, i nostri risultati sono apparsi in linea con quanto affermato da altri studi che vedono un debole aumento di rischio nelle pazienti che presentano un menarca tardivo (30,5% delle donne ha avuto un menarca >14 anni). L'età avanzata alla prima gravidanza sembra essere un debole fattore di rischio, come anche le interruzioni di gravidanza e la menopausa non fisiologica. Non abbiamo riscontrato uno stadio peggiore in queste

donne ne una correlazione con la menopausa tardiva o l'uso di contraccettivi orali.

CONCLUSIONI

Dal nostro studio è emerso quindi una maggior incidenza nelle femmine che hanno un'insorgenza più precoce rispetto ai maschi che invece hanno un outcome peggiore. Inoltre abbiamo notato una associazione tra PTC e tiroidite maggiore nelle donne mentre i fattori riproduttivi sembrano essere, nelle migliori delle ipotesi, solo un debole fattore di rischio per il carcinoma papillare della tiroide.

Questa disparità di genere ha indotto quindi a pensare che ormoni e fattori genetici giocano un ruolo fondamentale nel PTC e quindi l'identificazione dei meccanismi di carcinogenesi nella donna rispetto all'uomo rappresenta un passo veramente importante ed innovativo per lo studio del carcinoma tiroideo, soprattutto alla luce di nuove prospettive future in cui sembra essere necessaria la ricerca dell'espressione dei recettori per gli estrogeni alfa e beta sul tessuto tiroide, e l'analisi di loro possibili polimorfismi, nonché il dosaggio sierico degli estrogeni.

Una volta identificato il ruolo degli estrogeni nello sviluppo del PTC, e individuati i precisi meccanismi della cancerogenesi, potrebbe aprirsi la strada, come nel cancro mammario, per una potenziale nuova terapia medica antirecettoriale.

I fattori di rischio delle metastasi al sistema nervoso centrale in pazienti con carcinoma mammario

Dott.ssa Virginia Maragna

RAZIONALE DELLO STUDIO

Il carcinoma della mammella invasivo è la neoplasia più frequentemente diagnosticata nel sesso femminile e la seconda causa di morte per carcinoma tra le donne, superata solo dal cancro del polmone. Le sedi predilette per la metastatizzazione a partenza dal carcinoma mammario duttale

infiltrante attraverso la via ematica sono, in ordine di frequenza, osso, polmoni, fegato ed encefalo, mentre sedi più inusuali, quali pleure, peritoneo, tratto gastroenterico e organi riproduttivi sono più comunemente interessati da una diffusione a partenza dal carcinoma lobulare infiltrante. L'incidenza di lesioni ripetitive al sistema nervoso centrale da neoplasia mammaria si attesta tra il 5% ed il 16% a seconda delle diverse casistiche. Si tratta di eventi tardivi all'interno della storia clinica delle pazienti in ragione del fatto che i sempre più efficaci trattamenti diretti al controllo della malattia sistemica, prolungando la sopravvivenza, conferiscono alle cellule neoplastiche un arco temporale maggiore durante il quale possono acquisire quelle modifiche tardive che le rendono in grado di aggredire la sede centrale. Contribuiscono ad un aumento di diagnosi di coinvolgimento nervoso rispetto al passato anche le innovazioni nelle tecniche di neuroimaging, essendo oggi la RM con gadolinio considerata il gold standard diagnostico. Essendo lo sviluppo di metastasi cerebrali correlato spesso con manifestazioni cliniche che hanno grande impatto sulla qualità di vita dei pazienti ed essendo che la comparsa di questi eventi influenza notevolmente la sopravvivenza, con una mediana di 5.6 mesi dalla diagnosi di coinvolgimento cerebrale, appare di estremo interesse identificare quali siano i fattori di rischio per queste localizzazioni. Attualmente, i fattori di rischio per cui esiste maggior evidenza scientifica sono la giovane età alla diagnosi, l'alto grado istologico, la negatività dei recettori per gli estrogeni e per il progesterone e l'iperepressione di HER2.

LO STUDIO

Lo studio sperimentale è stato condotto su 473 pazienti con carcinoma della mammella metastatico diagnosticato dopo evidenza di primitività mammaria o come tale all'esordio, in trattamento presso il Dipartimento di Oncologia dell'Azienda Ospe-

daliero Universitaria di Udine dal 1 gennaio 2004 al 31 luglio 2012. Di tutti i casi erano note le informazioni cliniche e le caratteristiche istologiche ed immunofenotipiche della neoplasia, quali istotipo, grading, espressione di PgR ed ER considerati con cut-off del 10%, Ki67 e lo status di HER2. Si è studiato il tempo allo sviluppo di metastasi al SNC, ricercate le valutazioni del Performance Status secondo ECOG al momento della diagnosi di coinvolgimento centrale, valutati il numero e le sedi di metastasi distinguendo localizzazioni encefaliche, cerebellari, meningee ed ipotalamo-ipofisarie; inoltre si sono rilevate le sedi di localizzazioni secondarie extracraniche quando presenti e la sintomatologia riferita dai pazienti.

ANALISI DESCRITTIVA

In concordanza con i dati disponibili in letteratura i pazienti con carcinoma mammario in stadio avanzato che hanno sviluppato metastasi al SNC sono stati 74, pari al 15.6%, ad una età mediana di 55 anni. Di essi, il 50.8% ha presentato meno di tre lesioni ripetitive, mentre il restante 49.2% ha sviluppato più di tre localizzazioni. Le sedi di metastatizzazione sono state nell'80% dei casi encefaliche, nell'8% cerebellari, in un 5% meningee ed in un 5% disseminate in ambito encefalico-cerebellare ed infine nel 2% ipotalamo-ipofisarie. Altre localizzazioni metastatiche extra-SNC erano presenti in 66 dei 74 pazienti (89.2%) mentre solo 8 pazienti dimostravano il SNC come unica sede di metastasi a distanza. Il PS secondo ECOG valutato al momento della diagnosi di malattia metastatica al sistema nervoso centrale è stato di 0/1 nel 74.3% dei casi, di 2/3 nel 25.7%. La sintomatologia alla presentazione appariva dominata da disturbi della motilità e vertigini, mentre minore è stata la frequenza di sintomi legati all'ipertensione endocranica quali cefalea e vomito. Il tempo allo svi-

luppo di malattia metastatica dopo diagnosi di primitività mammaria è stato di 21.7 mesi, il tempo allo sviluppo di metastasi al SNC dopo diagnosi di primitività mammaria di 40.3 mesi ed il tempo alla comparsa di localizzazioni al SNC dopo diagnosi di malattia mammaria metastatica di 10.4 mesi. 21 pazienti (4.4%) hanno esordito in stadio metastatico con il coinvolgimento del SNC.

ANALISI DEI FATTORI DI RISCHIO E DATI DI SOPRAVVIVENZA

Dall'analisi univariata condotta sulla popolazione di pazienti con diagnosi di metastasi al SNC si evince come un grado istologico G3 sia un fattore di rischio statisticamente significativo per localizzazioni centrali (OR=1.97, IC95% 1.17-3.33, $p=0.011$) mentre un indice di proliferazione $\leq 14\%$ sia associato ad un ridotto rischio (OR=0.77, IC95% 0.70-0.84, $p<0.0001$); fattori di rischio statisticamente significativi per localizzazioni al SNC si sono inoltre dimostrate l'assenza di espressione di recettori per gli estrogeni con un cut off del 10% (OR= 4.06, IC95% 2.39-6.92, $p<0.0001$) e per il progesterone (OR= 2.21, IC95% 1.32-3.71, $p=0.003$). La positività di HER2 si è dimostrata ulteriore importante fattore di rischio statisticamente significativo (OR=3.95, IC95% 2.28-6.87, $p<0.0001$). Nell'analisi multivariata esclusivamente l'iperespressione di HER2 è risultata associata ad un aumentato rischio di localizzazioni al SNC. In particolare la malattia HER2 positiva, quando confrontata con la malattia Luminal A si associa ad un rischio aumentato di quasi 5 volte di metastasi al SNC (OR=4.47, IC95% 1.45-13.79, $p=0.0092$).

Poiché i dati disponibili in letteratura sembrano dimostrare una maggiore propensione alla metastatizzazione al SNC da parte di una malattia che riconosca una precedente lesione secondaria a livello polmonare, si è condotta un'indagine per tale valutazione: i

dati a nostra disposizione non depongono per un aumentato rischio di localizzazioni al SNC nella popolazione di pazienti con coinvolgimento polmonare all'esordio (OR= 1.403, IC95% 0.81-2.43, $p=0.2280$). Tuttavia, considerando la presenza di metastasi polmonari e al SNC durante tutta la storia naturale del carcinoma mammario metastatico è stato possibile dimostrare una associazione significativa tra queste due sedi (test 2 (1, $n=473$)= 9.89, $p=0.0017$). La maggiore incidenza di coinvolgimento del sistema nervoso centrale in pazienti con lesioni polmonari potrebbe essere spiegata in ragione di un pattern di espressione genica comune condizionante il processo di metastatizzazione a queste due sedi.

La sopravvivenza globale mediana dopo diagnosi di carcinoma della mammella metastatico, considerata ogni sede di localizzazione secondaria nella popolazione generale, è stata di 34.5 mesi (25°-75° percentile: 14.5-58.8 mesi), nella popolazione con coinvolgimento al SNC di 27 mesi (25°-75° percentile: 11.6-46.7 mesi). La mediana di sopravvivenza libera da progressione dopo la diagnosi di metastasi centrali è stata di 3.9 mesi (25°-75° percentile: 1.9-7.9 mesi) e la sopravvivenza mediana dopo l'identificazione delle secondarietà cerebrali di 7.5 mesi (25°-75° percentile: 2.8-18.9 mesi); tali dati dimostrano come si tratti di eventi tardivi nella storia del carcinoma della mammella e del notevole impatto sulla overall survival.

CONCLUSIONI

In conclusione possiamo affermare che la patologia HER2 positiva è risultata associata ad un aumentato rischio di sviluppo di metastasi al sistema nervoso centrale ed appare dunque di fondamentale importanza la caratterizzazione degli immunofenotipi neoplastici oltre all'impostazione di una target therapy con Trastuzumab ed altri agenti anti-HER2, attraverso i quali ottenere in primis un controllo sulla malattia primitiva extracranica e, successivamente,

un miglioramento della sopravvivenza una volta sopraggiunte le metastasi al SNC. L'esclusione da trattamenti sistemici successivi alla diagnosi di metastasi nervose infatti, unitamente al carico di malattia elevato hanno un impatto dannoso sulla prognosi. I risultati dello studio pongono le basi per la definizione di classi a maggior rischio meritevoli di programmi di sorveglianza ad hoc, non essendo attualmente in uso un protocollo univoco per la gestione della diagnosi e del trattamento di questa fase di malattia.

Misura del paratormone come indice predittivo di ipocalcemia post tiroidectomia.

Dr.ssa Olivia Giulia Bianca Vacchi

OBIETTIVI

L'ipocalcemia è la più frequente complicanza (17-40%) dopo l'intervento di tiroidectomia totale. Da alcuni anni si cerca il modo di diagnosticarla precocemente per permettere una riduzione della durata del ricovero ospedaliero e una dimissione precoce e sicura (riducendo il rischio di complicanze a domicilio). Tuttavia, nonostante siano già stati svolti svariati studi sull'utilizzo del PTH, non vi è ancora chiarezza sulla sua validità come indice predittivo di ipocalcemia. Questo studio si pone l'obiettivo di valutare la validità del PTH (misurato entro 3 ore dall'intervento) nel predire lo sviluppo di ipocalcemia e di stabilire il miglior cut off del PTH per la definizione di paziente a rischio di ipocalcemia.

MATERIALI E METODI

È stato svolto uno studio prospettico su 118 pazienti sottoposti a intervento di tiroidectomia totale presso la Struttura Operativa Complessa (S.O.C.) di Otorinolaringoiatria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Santa Maria della Misericordia" nel periodo compreso tra gennaio e novembre 2011.

Sono stati esclusi dallo studio i pazienti che avevano un alterato metabolismo del calcio già in fase preoperatoria.

Dopo l'intervento sono stati monitorati giornalmente i valori di calcemia mentre il PTH è stato misurato entro 3 ore dall'intervento. Il valore soglia della calcemia per distinguere i pazienti ipocalcemicici dal punto di vista biochimico è stato fissato a 2,00 mMol/L.

RISULTATI

Sono stati confrontati i valori del PTH con quelli della calcemia nei primi tre giorni postoperatori. L'analisi statistica con le distribuzioni di probabilità t di Student e χ^2 è risultata altamente significativa ($p < 0,0001$), il che indica una buona correlazione tra il livello del PTH e quello della calcemia; tuttavia la sensibilità del test nel predire l'ipocalcemia, usando come valore soglia per il PTH 12 pg/mL, è risultata del 58,97 %, la specificità del 92,40 %, il valore predittivo positivo del 79,31 % e il valore predittivo negativo del 82,02 %.

CONCLUSIONI

Stando ai nostri risultati il PTH, misurato entro tre ore dall'intervento di tiroidectomia totale, non è un indice sufficientemente accurato di ipocalcemia e non permette di prendere decisioni precoci in sicurezza (dimissione precoce di pazienti non a rischio di sviluppare ipocalcemia o terapia precoce di pazienti a rischio).



Giuseppe Martines e coll.
**ATEROSCLEROSI - DALL'ARMONIA
 ALLA CATASTROFE**

In data 10 maggio 2013 presso l'aula didattica 5 della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Trieste, Ospedale di Cattinara è stato presentato il libro postumo "Aterosclerosi" del professor Giuseppe Martines e coll.

La presentazione è stata curata dal prof. Renzo Carretta, direttore del Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute del Corso di laurea in Medicina e Chirurgia.

Il prof. Euro Ponte, clinico medico, ha par-

lato sull'"Evoluzione della conoscenza della malattia aterosclerotica" dai primordi ai giorni nostri.

Oltre ad un bel gruppo di studenti di Medicina ed alcuni colleghi, era presente la dott. Roberta Chersevani, presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi di Gorizia, gradito ospite alla manifestazione.

La figura del prof. Martines è stata ricordata dalla dott. Clara Zuch, sua allieva nel corso di dottorato di ricerca in Farmacologia clinica e Terapia medica.

Si riportano qui di seguito alcune parti del discorso:

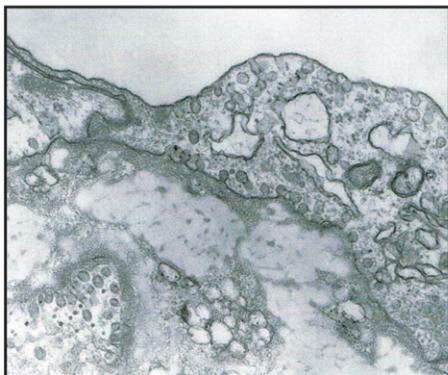
"È una grande emozione ripercorrere verbalmente anni di studio e di ricerca sviluppati con il professor Giuseppe Martines nell'arco di tempo che va dal 1985 al 2012. D'altra parte una grande tristezza perché il Professore, che è venuto a mancare lo scorso agosto, non può essere qui a commentare le ricerche scientifiche ed i risultati prodotti e pubblicati.

Mi piacerà ripercorrere i miei studi e l'inizio della mia vita professionale, attraverso le ricerche condotte con il Professore, fino ad arrivare all'ultimo libro pubblicato e precisamente "Aterosclerosi: dall'armonia alla catastrofe". Devo dire un libro un po' sofferto a causa delle distanze chilometriche non da poco. A tale proposito il Professore utilizzava sempre un'espressione per i suoi allievi, provenienti un po' da tutta Italia, e precisamente "pellegrini della scienza", a riprova di ciò l'ultimo libro è stato scritto tra Chieti, Lecce e Trieste.

Il prof. Martines è stato autore di oltre 360 pubblicazioni e di 12 volumi sui temi della ricerca medica. Numerose sono state le tematiche affrontate, che han-

ATEROSCLEROSI

dall'armonia alla catastrofe



G. Martines
 C. Zuch
 A. Aleotti
 G. Speziale

no riguardato soprattutto la patologia cardiovascolare dal punto di vista della microscopia elettronica e non solo, gli effetti iatrogeni dei farmaci con speciale attenzione all'organo fegato, nonché la farmacovigilanza.

Fin dal 1979 gli veniva conferita dal CNR la direzione dell'Unità Operativa di "Fisiologia ultrastrutturale dell'aterosclerosi".

Partendo dalla mia tesi di laurea presso l'Istituto di Anatomia Patologica dell'Università di Trieste, che riguardava gli aspetti strutturali ed ultrastrutturali dell'invecchiamento epatico, sono stata supportata, per gli aspetti di microscopia elettronica, dai testi e soprattutto dagli atlanti scritti dal Professore.

È proprio in tale momento di elaborazione della tesi di laurea che ho conosciuto il professor Martines ed abbiamo iniziato a collaborare. A tale proposito cito il testo "Reportage ultrastrutturale sulle disepatie" ed in particolar modo il metodo scientifico con cui venivano svolte le ricerche ed i criteri con cui veniva redatto il testo.

Si partiva sempre dalla normalità, da immagini di fegato normale di coniglio e di uomo, di seguito venivano illustrate le varie patologie, le disepatie ed in particolare modo le problematiche collegate all'epatotossicità da farmaci. Infine, venivano descritti gli artefatti di tecnica, sottolineo questo aspetto molto importante e cioè il fatto di ammettere e chiarire dal punto di vista delle immagini a quali rischi di interpretazione si poteva andare incontro non conoscendo le possibilità di artefatto di una metodica (per es. fissazione mal eseguita.), modificazioni o alterazioni non da riportare alla patologia, ma da attribuire ad artefatti della tecnica utilizzata per l'ultrastruttura.

Riguardo all'epatotossicità di alcuni farmaci il Professore è stato tra i primi ad attivarsi nei confronti della farmacovigilanza ed a rilevare implicazioni morfologiche e strutturali a livello epatico. È stato precursore della didattica integrata a Ferrara negli anni '60, tenendo corsi di fisiologia ultrastrutturale e di microscopia elet-

tronica clinica che apportarono nuove conoscenze nella inter-relazione fra metodi e tecnologie diverse, ma sinergiche. Questo tema informerà sempre tutti gli studi e darà smalto di novità e valore ai percorsi nosografici interfacciando "architetture" e "metabolismi". Bisogna ricordare che il Professore è stato per 3 lustri direttore del Centro di microscopia elettronica dell'Università di Ferrara. La microscopia elettronica è stato il suo interesse scientifico predominante, la sua passione, la sua inclinazione. La ricerca è proseguita ai tempi del mio dottorato in "Farmacologia clinica e Terapia medica" con uno studio funzionale su 500 casi di bypass aorto-coronarico raccolti presso la Clinica "Villa Maria" di Lugo di Romagna, dove, anche qui il Professore, in modo antesignano, aveva stipulato una convenzione tra la Clinica privata e la Terapia Medica dell'Università di Chieti.

Durante il dottorato sono stata coinvolta nelle ricerche sperimentali sull'aterosclerosi. A tale proposito è importante far riferimento al modello sperimentale utilizzato detto modello Parma.

"Già nel 1983 fu attuato il modello sperimentale di aterogenesi avente la finalità di "mimare" per quanto possibile l'iter della malattia nell'uomo sia nell'innescare precoce sia fino all'epifenomeno terminale. Nell'uomo, per altro, nella genesi causale dell'aterogenesi concorre o la sola dislipidemia in eredità poligenica o la secondaria connessa alle abitudini di vita e su questo scenario incalzano i maggiori e noti fattori di rischio che accelerano perniciosamente la nosografia".

L'ultimo libro del Professore è strutturato come un film a varie tappe: dalle iniziali lesioni dell'endotelio fino ad arrivare alla placca. Attraverso le immagini, partendo sempre dalla normalità-armonia, si ripercorrono le fasi di trasformazione, la progressione morfopatologica fino a giungere alla lesione-placca ed

alla irreversibilità della lesione. Tutto il processo viene analizzato attraverso la sperimentazione nel coniglio, ma a riprova di ciò e con grande rigore scientifico viene documentato nell'uomo.

Si sottolinea con le immagini lo sconvolgimento della citoarchitettura nell'aorta, si documenta l'evoluzione nella coronaria: dall'entotelioipatia all'evoluzione aterogena della parete, la fibrillo-genesi, l'invecchiamento della parete, la formazione della placca aterosclerotica, il deposito di cristalli di colesterolo.

In quest'ultimo libro il Professore lascia anche una nota di speranza "scientifica", la distruzione, la morte possono essere almeno in parte combattute. Le statine oltre che ad una funzione di stabilizzazione della placca possono anche portare ad una sua reversibilità.

Come l'avvento degli antibiotici mutò e sconvolse la storia della medicina clinica, così le statine hanno trasformato e modificato il corso delle malattie cardiovascolari.

Da tutto ciò emerge la cura e l'attenzione dedicata alla fisiologia ultrastrutturale, al valore della microscopia elettronica, alla clinica, indispensabile per un'esatta e completa diagnosi, al rapporto fra struttura e funzione degli organi e alle loro correlazioni con i metabolismi, la biochimica cellulare e soprattutto la biologia molecolare. Questa filosofia scientifica delinea e definisce il "teorema" di grande caratura speculativa che, nel correlare l'interdisciplinarietà e le pluripatologie, conduce lungo i percorsi della conoscenza e della sintesi fino a scrutare la "verità".

E, non da ultimo, reputo importante sottolineare la grande proprietà e raffinatezza del linguaggio, il Professore univa l'eleganza formale al contenuto ed al rigore scientifico, cosa rara nei testi di scienza.

Vorrei quindi concludere questo breve ricordo con una delle più belle e elaborate definizioni di rischio vascolare da lui scritta:

"Per rischio cardiovascolare intenesi una pre-

disposizione costituzionale, meiopragica embrionale e genetica che emerge e si manifesta nel pleiomorfo poliedro delle sindromi cliniche, gravi o sfumate, indotte nella genesi causale dalla noxa metabolica del plasma, che bagna l'endotelio e da quella meccanica sulla tensione parietale prodotta dalla frequenza cardiaca e dalla ipertensione, che realizza la metamorfosi patologica, lesiva delle componenti strutturali delle arterie, ante senectus".

A conclusione dell'incontro è stato donato il libro alla dott.ssa Mara Lunardelli, direttrice della Biblioteca della Facoltà di Medicina dell'Università di Trieste.

Dr.ssa Clara Zuch

Giorgio Bert, Andrea Gardini,
Silvana Quadrino

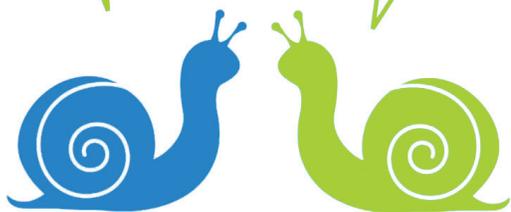
SLOW MEDICINE. Perché una medicina sobria, rispettosa e giusta è possibile
Sperling & Kupfer Editore

Il libro-manifesto della rivoluzione slow nella medicina: un nuovo modo di intendere salute, cura e sanità.

Negli ultimi 50 anni il progresso della medicina ha prodotto vantaggi indiscutibili per la nostra salute, ma ha anche contribuito a diffondere false convinzioni ed aspettative irreali, che hanno aumentato la richiesta di farmaci ed esami. La verità emerge da una recente ricerca: su 2500 prestazioni sanitarie solo il 46% risulta del tutto appropriato. E non sono i pazienti, contrariamente a quanto si crede, ad avere vantaggi da prescrizioni non necessarie. Al contempo è aumentata la distanza tra medico e paziente - poco tempo a disposizione per le visite, scarso scambio di informazioni, alta conflittualità - mettendo in serio pericolo la relazione di fiducia fondamentale per la qualità della cura. La Slow Medicine, giovane movimento in sintonia con il più noto Slow Food, nasce dalla considerazione che tutti noi rischiamo di farci

GIORGIO BERT
ANDREA GARDINI
SILVANA QUADRINO

Slow Medicine



Perché una medicina
sobria, rispettosa e giusta
è possibile

Prefazione di CARLO PETRINI

Sperling & Kupfer

irreggimentare, di lasciare ad altri –in particolare a chi ha interessi economici che spingono a “inventare malattie e accrescere il consumo di prestazioni e farmaci”- il potere di orientare le decisioni riguardo alla nostra salute. Perché Slow? Perché sostiene che dialogo, rispetto e giustizia curano più efficacemente, e che fare di più non vuol dire fare meglio. Attraverso l’esperienza di cittadini e di professionisti e con dati scientifici aggiornati, questo libro spiega come ripensare prevenzione, diagnosi e terapia nell’interesse del paziente: più ascolto da parte del medico, più confronto, meno sprechi, meno condizionamenti economici. Il progetto sta riscuotendo enorme consenso e i risultati concreti si moltiplicano. Slow Medicine è infatti una rete in rapida espansione, costituita da professionisti, cittadini, associazioni, enti che lavorano insieme, alla pari per un grande cambiamento.

Intervista a Lorenzo Bracco di Dario Voltolini

Il **Premio Cesare Pavese 2013, Medici Scrittori Saggistica**, è stato assegnato a **Lorenzo Bracco** per “**Anorexia. The Real Causes**”.

La motivazione della Giuria è stata: “Lorenzo Bracco fa un’approfondita ricerca dei veri colpevoli e indica nuove prospettive per conoscere e curare un profondo malessere esistenziale”.

Voltolini. *Conosco bene questo libro sull’anorexia, argomento che tanto interesse desta oggi, e a quanto detto sui suoi me-*

riti scientifici posso aggiungere, in qualità di scrittore, che è scritto con una spiccata verve narrativa.

La Premiazione, fra paesaggi splendidi ricchi di storia e di cultura, è a Santo Stefano Belbo, paese natale di Cesare Pavese, scrittore di fama mondiale che ha fatto conoscere all’Italia capolavori della letteratura americana, ad esempio il Moby Dick di Melville. Bracco mi appare molto soddisfatto di ricevere il Premio Cesare Pavese.

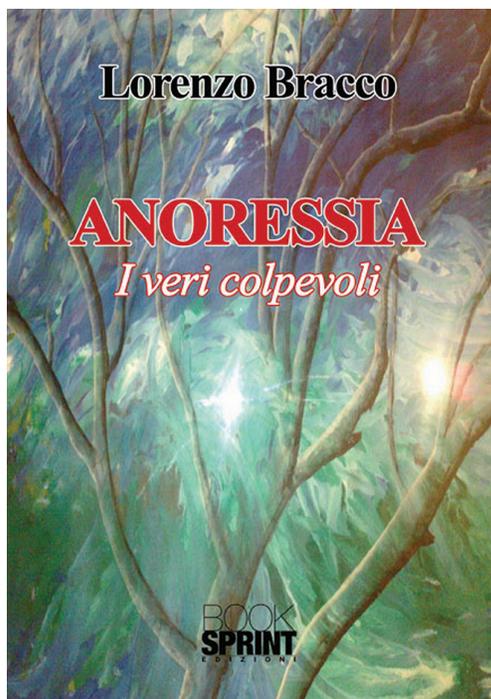
Bracco. Sono particolarmente onorato di ricevere questo premio che riconosce l’inno-

vazione che si sta portando alla terapia dell'anoressia. Oltre a quanto classicamente si è già detto riguardo alla famiglia, alla madre, al padre, alla figlia anoressica e alle dinamiche dei loro rapporti, oggi si aprono nuove prospettive focalizzate soprattutto sulla terapia del trauma.

Voltolini. *Il tema dell'anoressia è di particolare attualità e, per l'idea che me ne sono fatto, direi che le ricerche contemporanee sui disturbi alimentari vedono l'anoressia come conseguenza di più cause, psicologiche, sociali, mediche, nutrizionali.*

Bracco. Sono d'accordo, più cause sono a monte di anoressia e disturbi alimentari. Questo spiega anche come terapie apparentemente diverse, ma ognuna mirata su una delle concause, possa interferire positivamente sull'andamento del disturbo. Data la premessa che più concause sono a monte di anoressia e disturbi alimentari, se non si identificano veramente tutte le cause si rischia di dare un'importanza eccessiva a un aspetto che è concausa, ma che non è fondamentalmente "il colpevole" di tutta la storia. Si rischia di creare colpevolizzazioni che non sono di alcuna utilità operativa. Ad esempio, famiglie in cui c'è un'anoressica vengono alle volte colpevolizzate quando in realtà ognuno all'interno di esse, genitori, figlia, eventuali altri figli, non riesce a comportarsi in modo diverso senza un aiuto specifico ben mirato. Il paradosso è che la colpevolizzazione solitamente aumenta ancora di più il comportamento disfunzionale.

Voltolini. *Il libro, pur essendo un trattato scientifico rigoroso, è scritto in modo tale da essere un'avvincente lettura per chiunque, condotto come uno dei migliori episodi di una medical serie televisiva, ad esempio Doctor House, dove il percorso per giungere alla diagnosi e alla terapia è simile a quello di un detective alla Sherlock Holmes. Poco alla volta, di pagina in pagina, scopriamo come problemi di rapporto, in particolare quello tra madre e fi-*



glia, possono essere conseguenza di una causa traumatica e come si possa intervenire con una terapia specifica del trauma.

Bracco. Sì, terapia dei traumi, soprattutto di quelli molto precoci, ovvero quelli avvenuti tra il concepimento e la nascita e quelli avvenuti nel primo periodo dopo la nascita. Per sopravvivere a un evento fortemente drammatico quale ad esempio un distacco di placenta, o un parto distocico, si richiede al sistema neurovegetativo di questo essere che è all'inizio della vita una risposta di intensità estrema. Il sistema neurovegetativo così stimolato è molto probabile che ne resti traumatizzato. Questi traumi, se non curati, lasciano traccia nel carattere di chi li ha subiti e, come per effetto domino, vengono ad essere alterate anche le relazioni con il mondo esterno. Come poter pensare che il rapporto con i genitori, in particolare con la madre, non ne risenta? A questo riguardo nella mia proposta terapeutica introduco la NARM, ovvero Neuro Affective Relational Model. È

un modello integrato di terapia del trauma delle età evolutive ideato e messo a punto dal dottor Laurence Heller. Heller anziché il termine "carattere", che sottende solitamente un senso di inamovibile fissità, usa l'espressione "survival style", che trovo ben più esaustiva e che di conseguenza uso anche io. Il survival style di una persona si è plasmato per sopravvivere a uno o più eventi traumatici. Come strategia poteva essere all'epoca la migliore, ma non è adeguata alla situazione presente della persona. Nel libro la NARM non è presentata come in una trattazione sistematica, ma emerge progressivamente nel corso dell'indagine.

Voltolini. *Il dottor Bracco è medico, specializzato in fisiatria, psicoterapeuta, membro dell'Associazione Europea di Psicoterapia con sede a Vienna, Gestalt Terapeuta, Somatic Experiencing Practitioner, ovvero terapeuta del trauma secondo Peter Levine, e da anni segue un cammino personale e di studio con il dottor Heller. In ambito nutrizionale ha pubblicato l'ormai introvabile "Di piatto in piatto. Viaggio nel mondo della nutrizione alla ricerca della giusta dieta" e "DNE, Dieta della Nicchia Ecologica", in cui presenta un'alimentazione e uno stile di vita equilibrati e rispettosi dell'individualità propria di ogni essere umano, integrati abitualmente nella sua pratica medica e psicoterapeutica. La sua formazione sembra tagliata su misura per l'anoressia, in cui l'aspetto medico, l'aspetto psicologico e l'aspetto nutrizionistico si intersecano in legami strettissimi in cui bisogna accompagnare con una terapia a tutto tondo la persona in questione e la sua famiglia in un processo evolutivo.*

Per quanto abbiamo detto finora, si potrebbe pensare che questa indagine sull'anoressia, condotta con abilità narrativa che rende il libro di piacevole lettura, sia la naturale conseguenza solo del suo background culturale e della sua pratica terapeutica. Ma leggendo il suo libro ci si rende conto che oltre a ciò è presentato un approccio completamente nuovo al tema dell'anoressia. Un'intuizione quasi

casuale mentre stava lavorando ha permesso al dottor Bracco di indagare una causa che non era mai stata evidenziata prima.

Bracco. Sì. Sono molto orgoglioso che il Premio Cesare Pavese, sempre attento alle innovazioni nel campo della ricerca, mi riconosca di avere indicato nuove prospettive per conoscere e curare questo profondo malessere esistenziale. Circa vent'anni fa, grazie a un evento fortuito che adesso non racconto per non togliere il gusto di scoprirlo leggendo il libro, mi resi conto dell'importanza, come concausa necessaria dell'anoressia adolescenziale femminile, di una specifica differenza biologica presente tra madre e figlia.

Voltolini. *Ma ci dica un po' di più, siamo troppo curiosi.*

Bracco. Va bene, racconto la storia un po' più distesamente.

La cosa che mi è capitata è un pochettino come la mela caduta sulla testa di Newton. Ecco come all'epoca è nata la storia. Stimolato da una paziente che voleva avere al riguardo un mio parere, stavo studiando la dieta dei gruppi sanguigni O, A, B, AB, di Peter d'Adamo, quando, forse incuriosito da quanto avevo appena letto, in modo quasi fortuito chiesi il gruppo sanguigno a una giovane paziente accompagnata dalla mamma. Erano una madre e una figlia, anoressica anche se non si definiva tale, con problemi relazionali di lunga data. Molto probabilmente la gravidanza era stata difficile, una gestazione che non era proprio stata liscia liscia, un inizio della vita della figlia in questione che appunto non è stato dei più facili. A questo punto arriva la "mela", che nel tempo mi si confermerà sempre più essere una caratteristica costante in tutte queste storie che riguardano le figlie anoressiche.

Voltolini. *Se ho capito bene sta dicendo che tante sono le figlie che hanno avuto una gravidanza difficile quando erano nella pancia di*

mamma ma, senza questa caratteristica costante, questo non basta perché diventino anoressiche.

Bracco. In quel momento della storia balenò qualcosa di inatteso. La madre, alla mia domanda rivolta alla figlia, intervenne con veemenza: "Non ha il mio gruppo sanguigno!". "Curioso" pensai, anziché irritarmi per l'intrusione della madre, e da lì in poi presi l'abitudine di chiedere a ogni anoressica il gruppo sanguigno suo e della madre. Con mio grande stupore, la risposta era sempre la medesima. Il risultato negli anni è stato il seguente: la caratteristica costante è che la figlia in questione non ha il gruppo sanguigno della propria madre. Ciò mi fu confermato dall'osservazione di famiglie in cui vi erano più figlie. Stesso padre, stessa madre, stesso contesto, una sola anoressica: guarda caso la figlia che non aveva il gruppo sanguigno della madre. La differenza di gruppo sanguigno 0, A, B, AB, sarebbe quindi una concausa necessaria, anche se da sola non sufficiente, per lo scatenamento dell'anoressia.

Nei protocolli classici di indagine, oggigiorno il gruppo sanguigno 0, A, B, AB non compare, neppure, per quanto mi è dato sapere, riguardo alle anoressiche. Infatti, dopo un exploit nei primi trent'anni dopo la scoperta dei gruppi sanguigni in cui venivano presi in considerazione nei protocolli di ricerca più disparati, attualmente, se non vi sono specifici motivi, quali interventi chirurgici programmati, anemia, eccetera, il gruppo sanguigno del paziente non necessariamente compare nelle cartelle cliniche, tantomeno quello della propria madre. Senza questo evento, che io considero una grossa fortuna, non avrei neanche mai preso in considerazione la differenza di gruppo sanguigno tra madre e figlia nell'anoressia e tutto questo mio studio non ci sarebbe stato.

Voltolini. *Cosa risponderebbe a una donna che le domandasse: "Se io partorisco una bam-*

bina che non ha il mio stesso gruppo sanguigno, cosa capita?"

Bracco. Se partorisce una bambina che non ha il suo gruppo sanguigno: la stessa cosa può essere vista da due angoli prospettici diversi, con di conseguenza due risultati completamente diversi. Uno può portare all'aumento di una conflittualità reciproca madre-figlia che sono biologicamente così diverse. Non dimentichiamo che per una madre, ad esempio gruppo sanguigno 0, che si trova ad avere un feto di gruppo sanguigno A dentro di sé, nel caso che il sangue del gruppo sanguigno A venga a mescolarsi con quello del gruppo sanguigno 0, questo sarebbe equivalente a una trasfusione sbagliata per il gruppo 0. Una trasfusione sbagliata può arrivare fino ad essere letale. Non c'è da stupirsi se, durante la gravidanza, vi sia una sensazione di grande allarme da parte della madre verso la figlia in questione, soprattutto se la gravidanza sia caratterizzata da uno o più fatti traumatici. La compresenza di fatti traumatici slatentizzerebbe la sensazione di allarme verso il feto di gruppo sanguigno diverso e tale diversità verrebbe ad essere sentita come traumatica anch'essa. In assenza di eventi traumatici, o debitamente curati con un'adeguata terapia del trauma se avvenuti, la differenza anziché essere interpretata come allarme può essere fonte di ricchezza. In fondo può essere un aspetto molto interessante avere una figlia così diversa da sé, sperimentare attraverso la figlia delle prospettive così diverse, quali sono ad esempio quelle del gruppo sanguigno diverso, permettendo alla figlia di avere dei processi di identificazione in un femminile che sia diverso dal proprio, nel riconoscimento e nel rispetto della reciproca diversità. In altre parole la figlia non è, nel caso dell'anoressia, una persona che è gratuitamente conflittuale, bensì è una persona che in mezzo a mille difficoltà sta cercando la propria identità e nel rispetto della differenza si può favorire la ragazza nella sua ricerca.



Rapporto sullo stato dell'ambiente 2012

Tematiche ambientali in primo piano nel Friuli Venezia Giulia

a cura di ARPA FVG

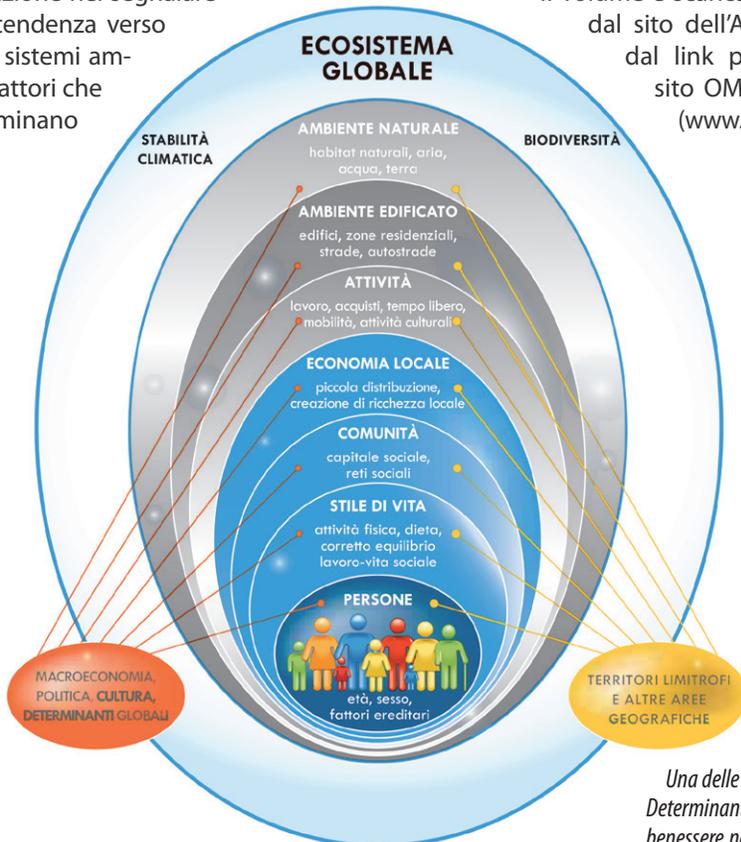
Il nuovo Rapporto sullo Stato dell'Ambiente presenta un quadro generale, e al tempo stesso complesso e articolato, della situazione ambientale del Friuli Venezia Giulia.

Rispetto ai report tradizionali, per lo più strutturati in tabelle di dati e analisi di dettaglio, si è scelto di fornire una lettura di scenario delle principali emergenze, ponendo particolare attenzione nel segnalare le linee di tendenza verso cui i diversi sistemi ambientali e i fattori che ne determinano

l'evoluzione si stanno orientando.

Con questa pubblicazione si vuole inaugurare un modo nuovo di trattare tali dati, fornendo agli amministratori, ai decisori politici, ai tecnici e ai professionisti del settore, nonché a tutti coloro che sono interessati a tali tematiche, uno strumento utile per il lavoro, creando un ulteriore canale di dialogo tra l'Agenzia e la variegata realtà regionale.

Il volume è scaricabile anche dal sito dell'ARPA FVG e dal link presente sul sito OMCEO Gorizia (www.omceo-go.it)



Una delle tavole del volume: Determinanti della salute e del benessere nel nostro territorio.

In copertina
Giancarlo Sabo

Giancarlo Sabo nasce nel 1967 a Gorizia. Cresce in un ambiente familiare sensibile all'arte e scopre l'inclinazione artistica sin dall'infanzia. Dopo il diploma di maturità si dedica alla scultura con continuità. Spirito libero, di natura timida e schiva si avvicina alle mostre, da subito trova consensi e interesse da parte del pubblico e della critica.

Numerose le mostre collettive cui ha partecipato e le sue personali, tra le quali: Scuderie di Palazzo Moroni, Padova; Villa Varda, Brugnera di Pordenone; Abbazia di Vallombrosa, Firenze; Oratorio della Beata Vergine del Rosario, Limena di Padova; Palazzo Ferraioli, Roma; Chiesa di S. Maria dei Battuti, Cividale del Friuli.

Ha vinto alcuni concorsi tra cui quello regionale di sculture lignee indetto dalla Regione Friuli Venezia Giulia.

L'interesse di artisti, galleristi, critici, collezionisti per i suoi lavori lo portano ad interagire in modo proficuo con il mondo dell'Arte. Le sue opere si trovano in sedi istituzionali del Nord-Est e in raffinate collezioni private italiane.

Negli ultimi anni, il celebre critico padovano Giorgio Segato lo ha sostenuto con attenzione nella sua ricerca artistica, strettamente legata all'essere umano nella sua dimensione esistenziale e spirituale. Lo studio dell'essenzialità lo porta a lidi di pura luce, ai quali contrappone come monito o come origine, la magmatica materia. La tensione scultorea è innescata dalla dualità materica. Inevitabile è il percorso, il più delle volte introspettivo.

Il fervore e il carattere eclettico della sua ricerca, rivelano un arte ricca e libera sul piano della logica costruttiva, eccellente per qualità e sensibilità tecnica, raffinata e densa per quanto concerne i concetti base della sua poetica. Queste sono le caratteristiche peculiari dei lavori di Giancarlo Sabo.

Alcuni di essi sono visibili sul sito: sabo-g.it; altri ancora nello studio di Mariano del Friuli.



In copertina e sopra:
 Segni. Bronzo a cera persa, 2007, lunghezza cm 88.
 La poetica della scultura si svolge su tensioni sottili quasi rasserenanti. Tra luce ed ombre, tra massima libertà e oppressioni intime, lievi, sopportabili a prima vista. Ma, al richiamo di "segni illuminanti" tutto va riconsiderato, elevandosi a una nuova sensibilità.

Medici sostituti

aggiornati all' 1 1 novembre 2013

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

ANTONIO JAMILE KARINA	Gorizia	0481.21484	3479056592
BELGRADO DARIO	Monfalcone	0481.44115	3384545239
BRAIDA MATTIA	Cormons	0481.61345	3293866033
BRAGANTINI FRANCESCO	Udine		3284558249
BROZIC ELISA	Staranzano		3315808584
BRUNELLI MARTA CLAUDIA	Monfalcone		3493290563
CAMPAGNER LAURA	Sagrado		3283845506
CAPRI' CHIARA	Trieste		3392157831
CHERNYKH IRINA	Monfalcone	0481.066007	3927417970
COLLELUORI CARMINE	Monfalcone	0481.791491	3386760489
CORONICA FRANCESCO	Gorizia	0481.33798	3294071488
CROCI ELEONORA	Ronchi dei Legionari		3473696922
CUSTRIN ANA	Savogna		3491268367
DEGENHARDT MAX	Ronchi dei Legionari	0481.779982	3405902773
DEL FORNO ANNAROSA	Gorizia	0481.522267	3336143393
DELPIN ANNA	Gorizia	0481.393152	3283013204
DORIA ANDREA	Monfalcone	0481.482092	3389129997
FACCHINETTI RITA	Grado	0431.85628	3475386197
FAGOTTO DANIELA	Turriaco	0481.767086	3384393086
FONTANINI ANDREA	Gorizia		3488283599
GOLJEVSCEK SERENA	Gorizia	0481.536961	3289778842
GORLATO GAIA	Gorizia	0481.521230	3336302707
GRAZZINA NICOLETTA	Gorizia	0481.536844	3489255143
JUNGHIEU VERDES GABRIELA	Gorizia	0481.350549	34950822929
LANZARO ALESSIO	Fogliano-Redipuglia	0481.474394	3348596409
LIPANJE FEDERICA	Monfalcone	0481.40425	
LOBELLO LEILA	Monfalcone		3388798983
LOMBARDI SANDRA	Gorizia	0481.82128	3334740533
LORENZUT SIMONE	Gorizia		3289486881
LOSITO RAFFAELE	Gorizia (Omceo TA)	3313672871	3479221211
MACRINI SVEVA	Gorizia (Omceo UD)		3407897093
MARAGNA VIRGINIA	Gradisca d'Isonzo		3207683228
MARINELLI ALESSANDRA	Gradisca d'Isonzo		3392724324

MARIZZA SILVIA	Ronchi dei Legionari	0481.474584	3493150738
MARTINES ROSANNA	Gorizia	0481.390273	
MASO ELISA	Turriaco	0481.470414	
MASTROBUONI FLAVIA	Monfalcone	0481.483544	3409193098
MEDEOT FRANCESCA	San Pier d'Isonzo		3398697335
MELON FRANCESCA	Grado		3392416532
MENEGUZZI CRISTINA	Duino-Aurisina		3357027782
MONTALTO ANTONELLA	Gorizia		3283216366
NDIP EMMANUEL	Gorizia	0481.547430	3395485036
NOVATI FEDERICO	San Canzian d'Isonzo	0481.76478	3395414094
NUOVO CHIARA	Aiello del Friuli		3403402152
OLLANDINI GIANGIACOMO	Staranzano		3493561603
PANOZZO MYRIAM	Gorizia	0481.81112	3403402485
PANZERA ANGELA	Cormons	0481.60406	3490848648
PATAMIA MARIO	Palmanova	0432.928574	3470798549
PERETTI ALBERTO	Trieste (Omceo VI)		3479426485
PIAN MARTINA	Staranzano	0481.711522	3920509177
POZZETTO ALICE	Gorizia	0481.31644	3483021493
RIDOLFO ALESSANDRO	Gorizia	0481.532700	3489276314
SAMY ANTONIOUS	Udine (Omceo UD)		3281587565
SARTORI ARIANNA	Mariano del Friuli		3334469999
SIMEONE ERICA	Gorizia	0481.21396	3471216792
SIRCH CRISTINA	Fogliano-Redipuglia		3485661874
SPAZZAPAN LUCA	Ronchi dei Legionari		3401945044
SPAZZAPAN PETER	Gorizia		3287530955
TAGLIAPIETRA FABIO	Monfalcone		3405669436
TOGNON MARIA LUISA	Monfalcone		3402961317
VACCHI OLIVIA GIULIA BIANCA	Gorizia	0481.391102	3393562067
VERBANO LISA	Ronchi dei Legionari	0481.777449	3334526391
VERSACE GRAZIELLA	Gorizia	0481.32753	3208074140
VERGINELLA FRANCESCA	Grado	0431.82156	3396385990
VESCOVI CATERINA	San Pier d'Isonzo	0481.70705	3285485731
VETRIH ALESSANDRA	Gorizia	0481.533570	3471304841
ZORAT FRANCESCA	San Canzian d'Isonzo		3402732499
ZANETTE EMANUELA	Udine		3492340599
ZURLO MARIA MICHELA	Trieste (Omceo TS)		3334954434

Sommario

<i>Editoriale del Presidente dell'Ordine</i>	1
<i>Editoriale del Presidente la Commissione CAO</i>	2
<i>Assemblea ordinaria annuale</i>	3
<i>Il mestiere di medico: istruzioni per l'uso</i>	4
<i>Cosa deve fare il medico in caso di denuncia</i>	9
<i>Lettera ad amici e sostenitori di World Friends</i>	10
<i>Un saluto da Edmonton</i>	12
<i>Abstract delle tesi di laurea</i>	
<i>Dr. Mattia Braidà</i>	14
<i>Dr.ssa Ana Custrin</i>	17
<i>Dr.ssa Silvia Duranti</i>	18
<i>Dr.ssa Gabriela Junghietu Verdes</i>	21
<i>Dr. Alessio Lanzaro</i>	22
<i>Dr.ssa Virginia Maragna</i>	24
<i>Dr.ssa Olivia Giulia Bianca Vacchi</i>	27
<i>Recensioni</i>	28
<i>Intervista a Lorenzo Bracco di Dario Voltolini</i>	31
<i>Rapporto sullo stato dell'ambiente 2012</i>	35
<i>In copertina: Giancarlo Sabo</i>	36
<i>Medici sostituiti</i>	37

Direttore responsabile:

Dr. Adriano Segatori

Comitato di redazione:

Il Consiglio dell'Ordine

Presidente:

Dr.ssa Roberta Chersevani

VicePresidente:

Dr. Albino Visintin

Segretario:

Dr. Fulvio Calucci

Tesoriere:

Dr.ssa Liliana Foghin

Consiglieri:

Dr.ssa Marcella Bernardi

Dr. Antonio Colonna

Dr. Paolo Coprivez

Dr. Max Degenhardt

Dr. Gianfranco Ferrari

Dr.ssa Silvia Marizza

Dr.ssa Leila Tomasin

Commissione Albo Odontoiatri:**Presidente:**

Dr. Paolo Coprivez

Componenti:

Dr. Gianfranco Ferrari

Dr.ssa Monica Massi

Dr.ssa Claudia Sfligoio

Dr. Lorenzo Spessot

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

Dr. Lucio Medeot

Componenti effettivi:

Dr. Paolo Cappelletto

Dr. Pierluigi Ceccarello

Componente supplente:

Dr.ssa Francesca Verginella

Proprietario:

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Gorizia

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

P.zza Vittoria 41, 34170 Gorizia

Tel. 0481 534787 / Fax 0481 30111

E-mail egoserv@tmedia.it

Consulenza legale**Avv. Alberto Tofful**

Via Morelli 34, 34170 Gorizia

Tel. 0481 33367 / Fax 0481 34778

E-mail altofful@tin.it

Avv. Rossanna Gregolet

Via IX Giugno 103, 34074 Monfalcone

Tel. 0481 412414 / Fax 0481 419490

E-mail rgregolet@tiscalinet.it

Segreteria: Orari di apertura al pubblico

lunedì:	10.00-14.00	
martedì:	10.00-13.00	16.30-19.00
mercoledì:	10.00-14.00	
giovedì:	10.00-14.00	16.30-19.00
venerdì:	10.00-13.00	

www.ordinemedici-go.it

e-mail: ordmedgo@libero.it

tel. 0481 531440 fax 0481 534993

Novembre 2013

copia omaggio

anno 13 n. 1

n. 300 del Registro dei Periodici

iscritto al Tribunale di Gorizia

Periodico quadrimestrale distribuito a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Gorizia e a tutti gli Ordini d'Italia. È organo ufficiale di stampa dell'Ordine e pertanto le notizie pubblicate hanno carattere di ufficialità e di avviso per tutti i colleghi. Le richieste di pubblicazione o di comunicazione di congressi e manifestazioni devono pervenire all'Ordine almeno due mesi prima della data di pubblicazione. I colleghi sono invitati a collaborare alla realizzazione del Bollettino. Gli articoli sono pubblicati a giudizio del Comitato di Redazione.

AVVERTENZA: il Bollettino tratta una materia di interesse professionale riportando argomenti e fatti che potrebbero determinare in coloro che sono estranei alla categoria degli apprezzamenti non equilibrati. Il Bollettino è scritto per gli iscritti agli Albi, non è quindi una pubblicazione per sale di attesa. Gli articoli firmati non comprendono la responsabilità degli altri componenti il comitato di redazione.

Poste Italiane SpA - Spedizione in Abbonamento Postale - 70% NE/GO

